

Comitato scientifico

Elio Borgonovi (coordinatore)
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche
Università Bocconi di Milano

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Sabino Cassese
Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini
Ordinario di economia - Università di Torino

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

Fabio Roversi Monaco
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia
Amministratore delegato Villa Mafalda s.p.a.

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 - Chiara Peverelli - Franco Sassi - Antonello Zangrandi - Francesco Zavattaro

Direttore generale

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 **SIPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982 e al n. 80 del Registro degli operatori della comunicazione (R.o.c.)

— registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992

— fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.

— stampata dalla Grafica Ripoli, 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: € 65,00

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 € 51,65 a € 2.065,83;

2) azioni civili da parte di autori ed editori;

3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da € 516,46 a € 5.164,57;

— 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 salute

IN QUESTO FASCICOLO:

Editoriale

2 Il ritorno al futuro: il ruolo del medico di medicina generale

Elio Borgonovi

Sez. 1ª - Saggi e ricerche

9 La crescita della spesa farmaceutica: le motivazioni e la valutazione delle diverse componenti

Monica Otto, Silvia Paruzzolo

23 Voucher e quasi voucher in campo sociale: compromesso obbligato o scelta gestionale?

Pierangelo Spano

41 Le specificità dell'e-procurement in sanità: le esperienze dell'Asl di Viterbo

Tommaso Federici, Andrea Bianchini, Tania Morano

59 I contributi in conto esercizio nel bilancio delle aziende sanitarie pubbliche

Alessandro Mura

Sez. 2ª - Documenti e commenti

71 L'adozione di note di prescrivibilità per i test di laboratorio può essere uno strumento di migliore appropriatezza?

A. Camerotto, S. De Toni, F. Carmignoto, A. Marcolongo

Sez. 3ª - Esperienze innovative

79 Nuove forme di gestione dei servizi sociali dei Comuni: la sperimentazione delle Società della Salute in Toscana

Katiuscia Garifo

93 L'evoluzione della carenza di infermieri in dieci aziende sanitarie a due anni dalla prima rilevazione

Alvisa Palese

101 Gli Ospedali di comunità in Toscana: analisi degli aspetti strutturali, organizzativi, di attività e dei costi

Fabrizio Tediosi, Lorenzo Roti

Sez. 4ª - La sanità nel mondo

117 Management sanitario in Lituania: dal controllo al miglioramento della salute

Ramune Kalediene

125 Il processo di riforma del sistema sanitario francese: le questioni irrisolte

Salvatore Russo

Sez. 6ª - Biblioteca

143 Novità bibliografiche

147 Spoglio riviste

150 Tesi di laurea

IL RITORNO AL FUTURO: IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Elio Borgonovi

Il tempo cronologico scorre inevitabilmente in modo lineare, dal passato al presente al futuro. Il tempo dei fenomeni sociali, delle regole, dei comportamenti scorre in direzioni e secondo modalità e velocità influenzate dalle scelte individuali di persone, comunità organizzate secondo regole condivise e accettate o che sono codificate formalmente. In questo senso si può dire che il ruolo, la funzione del medico di medicina generale (del medico di famiglia secondo una tradizione che ogni tanto è utile ricordare), può andare verso il futuro recuperando e valorizzando il proprio passato, la propria storia e la propria tradizione. Se, infatti, da un lato è certo che la tutela della salute sarà nel futuro fortemente influenzata (in positivo) dalle scoperte scientifiche (genomica e proteomica, trapiantologia, scienza dei materiali per protesi sempre più compatibili con la biologia umana), dallo sviluppo di «tecnologie» (farmaci, attrezzature, apparecchiature, robotica sanitaria, ecc.) e da «metodiche» di prevenzione, diagnosi-precocce, diagnosi, cura, riabilitazione sempre più efficaci, affidabili e sicure, dall'altro è certo che i risultati finali saranno sempre più influenzati da tre fattori:

a) il ruolo e le funzioni dei soggetti che utilizzeranno conoscenze, tecnologie: coloro che domineranno governando il loro uso;

b) i luoghi e i contesti in cui essi saranno utilizzati: ad esempio all'interno di strutture o in ambiti definiti (ospedali, ambulatori, strutture attrezzate o sempre più negli ambiti in cui vivono le persone, i pazienti attuali e potenziali);

c) la quantità di risorse (in genere si pensa a quelle finanziarie, ma in questo caso è necessario richiamare l'attenzione su quelle umane) che ogni sistema (regionale, nazionale, sovranazionale) deciderà esplicitamente o implicitamente di mettere a disposizione per soddisfare i bisogni di salute in senso lato, rispetto ad altri bisogni.

In questo scenario il ruolo, la funzione, lo status del medico di medicina generale dipenderà dalla capacità di seguire con coerenza, efficacia e in modo sistematico un percorso caratterizzato da azioni tese a:

a) recuperare una propria, specifica identità in un contesto sociale, economico, di conoscenze profondamente cambiato rispetto al passato e che è in forte, rapido e continuo cambiamento (ruolo della società scientifica di medicina generale);

b) esplicitare, diffondere e promuovere sempre più elevati standard professionali (che sono di carattere scientifico, organizzativo e comportamentale) tra un numero sempre più ampio di appartenenti al gruppo professionale e monitorare l'effettivo ri-

spetto di tali standard (ruolo degli ordini professionali);

c) esercitare una influenza nel processo legislativo (in generale) e nei rapporti contrattuali al fine di evitare che esso sia dominato solo da obiettivi di tutela di interessi particolari del gruppo professionale (comportamento, peraltro, del tutto legittimo), ma anche dalla accettazione di un modello logico culturale nel quale la difesa e la tutela di interessi particolari «siano inserite» nella prospettiva del perseguimento dell'interesse generale (ruolo delle organizzazioni sindacali di categoria).

Con riguardo al primo aspetto, si sottolinea che appare scarsamente produttivo il dibattito sul ruolo del medico di medicina generale che lo vede alternativamente come «erogatore di cure primarie» o di «cure a domicilio» (posizione questa ritenuta idonea a valorizzare la funzione medica) o come «gatekeeper» o «filtro» alla domanda di prestazioni e di servizi sanitari, funzione per lungo tempo considerata preminente ed ora in parte rifiutata perché ritenuta di natura prevalentemente «burocratica» e «de-professionalizzante». Nella società «della conoscenza», la contrapposizione tra le due funzioni appare sempre più inconsistente e perfino deviante e, comunque, non è correlabile al concetto di professionalità e alla sua valorizzazione. In effetti, l'enorme

sviluppo delle conoscenze e delle tecnologie (a volte addirittura discutibile, perché non correlato ad una reale risposta ai problemi, a volte perfino distorto, conoscenze fine a se stesse) è la condizione che:

a) da un lato consente di rendere più capillari e diffuse le conoscenze che possono essere messe a disposizione (con tecnologie a basso costo) dei medici di medicina generale o che comunque possono essere rese accessibili ed essi (esempio telemedicina);

b) dall'altro rende sempre «più critica e qualificante» la funzione di chi «sa scegliere il percorso corretto», di diagnosi e di cura, verso cui indirizzare il paziente.

Ciò che è veramente rilevante è il fatto che lo sviluppo delle conoscenze consente il pieno recupero della identità «di medico» e non quella di «filtro burocratico» o di «controllore iniziale» che ha il compito di evitare sprechi di risorse, come è accaduto nel recente passato e come, forse, viene ancora inteso il ruolo di «gatekeeper» o di «filtro all'entrata» al sistema di tutela della salute. La quantità enorme di conoscenze oggi disponibili determina una situazione in cui anche gli individui (i medici, i professionisti) più qualificati, gli eccellenti, anche le strutture di offerta all'avanguardia possono detenere solo una parte delle conoscenze stesse. Perciò, il concetto di professionalità elevata va correlato a quattro diverse condizioni:

a) quella dell'alta specializzazione di chi sa fare meglio di altri determinate cose, nel caso specifico determinati atti, interventi, procedure che consentono di tutelare la salute;

b) quella di chi sa inquadrare correttamente una condizione di salute, il che è più difficile per chi svolge la funzione di medico di medicina generale che, in genere, non si trova di fronte a situazioni di gravi sintomi o urgenza: infatti, a parità di altre con-

dizioni, è più facile l'inquadramento diagnostico di traumatizzati gravi o di una sintomatologia acuta che può essere indagata con tecnologie e procedure sofisticate, rispetto all'inquadramento diagnostico di chi ha sintomatologie non così evidenti, spesso sottovalutate dagli stessi pazienti, di carattere così generale da essere compatibili con un vasto spettro di patologie possibili;

c) ricondurre a sintesi una serie di informazioni e di dati differenti tramite procedure diagnostiche anche molto sofisticate e tramite comparazioni con «parametri di normalità o di compatibilità» che la scienza moderna ha oggi elaborato e mette a disposizione in automatico (valori riscontrati per certi soggetti messi a confronto con i valori di una popolazione di riferimento);

d) ricondurre le informazioni diagnostiche e le terapie suggerite dagli specialisti alle caratteristiche personali, familiari, del contesto sociale ed economico del paziente: se è vero che ogni soggetto ha una sua «individualità» non solo sul piano filosofico e religioso, ma anche sul piano delle «reazioni fisiologiche e psicologiche» ad interventi esterni (somministrazione di farmaci, interventi chirurgici più o meno rilevanti, ecc.) allora si deve ritenere che, al di fuori delle fasi acute, sono essenziali le conoscenze di qualcuno che sappia «collegare» dati, informazioni, conoscenze sulle malattie, alle conoscenze sulla persona (sulla sua famiglia, sul suo passato, sulle sue abitudini, ecc.) alle conoscenze sul contesto in cui le persone vivono.

Il medico di medicina generale non può essere, e probabilmente è meglio che non sia mai, uno «specialista» in senso tecnico, perché la sua professionalità deve svilupparsi, manifestarsi ed essere esercitata sugli altri tre fronti.

Per fare ciò, e qui si passa al secondo aspetto, sono necessari percorsi formativi iniziali e percorsi di aggiornamento e di qualificazione (riqualificazione professionale) molto diversi da quelli attualmente dominanti nel nostro Paese.

Certamente, occorre una formazione comune nel campo delle conoscenze medico-scientifiche attinenti alla salute che vanno intese in senso lato, non solo come conoscenze biologiche, anatomiche, fisiologiche, chimiche, ma anche relative alla psicologia delle persone e di tipo più generale; conoscenze, quindi, interdisciplinari che oggi si qualificano come «scienze dell'uomo» o «scienze della salute». Occorre però che, ad un certo punto del processo formativo o di apprendimento, vi sia una chiara distinzione (non separazione) di percorsi tra chi si orienta verso un profilo di competenze «specialistiche» (nei vari settori della tutela della salute), chi si orienta a svolgere funzioni di inquadramento e di integrazione delle conoscenze specialistiche «all'interno di una struttura complessa di offerta» (ospedali, centri diagnostici o centri di riabilitazione) nei quali sono presenti supporti specialistici, di attrezzature e apparecchiature, logistici ben definiti e chi, come il medico di medicina generale che opera all'esterno delle strutture, svolge funzioni di primo inquadramento e di integrazione di conoscenze scientifiche e di comportamenti delle persone senza il supporto diretto e strutturato presente in ospedali, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, centri diagnostici e di riabilitazione dotati di strumentazioni sofisticate.

In una società complessa e articolata, ruolo, funzione, status e immagine dei professionisti si modificano in positivo o in negativo in relazione a molteplici variabili e condizioni. Tra queste si ricordano:

a) la coerenza dei comportamenti di tutti coloro che appartengono alle stesse famiglie professionali rispetto a principi, criteri, standard esplicitati: questa è la funzione che devono svolgere gli ordini professionali a vario livello, locale e nazionale;

b) la capacità di esercitare una influenza sui processi tramite un sistema definito di «regole» che presidiano lo svolgimento di una professione.

Si tratta, in questo secondo caso, della funzione «di rappresentanza degli interessi» (sindacale) che in passato è stata esercitata soprattutto con riguardo ai processi legislativi e contrattuali che definivano diritti e doveri formali, aspetti autorizzativi e di responsabilità, nonché elementi retributivi. La dimensione di rappresentanza degli interessi si manifestava anche nella verifica della corretta applicazione delle regole di garanzia a tutela dei singoli.

In Italia è da tempo aperto il dibattito sulla funzione di rappresentanza degli interessi tramite le organizzazioni sindacali e sulle modalità del loro esercizio, dibattito generale ma fortemente presente nel settore della tutela della salute, nel quale è stato messo in evidenza spesso in termini critici come la funzione sindacale abbia privilegiato la tutela degli interessi particolari, addirittura interessi «corporativi» o di pochi appartenenti a certi gruppi e a certe professioni, anche quando ciò è andato a danno dell'interesse generale che, nel caso del sistema sanitario, è quello di garantire più elevati livelli qualitativi e quantitativi di risposta ai bisogni. Nelle dinamiche del passato, l'influenza sindacale dei medici di medicina generale è stata, o almeno è stata percepita, come una influenza forte sia nei riguardi dei processi legislativi sia in occasione dei rinnovi delle «convenzioni» con il Ssn, una influenza che non sempre è stata giudicata coerente

con le esigenze del sistema e che, se per il futuro vuole diventare fattore di innovazione, dovrà essere esercitata secondo i principi che di seguito si sintetizzano.

1. Superare la situazione di tradizionale «separatezza» nei confronti del sistema ricondotta alla natura di «rapporto non dipendente» dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Occorre accettare la distinzione tra forma del rapporto di lavoro e modalità di inserimento nel sistema organizzativo di erogazione dell'offerta. I medici di medicina generale devono accettare e dovrebbero rivendicare una loro maggiore «integrazione» nel sistema di offerta di prestazioni e di servizi di prevenzione, diagnosi, cura in regime di ricovero, di day hospital, cure ambulatoriali o a domicilio. La logica di una assistenza «non più frammentata in prestazioni specialistiche», ma progettata ed erogata sulla base del concetto di «percorsi di diagnosi e cura», «profili di cura», «continuità assistenziale pre e post fasi acute» richiede un rilevante, significativo e qualificato coinvolgimento dei medici di medicina generale.

Accettare, sostenere e promuovere il modello della «continuità assistenziale» ha almeno tre implicazioni critiche per il futuro del sistema della salute:

a) ricostruire, favorire e realizzare il recupero della «continuità» della professione medica (che è unica anche se esercitata in contesti diversi): ciò vuol dire creare le condizioni culturali necessarie per superare la situazione di separatezza tra «medici ospedalieri, o che operano in strutture» e «medici di medicina generale sul territorio», spesso considerati meno qualificati in una società che attribuisce più elevato valore al principio della «specializzazione» rispetto a quello della

«integrazione» e della risposta reale ai bisogni;

b) provvedere a realizzare forme di integrazione con altre professioni, all'interno dell'ospedale (dove forse la tecnologia e l'organizzazione del lavoro la rende più agevole) sia sul territorio dove appare più difficile o «meno naturale»;

c) contribuire ad affrontare anche gli aspetti economici, in quanto il rafforzamento del ruolo iniziale del medico di medicina generale (di indirizzo verso corretti percorsi di diagnosi e cura a seguito di un corretto inquadramento sulla base dei primi sintomi e adeguata anamnesi, nonché di erogazione di cure primarie ove possibile) e in fasi successive (assistenza ambulatoriale sul territorio o domiciliare seguita e controllata dal medico di medicina generale) può ridurre «la corsa» e «la concentrazione» dei pazienti verso le strutture a più alta complessità ed a più alti costi, che è una delle cause di esplosione della spesa per la salute.

Chiaramente, il recupero in pieno della continuità della professione e della professionalità medica in un contesto in cui le conoscenze sono sempre più complesse e articolate e cambiano rapidamente, non può avvenire solo sulla base della buona volontà e della disponibilità di singoli. Occorrono precisi strumenti quali:

a) la predisposizione di particolari protocolli di indirizzo per la prevenzione, la diagnosi e cura, la terapia e l'assistenza domiciliare post fase acuta, ecc., elaborati tenendo conto delle condizioni reali (non ideali o ipotetiche) in cui agiscono i medici di medicina generale, delle condizioni emotive dei pazienti e dei loro parenti: occorre che i medici di medicina generale non si sentano «valorizzati» e «riconosciuti» sul piano formale, ma sostanzialmente abbandonati a se stessi;

b) realizzare momenti di confronto e di reciproco apprendimento tra «medici che operano in diversi contesti» (si tratta di rendere più uniformi le conoscenze tra medici ospedalieri e non ospedalieri) affinché si definiscano percorsi assistenziali finalizzati ad «ottimizzare l'intero percorso» e non solo alcune fasi di esso, fossero pure le più critiche e quelle a più elevato costo.

Un altro aspetto rilevante che può contribuire a rilanciare in modo positivo il ruolo dei medici di medicina generale è quello di potenziare forme di associazionismo medico. Infatti queste forme, se sostenute da una adeguata organizzazione e da una idonea strumentazione (ambulatori con una attrezzatura un po' più sofisticata di quella in media possibile negli studi personali, collegamenti informatici per la conservazione di informazioni sui pazienti e l'accesso a database di varia natura, la possibilità di svolgere alcune operazioni quali prenotazioni in tempo reale e ricevimento dei referti) consentirebbero di coniugare il mantenimento di un elevato rapporto personale (rapporto medico-paziente), con la continuità della risposta (copertura assistenziale da parte di altri medici associati che non sono completamente anonimi), servizi di qualità o che, comunque, garantiscono un soddisfacente livello di sicurezza.

Promuovere le forme di collaborazione e di trasmissione di conoscenze tra medici (e anche altri operatori della salute) che operano in situazioni ed ambiti assistenziali diversi e sostenere le forme di associazionismo dei medici di medicina generale, rappresenta una delle modalità per realizzare la «clinical governance» intesa come riconoscimento e valorizzazione dell'autonomia professionale inserita organicamente in un sistema organizzato di responsabilità sul piano della efficacia assistenziale, efficienza organizzativa, economicità della gestione non solo dichiarata, ma sottoposta a verifiche che non siano burocraticamente imposte dall'alto in basso (ragioni dalla legge finanziaria o da leggi e piani regionali), ma siano costruiti e condivisi dai medici e dagli operatori, da chi ha il rapporto diretto con i pazienti.

