

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 Casese
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
Presidente Asdas

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi

Redazione:

Coordinatore generale
Mario Del Vecchio

Coordinatori di sezione
Gianmaria Battaglia - Luca Brusati - Giovanni Fattore - Marco Parenti - Carlo Ramponi - Rosanna Tarricone

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

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Segreteria di redazione

Silvia Tanno

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77
Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817

Redazione

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23
Tel. 0258362600 - Fax 0258362598
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Pubblicazione

- edita da **SUPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982
- registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
- fotocomposta da **SUPIS** s.r.l.
- stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, tel. 0774381700, fax 0774381700
- spedita in abbonamento postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma
- prezzo di una copia: € 50,00 (L. 96.814)

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda che:

- è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore;
- 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;
- fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. 22 aprile 1941, n. 633, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Clai, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000.

Si ricorda in ogni caso 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 E-procurement in sanità: dalla logica di modello alla logica di processo**
Elio Borgonovi

Sez. 1ª - Saggi e ricerche

- 9 Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto**
Federico Lega, Francesco Longo
- 23 A.o. di Melegnano: indicatori d'efficienza, d'accessibilità e d'efficacia del Dipartimento di salute mentale**
Antonio Vita, Antonio Nava, Oscar Di Marino, Barbara Rossi
- 49 Indagine econometrica sugli ospedali liguri: la mobilità dei pazienti e la reputazione**
Marcello Montefiori

Sez. 2ª - Documenti e commenti

- 73 Il mistero del dipartimento ospedaliero**
Federico Lega

Sez. 3ª - Esperienze innovative

- 81 Il regolamento in materia di compatibilità dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento**
Luciano Bocchi, Rosa Magnoni, Oriana Roncarolo, Claudio Viola, Aldo Webber
- 91 La Carta dei servizi: risultati di una indagine sulle carte dei servizi ospedalieri in Italia nel quadriennio 95-98**
G. Damiani, M. Galletta, A. De Luca, I. Nardelli, K. Albo, E.P. Perna, S. Chiaradia, T. Fabbri, E. Lorenzi, B. Federico, A. Boccia, G. Ricciardi, G. Vanini

- 99 Customer satisfaction, qualità dei servizi sanitari: l'esperienza dell'ospedale pediatrico Meyer di Firenze**
Elena Elia, Carlo Barburini

- 111 Il Medico di medicina generale come partner dell'azienda verso il budget di distretto**
Pier Paolo Faronato, Enzo Rizzato, Francesco Favretti

Sez. 4ª - La sanità nel mondo

- 123 Il Sistema sanitario americano: l'esperienza delle HMO**
Daniel Simonet, Salvatore Russo

- 135 Leadership collettiva e processi di cambiamento nelle aziende sanitarie**
Eva Krczal

Sez. 6ª - Biblioteca

- 149 Novità bibliografiche**
- 152 Sgoglio riviste**

E-PROCUREMENT IN SANITÀ: DALLA LOGICA DI MODELLO ALLA LOGICA DI PROCESSO

Elio Borgonovi

Uno dei temi che sono al centro dell'attenzione, nella sanità come in altri settori pubblici, è quello della razionalizzazione dei processi di acquisto tramite l'uso delle moderne tecnologie informatiche e telematiche. Attorno alle prime positive sperimentazioni di gare «on line» sembrano essersi generate grandi speranze e grandi attese con riguardo alla capacità di raggiungere almeno tre obiettivi:

1) quello di realizzare una maggiore competizione con riguardo ai processi di acquisto che dovrebbe consentire ai compratori di beni e servizi, nel caso specifico le aziende sanitarie, di acquistare i fattori produttivi «alle migliori condizioni»;

2) quello di una maggiore «trasparenza» in processi che da sempre sono stati al centro di comportamenti illeciti: è noto che i casi di corruzione hanno riguardato spesso le vendite alle amministrazioni pubbliche in generale, compresa la sanità, in quanto per tali processi agisce in misura meno forte rispetto al privato il sistema di autoregolazione collegato al «contrasto di interessi»: infatti chi acquista «per conto del Ssn», che in parte è finanziato tramite fiscalità o contributi sanitari non collegati ai servizi erogati, è inserito in una «catena di gestione» meno sensibile ai costi di quanto non sia la «catena di gestione» di una impresa privata che cede beni e servizi verso il corrispettivo di un

prezzo e perciò può essere più facilmente indotto (a parità di altri fattori tecnici ed a valori etici) «ad accordarsi» con chi vende per definire condizioni che gli consentano vantaggi «particolari» a danno dell'interesse generale;

3) quello del contenimento della spesa consentito, a sua volta, da un duplice ordine di fattori: la necessità di definire in modo più preciso le caratteristiche dei beni da acquistare, i criteri e gli standard in base ai quali confrontare le offerte e la possibilità, come si è scritto al punto 1), di acquistare alle migliori condizioni.

Che le moderne tecnologie, quelle sanitarie applicate direttamente ai processi di tutela della salute e quelle applicate invece al miglioramento dei processi gestionali, siano un fattore di progresso e di miglioramento non vi è alcun dubbio, almeno da parte di chi scrive. È peraltro altrettanto indubbio che le tecnologie, come tutti i frutti dell'intelligenza umana, di per sé non determinino il cambiamento in senso positivo e che esse possano essere usate per fini considerati non coerenti con quelli di realizzare una società migliore. Perciò sembra utile richiamare alcuni principi di ordine generale che dovrebbero essere sempre tenuti presenti nel proporre modalità di acquisti on line e nel proporre l'adozione di strumenti di gestione integrata della supply chain che vengono pre-

sentati come soluzioni sul piano operativo, la semplificazione sul piano amministrativo e il recupero di costi sul piano economico dei processi di acquisto, ricevimento, controllo e pagamento dei beni richiesti per lo svolgimento delle attività di tutela della salute, nel caso del Ssn.

Primo. Avendo adottato nella sanità il modello di gestione cosiddetto «aziendale», occorre tenere presente che i processi di acquisto sono solo una parte della gestione e che essi devono essere considerati in relazione a tutti gli altri processi di gestione, da quelli di loro impiego per produrre le prestazioni e i servizi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e dai «modelli assistenziali» adottati, modalità di relazioni con i pazienti. La razionalizzazione dei processi di acquisto deve quindi essere perseguita all'interno di più generali processi di razionalizzazione dell'intera gestione. In particolare si intende mettere in evidenza che:

1) occorre evitare la logica della dei processi di acquisto e della gestione della supply chain per adottare la logica di ottimizzazione, o almeno razionalizzazione complessiva: potrebbe essere necessario perseguire soluzioni non ottimali (o meno soddisfacenti) con riguardo agli acquisti, per perseguire un miglioramento più equilibrato e più diffuso sull'intera gestione;

2) l'ottimizzazione di alcuni processi (acquisti e supply chain) al di fuori di una strategia e di interventi concreti di razionalizzazione dell'intera gestione, potrebbe addirittura produrre effetti contrari: nel caso specifico si potrebbero manifestare situazioni nelle quali si acquistino «alle condizioni migliori» beni che non servono, o che non servono più perché nel frattempo è cambiato l'approccio al paziente o sono cambiate le metodiche assistenziali, il che può avvenire quando, ad esempio, è debole il processo di programmazione interna;

3) per razionalizzare occorre dedicare tempo, energie e risorse e può accadere che se in una azienda sanitaria la Direzione generale o altre figure sono in certi periodi «concentrate» sull'obiettivo di razionalizzare gli acquisti, esse possano dedicare una minore attenzione ad altri problemi dell'azienda.

Secondo. Il ricorso agli strumenti degli acquisti on line sembra oggi collegato a soluzioni di accentramento dei processi, soluzione Consip per le amministrazioni centrali con volontaria adesione di altri soggetti pubblici e Agenzie regionali per gli acquisti che si vanno costituendo. Ciò è motivato da ragioni tecniche, costruzione di un sistema che richiede soluzioni idonee a garantire effettivamente la trasparenza, la concorrenza e anche la sicurezza sul piano del corretto funzionamento, da ragioni di competenze professionali da mettere in campo, che non possono per il momento essere diffuse in un numero elevato di enti/aziende acquirenti (le cosiddette unità di acquisto), e da ragioni economiche, in quanto aumentando i volumi di acquisti si può perseguire una migliore convenienza economica. Di fronte a tali motivazioni è doveroso ricordare che esse sono in parte contraddittorie con il processo di devolution delle funzioni e il federalismo nel

finanziamento del sistema di cui sono diventate titolari e responsabili le regioni. Inoltre esse sono in parte contraddittorie con la scelta, ancora precedente del modello di «autonomia delle aziende», basata sul principio secondo cui un sistema pubblico migliora solo se vi sono stimoli e se si diffonde la capacità di migliorare le singole unità e non «imponendo» vincoli e soluzioni standardizzate (ancorché astrattamente razionali) da parte del governo superiore.

Sarebbe contraddittorio rispetto a questa «architettura istituzionale e organizzativa del sistema» proporre interventi che riducono, seppure per fini di razionalizzazione, l'ambito di scelte delle politiche regionali (ad esempio, una Regione potrebbe ritenere che il contenimento della spesa per acquisti non rappresenti una sua priorità rispetto al contenimento di altre spese). La decisa opposizione delle regioni nei confronti di soluzioni obbligatorie (o anche facoltative) a livello statale, sembra per ora aver allontanato il rischio di un centralismo tecnocratico o che mira a sostituirsi al centralismo burocratico o al centralismo politico (o delle politiche) del passato. Con soluzioni e motivazioni tecniche non si può modificare surrettiziamente un sistema istituzionale o creare un vulnus in esso.

Tuttavia, occorre anche dire che le regioni, così come sono attente a difendere gli spazi della loro autonomia, dovrebbero a loro volta stare attente a non creare, e magari tentare di imporre, alle proprie aziende, soluzioni tecniche di tipo «centralistico» a livello regionale. Agenzie di acquisto «regionali» comporterebbero il rischio di una limitazione dell'autonomia gestionale delle aziende e quindi concorrerebbero ad indebolire altri sistemi di responsabilizzazione dei Direttori generali per la gestione complessiva.

Avere funzioni proprie e avere la responsabilità economica (per le regioni) e avere autonomia gestionale (per le aziende sanitarie) significa assumere la responsabilità per l'ottenimento di certi risultati e di certi obiettivi, ma significa anche avere la possibilità di compiere scelte «meno razionali» di quelle potenzialmente conseguibili in dati momenti. Ciò non significa teorizzare l'inefficienza, come qualche critico affrettato e superficiale potrebbe pensare di fronte a proposizioni forti come quella sopra esposta. Significa solo affermare, coerentemente con la corretta dottrina aziendale, che le soluzioni razionali o migliorative dei processi economici, nel caso specifico dei processi di acquisto, devono essere il risultato verso cui far convergere le aziende e le regioni nell'esercizio delle loro rispettive autonomie e non come modello da imporre per garantire un migliore equilibrio o una maggiore razionalità «di sistema» (nazionale quando si limita l'autonomia delle regioni e regionale quando si limita l'autonomia delle aziende).

Anche nelle realtà private si hanno soluzioni del tipo «consorzi o centrali d'acquisto comune» da parte di imprese che, in termini di prodotti, a volte sono tra loro concorrenti. Ma queste soluzioni funzionano quando ad esse si è arrivati a seguito di scelte autonome delle singole imprese che vi hanno visto una convenienza «valutata autonomamente», mentre sono fallite o funzionano male quando sono state frutto di accordi formali, o di imposizioni di «capogruppo», o sono state promosse sulla base di valutazioni prevalentemente tecniche e tecnologiche.

Terzo. La realizzazione di processi di acquisto da parte di una struttura «specializzata», ancor più se centralizzata (a livello regionale o nazionale), richiede una forte standardizza-

zione a priori delle specifiche dei beni da acquistare e la definizione di un criterio-parametro di scelta o di pochi criteri-parametri di scelta tra loro correlati da precisi e rigidi rapporti di sostituzione. Nel caso degli acquisti pubblici è facile che il criterio-parametro di riferimento per l'aggiudicazione sia il prezzo, in questo senso spesso viene interpretato il principio della «offerta economicamente conveniente» espresso dalla normativa in materia. Quando non ci si limita al solo prezzo occorre predefinire, ad esempio, che un prezzo pari a 100 con tempi di consegna entro un mese, equivalga a un prezzo di 102 con tempo di consegna entro una settimana, o ad un prezzo pari a 97 con tempi di consegna pari a 40 giorni. Per avere gare trasparenti, occorre che i pesi dei vari criteri-parametri o i rapporti di sostituzione tra gli stessi siano esplicitati a priori e siano rigidi. Sul piano logico e su quello concreto non è facile definire a priori specifiche da inviare alla struttura specialistica che gestisce le gare che, ad esempio, potrebbe non avere conoscenza sui diversi beni o, soprattutto, sulle caratteristiche delle attività in cui essi sono impiegati. È più facile, a parità di altre condizioni quali professionalità degli operatori, esistenza di un certo processo di programmazione, ecc., definire le specifiche nell'ambito dei processi gestiti direttamente dalle singole aziende, il che consente anche di adeguare con rapidità le specifiche ai cambiamenti della realtà aziendale (ospedale o unità di servizi territoriali). Specifiche che siano predefinite a riguardo a prodotti, condizione per ottenere risultati positivi dalle gare centralizzate, possono essere agevoli e significative solo per beni molto standardizzati e a basso contenuto tecnologico e di know how che ormai rappresentano una parte limitata degli acquisti.

Specie in sanità, la realtà è sempre più caratterizzata da acquisti che riguardano sempre meno (in termini di numero e valore) beni materiali e/o perfettamente sostituibili (le commodities) e sono sempre più servizi, «pacchetti di servizi», metodiche assistenziali per le quali i beni materiali rappresentano una parte limitata rispetto al contenuto di «conoscenze» che non può essere esplicitato ed è spesso riferibile a specifiche realtà.

Se questa è la realtà, e chi scrive ne è convinto, a poco serve anche la cosiddetta «clausola di salvaguardia» secondo cui gli enti e le aziende pubblici non sono obbligati ad aderire al sistema di acquisto (regionale o nazionale), ma in caso di acquisti «a condizioni diverse da quelle ottenute a livello centralizzato» sono obbligate a darne specifica motivazione. Ciò per le seguenti ragioni:

a) chiedere specifiche motivazioni con riguardo ad una decisione comporta comunque un aggravio burocratico per chi deve darle;

b) motivare uno scostamento da qualcosa significa considerare «in sé razionale» lo standard, il modello di riferimento, cosa non sempre vera per le ragioni in precedenza esposte;

c) chiedere agli enti e alle aziende di motivare lo scostamento significa trasferire ad esse il rischio nei confronti della «magistratura contabile», il che favorisce comportamenti di «conformismo per evitare rischi e oneri burocratici» e non spinge certo a cercare le soluzioni migliori per la propria azienda.

Quarto. Occorre evitare l'errore, concettuale ma anche sul piano della comunicazione, di accentuare eccessivamente nei progetti, nelle proposte, nei dibattiti, nei commenti di stampa, il contenimento dei costi quale motivazione sostanziale e rilevante, quando addirittura non esclusiva, a sostegno del ricorso alle gare «on line».

Anche le considerazioni sull'accenramento dei processi anche a costo di «limitare un poco» l'autonomia delle regioni e delle aziende sanitarie non possono essere centrate sul contenimento dei costi o considerare questo effetto (previsto o anche realizzato) come decisivo per le scelte. Infatti, il contenimento dei costi non può essere considerato l'obiettivo del sistema sanitario che, invece, è quello della tutela della salute e della qualità dei servizi. Il contenimento dei costi, della spesa sanitaria complessiva:

a) deve essere considerato «una condizione» per poter migliorare la capacità del sistema di rispondere ai propri obiettivi;

b) eventualmente, ma ciò deve essere molto chiaro per non creare confusione concettuale, può essere considerato un obiettivo intermedio, un obiettivo strumentale che, in quanto tale, non può prevalere sull'obiettivo finale e deve essere abbandonato ogni volta che il suo perseguimento mette a rischio la capacità di perseguire l'obiettivo finale.

Ciò vuol dire che, se per contenere i costi (e la spesa) relativi agli acquisti, si dovessero introdurre sistemi di programmazione dei consumi dei beni tali da ridurre la flessibilità della risposta ai problemi di salute, si dovrebbe privilegiare la flessibilità e la capacità di adattamento a bisogni che sono mutevoli, rinunciando a modalità di acquisto «a costi inferiori».

Quinto. Le analisi effettuate sulle prime esperienze di gare «on line» mettono in evidenza l'entità dei risparmi realizzati. Informazione assai utile, ma che dovrebbe essere integrata da maggiori informazioni sui costi, diretti e indiretti, monetari e non monetari, espliciti (come l'acquisto, e/o l'ammortamento, delle attrezzature, il personale dedicato, ecc.) o impliciti (come il tempo impiegato dal personale della azienda che acquista e per-

sonale dell'agenzia che gestisce gli acquisti per chiarire eventuali equivoci). Per valutare l'economicità delle nuove modalità occorrerebbe confrontare (con metodologie varie tra le quali si cita quella dei costi differenziali, in più e in meno, rispetto alle precedenti modalità) i risparmi relativi alle operazioni di acquisto con i costi di gestione del sistema.

Le considerazioni esposte devono essere considerate come perplessità nei confronti degli acquisti on line o come invito ad essere cauti? Niente affatto! Esse devono essere considerate come contributo a seguire la nuova strada in modo corretto, con la gradualità (concetto diverso da cautela o lentezza) richiesta per tutti i processi di cambiamento.

Infatti:

a) è certo che esistono grandi spazi di razionalizzazione nei processi di acquisto;

b) è altrettanto certo che una maggiore trasparenza consentirà di

eliminare o di ridurre la possibilità per comportamenti diversi dal corretto ed efficiente impiego del denaro pubblico e potrà aumentare i rischi per chi non adotta comportamenti trasparenti;

c) il ricorso alle nuove tecnologie è processo irreversibile che comunque non è automatico, va gestito e indirizzato.

Ciò vuol dire che la strada per il miglioramento della capacità di un sistema di tutela della salute deve rispettare alcuni principi irrinunciabili così riassumibili:

a) coinvolgere medici e altri professionisti nel processo chiedendo ad essi di chiarire quali sono i beni che sono per loro perfettamente sostituibili (fungibili) ai fini della garanzia di qualità e che quindi possono essere acquisiti sulla base del principio della ottimizzazione del processo di acquisto;

b) evitare ogni soluzione, magari affrettata, che possa dare a medici e

altri professionisti la percezione (o la sensazione o, peggio, il convincimento) di non essere messi nelle condizioni di tutelare al meglio la salute dei pazienti, avendo a disposizione non i beni più adatti, ma quelli acquistati con l'obiettivo di ridurre «i costi di acquisto»;

c) evitare di «espropriare» le aziende di questa funzione, ma al contrario utilizzare le esperienze pilota per realizzare e consolidare un know how che poi può e deve essere trasferito a livello più decentrato possibile.

In definitiva quello degli «acquisti on line» e della razionalizzazione della supply chain deve diventare un terreno sul quale giocare la partita per ridisegnare le funzioni e la figura del provveditore trasformandolo in un moderno «manager degli acquisti» che ogni azienda dovrà avere e non come un intervento per «esternalizzare» insieme alla funzione tecnica, anche la capacità di ogni azienda di governare i propri processi di acquisto.

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

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;

— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

Gli splendidi 40 di **MECOSAN**

UNA COLLANA CHE RENDERÀ PREZIOSA LA SUA LIBRERIA

Gentile lettore,

una profonda trasformazione è oggi in atto: una mutazione profonda nelle strutture sanitarie e negli uomini che le governano.

Una cultura ed una pratica sono terminate; una nuova generazione di protagonisti è destinata a reggere le prossime fasi delle gestioni aziendali delle strutture sanitarie.

È ormai un fenomeno particolarmente visibile. In un contesto tradizionale e maturo sono cominciate ad innestarsi le esperienze manageriali più innovative, che nulla hanno da invidiare a ciò che avviene nei santuari aziendali.

La rivista **Mecosan** ne è stata, nei suoi ormai 10 anni di edizione, fedele e puntuale testimone: **ben 40 fascicoli (dal 1992 al 2001) per un totale di circa 8.000 grandi pagine edite (formato 21 x 28).**

La **SIPIS** srl, per festeggiare i 10 anni di vita di **Mecosan**, offre, a chi non ha ancora nella sua libreria le annate che documentano le tendenze del managing in sanità per il cambiamento del S.s.n., l'opportunità di assicurarsi un osservatorio attento a quanto di nuovo è emerso nel modo di fare azienda in sanità (10 volumi, per un totale di 40 fascicoli con circa 8.000 pagine di grande formato) * al prezzo speciale di:

€ 1200,00 anziché € 1940,00 **

Approfitti di questa favorevole opportunità compilando il sottostante coupon: risolverà i suoi dubbi, faciliterà il suo lavoro.

GLI SPLENDIDI 40 DI MECOSAN: € 1200,00

Programma abbonamento 2002

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

- Vi prego voler inoltrare con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco) ed alle condizioni che ne regolano l'uso,

Gli splendidi 40 di **MECOSAN**

- Pertanto:

- Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**
- Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**, come da ricevuta allegata
Barrare la casella che interessa

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... li

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

(In caso di Ente, USL, Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

* Fino ad esaurimento delle scorte.

** Chi è privo soltanto di alcune annate ed intende completare l'opera (in 10 volumi, 40 fascicoli), potrà, **entro il 30 luglio 2002**, richiederle singolarmente al prezzo speciale di **€ 150,00** ciascuna.

La presente offerta non è valida per gli ordini che provengono tramite libreria.

PROGRAMMAZIONE E GOVERNO DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI E LOCALI: IL RUOLO DELLA REGIONE E DELLE AZIENDE A CONFRONTO

Federico Lega, Francesco Longo

SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi»

SOMMARIO: 1. Programmazione regionale o decentrata a livello delle aziende? - 2. Quale ruolo per le regioni in un sistema basato sulla pianificazione decentrata? - 3. I possibili posizionamenti della Regione nel proprio Ssr: da *authority* a capogruppo operativa - 4. Il ruolo dei contratti interaziendali nei diversi modelli di Ssr - 5. Il contratto interaziendale come strumento per il governo decentrato del sistema - 6. Quale estensione dei contratti: per bacini distrettuali o aziendali? - 7. I principali contenuti dei contratti interaziendali - 8. Conclusioni.

This paper addresses the issues related to the governing and governance of regional and local health systems in Italy. Consequently, the following issues are analyzed and discussed:

- *role and accountability of local health authorities in planning and delivering health services appropriated to their specific context;*
- *possible roles and configurations of the regional authority, varying from regulating authority to managing holding of a complex and large group of providers' and local authorities';*
- *relationship between regional and local authorities in managing planning and accountability processes;*
- *nature and characteristics of inter-organizational contracts as a tool to govern local health providers' delivering systems and overall regional health services offer.*

The conclusions highlight as to improve regional healthcare system governance is important to rethink the system planning processes:

- 1) *mixing and using dialectically top-down and bottom-up approaches;*
- 2) *redefining coherently role and characteristics of the Region, of the local health authority and of inter-organizational contracts as a planning and governing tool.*

1. Programmazione regionale o decentrata a livello delle aziende?

Il processo di riforma del Ssn iniziato negli anni '90, simbolicamente sancito con il D.L.vo 502/92, ha nel corso degli anni coinvolto molteplici aspetti di funzionamento ed organizzazione del sistema, che vanno dall'introduzione di logiche di competizione allo sviluppo della libertà di scelta da parte degli utenti, dalla ricerca di economie di scala attraverso le accresciute dimensioni delle aziende fino all'introduzione *ex-lege* di logiche e strumenti manageriali. A giudizio di chi scrive, il vero motore del processo di riforma è tuttavia da ricer-

care nella sottolineatura ed esplicitazione del ruolo delle aziende quali determinanti ultime della qualità e dell'efficienza del sistema, i cui risultati sono frutto della sommatoria dei comportamenti delle aziende stesse. Le aziende godono strutturalmente di un livello di autonomia difficilmente comprimibile, se non deprimendo i risultati stessi del Ssn. L'irrompere sulla scena del concetto di «azienda» come mattone fondamentale del sistema significa assumere come unità di analisi fondamentale queste organizzazioni, dovendo ricercare nelle loro dinamiche fisiologiche e patologiche la chiave interpretativa delle determinanti del sistema. «L'analisi economi-

co aziendale considera la Pubblica amministrazione come un insieme di istituti o enti connessi da relazioni di varia intensità ma dotati di reciproca autonomia; questa si esprime (...) nelle forme tipiche di autonomia decisionale, patrimoniale, organizzativa e dell'organismo personale, finanziaria» (Rebora G., Meneguzzo M.,

Il presente lavoro è stato inizialmente discusso come *working paper* nell'ambito del convegno nazionale 2001 «Contratti, concorrenza e regolazione in sanità» organizzato dall'AIES - Associazione italiana di economia sanitaria. I paragrafi 1-5-6-7 sono stati scritti da Francesco Longo, mentre i paragrafi 2-3-4-8 sono stati scritti da Federico Lega.

1990, pag. 2). Questa prospettiva ribalta, o dovrebbe ribaltare, il processo logico di analisi e di progettazione istituzionale dei sistemi regionali: non è più l'analisi delle *performance* di sistema che spingono a modificare gli strumenti o le politiche centrali, ma al contrario l'analisi delle caratteristiche e dei comportamenti delle aziende invita a ricercare le loro determinanti interne, per poi cercare di incidere su di esse influenzando gli spazi di autonomia ed attivando adeguate pressioni esterne attraverso gli strumenti regionali.

In quest'ottica anche la pianificazione e la programmazione (1) dei sistemi regionali ha registrato un passaggio importante, dopo lunghe stagioni di programmazione razionale centrale, spesso imposta con una logica gerarchico-istituzionale, che ha prodotto alcuni eccellenti esercizi di programmazione, ma dall'assai incerto impatto attuativo proprio a livello di singole aziende. «Il cambiamento istituzionale nella direzione della gestione aziendale impone una profonda innovazione anche riguardo alla logica di programmazione (...). Nel nuovo modello istituzionale, la programmazione assume la caratteristica di:

1) sistema di gestione che all'interno della singola azienda consente di anticipare in modo attivo l'evoluzione della domanda e dell'offerta;

2) sistema di governo di un gruppo di aziende tramite regole e criteri idonei a realizzare una fisiologica integrazione ed una sana competizione» (Borgonovi E., 1992, pagg. 13 e 14).

Alla luce di queste considerazioni, le cause che è possibile proporre per spiegare la debole attuazione, fino ad oggi, di molte previsioni dei piani o programmi regionali sono infatti le seguenti:

a) i programmi sono stati di norma elaborati senza «vedere» la dimensione aziendale a valle, cioè le reali

capacità e condizioni attuative e di innovazione, dal punto di vista della fattibilità tecnica, della cultura e delle competenze disponibili, dei processi di cambiamento necessari e del consenso presente;

b) i piani sono stati imposti alle aziende senza un reale confronto per verificare i reali margini e le volontà locali di implementazione;

c) le direttive regionali sono state spesso il frutto di analisi e proposte aggregate, basate su una lettura neo-razionalista dei dati disponibili, incapaci di correlare i dati ai contesti, dove la trasformazione dei dati in informazioni rende ragione delle specificità locali e delle reali potenzialità attuative delle singole aziende.

Il processo di riforma che vede nelle aziende l'elemento fondamentale dei sistemi regionali e la determinante diretta e fondamentale delle *performance* complessive avrebbe voluto trasferire a queste ultime anche buona parte della funzione di pianificazione e programmazione, o perlomeno inserirle in maniera decisiva nel processo di pianificazione del sistema, almeno per i seguenti motivi:

a) l'analisi a livello di singola azienda permette di comprendere le reali determinanti delle *performance* ed interpretare quindi in maniera causale molti accadimenti e fenomeni;

b) solo le aziende conoscono le reali condizioni e potenzialità attuative locali;

c) nei gruppi di aziende, come lo sono i sistemi sanitari regionali, l'abbandono di una logica neo-razionale alla pianificazione richiede di individuare nel livello delle controllate l'ambito di definizione dei programmi per raggiungere gli obiettivi strategici, i quali non possono che essere quindi elaborati con un flusso *bottom-up* o almeno negoziale.

A tutto questo si aggiunge però un'ulteriore considerazione che forse può

risultare decisiva. L'abbandono del paradigma neo-razionale alla pianificazione ha cancellato l'ipotesi che si possano definire «a tavolino» gli obiettivi, i piani e i programmi di un gruppo o di una azienda, essendo la complessità socio-economica ed ambientale eccessiva per essere completamente modellizzata in maniera deterministica e causale. Pertanto il processo di pianificazione deve essere sempre più pensato come un processo di negoziazione dialettica tra diverse parti di una azienda (o di un gruppo di aziende), poste volutamente in contrasto di interessi tra loro.

A livello di sistema queste riflessioni invitano alla *pianificazione negoziata*, perché il processo programmatico è sempre più visto come un processo dialettico interistituzionale ed interaziendale, laddove l'equilibrio decisionale è tanto più probabile quanto più è equilibrata la distribuzione dei poteri e delle responsabilità tra gli attori del gioco negoziale di rete. Nel caso dei sistemi (o gruppi) sanitari regionali, questo significa costruire un processo di pianificazione che veda poste in un corretto equilibrio dialettico tra di loro le aziende e queste nei confronti della Regione.

In particolare, nella relazione tra aziende sanitarie e Regione, il processo di analisi e decisione dovrebbe essere il più possibile sincretico, cioè prevedere coordinati movimenti dal basso verso l'alto, confronti e negoziazioni alla pari e flussi *top down*. Inoltre, nel rapporto dialettico tra aziende sanitarie, in particolare tra Ausl ed aziende ospedaliere, deve ritrovarsi su un equilibrio nella distribuzione orizzontale delle forze e dei poteri istituzionali. Le Ausl potenzialmente dispongono sul piano tecnico di maggiori disponibilità nel campo dei servizi territoriali e preventivi, alternativi all'ospedale, mentre sul piano istituzionale esse costituiscono un canale

privilegiato per meccanismi di rappresentanza degli enti locali in ambito sanitario. Gli ospedali azienda, al contrario, sul piano tecnico hanno maggiori potenzialità competitive sul piano dell'attrazione ospedaliera ed una logica di finanziamento che, in ultima analisi, privilegia questa loro produzione, mentre sul piano istituzionale risultano più indipendenti dagli enti territoriali. Questa asimmetria sul piano degli elementi competitivi può potenzialmente generare equilibri possibili sul piano di una corretta dialettica interistituzionale.

Ma quali sono gli obiettivi (o i fabbisogni) del processo di pianificazione e programmazione che esprime un gruppo sanitario regionale, inevitabilmente in parte in contrasto e contraddittori tra di loro? Tra i molteplici e variegati fabbisogni se ne possono individuare come prioritari quattro:

1) lo stimolo allo sviluppo dell'efficienza produttiva, intesa come la minimizzare del costo per *output* prospettici di *outcome* desiderati;

2) la definizione di volumi e *mix* assistenziali e di *output* attesi;

3) la previsione di livelli di appropriatezza e di qualità tecnico-clinica ritenuti sufficienti, all'interno di un sistema condiviso di classificazione e di misurazione;

4) l'incentivazione dello sviluppo della qualità percepita da parte degli utenti (2).

Inevitabilmente, in prima approssimazione alcuni di questi fabbisogni sono in contrasto tra di loro: lo sono la ricerca dell'efficienza rispetto all'appropriatezza e alla qualità percepita, lo sono l'incentivazione di *standard* assistenziali verso la produzione degli *output* programmati. «I tre piani della qualità, equità e competitività esprimono esigenze tra loro in naturale contrasto, non facili da perseguire simultaneamente; la rinuncia a ricercare

una sintesi, o almeno un bilanciamento, tra di esse porta normalmente a sacrificare gravemente le istanze che non vengono direttamente perseguite» (Rebora G., Meneguzzo M., 1990, pag. 80).

Se il processo di pianificazione e programmazione è il frutto di una negoziazione dialettica tra sottoparti di un sistema poste in contrasto di interessi tra di loro, non tutti questi fabbisogni, essendo almeno in parte contraddittori tra di loro, possono essere rappresentati da un solo soggetto. Infatti, difficilmente un unico attore può contemporaneamente presidiare o governare due dimensioni opposte: al contrario il sistema va in equilibrio laddove i responsabili dell'operatività subiscono due pressioni diverse, che essi devono dialetticamente cercare di porre in equilibrio tra loro.

In particolare, nel settore socio-sanitario, due appaiono le principali logiche di *accountability* attive o attivabili: quelle tipicamente legate alla funzione di proprietà e quelle legate alla funzione di committenza (Longo F., 2000, pagg. 45-51). La proprietà di una azienda sanitaria, come tutti i proprietari, è tipicamente preoccupata dell'equilibrio economico-finanziario di medio e lungo periodo, della valorizzazione e conservazione del patrimonio aziendale, dell'efficienza produttiva. La funzione di committenza esprime invece l'attenzione alla tutela dell'interesse pubblico, cioè alla qualità sostanziale delle prestazioni, alla loro appropriatezza e al raggiungimento delle priorità sociali, in un mondo di risorse scarse. Come è immediato osservare, dei quattro fabbisogni primari attribuiti poco sopra al gruppo sanitario regionale, i primi due (efficienza e rispetto di volumi di *output* concordati, da cui discende l'equilibrio economico-finanziario) sono tipicamente rilevanti per la funzione di proprietà; mentre i secondi (appro-

priatezza, qualità sostanziale e percepita, a cui va aggiunta in parte la programmazione dei *mix* e dei volumi) corrispondono maggiormente alla funzione di committenza.

Nei sistemi sanitari regionali è abbastanza chiaro chi gestisce la funzione di proprietà, essendo la Regione il soggetto che risponde, in ultima istanza, dell'equilibrio economico-finanziario delle aziende sanitarie pubbliche. Rimane invece da assegnare, laddove si intenda esplicitare questa funzione, il presidio della committenza. Anch'essa può essere collocata presso la capogruppo, abdicando quindi in questo caso ad un significativo processo di decentramento della pianificazione e della programmazione (in questo caso in una unità organizzativa specifica della capogruppo, distinta da quella che esercita la funzione di proprietà, per non incaricare un'unica struttura di governare bisogni così contraddittori tra di loro). In alternativa, proprio la funzione di committenza potrebbe essere dislocata in maniera decentrata nel sistema, in alcune delle aziende del gruppo, la cui configurazione istituzionale deve essere definita *ad hoc* per un efficace esercizio della funzione.

Il posizionamento istituzionale della funzione di committenza influenza in maniera importante l'architettura del sistema regionale stesso, che risulterà alla luce di ciò più o meno accentrato o decentrato nei suoi meccanismi di governo. Qualora la funzione di committenza fosse decentrata essa troverebbe nei contratti interaziendali uno dei propri principali strumenti. Per questo motivo, il ruolo, le forme ed i contenuti dei contratti non potranno che essere profondamente correlati con l'architettura e l'equilibrio complessivo del sistema sanitario regionale in cui operano.

2. Quale ruolo per le regioni in un sistema basato sulla pianificazione decentrata?

La tesi fin qui sostenuta sembrerebbe indicare una maggiore rilevanza della pianificazione di sistema a livello aziendale rispetto a quella centrale, cioè della Regione, per quanto si sia anche ricordata l'esigenza di un qualche equilibrio dialettico tra i due livelli. Il ruolo della Regione non è infatti trascurabile per almeno i seguenti motivi:

a) la funzionalità complessiva del sistema dipende soprattutto dall'equilibrio dialettico in cui sono posti tutti gli attori dagli strumenti operativi e dai meccanismi presenti nel gruppo interistituzionale;

b) la Regione esercita comunque un ruolo di proprietaria e quindi di garante ultimo dell'equilibrio economico-finanziario di lungo periodo di tutte le aziende del gruppo;

c) le aziende debbono in qualche modo essere accompagnate a crescere ed a svilupparsi nel presidio della funzione di pianificazione negoziata;

d) anche una eventuale architettura di sistema significativamente basata sull'autonomia delle aziende e su di un sostanziale decentramento della pianificazione necessita che le aziende siano sottoposte ai necessari meccanismi di *accountability* istituzionale, proprio per garantire l'efficacia della loro azione: molti di questi tensori sono attivabili solo dalla Regione capogruppo.

Proprio in relazione a queste considerazioni si pone la necessità di chiarire meglio i contenuti, al fine di specificare in cosa consista l'auspicato temperamento di interessi tra Regione ed aziende implicito nel termine di equilibrio «dialettico».

Infatti, se da un lato è indiscutibile la rilevanza della dimensione dell'autonomia aziendale, dall'altro lato vi

sono delle responsabilità di sistema che devono essere tutelate necessariamente dal soggetto Regione in quanto garante di un sistema sanitario regionale che riconoscendo il diritto alla salute del cittadino si impronta a:

— equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie da parte di tutti i residenti nella Regione;

— perequazione nella possibilità di ulteriore sviluppo dei contesti locali;

— trasparente identificazione delle priorità laddove vi è scarsità di risorse;

— rispetto delle compatibilità macroeconomiche complessive di sistema onde non deprivere altri settori di risorse per il loro sviluppo (3).

Rispetto al primo punto, il significato dell'equità nell'accesso non è da confondere con la libertà di scelta dell'utente: posto che quest'ultima non è in discussione ed è peraltro in parte funzione dell'equità di accesso, con il termine equità si intende sottolineare l'esigenza che ogni contesto locale (cioè Asl) abbia a disposizione un ventaglio di offerta di prestazioni sanitarie (pubbliche o private accreditate non importa in questo caso) omogeneo e ritenuto minimo rispetto alla composizione della popolazione. Se da un lato è ovvio che il dimensionamento dell'offerta specifica rispetto ad un certo livello assistenziale, pensiamo alla residenzialità per anziani, od alla assistenza domiciliare, dovrà essere valutato contesto per contesto, ed in questo si deve esprimere la capacità di programmazione della Asl, dall'altro lato è anche necessario che la Regione verifichi la presenza dell'offerta in ciascun livello assistenziale ed un dimensionamento minimo ritenuto corretto rispetto alla composizione ed ai bisogni della popolazione stessa (4).

Se la regionalizzazione del Ssn, che ha dato luogo a servizi sanitari regionali (Ssr) in parte significativamente differenziati tra di loro, richiede un in-

tervento a tutela della uniformità ed equità complessiva proposto con lo strumento dei *livelli uniformi di assistenza* (LEA), lo stesso fabbisogno emerge laddove la maggiore autonomia delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere nel definire i propri scenari di offerta rischia di proporre problemi di difformità nell'accesso ai servizi nei diversi bacini aziendali/territoriali.