In conclusione si può rilevare che, per modificare ancor più profondamente e rapidamente di quanto non stia accadendo, il ruolo e le funzioni del medico di medicina generale occorre attivare le seguenti azioni:

1) creare nella società, nei pazienti, negli stessi medici un diverso orientamento rispetto al passato, una diversa percezione e anche attese diverse da quelle oggi orientate prevalentemente verso le grandi scoperte scientifiche e verso le frontiere della specializzazione spinta;

2) rafforzare e finalizzare la formazione iniziale dei medici che si orienteranno a svolgere funzioni di base e sostenerla con una continua funzione di aggiornamento e riqualificazione;

3) dare grande rilievo, in questa formazione, e usare l'informazione, i medici per diffondere attese positive nel cambiamento dei tradizionali modelli assistenziali, ad esempio una maggiore consapevolezza dell'efficacia per i pazienti del modello basato sui «percorsi assistenziali» e le capacità relazionali ed organizzative, oltre naturalmente a quelle scientifiche;

4) definire una strategia di integrazione con le aziende sanitarie territoriali e con le aziende ospedaliere coinvolgendo anche enti locali per i servizi nei quali vi è forte interazione strutturale tra componente sanitaria e sociale.

Il futuro per i medici di medicina generale non è semplice, ma se sarà accolta la visione, la prospettiva sopra delineata, seppure nel breve spazio consentito, vi potrà essere il recupero dei valori che hanno fatto la storia e il prestigio (e anche suggerito qualche romanzo) del «medico di famiglia», del medico professionista non anonimo che i pazienti conoscono e nel quale hanno fiducia per le piccole esigenze di salute, ma anche per i consigli su gravi problemi, quando i grandi specialisti, i grandi esperti hanno tra loro pareri diversi.

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 salute

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 devono essere originali e avere contenuto innovativo.

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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

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, pp. 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 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

MECOSAN



click

Gentile abbonato,

la copia esatta di *MECOSAN* «cartaceo» è disponibile anche nel 2005 in «CD rom».

In questo modo Le è possibile, con un semplice click:

- ✓ visualizzare e consultare la rivista *MECOSAN* in formato pdf, mediante l'applicazione Acrobat Reader, «sfogliandola» come nel formato cartaceo;
- ✓ «navigare» nella rivista *MECOSAN* andando direttamente alle sezioni o agli articoli di maggior interesse;
- ✓ fare ricerche «per frase» nei testi di tutto il fascicolo;
- ✓ avere a fine anno 2005, in un solo «CD rom», tutta l'annata cartacea.

Si abboni subito, Le risulterà notevolmente vantaggioso.

In 3^a di copertina troverà le condizioni di abbonamento.

IL DIRETTORE GENERALE

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Aurea Serrano Serrano', is written below the title of the General Director.

Roma, dicembre 2004

**RINNOVI, PERTANTO, SUBITO
L'ABBONAMENTO A MECOSAN 2005,
E SOTTOSCRIVA CONTESTUALMENTE
ANCHE MECOSAN CLICK 2005
SE NON LO HA ANCORA FATTO**

LA CRESCITA DELLA SPESA FARMACEUTICA: LE MOTIVAZIONI E LA VALUTAZIONE DELLE DIVERSE COMPONENTI

Monica Otto, Silvia Paruzzolo

Osservatorio Farmaci, Cergas Bocconi

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. I fattori di crescita della spesa sanitaria - 3. Le componenti di crescita della spesa farmaceutica - 4. I consumi - 5. I prezzi - 6. Il progresso tecnologico e la spesa sanitaria.

The pharmaceutical expenditure shows a high increasing rate in almost all OECD countries. As a consequence, it has been a preferred target for cost-containment measures. This article discusses the role of different drivers of the pharmaceutical expenditure (income, age-structure of the population, structure of the health care system, etc.) and «ex-post» explanatory variables (prices, volumes and mix). Relationship between innovation and expenditure growth is emphasized. Results are very useful both for pharmaceutical policy and management at all decision-making levels (central, regional, local).

1. Premessa

Il presente articolo illustra i principali risultati di una ricerca condotta dall'Osservatorio farmaci del Cergas Bocconi (www.cergas.info). L'obiettivo è la definizione di un *framework* teorico sulle componenti ed i fattori di crescita della spesa farmaceutica, nell'ambito del più ampio contesto dell'assistenza sanitaria, attraverso una sistematizzazione della letteratura, nazionale ed internazionale.

È innanzitutto necessario definire il concetto di componente e quello di fattore di crescita della spesa farmaceutica, pur esistendo importanti elementi di sovrapposizione che non consentono una specifica identificazione delle due variabili:

— con il termine *componenti* ci si riferisce, in prima approssimazione, a prezzi e consumi, il cui andamento determina contestualmente il trend finale della spesa; l'aumento del prezzo medio è poi generato sia da un incremento dei prezzi sia da uno spostamento del *mix* verso nuovi prodotti,

tendenzialmente più cari (il cosiddetto «effetto *mix*» - cfr. *infra*);

— con il termine *fattori* ci si riferisce ai cosiddetti *driver* della spesa, vale a dire le variabili, quali, ad esempio, il reddito, il progresso tecnologico, l'età, le aspettative sullo stato di salute che, almeno intuitivamente, sembrano avere una correlazione di causa-effetto con il trend in crescita della spesa.

La principale interrelazione tra componenti e fattori è che questi ultimi possono avere un impatto sui consumi, sui prezzi e sul *mix* (figura 1). In ultima istanza la loro azione congiunta determina l'impatto finale in termini di trend della spesa.

Il tentativo di indagare quale sia la quota di crescita imputabile alla variazione dei consumi o dei prezzi viene complicato dal ruolo del rapido progresso tecnologico che caratterizza il settore farmaceutico e quello dei servizi sanitari in generale. Il risultato è la necessità di disporre di strumenti metodologici che permettano di studiare le dinamiche di prezzi e quantità

in relazione alle variazioni in termini di qualità.

I risultati empirici qui di seguito richiamati si riferiscono in larga misura al mercato farmaceutico statunitense. Ciò risulta particolarmente rilevante in considerazione del contesto istituzionale considerato. È infatti necessario tener conto delle differenze sostanziali, quali il livello di regolazione pubblica e le dimensioni stesse del mercato farmaceutico nei diversi Paesi. Nello specifico, il mercato statunitense, oltre a rappresentare una quota rilevante del mercato mondiale, evidenzia, rispetto a quello di gran parte dei paesi europei, una minore regolamentazione (con riferimento, in particolare, ai prezzi) e copertura pubblica della spesa.

Per quanto il lavoro sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i paragrafi 1, 3, 5 e 6 sono da attribuire a Silvia Paruzzolo; il paragrafo 4 è da attribuire a Monica Otto; il paragrafo 2 è da attribuire ad entrambi gli autori.

2. I fattori di crescita della spesa sanitaria

Non essendo disponibili in letteratura studi «completi» relativi ai fattori di crescita della spesa farmaceutica, si è utilizzata come «proxy» la letteratura in materia di spesa sanitaria. Il diffuso interesse nato fin dagli anni '60 ha prodotto una vasta letteratura sul tema, nonostante la presenza di numerose criticità di carattere metodologico.

La finalità principale dei numerosi studi esistenti è quella di poter da un lato comparare i diversi Paesi in termini di efficienza del sistema sanitario nel tenere sotto controllo il livello di spesa attraverso i diversi metodi di finanziamento e offerta dei servizi sanitari e dall'altro investigare le determinanti dei diversi livelli di spesa. Tra i molti studi concernenti i possibili *driver* della spesa sanitaria, particolarmente rilevante è l'articolo di Gerdtham *et al.* (1992), in cui vengono ripresi e sistematizzati i contributi precedenti, nonché testate nuove ipotesi.

Dopo una sintetica analisi dei problemi di ordine metodologico, verranno discussi i fattori che determinano la crescita della spesa sanitaria e l'impatto di ciascun fattore individuato sul trend della spesa sanitaria.

2.1. I problemi metodologici

I problemi metodologici incontrati nell'indagine condotta sono strettamente legati ai limiti insiti nelle fonti dei dati raccolti. Le problematiche principali consistono in (Kanavos, Mossialos, 1999; Gerdtham *et al.*, 1994):

— dati non sempre comparabili e disallineamento non sempre costante (Poullier, 1989). Nel considerare la spesa sanitaria, spesso i dati non sono comparabili, in quanto ogni Paese co-

struisce propri metodi di rilevazione e di definizione delle variabili per finalità specifiche più che comparative. Esistono pertanto differenze nella definizione delle variabili, nella terminologia utilizzata e nelle metodologie di raccolta dei dati. Inoltre, un'ulteriore limitazione delle analisi *cross-section* (ovvero dei confronti riferiti a paesi diversi nella stessa unità temporale) è legata alla definizione dei confini dei servizi sanitari (si pensi ad esempio alla sovrapposizione tra servizi sanitari, socio-sanitari e previdenziali) (1); tale difficoltà diventa ancora maggiore se si vogliono analizzare le diverse categorie di spesa sanitaria (si pensi, ad esempio, ai servizi intra ed extra ospedalieri). Sempre rispetto all'utilizzo dei dati, alcuni limiti riguardano l'utilizzo del Pil in quanto anche in questo caso (i) il dato può derivare da diversi metodi di rilevazione, (ii) la robustezza dei risultati è limitata dal fatto che il Pil e la spesa sanitaria sembrano essere due variabili collegate, (iii) il Pil non riesce a rilevare il mercato nero, il cosiddetto «informal sector»;

— conversione dei valori monetari in un denominatore comune: i tassi di cambio e la Parità dei poteri di acquisto (PPA) (2) sono due metodi per convertire i valori di diversi Paesi in

una valuta comune in modo tale da permetterne la comparabilità;

— definizione delle tipologie di prezzo adeguate per la costruzione di indici in un servizio caratterizzato dall'assenza di mercato (cfr. *infra*);

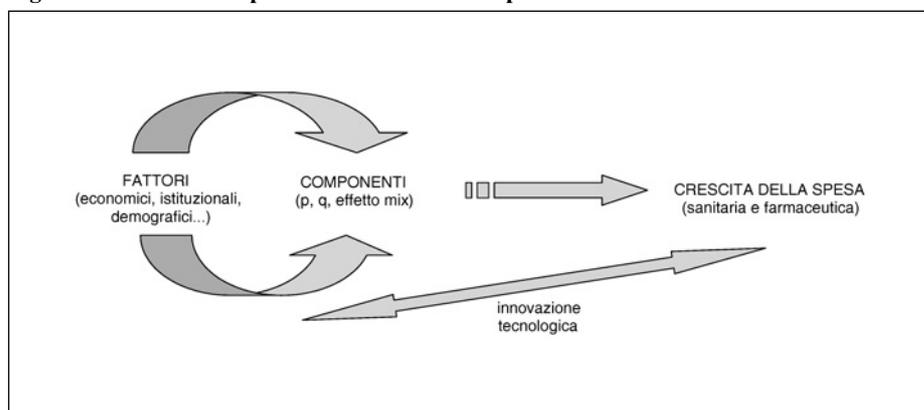
— esistenza di un'implicita ipotesi che i paesi partano da condizioni iniziali simili (rispetto all'organizzazione dei servizi sanitari; il *mix* pubblico/privato e l'implementazione di tecnologie);

— collegamento tra variabili non considerate e variabili esplicative (multicollinearità) e tra variabili significative e non (possibile effetto non rilevato di una variabile che ha contribuito a rendere significativa l'altra);

— difficile caratterizzazione dei sistemi sanitari, in relazione ai diversi modelli di finanziamento ed erogazione dei servizi in quanto essi si combinano diversamente nei diversi sistemi sanitari;

— validità (lettura) dei risultati. Risulta difficile capire le relazioni di causa-effetto. Ad esempio, alcuni studi interpretano l'introduzione di tetti alla crescita della spesa ospedaliera, farmaceutica e totale, come causa di variazioni nel tasso di crescita della spesa. D'altra parte lo stesso risultato potrebbe riflettere un rapporto di causalità inverso; in altre parole, i tetti di

Figura 1 - Fattori e componenti di crescita della spesa



spesa potrebbero essere l'effetto e non tanto la causa di una spesa elevata. Tale risultato viene però considerato poco rilevante al fine di aiutare i *policy makers* nella definizione delle strategie sanitarie (Kanavos e Mossialos, 1999), in quanto accettando la relazione causale senza inserirla in un *framework* concettuale più ampio, si rischia di sminuire e limitare il dibattito su quale possa essere un livello adeguato di spesa.

2.2. I fattori di crescita evidenziati dalla letteratura

Dall'analisi della letteratura è stato possibile individuare due categorie di fattori che potenzialmente determinano la spesa sanitaria e che, quindi sono stati statisticamente indagati:

1) variabili socio-demografiche, ovvero principalmente:

a) reddito (PIL totale o pro capite);

b) popolazione (struttura in termini di fasce d'età): percentuale di popolazione al di sotto dei 15 anni e superiore ai 65 (in quanto si presume che utilizzino più servizi);

c) stato di salute della popolazione;

d) urbanizzazione (in quanto variano il rischio di contagio e i costi di trasporto);

2) variabili legate all'assetto dei sistemi sanitari, ovvero:

e) *mix* pubblico-privato del sistema dal punto di vista del finanziamento (copertura pubblica della spesa sanitaria) e dell'offerta (come *proxy* viene utilizzato il rapporto tra posti letto pubblici e privati);

f) tipologie di remunerazione degli operatori (*fee for service*/tetto/*budget*);

g) esistenza di forme di compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti;

h) livello delle tecnologie (presenza di tecnologie e grado di innovazione tecnologica).

Le analisi statistiche hanno evidenziato come la variabile esplicativa più importante sia il reddito/Pil. Inoltre emerge che una crescita della seconda variabile porta ad una crescita quasi proporzionale della prima. Questa relazione sembra essere valida anche quando altri potenziali fattori, come l'urbanizzazione e la struttura della popolazione per fasce d'età, vengono incluse nell'analisi. Risulta inoltre che, all'aumentare del processo di industrializzazione di un paese, aumenta la quota del Pil destinata alla spesa sanitaria. Gli studi più recenti evidenziano la rilevanza del progresso tecnologico. A questo proposito, Newhouse (1992) ha presentato un'analisi della crescita della spesa sanitaria negli Stati Uniti, concludendo che almeno il 50% della crescita dei costi dei servizi sanitari non poteva essere spiegata dai fattori «tradizionali» e doveva essere attribuita al progresso tecnologico.

Una volta illustrati in sintesi i principali risultati della letteratura in materia di crescita della spesa sanitaria, è possibile ora analizzare più in dettaglio i potenziali fattori di crescita della spesa sanitaria su cui si è tradizionalmente focalizzata la letteratura, ovvero:

— il reddito;

— l'invecchiamento popolazione;

— la tipologia di sistema sanitario.

Il reddito

Tra i fattori di crescita della spesa sanitaria il reddito risulta quello più indagato. Esistono infatti numerosi studi empirici volti ad analizzare la relazione esistente tra reddito (misurato in termini di Pil) e spesa sanitaria. Già nel 1967 Abel Smith, nel 1974 Kleiman e nel 1977 Newhouse dimostrarono l'esistenza di una relazione posi-

tiva tra la spesa sanitaria pro capite ed il Pil pro capite. In particolare, lo studio di Newhouse (1977) sottolinea come le indagini sui dati nazionali che si soffermano sulla relazione tra reddito e spesa sanitaria dei singoli nuclei familiari non evidenzino una correlazione pari a quella riscontrabile con i dati a livello macro. Tale fenomeno può, almeno in parte, essere legato alla presenza di un terzo pagante che rende i singoli nuclei familiari meno sensibili al fattore reddito, il quale viene quindi considerato meno vincolante rispetto alla scelta di usufruire di servizi sanitari. Il governo centrale, invece, affronta l'intero costo dei consumi sanitari e quindi nella scelta dei livelli di spesa sanitaria la variabile reddito a livello aggregato diventa determinante.

Ulteriori risultati di rilievo sono emersi da un'indagine svolta su dati *cross-section* e su serie storiche condotta da Herwartz e Theilen (2003). Per il periodo 1960-1981 viene confermata un'influenza del reddito e dell'invecchiamento della popolazione sulla spesa sanitaria. Successivamente (e fino al 1997) è l'assetto del sistema ad assumere un'influenza crescente. Tale incremento di peso dei fattori di sistema (in particolare della tipologia di sistemi sanitari) dipende fortemente dalla crescente divergenza degli stessi da Paese a Paese a causa delle diverse azioni di contenimento della spesa sanitaria in generale e di quella farmaceutica in particolare.

Anche Blomquist e Carter (1997) fanno ulteriori riflessioni circa la relazione tra Pil e spesa sanitaria, domandandosi se effettivamente il bene salute sia un bene di lusso, ovvero con elasticità della domanda di prestazioni sanitarie superiore all'unità (3). Infatti, sebbene le prestazioni sanitarie posseggano complessivamente le caratteristiche di beni di lusso (la loro domanda cresce infatti più che proporzionalmente all'aumentare del reddi-

to), l'incremento della spesa sanitaria, oltre ad essere positivamente correlato al Pil, è attribuibile anche ad altre tipologie di fattori, come ad esempio il cambiamento delle patologie prevalenti dovute a diversi stili di vita.

Alla luce dei risultati raccolti è possibile concludere che dalla letteratura analizzata emerge, in generale, una correlazione positiva fra il reddito pro capite e l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil. Al crescere di quest'ultimo, le risorse destinate alla salute aumentano, i consumatori tendono ad abbandonare i servizi a basso contenuto tecnologico e a spostare le proprie preferenze verso prestazioni qualitativamente superiori e più costose.

Da parte di tutti gli autori viene rimarcato come la variabile reddito non debba essere presa in considerazione in modo isolato, in quanto accanto ad essa agiscono, come determinanti del trend di spesa, altri fattori di rilievo, quali l'invecchiamento della popolazione (anche se con i limiti che emergeranno nel prosieguo), le variabili di sistema ed il progresso tecnologico.

Invecchiamento della popolazione

L'invecchiamento della popolazione risulta essere un fattore con un impatto potenzialmente significativo sui livelli di spesa sanitaria. Operando una semplificazione della questione è possibile affermare che, poiché gli anziani spendono di più rispetto ad altre classi di età, allora anche la spesa complessiva, oltre a quella per gli anziani, tende a crescere. L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che interessa numerosi Paesi sviluppati (e tra questi, in modo particolare l'Italia) a causa del decremento della fertilità e dell'aumento delle aspettative di vita, generate da un miglioramento delle condizioni di vita e dalle innovazioni in campo medico e farmaceutico (Zwifel, Felder, Meiers,

1999). In riferimento a quest'ultimo aspetto, i cambiamenti tecnologici stanno assumendo sempre maggiore importanza nella determinazione dell'impatto dell'invecchiamento della popolazione sui costi. A sostegno di tale affermazione sembra si pongano i dati relativi alle quote di investimento destinate alla ricerca e sviluppo di tecnologie, farmaci e trattamenti terapeutici per patologie della popolazione anziana. Ad esempio, in America i 2/3 dei farmaci in produzione nelle industrie farmaceutiche sono finalizzati al miglioramento della qualità di vita degli anziani (Mastrobuono, Bova, 2004).

La letteratura è ricca di studi che indagano l'impatto di tale fattore sulla spesa sanitaria. Al riguardo, l'indagine bibliografica condotta conferma l'esistenza della correlazione tra le due variabili, precisando però che l'analisi di tale correlazione richiede, così come nel caso dello studio della variabile «reddito», di tenere in considerazione altri fattori, quali il tipo di tecnologie utilizzate e le modalità di organizzazione del mercato sanitario (Piperno, 2002). Infatti, l'invecchiamento della popolazione produce cambiamenti strutturali nei sistemi produttivi, nel mercato del lavoro, ed influenza la capacità finanziaria dello stato sociale (Mastrobuono, Bova, 2004).

Al di là degli sviluppi quantitativi futuri di tale variabile, gli studi presi in considerazione confermano che il livello di spesa sanitaria attribuibile agli anziani è relativamente più elevato rispetto a quello della popolazione complessiva. In particolare Spillman e Lubitz (2000) concludono che l'aumento di longevità dopo i 65 anni può avere un effetto ridotto sulla spesa per le cure ad alta intensità, ma ha un impatto più ampio sulle spese a lungo termine e quindi sulla totalità della

spesa sanitaria per anziani e, di conseguenza, su quella complessiva.

Infine, Zweifel, Felder e Meiers (1999), ponendosi in parte contro corrente, hanno condotto uno studio econometrico, concludendo che la spesa sanitaria dipende dal tempo di vita residuo piuttosto che dall'età. Il contributo dell'invecchiamento della popolazione alla crescita della spesa sanitaria, secondo tale studio, sarebbe quindi più contenuto rispetto a quanto indicato da altri studiosi.

In conclusione è bene sottolineare come il fattore «invecchiamento della popolazione» ed il suo impatto sulla spesa sanitaria impongano ai decisori politici una duplice riflessione in merito:

— agli effetti di tale impatto sulle modalità di finanziamento del sistema sanitario;

— all'assetto redistributivo dei costi derivanti dall'incremento della spesa.

Ciò significa che i sistemi sanitari nazionali, in un contesto di invecchiamento della popolazione, saranno chiamati a dare risposta a domande del tipo: «Chi sarà chiamato a pagare gli incrementi futuri di spesa? In che misura? Quanta solidarietà intergenerazionale si rende necessaria?».

Tipologia dei sistemi sanitari

Come già indicato in precedenza, dal recente studio condotto da Herwartz e Theilen (2003) emerge che negli ultimi 20 anni l'impatto di fattori, quali il reddito o l'invecchiamento della popolazione, è stato disomogeneo nei diversi Paesi Ocse. Tale trend trova spiegazione nella crescente importanza assunta dai fattori di sistema. I cambiamenti in corso nel contesto internazionale derivano dall'incapacità espressa dai tradizionali sistemi di *welfare* di far fronte alla crescente (da un punto di vista quantitativo e quali-

tativo) domanda di servizi sanitari (Vicarelli, 2001). In particolare, i diversi sistemi sanitari influenzano la spesa condizionando i livelli di consumo e quindi la spesa, a seconda:

- del sistema di finanziamento e delle forme di compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti;

- dei sistemi di remunerazione degli operatori;

- del sistema assicurativo vigente, vale a dire sistemi a prevalente connotato privatistico (come quello statunitense) o mutualistico (Francia, Belgio, Germania, Olanda e Svizzera) o a Ssn, - Servizio sanitario nazionale (è il caso dell'Italia, del Regno Unito, della Svezia e del Canada).

Uno studio condotto da Di Maio, Ravasio e Lucioni (2001) mette a confronto sistemi a Servizio sanitario nazionale (Ssn) (tra questi, Italia, Regno Unito e Spagna) con sistemi sanitari caratterizzati dalla presenza di un modello delle Assicurazioni sociali di malattia (Asm) (tra i quali, Francia, Germania e Paesi Bassi). Prendendo in considerazione i livelli di Pil e di spesa sanitaria pro capite nelle due tipologie di sistemi, gli autori giungono alla conclusione che Paesi con modello ad Assicurazioni sociali di malattia spendono, a livello pro capite, di più rispetto ai Paesi a Ssn.

Dalla letteratura analizzata emerge comunque che la tipologia del sistema sanitario rappresenta un fattore esplicativo indiretto della spesa sanitaria. Infatti nell'ambito degli studi presi in considerazione non si individuano relazioni chiare di correlazione diretta (positiva o negativa) tra certe caratteristiche dei sistemi sanitari e la spesa, ma si producono alcune considerazioni circa l'associazione delle stesse ad altri fattori con impatto diretto (ad esempio, reddito ed invecchiamento della popolazione). Si può comunque concludere che negli studi più recenti emerge un crescente interesse verso

l'approfondimento dell'impatto delle variabili correlate al sistema sanitario.

3. Le componenti di crescita della spesa farmaceutica

Con il termine componenti di crescita del mercato ci si riferisce, come sopra indicato, a prezzi, consumi ed effetto *mix*. In letteratura non sono molti gli studi che hanno cercato di scomporre il trend della spesa e evidenziare l'andamento dei prezzi da un lato e dei consumi dall'altro, allo scopo di analizzare distintamente i rispettivi fattori di crescita. Va inoltre segnalato che non esiste una definizione comunemente riconosciuta per il cosiddetto effetto *mix*, con il quale ci si riferisce alla modifica del paniere dei consumi verso prodotti nuovi più costosi.

Di seguito si riportano i principali risultati disponibili che, salvo dove indicato diversamente, si riferiscono al contesto statunitense.

Uno sforzo definitorio delle componenti di crescita della spesa, è stato fatto allo scopo di produrre delle proiezioni sulla spesa futura. In questo contesto, Shah *et al.* (2003) hanno elencato e definito i seguenti elementi:

- tasso di inflazione attribuibile al prezzo: crescita del costo unitario dei farmaci esistenti nel tempo;

- utilizzo (consumo): variazione del numero dei consumatori, del numero di giorni di terapia, della dose giornaliera della terapia;

- *patient mix (intensity factor)*: impatto sui costi dell'utilizzo di farmaci più costosi in situazioni in cui sono disponibili farmaci meno costosi;

- *utilizzo/patient mix*: disponibilità di farmaci ad alto costo in grado di trattare patologie storicamente incurabili (per mezzo di farmaci o di altri approcci terapeutici).

I fattori che hanno influito sulla crescita delle diverse componenti di spesa sono stati indagati dalla Massachu-

setts Division of Medical Assistance che ha evidenziato come *driver* del trend di spesa: le assicurazioni (o più in generale, la presenza di un terzo pagante che rende il consumatore finale meno sensibile al prezzo), la pubblicità diretta al consumatore (4) e l'effetto legato ai farmaci che detengono la quota maggiore del mercato. Lo stesso studio ha evidenziato il ruolo di prezzi e effetto-*mix*: la crescita del prezzo medio per prescrizione (10,5%) (da 40.96 a 45.27\$) tra il 1999 e il 2000, è spiegato per il 39% dall'inflazione «pura» e per il 61% dallo *shift* verso prodotti più costosi. Un altro fattore determinante la crescita del costo medio per prescrizione sembra legato al fenomeno per cui il 30% delle prescrizioni nel 2000 si riferisce al mercato detenuto dai primi 50 farmaci maggiormente venduti, il cui prezzo medio ammontava a 67.15\$ (rispetto ad una media di 36.01 degli altri farmaci prescritti), le cui vendite avevano evidenziato un incremento del 40,2% (contro il + 7,9% degli altri farmaci) e il cui numero di ricette era aumentato del 30% (rispetto al 2% degli altri farmaci).

Un'ulteriore considerazione rispetto al trend dei prezzi nel mercato farmaceutico va fatta in relazione ai differenziali in termini di crescita tra farmaci di marca (*branded*) e farmaci generici (cfr. tabella 1). Come si evidenzierà in seguito, tale distinzione risulta particolarmente rilevante nella costruzione degli indici dei prezzi dei farmaci (cfr. *infra*, § 4).

Dal lato dei consumi, secondo lo studio in oggetto, la crescita nel volume delle prescrizioni è attribuibile a:

- i cambi nella struttura della distribuzione per fasce d'età della popolazione;

- il numero di persone cui vengono prescritti i farmaci;

- il numero di prescrizioni pro capite; tra il 1992 ed il 2000 il numero di

prescrizioni è cresciuto del 53% in valori assoluti e del 42,4% in termini pro capite.

Anche sui volumi, influisce il sovraccitrato effetto dei «top 50»: i primi 50 farmaci più venduti, hanno evidenziato una crescita delle prescrizioni tra il 1999 e il 2000 pari al 18,6% rispetto a quella del 3,4% del resto dei farmaci prescritti.

Con riferimento all'effetto della pubblicità diretta al consumatore, lo studio in oggetto evidenzia come ai 25 farmaci maggiormente pubblicizzati sia imputabile il 40% della crescita della spesa derivante dalla vendita al dettaglio. Tra il '98 e il '99, le prescrizioni per questi farmaci sono cresciute del 34% (contro un + 5% dei restanti farmaci). Il 30% dei pazienti ha richiesto un farmaco pubblicizzato e il 44% dei medici ha prescritto un farmaco richiesto.

Un altro gruppo di studi riferiti al contesto statunitense (Shah *et al.*, 2003; Schweitzer, Comanor, 2000) ha separatamente analizzato i principali *driver* della crescita dei consumi (pari, in termini pro capite, al 40% tra il 1990 ed il 2000) e del costo per prescrizione (aumentato del 108% nello stesso periodo di tempo).

Secondo tali studi, la crescita dei consumi è attribuibile a diversi fattori quali: (i) l'invecchiamento della popolazione; (ii) l'aumento della copertura da parte del terzo pagante; (iii) la pubblicità diretta nei confronti dei pazienti. La crescita del costo per prescrizione è invece attribuibile alla crescita dei prezzi dei prodotti esistenti ed alla crescita dell'utilizzo di farmaci nuovi legati ad uno specifico nome commerciale (*branded*), generalmente più costosi, piuttosto che della versione generica di farmaci a brevetto scaduto (5).

Una parte dei *report* sull'andamento del mercato tradizionalmente forniti alle imprese farmaceutiche

(NIHCM, Express Scripts, IMS HEALTH) attribuisce la crescita della spesa statunitense ad un aumento dei consumi e del *mix*. A titolo di esempio, il tasso di crescita della spesa farmaceutica ospedaliera (2001-2002) (pari al 10,7%), risulta così scomposto: 1,4% come effetto prezzo; 7,3% come effetto consumi e *mix*; 2% come effetto dell'introduzione di farmaci nuovi.

D'altro canto un'analisi del NIHCM pubblicata nel 1999, riferita ai dati tra il 1993 e il 1998 (secondo cui la crescita della spesa farmaceutica media era pari al 12,2%, contro una crescita della spesa sanitaria totale del 5,1%), ha addotto una quota consistente della crescita all'effetto prezzi, soffermandosi sulle diverse componenti e distinguendo tra farmaci nuovi e vecchi (tabella 2).

In particolare, dall'analisi delle vendite al dettaglio è emerso che:

— la crescita della spesa si è concentrata su alcune categorie terapeutiche che tendono ad includere farmaci altamente pubblicizzati. I dieci farmaci maggiormente pubblicizzati nel 1998 rappresentavano il 22% della crescita totale della spesa tra il '93 ed il '98;

— la crescita è dovuta sia ai prezzi più elevati, sia al maggior utilizzo degli stessi (cfr. tabella 2);

— l'introduzione e il vasto utilizzo di farmaci nuovi e più costosi ha portato all'aumento del costo medio per prescrizione (da \$ 27 nel '93 a \$ 37 nel '98);

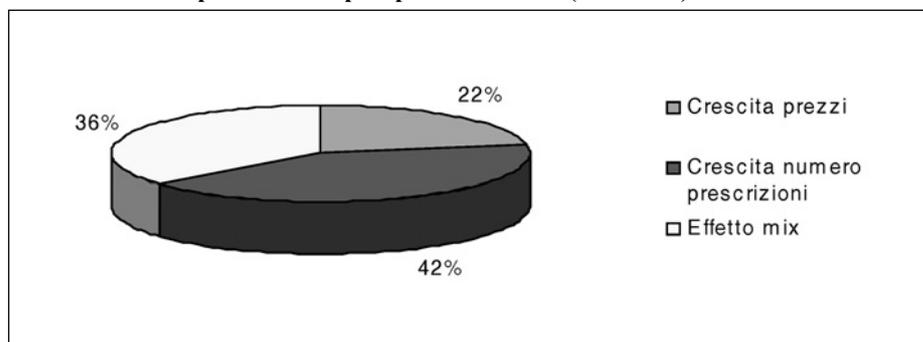
— più della metà della crescita della spesa per farmaci nuovi può essere attribuita al fatto che, in media, essi costano più del doppio dei vecchi farmaci mentre la crescita dei prezzi di farmaci vecchi è stata molto modesta (crescita media annua del 4,2%).

Tabella 1 - I farmaci generici nel mercato USA (valori in \$)

	1999	2000	1999-2000
Totale etici	42,42	45,79	7,9%
Branded	60,66	65,29	7,6%
Generici	18,16	19,33	6,4%

Fonte: Massachusetts Division of Medical Assistance (2002).

Grafico 1 - Le componenti della spesa per farmaci etici (1999-2000)



Fonte: Massachusetts Division of Medical Assistance (2002).

Un'ultima considerazione, che verrà successivamente approfondita, riguarda gli strumenti disponibili per quantificare la crescita delle diverse componenti. Per ottenere un livello più approfondito di analisi risulta infatti necessario considerare la correlazione tra la crescita dei prezzi dei farmaci e la variazione della qualità dei prodotti (NIHCM, 1999) (cfr. *infra*). Le posizioni riscontrabili nella letteratura empirica sul tema della qualità dei prodotti e l'impatto sulla crescita della spesa sono contrastanti. In sintesi le due tesi principali sono le seguenti:

— la crescita dei prezzi dei prodotti è correlata ad una crescita dei benefici terapeutici degli stessi (Schweitzer e Comanor, 2000; Lichtenberg, 2001);

— la crescita dei prezzi è legata a *line extensions* che non apportano sostanziali miglioramenti clinici sui farmaci già esistenti (NIHCM Foundation, 2002).

4. I consumi

I principali indicatori di unità di misura a quantità sono:

— il numero di confezioni. Tale misura incontra problemi di affidabilità in caso di grosse difformità nelle dimensioni delle confezioni, come spesso accade in contesti nazionali diversi;

— l'unità galenica. Tale unità di misura supera il problema della difformità di dimensioni delle confezioni, sebbene attribuisca la medesima importanza a unità con diversi dosaggi;

— la quantità di principio attivo. Si tratta di un'unità di misura adeguata per un confronto dei consumi nel tempo e nello spazio. Si presta però difficilmente all'analisi dei consumi di composti, in quanto alcuni principi attivi pesano diversamente a seconda della loro associazione ad altri. Inoltre tale unità di misura tratta uniformemente quantità di principi attivi la cui attività terapeutica è ottenuta con alta

grammatura e quelli con bassa (Le-comte, Paris, 1993).

Tra le unità di misura più frequentemente utilizzate e considerate più idonee per valutare il consumo dei farmaci ed operare un confronto tra serie di dati trasversali e longitudinali si colloca la *Defined Daily Dose* (DDD). La DDD è definita come l'ipotetica dose media giornaliera di mantenimento di un farmaco, riferita ad una via di somministrazione ed all'indicazione terapeutica principale per l'adulto. Essa si basa sostanzialmente sulla quantità di principio attivo teoricamente necessaria per il trattamento di un adulto e viene generalmente espressa in peso di principio attivo (grammi), nel caso in cui nel prodotto farmaceutico vi sia incluso un solo principio, oppure in unità di somministrazione in presenza di più principi attivi (Eandi, 2002).

Storicamente, la prima lista di valori delle DDD fu pubblicata dal Nordic Council on Medicines (Norvegia). In seguito l'OMS ha fatto proprio tale metodo, integrandolo con il sistema ATC (sistema di classificazione Anatomica-Terapeutica-Chimica). Attualmente le DDD vengono assegnate per i farmaci classificati secondo il quinto livello ATC dal Centre for Drug Statistics Methodology che collabora con l'OMS. In particolare, la procedura per la costruzione della DDD da parte del Centro si basa sui seguenti principi (www.who.no/atcddd):

— la dose media per adulto utilizzata per l'indicazione principale come emerge dal codice ATC. Quando la dose consigliata si riferisce al peso corporeo, si ipotizza che un adulto corrisponda ad una persona di 70 Kg;

— nella definizione delle DDD solitamente è preferita la dose di mantenimento (e non quella di attacco);

— generalmente viene utilizzata la dose di trattamento (e non, eventualmente, di prevenzione e/o diagnosi);

— la DDD è di solito definita in linea con il contenuto dichiarato del prodotto.

La DDD risulta quindi essere una sorta di compromesso basato sulla rivisitazione delle informazioni disponibili (comprese le dosi utilizzate nei vari Paesi).

Accanto alle DDD, esistono altri indicatori per l'analisi ed il confronto del consumo dei farmaci: si tratta delle *Prescribed Daily Doses* (PDD), ampiamente utilizzate negli Stati Uniti. Le PDD sono definite come la quantità di farmaco utilizzata come dose media giornaliera prescritta. Essa viene indicata direttamente in unità ponderali (grammi) invece che in unità convenzionali DDD. La PDD non è quindi un'unità di misura come la DDD, ma un valore medio statistico che esprime «la tendenza centrale della variabilità del comportamento prescrittivi rilevato in un ambito predefinito di indagine» (Eandi, 2002).

Tabella 2 - Percentuale di contribuzione alla crescita della spesa per farmaci etici (1993-1998)

	Effetto prezzo	Effetto consumo
Farmaci vecchi	42%	23%
Farmaci nuovi	22%	13%
Totale	64%	36%

Fonte: NIHCM, 1999.