Come anticipavamo in precedenza, l'equità è peraltro necessaria per concretizzare appieno la libertà di scelta del cittadino: una mobilità forzata dall'assenza di offerta in un certo contesto locale non è infatti libertà di scelta, ma piuttosto una costrizione imposta del sistema da minimizzare ad un livello fisiologico e sufficiente per mantenere viva la competizione tra aziende (5).

L'equità nell'offerta si collega inoltre strettamente al secondo punto, relativo alla perequazione nella possibilità di ulteriore sviluppo dei contesti locali.

L'assenza di offerta, e la conseguente mobilità attiva/passiva (6) tra aziende, alimenta un possibile circolo vizioso in un contesto come quello italiano in cui fondamentalmente *money follow patients* (7), tale per cui contesti ad alta offerta e mobilità attiva dispongono di risorse crescenti per lo sviluppo a scapito di contesti poveri che subiscono un ulteriore depauperamento della propria capacità di sviluppo.

Per quanto riguarda invece il terzo punto, si ricorda come in un sistema a «risorse finite» e non sufficienti per offrire in maniera equa «tutto a tutti» non solo occorra identificare quali prestazioni devono essere obbligatoriamente assicurate dal sistema (cioè i LEA, ad esempio), ma anche definire una priorità di intervento rispetto all'utilizzo delle eventuali risorse eccedenti. Questa scelta, talvolta, in situazioni non critiche di sistema, potrà es-

sere demandata alla completa autonomia delle singole aziende, altre volte dovrà essere esercitata dalla Regione per garantire una complessiva uniformità di indirizzo del sistema stesso.

Infine, in relazione al quarto ed ultimo punto, è chiaro anche che essendo la Regione la responsabile «ultima» del rispetto delle compatibilità macroeconomiche complessive di sistema, dovendo questa coprire eventuali disavanzi o spese eccedenti con l'imposizione sul territorio locale, o la diminuzione di spesa in altri settori (8), è importante che attivi tutte le leve necessarie per garantirsi il governo del sistema, non ultima delle quali l'inquadramento delle singole aziende sanitarie pubbliche in un processo di pianificazione e programmazione di sistema. In ogni caso, la stessa natura del mandato fiduciario che caratterizza le Direzioni generali delle aziende sanitarie pubbliche richiede un esercizio di tale autorità nel momento in cui devono essere concordati gli obiettivi in base ai quali le Direzioni verranno valutate e riceveranno la propria retribuzione di risultato.

In generale quindi, la domanda di fondo che emerge non è tanto se le regioni o meno devono esercitare una propria attività di pianificazione e programmazione di sistema, ma piuttosto come esercitare questa funzione, determinando dei possibili assetti di sistemi regionali che possono oscillare tra due estremi, che vedono la regione come *authority* «leggera» o, all'opposto, come capogruppo operativa del Ssr.

3. I possibili posizionamenti della Regione nel proprio Ssr: da *authority* a capogruppo operativa

L'attuale assetto decentrato del Ssn italiano individua nelle regioni il livello istituzionale deputato a disegnare e a governare il proprio sistema di offer-

ta territoriale. Perché un Ssr possa essere definito effettivamente come un sistema (9), e non come la semplice sommatoria di n componenti scollegate, occorre che la Regione sviluppi comunque un proprio ruolo di governo, che può assumere, a seconda dell'intensità dell'esercizio di prerogative di governo nei confronti delle aziende sanitarie controllate, quattro possibili configurazioni. Presentate in ordine crescente rispetto al ruolo di governo esercitato dalla capogruppo sono:

- di regolazione;
- di controllo;
- strategica;
- operativa.

Nella prima configurazione, la regione è assimilabile ad una *authority* per il mercato sanitario regionale, rispetto al quale si limita a fissare le cosiddette «regole del gioco», ovvero sia la cornice istituzionale di riferimento: il modello di finanziamento, la legge di macro-organizzazione del sistema, le tariffe, i soggetti accreditati, ecc. Regole che valgono per il pubblico ed il privato e che stabiliscono quale ruolo ciascuna tipologia di azienda (Asl, Ao, privato accreditato e non) dovrebbe assumere: ogni attore del sistema è poi libero di interpretare (10) ed esercitare il proprio ruolo purché non contravvenga esplicitamente alle regole del gioco. L'equilibrio economico ed il successo competitivo (inteso come quantità, qualità ed appropriatezza dell'offerta) del sistema sono completamente delegati alle aziende, rispetto al controllo del cui operato agiscono due leve (minacce) di pressione istituzionale: quella della conferma o rimozione (o per «misfatti» di più lieve entità l'assegnazione parziale od il totale decurtamento del premio di risultato) del Direttore generale per le aziende pubbliche, e quella della concessione o revoca dell'accreditamento per tutte le tipologie di aziende. Di fatto, l'attività di controllo sulla produzione e sui

consumi è demandata *in toto* alle aziende sanitarie locali, e dà luogo solo *ex-post*, in base ai dati complessivi raccolti (trimestralmente, semestralmente od annualmente), all'esercizio di una delle due leve sopra ricordate.

Differentemente, con la configurazione del controllo, oltre alle attività da *authority*, la Regione predispone una propria struttura per il controllo sistematico e sul campo dell'operato delle aziende, che assume una connotazione ispettiva laddove è necessario verificare la presenza di requisiti che il solo dato cartaceo non assicura. Purché ovviamente questa attività non degeneri in un esercizio burocratico, ma venga percepita ed esercitata come uno stimolo allo sviluppo delle aziende. In questo modo la Regione affianca ad esempio le aziende sanitarie locali nel controllo della produzione di quelle ospedaliere pubbliche e private, ed al contempo controlla l'efficacia delle azioni poste in essere dalle stesse Asl per il governo dei consumi della propria popolazione, garantendo con il proprio intervento ispettivo ad entrambi gli attori del sistema non solo la correttezza del rispetto delle regole, ma anche l'equità sostanziale con cui sono applicate (11). Con la configurazione denominata strategica, la Regione assume un ruolo da *holding* decisionale più attiva nei confronti del sistema, utilizzando la leva della pianificazione strategica come strumento di indirizzo e di coordinamento delle aziende. Ad esempio, è questo il caso della Regione Lombardia, che attraverso l'indicazione obbligatoria per le proprie aziende sanitarie pubbliche di procedere alla stesura di piani strategici triennali (12) ha conseguito i molteplici obiettivi di:

- obbligare le aziende a (ri)definire al proprio ruolo nel sistema;
- conoscere gli indirizzi strategici delle diverse aziende;

— rinegoziarli alla luce delle compatibilità e priorità di sistema;

— avviare il dialogo tra le aziende stesse che insistono sul medesimo territorio.

Il Ssr si identifica così come una rete (13) coordinata attivamente dalla Regione, in cui i diversi nodi (le aziende) godono di significative autonomie, ma sono indirizzate e supportate nell'integrazione attraverso il contributo dato dal perno stesso della rete, la Regione (14).

Infine, la quarta configurazione, quella operativa, in cui la Regione assume un ruolo direzionale decisivo nei confronti delle aziende sanitarie pubbliche (15) operanti nel Ssr: di fatto, il Ssr si configura come un gruppo strutturato secondo un modello divisionale (16), in cui ogni azienda rappresenta una divisione con autonomia contabile e specifiche responsabilità di risultato, ma con una limitata autonomia decisionale. L'organizzazione interna delle aziende, la dotazione infrastrutturale, gli investimenti, la politica sanitaria locale, la dotazione e composizione del personale, ecc., sono

aspetti disciplinati o comunque concordati con la Regione. I Direttori generali di azienda sono quindi in realtà dei Direttori operativi di «filiale», che concordano un *budget* operativo annuale e poi si muovono autonomamente all'interno di esso per gestire la complessità quotidiana, ma sono tenuti a farsi approvare qualsiasi decisione che abbia una rilevanza oltre la gestione corrente. In altre parole, le aziende sanitarie, pur mantenendone la denominazione formale, perdono la connotazione reale di azienda, in quanto viene a configurarsi un'unica macroazienda, la Regione, con n articolazioni operative, quante sono le aziende (a questo punto di nome, ma non di fatto) operanti nel suo territorio.

Queste quattro configurazioni o prospettive di ruolo che può assumere la Regione sono ordinate lungo una scala evolutiva per cui nel rapporto tra Regione ed aziende si passa da una prevalente attenzione alla valutazione della *performance* di un sistema che si auto-regola ad un concreto ed accentrato governo e controllo del sistema stesso. Entrambe rappresentano fun-

zioni chiave di una Regione rispetto al settore sanità, in un momento in cui esso rappresenta il primo vero settore in cui si va attuando un federalismo reale in Italia, anche se presentano una differenza non secondaria: la prima funzione è una prerogativa solo regionale, mentre la seconda è una funzione in larga parte delegabile direttamente od indirettamente alle aziende sanitarie locali rispetto al territorio da loro presidiato (17). Quando ed in che misura sia effettivamente delegabile a livello aziendale la funzione di regolazione del sistema dipende da una serie di fattori contingenti tra i quali si possono ricordare almeno i seguenti (tabella 1):

— lo stato di sviluppo manageriale della Regione e delle aziende;

— la dimensione della Regione e del suo Ssr in termini di numerosità e complessità degli attori pubblici e privati;

— la pressione economica di partenza ed accumulata dal sistema;

— il grado di fiducia esistente tra organi di direzione regionali e direzioni generali aziendali.

Tabella 1

Ruolo Regione	Authority	Regolatore	Strategico	Operativo
<i>Fattori contingenti</i>				
Sviluppo competenze manageriali in Regione e nelle aziende	ALTO	MEDIO-BASSO	ALTO Regione MEDIO Aziende	ALTO Regione BASSO Aziende
Dimensioni Regione e complessità del Ssr in termini di numero e tipologia di attori in esso operanti	ALTO	MEDIO-ALTO	MEDIO-ALTO	BASSO
Situazione economica del sistema	POSITIVA	A RISCHIO	DIFFICILE	NEGATIVA
Rapporto di fiducia instaurato tra Regione ed aziende	ALTO	MEDIO-ALTO	MEDIO	INSTABILE

Le indicazioni contenute nella tabella 1 non hanno alcun valore normativo, ma sono da intendersi come un primo tentativo di esplicitazione delle situazioni prevalenti in cui vi è coerenza tra fattori contingenti e appropriazione di ruolo da parte della Regione.

È evidente che la tabella assume come proprie due ipotesi positive se confrontate con lo stato dei fatti di molte regioni italiane, in particolare se si considera che:

1) nessun caso di configurazione di ruolo regionale è sostituibile senza uno sviluppo di competenze manageriali in capo alla Regione basso;

2) non viene ipotizzata la situazione in cui la Regione non si posiziona chiaramente su nessun ruolo.

Entrambe le precedenti situazioni sono invece oggi piuttosto frequenti nel panorama dei Ssr italiani, la prima in particolare per le difficoltà che incontrano le regioni nel rinnovare il proprio *staff* dirigenziale, la seconda per il prevalere di logiche politiche che impediscono il concretizzarsi di molti impulsi decisionali. Tuttavia, nell'affrontare il delicato tema della programmazione e governo dei Ssr, non si può prescindere da assumere un atteggiamento propositivo, guardando più a ciò che si potrebbe fare che non a quanto non si è fatto. In questa prospettiva, nel quadro del federalismo fiscale incipiente, è chiaro che le regioni, per quanto in ritardo possano ancora essere, dovranno a breve imboccare entrambe le direzioni sopra richiamate sviluppando le competenze nei propri *staff* (sia in assessorato che nelle eventuali agenzie sanitarie regionali) e decidendo come porsi nei confronti del governo del sistema assumendo un ruolo univoco che consenta alle aziende di individuare per differenza il loro. A tal fine, ogni Regione dovrà quindi valutare le proprie caratteristiche interne per posizionarsi lungo il *continuum* di configurazioni compreso tra l'estremo dell'*authority* e quello della configurazione operativa, prevedendo di pari passo con il suo sviluppo e quello delle aziende un processo di continuo aggiustamento del suo ruolo.

4. Il ruolo dei contratti interaziendali nei diversi modelli di SSR

Le diverse configurazioni di Ssr attribuiscono dei ruoli diverse alla regione e alle aziende, soprattutto rispetto alla funzione di pianificazione del sistema. Quando il contratto interaziendale riveste un'importanza centrale nel Ssr come strumento a supporto del suo governo? In tutti i casi in cui la Regione non assume una configurazione operativa secondo le caratteristiche richiamate nel precedente paragrafo, lasciando quindi un ruolo centrale alle aziende, anche nella funzione di pianificazione (18). A partire da un ruolo di solo arbitro che può rivestire la Regione-*authority* si può arrivare al supporto tecnico nella stesura dei contratti attraverso l'individuazione dei contenuti minimi che dovrebbero caratterizzarli (attività da Regione in configurazione di controllo) e la consulenza vera e propria allo loro stesura e conclusione con accordo delle parti (attività da Regione in configurazione strategica).

Si possono ipotizzare tre scenari di collaborazione tra aziende e regioni nella stesura ed applicazione dei contratti interaziendali:

— un primo caso in cui la Regione-*authority* si limita a svolgere un ruolo di arbitro per risolvere al di fuori delle sedi di tribunali ed in tempi più rapidi eventuali contenziosi, verificando in prima battuta il rispetto delle regole da lei stessa poste e di quelle ricomprese nel contratto. Ovviamente, sarebbe opportuno che il contratto preveda nelle sue clausole la scelta autonoma delle aziende di ricorrere in «prima istanza» alla Regione (19) e solo in situazioni eccezionali al tribunale competente;

— un secondo caso in cui la Regione-controllore definisce i contenuti minimi che devono essere a suo giudizio affrontati nel contratto: ad esem-

pio, ricordando anche quanto già espresso nel quarto paragrafo, il *case mix* ed i relativi volumi, indicatori di appropriatezza e qualità assistenziale (tempi di attesa, *comfort* alberghiero), il sistema tariffario/di pagamento di base (20), le informazioni che le controparti devono produrre reciprocamente, i momenti cadenzati di confronto e gli eventuali meccanismi di arbitrato (cui si accennava al punto precedente);

— un terzo caso in cui la Regione-stratega «costringe» o supporta le aziende nella conclusione della trattativa contrattuale, obbligandole a sedere attorno a tavoli regionali di confronto in cui portare i propri obiettivi di programmazione. Questa funzione diventa fondamentale oggi per i quei Ssr italiani laddove lo sviluppo manageriale delle aziende sanitarie pubbliche (ed in particolare delle competenze in materia di «acquisto» di prestazioni specialistiche da parte delle Asl) non ha raggiunto un grado di maturità tale da presumere che siano in grado di muoversi senza un sufficiente stimolo e «copertura» istituzionale assicurato dalla Regione. La minaccia di usare le leve di pressione istituzionale (revoca Dg, revoca accreditamento), rappresenta in questo senso un potente strumento per focalizzare l'attenzione di aziende pubbliche e private insistenti sul medesimo territorio rispetto all'esigenza di definire una programmazione condivisa dei consumi e dell'offerta relativa: di fatto, il contratto rappresenta la formalizzazione di un accordo tra le parti che comunque deve essere trovato se si intende attuare una qualche forma di governo della domanda e di miglioramento dell'efficienza e qualità delle prestazioni rese senza ricorrere ad «artifici» contabili quali la fissazione di tetti di spesa o produzione in capo alla strutture di offerta specialistica. Infatti, in un sistema a somma zero come quello di un

Ssr, il vero rischio è l'annullamento di qualsiasi forma di reale competizione migliorativa, a causa proprio della «necessaria» individuazione da parte della Regione di tetti di spesa/fatturato qualora la compatibilità economica di sistema (e sotto-sistema locale di Asl) sia compromessa per la mancanza di un accordo tra le parti su una politica comune di governo della domanda. Una situazione in cui tutti gli attori ne escono perdenti, *in primis* il cittadino.

5. Il contratto interaziendale come strumento per il governo decentrato del sistema

Si è detto che nei sistemi regionali in cui la Regione esercita le proprie prerogative di governo lasciando ampia autonomia alle aziende, anche responsabilizzandole sulla pianificazione del sistema, il ruolo dei contratti interaziendali risulta rilevante, proprio in una logica di pianificazione interistituzionale negoziata. Ma quale è il razionale tecnico del loro utilizzo, quale è la finalità operativa del loro impiego?

Sappiamo come sia complesso ed oneroso verificare i risultati delle aziende sanitarie (cfr. par. 1), in particolare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni sanitarie (21). Questa difficoltà è accresciuta quando l'oggetto d'analisi è costituito dall'*output* dei singoli produttori, come avviene fisiologicamente quando la regione-capogruppo programma o negozia il *mix* atteso di produzione delle singole aziende. Infatti ogni singolo produttore tenderà ad obiettare ad ogni accusa di iperproduzione rispetto ad una certa tipologia di utenti o di prestazioni di:

a) essere un attrattore di quella tipologia di utenti/prestazioni, perché particolarmente qualificato;

b) produrre prestazioni complesse ed economicamente «pesanti» in quanto specializzato e quindi richiesto

dai pazienti più gravi rispetto la media della patologia e con complicazioni.

A queste obiezioni è difficile reagire con dati di letteratura, i quali sono ovviamente proposti per dati attesi di consumo per popolazione residente e non per volumi di produzione di una azienda. A titolo esemplificativo citiamo il caso dei tagli cesari per le nascite nelle divisioni di ostetricia-ginecologia. Essi sono indicati dall'OMS con un *gold standard* del 15%. Il singolo produttore, che agisce su un bacino aperto, potrà sempre sostenere che il suo 30% di tagli cesari dipende dal fatto di essere un centro specializzato e di attrarre quindi i casi complessi e a rischio, giustificando quindi la sua produzione inappropriata.

Un meccanismo alternativo di controllo, non più basato sui dati medi attesi per specialità previsti dalla letteratura, potrebbe essere quello dell'analisi dei singoli casi (o a campione) attraverso lo studio delle cartelle cliniche. Questo sistema oltre ad essere amministrativamente molto costoso e portatore di probabili eccessi di contenzioso burocratico, viene facilmente onorato dal produttore, che impara a compilare delle cartelle cliniche «ineccepibili».

Risulta invece incontrovertibile che i consumi sanitari dei residenti di un bacino chiuso debbano in media corrispondere ai dati previsti dalla letteratura scientifica. Tornando all'esempio di prima: i tagli cesari delle madri di un distretto non possono nel complesso superare il 15% (assumendo il *gold standard* del OMS), se non a fronte di palese inapproprietezze da parte dei produttori locali. Questo mostra, seppur in termini semplificati ed evocativi, la relativa maggiore semplicità dell'analisi dell'appropriatezza assumendo come oggetto d'indagine i consumi della popolazione di un territorio, e non gli *output* di un produttore. Questo secondo ed alternativo approccio

inoltre si sviluppa sempre lavorando su dati aggregati, evitando il pericolo di costosi arbitrati sui singoli casi, che meglio e più opportunamente debbono essere affrontati e discussi in altre sedi, diverse da quelle della pianificazione e programmazione.

Naturalmente all'azienda o all'unità organizzativa responsabile dell'analisi e del governo dell'appropriatezza dei consumi rimane il difficile compito di spingere la sommatoria dei produttori entro i parametri ritenuti scientificamente appropriati, posto che ogni produttore tenderà ad addossare la colpa dell'inappropriatezza ai propri concorrenti. Questo costituisce proprio l'indispensabile cornice dialettica entro cui attivare il processo di discussione, confronto e negoziazione interistituzionale ed interaziendale, che porta alla negoziazione del contratto interaziendale. In altri termini, proprio la verifica dell'eventuale inapproprietezza dei consumi di una popolazione con i rispettivi produttori deve generare il processo dialettico di pianificazione e programmazione. Esso risulterà tanto più facilitato quanto i bacini di utenza utilizzati per l'analisi non saranno eccessivi (facilitando l'individuazione delle determinanti e restringendo il numero dei negoziatori) e quanto più la funzione di committenza sarà istituzionalmente forte.

Al proposito è utile ragionare sugli aspetti di recente convergenza in atto tra modello Lombardo ed Emiliano-Romagnolo, tradizionalmente proposti come antitetici ed in assoluto contrasto tra di loro. Nello specifico intendiamo confrontare i modelli ufficialmente deliberati, prescindendo, a questo livello d'analisi, dalla eventuale distanza che vi potrebbe essere con quanto effettivamente attuato. Entrambi i modelli hanno in comune due elementi:

a) esplicitano la necessità della funzione di committenza, individuando

do un ambito responsabile della sottoscrizione di contratti con i produttori, teso a ricercare migliori livelli di appropriatezza e la programmazione di coerenti volumi e *mix* di prestazioni;

b) collocano questa funzione a livello molto decentrato: a livello di Asl per i lombardi (responsabili della sottoscrizione di contratti con le aziende ospedaliere e i privati accreditati, che, volendo, possono essere elaborati a partire dai consumi sanitari attesi per distretto), a livello di distretto per gli emiliani-romagnoli (con un bacino di riferimento individuato di norma con 100.000 abitanti).

Ciò che li differenzia dal punto di vista dell'architettura istituzionale è che la funzione di committenza per i lombardi deve essere attivata attraverso una dialettica interaziendale, mentre per gli emiliani-romagnoli questo deve avvenire prevalentemente a livello infra-aziendale. Nel primo caso i committenti sottoscrivono contratti interaziendali, nel secondo accordi infra-aziendali. Quello che emerge però in maniera distinta e comune è che questa funzione, attraverso i contratti, sposta la programmazione (e forse in parte anche la pianificazione) a livello molto decentrato.

6. Quale estensione dei contratti: per bacini distrettuali o aziendali?

Osservato che i contratti sono uno strumento con cui una parte significativa della funzione di pianificazione e di programmazione di sistema può essere spostata a livello decentrato, interrogiamoci su quale sia il bacino di utenza di riferimento rispetto a cui correlare questo strumento. In altri termini vogliamo interrogarci se sia meglio elaborare i contratti per singolo distretto o per intere Asl?

Innanzitutto è importante osservare come nel Ssn i concetti di distretto e Asl possano essere dimensionalmente molto diversi tra di loro. Vi sono Asl con 100.000 abitanti e altre che superano il milione di residenti, così come vi sono distretti con oltre 200.000 abitanti e altri con meno di 20.000 residenti (Anessi E., Cantù E., 2000, pagg. 20-25). Occorre pertanto fare molta attenzione nell'uso dei termini, perché, a ben vedere, vi sono alcuni distretti del Ssn che sono più popolosi di intere Asl.

Per affrontare la questione, crediamo sia importante distinguere chiaramente due elementi:

a) il livello di analisi dei dati di consumo;

b) il livello di negoziazione interaziendale.

a) A livello di analisi dell'appropriatezza dei consumi è importante osservare l'estrema complessità di questo processo, che potrebbe utilmente essere effettuato su bacini non troppo estesi, ad esempio fino a 100.000 abitanti, pari ad un livello di spesa di poco superiore ai 100 mil di euro annui (l'entità della spesa è tale da giustificare l'analisi). Questo permette di riflettere su di un numero di produttori di riferimento non eccessivo e disporre quindi di elementi interpretativi semplificati. Ricordiamo, tra l'altro, che i dati di consumo sanitari sono straordinariamente diversi e distinti spostandosi, anche all'interno della stessa azienda, da un territorio ad un altro, essendo diverse le storie, le infrastrutture e le competenze disponibili e gli orientamenti della popolazione. L'analisi per bacini limitati è probabilmente ancora più necessario in questa fase iniziale di introduzione e sviluppo della funzione di committenza, che non conosce ancora un significativo consolidamento, né in termini di esperienze, né in termini di competenze attivabili.

b) La disponibilità di dati ed analisi a livello di bacini attorno i 100.000 abitanti, non impedisce che l'elaborazione e la sottoscrizione dei contratti avvenga in maniera unitaria a livello interaziendale aggregato. Questo evidentemente eviterebbe, soprattutto in questa prima fase, la proliferazione dei contratti. Rimane invece da chiarire se il processo di negoziazione e quindi di stesura materiale dei contratti unici interaziendali debba avere come oggetto di analisi e negoziazione bacini d'utenza frazionati oppure aggregati. Infatti nulla impedisce che il contratto interaziendale tra due istituzioni sanitarie (ad esempio una Asl ed un ospedale azienda) sia unico ed aggregato, ma internamente scomposto per distretti o bacini d'utenza comunque definiti.

7. I principali contenuti dei contratti interaziendali

Il contratto è uno strumento di programmazione decentrata negoziata, che attua una strategia di collaborazione tra due aziende e quindi si negozia e si attua con tanta maggiore efficacia quanto più si agisce in un clima di fiducia reciproca. «La strategia dei contratti implica il parziale superamento di comportamenti competitivi tra due soggetti coinvolti e una loro responsabilizzazione congiunta sui risultati complessivi nei confronti del proprio bacino di utenza» (Del Vecchio M., 1998, pag. 85).

Ma quali dovrebbero essere i principali contenuti dei contratti interaziendali ovvero i loro elementi fondamentali costitutivi. Sforzandoci di definire ed illustrare un elenco sintetico-interpretativo e non compilativo-esautivo, crediamo che gli elementi fondamentali dovrebbero essere i seguenti:

a) i *case mix* ed i relativi volumi;

b) indicatori di appropriatezza, di qualità clinica ed eventuale definizione dei meccanismi di selezione dell'utenza;

c) i livelli assistenziali e/o i percorsi dei pazienti;

d) le regole di finanziamento;

e) i trasferimenti di cassa;

f) i meccanismi di arbitrato.

a) Il contratto dovrebbe indicare con una certa precisione i volumi attesi di consumi dei residenti di un territorio presso un identificato produttore, specificandone il *case mix*. I volumi possono essere classificati e misurati usando i nomenclatori nazionali (prestazioni ambulatoriali, Drg, ecc.) oppure procedendo ad accorpamenti o a scorpori di alcune classi, oppure accordandosi su di un sistema alternativo di classificazione, ritenuto più efficace tra i contraenti.

b) Il rispetto di volumi attesi di consumi sanitari non è garanzia di appropriatezza e di qualità clinica. Il contratto dovrebbe prevedere per ogni specialità, o gruppi coerenti di specialità, degli indicatori di appropriatezza e/o qualità clinica. Come indicatori di appropriatezza citiamo a titolo esemplificativo tassi massimi di complicanze o di utilizzo di interventi più pesanti. Come indicatori di qualità sostanziale citiamo indicatori di esito, tassi di ri-ricovero, ecc. In alcune aree di attività il livello strutturale di autoreferenzialità dell'attività socio-sanitaria è però tale che può risultare inopportuno lasciare alla completa discrezionalità del produttore la scelta e quindi la classificazione dell'utente (pensiamo alle strutture protette per anziani e alla loro possibilità di modificare le caratteristiche del paziente, rendendolo più o meno coerente ad una classificazione proposta). In questi casi il contratto interaziendale può prevedere anche un meccanismo coordinato tra le aziende contraenti di classificazione e selezione dei pazienti

(pensiamo, nel citato esempio degli anziani, alle unità di valutazione geriatrica interaziendali collocate presso l'azienda committente). Non crediamo che la logica della programmazione negoziata decentrata attraverso i contratti possa modificare in maniera sostanziale nel giro di pochi esercizi delle situazioni storicamente consolidate. Crediamo invece che il dato storico, anche laddove sia pericolosamente lontano dalle migliori evidenze di letteratura, debba essere preso come base negoziale, per costruire un realistico processo di cambiamento che abbia una significativa probabilità di successo attuativo. La negoziazione interaziendale dovrebbe proprio servire ad accompagnare reali processi di cambiamento aziendale, definiti abbastanza analiticamente attraverso un processo di negoziazione fine, proprio perché decentrato.

c) I contratti più maturi e completi potrebbero prevedere per classi di paziente il pacchetto assistenziale medio atteso, piuttosto che il percorso di riferimento che verrà garantito al paziente. Questo può riguardare sia aspetti meramente clinici (linee guida), sia di modalità assistenziali (ricovero *versus day hospital versus* attività ambulatoriale integrata e programmata), sia la fruizione (informazione, prenotazione, refertazione), sia il coordinamento di attività interaziendali (es. Mmg e specialisti ospedalieri). Non crediamo che questo possa diventare rapidamente la prassi dei primi contratti, ma in un percorso evolutivo dovrebbe rappresentare una sicura traiettoria di sviluppo. Questa impostazione implicitamente palese come anche il contratto (strumento di decentramento della programmazione) debba essere costruito coinvolgendo in maniera decentrata i coordinatori delle singole aree specialistiche, altrimenti risulterebbe impossibile negoziare e definire i pacchetti

assistenziali medi e/o i percorsi di riferimento dei pazienti.

d) Il contratto interaziendale definisce il meccanismo tariffario tra le parti. Non vi è nessun obbligo giuridico di utilizzare le tariffe nazionali o regionali. Le parti possono concordare anche un sistema finanziario *ad hoc*, completamente avulso dai nomenclatori deliberati, come usano già tradizionalmente fare con le convenzioni attive e passive. Il meccanismo potrebbe pertanto basarsi sul tariffario regionale o nazionale, oppure utilizzarlo come base per negoziare sconti in relazione ai volumi. In alternativa può essere semplicemente utilizzato come nomenclatore, definendo una nuova struttura di isorisorsità, non riconoscendosi in quella disponibile. Le parti possono anche aggiungere o disaggregare delle classi di prestazioni. Vi può essere anche una scelta alternativa alla logica tariffaria per episodi rilevanti: quote capitarie annuali per prese in carico (soprattutto per patologie croniche o complesse e di lunga durata) oppure pagamenti forfettari per aree di specialità al netto delle eventuali fughe presso altri fornitori, diversi da quello contrattato (che sosterrà l'onere della fuga vendendosela sottratta dal proprio finanziamento forfettario). Senza volersi in questa sede dilungare su tutti i possibili e disponibili meccanismi di finanziamento, è importante sottolineare come per l'autonomia aziendale sia importante riconoscere la possibilità di definire autonomamente un meccanismo di finanziamento, capace di creare incentivi e disincentivi coerenti alle proprie convenienze e strategie.

e) Laddove i committenti trasferiscono direttamente la cassa ai produttori, il contratto deve regolare i tempi e le modalità di pagamento, disciplinando la ripartizione degli oneri finanziari dovuti ad eventuali ritardati

trasferimenti e gli eventuali sconti ottenibili grazie a pagamenti anticipati.

f) Il contratto dovrebbe anche prevedere un efficace e rapido meccanismo di arbitrato tra le parti, che i contraenti percepiscono come equo e, soprattutto, inappellabile (meglio un accordo veloce, in parte insoddisfacente, piuttosto che un contenzioso prolungato e paralizzante). A titolo esemplificativo può essere istituita una commissione arbitrale composta da un numero dispari di membri (es. 3, uno per parte, più un esterno, il cui compenso è suddiviso tra i contraenti), che in caso di discussione, regola ogni conflitto in maniera inappellabile entro 15 giorni.

Come si vede gli elementi distintivi del contratto non sono così numerosi, ma molti di essi impongono delle attente riflessioni strategiche (si pensi alla definizione del meccanismo finanziario), altri richiedono una indubbia capacità tecnica (si pensi alla programmazione dei *mix* di consumi sanitari). È pertanto importante assumere una chiara ottica evolutiva nell'introdurre e sviluppare questo strumento di programmazione negoziata.

8. Conclusioni

Assumendo la centralità dell'azienda come attore decisivo nel determinare i livelli di *performance* dei sistemi, i contratti interaziendali possono essere un utile strumento per realizzare il decentramento di parte della funzione di pianificazione di sistema, corresponsabilizzando le aziende sanitarie nel governo dei Ssr. A questo proposito emergono due tesi di fondo dalle riflessioni condotte in questo lavoro:

1) i contratti interaziendali sono uno strumento indispensabile per il governo dei Ssr, rappresentando la cornice giuridica (per l'aspetto for-

male) e manageriale (per l'aspetto strategico e di programmazione) entro la quale trovano collocazione le leve/strumenti più operativi (22) per l'integrazione tra aziende sanitarie locali e strutture ospedaliere pubbliche e private finalizzata ad una politica comune di governo della produzione sanitaria e della sua correlata domanda;

2) una cooperazione di sistema e sistemica tra Regione ed aziende è necessaria in tutti quei contesti in cui il processo di apprendimento organizzativo delle aziende non si è ancora sviluppato appieno (Cartoccio A., Fabbro M., 1992). Come ricorda Zangrandi (1998), è solo attraverso la realizzazione di meccanismi operativi adeguati che le aziende possono promuovere la ricerca dell'economicità. In questo senso è necessaria una chiarezza di fondo dei ruoli, con un impegno crescente della Regione in relazione alla capacità aziendale di attivarsi correttamente e viceversa.

È evidente che, come peraltro sempre quando si affronta il tema dell'evoluzione di sistemi socio-tecnici quali le Asl e le regioni, non esiste una strada unica, ma soltanto una direzione preferibile in quel preciso contesto ambientale e periodo.

In generale, alle regioni spetta il compito di riconoscere l'importanza del contributo che possono portare le aziende alla pianificazione del sistema e quindi la correlata rilevanza che i contratti interaziendali rivestono oggi in qualsiasi Ssr (23) per supportare le azioni di governo della produzione e della domanda sanitaria. Alle regioni spetta, inoltre, la funzione di individuare il fabbisogno latente di apprendimento organizzativo delle aziende e, coerentemente con la struttura del proprio sistema, attrezzarsi per giocare un ruolo da sola *authority*, da controllore, da stratega attivo o perfino da gestore diretto. In ogni caso, il tutto senza mai

perdere di vista la sua funzione ultima di garante della tutela della salute per la popolazione residente, per cui è talvolta auspicabile, se non necessario, un intervento diretto.

Alle aziende, ed in particolare alle Ausl, spetta il compito di appropriarsi del proprio ruolo di perno di un sistema locale in cui devono promuovere una concertazione e dimensionamento quali-quantitativo dell'offerta coerente con i bisogni della popolazione. Questa appropriazione di ruolo richiede lo sviluppo di competenze e *staff* nell'area degli «acquisti sanitari», per svolgere con cognizione di causa il ruolo di terzo pagante delegato del sistema locale, nonché nell'area *marketing* e della programmazione e controllo ai fini dello sviluppo di azioni di governo della domanda (Longo F., 1998; Del Vecchio M., Lega F., 2001; Zangrandi A., 1998). Il tutto stimolando ed esigendo lo sviluppo e l'intervento della Regione laddove in ritardo e bisognose di una «copertura» istituzionale.

Una forte coerenza di intenti nel sistema ed un supporto reciproco continuo potranno alimentare ed accelerare lo sviluppo di entrambe le parti, dando finalmente pieno significato ai cambiamenti nel funzionamento del settore sanitario italiano indotti e voluti con l'attivazione di meccanismi di finanziamento a quota capitaria ed a tariffa introdotti con le riforme degli anni '90.

(1) Per pianificazione intendiamo la definizione di obiettivi con un orizzonte di medio-lungo periodo, mentre la programmazione si focalizza su obiettivi di breve periodo, tendenzialmente annuali. Nel settore sanitario questo significa che la pianificazione è prevalentemente concentrata a definire aspetti infrastrutturali (posti letto, specialità, presidi, grandi tecnologie, ecc.), mentre la programmazione è prevalentemente focalizzata sui volumi di attività e dei correlati costi.

(2) «I tre parametri di risultato maggiormente considerati sono fra quelli universalmente reputati più importanti per valutare la qualità complessiva di un sistema: l'efficacia, i costi, l'efficienza (...). Vi sono almeno altri due imprescindibili parametri di risultato. Uno è l'equità (...). L'altro è la soddisfazione dei cittadini assistiti (...).» (Donzelli A., 1997, pagg. 11-18).

(3) Si pensi ad esempio al settore sociale, dell'ambiente, dei trasporti, ecc.

(4) In questo devono servire le analisi epidemiologiche ed i confronti con altre realtà nazionali ed internazionali.

(5) È appena il caso di precisare che l'assenza in loco dell'offerta è giustificata laddove le distanze ed i volumi della domanda consigliano un'offerta dislocata in poche sedi logistiche facilmente raggiungibili (è il caso tipico delle cosiddette alte specialità).

(6) Per mobilità attiva si intende il flusso di pazienti residenti in altra Asl o regioni (a seconda dell'oggetto di osservazione) verso la propria Asl o Regione, l'esatto contrario per la mobilità passiva.

(7) *Money follow patients* significa che il paziente porta in dono con sé alla struttura sanitaria dove si cura la tariffa relativa alla propria assistenza. È una condizione esistente nei sistemi sanitari che pagano la malattia, cioè in cui una parte rilevante delle strutture è remunerata a prestazione tariffata in base al tipo di cura prestata. Sul tema si veda Donzelli (1997, pagg. 139-147).

(8) Sul tema si veda Dirindin (1997), Donzelli (1997), Longo (1998) e Lega (1999). Ricordiamo qui l'accordo concluso l'8 agosto 2001 dalla conferenza Stato-regioni che di fatto ha sancito un primo federalismo fiscale in sanità.

(9) Un sistema è un complesso unitario, formato da una pluralità di elementi interrelati, che assumono un significato d'insieme autonomo, quindi diverso e superiore rispetto alla somma delle parti (Mella P., 1997).

(10) Secondo o ridefinendo la propria missione.

(11) Ad esempio, è questo il caso che si potrebbe verificare in un contenzioso tra una Asl ed una struttura ospedaliera esterna rispetto al riconoscimento di una quota di produzione ritenuta inappropriata dalla prima, situazione in cui l'intervento della Regione è auspicabile per risolvere il conflitto per via «extragiudiziaria».

(12) Questo processo di interazione tra Regione ed aziende sanitarie pubbliche lombarde ha preso avvio nel 1998 con la stesura e negoziazione da parte delle aziende del piano strategico triennale (PST) 1998-2001, poi oggetto di

aggiornamento successivo con i PST 1999-2002 e di anno in anno con integrazioni e variazioni ritenute necessarie.

(13) O meglio ancora come una costellazione di reti, rappresentate dai sistemi sanitari locali imperniati e definiti dal territorio di una Asl o distretto.

(14) Una definizione condivisa di «rete» è quella che descrive la rete come un insieme di nodi (gli attori) legati tra di loro da relazioni o connessioni (Wellman B., Berkovitz S., 1988). Si parla di rete a stella, polo/antenne o *hub & spokes* quando la rete gode di una elevata proprietà di centralità, cioè ha uno solo dei nodi che si interfaccia regolarmente con tutti i restanti (sul tema si veda Soda, 1998; Gugiatti, 1996).

(15) Il privato è ovviamente escluso da questo meccanismo, se non quello per tradizione «istituzionalizzato».

(16) Con il modello divisionale si opera una suddivisione dell'azienda in centri di responsabilità che rispondono al vertice strategico del conseguimento dei risultati riguardanti definiti insiemi di attività. In questo modo il vertice non perde il controllo complessivo dell'indirizzo aziendale, perché può mantenere accentrate le scelte strategiche, attuando su vasta scala il principio della delega, applicato in primo luogo alle decisioni operative (Rebora G., 1998, pagg. 56-60). L'azienda raggruppa quindi in «divisioni» le varie attività in base alla linea di prodotti, ad un mercato di riferimento od all'impiego comune di una specifica tecnologia, e decentra il potere di gestione a livello di ogni divisione, mantenendo al centro quello di indirizzo e controllo strategico.

(17) Ci si riferisce ad un modello di Ssr che paga la salute identificato come a centralità Asl (Longo F., 1998) o come modello della quota capitaria unica (Lega, 1999).

(18) Su questo tema si veda anche l'interessante articolo di A. Zangrandi (1998, pag. 46), che individua nell'implementazione del sistema di pagamento a tariffe prospettiche e nelle esigenze di controllo della spesa, sviluppo dell'efficienza e governo della domanda le spinte strutturali per la realizzazione dei sistemi contrattuali.

(19) Bisognerebbe stupirsi del contrario in un sistema che dovrebbe basarsi su un forte rapporto fiduciario (in senso positivo) tra Regione e vertici aziendali.

(20) È solo un'ipotesi, dato che per stimolare l'efficienza è comunque possibile pensare in presenza di meccanismi operativi sviluppati e buona capacità di controllo ad altri modelli di finanziamento della produzione, come quelli della quota capitaria o del *forfait* complessivo

di struttura, come registrato talvolta nel contesto USA nelle relazioni tra HMO ed ospedali indipendenti.

(21) In questo scritto ci concentriamo soprattutto sui meccanismi di pianificazione e controllo delle aziende e dei Servizi sanitari regionali, consapevoli che l'efficacia degli stessi, può essere determinata più che dalla loro sostenibilità tecnica, dall'efficacia dei meccanismi di *accountability* e dall'incisività delle relazioni istituzionali in cui operano, la cui azione potenziale deve essere valutata proponendo altre e diverse riflessioni sulle architetture di sistema, che esulano dagli obiettivi del presente lavoro.

(22) Quali le analisi epidemiologiche e di mercato, i programmi di attività, gli impegni economici di *budget*, la definizione di *standard* condivisi, ecc.

(23) Come conferma la sensazione di convergenza tra i Ssr italiani considerati per opinione comune antitetici, riflessione richiamata nel secondo paragrafo.

BIBLIOGRAFIA

- ANESSI E., CANTÙ E. (2000), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- BORGONOV E. (1992), «Nuovi assetti istituzionali del Ssn e innovazione dei sistemi di gestione delle aziende di servizi sanitari», Workshop di economia sanitaria, maggio, Roma.
- CARTOCCIO A., FABBRO M. (1992), «Complessità organizzativa e sviluppo manageriale», *Sviluppo e Organizzazione*, 131, maggio-giugno, pagg. 19-30.
- DEL VECCHIO M. (1998), «I contratti tra le aziende Usl e le aziende ospedaliere», *Mecosan*, 25.
- DEL VECCHIO M., LEGA F. (2001), «Il problema dello sviluppo organizzativo e l'utilizzo dei case study per indagarlo», *Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- DIRINDIN N. (1997), «Il finanziamento del servizio sanitario nazionale», *Sanità Pubblica*, XVII (3), pagg. 276-282.
- DONZELLI A. (1997), *Sistemi sanitari a confronto*, Franco Angeli, Milano.
- GRANDORI A. (1999), «Il coordinamento organizzativo fra imprese», *Sviluppo & Organizzazione*, 171, gennaio/febbraio.
- GUGIATTI A. (1996), «Sistemi a rete e organizzazione dei servizi sanitari», in Meneguzzo M. (a cura di), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Milano, Egea, pagg. 307-337.

- LONGO F., DONZELLI A. (1997), «Un sistema che “paga la salute” per le aziende ospedaliere scorporate dalle Usl», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 11, 13-17.
- LONGO F. (2000), *Servizi sociali: assetti istituzionali e forme di gestione*, Egea, Milano.
- MELLA P. (1997), *Dai sistemi al pensiero sistemico*, Franco Angeli, Milano.
- REBORA G., MENEGUZZO M. (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Utet, Torino.
- SODA G. (1998), *Reti tra imprese*, Carocci editore, Roma.
- WELLMAN B., BERKOWITZ S. (1988), *Social structures: a network approach*, Cambridge University Press, Cambridge.
- ZANGRANDI A. (1998), «I sistemi di contratti in sanità per la regolazione della produzione: quali reali aspettative?», *Mecosan*, 26.

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

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;

— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

A.O. DI MELEGNANO: INDICATORI D'EFFICIENZA, D'ACCESSIBILITÀ E D'EFFICACIA DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Antonio Vita¹, Antonio Nava², Oscar Di Marino³, Barbara Rossi²

A.o. Melegnano

¹ Direzione Dipartimento Salute Mentale

² Controllo di gestione

³ Direzione sanitaria aziendale

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. L'Azienda ospedaliera di Melegnano: il Dipartimento di salute mentale - 3. Rilevazione delle attività psichiatriche - 4. Rilevazione quantitativa - 5. Gli indicatori proposti - 6. Implementazione e utilizzo del *reporting* per le attività psichiatriche - 7. Considerazioni sugli attuali sistemi di remunerazione delle attività psichiatriche - 8. Conclusioni - Appendice.

The analysis and evaluation of the efficacy and efficiency of psychiatric services is still poorly developed and satisfying. Besides the reporting system of the hospital psychiatric stays, that uses the same criteria and indices of the other medical and surgical specialties, the psychiatric activities in the community, including those delivered in outpatient and rehabilitative services, have not yet been the object of systematic analyses of costs and clinical as well as economic outputs.

This paper presents a model of reporting useful to describe the complex activities delivered by hospital and especially community psychiatric services of a Department of Mental Health and their economic balance. Moreover, a system of simple descriptors of the principal clinical activities, of resources required to deliver them, and of meaningful indices of accessibility, efficiency and efficacy of psychiatric community services is proposed. The model described might be useful for applying also to psychiatric community activities economic and organizative analyses, so facilitating «informed» decision making processes on the part of who have responsibilities on them.

1. Introduzione

L'analisi e la verifica dei risultati dei servizi di psichiatria è ancora poco soddisfacente. Accanto al sistema di *reporting* per gli episodi di ricovero, che utilizza gli stessi principi e metodi di quello d'ogni altra disciplina medica o chirurgica, le numerose e diverse attività territoriali, che pure rappresentano l'aspetto più rilevante e peculiare dell'assistenza psichiatrica, mal si prestano ad un'analisi tradizionale di costi e ricavi. Ciò limita la possibilità per i responsabili delle U.o.p. (1) di monitorare correttamente le risorse impiegate per lo svolgimento delle attività e di commisurarle ad indicatori di risultato, sia clinico, sia economico.

Obiettivo di questo lavoro è di proporre un modello di *report* adatto alla descrizione delle attività psichiatriche complessive, con particolare riguardo

a quelle territoriali (Centri psico-sociali, Centri riabilitativi), alla loro valorizzazione economica in relazione alle risorse impiegate, e capace di integrare e completare la reportistica oggi per lo più disponibile relativa alle attività di ricovero.

Inoltre, ci si propone di implementare e rilevare degli indicatori d'attività, di risorse, d'accessibilità, d'efficienza ed efficacia, utili alla gestione e verifica dei risultati dei servizi di psichiatria.

Il modello proposto può facilitare l'applicazione d'analisi gestionali anche alle attività psichiatriche territoriali, supportando la programmazione annuale di *budget*, l'assunzione di decisioni strategiche «informate» e può contribuire a favorire una gestione «efficiente» ed «efficace» del servizio.

2. L'Azienda ospedaliera di Melegnano: il Dipartimento di salute mentale

L'Azienda ospedaliera di Melegnano è stata istituita nel 1998 ed è composta di quattro presidi ospedalieri: Vizzolo Predabissi, Cernusco, Melzo e Gorgonzola. La collocazione geografica dei presidi ospedalieri si caratterizza per la formazione di due poli ospedalieri fra di loro distanziati di circa quaranta chilometri: il polo a nord, formato dai presidi di Cernusco, Melzo e Gorgonzola, ed un secondo polo sud dal presidio di Melegnano. Oltre ai presidi ospedalieri l'A.o. dispone di una diffusa rete di presidi ambulatoriali. Sono circa 15 i presidi ambulatori territoriali con circa 130 ambulatori.

In tabella 1 sono riportati i dati relativi all'organico, alle attività del-

Tabella 1 - Attività/organico dell'Azienda ospedaliera di Melegnano

Risorse umane		Attività		Posti letto
Medici	420	Ricoveri ordinari n.	34.000	Pl ric. ord. n. 946
Pers. sanitario del comparto	1.330	Ricoveri D.H. n.	6.500	Pl D.H. n. 116
Tecnici/amministrativi	620	Prestaz. ambulatoriali n.	3.000.000	

l'Azienda ospedaliera di Melegnano.

L'Azienda ospedaliera è organizzata per dipartimenti (amministrativo, sanitario, medicina, chirurgia, matero infantile, oncologia, salute mentale, diagnostica per immagini, patologia clinica), istituiti nel corso del 2000.

I Dipartimenti sono stati costituiti in modo tale da «tagliare» trasversalmente l'intera struttura aziendale: ogni dipartimento ha al proprio interno le unità operative omogenee e affini d'ogni presidio. In tal modo il Dipartimento è investito del suo ruolo, quello di coordinamento e integrazione di tutte le articolazioni strutturali, senza che sia privilegiato ora uno o l'altro presidio e, al contrario, preservando la funzione e gli indirizzi aziendali.

La costituzione dei dipartimenti risponde non soltanto ad un'imposizione normativa, ma soprattutto ai «fabbisogni organizzativi oggi predominanti nelle aziende ospedaliere», tra cui si evidenziano «l'integrazione e il coordinamento, la flessibilità, lo snellimento organizzativo, la razionalizzazione dei costi di struttura e di gestione, il recupero della centralità del paziente e la preservazione di un grado minimo di differenziazione/specializzazione indispensabile per la continuità del progresso scientifico». Il Dipartimento di salute mentale (Dsm) è composto dalle U.o. di psichiatria collocate nei presidi ospedalieri di Vizzolo e di Melzo.

3. Rilevazione delle attività psichiatriche

Le Aziende sanitarie, Asl e Aziende ospedaliere, si sono dotate o si stanno dotando di un completo sistema di controllo di gestione e, con esso, di un sistema regolare di *reporting*, ma, anche dove tali sistemi sono implementati, essi toccano solo marginalmente la psichiatria.

A fronte di un sistema di *reporting* ormai consolidato per le attività intraospedaliere relative agli episodi di ricovero che non differisce per nulla da quello impiegato per ogni altra disciplina medica e chirurgica, praticamente assenti sono le esperienze di *reporting* delle attività erogate dai servizi psichiatrici territoriali.

Di fatto, la gran parte delle attività rese dalle Unità operative di psichiatria sono costituite da attività territoriali, in linea con la vocazione all'integrazione intra ed extra-ospedaliera e socio-sanitaria delle discipline psichiatriche a partire dalla promulgazione della legge 180/78 poi inserita nella legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale 833/78.

Ancora, la maggior parte delle risorse necessarie per erogare le attività proprie dell'intervento psichiatrico nei tre momenti della prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali, sono assorbite dai servizi psichiatrici territoriali.

Nella tabella 2 è illustrata l'attuale articolazione delle strutture del Dipartimento di salute mentale (Unità ope-

rativa per la nostra Regione) ove emerge la netta preponderanza dei presidi extraospedalieri rispetto al Servizio ospedaliero di diagnosi e cura.

La Regione Lombardia ha sviluppato un sistema di rilevazione e classificazione delle attività psichiatriche (denominato «Psiche») che consente la quantificazione e successivamente la valorizzazione economica delle prestazioni territoriali.

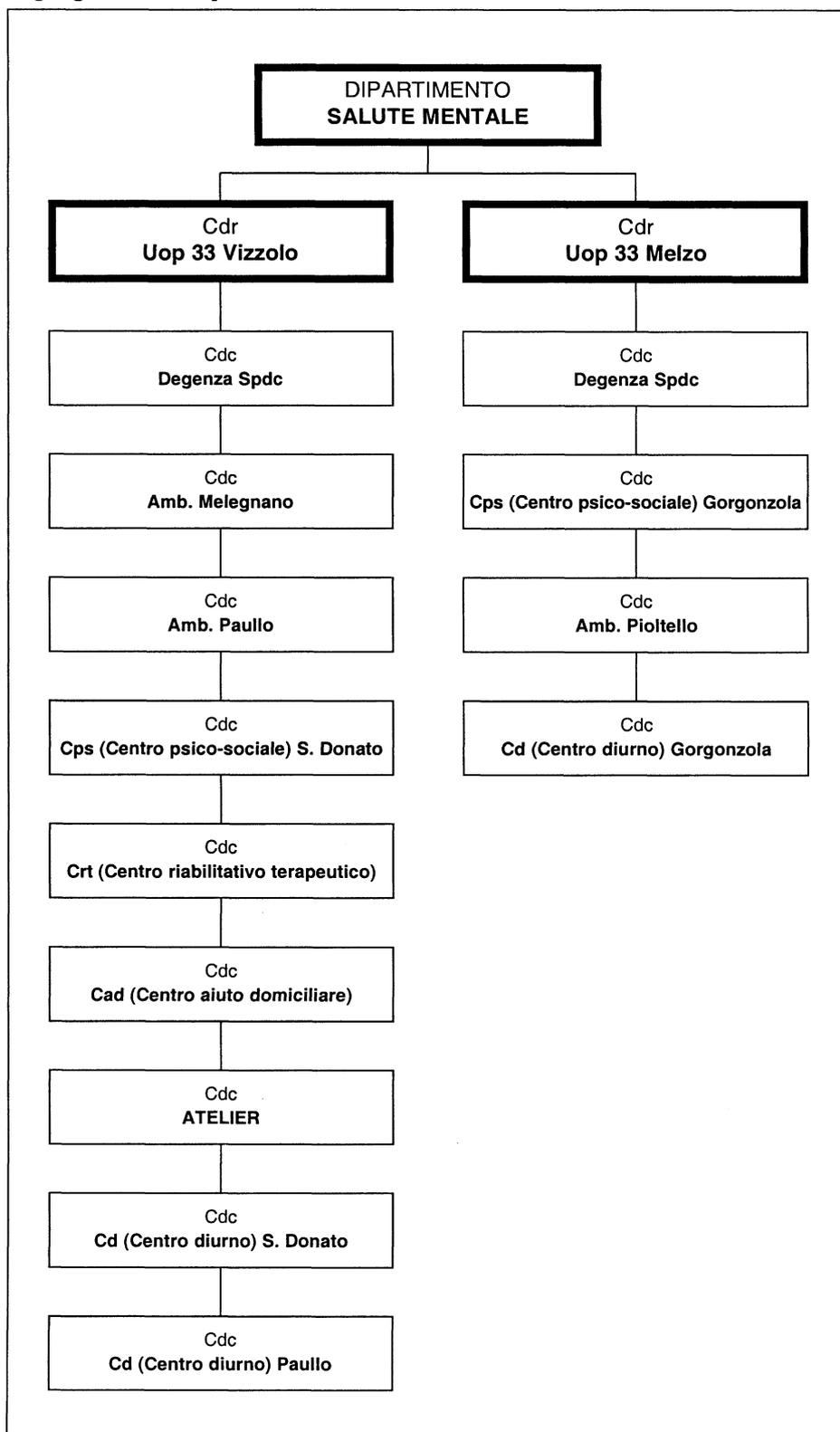
Tale sistema non viene però abitualmente utilizzato dalle Aziende ospedaliere con finalità di reportistica ed analisi, sebbene si tratti di una fonte assai utile d'informazioni riguardanti le attività svolte dai servizi di psichiatria. Di questo sistema si è pertanto tenuto sistematicamente conto nel presente lavoro sia per il migliore utilizzo delle informazioni già regolarmente raccolte dalle Unità operative psichiatriche, sia per garantire l'omogeneità e «leggibilità» del modello di *report* che abbiamo elaborato rispetto ai contenuti dei flussi informativi regionali.

4. Rilevazione quantitativa

4.1. Metodologia adottata per la rilevazione dei costi

Per la rilevazione dei costi si è utilizzata, quale fonte principale, la contabilità analitica dei costi aziendali. La contabilità analitica aziendale, gestita del controllo di gestione, costituisce una parte rilevante del controllo direzionale. È attraverso la contabilità analitica che trimestralmente il controllo di gestione rileva le risorse assorbite dai Centri di responsabilità aziendali; valorizza l'attività esterna ed interna dei Cdr ed elabora il conto economico. Nel corso dell'implementazione della contabilità analitica la metodologia adottata è stata illustrata e discussa con i responsabili di Cdr e i

Organigramma del Dipartimento di salute mentale



Direttori di dipartimento che conoscono e condividono le modalità di rilevazione, la fonte e la natura dei fattori produttivi del sistema contabile.

L'architettura del sistema della contabilità analitica dei costi si avvale del:

- piano dei Centri di responsabilità (Cdr); il concetto di Cdr adottato dall'A.o. è di un gruppo di persone che opera per raggiungere un obiettivo dell'azienda ed è guidato da un dirigente che si assume la responsabilità delle azioni intraprese e dei risultati raggiunti (Anthony e Young, 1998); i Cdr sono a loro volta articolati in Centri di costo (Cdc) quale articolazione organizzativa significativa del Cdr;

- piano dei fattori produttivi che definisce la natura delle risorse impiegate dai Cdr, specifica i criteri di classificazione e la loro associazione con il piano dei conti della contabilità generale. Al fine di rendere coerente il sistema della contabilità analitica con la contabilità generale, il piano dei fattori produttivi è logicamente integrato con il piano dei conti.

L'insieme delle regole, delle procedure e dei meccanismi operativi che costituiscono il sistema della contabilità analitica sono riportate nel «manuale aziendale della contabilità analitica» in cui è descritto il processo tecnico contabile di rilevazione e attribuzione dei costi diretti, i criteri (*driver*) d'assegnazione dei costi indiretti e generali. Sono inoltre esplicitate le modalità di valorizzazione dell'attività, interna (prestazioni intermedie) ed esterna, dei Cdr e la relativa valorizzazione.

4.2. La classificazione dei costi

Per costo s'intende l'espressione monetaria delle risorse utilizzate dal Cdr per la produzione di prestazioni e servizi in un determinato periodo. Re-

Tabella 2 - Le strutture e le attività del Dipartimento di salute mentale

Strutture	Attività
<i>Centro di salute mentale</i>	Il Csm (o Cps in Lombardia) è la sede d'elaborazione del progetto terapeutico e d'attuazione degli interventi psicofarmacologici, psicoterapeutici e socio-terapeutici che si svolgono sia al suo interno sia negli altri contesti di vita degli utenti in carico (a domicilio, nelle strutture residenziali meno protette, nei luoghi di ricovero, nei contesti di lavoro, etc.). Il Csm svolge questa funzione di coordinamento grazie ad una <i>équipe</i> a carattere pluriprofessionale. Tale gruppo di lavoro svolge molteplici attività di prevenzione, cura e riabilitazione tra loro integrate: attività di valutazione delle richieste che giungono da utenti, familiari, servizi sociali e medici di medicina generale; attività di filtro e prevenzione rispetto ai ricoveri psichiatrici; visite ambulatoriali; visite domiciliari; colloqui di supporto psicologico; psicoterapie strutturate (individuali e di gruppo); terapia psicofarmacologica; attività di sostegno infermieristico; attività riabilitative e risocializzanti; interventi socio-assistenziali per gli utenti in carico; proposte di ricovero nei Spdc e nelle altre strutture convenzionate; attività di filtro e d'invio ad altri servizi specialistici, come pure a strutture semi-residenziali, riabilitative e residenziali del Dsm o convenzionate; consulenze specialistiche ad istituti o altri servizi, sia territoriali sia ospedalieri; collaborazione con enti preposti alla tutela della salute dei minori a rischio.
<i>Servizio psichiatrico di diagnosi e cura</i>	I Spdc sono collocati in ospedali generali che sono sede di un Dipartimento d'emergenza ed accettazione. Accolgono pazienti per i quali si rende necessario il ricovero in ambiente ospedaliero, sia in forma volontaria (largamente prevalente) sia in regime di trattamento sanitario obbligatorio.
<i>Day hospital</i>	Il <i>Day hospital</i> (DH) rappresenta una modalità di ricovero parziale per prestazioni diagnostiche, terapeutiche o riabilitative a breve termine che non necessitano di ricovero ospedaliero.
<i>Centro diurno</i>	Il Centro diurno (Cd) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative. I suoi compiti sono volti a consentire lo sviluppo, nell'ambito dei progetti terapeutico-riabilitativi, d'abilità personali nella cura di sé, nelle attività quotidiane e nelle relazioni interpersonali.
<i>Strutture residenziali</i>	Le Strutture residenziali (Crt) e Comunità protette rappresentano uno strumento essenziale del Dsm sia per portare a termine il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici, sia per fornire una adeguata assistenza psichiatrica ai pazienti più gravi. Le strutture residenziali, come precisa il progetto obiettivo, non vanno tuttavia considerate come soluzioni abitative, ma devono essere concepite come lo spazio privilegiato di realizzazione di programmi riabilitativi individualizzati.

lativamente alla struttura dei costi l'A.o. ha adottato la seguente classificazione:

— costi diretti sono i costi direttamente riferibili e imputabili ad un cen-

tro di costo, tipicamente ci si riferisce alle risorse controllabili dal Cdr es. le risorse umane, il materiale sanitario (farmaci e presidi medici chirurgici), gli interventi di manutenzione sulle at-

trezzature, e gli ammortamenti relativi alle attrezzature sanitarie appartenenti al Cdr;

— costi indiretti si riferiscono a risorse/prestazioni acquisite da altri Cdr. Sono attribuiti i costi dei servizi alberghieri (ristorazione, lavanderia), il costo dei servizi appaltati (pulizia e sanificazione, utenze), le prestazioni intermedie ovvero le prestazioni diagnostiche, visite a parere, richieste dal Cdr. L'attribuzione di questi costi avviene utilizzando il sistema di ribaltamento impiegando per ogni fattore produttivo specifici *driver*. In particolare per le prestazioni intermedie sono stati adottati dei prezzi di trasferimento definiti e concordati a livello aziendale;

— costi generali sono riferiti ai costi dei Cdr di supporto. I servizi di supporto comprendono i servizi amministrativi, le direzioni sanitarie e amministrative dei presidi, la direzione strategica e servizi di *staff*, nonché tutti quei costi comuni non attribuibili ai Cdr.

All'interno di questa classificazione si possono ulteriormente suddividere i costi in fissi, semifissi e variabili. Tenuto conto delle esigenze di rilevazione non si ritiene necessario procedere ad un ulteriore dettaglio. Per ogni ulteriore valutazione si rimanda alla tabella 3 che sintetizza la classificazione dei costi adottata.

Il consolidato sistema di contabilità analitica aziendale rileva, con periodicità trimestrale, per ogni Cdr costi diretti e indiretti, mentre la quota dei costi generali è attribuita ai Cdr finali in rapporto ai costi (diretti e indiretti) sostenuti.

Per fornire ai responsabili dei Cdr una dettagliata informazione sulle risorse impiegate ogni voce di costo è stata articolata in più fattori produttivi in modo da evidenziare in detta-

glio la natura dei costi e la loro incidenza.

4.3. Ripartizione dei costi ai Cdc

Al fine di procedere alla implementazione d'indicatori utili per la gestione dei Cdr del Dipartimento di salute mentale si è reso necessario procedere per ogni centro di costo (Cdc) alla verifica e all'eventuale correzione dell'attribuzione dei costi e ricavi determinati dalla contabilità analitica.

In particolare per quanto riguarda il costo del personale si sono frazionati i costi per Cdc in ragione del tempo di lavoro effettivamente dedicato da ogni operatore ad ogni Cdc (espresso come percentuale sul totale). Per imputare ad ogni Cdc il valore delle risorse impiegate, non frazionabili dalla procedura della contabilità analitica, la medesima verifica è stata effettuata per tutti i fattori produttivi rilevati dalla contabilità analitica.

4.4. La riclassificazione dei costi

Tenuto conto della estrema analiticità del *reporting* della contabilità analitica adottato dalla azienda per le finalità del presente lavoro si è ritenuto opportuno riclassificare i costi in quattro gruppi significativi:

— *personale*: per la peculiarità dell'attività psichiatrica, il personale rappresenta la risorsa maggiormente critica pertanto si è ritenuto di mantenere una classificazione che consentisse di rilevare, per ognuna delle categorie professionali presenti, oltre all'assorbimento delle risorse in ogni Cdc, il nr. di addetti, le ore di lavoro prestate, i costi per periodo di competenza.

Il personale è stato articolato in:

— *personale medico, dirigenza non medica (psicologi), infermieri, educatori, assistenti sociali e altro* (ausiliari e OTA);

— *materiale sanitario*: comprende farmaci e presidi consumati dai Cdc;

— *beni e servizi*: somma i restanti costi diretti e indiretti che afferiscono ai Cdc;

— *costi generali*: comprende la quota dei costi dei servizi di supporto e dei costi comuni assegnata ad ogni Cdc in proporzione ai costi diretti e indiretti.

4.5. La valorizzazione delle attività

Oltre ai costi il sistema della contabilità direzionale rileva l'attività (quantità e valore) erogata dai Cdr.

Relativamente ai Cdr di psichiatria l'attività caratteristica si articola in:

— *ricoveri ordinari e day hospital* i cui criteri di classificazione e valorizzazione si rifanno al noto sistema dei Drg (riferimento normativo: D.M. 14 dicembre 1994);

— *attività ambulatoriali* che comprendono le prestazioni specialistiche ambulatoriali come da classificazione regionale. Il quadro normativo relati-

Tabella 3 - Contabilità analitica A.o. Melegnano: classificazione dei costi

Tipologia costi	Fattore produttivo	Valorizzazione
<i>Costi diretti</i>	Personale Materiale sanitario Materiale economale Manutenzioni Spese amministrative Ammortamenti attrezzature sanitarie e non	Costo pieno del personale del Cdr rilevato per competenza Costo del materiale consumato valorizzato al prezzo medio ponderato Costo del materiale consumato valorizzato al prezzo medio ponderato Costo interventi di manutenzione effettuati Costi di natura amministrativa effettuate dal Cdr Valore quota d'ammortamento del patrimonio del Cdr
<i>Costi indiretti</i>	Servizi per utenze Servizi alberghieri cucina mensa/lavanderia Servizi appaltati (pulizie, riscaldamento, trasporti, <i>global service</i>) Prestazioni intermedie servizi diagnostico terapeutici Servizi di supporto sanitari (blocco operatorio e terapia intensiva)	Attribuzione quota costi delle utenze- <i>driver</i> di ribaltamento: mq, n. scatti ... Attribuzione quota costi dei servizi- <i>driver</i> di ribaltamento: n. pasti, n. accessi mensa, kg di biancheria utilizzata Attribuzione quota costi dei servizi- <i>driver</i> di ribaltamento mq, valore del patrimonio, n. trasporti ... <i>Driver</i> di ribaltamento: prezzo di trasferimento delle prestazioni intermedie richieste. Valorizzate come da nomenclatore regionale <i>Driver</i> di ribaltamento: incidenza % dei Drg chirurgici, n. giorni terapia intensiva
<i>Costi generali</i>	Quota costi (servizi di supporto, costi comuni aziendali)	<i>Driver</i> di ribaltamento: quota % in rapporto alla somma dei costi diretti e indiretti sostenuti dal Cdr

vo alle modalità d'offerta da parte del Ssn di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale è stato definito dal D.L. del 30 dicembre 1992 n. 502 (e successive modificazioni). Il decreto sottolinea la necessità di un governo della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie da parte delle regioni e delle Aziende sanitarie. In termini di finanziamento definisce come modalità generale il pagamento a prestazione da cui deriva la necessità di individuare le prestazioni erogabili nell'ambito del Ssn e le loro relative tariffe. Attualmente in Regione Lombardia la remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale avviene secondo le tariffe previste dal nomenclatore tariffario di cui al decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996 e successivamente aggiornato ed adattato dalla Regione Lombardia per meglio rispondere alle esigenze locali. Il nomenclatore riporta l'elenco analitico delle prestazioni erogabili nell'ambito del Ssr e il relativo valore di remunerazione. La tariffa, determinata attraverso una serie di rilevazioni e verifiche dei costi dovrebbe esprimere il valore delle risorse impiegate per fornire la prestazione (come sviluppato successivamente per la psichiatria, ciò non si verifica). L'elenco delle prestazioni classificate dalla circolare 28/SAN per la psichiatria e riportato in tabella 4;

4.6. Attività erogate dalle strutture territoriali classificate secondo il nomenclatore regionale (tabelle 4 e 5)

Si tratta di un sistema tariffario elaborato per riconoscere sul piano economico sia quelle prestazioni dei Cps che non rientrano nel nomenclatore nazionale, sia gli interventi in regime semiresidenziale (Crt e Cd) e residenziale (Crt, Cp). A questa esigenze venne data una risposta con la circ.

46/SAN che definiva tali tariffe, rifacendosi anche alla rilevazione dei carichi di lavoro. L'obiettivo era di arrivare ad una valutazione complessiva dell'Uop, derivante dalla somma delle varie tariffazioni, ma anche da considerarsi come finanziamento complessivo delle attività psichiatriche (tabelle 5 e 6).

La scelta della regione, coerente con gli indirizzi della propria politica sanitaria, nel destinare il 5% del Fondo sanitario regionale alle attività di psichiatria dei Dsm, ha inteso articolare il collegamento tra il peso economico e l'assorbimento di risorse per un

determinato servizio erogato privilegiando il *mix* di offerte di prestazioni in un percorso di cura considerata ottimale ed efficace rispetto ai bisogni di salute della popolazione, specie nei confronti dei pazienti con patologia più grave e persistente.

Particolarmente significativo a questo proposito è l'obiettivo di remunerare la «presa in carico» valorizzando le attività territoriali complesse che la sostanziano con un sistema di pesi specifici in funzione dei carichi di lavoro, con ampia implementazione dello scarno tariffario nazionale, nell'intento fondamentale di indirizzare i

Tabella 4 - Nomenclatore tariffario nazionale per le visite specialistiche ambulatoriali in ambito psichiatrico

Cod	Prestazione	Tariffa (lire)	Tariffa (euro)
89.01	Anamnesi e valutazione, definite brevi	25.000	12,91
89.01	Visita psichiatrica di controllo	25.000	12,91
89.7	Visita generica	32.000	16,53
89.7	Visita neuro-psichiatrica infantile	32.000	16,53
89.7	Visita psichiatrica	32.000	16,53
93.01.3	Valutazione monofunzionale	15.000	7,75
94.01.1	Somministrazione di test d'intelligenza	18.000	9,30
94.01.2	Somministrazione di test di deterioramento o sviluppo intellettuale	30.000	15,49
94.02.2	Test della scala di memoria di wechsler [wms]	11.000	5,68
94.08.3	Somministrazione di test proiettivi e della personalità	15.000	7,75
94.09	Colloquio psicologico clinico	37.000	19,11
94.12.1	Visita psichiatrica di controllo	25.000	12,91
94.19.1	Colloquio psichiatrico	37.000	19,11
94.3	Psicoterapia individuale	37.000	19,11
94.44	Psicoterapia di gruppo	18.000	9,30
99.2	Iniezione o infus. farmaci specifici	18.000	9,30

Tabella 5 - Modalità di tariffazione delle attività psichiatriche

Attività	Modalità di tariffazione
Attività del Cps	Per prestazioni singole valorizzazione nomenclatore regionale (circ. 28 SAN e 46 SAN)
Ricoveri ospedalieri	DRG
Cd, Crt, Cp	Valorizzazione per giornata

modelli professionali e la qualità degli interventi, con particolare riguardo al lavoro dei Cps (L. Petrovich, 1999).

La degenza per attività residenziale e/o semiresidenziale in strutture psichiatriche è tariffata in funzione del tipo d'attività (residenziale, semiresidenziale), della durata giornaliera (inferiore a 4 ore, superiore a 4 ore. giornata), nonché del tipo di struttura che eroga la prestazione, secondo le tariffe indicate nella tabella 6.

Gli interventi domiciliari effettuati dai Cps sono tariffati a lire 100.000 per intervento.

Gli interventi territoriali già inclusi nel nomenclatore tariffario di cui al D.P.C.M. 22 luglio 1996 seguono la tariffazione ivi indicata.

Gli interventi territoriali effettuati nei Cps per i quali non sono già state in precedenza indicate le tariffe opportune, e segnatamente quelli indicati sinteticamente nella tabella che segue, sono tariffati secondo la strategia che viene qui riportata (tabella 7):

— ogni intervento viene trasformato in minuti, considerando come peso in minuti dell'intervento stesso quanto è risultato dalla rilevazione dei carichi di lavoro effettuata dalla Regione. Le attività considerate ed i relativi pesi sono riportate in tabella;

— la somma dei minuti di tutte le attività condotte viene valorizzata forfettariamente con la tariffa oraria di lire 90.000.

Ritornando all'impostazione del nostro *report*, l'attività opportunamente valorizzata rappresenta i ricavi del Cdr. In tabella 8 sono riportate le attività e il sistema di valorizzazione adottato per determinare i ricavi.

La disponibilità dei valori di costo e ricavo consente di generare per ogni Cdr un conto economico determinando i valori del primo e secondo margine.

5. Gli indicatori proposti: definizione e requisiti

Per la progettazione e l'implementazione del sistema dei *report* per realizzare il controllo di gestione delle attività di psichiatria, il Direttore di dipartimento, i responsabili delle U.o. del Dsm e il *controller* hanno a lungo discusso su come produrre il *reporting*; su quali informazioni utili deve contenere; quale stimolo deve

generare nei destinatari. Il confronto ha portato ad assumere il seguente percorso logico:

— identificazione degli obiettivi gestionali del destinatario;

— identificazione dei fabbisogni informativi ovvero delle variabili da controllare;

— identificazioni delle misure espressive delle variabili da controllare;

Tabella 6 - Tariffe per giornata di degenza per attività residenziale e/o semiresidenziale in strutture psichiatriche

Attività	Durata della degenza	Struttura	Tariffa (lire)	Tariffa (euro)
Residenziale	Giornata	Crt, Cp – assistenza 24 ore	320.000	165,26
	Giornata	Cp – assistenza > 8 ore	220.000	113,62
	Giornata	Cp – assistenza < 8 ore	150.000	77,46
Semiresidenziale	< 4 ore	Crt, Cp, Cps, Cd, Sinr	100.000	51,64
	> 4 ore	Crt, Cp, Cps, Cd, Sinr	200.000	103,29

Tabella 7

Tipo d'intervento	Peso in minuti
Visita colloquio	56
Somministrazione diretta di farmaci	16
Colloquio con i familiari	68
Intervento psico-educativo	96
Gruppo di familiari	180
Riunioni interne alle Uop incentrate sui casi	165
Riunioni con strutture sanitarie/altri enti	122
Riunioni con persone/gruppi non istituzionali	105
Intervento individuale sulle abilità di base, interpersonali e sociali	76
Gruppo incentrato sulle abilità di base, interpersonali e sociali	129
Intervento individuale di risocializzazione	98
Gruppo di risocializzazione	180
Gruppo attività espressive	179
Gruppo attività corporea	120
Inserimento lavorativo	122
Supporto alle attività quotidiane	72
Supporto sociale	93

N.B.: le sigle riportate nelle tabelle hanno il seguente significato: Cps, Centro psico-sociale; Crt, Centro residenziale di terapie psichiatriche; Cp, Comunità protetta; Cd, Centro diurno; Sinr, Strutture intermedie non residenziali.

Tabella 8 - Attività psichiatriche: classificazione dei ricavi

Attività	Modalità di valorizzazione
Prestazioni di ricovero ordinario	Valorizzazione da tariffario regionale Drg
Prestazioni ambulatoriali	Valorizzazione da tariffario regionale ambulatoriale
Prestazioni ambulatoriali di Pronto soccorso	Valorizzazione da tariffario regionale ambulatoriale
Prestazioni ambulatoriali 46/San.	Valorizzazione da tariffario regionale
Prestazioni intermedie cedute	Valorizzazione prezzo di trasferimento. Valore nomenclatore regionale
Ricavi prestazione libera professione	Valore delle entrate effettuate dal Cdr
Altri ricavi	Valorizzazioni ulteriori entrate

— definizione della periodicità del *reporting* e dei suoi destinatari;
— disegno del *report*.

Per ciascuno degli indicatori proposti è stata posta particolare attenzione al rispetto dei requisiti di:

— rilevanza, cioè d'importanza e congruenza con gli obiettivi d'analisi del problema specifico;

— controllabilità: di verificabilità dei dati quantitativi che li compongono;

— comprensibilità: di facile leggibilità ed interpretazione;

— confrontabilità: d'omogeneità costruttiva.

I parametri e gli indicatori proposti sono stati suddivisi nelle seguenti aree:

- risorse impiegate;
- attività svolte;
- accessibilità del servizio/presidio;
- efficienza;
- efficacia.

5.1. Indicatori di risorse

I parametri utilizzati per la descrizione delle risorse impiegate, oltre ai dati relativi ai costi, sono stati:

- n. personale medico assegnato;
- n. personale infermieristico;
- n. personale d'assistenza sociale;

— n. personale di tipo educativo/riabilitativo;

— n. personale altro (ausiliari, OTA, amministrativi ...).

È noto infatti che la gran parte delle risorse impiegate in ambito psichiatrico è rappresentata dalle risorse di personale assegnato al servizio e la scelta dei parametri da utilizzare per indicare la quantità e la qualità delle risorse impiegate per svolgere le attività proprie dei servizi psichiatrici non può che privilegiare la descrizione del personale assegnato allo svolgimento delle attività proprie di quel servizio.

Sono quindi definibili gli indicatori riportati in tabella 9.

L'incidenza dei costi assorbiti dal personale psico-sociale rispetto ai ricavi delle attività svolte è dunque l'indicatore più proprio delle risorse finan-

lizzate allo svolgimento delle attività svolte da un servizio psichiatrico. È chiaro che la relazione poteva anche essere stabilita tra risorse ed attività, ma l'indicatore prescelto contiene in più una informazione sintetica di tipo economico utile ai fini gestionali.

5.2. Indicatori d'attività

Per la determinazione degli indicatori d'attività sono stati utilizzati i seguenti parametri:

Per le attività territoriali:

- n. pazienti visitati almeno 1 volta nel periodo di riferimento;
- n. nuovi pazienti visitati nel periodo di riferimento;
- n. pazienti visitati a domicilio;
- n. visite domiciliari;
- n. totale prestazioni.