Nel box 1 viene operato un confronto tra i due indicatori. Da tale confronto emerge come essi permettano di superare i limiti insiti nelle altre unità di misura dei consumi indicate ad inizio paragrafo. Infatti esse consentono di confrontare i consumi dei farmaci che differiscono tra loro per quantità di principio attivo o per la durata del trattamento assicurato dalla singola confezione e consentono un confronto trasversale tra più Paesi indipendentemente dal confezionamento.

I principali limiti attribuibili alle DDD sono così riassumibili:

— le DDD non tengono conto che i medici prescrivono alcuni farmaci in dosi differenti per diverse indicazioni, ma fanno riferimento alla dose media giornaliera di mantenimento per un adulto;

— esiste un problema di discordanza tra i tempi di revisione delle DDD (ogni 10 anni) e l'evidenza oggettiva dei *clinical trials*;

— infine le DDD presentano tre svantaggi nell'ambito degli studi di farmacoeconomia (Clarke, Gray, 1995):

a) ignorano il punto di vista sociale ed il costo di altre modalità di trattamento. Quindi talvolta risultano inappropriate nella valutazione dei costi sociali di una malattia;

b) non misurano le conseguenze delle alternative in termini monetari, in termini di efficacia del trattamento o di qualità della vita e quindi, in tali casi, non sono appropriate per analisi di costi-benefici, costo-efficacia e costo-utilità. Le DDD sono inappropriate negli studi di minimizzazione dei costi dove gli *outcome* sono considerati eguali;

c) le DDD non prevedono l'analisi di sensibilità non permettendo la validazione della robustezza dei risultati.

La principale problematica correlata alle PDD si riferisce alla stima delle

stesse, la quale richiede un numero di informazioni superiori rispetto alle altre tecniche di misurazione dei consumi, vale a dire il numero cumulativo di unità farmaceutiche prescritte in un anno per ciascun prodotto preso in considerazione e la somministrazione giornaliera media. Rapportando tali valori si ottiene una stima dei giorni cumulativi di trattamento in un anno con i singoli farmaci. Per ogni prodotto farmaceutico considerato il valore delle PDD equivale al rapporto tra il numero di grammi cumulativi prescritti in un anno ed il numero di giorni cumulativi di trattamento in un anno. Come le DDD anche le PDD non sono appropriate nell'ambito di studi di analisi costo-efficacia, in quanto non correlate ai risultati clinici della terapia (Eandi, 2002).

Nello studio condotto da Lecomte e Paris (1993) gli autori prendono in considerazione l'uso delle DDD nel confronto tra prezzi. In particolare ricostruiscono i prezzi medi ponderati con le DDD vendute: si tratta dei prezzi medi della giornata di trattamento ottenuti dividendo il valore delle vendite espresse a prezzi a ricavo industria per il numero di DDD. Dallo studio emerge che i prezzi così calcolati dipendono da:

- tipologia di prodotti consumati;
- struttura del consumo;
- prezzi di vendita dei prodotti.

Gli autori concludono che il confronto tra prezzi medi per giorno-trattamento non permette di trarre conclusioni sulla disparità di prezzo dei farmaci tra i Paesi, come è possibile fare impiegando gli indici di prezzo (cfr. *infra*). Tale confronto fornisce, invece, a completamento di quanto emerge dall'uso di questi ultimi, informazioni circa le abitudini di consumo.

5. I prezzi

L'area dei servizi sanitari, in generale, e quella dei prodotti farmaceutici, in particolare, è tra le più problematiche in termini di misurazione dei prezzi e degli *output* qualitativi, principalmente. In primo luogo i benefici si misurano nel lungo periodo. È inoltre complesso valutare la rilevanza del progresso tecnologico (cfr. §2 e §6) in termini di miglioramento dell'efficacia di trattamento e crescita del benessere dei pazienti. Infine, la presenza di un terzo pagante e la conseguente inesistenza di un prezzo di mercato rende impossibile quantificare prezzo e quantità attraverso lo studio dell'offerta e della domanda.

Box 1 - DDD e PDD a confronto

DDD	PDD
Utile per monitorare il consumo di farmaci	Metodo considerato più diretto. Utile per la misurazione delle quantità prescritte e la stima della dose media totale consumata per ciclo terapeutico. Richiede però maggiori informazioni
Il numero di DDD/1000 abitanti/ <i>die</i> è utile per analizzare il teorico consumo di uno stesso farmaco o di più farmaci in aree diverse (per confronti nazionali ed internazionali) o nel tempo (e anche per studi di prevalenza di patologie)	Utile per confrontare comportamenti prescrittivi di uno stesso farmaco o più farmaci in aree diverse (per confronti nazionali) o in intervalli di tempo successivi

Numerosi studi denunciano il rischio che gli indici di prezzo attualmente esistenti sovrastimino il tasso di inflazione di un mercato in rapida crescita e caratterizzato dall'entrata di nuovi prodotti (Park, 2000). È quindi necessario costruire nuovi indici più sensibili al problema della misurazione degli aggiustamenti di qualità che permettano di valorizzare i cambiamenti nel benessere dei pazienti ed adeguare i pesi utilizzati nel calcolo degli indici rispetto al tasso di innovazione (6).

Alcuni autori (Caves *et al.*, 1991) notarono che dopo il 1982 l'indice dei prezzi di produzione (*Production Price Index*) per i prodotti farmaceutici era notevolmente cresciuto rispetto agli indici del lavoro e delle materie prime. Tale sovrastima del PPI è causata almeno in parte da importanti differenze trascurate tra i prodotti inclusi nel campione e l'universo dei prodotti farmaceutici (Berndt, Griliches, Rosett, 1990) (7). Il problema nasce dal fatto che le agenzie statistiche considerano i nuovi prodotti come prodotti completamente distinti, attribuendo loro pesi fissi nel calcolo degli indici, senza procedere ad alcuna comparazione con i prodotti esistenti. In questo modo, se si pensa al caso dei generici, non viene quantificato il beneficio per il consumatore correlato alla riduzione del prezzo (Griliches, Cockburn, 1994). Infatti, poiché i nuovi prodotti generalmente non vengono comparati con le versioni precedenti, il prezzo implicito o esplicito che il consumatore deve sostenere come risultato dell'entrata dei nuovi prodotti non appare attraverso gli indici. Il caso dei generici in questo contesto rappresenta una versione semplificata del più generale e comunemente definito «new goods problem». Un farmaco generico è infatti bioequivalente al farmaco originatore; ne possiede quindi le stesse ca-

ratteristiche, pur avendo un prezzo notevolmente inferiore.

Per affrontare tale problema vengono utilizzati diversi approcci. Il Bureau of Labor Statistics utilizza il Production Price Index, mentre la FDA (Food and Drug Administration, agenzia incaricata di autorizzare l'immissione in commercio dei farmaci negli USA) considera il prezzo medio del principio attivo, o meglio, di tutti i prodotti venduti per una stessa finalità terapeutica. Nel calcolo del PPI, i generici vengono considerati come un prodotto totalmente distinto e non sostituibile, mentre, nel calcolo del prezzo medio, i generici vengono considerati come un prodotto equivalente agli altri prodotti *branded*. Il primo approccio che considera tutti i prodotti totalmente distinti può essere più corretto, alla luce del fatto che non tutti i consumatori passano necessariamente alla versione meno costosa, ma la risultante esclusione di qualsiasi guadagno dovuto all'entrata della nuova versione del prodotto, rende la misurazione distorta. Infatti, per quanto riguarda la quota di consumatori che reputa le due versioni sostanzialmente equivalenti, essi beneficiano di una riduzione sostanziale del prezzo ed un correlato guadagno in termini di benessere che gli attuali metodi utilizzati dalle agenzie non riescono a catturare.

Diversi studi (Shapiro *et al.*, 1999; Pavcnik, 2000) hanno cercato di costruire strumenti volti ad indirizzare e supportare le agenzie statistiche nell'elaborazione di indici ai prezzi dei servizi sanitari, in modo tale da rendere gli aggiustamenti degli indici sempre più coerenti con la realtà. In particolare, tra le raccomandazioni che vengono fatte al Bureau of Labour Statistics americano, vi è quella di abbandonare la pratica secondo cui vengono valutati panieri fissi di *input*, considerando altresì come bene cui attribuire un prezzo, l'intero trattamento

di una specifica diagnosi. Viene inoltre posta particolare attenzione alla necessità di quantificare il costo effettivo dei trattamenti, incorporare i cambiamenti qualitativi nei trattamenti nella variabile prezzo, nonché considerare gli eventuali sconti concessi ai terzi paganti.

Oltre alle suddette considerazioni, riconosciute nella gran parte degli studi considerati, altri fattori vengono richiamati dalla letteratura sugli indici dei prezzi in quanto ritenuti rilevanti nel calcolo degli stessi. Li riportiamo di seguito sinteticamente:

— non tutti i consumatori decidono di comprare il farmaco generico, nonostante il significativo differenziale di prezzo;

— nonostante il prezzo non vari molto nel tempo, il consumo dei farmaci copia cresce significativamente tra i sei mesi e l'anno successivi alla loro entrata nel mercato (Griliches, Cockburn, 1993);

— i farmaci, generici o *branded*, possiedono alcune caratteristiche qualitative inosservabili prima dell'assunzione chiamate «experience characteristics» che derivano dal consumo e dall'esposizione alla pubblicità che il consumatore (e il medico come agente) ha del prodotto. In termini di differenziali di informazione, il farmaco di marca ha inizialmente dei vantaggi rispetto al generico; tali vantaggi però diminuiscono quando il farmaco che è entrato successivamente nel mercato si diffonde e attraverso un processo di apprendimento (*learning process*) erode il cosiddetto *first mover advantage*, ossia il vantaggio competitivo legato al solo fatto di essere stato il primo ad essere commercializzato (Park, 2000; Curie, Park, 2000).

Sempre con riferimento alla costruzione degli indici di prezzo, risulta particolarmente rilevante e di notevole interesse per le autorità pubbliche la

possibilità di comparare i prezzi a livello internazionale.

Dalla letteratura emerge l'estrema sensibilità delle comparazioni internazionali rispetto alle scelte metodologiche, con riferimento, in particolare, alla costruzione dell'indice ed alla scelta del campione. Le comparazioni risultano distorte dall'utilizzo di metodi di costruzione degli indici applicate a campioni piccoli e non randomizzati di prodotti *branded*, nei quali non vengono considerati i generici. Come più volte ribadito, se non viene valutato il caso della sostituzione dei generici, per quanto la comparazione tra prezzi relativi dei farmaci *branded* possa essere corretta, non vengono considerati i differenziali di prezzo effettivamente a carico dei consumatori nei diversi Paesi, considerato che la loro diffusione è molto diversa a seconda del contesto considerato.

Ancora, anche nel calcolo delle PPA (Parità dei poteri d'acquisto) utilizzata per i farmaci ed i dispositivi medici dall'OCSE, oltre ad essere considerato un campione poco rappresentativo per ogni Paese, si ricorre a basi d'imputazione inappropriate per i prezzi mancanti e non vengono utilizzati pesi per riflettere l'importanza relativa dei diversi prodotti. Infine, il prezzo della vendita al dettaglio considerato nel calcolo delle PPA include i margini alla distribuzione e l'IVA senza considerare che essi differiscono da paese a paese (Danzon, Chao, 2000; Schweitzer, Comanor, 2000).

In conclusione, le generalizzazioni sui prezzi relativi nei diversi Paesi sono da valutare con estrema cautela a causa della diversità dei prodotti, prezzi e volumi che rendono i risultati ottenuti molto sensibili al metodo ed al campione utilizzato. Le comparazioni non possono che essere distorte se si basano su campioni poco rappresentativi rispetto all'età delle molecole, al grado di globalizzazione del pro-

dotto e alla presenza di farmaci generici. C'è ancora molto da indagare in merito ai fattori che influiscono sulle differenze di prezzo tra Paesi, oltre a quelli fino ad ora identificati e non si è ancora riusciti a quantificare il contributo della struttura assicurativa o altri fattori.

I risultati fino ad ora discussi hanno un'evidente implicazione nell'utilizzo delle comparazioni internazionali nella regolamentazione dei prezzi nazionali. Le conclusioni dipendono dall'obiettivo regolatorio e necessitano in ogni caso di particolare attenzione. Ad esempio, la comparazione del livello di prezzo medio in Paesi diversi non può essere fatta comparando prezzi individuali di farmaci nuovi al momento dell'ingresso nel mercato, sulla base di un confronto prodotto-prodotto, in quanto il percorso di tali prodotti dipenderà dal contesto regolatorio e di mercato in cui è inserito.

In un contributo di Danzon e Kim (1996) vengono definite alcune linee guida metodologiche per la comparazione dei prezzi. Secondo tale studio: (i) le comparazioni andrebbero fatte tra paesi che sono simili rispetto ai fattori che influiscono sull'elasticità della domanda per farmaci innovativi; (ii) le comparazioni dovrebbero essere fatte sull'intero portafoglio di beni commercializzati da un singolo produttore, prendendo in considerazione il ciclo di vita dei singoli prodotti, in considerazione del fatto che molti dei costi sono *joint costs* per un portafoglio di beni; (iii) i tassi di cambio delle valute nazionali sono particolarmente rilevanti in quanto determinano il contributo relativo dei ricavi nei singoli paesi al finanziamento della R&S (Ricerca e Sviluppo).

La conclusione, su cui esiste un sostanziale accordo tra i molti autori che si sono occupati degli indici dei prezzi dei servizi sanitari e dei farmaci in particolare, è che è necessario costrui-

re indici dedicati ai soli servizi sanitari che possano incorporarne le specificità ed evitare di apportare distorsioni ad altri indici quali, ad esempio, il deflatore implicito nel Pil (Newhouse, 2001).

6. Il progresso tecnologico e la spesa farmaceutica

È innegabile che nel secolo scorso, farmaci e vaccini abbiano rivoluzionato la medicina permettendo di prevenire o curare malattie mortali, con una conseguente crescita dell'aspettativa media di vita di quasi trenta anni, nonché una vita più produttiva e funzionale a coloro che soffrivano di malattie croniche. Tuttavia la gran parte di tali innovazioni risale a prima del 1975.

Da una recente ricerca basata su interviste fatte ad un *pool* di 225 internisti è risultato che i farmaci vengono classificati tra i più significativi avanzamenti ottenuti nell'ultima generazione. Infatti, alla richiesta di segnalare 30 innovazioni mediche e farmaceutiche la cui mancata scoperta avrebbe comportato gli effetti più negativi sui propri pazienti, è risultato che i farmaci rientravano nei primi 4/10 e 11/20 delle scelte fatte (Fuchs, Sox, 2003).

Ciononostante, dato il sostanziale impatto che i farmaci nuovi hanno dato alla crescita della spesa farmaceutica, il dibattito scientifico ha messo in discussione il contributo che tali farmaci apportano al miglioramento della sanità, sottolineando che la qualità dell'innovazione farmaceutica varia sostanzialmente tra i diversi prodotti nuovi immessi sul mercato.

Alcune analisi supportano la tesi secondo cui i farmaci nuovi consentono un miglioramento dell'*outcome* clinico, portando anche ad una riduzione delle altre voci della spesa sanitaria. Contestualmente, si è sviluppato un fi-

lone di ricerca secondo cui non tutti i prodotti nuovi apportano un miglioramento terapeutico e che sia proprio questa diversità a rendere necessario uno sforzo in termini di valutazione dei costi e benefici per consentire la definizione di diversi livelli di innovazione.

Sebbene gli studi che si focalizzano sulle determinanti della salute siano meno numerosi di quelli che si occupano delle determinanti della spesa sanitaria, riportiamo in sintesi i principali risultati riscontrabili in letteratura:

— la crescita dei consumi farmaceutici, che caratterizza molti Paesi a livello internazionale, non è una scelta irrazionale in quanto è positivamente correlata, in modo significativo, alla crescita delle aspettative di vita (soprattutto nella fascia di età tra i 40 ed i 60 anni) (Frech, Miller, 1996);

— il numero di ospedalizzazioni, giorni di permanenza in ospedale, procedure chirurgiche si è ridotto più rapidamente per quelle diagnosi che simultaneamente evidenzino l'incremento più sostanziale nel numero totale di farmaci prescritti e i cambiamenti più significativi in termini di prodotti nuovi per categoria terapeutica (8) (Lichtenberg, 1996);

— vi è una relazione positiva tra la crescita dell'età media alla morte (strettamente correlata all'aspettativa di vita) ed i tassi di introduzione di nuovi farmaci («priority» secondo la definizione del FDA - cfr. *infra*). Le stime suggeriscono che in assenza di innovazione in campo farmaceutico, non ci sarebbe stato tale incremento della vita media alla morte e che i nuovi farmaci hanno portato ad un incremento delle aspettative di vita e del reddito dello 0,75-1,0% annuo. L'innovazione farmaceutica risulta inoltre positivamente correlata ad una riduzione degli anni di vita persi (Lichtenberg, 1998);

— la sostituzione di farmaci vecchi con nuovi porta ad una riduzione della mortalità, morbilità e della spesa sanitaria totale e stime indicano che la riduzione dell'età di un farmaco tende a ridurre tutte le voci di spesa non farmaceutica, in particolare quella ospedaliera (Lichtenberg, 2001).

Allo scopo di valutare l'impatto dell'innovazione sulla crescita della spesa farmaceutica, si è sviluppato un secondo filone di ricerca che ha cercato di circoscrivere il concetto di innovazione e definirne i diversi livelli in termini di miglioramento dei benefici terapeutici.