Si tratta d'informazioni rilevanti per definire il volume d'attività complessivo del servizio, il *mix* d'attività in sede/fuori sede e la capacità di raggiungere l'utenza. In particolare si vuole dare rilievo sia al numero totale di pazienti «in carico», che è di certo il dato più semplice per descrivere il carico di lavoro del servizio, sia al numero di «prime visite». Si è voluto anche includere il dato sulle visite domiciliari e sul numero d'utenti da esse raggiunti per descrivere la capacità del servizio di raggiungere l'utenza nei suoi luoghi di vita, che rappresenta un

Tabella 9

Descrizione	Interpretazione	Periodicità	Destinatari
Incidenza % dei costi delle risorse umane su ricavi	Rileva i costi delle risorse umane impiegate in rapporto alla valorizzazione dell'attività	Trimestrale	Direttore di dipartimento Responsabile di Cdr
N. ore lavorate per addetto	Rileva il tempo di presenza per addetto		

importante fattore di prevenzione delle recidive e dei *drop-out*.

Per la semiresidenzialità (riabilitativa):

- n. gg. di semiresidenzialità totali (> e < di 4 ore);
- n. gg. di semiresidenzialità normalizzati (> 4 h = 1; < 4 h = 0,5);
- presenza media di pz. (> 4 h);
- presenza media di pz. (< 4 h).

In tal modo viene descritta completamente in termini quantitativi l'attività semiresidenziale propria dei Centri diurni (e del Crt non residenziale). La normativa vigente distingue infatti nettamente le semiresidenzialità psichiatriche in ragione della loro durata (>/< 4 h), sia sotto il profilo delle attività rese che della valorizzazione economica delle stesse. In effetti l'organizzazione di un presidio riabilitativo «pesato» su attività a tempo pieno è profondamente diversa da quella di presidi che privilegiano singole attività riabilitative di breve durata. La quantificazione delle giornate di residenzialità > ed < alle 4 ore così come il numero medio di pazienti che vi accedono rappresentano una sufficiente descrizione delle attività rese e dell'assetto organizzativo con esse compatibile.

Per i ricoveri:

- n. ricoveri ordinari;
- n. gg. di degenza in *day hospital*.

Ne derivano gli indicatori d'attività riportati in tabella 10.

Le attività rese vengono messe in relazione con le unità di personale assegnato, quello medico per le attività specialistiche, tutto il personale per le attività integrate psico-sociali che vedono l'intervento di più figure professionali. Ne deriva una attendibile stima del carico di lavoro suddiviso per tipologia di attività (ricovero vs. attività territoriali; attività interne ed esterne) L'incidenza percentuale di prime visite è un indice di morbilità

per quel dato territorio ma anche di attrattività del servizio. La percentuale delle attività di gruppo sul totale indica il *mix* di interventi terapeutico-riabilitativi e descrive l'incidenza degli interventi integrati su quelli monospecialistici e il ruolo assegnato da quel servizio agli interventi riabilitativi, tipicamente svolti in piccoli gruppi.

5.3. Indicatori di accessibilità

I descrittori d'accessibilità del servizio rivestono oggi particolare importanza sia in relazione all'accreditamento istituzionale, in particolare perché compresi tra i criteri organizzativi d'accreditamento dei presidi psichiatrici, sia più in generale perché corre-

lati alla reale capacità del servizio di corrispondere ai bisogni della popolazione utente.

Sono stati selezionati i seguenti parametri:

- n. ore d'apertura settimanale del presidio;
- n. gg. d'apertura settimanale del presidio;
- tempo medio d'attesa per 1^a visita medica;
- tempo medio d'attesa per 1^a visita psicologica.

Si tratta di indicatori (tabella 11) particolarmente importanti per descrivere l'accessibilità del servizio e la prontezza delle sue risposte all'utenza. Entrambi gli indicatori rappresentano criteri di valutazione regio-

Tabella 10 - Indicatori d'attività

Descrizione	Interpretazione	Periodicità	Destinatari
Numero ricoveri ordinari per personale distinto per qualifica professionale	Rileva per la specifica attività indicata, il volume di lavoro gestito dal personale Rileva la presa in carico di nuovi pazienti	Trimestrale	Direttore di dipartimento Responsabile di Cdr
Numero giorni DH per personale distinto per qualifica professionale			
Incidenza % nuovi pazienti			
Incidenza % attività dei gruppi sul totale degli interventi terapeutici			
Numero pazienti visitati per unità di personale medico			
Numero pazienti visitati per unità di personale assegnata al Cdc			
Numero pazienti visitati a domicilio per unità di personale assegnata al Cdc			
Numero pazienti visitati a domicilio per unità di personale			
Numero visite domiciliari per unità di personale			
Numero totale di prestazioni per unità di personale			

Tabella 11

Descrizione	Interpretazione	Periodicità	Destinatari
N. giorni e ore d'apertura settimanali	Rileva la disponibilità quantificata in giorni e ore di fruibilità del servizio	Trimestrale	Direzione aziendale Direttore di dipartimento
Tempo medio d'attesa per prima visita	Rileva il tempo medio d'attesa per la prestazione		Responsabile di Cdr Urp

nale dell'accessibilità dei servizi sanitari delle Aziende ospedaliere ed altrettanti criteri di scelta del servizio da parte del cittadino-utente ed è pertanto utile sotto il profilo gestionale monitorare con continuità tali indicatori.

5.4. Indicatori d'efficienza

Per efficienza s'intende la relazione esistente tra risultato raggiunto e risorse impiegate per raggiungerlo.

Ne deriva che ogni parametro che metta in relazione questi due ambiti costituisce un indicatore d'efficienza. In questo caso, le risorse possono essere rappresentate sia dai costi direttamente imputabili ad una determinata attività, sia da altri parametri ad essi correlati, quale per esempio il tempo dedicato per il suo svolgimento.

Sono stati individuati, e vengono descritti in tabella 12, diversi indicatori d'efficienza relativamente a:

- episodi di ricovero in Spdc, ove si sono utilizzati gli indici abituali;
- attività territoriali proprie dei Cps e degli ambulatori;
- attività riabilitative residenziali (Crt e Cp) e semiresidenziali (Cd e Cr).

Gli indicatori relativi alle attività di ricovero ospedaliero sono quelli abituali, dal tasso di occupazione, alla degenza media, all'intervallo di turnover, all'indice di rotazione, al peso medio Drg, inclusi nella reportistica

abituale delle Aziende ospedaliere. Ad essi si è aggiunto il costo per punto Drg, che consente immediatamente di descrivere il costo del servizio erogato per unità di prestazione (clinica) e che come sarà detto oltre dimostra con tutta evidenza l'incapacità dell'attuale sistema di tariffazione delle attività di ricovero psichiatrico di coprire i costi di erogazione.

La seconda parte degli indicatori, relativi alle attività territoriali e riabilitative, è invece del tutto originale e non compare a nostra conoscenza in altri sistemi di *report* aziendali per la psichiatria. Vengono rilevati tempi, costi e ricavi per prestazione ambulatoriale, per giornata di residenzialità (Crt) e di semiresidenzialità (Cd e Cr semiresidenziale).

Gli indicatori sono completati dal conto economico per Cdr e da quello per ciascun Cdc che concorre alle attività proprie della Unità operativa afferente al Dsm.

5.5. Indicatori d'efficacia (tabella 15)

Vi sono vari modi di definire l'efficacia di interventi sanitari.

Da un lato può essere sottolineato il grado di coerenza tra obiettivi di gestione e risultati effettivamente raggiunti: si parla in tal caso di «efficacia gestionale».

Dall'altro può essere posto l'accento sul grado di coerenza tra i risultati raggiunti e i bisogni ai quali l'azione

era rivolta: si tratta dell'efficacia rispetto al bene-salute che rappresenta il fine ultimo al quale mira l'azione delle organizzazioni sanitarie e si parla in tal caso di «efficacia sanitaria o clinica o sociale».

Quest'ultima non può e non deve essere messa in disparte nella metodologia di analisi e di controllo che ogni Azienda sanitaria e nel nostro caso ogni Dipartimento di salute mentale si da, eppure del tutto assenti sono ad oggi le proposte operative in merito in ambito psichiatrico.

Abbiamo analizzato la letteratura scientifica disponibile al fine di selezionare alcuni strumenti semplici da applicare, e pertanto facilmente utilizzabili nella pratica clinica quotidiana dei servizi, capaci di misurare l'andamento clinico del caso. Si tratta di scale di adattamento globale del soggetto e/o di *outcome* clinico complessivo.

5.6. Vgf - Valutazione globale del funzionamento (tabella 7)

La Vgf è particolarmente utile per seguire i progressi clinici del paziente in termini globali, utilizzando una singola valutazione numerica. Essa si riferisce al funzionamento psicologico, sociale e lavorativo globale del soggetto e deriva direttamente dalla precedente *Global Assessment Scale* (Endicott *et al.*, 1976). Ai fini della costruzione del nostro *report*, il periodo di tempo al quale riferire la valutazione dovrebbe essere quello dell'ultimo anno.

La Vgf costituisce la valutazione del V asse del Dsm IV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, IV edizione (American Psychiatric Association, 1996) ed è quindi di larghissimo uso clinico.

Tabella 12 - Indicatori

Descrizione	Interpretazione	Periodicità	Destinatari
Tasso occupazione (Spdc)	Rileva il grado d'efficienza e funzionalità della struttura, permette l'analisi del livello di utilizzo della dotazione di posti letto	Mensile	Direttore di dipartimento Responsabile di Cdr
Degenza media (Spdc)	Rileva il numero di giornate di ricovero per paziente		
Ind. rotazione (Spdc)	Rileva l'efficienza nell'utilizzo dei posti letto. Vanno considerati separatamente i ricoveri di 1 giorno		
Turnover (Spdc)	Consente di valutare l'efficienza nell'utilizzo dei posti letto		
Peso medio (Spdc)	Rileva il <i>mix</i> dei casi trattati		
Costo per punto Drg (Spdc)	Rileva il costo delle risorse impiegate per ogni punto di Drg prodotta dal Cdc Spdc	Trimestrale	Direttore di dipartimento Responsabile di Cdr
Costo medio per prestazione	Rileva il costo delle risorse impiegate per l'erogazione delle prestazioni		
Ricavo medio per prestazione	Rileva il ricavo per le prestazioni erogate		
T. medio per prestazione personale medico	Rileva l'utilizzo della risorsa tempo da parte del personale per l'erogazione delle prestazioni		
T. medio per prestazione per unità di addetto	Rileva l'utilizzo della risorsa tempo da parte del personale per l'erogazione delle prestazioni		
Costo giornate degenza (Crt)	Rileva il costo delle risorse impiegate per ogni giornata di degenza prodotta dal Crt		
Costo per paziente in carico	Rileva il costo delle risorse impiegate per paziente assunto in carico		
Ricavo per paziente in carico	Rileva il ricavo per paziente assunto in carico		
Costo per giornate di semiresidenzialità	Rileva il costo delle risorse impiegate per ogni giornata di semiresidenzialità (determinazione n. gg. > 4 ore = 1 g. e < di 4 ore ½ g.)		
Tasso occupazione Crt	Rileva in % il numero delle giornate utilizzate rispetto al numero di giornate utilizzabili		
Conto economico del Cdr e Cdc	Rileva i costi, i ricavi ed il margine economico prodotto		

5.7. Strauss-Carpenter Outcome Scale (scala dell'esito di Strauss e Carpenter) (tabella 14)

Si tratta di una scala di esito proposta dagli autori J.S. Strauss e W.T. Carpenter nel 1974 e ripreso da numerosi altri autori successivamente (es. McGlashan, 1984). Valuta l'esito del disturbo nelle seguenti 4 aree:

- ricoveri;
- gravità dei sintomi;
- relazioni interpersonali;
- funzionamento lavorativo,

e prevede anche una valutazione globale. Anche questa scala può essere applicata annualmente.

5.8. HoNOS- Health of the Nation Outcome Scale

A queste scale ne possono essere aggiunte altre, più complesse.

In particolare, la scala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale) si candida come uno strumento appropriato agli scopi del *report*. Si tratta di una scala di valutazione della gravità e dell'esito elaborata per l'uso nei servizi di salute mentale da parte della Research Unit del Royal College of Psychiatrists inglese a partire dal 1993. Nella sua versione definitiva (Wing *et al.*, 1998) la HoNOS è costituita da 12 *item*, ha una impostazione multidimensionale poiché valuta i problemi sia di tipo clinico che psicosociale ed è compilata dall'operatore che ha in carico il paziente a partire da tutte le fonti informative a disposizione. I 12 *item* sono i seguenti:

- 1) comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati;
- 2) comportamenti autolesivi;
- 3) problemi legati all'assunzione di alcool e droghe;
- 4) problemi cognitivi;
- 5) problemi di malattia o disabilità fisica;

6) problemi legati ad allucinazioni e deliri;

7) problemi legati all'umore depresso;

8) altri problemi psichici;

9) problemi relazionali;

10) problemi nelle attività quotidiane;

11) problemi nelle condizioni di vita;

12) problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative.

Tali *item* possono essere raggruppati in 4 sottoscale: problemi comportamentali, *impairment*, sintomatologia, e problemi sociali. Sommati, danno infine un punteggio totale di gravità.

La scala è ora disponibile in una versione italiana, recentemente tradotta e validata per il nostro paese (Lora *et al.*, 2001).

6. Implementazione e utilizzo del reporting per le attività psichiatriche

Per l'implementazione del sistema di *report* dei servizi psichiatrici ospedalieri e territoriali delle Unità operative di psichiatria n. 33 (responsabile: dr. R. Longoni) e n. 34 (responsabile: dr. A. Vita) afferenti al Dipartimento di salute mentale (direttore: dr. A. Vita) dell'Azienda ospedaliera di Melegnano sono stati utilizzati i dati al primo semestre 2001 relativi a: Costi diretti e indiretti rilevati dalla contabilità analitica. Come precedentemente espresso, è stata effettuata una rettifica dei costi finalizzata alla corretta ripartizione ai Cdc in quanto la procedura della contabilità analitica non sempre riesce a frazionare i costi proporzionalmente all'assorbimento delle risorse dei Centri di costo. Nello specifico la ripartizione dei costi per Cdc è stata effettuata utilizzando dei criteri di riparto valutati, discussi e concordati

con i responsabili dei Cdr (es. quota del personale medico e non, ripartizione dei ricavi per centro di produzione).

La rilevazione quantitativa delle attività svolte. Per la determinazione d'alcuni indicatori d'attività si è reso necessario creare un nuovo flusso informativo finalizzato a rilevare la dimensione quantitativa dell'attività. In particolare per l'attività territoriale, il sistema informativo non era strutturato per rilevare l'accesso dei nuovi pazienti, il n di visite domiciliari, il n d'ore d'effettiva presenza del personale ecc.

L'applicazione e del *reporting* è presentata nell'appendice, allegato 1 (Cdr psichiatria Uop n. 34 Melzo) e allegato 2 (Cdr psichiatria Uop n. 33 Vizzolo).

In allegato 1/2 sono riportati gli indicatori, descritti nel presente lavoro, delle attività psichiatriche delle Unità operative di psichiatria n. 33 (Vizzolo) e n. 34 (Melzo) afferenti al Dipartimento di salute mentale dell'Azienda ospedaliera di Melegnano (MI).

Il *report* si riferisce a tutti i presidi territoriali ed agli Spdc delle due Unità operative, che vengono elencati qui di seguito:

Uop n. 33:

— Spdc Vizzolo; Cps S. Donato M.se; Amb. Paullo; Amb. Melegnano; Cd S. Donato M.se; Cd Paullo; Cd S. Giuliano M.se; Atelier (Cd) S. Donato M.se; Crt Melegnano;

Uop n. 34:

— Spdc Melzo; Cps Gorgonzola; Amb. Pioltello; Cd Gorgonzola; DH Melzo (in via di attivazione).

Il *report* si compone di 6 tabelle relative a: 1) conto economico, 2) risorse impiegate, 3) attività svolte, 4) accessibilità del servizio, 5) efficienza, 6) efficacia, e rispettivi indicatori, suddivise per ciascun presidio psichiatrico dell'Uop (Cdc).

Tabella 13 - Scala di valutazione globale del funzionamento (Dsm IV, 1996)

Considerare il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo nell'ambito di un ipotetico *continuum* salute-malattia mentale. Non includere le menomazioni del funzionamento dovute a limitazioni fisiche /o ambientali.

Codice	(Nota: usare codici intermedi, ove necessario, per es. 45, 68, 72)
100 91	Funzionamento superiore alla norma in un ampio spettro di attività, i problemi della vita non sembrano mai sfuggire di mano, è ricercato dagli altri per le sue numerose qualità positive. Nessun sintomo.
90 81	Sintomi assenti o minimi (es.: ansia lieve prima di un esame), buon funzionamento in tutte le aree, interessato e coinvolto in un ampio spettro di attività, socialmente efficiente, in genere soddisfatto della vita, nessun problema o preoccupazione oltre a quelli della vita quotidiana (es.: discussioni occasionali con i membri della famiglia).
80 71	Se sono presenti sintomi, essi rappresentano reazioni transitorie e attendibili ai stimoli psico-sociali stressanti (es.: difficoltà a concentrarsi dopo una discussione familiare); lievissima alterazione del funzionamento sociale, occupazionale o scolastico (es.: rimanere temporaneamente indietro nello studio).
70 61	Alcuni sintomi lievi (es.: umore depresso o insonnia lieve). Oppure alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: alcune assenze ingiustificate da scuola, o furti in casa), ma in genere funziona abbastanza bene, e ha alcune relazioni interpersonali significative.
60 51	Sintomi moderati (es.: affettività appiattita e linguaggio circostanziato, occasionali attacchi di panico). Oppure moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo e scolastico (es.: pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro).
50 41	Sintomi gravi (es.: idee di suicidio, rituali ossessivi gravi, frequenti furti nei negozi). Oppure qualsiasi grave alterazione nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: nessun amico, incapace di conservare un lavoro).
40 31	Alterazioni nel <i>test</i> di realtà o nella comunicazione (es.: l'eloquio è talvolta illogico, oscuro o non pertinente). Oppure menomazione grave in alcune aree, quali il lavoro o la scuola, le relazioni familiari, la capacità di giudizio, il pensiero o l'umore (es.: il depresso evita gli amici, trascura la famiglia ed è incapace di lavorare; il bambino picchia frequentemente i bambini più piccoli, è provocatorio in casa e non rende a scuola).
30 21	Il comportamento è considerevolmente influenzato da deliri o allucinazioni. Oppure grave alterazione della comunicazione o della capacità di giudizio (es.: talvolta incoerente, agisce in modo grossolanamente inappropriato; idee di suicidio). Oppure incapacità di funzionare in quasi tutte le aree (es.: resta a letto tutto il giorno; non ha lavoro, casa o amici).
20 11	Qualche pericolo di far del male a se stesso o agli altri (es.: tentativi di suicidio senza una chiara aspettativa di morire, frequentemente violento, eccitamento maniaco). Oppure occasionalmente non riesce a mantenere l'igiene personale minima (es.: si sporca con le feci). Oppure grossolana alterazione della comunicazione (es.: decisamente incoerente o mutaccio).
10 1	Persistente pericolo di far del male in modo grave a sé stesso o agli altri (es.: violenza ricorrente). Oppure persistente incapacità di mantenere l'igiene personale minima. Oppure grave gesto suicida con chiara aspettativa di morire.
0	Informazioni inadeguate.

Tabella 14 - Scala dell'esito di Strauss e Carpenter

<u>Ricoveri</u> (Tempo trascorso in ospedali psichiatrici o istituzioni durante l'ultimo anno)	<u>Relazioni interpersonali</u> (Frequenza con cui il paziente si è incontrato con amici fuori della famiglia durante l'ultimo anno)
0 - più di 9 mesi 1 - da 6 a 9 mesi 2 - più di 3 ma meno di 6 mesi 3 - meno di 3 mesi 4 - mai	0 - non si incontra con amici 1 - solo al lavoro o a scuola 2 - una volta al mese 3 - una volta ogni 15 giorni 4 - almeno una volta alla settimana
<u>Funzionamento lavorativo</u> (Condizione lavorativa del paziente nell'ultimo anno, escluso il tempo trascorso in ospedali o istituzioni. Se pensionato, casalingo o studente per un interno anno scolastico segnare 4)	<u>Sintomi</u> (Nel mese passato)
0 - riceve assistenza e/o non è in grado di lavorare 1 - disoccupato ma in grado di lavorare 2 - lavoro <i>part-time</i> meno di 20 ore alla settimana 3 - lavoro <i>part-time</i> di 20 ore/settimana 4 - lavoro a tempo pieno	0 - continui e gravi segni e sintomi 1 - gravi segni o sintomi in qualche momento, o moderati e continui 2 - moderati in qualche momento 3 - lievi per la maggior parte del tempo o moderati in rare occasioni 4 - nessun segno o sintomo

Tabella 15 - Indicatori

Descrizione	Interpretazione	Periodicità	Destinatari
Valutazione globale del funzionamento (Vgf)	Rileva il livello globale di «funzionamento» socio-relazionale del paziente	Annuale	Direzione aziendale Direttore di dipartimento Responsabile di Cdr Utenti
Scala di Strauss Carpenter (S.C.O.S.)	Rileva l'andamento complessivo del caso sotto il profilo dei sintomi, ricoveri, vita sociale e lavorativa		
HoNOS	Rileva l'andamento del caso sotto il profilo della gravità e dell'esito secondo una prospettiva multidimensionale	Idem	Idem

Al fine di automatizzare la procedura di elaborazione del *reporting* e rendere disponibile, nei tempi accettabili, le informazioni è stato crea-

to un *software* che attingendo al *datawarehouse* della contabilità direzionale (costi ricavi e volumi di attività), impostando preventivamente i

parametri di ripartizione dei valori per Cdc e le modalità di calcolo degli indicatori genera automaticamente il *reporting*.

Il Direttore di dipartimento e il controllo di gestione, prima di lanciare la procedura di elaborazione del *reporting*, devono confermare e/o variare i parametri di ripartizione.

7. Considerazioni sugli attuali sistemi di remunerazione delle attività psichiatriche

Come si è detto, il sistema attuale di remunerazione delle attività psichiatriche è fondato, nel territorio lombardo, su:

— Drg per episodi di ricovero in Spdc (D.M. 14 dicembre 1994; del. G.R. 24 luglio 1998);

— tariffe per prestazioni specialistiche ambulatoriali (Cps e Amb.) secondo il nomenclatore nazionale (circ. 28/SAN);

— tariffe per attività territoriali singole (Cps e Amb.), e per giornata di attività residenziale (Crt, Cp) o semiresidenziale (Cd), specificamente elaborate dalla Direzione generale sanità per valorizzare le attività altrimenti non tariffate (circ. 46/SAN).

La quota complessiva di finanziamento destinata alle attività psichiatriche è pari al 5% del Fondo sanitario regionale (del. G.R. 29 dicembre 1998).

L'attuale sistema corrisponde ad un effettivo e significativo avanzamento rispetto a modelli precedenti e/o tuttora vigenti in altre regioni italiane di finanziamento «a pie' di lista» o forfettario.

Il sistema così illustrato presenta tuttavia dei limiti, noti a tutti gli operatori ed agli amministratori che si occupano di materia psichiatrica. Essi sono legati particolarmente alla difficoltà (impossibilità) delle tariffe vigenti di «finanziare» effettivamente le attività

psichiatriche, ovvero di coprirne i costi di produzione.

Ciò è stato chiaramente dimostrato da un'indagine compiuta su 9 U.o. psichiatriche della Regione Lombardia appartenenti a 5 Dsm differenti (Iacchetti, 2001; Vita, 2001), da cui è emerso che, nell'anno 1999:

— tutti gli Spdc esaminati presentavano un *deficit* di bilancio (da -20% a -59% di copertura dei costi);

— i Cps presentavano un disavanzo simile, variabile da -27% a -61% rispetto ai costi;

— viceversa, i Crt e Cd presentavano un bilancio positivo (fino a +257% rispetto ai costi!);

— nel complesso, tutte le Uop risultavano in *deficit* (da -6% a -41%) e tale disavanzo risultava inversamente proporzionale al numero delle strutture residenziali e semiresidenziali disponibili.

Il *report* allegato 1/2 nella parte relativa al conto economico del Dsm dell'A.o. di Melegnano per il primo semestre 2001 conferma pienamente queste conclusioni.

Da questi pochi dati deriva con evidenza la necessità di rivalutare l'attuale impianto di remunerazione delle attività psichiatriche.

Non una, ma più azioni su diversi «punti di attacco» del sistema di finanziamento appaiono possibili, di cui le principali sono comunque quelle sulle tariffe. In particolare:

— le attività territoriali proprie dei Cps e degli ambulatori sono certamente quelle che necessitano del maggiore e più immediato sforzo correttivo;

— i Drg per episodio di ricovero ospedaliero (Spdc) dovranno essere oggetto di approfondimento e correzione;

— le tariffe «a giornata» relative alla residenzialità protetta e alle attività semiresidenziali potranno essere in un momento successivo riconsiderate e anche (ri)dimensionate accanto alla

razionalizzazione del sistema delle offerte riabilitative ed assistenziali ed allo sviluppo di indicatori della qualità dei trattamenti erogati.

Alcune di tali correzioni sono oggi allo studio della Direzione generale sanità dell'Assessorato alla sanità della Regione Lombardia e inserite quale obiettivo nel Pssr 2002-2004 recentemente approvato. Accanto ad esse, è stata avanzata l'ipotesi di valorizzare la specificità territoriale riconoscendo forme di finanziamento centrate sul soggetto-paziente da impiegare per il percorso di trattamento previsto. Tale proposta che richiama, almeno teoricamente, quelle rese nell'ambito di contesti normativi ed organizzativi differenti (Munizza *et al.*, 1999; Rossi *et al.*, 1999) si ricollega direttamente al concetto di finanziamento «per processo/percorso di cura».

Come si vede, un intenso e vivo dibattito è attualmente in corso sulla necessità di rivedere alcuni aspetti del sistema di remunerazione delle attività psichiatriche. Il fine di tale approfondimento è di poter disporre di un sistema di valorizzazione economica delle attività in grado di coprirne i costi di produzione e di orientarle altresì all'efficienza sanitaria e all'efficienza gestionale.

8. Conclusioni

Nel corso del lavoro d'implementazione e applicazione del sistema di *report* per le attività proprie delle Unità operative di psichiatria particolare attenzione è stata posta alle variegate attività psichiatriche territoriali, ad oggi solo marginalmente e incoerentemente incluse nei sistemi di *report* delle Aziende sanitarie.

Sono state approfondite e rese disponibili alla rilevazione ed analisi variabili ed indicatori relativi alle attività erogate, all'accessibilità dei servizi, alle risorse impiegate, all'efficienza

del servizio e, in prospettiva, all'efficacia degli interventi.

Tale sistema è stato utilizzato e sperimentato per il primo semestre 2001 nell'ambito dei servizi psichiatrici afferenti al Dipartimento di salute mentale dell'Azienda ospedaliera di Melegnano.

Un *report* così strutturato si presta a diversi tipi d'analisi.

In primo luogo è evidenziato il risultato economico complessivo del Cdr e d'ogni Cdc. Quest'informazione consente di valutare le ricadute economiche d'ogni settore del Cdr e del dipartimento e di individuare le aree particolarmente deboli. La sola analisi economica non è sufficiente per esprimere delle valutazioni complete, questa deve essere necessariamente integrata con altre informazioni relative alle risorse impiegate, all'efficienza generata, ai volumi d'attività prodotti, anche per analizzare comparativamente le risorse impegnate nei diversi Cdc rispetto alle attività svolte ed alla loro valorizzazione.

Il set d'indicatori consente di analizzare quantitativamente il *mix* d'attività rese dai diversi servizi del Dsm, la loro fruibilità da parte dell'utenza. Nel *report* in appendice si può notare per esempio come gli indicatori d'attività e di risorse per tipologie omogenee di Cdc (per esempio per gli Spdc, in altre parole per i Cps, gli Amb. o i Cd) siano assai differenti tra le due Uop afferenti al Dsm, ma anche tra i diversi presidi della stessa Uop. Ciò è in parte la conseguenza di reali specificità e peculiarità delle offerte erogate dai diversi servizi, ma in parte è il risultato di diversità organizzative e l'obiettivo delle loro conseguenze rappresenta di certo un'utile guida per la razionalizzazione e il miglioramento organizzativo che è uno degli obiettivi fondanti del sistema dipartimentale.

Inoltre diviene possibile effettuare una valutazione dell'efficienza dei va-

ri servizi con particolare riferimento all'analisi di costo per prestazione vs. ricavo/prestazione, al costo per paziente in carico vs. ricavo per paziente per valutare il grado di copertura del sistema del sistema tariffario, il costo per giornata di degenza in Spdc e la relativa incidenza dei fattori produttivi utilizzati, il costo per giornata di residenzialità in Crt, Cp e Cd vs. ricavo.

L'analisi si completa con la misurazione dell'efficacia realizzabile, per esempio, confrontando le medie degli indicatori d'efficacia dei pazienti in carico al servizio in un dato periodo (o la distribuzione di frequenza di diversi *rating* di funzionamento o d'*outcome*) con gli stessi parametri rilevati in un periodo precedente, eventualmente in relazione a modificazioni di prassi clinico-organizzative e/o di risorse impiegate.

Si tratta solo d'alcuni esempi delle svariate applicazioni possibili di un *report* quale quello descritto nelle analisi gestionali, nella programmazione e verifica delle attività psichiatriche nonché nelle analisi di convenienza economica o di confronto con le tariffe.

Di fatto, attraverso tali indicatori si vorrebbe fornire ai responsabili delle U.o. psichiatriche una serie d'informazioni utili per monitorare costantemente le risorse impiegate per lo svolgimento della propria attività, per realizzare analisi gestionali, per valutare l'efficienza delle diverse strutture territoriali, per confrontare i costi di produzione con i valori di rimborso, per decidere la programmazione annuale di *budget*, e per assumere dunque decisioni strategiche informate.

Parallelamente a queste ragioni occorre considerare che il sistema sanitario si trova ad operare in un contesto sempre più competitivo, dove saper gestire le risorse in modo efficiente ed efficace rappresenta una condizione necessaria per garantire il «successo»

e la sopravvivenza dei servizi. Ancora, il divario tra bisogni, tendenzialmente infiniti, e le risorse limitate impone ai dirigenti di Dipartimento e d'Unità operativa così come alla Direzione strategica aziendale la necessità di operare delle continue scelte (priorità di scelte, interventi di razionalizzazione delle risorse, verifiche di costi/efficacia...): diventa indispensabile in tal modo disporre d'informazioni e analisi a supporto dell'attività decisionale, anche per apprezzare i punti di forza espressi dai singoli servizi o presidi e/o per far emergere e correggere i rispettivi punti di debolezza.

Infine, un'attenta documentazione dei rapporti costi/ricavi d'attività efficaci o necessarie è l'indispensabile condizione per avanzare e sostenere proposte di revisione dell'attuale sistema di remunerazione delle attività psichiatriche, tema attualmente assai dibattuto e «sentito» da parte degli operatori della psichiatria ma anche delle Direzioni aziendali, sia nel senso d'aggiornamenti tariffari delle prestazioni già rilevate, sia nel senso dell'introduzione d'ulteriori sistemi di finanziamento.

L'impiego di un sistema di *report* come quello proposto in questo lavoro può contribuire a favorire un atteggiamento d'analisi e monitoraggio delle azioni intraprese in relazione alle risorse impiegate ed ai risultati raggiunti da parte delle Unità operative di psichiatria e pertanto a migliorare il controllo della gestione delle attività psichiatriche da parte dei Dipartimenti di salute mentale e delle direzioni delle Aziende ospedaliere.

Un tale sistema, eventualmente perfezionato, permette di applicare analisi gestionali anche alle attività psichiatriche territoriali, con ciò eliminando il divario esistente tra il monitoraggio delle attività psichiatriche e quello delle altre discipline mediche e chirurgiche; può inoltre facilitare la

programmazione annuale di *budget*, favorire l'assunzione di decisioni strategiche «informate» e contribuire infine ad indirizzare la gestione dei servizi di psichiatria nella direzione del miglioramento della loro efficienza ed efficacia.

(1) Indice delle principali abbreviazioni: Amb.: Ambulatorio; A.o.: Azienda ospedaliera; Asl: Azienda sanitaria locale; Cdc: Centro di costo; Cad: Centro aiuto domiciliare; Cdr: Centro di responsabilità; Cd: Centro diurno; Cp: Comunità protetta; Cps: Centro psico-sociale; Crt: Centro riabilitativo terapeutico; Csm: Centro di salute mentale; DH: *day hospital*; Dsm: Dipartimento di salute mentale; SCOS: Strauss-Carpenter *Outcome Scale*; Sinr: Struttura intermedia non residenziale; Spdc: Servizio psichiatrico di diagnosi e cura; Uop: Unità operativa di psichiatria; Urp: Ufficio relazioni con il pubblico; Vgf: Valutazione globale del funzionamento.

BIBLIOGRAFIA

- AMADDEO F. ET AL. (1995), «La valutazione dei costi delle malattie mentali in Italia: sviluppo di una metodologia e possibili applicazioni», *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 4, pagg. 145-162.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996), *DSM IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W. (1998), *Management control in non-profit organizations*, 5ª edizione, IRWIN: Homewood I11. Traduzione italiana in McGraw Hill.
- CASATI G. (1996), *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, EGEE, Milano.
- ENDICOTT J., SPITZER R.L., FLEISS J.L., COHEN J. (1976), «The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbances», *Arch. Gen. Psychiatry*, 33, pagg. 766-71.
- FATTORE G., PERCUDANI M., CONTINI A. ET AL. (1997), «I costi delle prestazioni in psichiatria: un'analisi condotta in un Centro psico-sociale (CPS) pubblico in Lombardia», *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 32, 5.
- KNAPP M., MARKS I., WOLSTENHOLME J. ET AL. (1998), «Home-based versus hospital-based care for serious mental illness»,

- British Journal Psychiatry*, 172, pagg. 506-512.
- IACCHETTI D. (2001), «Rendicontazione e tariffe», relazione al convegno: *La psichiatria tra etica e azienda: quale finanziamento per quale psichiatria*, Como.
- LORA A., BAI G., BIANCHI S. ET AL. (2001), «La versione italiana della HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale), una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale», *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10, pagg. 198-212.
- MCCRONE P., THORNICROFT G., PHELAN M. ET AL. (1998), «Utilisation and cost of community mental health services», *British Journal Psychiatry*, 173, pagg. 391-398.
- MCGLASHAN M.T. (1984), «The Chestnut Lodge follow-up study», *II. Arch. Gen. Psychiatry*, 41, pagg. 586-91.
- MUNIZZA C., DONNA G., NIEDDU S. (1999), «I sistemi di finanziamento dell'attività sanitaria», in *Finanziamento e management del Dipartimento di salute mentale*, Il Mulino, Bologna.
- MUNIZZA C., DONNA G., NIEDDU S. (1999), «I sistemi di finanziamento dell'attività psichiatrica: il modello in essere e il DRG psichiatrico», in *Finanziamento e management del Dipartimento di salute mentale*, Il Mulino, Bologna.
- Petrovich L., (1999), «Strumenti di finanziamento dei Dipartimenti di salute mentale», in *I servizi psichiatrici nella sanità riformata*, Il Mulino, Bologna.
- PETROVICH L., VITA A. (2000), «L'organizzazione di servizi psichiatrici», in G. Invernizzi (ed): *Manuale di psichiatria e psicologia clinica*, II ed., Mc Graw Hill, Milano.
- ROSSI F. (1999), «Il finanziamento dei servizi psichiatrici: un contributo alla discussione», *Annali di Freniatria*, Torino.
- SCAPICCHIO P.L., TRABUCCHI M. (EDS) (1999), *I servizi psichiatrici nella sanità riformata*, Il Mulino, Bologna.
- STRAUSS J.S., CARPENTER W.T. (1974), «The prediction of outcome in schizophrenia», *Arch. Gen. Psychiatry*, 27, pagg. 437-42.
- VITA A. (2001), «Il finanziamento delle attività psichiatriche: problemi e prospettive», Presentato al Workshop «La tutela della salute mentale nel modello della Regione Lombardia», Bergamo, 18 maggio 2001, in G. Biffi e C. Zappalaglio eds, *La Riabilitazione nella cura psichiatrica*, pagg. 246-251.
- WING J.K., CURTIS R.H., BEEVOR A.S. ET AL. (1998), «Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS): research and development», *Brit. J. Psychiatry*, 172, pagg. 11-18.
- ZANGRANDI A., RAMPONI C., FRANCESCONI A. (1994), «Le tariffe come sistema di finanziamento della sanità pubblica», *Mecosan*, 11.

APPENDICE

ALLEGATO I

Cdr psichiatria - Uop n. 34 Melzo - Rilevazione valori primo semestre 2001

CONTO ECONOMICO

	Spdc	Cps Gorgonzola	Amb. Pioltello	Cd Cernuso	Cdr psichiatria Melzo	%
COSTI DIRETTI						
Personale medico	378.141.228	290.664.126	136.160.924	54.507.326	859.473.604	28,91%
Personale infermieristico	611.343.500	141.854.388	84.220.884	83.239.534	920.658.306	30,96%
Personale assistenti sociali	—	81.007.024	—	31.347.848	112.354.872	3,78%
Personale educatori	—	—	—	24.927.009	24.927.009	3,11%
Personale altro	85.770.571	—	—	—	85.770.571	2,88%
Consumo materiale sanitario	15.260.549	8.599.898	3.883.123	3.627.845	31.371.415	1,06%
Beni e servizi	247.287.474	84.549.919	75.707.182	35.714.111	443.258.686	14,91%
Costi generali	267.560.664	121.335.071	59.994.423	46.672.735	495.562.893	16,67%
Totale costi Cdr	1.605.363.986	728.010.426	359.966.536	280.036.408	2.973.377.356	

RICAVI					
Ricovero ordinario e DH	800.950.000	—	—	—	800.950.000
Prestazioni ambulatoriali	—	62.439.333	31.219.667	—	93.659.000
Prestazioni ambulatoriali C46-San	—	284.587.000	158.514.500	508.200.000	951.301.500
Altro	77.574.000	44.968.000	5.318.000	15.448.000	143.308.000
Totale ricavi Cdr	878.524.000	391.994.333	195.052.167	523.648.000	1.989.218.500

1° margine (al netto dei costi generali)	- 459.279.322	- 214.681.022	- 104.919.946	290.284.327	- 488.595.963
% 1° margine su ricavi	- 52,28%	- 54,77%	- 53,79%	55,44%	- 24,56%
Margine operativo (2° margine)	- 726.839.986	- 336.016.093	- 164.914.369	243.611.592	- 984.158.856

Cdr psichiatria - Uop n. 34 Melzo - Rilevazione valori primo semestre 2001

RISORSE

	Spdc	Cps Gorgonzola	Amb. Pioltello	Cd Cernuso	Cdr psichiatria Melzo	%
N. personale medico	4,69	5,49	2,00	0,65	12,83	
N. personale infermieristico	18,50	6,30	3,10	3,93	31,83	
Personale assistenti sociali	—	2,83	—	1,00	3,83	
Personale educatori	—	—	—	1,00	0,00	
N. personale altro	3,33	—	—	—	3,33	
<i>Indicatori di risorse</i>						
N. ore medio per addetto personale medico	632,31	922,32	945,81	412,68		
N. ore medio per addetto personale infermieristico	930,03	869,28	832,11	899,08		
N. ore medio per addetto personale assistenti sociali	—	907,95	—	98,13		
N. ore medio per addetto personale educatori	—	—	—	892,19		
N. ore medio per addetto personale altro	889,98	—	—	—		
% costo totale personale su ricavi	122,39%	131,00%	112,99%	37,05%	100,70%	
% costo personale medico su ricavi	43,04%	74,15%	69,81%	10,41%	43,21%	
% costo personale infermieristico su ricavi	69,59%	36,19%	43,18%	15,90%	46,28%	
% costo personale assistenti sociali su ricavi	0,00%	20,67%	0,00%	5,99%	5,65%	
% costo personale educatori su ricavi	0,00%	0,00%	0,00%	4,76%	1,25%	
% costo personale altro su ricavi	9,76%	0,00%	0,00%	0,00%	4,31%	

Cdr psichiatria - Uop n. 34 Melzo - Rilevazione valori primo semestre 2001

ATTIVITÀ

	Spdc	Cps Gorgonzola	Amb. Pioltello	Cd Cernuso	Cdr psichiatria Melzo	%
N. pazienti visitati		1.705	918	92	2.715	
N. nuovi pazienti		334	82	18	434	
N. pazienti visitati a domicilio		183	39		22	
N. visite domiciliari		391	95		486	
Totale prestazioni		6.638	3.311	9.102	19.051	
N. gg. semiresidenzialità				3.092	3.092	
N. gg. semiresidenzialità (> 4 h = 1 < 4 h = 0,5)				2.541		
Presenze medie giornaliere < 4				9,36		
Presenze medie giornaliere > 4				17		
N. ricoveri ordinari	202				202	
N. gg. ricovero DH	—				—	
<i>Indicatori di attività</i>						
N. ricoveri ordinari per personale me- dico	43,06				43,06	
N. ricoveri ordinari per personale non medico	7,62				7,62	
N. gg. DH per personale medico	—				—	
N. gg. DH per personale non medico	—				—	
% nuovi pazienti		19,59%	8,93%	19,57%		
% attività dei gruppi sul totale		—	17%	24%		
N. pazienti visitati per medico		310,47	459,00	141,54		
N. pazienti visitati per unità di perso- nale		116,58	180,00	13,97		
N. pazienti visitati a domicilio per uni- tà di personale		12,51	7,65	—		
N. visite domiciliari per unità di perso- nale		26,74	18,63	—		
N. prestazioni per unità di personale		453,88	649,22	1.382,58		

Cdr psichiatria - Uop n. 34 Melzo - Rilevazione valori primo semestre

INDICATORI DI ACCESSIBILITÀ

	Spdc	Cps Gorgonzola	Amb. Pioltello	Cd Cernuso	Cdr psichiatria Melzo	%
Ore di apertura settimanali		55,44	37,23	36,31		
Giorni di apertura settimanali		5/6	5	4,54		
Tempo medio di attesa per visita		15 gg.	15 gg.			

INDICATORI DI EFFICIENZA

	Spdc	Cps Gorgonzola	Amb. Pioltello	Cd Cernuso	Cdr psichiatria Melzo	%
Tasso occupazione	96,10					
Degenza media	13,66					
Ind. rotazione	12,73					
Turn over	0,55					
Peso medio	0,87					
Costo per punto Drg (Spdc)	9.155.929					
Costo medio per prestazione		109.673	108.718	30.766		
Ricavo medio prestazione	28.242	42.872	47.875	55.834		
T. medio per prestazione medico		0,14	0,29	0,05		
T. medio per prestazione per unità di addetto		0,41	0,54	0,34		
Costo per paziente in carico		426.986	392.120	3.043.874		
Ricavo per paziente in carico		203.535	206.682	5.523.913		
Costo per gg. di semiresidenzialità				110.207		

INDICATORI DI EFFICACIA

	Spdc	Cps Gorgonzola	Amb. Pioltello	Cd Cernuso	Cdr psichiatria Melzo	%
Vgf (rilevazione annuale)						
S.C.O.S. (rilevazione annuale)						

Cdr psichiatria - Uop n. 33 Vizzolo - Rilevazione valori primo semestre 2001

CONTO ECONOMICO

	Spdc	Amb. Melegnano	Amb. Paullo	Cps S. Donato	Crt residenz. + semiresidenz.	Cad	Atelier	Cd S. Donato	Cd Paullo	Cdr psichiatria Vizzolo	%
COSTI DIRETTI											
Personale medico	382.789.811	104.563.787	220.320.609	258.552.584	90.586.724	—	—	—	—	1.056.813.515	25,79%
Personale infermieristico	541.070.310	53.956.331	52.287.980	91.478.936	305.459.416	94.713.701	—	—	—	1.138.966.674	27,80%
Personale assistenti sociali	—	25.896.345	—	28.174.599	—	30.262.564	—	—	—	84.333.508	2,06%
Personale educatori	—	29.232.485	14.386.088	28.048.387	99.279.034	—	58.719.741	25.045.283	12.356.698	267.067.716	6,52%
Personale altro	119.008.302	—	26.289.348	20.702.433	100.995.595	53.810.209	—	—	—	320.805.887	7,83%
Consumo materiale sanitario	23.651.539	1.304.966	1.345.219	3.986.808	1.843.665	76.859	—	—	—	32.209.056	0,79%
Beni e servizi	266.942.934	23.541.425	21.822.554	39.628.307	126.036.638	11.799.077	922.215	14.528.872	9.310.089	514.532.111	12,56%
Costi generali	266.692.579	47.699.068	67.290.360	94.114.411	144.840.214	38.132.482	11.928.391	7.914.831	4.333.357	682.945.693	16,67%
Totale costi Cdr	1.600.155.475	286.194.407	403.742.158	564.686.465	869.041.286	228.794.892	71.570.347	87.063.141	47.666.931	4.097.674.160	

RICAVI											
Ricovero ordinario e DH	800.275.000	—	—	—	—	—	—	—	—	800.275.000	
Prest. ambulatoriali	12.285.000	19.445.000	17.148.000	28.295.000	—	—	—	—	—	77.173.000	
Prest. amb. C46-San (x il Crt: residenzialità)	—	183.569.000	178.376.000	257.208.500	728.640.000	292.200.000	37.500.000	94.300.000	76.100.000	1.847.893.500	
Prest. amb. C46-San (x il Crt: semiresidenzialità)	—	—	—	—	145.800.000	—	—	—	—	145.800.000	
Altro	41.582.000	—	2.130.000	17.433.000	8.880.000	—	—	—	—	70.025.000	
Totale ricavi Cdr	854.142.000	203.014.000	197.654.000	302.936.500	883.320.000	292.200.000	37.500.000	94.300.000	76.100.000	2.941.166.500	

1° margine (al netto dei costi generali)	-479.320.896	-35.481.339	-138.797.798	-167.635.554	159.118.928	101.537.590	-22.141.956	54.725.845	54.433.213	-473.561.967	
% 1° margine su ricavi	-56,12%	-17,48%	-70,22%	-55,34%	18,01%	34,75%	-59,05%	58,03%	71,53%	-16,10%	
Margine operativo (2° margine)	-746.013.475	-83.180.407	-206.088.158	-261.749.965	14.278.714	63.405.108	-34.070.347	7.236.859	28.433.069	-1.156.507.660	

Cdr psichiatria - Uop n. 33 Vizzolo - Rilevazione valori primo semestre 2001

RISORSE

	Spdc	Amb. Melegnano	Amb. Paullo	Cps S. Donato	Crt residenz. + semiresidenz.	Cad	Atelier	Cd S. Donato	Cd Paullo	Cdr psichiatria Vizzolo	%
N. personale medico	4,56	2,04	3,65	5,27	3,15	—	—	—	—	18,67	
N. personale infermieristico	18,33	2,00	2,00	4,23	10,00	3,43	—	—	—	40,00	
Personale assistenti sociali	—	0,60	1,00	0,40	—	1,00	—	—	—	3,00	
Personale educatori	0,34	1,09	0,58	1,12	4,04	—	2,00	1,00	0,50	10,67	
N. personale altro	4,78	0,03	0,53	1,04	4,12	2,50	—	—	0,50	13,50	
<i>Indicatori di risorse</i>											
N. ore medio per addetto personale medico	871,87	885,46	799,91	760,18	768,64	—	—	—	—	—	
N. ore medio per addetto personale infermieristico	893,61	900,39	900,24	792,82	908,18	804,38	—	—	—	—	
N. ore medio per addetto personale assistenti sociali	—	298,89	904,97	132,84	—	882,78	—	—	—	—	
N. ore medio per addetto personale educatori	—	784,68	769,93	814,00	766,03	—	891,54	911,61	224,10	—	
N. ore medio per addetto personale altro	887,09	—	920,30	886,38	895,43	896,90	—	—	229,83	—	
% costo totale personale su ricavi	122,10%	105,24%	158,50%	140,94%	67,51%	0,00%	156,59%	26,56%	16,24%	97,51%	
% costo personale medico su ricavi	44,82%	51,51%	111,47%	85,35%	10,26%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	35,93%	
% costo personale infermieristico su ricavi	63,35%	26,58%	26,45%	30,20%	34,58%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	38,72%	
% costo personale assistenti sociali su ricavi	0,00%	12,76%	0,00%	9,30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,87%	
% costo personale educatori su ricavi	0,00%	14,40%	7,28%	9,26%	11,24%	0,00%	156,59%	26,56%	16,24%	9,08%	
% costo personale altro su ricavi	13,93%	0,00%	13,30%	6,83%	11,43%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	10,91%	

Cdr psichiatria - Uop n. 33 Vizzolo - Rilevazione valori primo semestre 2001

ATTIVITÀ

	Spdc	Amb. Melegnano	Amb. Paullo	Cps S. Donato	Crt residenz. + semiresid. *	Cad	Atelier	Cd S. Donato	Cd Paullo	Cdr psichiatria Vizzolo	%
N. pazienti visitati		305	328	508	17	26	37	44	59	1.324	
N. nuovi pazienti		74	80	136	2	4	13	6	13	328	
N. pazienti visitati a domicilio		47	58	60						165	
N. visite domiciliari		323	351	769						1.443	
Totale prestazioni		2.794	3.151	5.088	1.415	704	251	249	112	13.764	
N. gg. semiresidenzialità					889	1.469	346	741	523	3.968	
N. gg. semiresidenzialità (> 4 h = 1 < 4 h = 0,5)					779	1.461	187	472	381		
N. gg. degenza (Crt)					2.277						
Presenze medie giornalieri < 4					1,50	0,12	2,50	4,24	2,24		
Presenze medie giornalieri > 4					4,50	11,40	0,22	1,59	1,87		
N. ricoveri ordinari	186									186	
N. gg. ricoveri DH	—				14					—	
P.I. Crt					2.555						
N. gg. teoriche Crt											
<i>Indicatori di attività</i>											
N. ricoveri ordinari per personale medico	40,81									40,81	
N. ricoveri ordinari per personale non medico	7,93									7,93	
N. gg. DH per personale medico	—									—	
N. gg. DH per personale non medico	—									—	
% nuovi pazienti		24,26%	24,39%	26,77%							
% attività dei gruppi sul totale		0,71%	0,88%	2,57%	54%	91%	61%	84%	100%		
N. pazienti visitati per medico		149,86	89,89	96,40							
N. pazienti visitati per unità di personale		53,05	42,28	42,11		3,75	18,50	44,00	0,00		
N. pazienti visitati a domicilio per unità di personale		8,18	7,48	4,97							
N. visite domiciliari per unità di personale		56,18	45,24	63,75							
N. prestazioni per unità di personale		486,00	406,15	421,78		101,54	125,50	249,00	112,00		

* In corsivo i dati e gli indicatori relativi al Crt semiresidenziale.

Cdr psichiatria - Uop n. 33 Vizzolo - Rilevazione valori primo semestre 2001

INDICATORI DI ACCESSIBILITÀ

	Spdc	Amb. Melegnano	Amb. Paullo	Cps S. Donato	Crt residenz. + semiresid. *	Cad	Atelier	Cd S. Donato	Cd Paullo	Cdr psichiatria Vizzolo	%
Ore di apertura settimanali		40,00	40,00	40,00	8,00	37,50	40,00	44,00	24,00		
Giorni di apertura settimanali					6,00	5,00	5,00	6,00	3,00		
Tempo medio di attesa prima visita		4,40	7,70	6,90							

INDICATORI DI EFFICIENZA

	Spdc	Amb. Melegnano	Amb. Paullo	Cps S. Donato	Crt residenz. + semiresid. *	Cad	Atelier	Cd S. Donato	Cd Paullo	Cdr psichiatria Vizzolo	%
Tasso occupazione	89,58										
Degenza media	11,69										
Ind. rotazione	13,87										
Turn over	1,36										
Peso medio	0,81										
Costo per punto Drg (Spdc)	10.301.585										
Costo medio per prestazione		102.432	128.131	110.984		324.993	285.141	349.651	425.598		
Ricavo medio per prestazione (C28 + C46)	19.346	30.622	27.005	44.559	—	0	—	—	—		
T. medio per prestazione per medico		0,34	0,41	0,67		—	—	—	—		
T. medio per prestazione per unità di addetto		0,15	0,09	0,19		0,01	0,04	—	—		
Costo gg. degenza (Crt)				313.729							
Valorizzazione gg. degenza (Crt)				320.000							
Costo per paziente in carico	—	938.342	1.230.921	1.111.588		8.799.804	1.934.334	1.978.708	807.914		
Ricavo per paziente in carico	—	665.620	596.110	562.015		11.238.462	1.013.514	2.143.182	1.289.831		
Costo per giorni di semiresidenzialità					187.163		382.729	184.651	125.274		
Tasso occupazione (Crt)				89,12%							

INDICATORI DI EFFICACIA

	Spdc	Amb. Melegnano	Amb. Paullo	Cps S. Donato	Crt residenz. + semiresid. *	Cad	Atelier	Cd S. Donato	Cd Paullo	Cdr psichiatria Vizzolo	%
Vgf (rilevazione annuale)											
S.C.O.S. (rilevazione annuale)											

* In corsivo i dati e gli indicatori relativi al Crt semiresidenziale.

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

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

INDAGINE ECONOMETRICA SUGLI OSPEDALI LIGURI: LA MOBILITÀ DEI PAZIENTI E LA REPUTAZIONE

Marcello Montefiori

Disefin - Sezione Finanza pubblica - Facoltà di Economia - Università degli studi di Genova

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il quadro normativo di riferimento - 3. Il modello - 4. I dati disponibili - 5. I dati utilizzati - 6. Matrici origine/destinazione - 7. Analisi econometrica - 8. Risultati dell'analisi econometrica - 9. Conclusioni - Appendice.

The asymmetry in information that characterises the health market prevents patients from observing the provider's quality. Therefore their demand reflects a perceived quality, i.e. the hospital's reputation.

The recent Italian health system reform has introduced a prospective payment scheme and free choice by patients. This study aims to empirically verify the role of reputation when a prospective payment is implemented and free choice by patients is ensured. The analysis refers to Hospitals situated within Ligurian regional boundaries in the time period between 1996 and 2000. A panel data fixed effects econometric analysis is provided in order to check what affects patient mobility flows and, in particular, if reputation plays any role. The results suggest that only for «programmable and serious» Drgs, a fixed price per treated patient can achieve an efficient outcome. When these conditions are not satisfied it is impossible for the purchaser to use the demand mechanism to push the quality level provided up. Thus the afore-mentioned payment scheme, even if patients are free to choose the hospital where they receive health care services, fails to attain the desirable outcome.

1. Introduzione

La letteratura economica assume generalmente l'incapacità o l'impossibilità da parte del paziente di valutare la qualità delle cure sanitarie. La principale causa di questa anomalia risiede nell'asimmetria informativa che caratterizza il mercato delle prestazioni sanitarie.

Tuttavia recenti studi suggeriscono la possibilità che le scelte dei pazienti siano guidate da una qualità percepita del servizio, tramite reputazione dell'erogatore.

La reputazione è la risultante di valutazioni soggettive e per questo di difficile stima e/o quantificazione. Da un punto di vista pratico, per «cogliere» la reputazione, si può procedere in modo indiretto attraverso indici (più o meno efficaci) e *proxy* (più

o meno correlate) della reputazione «vera».

Riprendendo Tiebout (1956) i cittadini possono esprimere le loro preferenze attraverso la mobilità, essi «votano» cioè «con i piedi». Il mercato sanitario presenta la caratteristica di non esplicitare le preferenze dei cittadini attraverso il prezzo: non è generalmente chi beneficia della prestazione sanitaria a pagare ma un terzo (sia esso lo Stato o una compagnia assicurativa privata). Le preferenze possono però essere rilevate osservando le scelte di mobilità, cioè la disponibilità a sostenere i costi impliciti (monetari e non monetari) dello spostarsi da una zona ad un'altra per ottenere le prestazioni necessarie. Se un cittadino sceglie di andare a curarsi in un ospedale più lontano, quando lo stesso trattamento è offerto da un ospedale vicino, allora

nella sua funzione di utilità elementi non direttamente osservabili, correlati alla qualità del servizio, sono in grado di più che compensare i costi di mobilità.

Fiorentini *et al.* (1999) verificano la possibilità di sfruttare indicatori di qualità basati sulle scelte di mobilità dei pazienti come indicatori indiretti della reputazione. Il loro studio è in particolare rivolto al problema del rapporto di agenzia tra medico e paziente nella selezione dell'ospedale. Nell'articolo vengono analizzati i risultati di un questionario telefonico proposto ad un campione di cittadini residenti in Emilia-Romagna.

Degli Espositi *et al.* (1996) considerano i flussi di mobilità per motivi sanitari rivelatori della valutazione e della percezione della qualità dell'offerta da parte del paziente. Fabbri e

Fiorentini (1996) analizzano le scelte di mobilità dei pazienti verso le diverse strutture erogatrici di servizi sanitari attraverso un interessante studio econometrico. L'obiettivo è la comprensione delle principali determinanti della domanda di mobilità. Tra le variabili indipendenti impiegate è presente un indice di reputazione calcolato come percentuale di malati residenti nel comune di destinazione che fuoriescono dallo stesso.

Infine, Gravelle (1999) studia in che modo la competizione tra fornitori (medici di base) influisca sulla qualità dei servizi offerti. Nell'articolo viene utilizzato un modello con differenziazione orizzontale del prodotto (Hotelling) per analizzare le implicazioni di una qualità non perfettamente osservabile da parte dei pazienti.

La qualità è un elemento complesso nella cui accezione estesa vengono ad essere inglobati aspetti che potrebbero essere ritenuti marginali rispetto alla mera efficacia della prestazione (1), ma nondimeno di grande importanza nella valutazione «non esperta» del cittadino. La reputazione di una struttura ospedaliera può essere dunque approssimata in termini di «qualità percepita» da parte del consumatore-paziente. La reputazione è generalmente correlata alla qualità vera, ma anche ad altro come per esempio una buona strategia di immagine condotta dall'ospedale attraverso investimenti in pubblicità, forme promozionali e passaparola. Il «marketing sanitario» non necessariamente porta benefici alla qualità erogata, ma è in grado di generare fiducia ed offrire «garanzia psicologica di qualità» al cliente (Montefiori, 2002).

Con il presente lavoro si vuole studiare empiricamente la reputazione nel caso in cui l'acquirente di prestazioni sanitarie adotti un contratto prospettico e lasci il paziente libero di

scegliere dove andare a curarsi. Attraverso un'analisi econometrica condotta con la tecnica dei *panel data* ad effetti fissi, e con riferimento alla Regione Liguria, per il periodo di tempo compreso tra 1996 e il 2000, si verifica se e quando la reputazione svolge un ruolo nel determinare le scelte di mobilità dei pazienti. I risultati ottenuti vorrebbero fornire al decisore pubblico nuovi elementi per l'identificazione del contratto idoneo al raggiungimento degli obiettivi di efficienza e di qualità desiderati.

2. Il quadro normativo di riferimento

L'attendibilità e l'efficacia dell'analisi che verrà condotta dipendono dal sistema normativo di riferimento. Il rinnovato contesto normativo italiano, alla luce delle recenti riforme in materia sanitaria, deve essere tale da garantire che i dati empirici siano idonei a spiegare e stimare i fenomeni in oggetto.

Gli elementi chiave su cui poggia l'analisi empirica sono:

— un pagamento all'erogatore di servizi sanitari di tipo prospettico;

— una classificazione delle prestazioni erogate basate su qualunque sistema purché individui il prodotto in maniera univoca;

— completezza, puntualità ed attendibilità del flusso informativo proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera;

— possibilità per i pazienti di scegliere liberamente la struttura ospedaliera a cui richiedere le prestazioni sanitarie.

La facoltà da parte dei pazienti di scegliere la struttura sanitaria ove ricevere le prestazioni, è uno dei capisaldi su cui poggia la recente riforma del servizio sanitario nazionale. La libertà di scelta da parte del cittadino

nel decidere a chi rivolgersi (sia con riferimento a strutture che professionisti) per ottenere le prestazioni sanitarie necessarie è più volte affermata nel decreto legislativo 502/92 (2), nella Finanziaria 1995 (legge 724/94) e nella Finanziaria 1996 (legge 549/95) che individuano altresì regole a garanzia dell'effettività dell'esercizio di questo diritto da parte dell'assistito.

La predisposizione e la compilazione di una scheda di dimissione ospedaliera (comunemente indicata come Sdo) (3) «quale parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico legale» viene imposta alle strutture sanitarie dal D.M. 28 dicembre 1991. La Sdo deve essere redatta per ogni paziente dimesso e deve contenere la descrizione delle variabili precisate dallo stesso decreto. Obiettivo di questo nuovo strumento di rilevazione è quello di creare un flusso di informazioni verso le regioni e verso il Ministero della sanità a fini statistici e come supporto informativo «ai processi di valutazione, programmazione, gestione e controllo dell'attività ospedaliera». Poiché i dati così raccolti devono successivamente essere utilizzati a livello aggregato, è chiaramente necessario garantire la loro omogeneità in modo che possano essere elaborati e confrontati. È per questo motivo che i dati contenuti nelle Sdo sono stabiliti tassativamente per legge, attraverso l'appena menzionato decreto ministeriale e successivi (D.M. 26 luglio 1993, D.M. 27 ottobre 2000) che intervengono per una precisa definizione dei flussi informativi generati dalla scheda di dimissione, per regolamentare le modalità di trasmissione e per definire le variabili ed i relativi sistemi di codifica delle informazioni contenute nelle schede. In particolare il D.M. 26 luglio 1993

prevede nei dettagli le modalità di compilazione delle schede di dimissione ed i dati che in esse devono essere contenuti: diagnosi principale, diagnosi concomitanti o complicanti, interventi chirurgici, procedure diagnostiche terapeutiche, ecc. (4).

Se in un primo momento le Sdo svolgevano esclusivamente un ruolo di tipo informativo e statistico, successivamente, con l'introduzione della nuova forma di pagamento per Drg (5) (*Diagnosis Related Groups*), esse hanno ampliato le proprie funzioni divenendo lo strumento sul quale basare il compenso di tipo prospettico. L'interesse da parte delle strutture erogatrici di servizi sanitari ad una corretta e completa compilazione delle stesse è dunque cresciuto in modo esponenziale.

La Sdo è quindi un modulo riepilogativo delle informazioni di maggior rilievo, con riferimento ad un singolo paziente, al fine di individuare il Drg di appartenenza.

Il primo anno in cui è stato applicato in Italia il pagamento delle strutture ospedaliere basato sui Drg (6) è il 1995.

Il D.M. 15 aprile 1994 stabilisce i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni ospedaliere così come previsto dal D.L. 502/92, articolo 8. Le tariffe determinate in base al D.M. del 1994 dalle Regioni (7) sulla base del costo *standard* di produzione e dei costi generali, forniscono l'indicazione dell'importo massimo da corrispondersi ai soggetti erogatori.

Da questa breve analisi, possiamo concludere che tutte le condizioni richieste sono soddisfatte. Nel sistema italiano è presente un tipo di pagamento prospettico basato su una tariffa fissa funzione del tipo di ricovero (Drg). Inoltre è prevista una precisa regolamentazione del flusso informativo

proveniente dalle Sdo, tale da garantirne l'attendibilità e l'omogeneità. Infine la libertà di scelta da parte dei cittadini è garantita ed incentivata dalla legge.

Attraverso lo studio del flusso informativo proveniente dalle Sdo possiamo quindi valutare e verificare, anche in termini dinamici, come il sistema di pagamento prospettico influisca sulle scelte e sui comportamenti degli ospedali e degli assistiti.

Nello scenario descritto si dovrebbe pertanto assistere ad una sorta di concorrenza delle strutture di erogazione al fine di attrarre un sempre maggior numero di pazienti, compatibilmente ai vincoli di capacità. Se la domanda dei pazienti è determinata dalla reputazione, allora avremo una spinta degli ospedali, che non possono agire sulla leva del prezzo come negli altri mercati, sia nell'auspicata direzione della qualità sia nella meno desiderata direzione di un'attività di *wasting money* (es. *marketing* sanitario) per influenzare le scelte dei cittadini. Per verificare tutto questo sarà necessario osservare ed analizzare i flussi di pazienti che si muovono da una zona di appartenenza (origine) verso una struttura di cura (destinazione) più o meno lontana.

3. Il modello

Obiettivo dell'indagine è la verifica empirica del ruolo della reputazione nel determinare le scelte dei pazienti con riferimento alle cure ospedaliere. A questo scopo viene predisposto un modello econometrico per lo studio delle caratteristiche dei flussi interzonali di pazienti.

Per l'analisi viene impiegata la tecnica dei *panel data fixed effects*. In particolare, lo stimatore ad effetti fissi consente di sfruttare contemporanea-

mente tutte le informazioni disponibili e di evitare il rischio di stime distorte o inconsistenti nel caso di regressori correlati con non conosciuti effetti individuali. Peraltro, in un *panel* di dimensioni ridotte come quello a nostra disposizione il rischio che gli effetti individuali siano correlati con i regressori è molto alto.

Le stime così ottenute hanno inoltre la caratteristica di essere robuste all'omissione di variabili *time invariant* (che variano però da individuo ad individuo in modo sincronico), per quanto rilevanti esse possano essere (8).

Infine va considerato il fatto che anche nel caso in cui il *random effects* (altro possibile stimatore per *Panel Data*) fosse quello opportuno, lo stimatore *fixed effects* produce nondimeno stime consistenti per i parametri associati alle variabili indipendenti.

Risulta evidente come modelli comportamentali complessi siano analizzabili in modo tanto più esaustivo quanto maggiori sono le informazioni disponibili. I *Panel Data* evidenziano dunque una superiorità rispetto al trattamento separato dei dati sincronici e diacronici. Il metodo impiegato consente infatti una maggiore efficienza (grazie all'utilizzo di un maggior numero di osservazioni) ed il controllo della distorsione (*bias*) della stima.

Le osservazioni sono costituite dai flussi di pazienti che si muovono da una zona di origine verso un ospedale di destinazione. Ogni flusso è considerato come un «individuo» (*n*) di un'analisi *cross section* caratterizzato dalla provincia di origine, dall'ospedale di destinazione e dall'anno di riferimento. I flussi vengono osservati per un arco temporale che va dal 1996 al 2000 (*T* = 5). I cinque anni di riferimento a disposizione dovrebbero es-

essere sufficienti a segnalare, attraverso andamenti dinamici, comportamenti e scelte da parte delle strutture erogatrici con correlata percezione della qualità da parte dei cittadini.

Attraverso questa indagine si vogliono individuare le determinanti dei flussi di mobilità interzonale all'interno delle 4 province della regione Liguria, non con lo scopo di stabilire quale struttura possieda, e in che misura, un maggior livello di reputazione diffusa, ma per verificare l'importanza della stessa nelle valutazioni «inesperte» dei pazienti. Guardando ai Drg ed alle strutture di erogazione, si intende analizzare il ruolo della reputazione nel rinnovato sistema italiano.

Il modello è quindi così definito:

$$\log F_t^{ij} \frac{1}{T} \sum_{t=1}^T \log F_t^{ij} = \alpha (\log M_t^{ij} \frac{1}{T} \sum_{t=1}^T \log M_t^{ij}) + \beta (\log R_t^{ij} \frac{1}{T} \sum_{t=1}^T \log R_t^{ij}) + \gamma (\log ETM_t^{ij} \frac{1}{T} \sum_{t=1}^T \log ETM_t^{ij}) + \delta (\log DGM_t^{ij} \frac{1}{T} \sum_{t=1}^T \log DGM_t^{ij}) + \phi (\log REP_t^{ij} \frac{1}{T} \sum_{t=1}^T \log REP_t^{ij}) + u^*$$

per $t = 1, \dots, 5$

dove

F_t^{ij} sono i flussi di pazienti che si muovono da una zona di origine i (provincia ligure, Italia o estero) ad un ospedale di destinazione j nel periodo t . Essa rappresenta la variabile dipendente da analizzare.

M_t^{ij} è il numero di pazienti di sesso maschile che connota il flusso F_t^{ij} .

Le variabili R_t^{ij} , ETM_t^{ij} e DGM_t^{ij} identificano rispettivamente il numero di pazienti con età maggiore od uguale a 65 anni (possibile proxy del reddito), l'età media e la degenza media (espressa in giorni) che caratterizzano il flusso F_t^{ij} .

Una attenzione particolare merita la variabile REP . Essa individua la reputazione ed è calcolata in conformità ad alcune ipotesi iniziali. Poiché la reputazione viene fatta coincidere con il concetto di qualità percepita e dato che le preferenze del cittadino, come detto, non possono essere rilevate, dal segnale del prezzo, non ci rimane che osservare le scelte di mobilità assumendo che la qualità percepita sia più che proporzionale alla distanza chilometrica percorsa.

La reputazione associata ad una determinata struttura h sarà quindi funzione crescente della consistenza numerica dei flussi (numero di pazienti) e della distanza chilometrica tra la zona di origine e la destinazione, e funzione decrescente del vincolo di capacità dell'ospedale, cioè della sua dimensione. Quindi:

$$R_t^h = f(F_t^h, D^h, C_t^h)$$

dove

R_t^h è la reputazione associata alla struttura h al tempo t .

F_t^h è il numero di pazienti (flusso) che dall'origine i si dirigono all'ospedale h al tempo t , per ricevere le prestazioni sanitarie.

D^h è la distanza chilometrica intercorrente tra l'origine i e la destinazione h . Essa è stata calcolata con l'ausilio di un programma di cartografia computerizzata gratuitamente disponibile in internet.

C_t^h è il vincolo di capacità per l'ospedale h al tempo t .

L'indice reputazionale per la struttura h viene dunque calcolato come:

$$R_t^h = \frac{\sum_{i=1}^I \frac{F_t^{ih}}{C_t^h} (D^{ih})^2}{T}$$

dove

I sono le diverse possibili zone di origine dei flussi.

Il vincolo di capacità C^h è stato calcolato come media intertemporale del numero di pazienti trattati in ciascun anno, quindi:

$$C^h = \frac{\sum_{t=1}^T \sum_{i=1}^I F_t^{ih}}{T}$$

La necessità di ponderare il flusso per il vincolo di capacità risulta evidente dal fatto che la capacità attrattiva deve essere analizzata in termini relativi e non assoluti. Uno stesso numero di pazienti a fronte di una diversa capacità non possono, se confrontati, a meno di una loro preventiva «standardizzazione», fornire indicazioni utili allo studio della reputazione.

L'indice di reputazione varia a seconda dell'ospedale, del periodo di riferimento e del Drg. Ad ogni Drg, di uno stesso ospedale e per lo stesso periodo, sarà dunque associato un diverso valore per il suddetto indice.

Infine,

u^* è il termine di disturbo scorporato dalla sua componente correlata con le variabili dipendenti ma per ipotesi *time invariant*.

Il modello viene dunque stimato nella sua forma linearizzata attraverso l'impiego dell'operatore logaritmico.

Esso presenta alcune analogie con i modelli gravitazionali vincolati alle origini o alle destinazioni proposti da Erlander e Stewart (1990) e Fabbri e

Fiorentini (1996). In particolare questi ultimi stimano un modello *logit* multinomiale così definito:

$$\log T_{ij} \frac{1}{J} \sum_{j=1}^J \log T_{ij} = \delta + \beta (\log w_i \frac{1}{J} \sum_{j=1}^J \log w_j) + \gamma (\log D_{ij} \frac{1}{J} \sum_{j=1}^J \log D_{ij}) + \kappa l_{ij} + \varepsilon_{ij}$$

dove

T_{ij} sono i flussi

δ è la costante

w_j è un vettore di variabili adatte a descrivere il fenomeno di flusso considerato

l_{ij} insieme di variabili di controllo specifiche al flusso considerato e inserite in livelli

ε_{ij} è il termine di disturbo.

Questo modello presenta una regressione effettuata sugli scostamenti dei logaritmi delle variabili dalla loro media. Esso è stimato attraverso gli stimatori *ols* (9). L'indagine svolta da Fabbri e Fiorentini (1996) è relativa allo studio dei flussi di pazienti tra le province della regione Emilia-Romagna.

Il modello che qui presentiamo si differenzia dal modello di Fabbri e Fiorentini per diverse ragioni. Innanzitutto la tecnica econometrica impiegata è completamente differente data l'intenzione di cogliere le componenti dinamiche delle diverse variabili ed in particolare della reputazione. La tecnica econometrica dei *panel data* utilizza un altro tipo di informazione, sia in termini spaziali che temporali, così da poter rendere l'indagine conoscitiva più mirata agli elementi di interesse.

Il nostro modello stima una regressione lineare effettuata sugli scostamenti dei logaritmi delle variabili dalla media intertemporale delle stesse e non, come nel modello Fabbri-Fiorentini, dalla media «statica», cioè delle variabili osservate per lo stesso periodo. Conseguenza diretta è l'esclusione di variabili costanti nel tempo come la distanza. Inoltre una diversa schiera di variabili indipendenti viene impiegata ed in particolare l'indice reputazionale così come definito.

4. I dati disponibili

I dati necessari a svolgere l'analisi sono stati forniti dalla Regione Liguria e si riferiscono alle strutture operanti nell'ambito territoriale.

Essi riguardano i 492 Drg nei quali vengono classificati i pazienti a seconda del tipo di patologia e di trattamento ricevuto.

I dati riguardano i 5 anni compresi tra il 1996 ed il 2000 (rilevazioni annuali) e sono relativi a 31 istituti operanti nel territorio regionale.

L'analisi si concentra sui flussi di pazienti tra zona di origine (residenza) e ospedale di destinazione. Per ragioni di semplicità le zone di origine dei flussi sono state limitate alle 4 province liguri (Genova, Imperia, La Spezia, Savona) più due di «chiusura»: una relativa ai cittadini provenienti da fuori regione ma pur sempre da una località compresa nel territorio nazionale, una relativa a pazienti provenienti dall'estero.

Le destinazioni sono rappresentate dai 31 istituti operanti nel territorio regionale: Presidio ospedaliero di Imperia, Presidio ospedaliero di Sanremo,

Presidio ospedaliero di Bordighera (Ausl Imperiese), Ospedale S. Paolo di Savona, Ospedale Santa Maria di Misericordia di Albenga, Ospedale S. Giuseppe di Cairo Montenotte, Casa di Cura (accreditata) Villa Salus di Albenga, (Ausl Savonese), Ospedale Celesa di Rivarolo, Ospedale Andrea Gallino di Pontex, Ospedale Padre Antero Micone di Sestri Ponente, Ospedale S. Carlo di Voltri, Ospedale Civile di Nervi, Ospedale Sant'Antonio di Recco, Ospedale Civile L. Frugone di Busalla, Ospedale La Colletta di Arenzano, Presidio Sociale Sanitario [Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc) - Istituto psichiatrico residuale - Asl 3] (Ausl Genovese), Ospedale Civile di Lavagna, Ospedale Civile di Rapallo, Ospedale Civile di Sestri Levante (Ausl Chiavarese), Ospedale Sant'Andrea di La Spezia, Presidio Ospedaliero San Bartolomeo di Sarzana (Ausl Spezzino), Ospedale S. Corona (A.o. S. Corona), Ospedale S. Martino e Clinica universitaria (A.o. S. Martino), Ospedale Villa Scassi (A.o. Villa Scassi), I.S.T. - Istituto nazionale per la ricerca sul cancro (Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico), Istituto Giannina Gaslini (Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico), Ospedale evangelico internazionale (Ospedale classificato), Ospedale Galliera (Ospedale classificato), Ispri Maugeiri - Fondazione clinica del lavoro e della riabilitazione (Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico), Iscc di Camogli (Ist. card. Camogli), Casa di cura privata Villa Azzurra di Rapallo.

Va precisato che queste non sono le uniche strutture operanti sul territorio regionale, infatti vi sono altri istituti psichiatrici residuali (come il Presidio sociale sanitario di Cogoleto) o case di cura private non accreditate (come Villa Montallegro, Villa Serena, Villa S. Anna, Villa M. Teresa di Genova, la

Casa di cura privata Le Ginestre di Camogli e la Casa di cura Alma Mater di Spezia) oltre a numerosi poliambulatori diagnostici.

5. I dati utilizzati

Per eseguire le analisi di nostro interesse è innanzitutto necessario procedere alla selezione dei dati da impiegare al fine di evitare l'utilizzo di informazioni non rilevanti o distorsive.

Relativamente agli istituti è necessario escludere dallo studio gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Ist. Gaslini, Ispri Maugeri) poiché essi rappresentano centri di eccellenza, unici ad avere le idonee competenze e strutture per determinate patologie. Essi non possono dunque essere impiegati per l'analisi dei flussi di mobilità interzonale; il paziente non può scegliere all'interno di un'offerta «diversificata».

Per ragioni analoghe si ritiene di escludere anche gli istituti psichiatrici residuali (nella fattispecie l'unico presente è l'Spdc Asl 3) e le case di cura private (Villa Salus di Albenga e Villa Azzurra). Anche l'Istituto cardiologico di Camogli viene escluso a causa della specificità dei trattamenti offerti (pochi Drg limitati a patologie cardiache o ad esse direttamente connessi).