Il rapporto del NIHCM (2002) ha definito e classificato i farmaci approvati dalla FDA in un continuum rispetto ai diversi livelli di innovazione secondo le seguenti definizioni:

— *New molecular entity* (NME): un farmaco il cui principio attivo non è mai stato approvato prima dalla FDA per il mercato statunitense;

— *Incrementally modified drug* (IMD): un farmaco che (i) si basa su un principio attivo presente in un altro farmaco già approvato per il mercato statunitense, o un derivato chimico strettamente collegato a tale principio, e (ii) è stato modificato dal produttore stesso;

— *Other drug* (OTHER): un farmaco che utilizza un principio attivo disponibile in un prodotto identico già commercializzato;

— *PRIORITY DRUG*: un prodotto che rientra nelle priorità di revisione (*priority review*) della FDA, in quanto sembra poter offrire miglioramenti clinici rispetto ad altri prodotti e terapie disponibili in termini di efficacia, sicurezza, *compliance* o utilizzo da parte di una nuova sotto-popolazione;

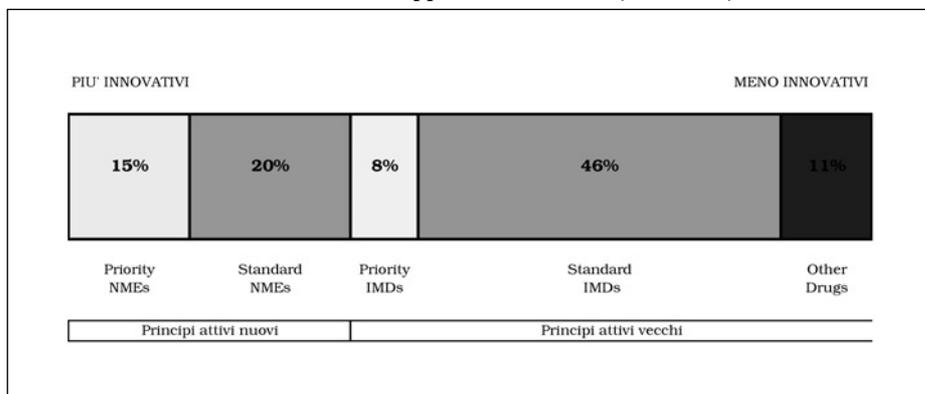
— *STANDARD DRUG*: un prodotto che non rientra tra i *priority review* in quanto non dimostra particolari miglioramenti rispetto ai prodotti già presenti sul mercato.

I risultati ottenuti sono rappresentati nel grafico 2.

In sintesi, il *report* del NIHCM (2002) denuncia una certa disparità nel rapporto tra spesa e valore clinico, con una sostanziale quota della crescita della spesa attribuibile a *line extensions* dei prodotti esistenti che non forniscono un miglioramento clinico significativo.

Significativo, in questo contesto, è anche lo studio di Garattini (1997) che ha cercato di classificare e giustificare la diffusione dei cosiddetti *mee-too drugs*. L'autore innanzitutto descrive la dinamica concorrenziale che attual-

Grafico 2 - Classificazione dei farmaci approvati dalla FDA (1989-2000)



Fonte: FDA 2001, NIHCM (2002).

mente caratterizza il mercato farmaceutico, per cui nel momento in cui si rende disponibile un nuovo prototipo di farmaco, seguono sul mercato molti altri principi attivi simili. Questi prodotti sono solitamente chiamati *mee too drugs* e sono correlati da un punto di vista chimico (*chemically related*) al prototipo o ad altri composti chimici che hanno un meccanismo di azione identico al prototipo originario. L'autore riprende le argomentazioni più comunemente mosse in favore di questa particolare tipologia di farmaci, quali: il diverso profilo di effetti collaterali; l'efficacia nei confronti di pazienti resistenti al farmaco originatore; i miglioramenti nella *compliance* del paziente nei trattamenti di lungo periodo; il minor costo rispetto all'originatore. Nelle conclusioni, basate su una *review* dell'evidenza clinica sui farmaci *mee too*, viene confermata l'ipotesi secondo cui ogni farmaco immesso sul mercato ha senza dubbio dei potenziali margini di miglioramento in termini di benefici clinici come quelli sopraccitati. Le aziende farmaceutiche tendono a dimostrare l'equivalenza con il prototipo, ma a causa dello scarso numero di *trial* implementati, tale equivalenza potrebbe in certi casi essere solo apparente o, ancora, potrebbe non esistere portando alla diffusione di un farmaco *mee too* meno efficace. L'autore mette quindi in luce la possibilità che la forte competizione esistente sul mercato dei produttori di *mee too* per raggiungere una quota maggiore di prescrizioni associata ad una poco accurata informazione sugli stessi possa portare ad un'eccessiva enfaticizzazione dei miglioramenti esistenti rispetto al farmaco originatore.

Partendo dal presupposto che la ricerca per la scoperta di nuovi farmaci è essenziale per il progresso dell'assistenza sanitaria, per prendere decisioni costo efficaci, è necessario costruire

una più approfondita comprensione del valore relativo dei farmaci. Devono pertanto essere analizzati, oltre ai prezzi relativi dei diversi prodotti, un vasto insieme di fattori, quali, ad esempio, gli *outcome* clinici e gli effetti su forme assistenziali alternative a quella farmacologica.

Vi è pertanto la necessità riconosciuta a livello nazionale ed internazionale di definire criteri certi per la valutazione dell'innovatività, in modo tale da riconoscere e valorizzare, alla luce dell'impatto sulla crescita della spesa in un contesto di risorse scarse, solamente l'innovazione terapeutica, documentata sulla base di precise valutazioni di tipo clinico e farmaco-economico (attraverso l'analisi comparativa con farmaci noti e di uso già consolidato).

In particolare, il caso dei *mee too drugs* è, almeno secondo una parte della comunità scientifica, emblematico del fatto che debbano essere le autorità pubbliche a valutare la vera efficacia clinica dei prodotti non solo sulla base delle buone intenzioni e promesse, bensì investendo risorse negli studi di comparazione sull'efficacia e la tossicità dei farmaci sotto normali condizioni terapeutiche.

(1) In questo contesto è interessante il caso della Svezia, la cui percentuale di spesa sanitaria sul Pil diminuì dal 9,3% al 7,4% quando nel 1992 vi fu uno spostamento della voce di spesa relativa alle case di cura per gli anziani dal budget sanitario a quello sociale.

(2) Le PPA riflettono il diverso potere di acquisto delle valute, in relazione ai differenziali di prezzo nei diversi paesi.

(3) In altri termini la domanda di prestazioni sanitarie cresce più che proporzionalmente rispetto al reddito.

(4) Rispetto a ciò è utile ricordare che negli Stati Uniti, a differenza di quanto accade nella maggior parte dei Paesi europei, è permessa la pubblicità diretta al consumatore anche di farmaci con obbligo di prescrizione.

(5) L'approvazione di versioni generiche di alcuni medicinali ad alto volume di vendite

sembra rallentare il tasso di crescita della spesa, ma non sembra variare significativamente l'aumento del costo per prescrizione.

(6) In uno studio di Newhouse (2001) è emerso che, rivedendo annualmente i pesi riferiti al trattamento dell'attacco cardiaco, si verifica una riduzione di quattro volte del tasso di crescita reale del prezzo, rispetto al caso in cui tale revisione non venga effettuata per 11 anni.

(7) Durante gli anni ottanta negli Stati Uniti si è verificata una straordinaria crescita negli indici al consumo e alla produzione dei farmaci etici che li ha portati ad essere motivo di frequenti critiche. Tale fenomeno sembra essere stato sovrastimato (Griliches, Cockburn, 1993).

(8) Dallo studio emerge che un aumento di 1 \$ di spesa farmaceutica, è associato ad una riduzione della spesa ospedaliera di 3.65 \$.

BIBLIOGRAFIA

Le determinanti della spesa

- BARROS P.P. (1998), «The black box of health care expenditure growth determinants», *Health Economics*, 7, pp. 533-544.
- BLOMQUIST Å.G., CARTER R.A.L. (1997), «Is health care really a luxury?», *Journal of Health Economics*, 16, pp. 207-229.
- CUTLER D.M. (2002), «Health Care and the public sector», NBER, Working Paper 8802.
- CUTLER D.M., SHEINER L. (1998), «Demographics and medical care spending: standard and non-standard effects», NBER, Working paper series 6866.
- GARATTINI S. (1997), «Are mee-too drugs justified», *Journal of Nephrology*, 10 (6), pp. 283-294.
- GERDTHAM U.G., JOENSSON B., MACFARLAN M., OXLEY H. (1994), «Factors affecting health spending: a cross-country econometric analysis», OCDE Economics Department, Working Papers n. 149.
- HERWARTZ H., THEILEN B. (2003), «The determinants of health care expenditure: testing pooling restrictions in small samples», *Health Economics*, 12, pp. 113-124.
- HITIRIS T., POSNETT J. (1992), «The determinants and effects of health expenditure in developed countries», *Journal of Health Economics*, 11, pp. 173-181.
- JEWELL T., LEE J., TIESLAU M., STRAZICICH M.C. (2003), «Stationarity of health expenditures and GDP: evidence from panel unit root tests with heterogeneous

- structural breaks», *Journal of Health Economics*, 22, pp. 313-323.
- JONES C. (2002), «Why have health expenditures as a share of GDP risen so much?», NBER, working paper 8147.
- KLAVUS J. (1999), «Health care and economic well-being: estimating equivalence scales for public health care utilization», *Health Economics*, 8, pp. 613-625.
- MACDONALD G., HOPKINS S. (2002), «Unit root properties of OECD health care expenditure and GDP data», *Health Economics*, 11, pp. 371-376.
- MAPELLI V. (1999), «Salute, sistema sanitario e sviluppo economico», in *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna.
- MASTROBUONO I., BOVA D. (2004), «La salute è un rompicapo che si risolve a suon di priorità», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 29 giugno-5 luglio 2004.
- MURILLO C., PIATECKI C., SAEZ M. (1993), «Health care expenditure and income in Europe», *Health Economics*, 2, pp. 127-138.
- PIPERNO A. (2002), «Avremo le risorse per curarci? Come si presentano le sfide prossime venture al welfare sanitario: dati e riflessioni sul rapporto tra sviluppo sociodemografico, spesa e policy», Università di Napoli, Federico II.
- SPILLMAN B.C., LUBITZ J. (2000), «The effect of longevity on spending for acute and long-term care», *The New England Journal of Medicine*, May 11.
- VICARELLI G. (2001), «Controllo, Competizione e collaborazione nei sistemi sanitari europei», Università degli studi di Ancona, novembre.
- ZWEIFEL P., FELDER S., MEIERS M. (1999), «Ageing of population and health care expenditure: a red herring?», *Health Economics*, 8, pp. 485-496.
- La crescita del mercato (consumi e prezzi)**
- CASENTINO M., LEONI O., BANFI F., LECCHINI S., FRIGO G. (2000), «An approach for the estimating of drug prescribing using the defined daily dose methodology and drug dispensation data», *Eur J Clin Pharmacol.*, 56, pp. 513-517.
- CAVES R.E., WHINSTON M.D., HURWITZ M.A. (1991), «Patent Expiration, Entry, and Competition in the U.S. Pharmaceutical Industry», *Brooking Papers on Economic Activity Microeconomics*.
- CLARKE K.W., GRAY D. (1995), «The Defined Daily Dose as a Tool in Pharmacoeconomics», *Pharmacoeconomics*, 7 (4), pp. 280-283.
- DANZON P.M., KIM J.D. (1998), «International Price Comparisons for Pharmaceuticals», *Pharmacoeconomics*, pp. 115-128.
- DANZON P.M., CHAO L.W. (2000), «Cross-national price differences for pharmaceuticals: how large, and why?», *Journal of Health Economics*, 19, pp. 159-195.
- DI MASI J.A., HANSEN R.W., GRABOWSKI H.G. (2000), «The price of innovation: new estimates of drug development costs», *Journal of Health Economics*, 22, pp. 151-185.
- EANDI M. (2002), «Unità di consumo dei farmaci e valutazione farmaco-economiche: uso e misure di DDD e PDD», *Farmaco-economia e percorsi terapeutici*, 3 (4).
- FRECH H.E., MILLER R. (1996), «The productivity of Health Care and Pharmaceuticals: An International Comparison», *UCLA Research Program in Pharmaceutical economics and Policy*.
- GRILICHES Z., COCKBURN I. (1994), «Generics and new goods in Pharmaceutical Price Indexes», *The Am Econ review*, 84 (5), pp. 1213-1232.
- PAUL L. JEFFREY (2002), Pharm.D., Presented at the Harvard School of Public Health, *Pharmaceutical Costs: Pricing, Utilization, and Alternatives*, Massachusetts Division of Medical Assistance.
- LECOMTE T., PARIS V. (1993), *Il consumo dei farmaci in Europa, Economia e normativa del farmaco*, UTET, Torino, pp. 68-75
- LICHTENBERG F.R. (1996), «The effect of pharmaceutical utilization and innovation on hospitalization and mortality», NBER, working paper 5418.
- LICHTENBERG F.R. (1998), «Pharmaceutical innovation, mortality reduction, and economic growth», NBER, working paper 6569.
- LICHTENBERG F.R. (2001), «The benefits and costs of newer drugs: evidence from the 1996 medical expenditure panel survey», NBER, working paper 8147.
- MERLO J., WESSLING A., MELANDER A. (1996), «Comparison of dose standard unit for drug utilisation studies», *Eur J Clin Pharmacol.*, 50, pp. 27-30.
- MURILLO C., PIATECKI C., SAEZ M. (1993), «Health care expenditure and income in Europe», *Health Economics*, 2, pp. 127-138.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH CARE MANAGEMENT RESEARCH AND EDUCATIONAL FOUNDATION (1999), *Factors effecting the Growth of Prescription Drugs Expenditure*, Washington.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH CARE MANAGEMENT RESEARCH AND EDUCATIONAL FOUNDATION (2002), *Changing patterns of Pharmaceutical Innovation*, Washington.
- NEWHOUSE J.P. (2001), «Medical care price indexes: problems and opportunities. The Chung-Hua lectures», *NBER*, working paper 8168.
- PAVCNIK N. (2000), «Do pharmaceutical prices respond to insurance?», *NBER*, working paper number 7865.
- SHAPIRO I., SHAPIRO M., WILCOX D. (1999), «Quality improvement in health care: a framework for price and output measurement», *NBER*, working paper 6971.
- SCHWEITZER S.O., COMANOR W.S. (2000), *Pharmaceutical Prices and expenditure*, UCLA Research Program in Pharmaceutical economics and Policy.
- SHAH N.D., HOFFMAN J.M., VERMEULEN L.C., HUNKLER R.J., HONTZ K.M. (2003), «Projecting future drug expenditures - 2003», *Special Feature American Journal of Health-System Pharmacy*, 60 Jan 15.

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 salute

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 devono essere originali e avere contenuto innovativo.

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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

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, pp. 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 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.

VOUCHER E QUASI VOUCHER IN CAMPO SOCIALE: COMPROMESSO OBBLIGATO O SCELTA GESTIONALE?

Pierangelo Spano

CERGAS - Università Bicconi, Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Riferimenti di base alla realtà del *welfare* locale in Italia - 3. Come inquadrare il ragionamento sul *voucher* - 4. Criticità nel processo di voucherizzazione - 5. Riflessioni conclusive.

The essay reflects on the introduction of vouchers in Italian local welfare system as a compromise choice or a strategic choice in social expenditure management. The analysis will focus on potentials and limits of this choice in a situation where the Italian local government is characterized by need to balance social expenditure and the increase of private social demand.

Looking through the theoretical debate, the essay aspire to make a systematic representation of dimension involved in «voucherization» of social service. Theoretical model make evidence that in real way of voucher coexist a different interpretation with border line solution inside each one between voucher and quasi-voucher. By the way the real problem highlight on the essay is a consistency in political choice and strategy of voucherization instead theoretical definition.

1. Introduzione

Il ricorso a *voucher*, ossia a risorse vincolate a consumi di prestazioni in campo sociale e socio-sanitario, rappresenta oggi una tra le frontiere più fluide in materia di *welfare* locale. Il dibattito è alimentato dalle tensioni, sempre più evidenti, tra domanda e offerta sociale con la prima, crescente, differenziata e mutevole e, la seconda, chiamata ad operare dentro vincoli di bilancio sempre più stringenti.

La discussione sui *voucher* in campo socio-sanitario — al di là dei riferimenti teorici e normativi (1) — richiede di affrontare preventivamente la difficile scelta di quanta parte dei bisogni si ritiene di dover lasciare ad una composizione di libero mercato tra domanda e offerta in cui l'utente si «autotutela», a fronte di una potenzialità di acquisto data dal reddito disponibile. Questo tipo di situazione, realizzando un'autoselezione della domanda sulla base del reddito, ossia di

chi è in grado di pagare per ricevere i servizi, pone una questione di equità. Sotto il profilo teorico, infatti, è generalmente acquisito che la natura specifica dei servizi sociali rende estremamente difficile per il mercato, da solo, assicurare risultati che siano insieme efficienti ed equi o, a volte, anche solo efficienti. D'altra parte, l'esistenza di inefficienze nella fornitura pubblica, o anche solo l'impossibilità di estenderla all'infinito, suggeriscono di guardare con occhi non ideologici alle forme di «quasi mercato» (2) rese possibili dall'introduzione di *voucher* nel campo dei servizi sociali; interpretandole non come una rinuncia del ruolo pubblico ma, piuttosto, come un modo diverso di governare lo sviluppo prossimo futuro dell'offerta sociale.

Questa prospettiva assume un rilievo ancora maggiore se si tiene conto di come la componente privata della spesa sociale sia caratterizzata da una dinamica espansiva. Anche se difficil-

mente le statistiche ufficiali riescono a quantificare questo fenomeno (3), si tratta della più diretta conseguenza prodotta dall'aumento del livello di vita e delle aspettative ad essa associate. La consapevolezza che il modello di *welfare* pubblico non può garantire una dinamica equivalente (4) non esime dall'interrogarsi sulle direzioni del cambiamento possibile.

Su questo versante un passaggio significativo è contenuto nella legge 328/00 (legge quadro sull'assistenza) che dedica un articolo al tema «Titoli

Il testo si è giovato di un'esperienza di formazione e ricerca condotta, nel corso del 2004, dal CERGAS Bocconi su incarico della Provincia di Milano presso l'Asl MI3 della Regione Lombardia sul tema della voucherizzazione nei servizi sociali. Sono riconoscente per le importanti sollecitazioni ricevute a tutti i partecipanti al corso e ai ricercatori che con me hanno condiviso l'esperienza. In ogni caso le opinioni espresse sono personali e, pertanto, la responsabilità ne rimane in capo all'autore.

per l'acquisto di servizi sociali». Nel merito, l'art. 17, c. 1 esplicita che «... i comuni possono prevedere la concessione, su richiesta dell'interessato, di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati del sistema integrato di interventi e servizi sociali ovvero come sostitutivi di prestazioni economiche diverse da quelle correlate al minimo vitale ..., nonché dalle pensioni sociali ... e dagli assegni erogati ai sensi ...». Inoltre, lo stesso articolo precisa «Le regioni ... disciplinano i criteri e le modalità per la concessione dei titoli di cui al comma 1 nell'ambito di un processo assistenziale attivo per l'integrazione o la reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari, sulla base degli indirizzi del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali».