Dopo questa prima «scrematura» le possibili destinazioni disponibili, sul territorio regionale, per i cittadini-pazienti, si riducono a 24.

Individuate le strutture erogatrici idonee per la nostra analisi è dunque necessario procedere alla scelta dei Drg da analizzare (10).

Un primo criterio di scelta è rappresentato dalla *frequenza*. Poiché si vuole verificare la reputazione come fenomeno diffuso di percezione da parte dei cittadini-pazienti della qualità erogata da una determinata struttura

ospedaliera, è necessario studiare patologie che presentino un grado di frequenza medio alto.

È evidente inoltre che l'aspetto reputazionale assuma una importanza crescente al crescere della *gravità* della patologia e che dunque questo fenomeno sarà tanto più osservabile quanto maggiore sarà la gravità percepita dal paziente del proprio problema. Al crescere della gravità della patologia, diminuiscono in termini relativi sia i costi impliciti nella ricerca di informazioni (al fine di superare l'asimmetria informativa tipica del mercato sanitario) sia i costi connessi alla mobilità (si sarà disposti a percorrere una distanza maggiore pur di ricevere il trattamento ritenuto «migliore»). La raccolta di informazioni e «l'organizzazione dello spostamento» richiedono tempo. Accade dunque che la *programmabilità* del trattamento influirà pesantemente sulla reale possibilità del cittadino di scegliere dove recarsi per ricevere le cure necessarie. Ci aspettiamo dunque che la distanza percorsa sia direttamente proporzionale alla gravità ed alla programmabilità. Più il caso è urgente minore è la libertà di scelta del cittadino che si vede costretto ad indirizzare la propria domanda verso la struttura ospedaliera più prossima.

Un altro elemento da tenere in considerazione è la *durata* (11) richiesta per il trattamento. Nel caso in cui la patologia richieda una lunga permanenza in ospedale, avremo che il paziente tenderà a scegliere un erogatore localizzato in prossimità della propria residenza così da ridurre i disagi per se e per i propri familiari. Il conforto di propri cari per superare momenti difficili è un elemento di grande importanza del quale si tiene di solito conto quando si deve fare una scelta di questo tipo. In questi casi potrebbe dunque accadere che una localizzazione «più comoda» della

struttura ospedaliera sia in grado di compensare un diverso grado di qualità percepita.

Inoltre una lunga degenza implica maggiori costi non rimborsabili (per se e per i propri cari) di trasferta. Accade dunque che, *ceteris paribus*, la durata di degenza attesa dovrebbe essere inversamente proporzionale all'intensità del flusso.

Un altro criterio di scelta dei Drg è costituito dal *numero di destinazioni*. Onde evitare di prendere in considerazione Drg per i quali solo un numero molto limitato di strutture sanitarie sono in grado di prestare assistenza (ed in parte questo problema è stato superato con la selezione delle strutture ospedaliere fatto in precedenza) scegliamo Drg caratterizzati da un numero di destinazioni almeno pari a 5.

Vengono inoltre inclusi *Drg medici* e *Drg chirurgici*, ed esclusi i Drg caratterizzati dall'essere trattamenti specifici per *sole donne* o per *soli uomini* così da poter verificare l'influenza della variabile sesso nelle scelte di mobilità dei cittadini (12) (in appendice è riportata la tabella predisposta per la selezione dei Drg).

6. Matrici origine/destinazione

L'obiettivo è studiare la reputazione attraverso l'osservazione dei flussi dalle province liguri da cui si generano, e le strutture ospedaliere di destinazione, dove i suddetti flussi confluiscono.

Primo passo è la costruzione di una matrice origine destinazione (O/D). Questa matrice ha per righe le destinazioni dei flussi (cioè le strutture sanitarie erogatrici del servizio) e per colonne le zone di origine dei flussi (le 4 province liguri più le «chiusure» con l'Italia e con l'estero (resto del mondo)). Ogni cella rappresenta un flusso

originatosi da una certa zona e destinato ad un particolare ospedale.

6.1. Matrici O/D riferite a Drg programmabili (13)

In prima istanza procediamo con il confronto di matrici O/D riferite a Drg programmabili. Selezioniamo Drg la cui prestazione sanitaria può essere rimandata nel tempo: il paziente ha, in generale, la possibilità di raccogliere informazioni ed effettuare tutta una serie di valutazioni prima di esprimere la propria domanda attraverso la selezione della struttura ospedaliera cui rivolgersi.

Dei 492 Drg totali rispondono ai requisiti necessari per questo studio, ad esempio, i Drg 162 e 403. In particolare il Drg 162 è caratterizzato, oltre che dalla caratteristica della programmabilità, da un'alta frequenza per l'anno di riferimento e da un basso peso (0,47). Il peso del Drg è qui utilizzato come *proxy* del grado di gravità della patologia così come avvertita dal paziente.

La tabella 1a evidenzia la provenienza dei pazienti per singolo ospedale. Essa esprime cioè la composizione percentuale della domanda associata ad ogni struttura erogatrice. Per esempio l'ospedale Celesia di Rivarolo ha una domanda per prestazioni sanitarie proveniente esclusivamente dalla provincia di Genova. Esso cioè non è in grado di attirare pazienti provenienti dal di fuori della propria provincia di pertinenza. Al contrario, l'ospedale S. Martino di Genova ha avuto, per l'anno 1998 e con riferimento al Drg 162, una domanda originatasi prevalentemente nella provincia di Genova (91,19% del totale della propria domanda) ma anche da altre regioni italiane per il 5,42%, dalla Provincia di Spezia e Savona per l'1,22% e per un residuale 0,27% da

pazienti provenienti dal di fuori dei confini nazionali (estero).

Se raggruppiamo gli ospedali in funzione dell'area, cioè in funzione della provincia di appartenenza, otteniamo la matrice della tabella 1b e la tabella 1c.

La tabella 1b raccoglie per riga gli ospedali che insistono in ciascuna delle 4 province liguri e per colonna le zone di possibile provenienza dei flus-

si (esattamente come nella tabella precedente).

Osservando la diagonale principale della matrice quadrata costituita dalle sole province liguri (con esclusione quindi delle colonne Italia e Estero), ci accorgiamo del comportamento dei consumatori.

La diagonale principale evidenzia valori sempre al di sopra del 90%. La domanda degli ospedali di una certa

Tabella 1a - Drg 162 [programmabile - peso basso (0,47)]: matrice O/D in destinazione per ospedale

	Estero	Italia	Genova	Imperia	La Spezia	Savona
Celesia-Rivarolo GE			100,00%			
Gallino-Pontex GE			100,00%			
Sestri Pon. GE		3,05%	96,19%			0,76%
S. Carlo Voltri GE	0,84%	3,36%	94,12%			1,68%
Nervi GE		3,01%	96,99%			
Recco GE		3,57%	96,43%			
S. Martino GE	0,27%	5,42%	91,19%	0,68%	1,22%	1,22%
V. Scassi Samp. GE	1,04%	1,05%	97,91%			
Evangelico GE		3,96%	96,04%			
Galliera GE	0,33%	2,29%	89,54%	0,65%	0,33%	6,86%
Lavagna GE	1,32%	1,98%	90,07%		4,64%	1,99%
Rapallo GE	1,15%	8,05%	90,80%			
Sestri Lev. GE		6,67%	88,89%		4,44%	
Imperia		3,47%		93,76%	0,69%	2,08%
Sanremo IM		1,40%	0,93%	93,93%		3,74%
Bordighera IM		2,22%	0,74%	97,04%		
S. Andrea SP	0,42%	5,27%	2,32%	0,21%	91,78%	
Sarzana SP		7,21%		0,90%	91,89%	
S. Paolo SV		4,23%	1,06%			94,71%
Albenga SV		3,64%		4,69%		91,67%
Cairo M. SV		6,51%				93,49%
S. Corona SV		12,50%	1,39%	8,33%		77,78%

Tabella 1b - Drg 162 [programmabile - peso basso (0,47)]: matrice O/D in destinazione per Provincia

	Estero	Italia	Genova	Imperia	La Spezia	Savona
GE	0,41%	3,59%	93,38%	0,29%	0,86%	1,47%
IM		2,23%	0,61%	94,73%	0,20%	2,23%
SP	0,34%	5,64%	1,88%	0,34%	91,80%	
SV		6,33%	0,58%	3,03%		90,06%

provincia è per più del 90% costituita da flussi originatisi nella stessa provincia di appartenenza. Se ne conclude la sostanziale incapacità di attrarre consistenti flussi provenienti dal di fuori del proprio bacino di utenza definito come provincia.

La matrice in Origine della tabella 1c evidenzia ulteriormente il fenomeno oggetto di questa riflessione. La tabella ci segnala infatti che il 99,22% dei cittadini residenti nella provincia di Genova si rivolge agli ospedali siti nella stessa, quasi il 94% dei cittadini residenti nella provincia di Imperia non ritiene di dover rivolgersi al di fuori dei propri confini provinciali, stessa cosa per il 96% dei cittadini di Spezia e per il 93% dei cittadini di Savona.

Va notato inoltre come i cittadini che decidono di rivolgersi al di fuori delle strutture operanti nel proprio territorio non vadano comunque troppo lontano; per esempio i cittadini di Imperia si rivolgono per il 4,23% alle strutture ospedaliere di Savona. Si può osservare quindi un flusso «degno di nota» solo all'interno di aree limitrofe. Discorso analogo può essere fatto relativamente a Spezia e Savona nei confronti di Genova, posta in mezzo tra le due.

Da questa prima analisi si conclude che per patologie programmabili ma non avvertite come gravi, il paziente da maggior peso ai costi connessi sia alla mobilità che alla ricerca di informazioni, rispetto all'opportunità di scegliere la struttura migliore, quindi con maggior reputazione. L'analisi costo beneficio fa preferire la comodità di un ospedale vicino rispetto alla maggiore «qualità» offerta da strutture localizzate lontano.

Le cose cambiano quando si osserva il comportamento dei cittadini per un Drg programmabile ma avvertito come grave (peso alto). A questo fine abbiamo selezionato il Drg 403, carat-

terizzato da un consistente numero di casi, ma soprattutto da un peso alto (1,68).

Quando il paziente attribuisce peso e quindi valore (generalmente associato ad un maggior rischio avvertito) al disturbo, ecco che investirà risorse (tempo, denaro, ecc.) per ricavare le informazioni necessarie per stilare una sorta di classifica delle strutture

ospedaliere che offrono trattamenti per quella determinata patologia.

Inseguito il cittadino farà un'analisi costi benefici relativamente alla scelta della struttura sanitaria cui rivolgersi in funzione della distanza chilometrica. In questa fase la classifica ordinata per qualità percepita dei diversi ospedali dovrà essere ponderata unitamente al costo di mobilità funzione della

Tabella 1c - Drg 162 [programmabile - peso basso (0,47)]: matrice O/D in origine per Provincia

	Estero	Italia	Genova	Imperia	La Spezia	Savona
GE	83,33%	50,00%	99,22%	1,41%	3,76%	5,36%
IM		6,25%	0,13%	93,96%	0,18%	1,63%
SP	16,67%	18,75%	0,48%	0,40%	96,06%	
SV		25,00%	0,17%	4,23%		93,01%

Tabella 2a - Drg 403 [programmabile - peso alto (1,68)]: matrice O/D in destinazione per ospedale

	Estero	Italia	Genova	Imperia	La Spezia	Savona
Celesia-Rivarolo GE			100,00%			
Gallino-Pontex GE			100,00%			
Sestri Pon. GE			100,00%			
S. Carlo Voltri GE			81,82%			18,18%
Nervi GE		16,67%	83,33%			
Recco GE			100,00%			
Colletta Arenz. GE		16,67%	83,33%			
S. Martino GE	0,15%	29,92%	59,10%	4,36%	2,26%	4,21%
V. Scassi Samp. GE			98,25%			1,75%
Evangelico GE		7,14%	92,86%			
Galliera GE	1,52%	4,55%	89,39%	1,51%	1,51%	1,52%
Lavagna GE		10,00%	90,00%			
Rapallo GE		18,18%	81,82%			
Sestri Lev. GE			84,62%		15,38%	
Imperia		25,00%		75,00%		
Sanremo IM		10,53%		89,47%		
Bordighera IM		11,11%		88,89%		
S. Andrea SP		4,65%			95,35%	
Sarzana SP		7,69%			92,31%	
S. Paolo SV		8,16%				91,84%
Albenga SV		25,00%				75,00%
Cairo M. SV						100,00%
S. Corona SV		20,65%	0,65%	9,03%		69,67%

distanza da percorrere. Inoltre il cittadino valuterà, cioè massimizzerà una funzione di utilità personale condizionata da criteri individuali e soggettivi come la disponibilità a pagare, la scelta dei pesi associati alle diverse variabili e la «percezione» di elementi non oggettivi come la reputazione della struttura di erogazione (condizionata quest'ultima dalle modalità di raccolta delle informazioni avvenuta nella prima fase del processo).

È inutile ribadire che affinché questa procedura abbia luogo, la prestazione sanitaria deve avere la caratteristica della differibilità, il cittadino deve avere il tempo necessario per effettuare tutte le valutazioni necessarie e programmare la prestazione.

Le tabelle 2b e 2c mettono in evidenza la maggiore dispersione dei flussi e permettono alcune riflessioni preliminari sulla reputazione delle strutture erogatrici.

Gli ospedali siti in Genova complessivamente soddisfano una domanda proveniente dal di fuori della stessa provincia pari a quasi il 31,79% del totale. Questo evidenzia una certa capacità di attrazione.

In generale è sufficiente confrontare la tabella 1b con la 2b per notare la differente composizione dei flussi ed i diversi valori espressi dalle due diagonali principali.

La ragione di questo fenomeno è imputabile, come precedentemente osservato, alla diversa gravità associata ai due Drg qui presi in considerazione.

Particolarmente significativa è la matrice O/D in Origine rappresentata dalla tabella 2c. Essa mette in risalto (unitamente alla 2b) la reputazione degli ospedali genovesi che trattengono la quasi totalità del flusso che si origina nella provincia di insidenza oltre alla già discussa capacità attrattiva. La tabella 2c accredita l'ipotesi di una reputazione bassa in virtù delle scelte di

mobilità dei cittadini residenti nella provincia di Imperia. Nonostante la comodità logistica, solo il 38,89% di essi si rivolge vicino casa, il 41,67% sceglie Genova ed il 19,44% sceglie Savona. Se ne deduce che più del 60% dei cittadini imperiesi non ritiene adeguato il servizio offerto dalle strutture del territorio e si rivolge altrove. La reputazione degli ospedali genovesi è alta poiché essi sono in grado di attrarre gran parte del flusso nonostante la notevole distanza. Molti cittadini imperiesi si rivolgono nelle strutture savonesi, favorite queste ultime (rispetto a quelle genovesi) da una maggiore vicinanza.

Simili ragionamenti possono quindi essere condotti con riferimento alle restanti provincie (La Spezia e Savona).

Anche con riferimento alla matrice O/D in destinazione, gli ospedali imperiesi dimostrano una reputazione bassa. Essi hanno una modesta capacità di attrarre pazienti (relativamente al Drg 403) dal di fuori del «proprio bacino»: nessun flusso proveniente da Genova, La Spezia, Savona o estero (nonostante la prossimità con la Fran-

cia) viene registrato. Il flusso proveniente dal resto d'Italia andrebbe poi analizzato alla luce di dati assoluti e relativamente alle singole strutture (cioè quel 12,5% proveniente da altre regioni italiane potrebbe essere spiegato in funzione di un basso numero di prestazioni annuali complessive ed in considerazione della localizzazione in zone turistiche di alcune strutture).

6.2. Matrici O/D riferite a Drg urgenti

Una conferma di quanto sostenuto sopra può essere ottenuta selezionando Drg caratterizzati dall'urgenza della prestazione da ricevere (Drg 281 e Drg 085). Una tale analisi dovrebbe evidenziare una forte concentrazione lungo la diagonale principale: il cittadino, a causa dell'urgenza, non ha la facoltà di poter scegliere dove andare a curarsi. Egli verrà necessariamente condotto presso la struttura attrezzata più prossima. Evidentemente gli ospedali non attrezzati, più in generale tutti gli ospedali non dotati di un Pronto Soccorso, sono stati esclusi da questa analisi.

Tabella 2b - Drg 403 [programmabile - peso alto (1,68)]: matrice O/D in destinazione per Provincia

	Estero	Italia	Genova	Imperia	La Spezia	Savona
GE	0,21%	22,34%	68,21%	3,22%	2,15%	3,87%
IM		12,50%		87,50%		
SP		5,36%			94,64%	
SV		17,37%	0,47%	6,57%		75,59%

Tabella 2c - Drg 403 [programmabile - peso alto (1,68)]: matrice O/D in origine per Provincia

	Estero	Italia	Genova	Imperia	La Spezia	Savona
GE	100,00%	82,54%	99,84%	41,67%	27,40%	18,27%
IM		1,59%		38,89%		
SP		1,19%			72,60%	
SV		14,68%	0,16%	19,44%		81,73%

Le tabelle 3 e 4 sopra riportate confermano le ipotesi fatte: i cittadini non possono scegliere e quindi, a prescindere dalla gravità avvertita per quella determinata patologia, rivolgono la propria domanda alla struttura più vicina. L'urgenza esclude dunque, come mostrano chiaramente le diagonali principali delle due tabelle, la rilevanza per il peso (alto o basso che sia) del Drg.

Da questa analisi risulta che solo per patologie programmabili ed avvertite come gravi dal paziente sia possibile implementare contratti prospettici che sfruttino l'interesse egoistico ad investire in reputazione da parte delle strutture erogatrici di servizi sanitari.

Infatti nei Drg programmabili e di alto peso (percepiti come gravi) diviene determinante l'analisi delle scelte di mobilità dei consumatori. L'osservazione dei loro flussi di mobilità consente di ottenere importanti informazioni sulle strutture di erogazione. I flussi interzonalari saranno la risultante di un processo di massimizzazione di utilità da parte dei consumatori che:

- raccolgono informazioni;
- sfruttano le informazioni per formare una graduatoria (sino a questo punto in termini assoluti);
- ponderano le informazioni sulla base dei costi di mobilità (monetari e non monetari);
- sviluppano un'analisi costi - benefici;
- stilano quindi un nuovo ordinamento (in cui tutte le variabili sono state debitamente pesate) sulla base del quale viene effettuata la scelta definitiva.

7. Analisi econometrica

Nel caso di Drg urgenti, caratterizzati da un trattamento non differibile nel tempo, all'erogatore non vengono forniti gli idonei incentivi ad investire

in reputazione dal momento che la domanda non può essere condizionata.

Discorso opposto per i Drg programmabili dove l'ospedale potrebbe avere convenienza ad investire in reputazione, purché sia stata implementata una forma contrattuale dotata dei necessari incentivi. Dallo studio empirico condotto a livello di singola struttura ospedaliera, ci accorgiamo che gli ospedali capaci di attrarre consistenti flussi di pazienti dal di fuori della propria area di azione sono quelli di una certa dimensione. Accade cioè che per incrementare la reputazione sono necessarie ingenti risorse, quindi investimenti in attrezzature, in capitale umano, in attività promozionali, ecc. Gli ospedali al di sotto di una soglia dimensionale minima avranno evidentemente problemi in termini di disponibilità economico-finanziario ed in termini di appetibilità per medici e chirurghi di chiara fama. Va segnalato a questo proposito che anche nel settore dei servizi sanitari si evidenziano le problematiche connesse alla presenza o meno di economie di scala ed alla rapida obsolescenza dei macchinari. Un bacino di utenza limitato o vincoli di capacità impediscono alle

strutture minori di competere con gli ospedali maggiori. Una possibile soluzione potrebbe essere costituita dalla «specializzazione» della struttura piccola. Questa possibilità può però scontrarsi con scelte politiche o di organizzazione territoriale condizionate da criteri diversi e valutazioni più generali rispetto a quelle della singola struttura.

Lo studio econometrico della reputazione richiede una ulteriore selezione delle strutture ospedaliere prese in considerazione. In particolare è necessario individuare a livello regionale le strutture più importanti e maggiormente capaci di competere in termini reputazionali con gli altri concorrenti. Non sorprenderebbe il verificarsi di una specializzazione competitiva: ogni struttura potrebbe cercare di ritagliarsi nicchie di mercato relativamente ad aree di competenza (reparto). Quindi, pur non rinunciando al trattamento di tutte le patologie, solo su alcune si concentrano gli sforzi maggiori al fine di mantenere o conquistare un vantaggio competitivo. Questo atteggiamento ha peraltro riflessi positivi in termini di reputazione a livello generale di ospedale.

Tabella 3 - Drg 281 [urgente - peso basso (0,43)]: matrice O/D in origine per Provincia

	Estero	Italia	Genova	Imperia	La Spezia	Savona
GE	60,71%	27,42%	97,06%	1,07%	3,17%	0,35%
IM	12,50%	14,72%	0,38%	94,09%		0,34%
SP	26,79%	32,99%	0,39%		96,54%	0,34%
SV		24,87%	2,17%	4,84%	0,29%	98,97%

Tabella 4 - Drg 089 [urgente - peso alto (1,16)]: matrice O/D in origine per Provincia

	Estero	Italia	Genova	Imperia	La Spezia	Savona
GE	45,45%	37,65%	99,35%	0,68%	5,56%	0,42%
IM	36,37%	17,64%		94,53%		1,27%
SP	18,18%	8,24%	0,13%		94,44%	
SV		36,47%	0,52%	4,79%		98,31%

Se questo accade dovremmo osservare una forte capacità di attrazione (reputazione alta) da parte di un erogatore per alcuni Drg (riconducibili ad uno stesso reparto particolarmente qualificato) ed una fuoriuscita di pazienti per Drg per i quali un altro erogatore è più qualificato e capace di fornire un servizio migliore.

Questo fenomeno «di specializzazione» non potrà che limitarsi a quelle patologie programmabili ed avvertite come gravi dai cittadini.

8. Risultati dell'analisi econometrica

I dati utilizzati per ciascuna stima si riferiscono ai Drg afferenti un determinato reparto di un certo ospedale per tutti i flussi registrati in ogni periodo e per tutti e 5 i periodi disponibili.

I Drg vengono selezionati quindi in funzione dell'afferenza al reparto in oggetto, alla frequenza, alla programmabilità e al peso.

La prima stima si riferisce al reparto di medicina generale per l'ospedale Galliera di Genova.

In questa fase si sono selezionati e incorporati Drg programmabili e Drg urgenti così da avere una prima indicazione sul comportamento del parametro associato alla variabile reputazione. Ci aspettiamo una sua sostanziale irrilevanza nel caso di Drg urgenti. La reputazione non può essere in grado di condizionare il flusso di pazienti poiché questi si trovano nella condizione di non poter scegliere.

La stima della tabella 5 ha utilizzato le informazioni relative ai flussi di 13 Drg urgenti afferenti al reparto di Medicina generale dell'ospedale Galliera.

Le variabili sopra indicate sono le stesse spiegate nella presentazione del modello con l'aggiunta del suffisso *WTR* (acronimo di *within*

transformation) che ha lo scopo di ricordare che stiamo lavorando su modelli *panel fixed effects*.

La regressione evidenzia un R^2 pari a 0,63 ed un R^2 corretto pari a 0,61. Essi ci indicano un buon *fit* anche se solo due variabili sono significative (M ed R) con un intervallo di confidenza del 95%. A determinare il flusso concorrono con segno positivo il numero di pazienti di sesso maschile ed il numero di pazienti con età maggiore od uguale ai 65 anni. Quest'ultima può essere interpretata nel senso di maggiore disponibilità economica dei pazienti più anziani. Le variabili «età media» e «degenza media», benché statisticamente non significative, evidenziano il segno meno come ipotizzato nelle premesse al presente studio. Al crescere dell'età diminuisce la disponibilità dei pazienti a percorrere lunghe distanze per ricevere le cure necessarie. Stessa cosa per la degenza: quando il paziente si aspetta una degenza media alta per la patologia di cui è affetto, tenderà a prediligere una destinazione più prossima al suo domicilio.

La variabile reputazionale non è significativa nel determinare la variabile dipendente.

Il test Durbin Watson evidenzia l'assenza di correlazione seriale.

Una nota merita infine l'indicazione dell'alto numero di dati mancanti (*Skipped/Missing* 222). Questo fenomeno va imputato alla frequente totale mancanza di flussi, anche minimi, tra zone di origine ed ospedale di destinazione. Il dato è del tutto normale visto che stiamo studiando Drg caratterizzati dall'urgenza.

Se conduciamo una equivalente analisi, sempre con riferimento all'ospedale Galliera di Genova ed al reparto di medicina generale, scegliendo però 13 Drg caratterizzati dalla programmabilità, ecco che emerge con chiarezza un sostanziale cambiamento nella significatività della variabile reputazione.

In questo nuovo caso la reputazione viene indicata dai test statistici come molto significativa (T-Stat: 2,99178) per la determinazione del flusso. Al crescere della reputazione della struttura erogatrice, aumenta il numero di

Tabella 5 - Ospedale Galliera - Reparto medicina generale - Drg urgenti

Variable	Coeff	Std Error	T-Stat	Signif
1. MWTR	0.378313630	0.073606037	5.13971	0.00000173
2. RWTR	0.467503371	0.069753720	6.70220	0.00000000
3. ETMWTR	-0.195493764	0.223687333	-0.87396	0.38460263
4. DGMWTR	-0.044889144	0.064648832	-0.69435	0.48935404
5. REPWTR	0.058697298	0.052760082	1.11253	0.26904589

pazienti disposti a spostarsi per ricevere le prestazioni sanitarie offerte.

Avendo dunque verificato come la reputazione giochi un ruolo nella determinazione dei flussi solo in presenza di un ricovero programmabile. L'analisi seguente si concentrerà dunque su Drg programmabili aggregandoli in funzione della loro appartenenza ad un certo reparto.

Obiettivo è la verifica di come le diverse variabili dipendenti concorrano alla determinazione della variabile dipendente a seconda del reparto e dell'ospedale oggetto di studio.

Tre diversi reparti di tre distinti ospedali verranno presi in considerazione. In particolare il reparto «oculistica» dell'ospedale S. Martino di Genova, il reparto «ortopedia» dell'ospedale S. Corona di Savona, ed il reparto «infantile» dell'ospedale Gaslini di Genova. Quest'ultimo era stato originariamente escluso dalla rosa degli ospedali utilizzabili per l'analisi data la sua caratteristica di «centro di eccellenza», unico, talvolta a livello nazionale, ad avere le competenze e le attrezzature per la cura di certe patologie infantili. Esso viene qui impiegato quale termine di paragone (*benchmark*) per i risultati ottenuti negli altri casi, data la sua indubbia reputazione, a livello nazionale ed anche internazionale, di ospedale specializzato ed all'avanguardia nella cura di patologie infantili.

Dalla tabella 7 possiamo trarre alcune importanti indicazioni. Innanzitutto possiamo affermare che la componente reputazionale è generalmente significativa nel determinare il flusso e ad essa è sempre associato il segno positivo: se un reparto aumenta la propria reputazione nel tempo, questo determina un incremento del flusso di pazienti. Ovviamente sarà pure vero il contrario: ad una diminuzione della reputazione corrisponderà una diminuzione del flusso di pazien-

Tabella 6 - Ospedale Galliera - Reparto medicina generale - Drg programmabili

Variable	Coeff	Std Error	T-Stat	Signif
1. MWTR	0.606853299	0.073810818	8.22174	0.00000000
2. RWTR	0.299083063	0.054776487	5.46006	0.00000039
3. ETMWTR	-0.114969224	0.127481184	-0.90185	0.36944026
4. DGMWTR	-0.022754950	0.041287433	-0.55114	0.58284876
5. REPWTR	0.165098776	0.055184160	2.99178	0.00354204

Tabella 7 - San Martino oculistica - S. Corona ortopedia - Gaslini pediatria

	Ospedale: S. Martino di Genova Reparto: oculistica	Ospedale: S. Corona di Savona Reparto: ortopedia	Ospedale: Gaslini di Genova Reparto: malattie infantili
Variabile dipendente:	<i>FWTR</i>	<i>FWTR</i>	<i>FWTR</i>
N. Drg	13	12	17
MWTR (T-Stat)	0.336636988 * (6.62093)	0.459959478 * (8.25157)	0.6492697606 * (18.66654)
RWTR (T-Stat)	0.446768394 * (8.61612)	0.229604395 * (3.63961)	— —
ETMWTR (T-Stat)	-1.129820054 * (-5.78471)	0.156401630 (0.66151)	0.0265084386 (0.81803)
DGMWTR (T-Stat)	-0.029478217 (-0.75014)	-0.059178516 (-1.24071)	0.0214820068 (0.92623)
REPWTR (T-Stat)	0.128795850 * (3.86251)	0.325634208 * (3.73841)	0.3113382527 * (4.47397)
<i>Centered R**2</i>	0.762072	0.566042	0.754226
<i>R Bar **2</i>	0.754863	0.554546	0.748941
<i>Durbin-Watson Statistic</i>	1.401428	1.857064	2.043500
<i>Usable Observations</i>	215	228	450
<i>Degrees of Freedom</i>	132	151	344
<i>Total Observations</i>	390	360	510
<i>Skipped/Missing</i>	175	132	60

* Significativo con livello di significatività del 5%.

ti. L'indicazione che il decisore pubblico può trarre da questa prima verifica empirica risiede nella conferma dell'importanza della reputazione per la determinazione dei flussi di pazienti nel caso di Drg programmabili. Quindi, applicando forme di pagamento di tipo prospettico, si forniscono all'ospedale gli idonei incentivi ad investire risorse in quelle variabili di controllo che influenzano la reputazione ed in particolare ad investire sulla variabile qualità, così da incrementare la domanda e conseguentemente il reddito.

La variabile sesso è, per tutti e tre gli ospedali considerati, significativa con un livello di significatività del 5% ed il segno ad essa associato è sempre positivo. In generale si potrebbe ipotizzare una maggiore propensione alla mobilità da parte dei maschi. La *proxy* del reddito, così per come è stata strutturata non può essere utilizzata nel caso dei Drg relativi a patologie infantili dell'ospedale Gaslini. Il caso del S. Martino e del S. Corona evidenziano comunque l'importanza della capacità economica dell'individuo nel condizionare la sua scelta di mobilità. L'età media è significativa solo nel caso del S. Martino di Genova e ad essa è associato il segno negativo. Più l'età media è alta, minore è la mobilità del paziente. S. Corona e Gaslini sembrerebbero smentire questa affermazione; anche se non statisticamente significativi, i parametri associati alla suddetta variabile assumono segno positivo: maggiore è l'età, maggiore risulta essere la mobilità. Questi risultati, talvolta in contraddizione tra loro, vanno però interpretati alla luce di una diversa casistica patologica: le caratteristiche dei malati che ricevono cure ortopediche o pediatriche sono diverse da quelle dei malati del reparto oculistico.

La degenza media, generalmente non significativa, assume per il S.

Martino e per il S. Corona, segno negativo. Questo confermerebbe le ipotesi di partenza sulle preferenze da parte dei cittadini di una struttura «vicino casa» quando i tempi richiesti per la cura sono lunghi. Il risultato divergente del Gaslini non è peraltro in grado di smentire questa assunzione data la fattispecie pediatrica dei Drg selezionati e data la generale gravità delle patologie: quando la malattia è molto grave e l'unica soluzione è offerta dal Gaslini (come spesso accade) ecco che la durata della degenza viene posta in secondo piano e la scelta del ricovero è ad essa completamente indipendente.

Particolare attenzione va data alle indicazioni fornite sulla «bontà» della regressione dagli R^2 . Innanzitutto possiamo vedere la sostanziale corrispondenza tra i valori dell' R^2 e dell' R^2 corretto dato il limitato numero di regressori (volutamente si è cercato di evitare il rischio di una sovrapparametrizzazione che avrebbe compromesso l'attendibilità dei risultati ottenuti).

Ad ogni modo questo test statistico fornisce valori molto buoni che variano dallo 0,56 del S. Corona allo 0,76 del S. Martino. Questi valori così alti potrebbero però essere sintomatici di un problema nella definizione del modello. Potrebbe infatti accadere che la regressione così come impostata spieghi non soltanto le caratteristiche della mobilità interzonale, ma anche le caratteristiche del ricovero. Parte del valore assunto dall' R^2 si potrebbe per esempio spiegare con il fatto che la variabile «pazienti di sesso maschile» non determina solo il flusso ma caratterizza anche il ricovero: quella particolare patologia potrebbe cioè affliggere in maniera preponderante i cittadini di sesso maschile, o viceversa. Stessa cosa per la variabile età: se il flusso di pazienti per il reparto oculistica fosse princi-

palmente determinato da interventi di cataratta, ecco che quasi esclusivamente pazienti anziani farebbero ricorso a tale tipo di intervento. La variabile selezionata non segnalerà allora solo le determinanti del flusso ma anche le caratteristiche della tipologia del ricovero.

Per ovviare ad un simile inconveniente abbiamo deciso di effettuare alcune trasformazioni sulle variabili dipendenti così da depurarle dalla componente legata al tipo di ricovero.

Ecco le trasformazioni effettuate:

$$INDM_i^h = \log \frac{M_i^h}{F_i^h} \frac{1}{\frac{1}{G} \sum_{g=1}^G \frac{M_g^h}{F_g^h}}$$

$$g \neq i$$

$$g \neq \phi$$

dove

ϕ è l'insieme vuoto.

Il prefisso «IND» che precede il nome della variabile indica il nuovo indice calcolato.

INDM non indica altro che il logaritmo del rapporto tra la percentuale di maschi di un certo flusso rispetto alla media dei restanti flussi. Non vengono computati i flussi appartenenti all'insieme vuoto, cioè i flussi nulli non vengono utilizzati per il calcolo del valore medio.

Stessa cosa per la variabile *R*:

$$INDR_i^h = \log \frac{R_i^h}{F_i^h} \frac{1}{\frac{1}{G} \sum_{g=1}^G \frac{R_g^h}{F_g^h}}$$

$$g \neq i$$

$$g \neq \phi$$

Le rimanenti variabili *ETM* e *DGM*, rappresentando i valori medi rispettivamente della variabile età e della variabile giorni di degenza,

vengono «indicizzate» in modo diverso:

$$INDETM_i^{th} = \log \frac{ETM_i^{th}}{\frac{1}{G} \sum_{g=1}^G ETM_i^{th}}$$

$g \neq i$
 $g \neq \phi$

$$INDDGM_i^{th} = \log \frac{DGM_i^{th}}{\frac{1}{G} \sum_{g=1}^G DGM_i^{th}}$$

$g \neq i$
 $g \neq \phi$

Possiamo ora riproporre la precedente stima per i tre ospedali analizzati utilizzando i nuovi indici come variabili indipendenti.

Questa nuova analisi fornisce risultati molto diversi dai precedenti.

Evidenziamo subito l'assenza di correlazione seriale di primo grado così come suggerito dai buoni risultati del *test* Durbin Watson.

L' R^2 è sceso per tutti i casi studiati. Nel caso del Gaslini esso assume il valore più basso pari a 0,2 mentre il S. Martino ha il valore più alto con 0,43. Questo risultato conferma i nostri dubbi sul fatto che il modello precedentemente impiegato fosse contaminato da elementi legati al ricovero e non alla sola mobilità.

Prima di commentare i dati è bene notare come le nuove variabili, poiché espresse in forma logaritmica e rappresentate dagli indici sopra spiegati, possano semplicemente essere interpretate come scarto rispetto al valore medio

La nuova analisi contraddice la precedente evidenziando una maggiore mobilità per le donne, nel senso che al crescere del numero di maschi per un certo flusso, rispetto al valore medio generale dei flussi dello stesso Drg e per lo stesso periodo, il flusso diminuisce. Questa variabile assume comunque rilievo nel solo caso dell'o-

spedale Gaslini. La degenza media non è in nessun caso significativa. Potremmo per esempio supporre che, ad eccezione dei casi di *day hospital*, il paziente sia difficilmente in grado di stabilire con precisione, *ex ante*, la durata del suo ricovero. Essa comunque evidenzia un segno negativo confermando quell'andamento tendenziale già suggerito. Il risultato del Gaslini, relativamente alla suddetta variabile è ancora una volta spiegabile con «la mancanza di alternative» (ragione che ci aveva portato in un primo momento ad escluderlo dall'analisi).

Il parametro associato alla variabile «numero dei pazienti con età maggiore di 65 anni» (R) è diverso da zero con un livello di significatività del 5% per il reparto di ortopedia del S. Coro-

na. Al crescere del numero di pazienti anziani, il flusso tende a diminuire.

In generale non è possibile osservare, per le nuove variabili, un risultato omogeneo indipendentemente dal caso considerato, ad eccezione che per la componente reputazionale. Essa infatti è sempre significativa con un intervallo di confidenza del 95% ed assume sempre il segno positivo. Al crescere della reputazione della struttura erogatrice, cresce anche il numero di pazienti disposti a percorrere una distanza maggiore per ricevere quella prestazione. Ovviamente è anche vero il contrario.

Il modello suggerisce la significatività ed il tipo di correlazione della variabile reputazionale con la variabile dipendente. Quindi potrebbe essere

Tabella 8 - Nuova analisi per S. Martino oculistica - S. Corona ortopedia - Gaslini pediatria

	Ospedale: S. Martino di Genova Reparto: oculistica	Ospedale: S. Corona di Savona Reparto: ortopedia	Ospedale: Gaslini di Genova Reparto: malattie infantili
Variabile dipendente:	<i>FWTR</i>	<i>FWTR</i>	<i>FWTR</i>
N. Drg	13	12	17
INDMWTR (T-Stat)	-0.079751254 (-1.07151)	-0.087657904 (-1.32323)	-0.157113339 * (-2.51546)
INDRWTR (T-Stat)	-0.049774876 (-0.61444)	-0.305612416 * (-4.72737)	— —
INDETMWTR (T-Stat)	-0.155237470 (-0.55388)	0.623562624* (2.71925)	-0.011162967 (-0.23732)
INDDGMWTR (T-Stat)	-0.040155730 (-0.78064)	-0.088121858 (-1.47441)	0.005445280 (0.19945)
REPWTR (T-Stat)	0.683852536 * (9.70362)	0.525547597 * (4.95438)	0.836880409 * (9.31424)
Centered R^{**2}	0.434518	0.280725	0.205623
R Bar **2	0.416846	0.261671	0.198695
Durbin-Watson Statistic	1.774304	2.131334	1.947197
Usable Observations	211	228	450
Degrees of Freedom	128	151	344
Total Observations	390	360	510
Skipped/Missing	179	132	60

* Significativo con livello di significatività del 5%.

che un basso flusso sia spiegato da una bassa reputazione. In generale però, per come è stato costruito l'indice reputazionale, è logico aspettarsi che per gli ospedali caratterizzati da un circoscritto bacino di utenza, limitato per esempio alla provincia di appartenenza, la reputazione non possa risultare significativa in seguito all'analisi econometrica. Si può quindi evincere che ai reparti selezionati dei tre ospedali oggetto del nostro studio, corrisponda una reputazione diffusa buona, e ad essa sia sostanzialmente legata la consistenza dei flussi di pazienti provenienti dal di fuori della provincia di appartenenza.