La norma non è prescrittiva (5) in quanto spetta agli enti locali, in relazione alla programmazione nazionale, regionale e di zona, decidere se e in che modo utilizzare i *voucher*.

L'argomento è decisamente rilevante anche per chi opera nella sanità, e non solo per la stretta connessione tra i due settori. La riflessione sull'impiego di *voucher* nei servizi sociali infatti consente di articolare deduzioni valide per l'intero universo dei servizi alla persona in merito ai possibili scenari evolutivi della loro tutela toccando questioni strategiche nella definizione dei modelli di *welfare* locale e dei diritti di cittadinanza sociale come:

- la rilevanza della produzione pubblica per la garanzia dei diritti;
- l'opzione tra interventi universalistici e selettivi;
- la libertà/capacità di scelta del fornitore delle prestazioni da parte degli utenti;
- gli effetti distributivi dei meccanismi di accesso e di eventuale progressività incorporati nei *voucher*.

Questa nota si propone di riflettere sul delicato tema dell'introduzione di *voucher* all'interno del modello di *welfare* locale dei comuni italiani. Il taglio vuole quindi essere pragmatico, nel tentativo di cogliere potenzialità e limiti di questa opzione all'interno del contesto di riferimento. In questa logica, la trattazione, senza trascurare il dibattito teorico sviluppato sull'argomento, punta all'ambizioso obiettivo di compiere una rappresentazione sistematica delle dimensioni coinvolte. Attraverso questo sforzo si spera di avvicinare il dibattito, a volte troppo dogmatico, alle scelte operative di politici e dirigenti per verificare la sostenibilità/utilità di questa opzione all'interno di ogni singolo sistema di *welfare* locale. In questo senso il lavoro è strutturato in 3 parti:

- 1) ricostruzione del contesto di riferimento;
- 2) definizione dello strumento e del possibile posizionamento nell'ambito dei servizi sociali comunali;
- 3) definizione di criticità di scenario e operative.

2. Riferimenti di base sulla realtà del welfare locale in Italia

Per cogliere le criticità e l'impatto prodotto dall'introduzione di *voucher* all'interno dei diversi modelli di *welfare* locale serve recuperare adeguati riferimenti su due versanti: il primo, quantitativo, dedicato alla ricognizione della struttura finanziaria del *welfare* locale, il secondo, di carattere definitorio, funzionale a rappresentare il «portafoglio» di strumenti attivanti con la spesa sociale dei comuni.

2.1. Una quantificazione della spesa sociale dei comuni italiani

La necessità di definire un ordine di grandezza del sistema di *welfare* loca-

le deve misurarsi con l'assenza di fonti statistiche ufficiali costruite con questo obiettivo. Questo stato di cose obbliga al recupero di informazioni sulla spesa sociale attraverso la lettura dei bilanci finanziari approvati dai comuni. Anche su questo versante, tuttavia, l'informazione disponibile non è all'altezza del compito sia per livello di aggiornamento che per problemi di definizione dell'aggregato.

Ad ogni buon conto, pur sottostando ai vincoli e ai ritardi della pubblicazione dei bilanci consuntivi dei comuni, sono stati recuperati i dati dei certificati di conto consuntivo presentati annualmente dai comuni al Ministero degli interni per un arco temporale di 4 anni che va dal 1998 al 2001 (6). I dati fanno riferimento ad un campione molto prossimo all'universo degli 8.101 comuni italiani e consente una ricostruzione dei dati con dettaglio regionale (7).

A fronte della struttura per titoli, funzioni, servizi e interventi che caratterizza il bilancio di spesa dei comuni la definizione dell'aggregato osservato pone di fronte ad una scelta tra una definizione minima che privilegia l'omogeneità e una più larga che comporta una geometria variabile degli interventi. Nella ricostruzione dei dati si è scelto di limitare l'analisi alla spesa sociale corrente (funzione 10 del Titolo I).

Tra i dati disponibili si è scelto di elaborare quelli di competenza al fine di privilegiare la dimensione delle decisioni di impegno di spese riferite a ciascun anno. Tenuto conto degli anni posti sotto osservazione bisogna precisare che gli importi sono espressi in migliaia di lire.

Seguendo l'impostazione contabile il totale della spesa erogata dai comuni per il sociale nasce come sommatoria di una serie di interventi. In particolare, attraverso questa distinzione si può

dettagliare il totale della spesa sociale tra:

- intervento 1 - spese per il personale;
- intervento 2 - spese per acquisto di beni;
- intervento 3 - spese per prestazioni di servizi;
- intervento 4 - spese per beni di terzi;
- intervento 5 - trasferimenti;
- intervento 6 - interessi passivi;
- intervento 7 - imposte e tasse;
- intervento 8 - oneri straordinari;
- intervento 9 - ammortamento d'esercizio.

Partendo dai dati della tabella 1 è possibile definire l'orientamento della spesa sociale a livello nazionale. Dai dati si coglie l'ammontare delle risorse impegnate dai comuni, la sua evoluzione nel periodo e la sua distribuzione tra gli interventi. Ai fini della nostra analisi quest'ultima è una chiave di lettura preziosa in quanto, attraverso le percentuali di ciascun intervento sul totale, emerge con chiarezza

la natura di spesa per erogazione di servizi della spesa sociale. Questa affermazione trova fondamento, da un lato, sull'incidenza superiore ad un terzo della spesa per prestazione di servizi (intervento 3) e, dall'altro, sulla prevalenza di questa spesa su quella per trasferimenti (intervento 5).

È significativo rilevare come aggregando alle spese sostenute per la prestazione di servizi quelle per il personale e l'acquisto di beni si arriva a coprire più del 70% del totale della spesa sociale dei comuni.

Considerando l'intero periodo a disposizione si riceve una misura di come si tratta di un dato strutturale che caratterizza in maniera forte la spesa sociale dei comuni. Tuttavia, la serie storica consente di cogliere, nelle diverse dinamiche di crescita dei valori, qualche indizio di come si vanno riposizionando gli equilibri del sistema. Affiancando i dati emerge, infatti, una diversa dinamica dei singoli interventi con personale e acquisti di beni sostanzialmente fermi, al contra-

rio della spesa per trasferimenti e prestazioni di servizi.

Osservando gli incrementi di questi due interventi si verifica la dipendenza dell'andamento totale della spesa sociale da queste voci. Soprattutto l'aumento dei trasferimenti configura una scelta strategica in cui l'operatore pubblico non riuscendo ad organizzare risposte dirette opta per la monetizzazione, direttamente al cittadino o attraverso delega ad altri soggetti (in molti casi le Asl).

La diffusione delle forme di monetizzazione dei servizi in campo sociale ha le sue radici nella necessità di contenere la dinamica dei costi ed è resa possibile, concretamente, dal ruolo centrale attribuito alla famiglia nel modello assistenziale italiano. Il riposizionamento descritto dai dati è avvenuto, quindi, senza considerare l'impatto sull'utente, sul suo livello di soddisfazione e sulla sua possibilità di esprimere valutazioni e scelte (8).

Acquisita questa lettura a livello nazionale è curioso verificare come la

Tabella 1 - Distribuzione per interventi della spesa sociale dei comuni italiani (dati in migliaia di lire)

Spesa sociale corrente per interventi	1998		1999		2000		2001	
	val. assoluti	incidenza	val. assoluti	incidenza	val. assoluti	incidenza	val. assoluti	incidenza
Personale	2.603.212.615	29,9%	2.629.100.571	28,0%	2.747.623.430	26,6%	2.931.086.608	26,1%
Acq.to di beni di consumo e/o materie prime	351.064.592	4,0%	332.484.655	3,5%	337.001.927	3,3%	331.060.101	2,9%
Prestazioni di servizi	3.175.812.063	36,5%	3.493.667.132	37,1%	3.895.937.459	37,7%	4.281.963.395	38,1%
Utilizzo di beni di terzi	78.770.441	0,9%	57.875.600	0,6%	58.012.241	0,6%	60.530.321	0,5%
Trasferimenti	1.989.131.525	22,9%	2.403.022.586	25,6%	2.744.042.636	26,6%	3.237.781.054	28,8%
Interessi passivi e oneri finanziari diversi	218.991.101	2,5%	197.032.597	2,1%	211.685.027	2,1%	221.182.116	2,0%
Imposte e tasse	144.338.779	1,7%	132.572.965	1,4%	122.399.363	1,2%	117.777.232	1,0%
Oneri straordinari della gestione corrente	25.234.683	0,3%	27.481.772	0,3%	54.660.269	0,5%	51.670.830	0,5%
Ammortamenti di esercizio	421.062	0,0%	125.241	0,0%	211.665	0,0%	89.063	0,0%
TOTALE ITALIA	8.701.118.814		9.404.752.671		10.324.776.782		11.228.125.101	

Fonte: Ministero dell'interno.

spinta descritta operi in maniera differenziata nei singoli contesti regionali. Grazie al dettaglio sui valori pro capite al 2001 offerto dalla tabella 2 è possibile acquisire una rappresentazione dei diversi livelli su cui si articola l'intervento sociale dei comuni nelle regioni italiane (9).

Al fine di dare la massima significatività si è scelto di limitare la ricostruzione al totale della spesa sociale e ai tre interventi che si caratterizzano per la maggiore incidenza. Concentrando l'attenzione sul totale si coglie una realtà diversificata in cui al dato medio di 210.000 lire pro capite di spesa si associa una alta variabilità. La rappresentazione offerta dalla figura 1 aiuta a cogliere come si possa parlare di diversi modelli regionali. In particolare due tratti emergono con forza: il primo si riferisce alla natura di regioni a statuto speciale e il secondo distingue le regioni dell'Italia meridionale, Umbria e Lazio comprese, dalle altre.

All'interno dei dati si può cogliere come una parte importante di questa differenziazione sia attribuibile all'andamento della spesa per trasferimenti con Friuli-Venezia Giulia e Veneto nettamente sopra gli altri a fronte di un sistema di integrazione socio sanitaria che prevede il ricorso da parte dei comuni a deleghe alle Aziende Ulss. Decisamente minore risulta la differenziazione di valori rilevata per la spesa per prestazioni di servizi a testimonianza di una sorta di dato fisiologico che caratterizza l'offerta a livello comunale. Ancora spunti interessanti riserva invece il dato della spesa per il personale.

Grazie alla disponibilità del dettaglio regionale è possibile la ricostruzione della tendenza di periodo rilevata per gli interventi di riferimento all'interno della spesa sociale.

Anche in questo caso i dati confortano una interpretazione del *welfare*

locale come sommatoria di realtà diverse in cui le eredità storiche e culturali, le condizioni ambientali e le scelte operate hanno contribuito a caratterizzare in maniera consistente l'offerta di servizi sociali e i suoi contenuti sul territorio (10). Per conseguenza, il *welfare mix* sperimentato fino ad oggi risulta una realtà diversificata che trova un denominatore comune soltanto nella tendenza a uno spostamento di

risorse dalla produzione diretta all'erogazione di contributi monetari. Questo denominatore comune sembra, quindi, nascere non tanto dalla condivisione di una qualche opzione strategica ma, bensì, da una reazione difensiva dei comuni rispetto all'allargarsi (ingovernabilità) della forbice tra bisogni espressi da una società del benessere e risorse disponibili per finanziarli.

Tabella 2 - Analisi dei dati pro capite della spesa sociale dei comuni italiani per Regione * (dati 2001 in migliaia di lire)

	N. COMUNI	Personale	Prestazioni di servizi	Trasferimenti	TOTALE REGIONALE FUNZIONE 10 CORRENTE
PIEMONTE	1.205	72	12	81	219
VALLE D'AOSTA	74				
LOMBARDIA	1.544	64	14	94	237
BOLZANO	97				
TRENTO	225				
TRENTINO ALTO ADIGE	322				
VENETO	580	46	12	138	221
FRIULI VENEZIA GIULIA	219	84	15	157	394
LIGURIA	234	80	12	37	247
EMILIA ROMAGNA	341	87	12	29	290
TOSCANA	287	63	12	49	233
UMBRIA	92	61	14	30	204
MARCHE	246	64	7	31	252
LAZIO	373	54	19	28	194
ABRUZZO	303	36	7	30	148
MOLISE	134	40	6	57	161
CAMPANIA	549	28	11	54	123
PUGLIA	257	29	10	47	113
BASILICATA	130	21	17	86	157
CALABRIA	408	21	7	72	113
SICILIA	379	55	19	55	204
SARDEGNA	375	43	18	36	280
TOTALE ITALIA	8.052	55	13	53	210

* Nel totale Italia non risultano incluse le voci di spesa per le province autonome di Trento e Bolzano e per la Valle d'Aosta. Si tratta di una scelta obbligata dal fatto che lo schema di bilancio adottato dai comuni di questo territorio si è uniformato a quello degli altri comuni soltanto a partire dal 2001. Questa differenza dovuta alla competenza in materia della provincia non consente di effettuare una ricostruzione pienamente corrispondente della spesa sociale per interventi e pertanto ha consigliato di evitare distorsioni implicite in tutti i tentativi di riclassificazione.

Fonte: Ministero dell'interno.

Si tratta di questioni note e ampiamente dibattute, anche se non esiste pari consenso nelle interpretazioni e nelle soluzioni proposte (11). Uno degli aspetti su cui meno consolidata è la riflessione riguarda proprio la territorializzazione del *welfare* e le sue conseguenze a livello di esigibilità dei diritti di cittadinanza sociale.

2.2. Una definizione degli strumenti

La classificazione degli interventi a disposizione dei comuni per rispondere ai bisogni sociali non può prescindere dalla consapevolezza di come questi non siano in natura sufficienti per esaurire tutte le possibili forme di bisogno. Anche se può sembrare banale è importante avere coscienza delle possibili combinazioni tra domanda e bisogno per dare evidenza esplicita all'area entro cui avvengono le scelte dell'operatore pubblico. Solo ragionando nella logica a matrice proposta dalla figura 2 si possono cogliere, infatti, la contestuale esistenza di bisogni propri ed impropri e di aree di bisogno sommerse o assenti.

L'analisi degli strumenti limita il suo riferimento ai casi di bisogni propri, in quanto solo in quelle situazioni si è in presenza di un intervento pubblico esplicitato. In queste situazioni le risposte offerte si articolano, di volta in volta, tra una produzione diretta del servizio ed una qualche forma di monetizzazione dello stesso. Al fine di rendere più evidente la gamma delle soluzioni ha senso rappresentare le diverse leve secondo lo schema proposto in tabella 3.

Il «portafoglio strumenti» tra cui è possibile articolare la gestione della spesa sociale comprende:

a) la produzione pubblica diretta realizzata attraverso operatori propri dipendenti;

b) la gestione pubblica con acquisizione attraverso appalto di servi-

zio dei necessari fattori produttivi, *in primis* il personale. In questo caso rimane pubblico l'esercizio delle prerogative di governo rispetto al servizio (costruzione, selezione degli utenti, direzione della produzione, controllo, ecc.) e il ruolo del soggetto privato si limita al reperimento dei fattori produttivi;

c) la convenzione con un produttore;

d) l'accreditamento di una pluralità di fornitori con controllo della qualità da parte del soggetto pubblico;

e) l'erogazione di assegno di cura, ossia di un contributo economico finalizzato in quanto collegato ad un programma assistenziale specifico;

f) l'erogazione di *voucher*, ossia di moneta sociale vincolata al consumo di prestazioni sociali con libertà di

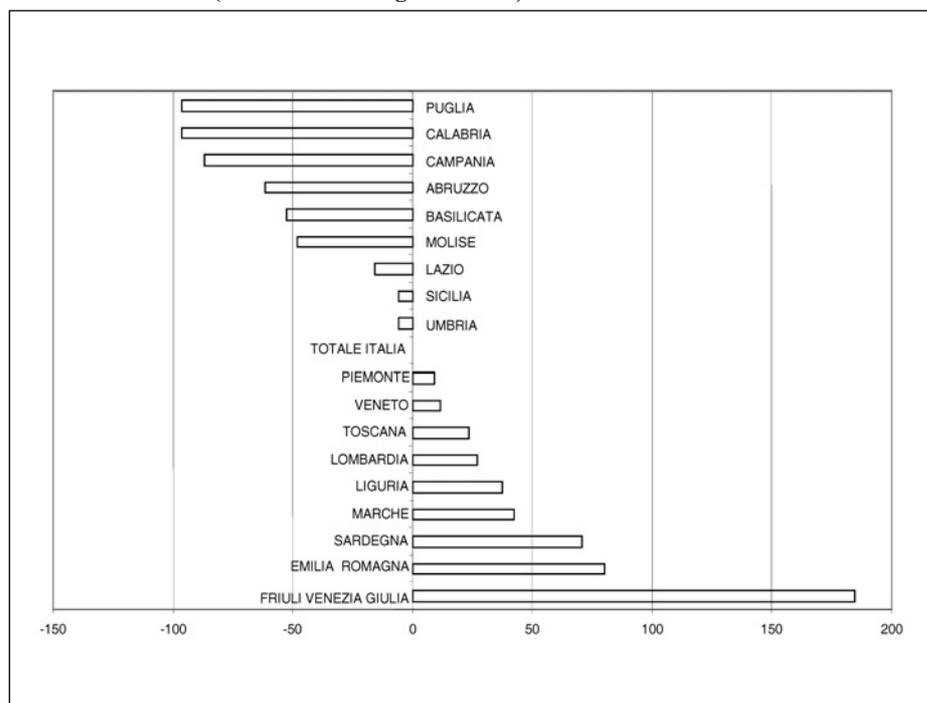
sceita dell'erogatore nell'ambito di quelli accreditati;

g) l'erogazione di un buono, ossia di un trasferimento monetario diretto, da destinare liberamente all'acquisto sul mercato dei servizi che ritiene più adatti a soddisfare il proprio bisogno;

h) la beneficenza pubblica, come forma di sostegno economico per i casi di indigenza senza una precisa finalizzazione.

In tutte queste diverse soluzioni il denominatore comune è lo sforzo dell'operatore pubblico di farsi carico, in qualche misura, di una situazione di bisogno. La distinzione tra i diversi interventi si basa su confini sottili e il più delle volte dipende da chi detiene il vero «potere di acquisto» (Del Vecchio, 2001). Le diverse modalità con

Figura 1 - Rappresentazione della distribuzione dei dati medi regionali rispetto alla media nazionale (anno 2001 - in migliaia di lire)



Fonte: Ministero dell'interno.

cui si realizza questo intervento creano uno spazio vero di azione strategica per la costruzione del *welfare mix*.

3. Come inquadrare il ragionamento sul voucher

Concentrando l'attenzione sulla quota di risorse pubbliche orientate alla monetizzazione dei bisogni emerge come le opzioni possibili, al di là di sottili differenze terminologiche, si articolano tra il trasferimento diretto di risorse finanziarie agli utenti e il trasferimento di un titolo di acquisto vincolato. Nel primo caso, il dato critico è l'auto organizzazione della risposta al bisogno, nel secondo, è il vincolo all'acquisizione di prestazioni presso fornitori riconosciuti dal cosiddetto terzo pagante (il Comune) tramite l'accreditamento.

Tra gli strumenti che possono interpretare una strategia di erogazione finalizzata di risorse pubbliche in campo sociale il *voucher* attribuisce una discrezionalità all'utente, o ai suoi familiari, delimitata da due confini: uno di tipo prescrittivo, di utilizzare il servizio, l'altro di divieto, di ricorrere a soggetti non riconosciuti dal sistema pubblico (12).

3.1. Definizione di voucher

In generale si definisce *voucher* un titolo che dà diritto a ricevere determinati beni o servizi da alcuni erogatori predeterminati (Beltrametti, 2004). Questa definizione ne evidenzia i tratti di moneta vincolata al tipo di impiego scelto dal soggetto erogatore.

Come si può osservare dalla figura 3, il processo di gestione del *voucher* coinvolge tre soggetti: l'erogatore; il beneficiario e il fornitore. In capo a ciascuno di questi soggetti si possono definire delle libertà di scelta, anche se è opportuno chiarire la particolare natura dell'erogatore pubblico che de-

finisce le regole di un contesto di cui è anche attore (Del Vecchio, 2003). Pur riconoscendo nell'introduzione di *voucher* un processo concettualmente distinto ma operativamente ricco di sfumature, si può dire che:

— l'erogatore è il soggetto che trasferisce risorse attraverso un *voucher* tra le sue scelte rientrano:

a) le prestazioni pagate dal *voucher*, la regolazione della possibilità di integrarle da parte dell'utente e la possibilità di modifica dei *mix* di prestazioni ricevute da parte dell'utente,

b) le caratteristiche e numerosità dei fornitori riconosciuti attraverso l'accreditamento,

c) l'emissione di *voucher* nominativi piuttosto che al portatore (13);

— il soggetto che materialmente fornisce la prestazione (bene e/o servizio) deve decidere di farsi accreditare rispettando i requisiti previsti a tale

scopo dal soggetto emittente. In ogni caso i soggetti accreditati non dispongono di nessuna rendita monopolistica a fronte dell'accreditamento, in quanto le quote di mercato dipenderanno dall'esito della competizione lungo tutto il periodo (14);

— il soggetto portatore del bisogno deve innanzitutto scegliere di richiedere il *voucher* dimostrando di possedere eventuali requisiti richiesti dall'emittente. Una volta ottenuto il *voucher* deve scegliere:

a) il fornitore tra quelli accreditati,

b) il tempo in cui ricevere la prestazione,

c) in alcuni contesti definire il *mix* di prestazione ricevuta.

In senso generale l'introduzione di *voucher* cerca di coniugare aspetti importanti in quanto:

— crea incentivo alla qualità per il fornitore — sia pubblico che privato

Figura 2 - Relazioni tra domanda sociale e bisogno

		BISOGNO	
		Presente	Assente
DOMANDA SOCIALE	Espressa	Domanda Propria	Domanda Impropria
	Inespressa	Emersione bisogni	Assenza bisogni

— impegnato a contendersi quote del mercato potenziale;

— attribuisce un ruolo centrale alle scelte dell'utente anche se lo tutela in virtù della preselezione operata sui fornitori accreditati;

— offre garanzie rispetto alla coerenza tra l'uso delle risorse e gli obiettivi dell'erogatore pubblico e i suoi obiettivi di meritorietà sociale in quanto non è fungibile;

— quando è nominativo non è espropriabile e quindi tutela dall'uso improprio delle risorse da parte del titolare o di altri;

— esplicita il trasferimento finanziario legato alla prestazione ricevuta più di quanto non possa avvenire attraverso l'erogazione diretta, rendendo più visibile la solidarietà redistributiva.

3.2. Ricognizione sui voucher sociali dal lato delle risorse disponibili

L'introduzione di *voucher* sociali appare caratterizzata dall'essere, da un lato, una opzione strategica e, dall'altro, fortemente influenzata dall'eredità del passato. Emerge, quindi, la necessità di realizzare una coerenza tra le variabili poste in gioco dall'introduzione di *voucher* non solo teorica ma anche legata ad una sorta di percorso evolutivo gestionale dei servizi sociali sul territorio. In questo senso, la ricognizione proposta esprime un tentativo di rappresentare graficamente, attraverso una mappa, le interdipendenze ed i vincoli che spiegano l'esistenza di alternative diverse di voucherizzazione per uno stesso servizio.

Per riuscire a definire una mappa delle variabili messe in gioco dall'introduzione di *voucher* in campo sociale serve procedere per *step* successivi. In particolare, il punto iniziale riguarda la definizione del confine del siste-

ma di *welfare* locale istituzionale rispetto al bisogno totale.

Questo primo passaggio consente di dare un senso all'esistenza di un «mondo esterno» di bisogni non inclusi che si distribuisce tra situazioni di libero mercato a pagamento ed esclusione sociale e che rappresenta il presupposto per l'esistenza di una pressione da domanda sull'offerta sociale.

In ogni modo l'area definita dalle risorse oggi disponibili per il *welfare* locale si articola in un portafoglio di diverse tipologie di risposta determinato dalla strategia di *governance* del sistema messa in atto dai comuni.

L'insieme delle risorse a disposizione viene infatti, di volta in volta,

indirizzato verso forme diverse di intervento che dovrebbero coniugare al meglio la tutela dei diritti individuali di cittadinanza sociale con le disponibilità finanziarie. All'interno dell'area del *welfare* istituzionalizzato si possono trovare *mix* distinti di produzione diretta, appalti, convenzioni, erogazione di assegni di cura per finire a forme di puro finanziamento dei bisogni quali sono l'erogazione di buoni sociali o la beneficenza pubblica.

All'interno di questo quadro composto il ricorso ai titoli sociali e la sperimentazione della voucherizzazione rappresentano un'area di risorse che va nella direzione di mettere in relazione beneficiari delle prestazioni e

Tabella 3 - Articolazione degli strumenti a disposizione dei Comuni per erogare spesa sociale

DOMANDA SOCIALE PROPRIA	RISPOSTO	Produzione di servizio	Diretta pubblica	
			Appaltata	
			In convenzione	
			Da soggetti accreditati	
	NON RISPOSTO	Trasferimento monetario	Assegno di cura	
			Voucher	
			Buono	
			Beneficenza pubblica	
			Libero mercato	Badanti
				Privato a pagamento
Privato sociale				
Volontariato				
Autoriproduzione sociale				
	Esclusione sociale			

produttori in un sistema governato dall'operatore pubblico. In questo senso si può immaginare che le risorse dedicate a questo tipo di interventi possano assumere diversi contenuti:

— essere un'area aggiuntiva, che consenta di estendere quella precedente assicurando copertura finanziaria e risposte a nuovi bisogni (scenario a risorse crescenti);

— essere l'occasione per riprogettare le modalità di erogazione dell'offerta di *welfare* nell'ambito di un allargamento dei beneficiari (scenario a risorse costanti);

— operare per supportare un ripensamento del modello di *welfare* locale ispirato al *cost cutting* (scenario a risorse decrescenti);

— infine, favorire una ricomposizione unitaria delle risorse che alimentano le risposte, sia istituzionali che private, ai bisogni sociali.

In questo modo assume una certa evidenza il fatto che attraverso la voucherizzazione si può creare uno spostamento di risorse all'interno del sistema al netto delle scelte politiche che regolano il modello di *welfare* locale. È bene ribadire, infatti, che con il *voucher* si discute di come si eroga un servizio e non di come lo si sceglie.

3.3. Ricognizione sui voucher sociali dal lato della produzione dei servizi

Per entrare nel merito dei *voucher* sociali serve tenere conto di come sulle scelte agiscano contemporaneamente più tensori, interni ed esterni all'amministrazione pubblica. L'interazione tra queste diverse pressioni porta a definire diversi modelli di voucherizzazione, di per sé coerenti con diverse strategie che esplicitano il ricorso allo strumento *voucher*. La criticità in questo senso consiste nel rendere esplicite e consapevoli piuttosto che casuali le definizioni. Al fine di espli-

citare le diverse opzioni si può tentare di rappresentare l'azione congiunta dei tensori definendo una linea di azione relativa ai fornitori di servizi pagati con *voucher* ed una dedicata all'utenza di servizi voucherizzati.

La rappresentazione grafica proposta nella figura 4 consente di rendere visivamente l'idea di partenza attribuendo la diagonale AB ai fornitori e CD ai beneficiari.

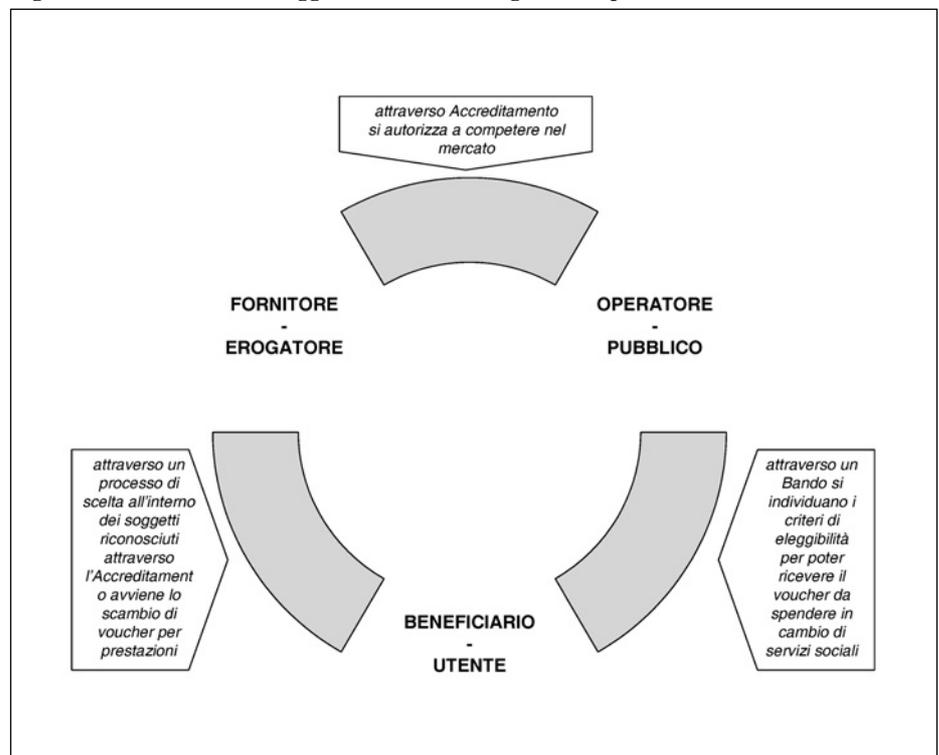
Procedendo per gradi la prima linea di riflessione AB, legata ai fornitori del servizio, aiuta a distinguere — all'interno dell'area di servizi sociali potenzialmente soggetti all'introduzione di *voucher* — l'esistenza di un mercato effettivo (A) da una situazione in cui non esiste offerta spontanea e serve garantire le condizioni di sostenibilità economica dell'offerta (B) prima di attivare il *voucher*. Detto in altri termini, gli estremi A e B separa-

no le situazioni in cui coesistono più operatori che offrono il servizio per cui si sta pensando di introdurre un *voucher* (A) rispetto a quelle in cui questa situazione non esiste spontaneamente (B).

Diversi sono i fattori che possono determinare la prevalenza di A o di B, tra i più importanti rientrano sicuramente: il tipo di servizio, il tipo di territorio, la dimensione della domanda potenziale, l'eredità storica sul servizio. Indubbiamente, la scelta di introdurre *voucher* in situazioni del tipo B richiede all'operatore pubblico di realizzare forme di *partnership* con i fornitori del servizio, al fine di garantire la sostenibilità economica o a livello di singolo caso trattato o lasciando al fornitore la possibilità di costruirla sull'intero *case mix*.

Con la stessa logica il versante CD, dedicato ai beneficiari del *voucher*,

Figura 3 - Descrizione dei soggetti coinvolti dalla gestione operativa di *voucher*



rende esplicito il valore riconosciuto alla capacità di scelta del singolo individuo distinguendo le situazioni in cui l'utente è in grado di scegliere autonomamente dai casi in cui è determinante la tutela realizzata attraverso l'istituto dell'accreditamento. Tenendo conto che l'accreditamento dei soggetti fornitori è un elemento connesso all'introduzione di *voucher* lungo l'asse si definisce la diversa modulazione nella libertà di scelta attribuita agli utenti passando da valori assoluti (C) a valori molto bassi (D) a seconda del livello delle prestazioni riconosciute (*merit goods*) (15).

L'interazione tra queste dimensioni consente di definire 4 diverse situazioni idealtipiche caratterizzate dal diverso prevalere di ciascuna grandezza. Detto in altri termini, l'operare simultaneo dei tensori descritti comporta la necessità di declinare l'introduzione di *voucher* con delle scelte precise e, quindi, con l'espressione di opzioni strategiche all'interno di ciascuna situazione. La geometria in questo contesto non deve essere assunta come un vincolo ma, piuttosto, come uno strumento di esemplificazione. In questo senso la rappresentazione incorpora sempre un elemento di forzatura rispetto alla fluidità delle scelte e alle sfumature dell'operatività. Sono da ritenersi pertanto arbitrarie sia la rappresentazione dell'area del *welfare* istituzionalizzato come un rettangolo che quella della sperimentazione dei *voucher* sociali come un trapezio (16). Non si nega pertanto la possibilità di ottenere forme diverse nei singoli contesti e nel tempo e, proprio per questo, più che sulla forma vale riflettere sulle caratterizzazioni (contenuti) dei 4 modelli che vengono definiti in questo modo.

Il modello definito 1 si caratterizza per una voucherizzazione che riconosce la capacità di scelta degli utenti (C) e l'esistenza di una pluralità di for-

nitori che operano su un mercato (A). In questo contesto il *voucher* persegue un obiettivo di maggiore finalizzazione degli interventi in risposta a bisogni sociali che altrimenti sono relegati ad una soddisfazione «fai da te». Per valutare gli effetti prodotti in questo senso serve distinguere le situazioni in cui si tratta di allargare la rete delle tutele aggiungendo risorse sotto forma di *voucher*, dai casi in cui l'operazione proposta è di sostituire altre forme di erogazione di fondi come la beneficenza pubblica e i buoni. Nel secondo caso l'introduzione dei *voucher* realizza una diminuzione della libertà di scelta degli individui o, per meglio dire, realizza una maggiore finalizzazione (focalizzazione) del sistema di *welfare* a parità di risorse.

A questo modello si contrappone idealmente il modello definito 3. In questa situazione l'introduzione del *voucher* rappresenta un primo, a volte debole, passo verso una apertura alla

possibilità di scelta dell'utente che rimane circoscritta dall'alto valore riconosciuto dall'operatore pubblico alla stretta selezione del «chi» (B) e del «cosa» pagare (D).

In sostanza, questo modello di voucherizzazione è il più verosimile da applicare nei casi di primo passaggio da un sistema ad erogazione diretta verso uno in cui esistono alternative lasciate ad operatori terzi. Bisogna prestare attenzione al rischio che in questo modello la difficoltà a costruire libera concorrenza non lasci spazio ad un sistema di relazioni preferenziali tra ente pubblico e fornitori accreditati.

Nell'ambito della mappa il versante destro definisce il modello 2, quello in cui l'introduzione del *voucher* si caratterizza per un vincolo su chi può fornire la prestazione monetizzata con il *voucher* (B) pur riconoscendo capacità di scelta all'utente (C). In queste situazioni la scelta dell'operatore pub-

Figura 4 - Rappresentazione delle dimensioni nella voucherizzazione



blico è di realizzare la garanzia del soddisfacimento del bisogno, non tanto lavorando sul lato della prestazione pagata, perché è troppo standardizzata perché abbia senso farlo (es. asilo nido) oppure perché si ritiene che il beneficiario abbia interesse a gestire un margine di flessibilità su questo versante (es. cure a domicilio) ma, piuttosto, stringendo il *focus* sui soggetti riconosciuti.

Nel modello definito 4, infine, in cui attraverso l'introduzione di *voucher* viene erogata «moneta vincolata» in presenza di un mercato contendibile (A), il vincolo opera sulla prestazione (cosa pago) (D). Attraverso scelte di accreditamento si pone un vincolo sulle prestazioni riconosciute con *voucher* nell'ambito dello scambio che lascia avvenire liberamente tra utenti e fornitori. In questo modello si afferma una opzione forte di tutela dell'utente in termini di prestazioni da ricevere per garantire la soddisfazione di bisogni in tutte le situazioni caratterizzate da asimmetrie informative tali per cui non sarebbe possibile assicurare il raggiungimento degli obiettivi sociali prefissi (*merit goods*).

La definizione di questi 4 modelli idealtipici consente di riflettere sulla coesistenza di diversi approcci alla voucherizzazione. Questo concetto si rafforza considerando le diverse alternative gestionali già oggi presenti nell'ambito dei modelli di *welfare* locale. Grazie alla rappresentazione offerta dalla figura 5 è possibile dare evidenza del fatto che, nell'ambito del sistema di *welfare* istituzionalizzato, esistono, di fatto, diversi modelli di intervento pubblico: *quasi voucher* e *voucher*. Questa rappresentazione aiuta a percepire una realtà fatta di confini sfumati tra formule gestionali dove la vera differenza sta nell'interpretazione dello strumento fornita di volta in volta.