9. Conclusioni

Quando la patologia è tale da richiedere prestazioni urgenti o alternativamente quando il peso ad essa associato è basso, allora l'ospedale non è in grado di influenzare la propria domanda. L'acquirente di prestazioni sanitarie (l'Asl con riferimento al caso italiano) non potrà sfruttare gli incentivi di un contratto con pagamento basato sul numero di pazienti trattati per ottenere il desiderato livello qualitativo. Accade infatti che per prestazioni *urgenti* i pazienti non possono scegliere e le cure sanitarie vengono ottenute dall'erogatore più prossimo. Analogamente, quando una patologia *programmabile* è avvertita come non grave (basso peso associato al corrispondente Drg), può accadere che i pazienti non ritengano conveniente investire tempo e risorse nel reperimento di informazioni e sostenere i costi, monetari e non, impliciti nella mobilità. Si evidenzia quindi l'impossibilità di sfruttare le scelte di mobilità dei consumatori per il conseguimento di risultati efficienti (o comunque soddisfacenti).

Nei casi suddetti, pagamenti misti, cioè che associano ad una componente

a parziale rimborso del costo un pagamento prospettico, potrebbero essere sperimentati al fine di aumentare il livello qualitativo, ovviamente a fronte di un maggior costo per l'acquirente. Alternativamente contratti con clausole del tipo «reputation for past behavior» potrebbero essere utilizzati per il conseguimento di soluzioni ottimali come dimostrato in Montefiori (2001).

Al contrario, per Drg programmabili ed avvertiti come gravi dai pazienti, l'acquirente può sfruttare il meccanismo della domanda per superare il *trade-off* qualità costi nell'erogazione di servizi sanitari. La domanda di prestazioni sanitarie riflette, tra gli altri, la reputazione dell'erogatore. L'ospedale ha dunque interesse ad investire in reputazione per attirare flussi di pazienti ed incrementare le proprie entrate monetarie. Poiché è lecito attendersi che la reputazione sia direttamente correlata alla qualità dei servizi offerti, ecco che il meccanismo della domanda sarà sufficiente a portare il livello qualitativo al di sopra del livello minimo.

Questo risultato può essere ottenuto dall'acquirente attraverso l'impiego di un contratto prospettico con tariffa fissa per Drg. Ci sembra quindi di poter affermare che la recente riforma del servizio sanitario nazionale italiano, almeno con riferimento ad alcune tipologie di diagnosi, sia idonea per l'ottenimento di risultati efficienti.

Il presente studio suggerisce quindi di adottare diverse soluzioni contrattuali per le diverse patologie (Drg). Se per alcuni Drg il pagamento con prezzo fisso sembra essere ottimale, per altri risulterebbe più consono o un contratto misto (prospettico più componente a parziale rimborso del costo sostenuto) o un contratto a totale rimborso del costo (in questo caso si rinuncia

all'efficienza ma si garantisce la qualità delle prestazioni erogate).

(1) Come *comfort* alberghiero, umanità nell'erogazione del servizio, informazione, igiene, ecc.

(2) Il decreto 502/92 fornisce un'interpretazione «politica» della qualità equivalente a quella suggerita negli studi qui condotti. Avevamo infatti definito la qualità come vettore multidimensionale comprensivo di elementi diversi dalla mera efficacia della prestazione, quali la «... personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, ... diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere» (D.L. 502/92 così come modificato dal D.L. 517/93).

(3) La SDO, così come definito dal decreto ministeriale 380/2000, «... costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa». La SDO è pertanto un efficace strumento informativo volto a rilevare tutti i principali dati, anagrafici e clinici, concernenti il ricovero ospedaliero di un paziente.

(4) A partire dal 1° gennaio 2001 il D.M. di riferimento è il n. 380 del 27 ottobre 2001. Quest'ultimo decreto non è qui di particolare interesse poiché gli anni concernenti questo studio vanno dal 1996 al 2000.

(5) Il Drg raggruppa quei pazienti che presentano caratteristiche cliniche simili e che pertanto si può supporre in generale richiedano una equivalente quantità di risorse per essere curati (cioè comprende tutti quei pazienti caratterizzati da costi omogenei di trattamento). Gli ospedali ricevono un compenso per paziente trattato in funzione del Drg di appartenenza.

(6) Sistema di remunerazione della prestazione basato su una tariffa predeterminata e variabile a seconda del tipo di ricovero.

(7) E dalle province autonome.

(8) Ovvio inconveniente è l'impossibilità di ottenere stime per variabili che non variano nel tempo.

(9) Per ulteriori dettagli vedasi Fabbri e Fiorentini (1996).

(10) Per alcuni dei criteri qui utilizzati cfr. Degli Espositi *et al.* (1996) e Fabbri, Fiorentini (1996).

(11) Questo elemento potrebbe essere correlato con la gravità.

(12) La selezione di cui sopra è stata fatta attraverso la predisposizione di una tabella riferita a tutti i Drg «attivati», cioè per i quali si sono registrati casi, nell'anno 1998 nel complesso degli ospedali liguri. È stato scelto il

1998 come anno per la selezione dei Drg poiché esso rappresenta l'anno mediano rispetto ai 5 disponibili (1996-2000). La scelta non è stata fatta su basi teoriche ma empiriche nel senso che si è basati su quanto effettivamente riscontrato per quell'anno e non su valutazioni teoriche ed aprioristiche. Ad esempio l'urgenza della prestazione è data dalla percentuale di casi che sono stati rilevati nelle Sdo come urgenti sul totale di casi per quel Drg, e non dalla valutazione teorica della patologia, cioè se in linea astratta quel determinato Drg presenta la caratteristica della programmabilità o dell'urgenza.

(13) Le tabelle che presentiamo in questa parte si riferiscono a dati relativi all'anno 1998.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- DECRETO MINISTERIALE 15 aprile 1994, «Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera», *Gazzetta Ufficiale* n. 107 del 10 maggio 1994.
- DECRETO MINISTERIALE 26 luglio 1993, «Disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati», *Gazzetta Ufficiale* n. 180 del 3 agosto 1993.
- Decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380, «Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli ospedali di ricovero pubblici e privati».
- DECRETO MINISTERIALE 28 dicembre 1991, «Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera», *Gazzetta Ufficiale* n. 13 del 17 gennaio 1992.
- DEGLI ESPOSITI G. ET AL. (1996), «Matrici di mobilità per Drgs: analisi descrittiva ed applicazioni per la programmazione e le politiche sanitarie regionali», *Mecosan*, 19, pp. 53-61.
- DECRETO LEGISLATIVO 18 febbraio 2000, n. 56, «Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133» *Gazzetta Ufficiale* n. 62 del 15 marzo 2000.
- DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. 502, «Riordino della disciplina in materia sanitaria», *Gazzetta Ufficiale* n. 305 del 30 dicembre 1992.
- DECRETO LEGISLATIVO 7 dicembre 1993, n. 517, «Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», *supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale* n. 293 del 15 dicembre 1993.
- ERLANDER S., STEWART N.F. (1990), *The gravity model in transportation analysis: theory and extensions*, VSP, Utrecht.
- FABBRI D., FIORENTINI G. (1996), «Mobilità e consumo sanitario: metodi per la valutazione economica», *Mecosan*, 19, pp. 37-53.
- FIORENTINI G., UGOLINI C., VIRGILIO G. (1999), «Processi decisionali nella domanda di prestazioni ospedaliere: un'analisi empirica», in *Domanda, mobilità sanitaria e programmazione dei servizi ospedalieri* (a cura di D. Fabbri, G. Fiorentini), Il Mulino, Bologna.
- GRAVELLE H. (1999), «Capitation contracts: access and quality», *Journal of Health Economics*, vol. 18, pp. 315-340.
- LEGGE 23 dicembre 1994, n. 724, «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica» (Finanziaria 1995), *supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale* n. 304 del 30 dicembre 1994.
- LEGGE 28 dicembre 1995, n. 549, «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica» (Finanziaria 1996), *supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale* n. 302 del 29 dicembre 1995.
- MONTEFIORI M. (2001), «Reputazione come credibilità per comportamenti passati nei contratti tra acquirente e fornitore di servizi sanitari», Istituto di Finanza, working paper n. 7, Genova, maggio.
- MONTEFIORI M. (2002), «Simple prospective payment scheme when patient demand reflects hospital's reputation», Istituto di Finanza, working paper n. 1, Genova, gennaio.
- PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000, «Un patto di solidarietà per la salute», Ministero della sanità.
- TIEBOUT C. (1956), «A pure theory of local expenditures», *Journal of Political Economy*, vol. 64, pp. 416-424.

BIBLIOGRAFIA GENERALE

- BALTAGI B.H. (1995), *Econometric analysis of panel data*, John Wiley & Sons, West Sussex, England.
- CHALKLEY M., MALCOMSON J.M. (2000), «Government purchasing of health services», in *Handbook of health economics*, vol. 1, chapter 15, pp. 848-889, edited by: A.J. Culyer and J.P. Newhouse.
- FABBRI D., FIORENTINI G. (1999), *Domanda, mobilità sanitaria e programmazione dei servizi ospedalieri*, Il Mulino, Bologna.
- FOSSATI A. (1994), «La spesa sanitaria», in *Economia Pubblica. Elementi per un'analisi economica dell'intervento pubblico*, pp. 243-258, FrancoAngeli, Milano.
- GREENE W.H. (1997), *Econometric analysis*, Third Edition. Macmillan, New York.
- JOHNSTON J., DINARDO J. (1997), *Econometric methods*, Fourth Edition. McGraw-Hill, Singapore.
- LEVAGGI R. (2000), «Health care expenditure across oecd countries: a public choice approach», *Economia Internazionale*, vol. LIII, 2, pp. 203-219.
- LEVAGGI R., CAPRI S. (1999), *Economia sanitaria*, FrancoAngeli, Milano.
- UGOLINI C. (1999), *Libertà di scelta in sanità*, Il Mulino, Bologna.

APPENDICE

DRG	Frequenza annuale: A >2000; M <2000, >1000; B <1000	Teso (prox gravita' della patologia)	DRG Medico	DRG Chirurgico	Programmatibilita': Alta (PP) %urg <10, Media (P) %urg <30, Bassa (U) %urg >50, Molto Bassa (UU)	Degenza media attesa: Alta (A) >14 gg; Media (M) <14 gg >5 gg; Bassa (B) <5 gg	DRG	Frequenza annuale: A >2000; M <2000, >1000; B <1000	Teso (prox gravita' della patologia)	DRG Medico	DRG Chirurgico	Programmatibilita': Alta (PP) %urg <10, Media (P) %urg <30, Bassa (U) %urg >50, Molto Bassa (UU)	Degenza media attesa: Alta (A) >14 gg; Media (M) <14 gg >5 gg; Bassa (B) <5 gg
001 CRANIOTOMIA ETA>17 NON PER TRAUMA	B	3,23	X	X	PP	A	248 TENDINITE MIOSITE E BORSITE	B	0,68	X		PP	M
002 CRANIOTOMIA ETA>17 PER TRAUMATISMO	B	3,13	X	X	UU	M	249 ASSIST RIABILITATIVA MALAT MUSCLOSCH	A	0,7	X		PP	B
003 CRANIOTOMIA ETA>18	B	2,96	X	X	UU	A	250 FRAT DISTOR STIRAM..MANO/PIEDE>17 CC	B	0,7	X		UU	B
004 INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	B	2,36	X	X	P	A	251 FRAT DISTOR STIRAM..MANO/PIED>17 NOCC	B	0,44	X		U	B
005 INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	B	1,55	X	X	PP	M	252 FRAT DISTOR STIRAM..MANO/PIEDE ETA<18	B	0,35	X		UU	B
006 DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	M	0,54	X	X	PP	B	253 FRAT DISTOR STIR..BRACC/GAMBA >17 CC	B	0,78	X		UU	M
007 INTERV.NERVI PERIFERICI/CRANICI CC	B	2,64	X	X	P	A	254 FRAT DISTOR STIR..BRACC/GAMBA >17NOCC	A	0,42	X		U	B
008 INTERV.NERVI PERIFERICI/CRANICI NO CC	B	0,79	X	X	PP	M	255 FRAT DISTOR STIR..BRACC/GAMBA ETA>18	B	0,47	X		U	B
009 MALATT E TRAUMATISMI MIDOLLO SPINALE	B	1,28	X	X	M	M	256 ALTRE DIAGN SIST MUSCLOSCH/TESS.CONN	M	0,65	X		P	B
010 NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	B	1,29	X	X	U	M	257 MASTECTOMIA TOT NEOPLASIE MALIGNIE CC	B	0,9	X	X	PP	M
011 NEOPLASIE SISTEMA NERVOSO SENZA CC	B	0,76	X	X	M	M	258 MASTECTOMIA TOT NEOPLAS MALIGNIE NO CC	B	0,7	X	X	PP	M
012 MALATTIE DEGENERATIVE SISTEMA NERVOSO	A	0,95	X	X	M	M	259 MASTECTOMIA SUBTOT NEOPLASIE MAL. CC	B	0,88	X		PP	M
013 SCLEROSI MULTIPLA ATASSIA CEREBELLARE	A	0,83	X	X	P	M	260 MASTECTOMIA SUBTOT NEOPLAS MAL. NO CC	B	0,57	X	X	PP	M
014 MAL. CEREBROVASCOL. NO ATTAC ISCHEMICO	A	1,22	X	X	UU	M	261 INT MAMMELLA NO NEOPLASIA NO BIOPSIA	B	0,72	X	X	PP	B
015 ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO/OCCLUSIONI	A	0,67	X	X	U	M	262 BIOPSIA MAMMELLA/ESISSIONE LOCALE	B	0,53	X	X	PP	B
016 MALAT.CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CC	B	1,11	X	X	U	M	263 TRAPIANT PELLE E/O SBRIGLIA ULCERE CC	B	2,54	X	X	A	A
017 MALAT.CEREBROVASCOL. ASPECIFICHE NO CC	M	0,64	X	X	U	M	264 TRAPIANT PELLE E/O SBRIGL.ULCERE NOCC	B	1,27	X	X	P	A
018 MAL. NERVI CRANICI/PERIFERICI CC	B	0,92	X	X	M	M	265 TRAPIANT PELLE E/O SBRIGL.NOULCERE CC	B	1,39	X	X	PP	M
019 MAL. NERVI CRANICI/PERIFERICI NO CC	M	0,6	X	X	P	M	266 TRAPIANT PELLE E/O SBRIGL.NO ULCE.NOCC	A	0,7	X	X	PP	B
020 INFEZIONI SIST. NERVOSO NO MENINGITE	B	2	X	X	M	A	267 INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	B	0,62	X	X	PP	B
021 MENINGITE VIRALE	B	1,45	X	X	U	M	268 CHR. PLASTICA PELLE SOTTOCUT MAMMEL	B	0,75	X	X	P	B
022 ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA	B	0,73	X	X	U	M	269 ALTRI INTERV.PELLE SOTTOCUT MAMMEL CC	B	1,7	X	X	P	M
023 STATO STUPOROSO/COMA ORIGIN NO TRAUMA	B	0,82	X	X	UU	M	270 ALTRI INT.PELLE SOTTOCUT MAMMEL NOCC	M	0,63	X	X	PP	B
024 CONVULSIONI CEFALEA ETA>17 CON CC	B	0,97	X	X	UU	M	271 ULCERE DELLA PELLE	B	1,2	X	X	A	A
025 CONVULSIONI CEFALEA ETA>17 SENZA CC	M	0,53	X	X	U	M	272 MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE CON CC	B	1,05	X	X	P	M
026 CONVULSIONI CEFALEA ETA<18	M	1,05	X	X	P	B	273 MAL. MAGGIORI DELLA PELLE SENZA CC	B	0,66	X	X	P	B
028 STUPOROSO/COMA TRAUM.<1ORA ETA>17 CC	B	1,22	X	X	UU	M	274 NEOPLASIE MALIGNIE MAMMELLA CON CC	B	1,16	X	X	P	M
029 STUPOROSO/COMA TRAUM.<1ORA ETA>17 NO CC	A	0,59	X	X	UU	B	275 NEOPLASIE MALIGNIE MAMMELLA SENZA CC	M	0,6	X	X	PP	B
030 STATO STUPOROSO/COMA TRAUM.<1ORA ETA<18	B	0,36	X	X	UU	B	276 PATOLOGIE NON MALIGNIE DELLA MAMMELLA	B	0,61	X	X	PP	B
031 COMMOZIONE CEREBRALE ETA>17 CON CC	B	0,77	X	X	UU	M	277 CELLULITE ETA>17 CON CC	B	0,9	X	X	U	M
032 COMMOZIONE CEREBRALE ETA>17 SENZA CC	M	0,45	X	X	UU	B	278 CELLULITE ETA>17 SENZA CC	B	0,59	X	X	M	M
033 COMMOZIONE CEREBRALE ETA<18	B	0,25	X	X	UU	B	279 CELLULITE ETA<18	B	0,75	X	X	UU	B
034 ALTRE MALATTIE SISTEMA NERVOSO CON CC	B	1,14	X	X		A	280 TRAUMI PELLE SOTTOCUT MAMMEL >17 CC	B	0,68	X	X	UU	M
035 ALTRE MALATTIE SISTEMA NERVOSO NO CC	M	0,56	X	X	P	M	281 TRAUMI PELLE SOTTOCUT MAMMEL >17 NOCC	M	0,43	X	X	UU	B
036 INTERVENTI SULLA RETINA	B	0,62	X	X	PP	M	282 TRAUMI PELLE SOTTOCUT MAMMELLE ETA<18	M	0,35	X	X	UU	B
037 INTERVENTI SULL'ORBITA	B	0,79	X	X	P	M	283 MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	B	0,76	X	X	P	M
038 INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE	B	0,36	X	X	PP	B	284 MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	A	0,45	X	X	P	B
039 INTERV.CRISTALLINO CON/SENZA VITRECT.	A	0,49	X	X	PP	B	285 AMPUTAZ.ARTO INFER.MAL ENDOCRINE/NUTR	B	2,75	X		PP	A
040 INT. STRUTT. EXTRAOCUL. NO ORBIT ETA>17	M	0,51	X	X	PP	B	286 INTERVENTI SUL SUPRINE E SULL'IPOFISI	B	2,39	X	X	PP	A
041 INT. STRUTT. EXTRAOCUL. NO ORBIT ETA<18	B	0,37	X	X	PP	B	287 TRAPIANT CUTAN./SBRIGL. MAL. ENDOCRINE	B	2,17	X	X	UU	A
042 INT. STRUTT. INTRAOCUL. NO RET/IRID/CRIS	M	0,6	X	X	PP	B	288 INTERVENTI PER OBESITA'	B	2,04	X	X	PP	M

DRG	Frequenza annuale: A > 2000; M < 2000; > 1000; B < 1000	Peso (proxy gravita' della patologia)	DRG Medico	DRG Chirurgico	Programmiabilita': Alta (PP) %ung < 10; Media (U) %ung > 50; Molto Bassa (UU) %ung > 70	Degenza media attesa: Alta (A) > 14 gg; Media (M) < 14 %ung > 50; Bassa (B) < 5 gg	DRG	Frequenza annuale: A > 2000; M < 2000; > 1000; B < 1000	Peso (proxy gravita' della patologia)	DRG Medico	DRG Chirurgico	Programmiabilita': Alta (PP) %ung < 10; Media (U) %ung > 50; Molto Bassa (UU) %ung > 70	Degenza media attesa: Alta (A) > 14 gg; Media (M) < 14 %ung > 50; Bassa (B) < 5 gg
043 IFEMA	B	0,4	X	X	U	B	288 INTERVENTI SULLE PARATIROIDI	B	1,03		X	P	M
044 INFIEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	B	0,58	X	X	M	B	290 INTERVENTI SULLA TIROIDE	B	0,74		X	PP	M
045 MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	B	0,6	X	X	B	B	291 INTERVENTI SUL DOTTO TIROGLOSO	B	0,49		X	PP	B
046 ALTRE MALATTIE OCCHIO ETA>17 CC	B	0,72	X	X	B	B	292 ALTRI INTERV.MAL.ENDOCRINE.NUTRIZ.CC	B	2,84		X	PP	A
047 ALTRE MALATTIE OCCHIO ETA>17 NO CC	A	0,42	X	X	B	B	293 ALTRI INT.MAL.ENDOCRINE.NUTRIZ.NOCC	B	1,13		X	PP	B
048 ALTRE MALATTIE OCCHIO ETA<18	B	0,41	X	X	B	B	294 DIABETE ETA>35	A	0,75	X		PP	M
049 INTERVENTI MAGGIORI SU CAPO E COLLO	B	1,6	X	X	M	B	295 DIABETE ETA<35	B	0,77	X	X	P	B
050 SCALOADENECTOMIA	B	0,66	X	X	M	B	296 DISTURBI NUTRIZIONE/MISCELLAN.>17 CC	B	0,94	X		U	M
051 INTERV.GHIANDOL.SALIV.NO SCIALOADEN.	B	0,63	X	X	B	M	297 DISTURBI NUTRIZIONE/MISCELL.>17 NOCC	M	0,53	X		P	B
052 RIPARAZIONE CHEILOSCHISI/PALATOSCHISI	B	0,79	X	X	M	M	298 DISTURBI NUTRIZIONE/MISCELL. ETA<18	M	0,48	X		PP	B
053 INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE ETA>17	B	0,72	X	X	M	B	299 DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	B	0,84	X		PP	B
054 INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE ETA<18	B	0,7	X	X	M	B	300 MALATTIE ENDOCRINE CON CC	B	1,13	X		P	M
055 MISCELL.INTERV.ORECCH.NASO BOCCA GOLA	M	0,55	X	X	B	A	301 MALATTIE ENDOCRINE SENZA CC	A	0,58	X		PP	B
056 RINOPLASTICA	B	0,62	X	X	B	B	302 TRAPIANTO RENALE	B	3,89		X	PP	A
057 INT.TONSILLI/ADENOIDI NO-CTOMIA ETA>17	B	0,88	X	X	B	B	303 INT.RENE/URETERE/MAGG.VESCICA NEOPLAS	B	2,65		X	P	A
058 INT.TONSILLI/ADENOIDI NO-CTOMIA ETA<18	B	0,31	X	X	B	B	304 INT.RENE/URET/MAGG.VESCICA NONEOPL.CC	B	2,41		X	P	M
059 TONSILLECT.E/O ADENOIDECTOMIA ETA>17	B	0,43	X	X	B	B	305 INT.RENE/URET/MAG.VESCIC.NONEOPL.NOCC	B	1,15		X	PP	M
060 TONSILLECT.E/O ADENOIDECTOMIA ETA<18	A	0,27	X	X	B	B	306 PROSTATECTOMIA CON CC	B	1,27		X	P	M
061 MIRINGOTOMIA INSERZIONE TUBO ETA>17	B	0,86	X	X	B	B	307 PROSTATECTOMIA SENZA CC	B	0,69		X	P	M
062 MIRINGOTOMIA INSERZIONE TUBO ETA<18	B	0,31	X	X	B	B	308 INTERVENTI MINORI VESCICA CON CC	B	1,43		X	P	A
063 ALTRI INTERV. ORECCH NASO BOCCA GOLA	B	1,04	X	X	M	B	309 INTERVENTI MINORI VESCICA SENZA CC	B	0,73		X	P	M
064 NEOPLAS.MALIGN.ORECCH.NASO BOCCA GOLA	M	1,1	X	X	M	B	310 INTERVENTI VIA TRANSURETRALE CON CC	B	0,89		X	P	M
065 AL TERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	A	0,49	X	X	M	M	311 INTERVENTI VIA TRANSURETRALE NO CC	M	0,52		X	P	M
066 EPISTASSI	B	0,49	X	X	B	B	312 INTERVENTI URETRA ETA>17 CON CC	B	0,81		X	U	M
067 EPIGLOTTIDITE	B	0,84	X	X	M	B	313 INTERVENTI URETRA ETA>17 SENZA CC	B	0,46		X	P	M
068 OTITE MEDIA/INF.ALTE VIE ETA>17 CC	B	0,72	X	X	M	B	314 INTERVENTI URETRA ETA<18	B	0,44		X	PP	B
069 OTITE MEDIA/INF.ALTE VIE ETA>17 NO CC	M	0,5	X	X	B	B	315 ALTRI INTERVENTI RENE E VIE URINARIE	B	2,04		X	P	M
070 OTITE MEDIA/INF.ALTE VIE ETA<18	A	0,61	X	X	B	B	316 INSUFFICIENZA RENALE	A	1,29	X		P	M
071 LARINGOTRACHEITE	B	0,77	X	X	B	B	317 RICOVERO PER DIALISI RENALE	B	0,51	X		PP	B
072 TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO	B	0,58	X	X	B	B	318 NEOPLASIE RENE E VIE URINARIE CC	B	1,12	X		M	
073 ALTRE DIAGN.ORECC.NASO BOCC.GOL.ETA>17	M	0,75	X	X	B	M	319 NEOPLASIE RENE E VIE URINARIE NO CC	M	0,51	X		PP	B
074 ALTRE DIAGN.ORECC.NASO BOCC.GOL.ETA<18	B	0,35	X	X	B	B	320 INFEZIONI RENE E VIE URINARIE >17 CC	B	0,98	X		U	M
075 INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	B	3,04	X	X	A	B	321 INFEZIONI RENE E VIE URINARIE >17 NO CC	B	0,63	X		U	M
076 ALTRI INTERV.APPARATO RESPIRAT. CC	B	2,4	X	X	M	B	322 INFEZIONI RENE E VIE URINARIE ETA<18	B	0,64	X		P	B
077 ALTRI INTERV.APPARATO RESPIRAT. NO CC	B	1,02	X	X	M	M	323 CALCOLOSI.URINAR.CON.CC.E/O.LITOTRIPS.	M	0,74	X		U	B
078 EMBOLIA POLMONARE	B	1,43	X	X	M	A	324 CALCOLOSI URINARIA SENZA CC	A	0,39	X		U	B
079 INFEZ./INFIAM. RESPIRAT. ETA>17 CC	B	1,75	X	X	A	B	325 SEGNI/SINTOM.RENEMIE.URINARIE >17 CC	B	0,66	X		UU	M
080 INFEZ./INFIAM. RESPIRAT. ETA>17 NO CC	B	0,96	X	X	M	B	326 SEGNI/SINTOM.RENEMIE.URINAR.>17 NOCC	B	0,42	X		U	B
081 INFEZ./INFIAM. RESPIRAT. ETA<18	B	1,12	X	X	B	B	327 SEGNI/SINTOM.RENEMIE.URINAR. ETA<18	B	0,7	X		P	B
082 NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	A	1,28	X	X	M	B	328 STENOSI URETRALE ETA>17 CON CC	B	0,64	X		U	M
083 TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE CON CC	B	0,95	X	X	M	B	329 STENOSI URETRALE ETA>17 SENZA CC	B	0,41	X		P	B

DRG	Frequenza annuale: A >2000; M <2000, >1000; B <1000	Teso (proxy gravita' della patologia)	DRG Medico	DRG Chirurgico	Programmatibilita': Alta (P) %urg <10, Media (M) %urg <30, Bassa (U) %urg >50, Molto Bassa (UU)	Degenza media attesa: Alta (A) >14 gg; Media (M) <14 (B) >5 gg; Bassa (B) <5 gg	DRG	Frequenza annuale: A >2000; M <2000, >1000; B <1000	Teso (proxy gravita' della patologia)	DRG Medico	DRG Chirurgico	Programmatibilita': Alta (P) %urg <10, Media (M) %urg <30, Bassa (U) %urg >50, Molto Bassa (UU)	Degenza media attesa: Alta (A) >14 gg; Media (M) <14 (B) >5 gg; Bassa (B) <5 gg
127 INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	A	1,02	X	X	UU	M	371 PARTO CESAREO SENZA CC	A	0,65		X	M	
128 TROMBOFILIE DELLE VENE PROFONDE	B	0,79	X	X	U	M	372 PARTO VAGINALE CON DIAGN COMPLICANTI	B	0,46	X		M	
129 ARRESTO CARDIACO NO CAUSA APPARENTE	B	1,28	X	X	UU	M	373 PARTO VAGINALE NO DIAGN COMPLICANTI	A	0,32	X		B	
130 MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE CON CC	B	0,61	X	X	U	M	374 PARTO VAGIN-STERILIZZAZ/DILATAZ/RASCH	B	0,63		X	B	
131 MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE NO CC	A	0,59	X	X	P	M	375 PARTO VAGIN-ALTRO INT./NO STERIL DIL	B	0,69		X	B	
132 ATEROSCLEROSI CON CC	M	0,76	X	X	U	M	376 DIAGN POSTPARTOPOSTABORTO NO CHIRURG	B	0,32	X		B	
133 ATEROSCLEROSI SENZA CC	A	0,53	X	X	U	M	377 DIAGN POSTPARTOPOSTABORTO CON CHIRURG	B	0,84		X	B	
134 IPERTENSIONE	A	0,57	X	X	U	B	378 GRAVIDANZA ECTOPICA	B	0,77	X		M	
135 MALAT CARDIACHE CONGENWALV ETA>17 CC	B	0,86	X	X	U	M	379 MINACCIA DI ABORTO	M	0,27	X		B	
136 MAL-CARDIACH CONGENWALV ETA>17 NO CC	B	0,53	X	X	P	M	380 ABORTO NO DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	B	0,34	X		B	
137 MALAT CARDIACHE CONGENWALV ETA<18	B	0,64	X	X	PP	B	381 ABORTO-DILATAZ/RASCH/AM ASPRAZIONE	A	0,43		X	B	
138 ARITMIA/ALTRA CONDIZIONE CARDIAC CC	M	0,81	X	X	UU	M	382 FALSO TRAVAGLIO	B	0,15	X		B	
139 ARITMIA/ALTRA CONDIZIONE CARDIAC NO CC	A	0,5	X	X	U	M	383 ALTRE DIAGN PREPARTO COMPLICAZ. MEDIC	M	0,39	X		B	
140 ANGINA PECTORIS	A	0,62	X	X	UU	M	384 ALTRE DIAGN PREPARTO NO COMPLIC.MEDIC	A	0,27	X		B	
141 SINCOPE E COLLASSO CON CC	B	0,7	X	X	UU	M	385 NEONATI MORTI O TRASFER. ALTRE STRUTT	B	1,24			B	
142 SINCOPE E COLLASSO SENZA CC	A	0,5	X	X	UU	B	386 NEONATI GRAVE IMMATUR/D/STRESS RESPIR	B	3,7			A	
143 DOLORE TORACICO	A	0,52	X	X	UU	B	387 PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI	B	1,85			A	
144 ALTRE DIAGNOSI APPARATO CIRCOLAT CC	B	1,07	X	X	U	M	388 PREMATURITA' SENZA AFFEZIONI MAGGIORI	B	1,17			M	
145 ALTRE DIAGN APPARATO CIRCOLAT NO CC	M	0,62	X	X	U	B	389 NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGG.	A	1,42			B	
146 RESEZIONE RETTALE CON CC	B	2,54	X	X	P	A	390 NEONATI ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	M	1,13			B	
147 RESEZIONE RETTALE SENZA CC	B	1,52	X	X	P	A	391 NEONATO NORMALE	B	0			B	
148 INT MAGGIOR INTESTINO CRASSOTENUE CC	M	3,14	X	X	U	A	392 SPLENECTOMIA ETA>17	B	3,13	X		M	
149 INT MAGGIOR INTEST. CRASSOTENUE NO CC	B	1,49	X	X	A	A	393 SPLENECTOMIA ETA<18	B	1,54	X		M	
150 LISI DI ADERENZE PERITONEALI CON CC	B	2,55	X	X	U	A	394 ALTRE INTERVENTI ORGANI EMPOIETICI	B	1,6	X		B	
151 LISI DI ADERENZE PERITONEALI SENZA CC	B	1,19	X	X	U	M	395 ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI ETA>17	A	0,79	X		M	
152 INT MINOR INTESTINO CRASSOTENUE CC	B	1,77	X	X	U	A	396 ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI ETA<18	B	0,68	X		B	
153 INT MINOR INTEST. CRASSOTENUE NO CC	B	1,04	X	X	P	M	397 DISTURBI DELLA COAGULAZIONE	B	1,19	X		B	
154 INT ESOFAGO STOMACO DUODENO ETA>17 CC	B	4,05	X	X	U	A	398 DISTURBI SIST. RETICOLOENDOTELIALE CC	B	1,21	X		B	
155 INT ESOFAGO STOMACO DUODEN ETA>17 NO CC	B	1,46	X	X	A	A	399 DISTURBI SIST. RETICOLOENDOTELIAL NOCC	M	0,67	X		B	
156 INT ESOFAGO STOMACO DUODENO ETA<18	B	0,85	X	X	U	A	400 LINFOMA/LEUCEMIA-INT-CHIRURGICI MAGG.	B	2,56		X	B	
157 INTERVENTI SU ANO E STOMA CON CC	B	0,96	X	X	U	M	401 LINFOMA/LEUCEM. NOACUTA ALTRI INT. CC	B	2,35		X	A	
158 INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	M	0,5	X	X	P	B	402 LINFOM/LEUCEM. NOACUTA ALTRI INT.NOCC	B	0,85		X	M	
159 INT. ERNIA NO INGUIN/FEMOR ETA>17 CC	B	1,07	X	X	P	M	403 LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	M	1,68	X		M	
160 INT. ERNIA NO INGUIN/FEMOR ETA>17 NO CC	B	0,62	X	X	P	M	404 LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	A	0,74	X		B	
161 INT. ERNIA INGUIN/FEMOR ETA>17 CC	A	0,78	X	X	P	M	405 LEUCEMIA ACUTA NO INT. CHIRURG. MAG.<18	B	1,06	X		M	
162 INT. ERNIA INGUIN/FEMOR ETA>17 NO CC	B	0,47	X	X	PP	B	406 ALTRAZ.MIELOPROLIFERAT. INT. MAG. CC	B	2,77	X		A	
163 INTERVENTI PER ERNIA ETA<18	B	0,48	X	X	P	B	407 ALTRAZ.MIELOPROLIFERAT. INT. MAG.NOCC	B	1,2	X		A	
164 APPENDICECTOMIA DIAGN PRIN COMP CC	B	2,16	X	X	UU	M	408 ALTRAZ.MIELOPROLIF. ALTRI INT.CHIR.	B	1,33	X		B	
165 APPENDICECTOMIA DIAGN PRIN COMP NO CC	B	1,21	X	X	UU	M	409 RADIOTERAPIA	B	0,99	X		B	
166 APPENDICECTOMIA DIAGN PRIN NO COMP CC	B	1,33	X	X	UU	M	410 CHEMIOTERAP. NOASSOCIATA LEUCEM ACUTA	A	0,61	X		B	
167 APPENDICECT DIAGN PRIN NO COMP NO CC	A	0,75	X	X	U	B	411 ANAMNESI NEOPLAS.MALIGNA NOENDOSCOPIA	A	0,43	X		B	

DRG	Frequenza annuale: >2000; M <2000, >1000; B <1000	Peso (proxy gravita' della Patologia)	DRG Medico	DRG Chirurgico	Programmatibilita': Alta (PP) %urg <10, Bassa (U) %urg >30, Molto Bassa (UU) %urg >70	Degenza media attesa: Alta (A) >14 gg, Media (M) <14 gg, >5 gg; Bassa (B) <5 gg	DRG	Frequenza annuale: >2000; M <2000, >1000; B <1000	Peso (proxy gravita' della Patologia)	DRG Medico	DRG Chirurgico	Programmatibilita': Alta (PP) %urg <10, Media (P) %urg >30, Bassa (U) %urg >50, Molto Bassa (UU) %urg >70	Degenza media attesa: Alta (A) >14 gg, Media (M) <14 gg, >5 gg; Bassa (B) <5 gg
168 INTERVENTI SULLA BOCCA CON CC	B 0,99	X	X	X	P	M	412 ANAMNESI NEOPLASIE MALIGNI E ENDOSCOPIA	B	0,43	X		PP	Degenza media attesa: Alta (A) >14 gg, Media (M) <14 gg, >5 gg; Bassa (B) <5 gg
169 INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC	B 0,58	X	X	X	PP	B	413 ALTRE AL TERAZ. MIELOPROLIFERATIVE CC	B	1,33	X			
170 ALTRI INTERV APPARATO DIGERENTE CC	B 2,73	X	X	X	A	A	414 ALTRE AL TERAZ. MIELOPROLIFERAT. NOCC	B	0,69	X		P	
171 ALTRI INTERV APPARATO DIGERENTE NO CC	B 1,09	X	X	X	M	M	415 INTERVENTI CHIRURGICI MAL. INFETTIVE	B	3,52	X	X	P	
172 NEOPLASIE MALIGNI APPAR DIGERENTE CC	M 1,3	X	X	X	M	M	416 SETTICEMIA ETA >17	B	1,52	X		U	
173 NEOPLASIE MALIGNI APPAR DIGERENTE NO CC	M 0,63	X	X	X	P	B	417 SETTICEMIA ETA <18	B	0,9	X		U	
174 EMORRAGIA GASTROINTESTINALE CON CC	B 0,98	X	X	X	UU	M	418 INFEZIONI POST-CHIRURG./POST-TRAUMAT.	B	0,97	X		P	
175 EMORRAGIA GASTROINTESTINALE SENZA CC	B 0,55	X	X	X	UU	M	419 FEBBRE ORIGINE SCONOSCIUTA ETA >17 CC	B	0,95	X		U	
176 ULCERA PEPTICA COMPLICATA	B 1,03	X	X	X	U	M	420 FEBBRE ORIGINE SCONOSCIUTA ETA >17 NOCC	B	0,65	X			
177 ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA CON CC	B 0,79	X	X	X	U	M	421 MALATTIE DI ORIGINE VIRALE ETA >17	B	0,69	X			
178 ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA SENZA CC	B 0,57	X	X	X	U	M	422 MAL. ORIG. VIRALE/FEBBRE SCON. ETA <18	B	0,76	X			
179 MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	B 1,1	X	X	X	P	M	423 REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO...	B	1,6	X		P	
180 OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE CON CC	B 0,93	X	X	X	UU	M	424 INT. CHIRURG-DIAGN PRINC. MAL. MENTALE	B	2,41	X	X		
181 OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE SENZA CC	B 0,5	X	X	X	UU	M	425 REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO...	M	0,7	X		U	
182 ESOFAG/GASTROENT/MISCELLAN. ETA >17 CC	M 0,77	X	X	X	U	M	426 NEVROSI DEPRESSIVE	M	0,6	X		U	
183 ESOFAG/GASTROENT/MISCELLAN. ETA >17 NO CC	A 0,53	X	X	X	U	B	427 NEVROSI ECETTO NEVROSI DEPRESSIVE	B	0,63	X		U	
184 ESOFAG/GASTROENT/MISCELLANEA ETA <18	A 0,86	X	X	X	U	B	428 DISTURB PERSONALITA'/CONTROLLO IMPULSI	B	0,77	X		M	
185 MAL DENT/CAVO ORALE NO ESTRAZ ETA >17	B 0,79	X	X	X	P	B	429 DISTURB PERSONALITA'/CONTROLLO IMPULSI	M	0,95	X		U	
186 MAL DENT/CAVO ORALE NO ESTRAZ ETA <18	B 0,42	X	X	X	B	B	430 PSICOSI	A	0,9	X		U	
187 ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	M 0,57	X	X	X	PP	B	431 DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	B	0,6	X		P	
188 ALTRE DIAGN APPAR DIGERENTE ETA >17 CC	B 1	X	X	X	U	M	432 ALTRE DIAGNOSI DISTURBI MENTALI	B	0,71	X		P	
189 ALTRE DIAGN APP DIGERENTE ETA >17 NO CC	A 0,48	X	X	X	B	B	433 ABUSO/ALCOOL/FARMAC DIM. CONTROLLO PARERE	B	0,35			UU	
190 ALTRE DIAGN APPAR DIGERENTE ETA <18	B 0,68	X	X	X	U	B	434 ABUSO ALCOOL/FARMAC-DISINTOSSICAZ. CC	B	0,75			UU	
191 INTERV PANCREAS FEGATO DI SHUNT CC	B 4,47	X	X	X	A	A	435 ABUSO ALCOOL/FARMAC-DISINTOSSIC. NOCC	M	0,48			UU	
192 INTERV PANCREAS FEGATO DI SHUNT NO CC	B 1,71	X	X	X	P	A	436 DIP. ALCOOL/FARMACI-TERAPIA RIABILITAT	B	0,99			P	
193 INTERV VIE BILIARI NO COLECISTECT CC	B 3,04	X	X	X	A	A	437 DIP. ALCOOL/FARMAC-TERAP/DISINTOSSICAZ	B	1,09			M	
194 INT VIE BILIARI NO COLECISTECT NO CC	B 1,63	X	X	X	A	A	439 TRAPIANTI DI PELLE PER TRAUMATISMO	B	1,21		X	M	
195 COLECISTECTOMIA-ESPLORAZ DOTTO CC	B 2,27	X	X	X	U	A	440 SBRIGLIAMENTO FERITE PER TRAUMATISMO	B	1,84		X	P	
196 COLECISTECTOMIA-ESPLORAZ DOTTO NO CC	B 1,4	X	X	X	M	M	441 INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO	B	0,73		X	UU	
197 COLECISTECTOMIA-NO ESPLORAZ DOTTO CC	B 1,69	X	X	X	M	M	442 ALTRI INT. CHIRURGICI TRAUMATISMO CC	B	1,91		X	A	
198 COLECISTECT-NO ESPLORAZ DOTTO NO CC	A 0,88	X	X	X	P	M	443 ALTRI INT. CHIRURGICI TRAUMATISMO NOCC	B	0,75		X	M	
199 PROC DIAGNOST EPATOBILIARI NEOPLASIE	B 2,34	X	X	X	P	A	444 TRAUMATISMI ETA >17 CON CC	B	0,76		X	UU	
200 PROC DIAGNOST EPATOBIL NO NEOPLASIE	B 2,72	X	X	X	A	A	445 TRAUMATISMI ETA >17 SENZA CC	B	0,46		X	UU	
201 ALTRI INTERV EPATOBILIARI O PANCREAS	B 2,52	X	X	X	A	A	446 TRAUMATISMI ETA <18	B	0,49		X	UU	
202 CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	A 1,3	X	X	X	M	M	447 REAZIONI ALLERGICHE ETA >17	B	0,49		X	B	
203 NEOPLASIE MALIGNI EPATOBIL/PANCREAS	A 1,22	X	X	X	M	M	448 REAZIONI ALLERGICHE ETA <18	B	0,35		X	PP	
204 MALAT PANCREAS NO NEOPLASIE MALIGNI	B 1,12	X	X	X	U	M	449 AVVELENAMENTI/EFFETTI TOSSICI >17 CC	B	0,79		X	UU	
205 MALAT FEGATO NO NEOPLASIE/CIRROS. CC	B 1,22	X	X	X	M	M	450 AVVELENAMENTI/EFFETTI TOSSICI >17 NOCC	B	0,43		X	UU	
206 MAL FEGATO NO NEOPLASIE/CIRROS. NO CC	A 0,61	X	X	X	P	B	451 AVVELENAMENTI/EFFETTI TOSSICI ETA <18	B	0,53		X	UU	
207 MALATTIE DELLE VIE BILIARI CON CC	B 0,98	X	X	X	U	M	452 COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTO CON CC	B	0,85		X	PP	
208 MALATTIE DELLE VIE BILIARI SENZA CC	M 0,56	X	X	X	M	M	453 COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTO SENZA CC	B	0,42		X	P	

DRG	Frequenza annuale: A >2000; M <2000; >1000; B <1000	Peso (proxy gravita' della patologia)	DRG Medico	DRG Chirurgico	Programmiabilita': Alta (PP) %ung <10, Bassa (U) %ung >30, Molto Bassa (UU) %ung >70	Degenza media attesa: Alta (A) >14 gg, Media (M) <14 gg, >5 gg; Bassa (B) <5 gg	DRG	Frequenza annuale: A >2000; M <2000; >1000; B <1000	Peso (proxy gravita' della patologia)	DRG Medico	DRG Chirurgico	Programmiabilita': Alta (PP) %ung <10, Bassa (U) %ung >30, Molto Bassa (UU) %ung >50	Degenza media attesa: Alta (A) >14 gg, Media (M) <14 gg, >5 gg; Bassa (B) <5 gg
209 INT. ARTICOLAZ. MAGGIORI/REIMPIANTI INF	A	2,37	X	X	A	454 ALTRE DIAGNOSI TRAUMATISMI/AVVELEN.CC	B	0,89	X				B
210 INT. ANCA/FEMORE NO ARTI MAG ETA>17 CC	B	1,91	X	X	A	455 ALTRE DIAGN. TRAUMATISMI/AVVELEN.NOC	B	0,41	X				B
211 INT. ANCA/FEMORE NO ARTI MAG ETA>17 NO CC	M	1,33	X	X	A	456 USTIONI TRASFERITO ALTRA STRUTTURA	B	1,73	X				B
212 INT. ANCA/FEMORE NO ARTI MAG ETA<18	B	1,03	X	X	A	457 USTIONI ESTESE NO INTERV. CHIRURGICO	B	2,01	X				B
213 AMPUTAZ. MALAT. MUSCOLOSCH/TESS. CONNETT	B	1,77	X	X	M	458 USTIONI NO ESTESE CON TRAPIANTO PELLE	B	3,88		X			B
214 INTERVENTI SU DORSO E COLLO CON CC	B	1,87	X	X	M	459 USTIONI NO ESTESE-SBRIGL. E INT. CHIR.	B	1,89		X			B
215 INTERVENTI SU DORSO E COLLO SENZA CC	M	1,09	X	X	A	460 USTIONI NO ESTESE NO INT. CHIRURGICO	B	1	X				B
216 BIOPSIE SIST. MUSCOLOSCH/TESS. CONNETT	B	2,04	X	X	M	461 INTERV.-DIAGN. ALTRO CONTATTO SERV. SAN.	B	0,88		X			B
217 SBRIGL. FERTI/TRAPIANT CUTAN NO MANO	B	3,06	X	X	M	462 RIABILITAZIONE	B	1,78	X				B
218 INT. ARTO INF/OMER. NO ANCA PIED >17 CC	B	1,42	X	X	A	463 SEGNI E SINTOMI CON CC	B	0,73	X				B
219 INT. ARTO INF/OMER. NO ANCA PIED >17 NOCC	M	0,9	X	X	A	464 SEGNI E SINTOMI SENZA C	B	0,46	X				B
220 INT. ARTO INF/OMER. NO ANCA PIED ETA<18	B	0,94	X	X	M	465 ASSIST. RIABILITATIV-NEOPL. DIAGN. SECON	B	0,35	X				B
221 INTERVENTI SUL GINOCCHIO CON CC	B	1,78	X	X	M	466 ASSIST. RIABILITATIV. NONEOPL. SECOND.	M	0,53	X				B
222 INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	A	0,95	X	X	B	467 ALTRI FATTORI INFLUENZANTI LA SALUTE	A	0,45	X				B
223 INT. MAGGIORI SPALLA/GOMITO/ART. SUP. CC	B	0,81	X	X	B	468 INT. CHIRUR. ESTESE NOCORREL. DIAGN. PRINC	B	3,42					B
224 INT. SPALLA/GOMITIA/AMBRAC NO MAG NOCC	B	0,65	X	X	M	469 DIAGN. PRINCIP. NON VALIDA ALLA DIMIS.	B	0					B
225 INTERVENTI SUL PIEDE	M	0,82	X	X	M	470 NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG	B	0					B
226 INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI CON CC	B	1,32	X	X	M	471 INT. MAGG. BILAT/MULT. ARTICOL. ARTI INF	B	3,9		X			B
227 INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC	M	0,68	X	X	B	472 USTIONI ESTESE NO INTERV. CHIRURGICO	B	11,71		X			B
228 INT. MAGG. POLLIC. ARTIC. MANO/POLSO CC	B	0,8	X	X	M	473 LEUCEMIA ACUTA NO INT. CHIRURGICO >17	B	3,44	X				B
229 INT. MAGG. POLLIC. ARTIC. MANO/POLSO NOCC	A	0,55	X	X	B	475 DIAGN. APPARAT. RESPIRAT. RESP. ASSISTITA	B	3,6	X				B
230 ESCISS. LOCALI/RIMOZ. FISSAG. ANCA/FEMORE	B	0,92	X	X	M	476 INT. CHIR. PROSTAT. NOCORREL. DIAGN. PRI	B	2,2		X			B
231 ESCISS. LOCALI/RIMOZ. FISSAG. NO ANCA/FEMORE	M	1,1	X	X	PP	477 INT. CHIR. NO ESTESE NOCORREL. DIAGN. PRIN	B	1,43		X			B
232 ARTROSCOPIA	B	1,18	X	X	PP	478 ALTRI INTERV. SISTEMA CARDIOVASCOL. NOCC	B	2,16		X			B
233 ALTRI INT. SIST. MUSCOLOSCH/ELTRIC. NOCC	B	1,86	X	X	UU	479 ALTRI INT. SISTEMA CARDIOVASCOL. NOCC	B	1,27		X			B
234 ALTRI INT. SIST. MUSCOLOSCH/ELTRIC. NOCC	B	0,9	X	X	UU	480 TRAPIANTO DI FEGATO	B	20,16		X			B
235 FRATTURE DEL FEMORE	B	1,02	X	X	M	481 TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	B	15,22		X			B
236 FRATTURE DELL' ANCA E DELLE PELVI	M	0,81	X	X	U	482 TRACHEOSTOM.-DISTURB. ORALI LARIN/FARIN	B	3,48		X			B
237 DISTORSI/TRAMLUSS. ANCA PELVI/ COSCIA	B	0,55	X	X	UU	483 TRACHEOSTOM.-NODISTUR. ORAL LARIN/FARIN	B	16,66		X			B
238 OSTEOMIELETTE	B	1,54	X	X	P	484 CRANIOTOM.-TRAUMATISMI MULTIPL. RILEVANT	B	6,57		X			B
239 FRATTURE PATOL./NEOPL. MAL. MUSCOLOSCH/EL	B	1,04	X	X	P	485 REIMP. ARTI INT. ANCA/FEMO. TRAUM. MULTI	B	3,17		X			B
240 MAL. DEL TESSUTO CONNETTIVO CON CC	B	1,15	X	X	P	486 ALTRI INTERV. CHIRURG. TRAUMAT. RILEVANT	B	4,82		X			B
241 MAL. DEL TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	A	0,58	X	X	PP	487 ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	B	1,94	X				B
242 ARTRITE SETTICA	B	1,19	X	X	P	488 H.I.V. CON INTERV. CHIRURGICO ESTESO	B	4,15		X			B
243 AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	A	0,68	X	X	M	489 H.I.V. CON ALTRE PATOLOG. MAGG. CORREL	B	1,92	X				B
244 MALAT. OSSO/ARTROPATIE SPECIFICHE CC	B	0,74	X	X	P	490 H.I.V. CONSENZA PATOLOGIE CORRELATE	M	1,13	X				B
245 MAL. OSSO/ARTROPATIE SPECIFICHE NO CC	M	0,5	X	X	P	491 INT. ARTICOLAZ. MAGGIORI E ARTI SUPERIO	B	1,57		X			B
246 ARTROPATIE NON SPECIFICHE	B	0,57	X	X	B	492 CHEMIOTERAP.-DIAGN. SECOND. LEUCEM. ACUT	B	2,78	X				B
247 SEGNI/SINTOM. SIST. MUSCOLOSCH/TESS. CONN	M	0,57	X	X	P								B

Documenti e commenti

Sezione 2^a

NOVITÀ
RA BIT SAN¹⁵
Rassegna in bit della sanità
un CD-rom con 15 anni
di sanità (1987-2001)

Rassegna Giuridica della Sanità

RAGIUSAN

Rivista mensile di dottrina, giurisprudenza
e documentazione di interesse socio-sanitario
edita sotto gli auspici del Ministero della sanità
WHO Collaborating Centre for Health legislation
diretta da **Luigi D'Elia**

Gentile lettore,

al passo con i tempi, la SIPIS soc. ed. a r.l., Le mette a disposizione un CD-rom con l'archivio completo in data base per la ricerca (analitico-sistematica o per materia — 98 argomenti, in 1° voce, centinaia di argomenti in 2° e 3° voce —, per singola parola o frase, per magistratura giudicante o per istituzione emanante, per autore o per singola data) degli indirizzi dottrinali, giurisprudenziali ed istituzionali di ben 15 anni di sanità, così come pubblicati in **Ragiusan** dal 1987 a oggi.

Con un semplice e rapido click, Ella sarà in grado di consultare, per singoli argomenti, non solo l'attività normativa a livello nazionale e regionale, ma anche quanto sul piano dottrinario e giurisprudenziale (di ogni ordine e grado) è stato pubblicato nelle circa **50 mila pagine di Ragiusan** rivista leader nel mondo della sanità.

Con un semplice e rapido click potrà accedere al data base di **Ragiusan** che ora Le viene presentato in CD-rom, in modo da non appesantire il suo disco rigido, per costruire quel back-ground indispensabile per l'avvio a soluzione di problematiche, di natura organizzativa e tecnico-funzionale, che necessitano di adeguate conoscenze sul piano giuridico-amministrativo e giurisprudenziale.

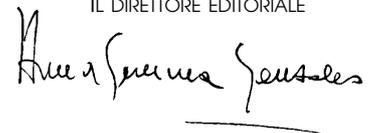
L'offerta di RA BIT SAN¹⁵, la banca dati completa (1987-2001) sulla sua scrivania, Le consente, alle condizioni indicate nell'allegata cedola, di venire in possesso del CD-rom contenente gli indici di **Ragiusan** con l'aggiornamento fino all'ultimo fascicolo pubblicato per il 2001.

Utilizzi l'acclusa cedola: le modalità di sottoscrizione e di pagamento sono quelle consuete e riportate nella cedola.

Se ha acquistato a suo tempo RA BIT SAN¹⁵, il nuovo CD-rom con 15 anni di sanità (fino al 2001) Le viene offerto con lo sconto del 50%, solo € 50,00.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE EDITORIALE



Roma, dicembre 2001

COSTO DEL CD-ROM: € 100,00

Programma abbonamento 2002

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

- Vi prego voler inoltrare con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco) ed alle condizioni che ne regolano l'uso, n. CD-rom contenente

RA BIT SAN¹⁵

Rassegna in bit della sanità
15 anni di sanità (1987-2001)

- Pertanto:
 - Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**
 - Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**, come da ricevuta allegata
Barrare la casella che interessa

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... li

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

(In caso di Ente, USL, Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

IL MISTERO DEL DIPARTIMENTO OSPEDALIERO

Federico Lega

SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi»

A distanza di oltre trenta anni dai primi richiami normativi e culturali, e benché la sua centralità ed obbligatorietà siano ormai sancite dalla stessa legge, il dipartimento ospedaliero fatica ancora oggi a diventare una realtà concreta. Diverse ricerche condotte di recente (Rapporti OASI 2000 e 2001, indagine Cerismas 2002) (1) mostrano una realtà molto formale e poco sostanziale: gli atti istitutivi spesso ci sono, ma nella maggior parte dei casi il dipartimento continua ad essere latitante. Perché? Le risposte si sprecano, sono tutte valide, ma fondamentalmente a mio avviso mancano di cogliere due problemi di fondo. La questione ultima non è infatti semplicemente quanti dipartimenti siano già stati istituiti dalle aziende e come farli funzionare, problemi questi reali ma secondari rispetto al punto chiave: è o non è il dipartimento così come generalmente oggi inteso e progettato (strutturale, gestionale, funzionale o di coordinamento, ecc.) la soluzione organizzativa di cui hanno realmente bisogno le strutture ospedaliere? Solo a partire dalla risposta a questo punto ciascuna azienda potrà poi rispondere ad una seconda questione chiave: come si può progettare consapevolmente e coerentemente i propri dipartimenti per favorirne un reale sviluppo e funzionamento? Secondo quali logiche e criteri? In questo senso è sorprendente che fino ad ora, in letteratura e nel di-

battito tra esperti, vi sia stata così poca riflessione sui fabbisogni organizzativi propri delle strutture ospedaliere moderne, dalla cui analisi si dovrebbe invece partire per rispondere al primo quesito di fondo: che tipo di soluzione organizzativa potrebbe meglio rispondere oggi alle esigenze delle strutture ospedaliere? Provo a rispondere, assumendomi il rischio di banalizzare la questione, ma convinto che semplificare aiuta il ragionamento e che alla fine in questo caso non allontana troppo dalla verità dei fatti. Infatti, l'attività ospedaliera, ma si può tranquillamente estendere il ragionamento a tutta l'attività socio-sanitaria in generale, è nel contesto attuale italiano sottoposta a più spinte e pressioni riassumibili in un semplice obiettivo: la ricerca di soluzioni ad elevato rapporto costo/efficacia. I tensori sono tutti lì, dal lato della qualità l'accreditamento, l'EBM, le linee guida, ecc., sul lato dei costi i Drgs, la quota capitolaria, i tetti negoziati con le regioni, il federalismo fiscale ed i LEA, ecc. Allora? Cosa serve all'attività ospedaliera? Già in passato ho provato a discutere questa domanda (2) e da tempo porto avanti una riflessione sul tema con alcuni appassionati provenienti e/od esperti del mondo sanitario: direttori generali e sanitari, responsabili di dipartimento ed unità operativa, consulenti e colleghi. La risposta ad oggi identificata nasce proprio dall'analisi di quel fab-

bisogno organizzativo dell'ospedale che meglio si collega alla ricerca delle soluzioni «ottimali» sotto il profilo costo/efficacia ed a cui occorre dare risposta: il fabbisogno di integrazione. E fin qui nulla di nuovo. Però, ciò che invece non è sempre chiaro è la consapevolezza che ricercare l'integrazione significhi lavorare su due fronti: la ricerca di economie di scala sul lato gestionale e la ricerca di economie di scopo sul lato professionale. E proprio da qui che deve partire la riflessione. La differenza rispetto al passato è che fino a pochi anni fa il problema chiave nell'attività ospedaliera, implicitamente riconosciuto nell'organizzazione, era la ricerca di economie di specializzazione, funzionali allo sviluppo delle conoscenze di specialità da cui scaturiva il progresso della medicina. Ecco una buona ragione per cui l'organizzazione tradizionale per unità operative disciplinari aveva un senso. Ed un motivo per cui si sopportavano le collegate diseconomie e l'utilizzo strumentale che subiva la struttura organizzativa per le carriere delle persone. Tale struttura organizzativa era coerente con il bisogno di specializzazione e creazione del sapere medico. Ma oggi? Il fatto che il fabbisogno organizzativo prioritario sia un altro, l'integrazione, dovrebbe far supporre che la risposta non può semplicemente essere una riproposizione di logiche organizzative di tipo funzionale (cioè

basate sulla suddivisione del lavoro per conoscenze e competenze, come nel caso delle unità operative disciplinari semplicemente su scala più elevata (i dipartimenti). No. Quello su cui le strutture ospedaliere devono cominciare a riflettere è una organizzazione del lavoro ed una conseguente attribuzione di responsabilità diversa da quella tradizionale, ricostruita a partire dai processi produttivi che svolgono, dalle esigenze di intensità assistenziale e dai gruppi di lavoro che nascono dalle necessità di coordinamento. Solo nel gruppo di lavoro, multidisciplinare e multiprofessionale, i diversi professionisti trovano il luogo di confronto e consenso per lo sviluppo di processi produttivi che individuino le soluzioni a più alta efficacia in rapporto ai costi, agendo sulla struttura dei costi variabili dell'attività aziendale e sui problemi di diffusione (numero e diversità delle unità operative) e variabilità (nei contenuti - numero e tipo di prestazioni diagnostiche, terapie, farmacologia, ecc.) nel trattamento della medesima patologia per un paziente simile. Non solo, ma a partire dall'analisi del processo si possono individuare i filtri organizzativi interni che definiscono il regime di intensità assistenziale (ambulatorio, *one-day*, DH e DS, ordinario, semi-intensivo, intensivo) a cui si dovrebbe collocare la risposta assistenziale.

Questa introduzione di gruppi di lavoro organizzativamente può essere letta come una prima risposta ai limiti della struttura funzionale tipica degli ospedali, cresciuti per specializzazione disciplinare progressiva.

Un secolo di esperienza ha infatti portato la teoria organizzativa a mettere in luce come la risposta iniziale data dalle organizzazioni di tipo funzionale al crescere della complessità con cui si confrontano (complessità in prima battuta collegata alle dimensioni aziendali ed alla eterogeneità dei pro-

dotti) sia l'individuazione di *product manager* che coordinino l'intervento delle diverse funzioni lungo il processo produttivo (un po' come dovrebbe fare un *case manager* rispetto alle unità operative disciplinari di un ospedale). Quando le dimensioni e la complessità aziendale crescono ancora di più, e diventa possibile o necessario replicare le funzioni amministrative e di staff centrali rispetto a più unità responsabili di prodotti o di mercati geografici diversi, le organizzazioni adottano prima logiche divisionali e poi a matrice, quest'ultima nel caso in cui due linee di responsabilità (mercato, segmento di clientela, prodotto, competenze, uso tecnologia discreta) abbiano uguale rilevanza ai fini strategici aziendali. In questa prospettiva, i dipartimenti ospedalieri possono essere considerati come un tentativo di introdurre logiche organizzative divisionali (nel senso proposto dalla teoria organizzativa) od a matrice nella struttura degli ospedali, soprattutto quando i dipartimenti si dotano di *staff* gestionali propri che si interfacciano con i livelli aziendali centrali: tuttavia, come già detto in precedenza, è chiaro che se il dipartimento è un'unità organizzativa multiprodotto (cosa sempre vera in ospedale), e comunque non presenta al suo interno l'insieme di competenze necessarie per la risposta terapeutica al paziente (cosa quasi sempre vera), rimane un bisogno di responsabilità trasversali di processo, ovvero sia proprio di quei *product manager* che curano lo sviluppo di soluzioni assistenziali «ottimali», il coordinamento degli interventi dei professionisti appartenenti ad unità operative di altri dipartimenti e che presiedono l'aggiornamento scientifico nel campo di attività prescelto dal loro gruppo di lavoro.

Partendo quindi dal presupposto che il mattone organizzativo su cui è indispensabile rifondare l'organizza-

zione della attività ospedaliera sia il gruppo di lavoro, e non il dipartimento ospedaliero, che indicazioni possiamo trarne rispetto al problema di costituire dipartimenti che ne supportino l'attività e che abbiano buone probabilità di consolidarsi? Rispondere a questo quesito significa affrontare la seconda domanda di fondo che avevo posto in apertura di questo articolo, ovvero sia il problema di come individuare delle chiavi di progettazione dei dipartimenti coerenti con i fabbisogni organizzativi cui devono rispondere.

In tal senso, l'esperienza accumulata negli ultimi anni nelle aule SDA, nelle ricerche intervento sul campo e nell'analisi dei pochi casi positivi di dipartimenti pionieri innovativi e degli invece molti casi di fallimento, mi hanno portato a ritenere che, senza alcuna pretesa di esaustività, i punti maggiormente rilevanti siano:

1) le scelte di integrazione tra Uu.oo., che, indipendentemente dai nomi che si voglia attribuire ai diversi criteri di aggregazione presentati dalla legge o dalla letteratura ed ormai ben conosciuti (area funzionale, area nosologica, fasce di età, dipartimenti d'organo, ecc.), possono avere un concreto impatto solo quando favoriscono la sovrapposizione orizzontale o la sequenzialità verticale tra unità operative. Nel primo caso il dipartimento aggrega unità operative che svolgono processi produttivi simili, perché da ciò nasce la possibilità di creare gruppi di lavoro interni al dipartimento che sviluppando economie di scopo affrontino i problemi di «presa in carico» del paziente ai fini di una maggiore *volume-based qualità* derivante da una minore dispersione della patologia tra specialità (che continuano a trattare la patologia ma lavorando in un gruppo unico). È questo il caso delle situazioni in cui una patologia, ad esempio la bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), viene af-

frontata da diverse unità operative, quali la pneumologia, la medicina generale, la geriatria e dai «doppioni» delle stesse, con frequenze e durate molto diverse. Per evitare che la risposta terapeutica risenta del fatto che in una o più delle Uu.oo. si vedono pochi casi l'anno di tale patologia, si costituisce un gruppo di lavoro a cui partecipano i diversi professionisti delle diverse unità operative interessati a trattare la BPCO (ovviamente il gruppo si prenderebbe carico anche di altre patologie, presumibilmente dell'intero spettro delle affezioni dei bronchi o dei pazienti con tale sospetto). Ecco che miracolosamente i confini organizzativi si abbattano, e l'organizzazione delle attività ospedaliere torna (o forse per la prima volta arriva) a baricentrarsi sul paziente, sul suo problema clinico. Non solo, ma il gruppo di lavoro è chiamato a studiare il proprio campo di attività al fine di ottimizzare, secondo logiche di miglioramento continuo, i contenuti assistenziali dei diversi percorsi diagnostico-terapeutici (costi ed efficacia, sfruttando EBM e tutti i riferimenti scientifici del caso) di cui si fa carico. Nel caso di dipartimenti aggreganti Uu.oo. in sequenzialità verticale si affronta invece il problema dei processi produttivi che vedono il bisogno di coordinare il momento diagnostico medico, con quello interventistico chirurgico e con quello assistenziale riabilitativo. Processi per cui è indispensabile che il gruppo lavori sulla snellezza, tempistica e condivisione del momento di intervento (quando il paziente va operato? quando è pronto per avviarsi alla riabilitazione?) per minimizzare i periodi morti e per migliorare la risposta terapeutica. Manca solo una postilla fondamentale a questo primo punto, postilla che fa riferimento a quella che chiamo la «regola dell'eliminazione dei fattori di disturbo» Cosa intendo? Precisamente il fatto che nel definire

le unità operative da aggregare è opportuno tenere separate dal dipartimento quelle unità che non rispettano quello che tra i due precedenti criteri, la sovrapposizione orizzontale o la sequenzialità verticale, è stato scelto nello specifico caso. Tali unità, non essendo in genere coinvolte nei gruppi di lavoro dipartimentali, costituiscono dei fortissimi alibi per bloccare qualsiasi iniziativa, sotto le spoglie del «loro non lo fanno, quindi perché dovremmo noi?». Meglio, molto meglio, costituire dei dipartimenti formali e residuali in cui vengono collocate tutte le unità operative che in relazione alle scelte aziendali o per la loro natura hanno scarsa possibilità di integrazione con le altre (si pensi all'oculistica, all'otorinolaringoiatria, alle malattie infettive, ecc.). È chiaro infatti che la scarsa possibilità di integrazione in parte dipenderà dalle scelte dell'azienda, ovvero sia dal fatto che, rispetto alla doppia opportunità di ricollocare una stessa unità operativa in un dipartimento secondo il primo o secondo dei criteri di aggregazione sopra ricordati, l'opzione prescelta determina a cascata l'impossibilità di ricollocare in dipartimenti reali (cioè che funzionano effettivamente come tali svolgendo ruoli di non solo generico coordinamento) una o più delle altre unità operative. È il caso ad esempio di una gastroenterologia, che potrebbe essere aggregata alle medicine (sovrapposizione orizzontale) od alla chirurgia del tubo digerente, alla chirurgia del trapianto del fegato (se presente) ed alla nutrizione clinica (sequenzialità verticale). Se optiamo per la prima soluzione, implicitamente sostenendo che i problemi di sovrapposizione sono tali e tanti che occorre prima risolvere quelli, potremo eventualmente riposizionare la nutrizione clinica insieme alle medicine (sempre che abbia senso) e la chirurgia del tubo digerente con le altre chirurgie generali (sovrap-

posizione orizzontale, con possibilità di razionalizzare le gestione delle sale operatorie e degli spazi degenziali), ma la chirurgia dei trapianti del fegato? Stesse possibilità si pongono rispetto ai casi della cardiologia e delle chirurgie vascolari, alla pneumologia, oncologia e chirurgia del torace, ecc. E bene precisare che qualunque scelta non è irreversibile, ma ovviamente richiede una finestra temporale adeguata per produrre i risultati sperati;

2) collegato al precedente punto è il problema di individuare la natura gestionale o di coordinamento del dipartimento. Appare subito evidente che scelte di sovrapposizione orizzontale hanno bisogno di dipartimenti gestionali e possibilmente strutturali (nel senso di logisticamente accorpati), perché è in tale situazione che le economie di scala possono trovare il miglior matrimonio con l'attività dei gruppi di lavoro: posti letto funzionali distribuiti in base all'intensità assistenziale, condivisione delle tecnologie e degli spazi, condivisione di parte del personale di supporto ed assistenziale. E le unità operative cosa dovrebbero presiedere? Fondamentalmente si svuotano di compiti gestionali, ma mantengono il compito chiave di curare l'innovazione delle attività/servizi, di concerto con i responsabili dei gruppi di lavoro, e lo sviluppo dei professionisti per la propria linea specialistica: attività rilevante perché consente la preservazione e miglioramento del patrimonio complessivo di competenze del professionista che operativamente si specializza sul lavoro svolto nei gruppi a cui partecipa (per evitare settorializzazioni eccessive e rigidità organizzative è evidente che ogni medico potrà e dovrà partecipare a più gruppi). Nel dipartimento compaiono quindi nuove responsabilità: quelle sui gruppi di lavoro, e quelle sugli spazi assistenziali modulati in base all'intensità, secondo logiche del

tipo acquirente (il gruppo di lavoro) e fornitore (il responsabile dello spazio assistenziale-ambulatorio o posto letto che sia). Conseguenza naturale è il fatto che a supporto del proprio ruolo gestionale il dipartimento (ed il suo organo direttivo) venga identificato come baricentro dei processi gestionali aziendali: programmazione e controllo (*budget*) e gestione risorse umane (applicazione contratti). Nel caso di scelte di sequenzialità verticale, i ragionamenti sono in generale gli stessi, fatto salvo che sarà più difficile avere un contiguità logistica e che altrettanto più difficile sarà «comunizzare» gli spazi, le risorse umane e le tecnologie, dato che sono in buona parte dedicate a compiti ed attività di natura diversa. Ma, visto che lo scopo non è uniformare il modo di lavorare nell'ospedale al modello dipartimentale scelto, ma scegliere il modello dipartimentale più adatto per supportare un modo di lavorare efficiente ed efficace, ben venga l'eterogeneità di soluzioni dipartimentali anche e soprattutto nel medesimo ospedale;

3) terzo punto fondamentale riguarda il problema delle «dimensioni gestibili». Punto centrale soprattutto nel caso di dipartimenti di sovrapposizione orizzontale. Ospedali di medie e grandi dimensioni hanno due o tre medicine generali, se non di più, e diverse altre unità di medicina specialistica che sovrappongono buona parte della loro attività. La tentazione è di aggregarle tutte insieme e fare un dipartimento di dieci, dodici unità operative. Errore. Infatti, affinché possiamo sperare che un capo dipartimento svolga il proprio ruolo manageriale occorre metterlo alla guida di una struttura adeguata per complessità e dimensioni: ciò significa fare dipartimenti aggreganti al massimo cinque unità operative, preferibilmente tre o quattro. Già così in generale saranno più di cento le persone che si troverà a gesti-

re. Dipartimenti così progettati forse perderanno qualcosa in termini di economie di scala potenziali, ma quelle che effettivamente otterremo bilanceranno a sufficienza i conti. Ed il mantenere la dimensioni contenute risolve l'annosa questione di come comporre un'eventuale comitato esecutivo o consiglio allargato di dipartimento. Se lo si vuole fare, il Comitato è composto dal direttore, dai responsabili di unità operativa (pochi), più da eventuali responsabili di *staff* dipartimentale (infermieri e professioni sanitarie, controllo di gestione, qualità...). Il voto del direttore vale doppio, e tutti i processi decisionali dovrebbero trarre giovamento (soprattutto velocità) dal lavoro di un gruppo dirigenziale così contenuto. Come si può tuttavia altrimenti pensare che, come nel caso opposto, dieci/dodici persone prendano una decisione, anche solo sull'accordarsi chi rappresenta chi alle riunioni o sulla data per la stessa riunione del comitato? In alternativa al comitato snello ed agile si può optare per un assetto di governo ancora più accentrato e decisionalista in cui dirige da solo ed autonomamente il direttore, che informalmente si rapporta con i direttori di unità operativa (sempre pochi, quindi più facile) nello svolgimento dei processi decisionali (*budget*, attribuzione posizioni ed incarichi, ecc.). E se non governa adeguatamente le dinamiche dipartimentali o tiene comportamenti opportunistici sarà una preoccupazione della Direzione aziendale rimuoverlo, dato che su lui/lei ha «scommesso» e con lui/lei trepida per raggiungere i risultati sperati;

4) infine, *last but not least*, occorre che il responsabile di dipartimento sia pronto ad assumersi un ruolo manageriale ben diverso da quello spesso raccontato o fantasticato. Spesso, quando parlo di questo punto, faccio riferimento alla «regola del 70/30», ovvero sia alla situazione per

cui se fino ad ieri per il responsabile di unità operativa era sufficiente dedicare il 30% del proprio tempo all'attività gestionale ed il 70% a quella professionale (clinica), per un responsabile di dipartimento gestionale le proporzioni devono invertirsi. Inevitabilmente, se si considera che ad un responsabile di dipartimento, di concerto con i responsabili di unità operativa, si chiede di svolgere un ruolo più strategico e manageriale, che contempla l'individuazione dei sentieri di sviluppo del dipartimento, la creazione di un ambiente favorevole all'innovazione, la negoziazione delle risorse necessarie o la ricerca di fondi ulteriori sul mercato (*fundraising*), la creazione e gestione dei percorsi di carriera, la mediazione dei conflitti organizzativi interni, la definizione e negoziazione del *budget* operativo, ecc. Un'assunzione di ruolo *full-time* (quindi non a scavalco con la responsabilità di U.O., che possibilmente deve essere data ad un facente funzione anch'esso *full-time*) che non può ovviamente prescindere da una razionale «copertura delle spalle» assicurata da parte della Direzione generale. Forse, come qualcuno auspica e qualcun'altro predica, in un futuro ancora incerto e con leggi diverse, diverrà possibile spostarsi verso logiche anglosassoni, con direttori di dipartimento equiparabili a veri e propri direttori finanziari od operativi e pertanto scelti dal mondo dei *manager*, senza dover più pretendere una conversione di ruolo ai medici ai quali rimarrebbe il ruolo di consulenti per lo sviluppo strategico. Ma siamo proprio sicuri che sia ciò che vogliono gli stessi medici che si lamentano del loro ruolo troppo manageriale? E siamo sicuri che alla luce dei risultati prodotti da tale modello in altri contesti non vi sia il rischio di una troppo spinta imprenditorialità (già sufficientemente presente) delle attività ospedaliere collegata alle conve-

nienze economiche dipartimentali. Più probabile ed auspicabile che ci si muova verso un ripensamento del dipartimento come un «centro servizi» che mette a disposizione dell'*équipe* sanitaria gli spazi logistici, le tecnologie, i posti letto e parte del personale assistenziale e di supporto comune, con una responsabilità di *budget* di costo o di margine di contribuzione, ma senza una spinta imprenditoriale eccessiva all'autonomia finanziaria che vede in partenza vinti e vincitori tra le discipline sanitarie ed una conseguente ridondanza o carenza futura dei servizi collegati.

Alla luce delle precedenti riflessioni, il mio augurio è di aver contribuito a chiarire meglio ed a stimolare ulteriormente la riflessione attorno al mi-

stero del dipartimento ospedaliero che tuttora aleggia tra le aziende ed i medici. Ciò che serve può sembrare banale, ma troppo spesso viene dimenticato: una buona comprensione degli obiettivi che si perseguono in termini di riorganizzazione delle attività ospedaliere e delle connesse responsabilità, e l'attenzione a pochi accorgimenti di progettazione e di implementazione che rappresentano condizioni forse non sufficienti ma sicuramente necessarie.

Quante aziende hanno fino ad oggi ragionato in questi termini? Probabilmente, ma dati alla mano potremmo dire certamente, poche. Diverse però hanno riavviato di recente i propri processi di sviluppo organizzativo in coerenza con gli elementi di riflessione presentati in questo articolo: per sape-

re se questo contribuirà definitivamente a dichiarare risolto il mistero del dipartimento ospedaliero dovremo tuttavia aspettare ancora un paio d'anni, il tempo minimo di stabilità per consentire a tali aziende di dare respiro al proprio processo di sviluppo organizzativo consolidando il ruolo del dipartimento come baricentro del loro funzionamento e per permettere ai relativi direttori o comitati esecutivi di calarsi nelle nuove vesti. Aspettiamo fiduciosi

(1) Si veda il Sole 24 Ore Sanità del 5-11 febbraio 2002.

(2) F. Lega (1999), «Dalla struttura alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero», Mecosan, 30.