In particolare, si può verificare come i *voucher* del triangolo 1, enfatizzando la capacità di scelta e potendo contare su un libero mercato siano molto simili ai buoni e alle forme di monetizzazione in cui maggiore è la libertà di scelta dell'utente. Al contrario i *voucher* del triangolo 3 presentano similitudini con l'appalto in quanto il numero ristretto di soggetti accreditati lascia poco spazio alla scelta e quindi poco margine di cambiamento per l'utente. D'altro canto anche i *voucher* del triangolo 2, fronteggiando una situazione in cui l'operatore pubblico stabilisce un numero vincolato di fornitori (ragionevole in funzione della domanda e delle risorse contendibili) approssima le situazioni di convenzione. Piuttosto che concentrarsi sul fornitore il *focus* può riguardare la prestazione erogata, accreditando tutti i soggetti in grado di erogare determinate prestazioni e abbinando all'erogazione del *voucher* la defi-

nizione di un progetto individuale di assistenza molto finalizzato alle esigenze del singolo beneficiario. In questa versione il *voucher* diventa una forma di erogazione molto simile all'assegno di cura in cui si lascia libertà di scelta al beneficiario in merito al fornitore della prestazione all'interno però di una definizione precisa della prestazione pagata.

La rappresentazione offerta dalla mappa si presta, però, anche ad altre interessanti riflessioni. Pensando al processo di voucherizzazione come ad un percorso di riposizionamento strategico dell'offerta di servizi sociali da parte del Comune si può, infatti, immaginare un *iter* che dal basso della mappa procede verso l'alto. Detto in altri termini, appare logico immaginare un processo in cui la gestione diretta lascia spazio a forme diverse di appalto fino ad arrivare all'introduzione di *voucher*. In questo processo serve prestare attenzione alle distorsioni im-

Figura 5 - Riflessioni sui diversi modelli di voucherizzazione



plicità in una voucherizzazione in cui, agendo opportunamente sulle leve dell'accreditamento e della negoziazione con i fornitori, si potrebbe arrivare fino al punto di realizzare ipotesi di appalto senza bando.

Allo stesso modo, immaginando un'esperienza di *voucher* rivolta a far emergere domanda sociale e ad estendere la copertura dei bisogni (aumentare l'inclusione sociale) si coinvolgono i confini della mappa, tipicamente la dove esiste una condizione di libero mercato tra utenti e fornitori o dove esiste l'esclusione sociale. L'azione prodotta dall'introduzione del *voucher* in questi casi andrà a regolare i rapporti tra utenti e offerenti già operanti nel mercato, ridefinendo i contorni geometrici dal trapezio verso un rettangolo, oppure a creare progressivamente condizioni per uno sviluppo di offerta contribuendo ad allargare l'area dell'inclusione.

La costruzione della mappa a partire dall'interazione tra i tensori sugli assi dei fornitori e degli utenti offre anche una ulteriore suggestione all'analisi. Infatti, i 4 possibili modelli di voucherizzazione definiti possono supportare una riflessione sui motivi che supportano l'intervento pubblico nel campo dei servizi sociali. In questo senso i motivi per cui la collettività decide di darsi carico di un bisogno sociale possono essere idealmente sintetizzati su due polarizzazioni:

— l'individuo è razionale e sovrano nelle scelte di soddisfazione dei propri bisogni sociali ma va tutelato sotto il profilo del potere d'acquisto (*consumer failures*);

— essendo in presenza di situazioni in cui, a causa di asimmetrie informative e altre distorsioni si verificano casi di «fallimento del mercato» (Fazzi, 1997; Nannicini, 1999) serve tutelare gli individui governando i contenuti delle prestazioni sociali (*market failures*).

Anche all'interno della modellizzazione proposta prendono corpo due diversi stili di *governance* da parte dell'operatore pubblico. Effettivamente, sul versante dei modelli definiti come 1 e 2 si può arrivare a delineare un ruolo di finanziatore dell'operatore pubblico che, in entrambe le situazioni, riconoscendo la capacità di scelta dell'utente (C) riconosce una libertà individuale che in qualche modo lo sgrava dalla tutela del sistema (figura 5.1).

Tuttavia, la prospettiva in cui il ruolo del pubblico viene limitato a quello di finanziatore presenta aspetti problematici di non poco conto. Infatti, la scelta di caricare di valore la libertà di scelta dell'individuo in campo sociale espone ad una serie di rischi (Loewenstein, 1999), tra i principali vanno ricordati quelli di una negoziazione al ribasso sul differenziale tra il valore del *voucher* e quello della prestazione necessaria per soddisfare il bisogno.

Spostandosi sul versante opposto, quello definito dai modelli chiamati 3 e 4, per il settore pubblico si profila un ruolo da regista del sistema dove, attraverso un utilizzo in senso stretto della leva dell'accreditamento, l'operatore pubblico mantiene una guida forte del modello di *welfare* contrattando condizioni di garanzia tra i fornitori e indirizzando in maniera forte le prestazioni di cui può beneficiare l'utenza (figura 5.2).

Anche questa prospettiva comunque non può considerarsi esente da limiti. Infatti, come è noto, un governo troppo stretto del sistema espone ai rischi tipici delle forniture monopolistiche e burocratiche nell'ambito delle quali emergono, da un lato, una scarsa reattività dell'offerta alle preferenze e ai bisogni e, dall'altro, irrigidimenti sulle competenze degli operatori e sul loro sviluppo.

4. Criticità nel processo di voucherizzazione

Nonostante lo sforzo di rappresentazione sintetico-interpretativa la mappa non raggiunge una visione esaustiva. Una volta esplicitata la scelta per il modello di voucherizzazione, oltre ai tensori, è necessario tenere conto dell'interagire di variabili operative e di scenario. L'efficace funzionamento della fornitura di servizi sociali attraverso *voucher* richiede, infatti, la realizzazione di un complesso equilibrio tra una serie di dimensioni che si autoinfluenzano e che non sempre possono risultare spontaneamente coerenti. Al fine di non perdere il filo logico nel labirinto delle interdipendenze che caratterizzano queste dimensioni è opportuno esplorarne i contenuti distinguendo le variabili operative da quelle che sono variabili di scenario.

Tra le prime rientrano:

- definizione del *budget*;
- gestione dei rapporti con i beneficiari;
- stile di accreditamento;
- definizione dei rapporti con i fornitori.

Tra le dimensioni di scenario rientrano la definizione di:

- bisogni riconosciuti;
- dimensioni del mercato;
- responsabilità finanziaria;
- priorità sociali.

Al fine di agevolare la rappresentazione del quadro complessivo l'analisi delle singole variabili è stata impostata in forma di tabella, dedicando i box 1-4 agli aspetti da gestire operativamente e i box 5-8 alle variabili che si concentrano sulla necessità di prevedere in maniera esplicita o implicita una serie di definizioni, ossia le variabili di scenario.

5. Riflessioni conclusive

Dalle considerazioni sviluppate e dalla mappa presentata, pur con sicuri margini di miglioramento, emerge come non si possa definire a priori un rapporto lineare e univoco tra introduzione del *voucher* e flessibilizzazione e qualificazione del sistema di produzione dei servizi. Questo pone tutti gli interlocutori di fronte alla necessità di una presa di coscienza di come lo strumento, di per sé, non sia né buono né cattivo. È, piuttosto, l'uso che se ne fa in ogni singolo contesto a connotarlo in maniera da innescare un effettivo processo di apertura del mondo dei servizi sociali attraverso forme di competizione e, quindi, di ridefinizione del *welfare mix* oppure, all'opposto, introdurre un effetto di omologazione del comportamento delle organizzazioni, funzionale ai criteri di un accreditamento tutto burocratico, disincentivante per la ricerca della flessibilità e della qualità.

In questo senso i dirigenti dei servizi sociali sono chiamati oggi a riflessioni, approfondite e di medio periodo, su come tentare di sviluppare il sistema senza precludere opportunità e mirando a realizzare la massima soddisfazione possibile dei bisogni. In questa prospettiva l'universalismo dei diritti non potrà essere garantito solo difendendo ad oltranza la dimensione del monopolio pubblico nella fornitura dei servizi. Il ruolo del *provider* di servizi appare in questo senso, più che una suggestione tecnologica, la vera dimensione dell'operatore pubblico su cui costruire le basi di un nuovo universalismo.

Nella pratica si assiste ad un impegno ancora modesto sui temi dell'accreditamento, della progettazione di caso e sull'accompagnamento e sostegno dell'utente nel percorso assistenziale. Proseguendo su questa strada si configura il rischio di non dare

corpo a quelli che sono i veri vantaggi:

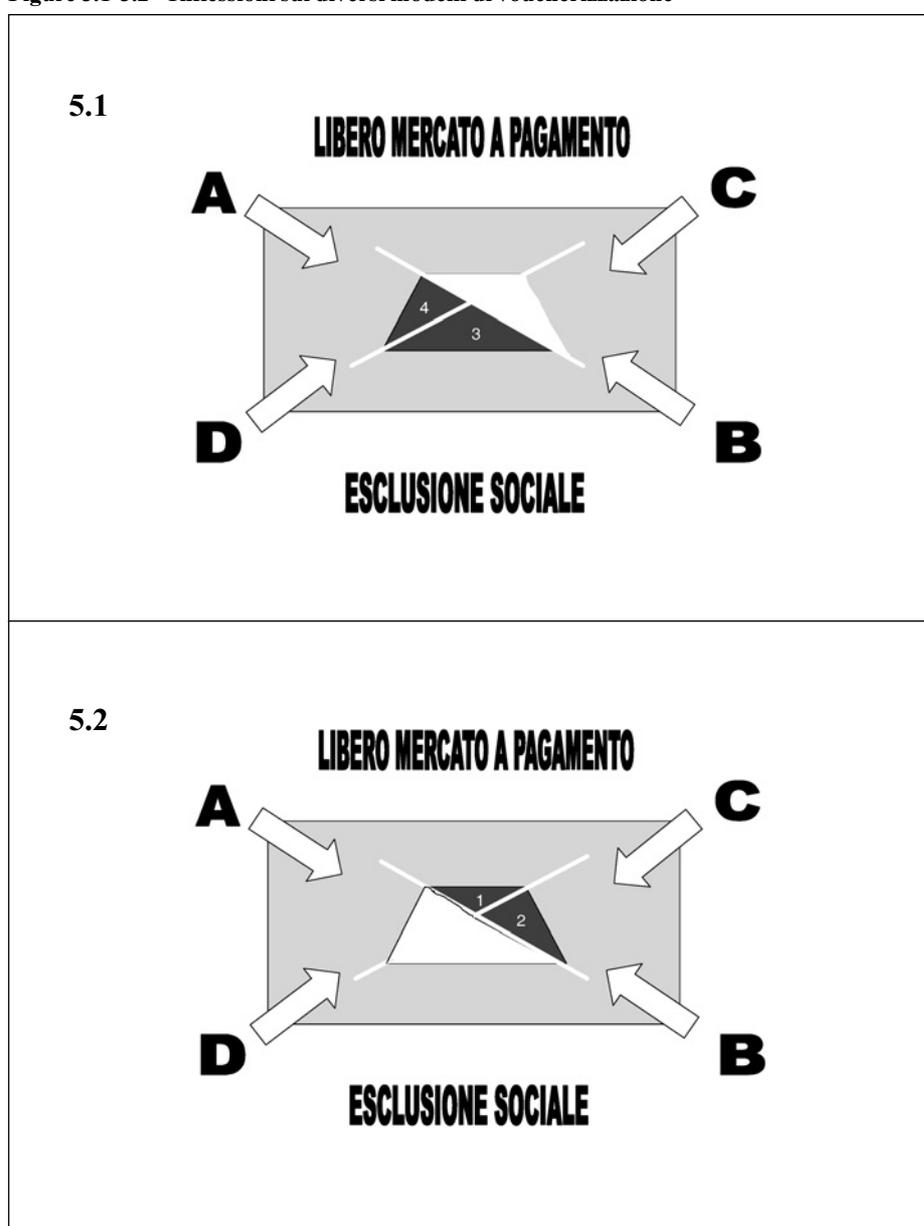
— la centralità del cittadino e del suo diritto di scelta;

— l'allargamento del numero di persone che possono utilizzare il servizio sociale anche senza diventare utenti stabili (perimetro della mappa);

— l'ampliamento della gamma di servizi ai cittadini che hanno la possibilità di comporre «pacchetti assistenziali» articolati e personalizzati secondo le effettive esigenze.

Dalle considerazioni sviluppate emerge come non sia corretto intendere l'introduzione di *voucher* nella for-

Figure 5.1-5.2 - Riflessioni sui diversi modelli di voucherizzazione



natura di servizi sociali alla stregua di una scelta di compromesso ma, piuttosto, come una opzione strategica capace, già nel breve periodo, di dare una maggiore flessibilità all'operatore pubblico nella gestione delle proprie risorse scarse per la soddisfazione dei bisogni sociali.

Per calibrare delle valutazioni più strutturali, invece, serve acquisire una logica di valutazione del cambiamento di medio periodo dove l'introduzione di *voucher* acquista un orizzonte temporale adeguato per cogliere gli impatti e i costi. In particolare, il problema dei costi evoca la transizione da un sistema che produce ad uno che regola al quale si abbinano costi di regolazione e di avviamento della nuova formula (17). Tuttavia, un bilancio serio deve mettere in relazione questi costi (di *start up*) con quelli ricorrenti sostenuti per la gestione della produzione diretta o per la gestione degli appalti.

Indubbiamente il finanziamento dei servizi sociali attraverso *voucher* presenta delle criticità e tipicamente presta il fianco alla difficoltà di garantire a tutti i cittadini la fruizione di un minimo di prestazioni uguali per tutti. Esistono diverse opzioni strategiche che l'operatore pubblico può scegliere di attivare; soltanto un adeguato sviluppo dell'analisi empirica potrà dare conto di come la sperimentazione di formule di gestione flessibili e originali riuscirà a conciliare la gestione equa e matura dei diritti sociali senza produrre rischi come:

- l'auto selezione dell'universo dei beneficiari in funzione della capacità di essere informati;
- la capacità di presa in carico da parte del soggetto pubblico;
- la presenza di una rete informale forte e/o di un supporto della famiglia attorno alla persona.

Il *voucher* è, in ogni caso, uno strumento duttile e da valutare caso per

caso con riferimento all'insieme concreto delle condizioni che lo caratterizzano. È per questo che appare realistico immaginare che il concreto funzionamento del *voucher* non sarà omogeneo nei singoli contesti locali. A parità di visione politico-strategica, di assetto istituzionale e di meccanismo di finanziamento dei servizi, i comportamenti degli attori locali si attesteranno in relazione alle diverse condizioni di mercato, attuali e pregresse. Le barriere all'entrata storicamente definite, eventuali meccanismi (anche informali) di negoziazione del

case mix e dell'equilibrio economico tra operatori agiranno, di volta in volta, da ostacoli o da facilitatori dei processi.

La vera costante del processo collega invece la voucherizzazione alla necessità di un cambiamento. Chi si fa l'attuale carico di aprire il sistema al cambiamento (*gatekeeper*) deve prepararsi a governare il coinvolgimento e la spinta tra tutti gli attori del sistema e superare le molteplici resistenze che ad esso si frappongono. Il processo che si apre in questo modo costituisce un sentiero privilegiato per iniziare a

Box 1 - Definizione del budget

L'introduzione di *voucher* deve avvenire all'interno di un *budget* di risorse dedicate. Per ottenere questa dimensione è possibile procedere definendo a priori le risorse oppure moltiplicando il numero di beneficiari per il valore unitario del *voucher*.

Con il primo approccio si devono scontare le difficoltà prodotte dall'alto tasso di incertezza che si associa ai servizi alla persona nel definire *standard* a fronte della variabilità delle prestazioni soggettivamente richieste e della limitatezza strutturale del campo di applicabilità dello *standard*. Il secondo mette in campo il meccanismo di selezione della domanda che definisce la strategia adottata di fatto per il servizio (quale *target* di utenti ci rivolgiamo).

È per questo che i titoli sociali vengono intesi anche come un modello per il controllo della domanda. Il controllo degli accessi da parte del servizio pubblico permette di realizzare non proprio un controllo sulla domanda ma, piuttosto, un orientamento del cittadino verso i soggetti erogatori.

Box 2 - Gestione del rapporto con i beneficiari

Il rapporto con i beneficiari del *voucher* è un versante strategico per la costruzione della rappresentazione dell'interesse pubblico in quanto è la frontiera del consenso politico ma, nel contempo, anche quella su cui può esplodere il *boomerang* della domanda inespressa.

Il *voucher* riconosce all'utente la facoltà di scelta dell'erogatore e la sua eventuale sostituzione. Tuttavia, riconoscere la facoltà non garantisce circa l'effettiva capacità, sia per le evidenti parzialità e asimmetrie informative presenti nel settore dei servizi sociali, sia per le situazioni di fragilità in cui vengono a trovarsi, spesso improvvisamente, gli utenti e le loro famiglie.

Questa consapevolezza definisce il ruolo di *counseling* dell'attore pubblico che può essere attivo o addirittura proattivo, cercando di influenzare la scelta verso ciò che si valuta essere meglio per l'utente oppure, al contrario, essere passivo, cioè a disposizione solo se richiesto (Longo, 2003).

pensare seriamente al rapporto costruito tra offerta e domanda di servizi sociali e al grado di governo del sistema effettivamente realizzato.

(1) La riflessione sui *voucher* si è alimentata a partire dalla letteratura anglosassone che per prima ha teorizzato ed osservato gli effetti associati a queste forme di gestione dell'intervento pubblico. Questi aspetti possono essere recuperati nei contributi di Beltrametti (2004), Fazzi (1997), Cave (2001).

(2) Con il termine «quasi mercato» si intende una formula che definisce un meccanismo di concorrenza amministrata in cui l'operatore pubblico rinuncia alla posizione di monopolio nella produzione per sviluppare una funzione di *provider* (regolamentatore) del sistema (Le Grand, Bartlett, 1993).

(3) Molti autori si sono impegnati nel tentativo di definire il fenomeno tra questi contributi sono da ricordare Gori (Gori, Da Roit, 2003), De Vincenti e Gabriele (De Vincenti, Gabriele, 1999) e Ranci (Ranci, 2001). In generale si può ritenere che le situazioni di *overshooting* segnalano dove è, nei fatti, già avvenuto un «sorpasso» del privato sul pubblico.

(4) Ad una fornitura monopolistica e burocratica si associano inefficienza sia allocativa che tecnica. Le criticità riguardano l'operare di vincoli di bilancio, l'assenza di incentivi finanziari all'efficienza, la scarsa reattività dell'offerta alle preferenze/bisogni degli utenti, il potere di pressione dei dipendenti pubblici/il vincolo delle loro competenze e la difficoltà di operare un *updating* su queste.

(5) Un caso a parte è costituito dalla Regione Lombardia che, in sede di prima attuazione della legge 328/00, nella del. G.R. 7069/01, ha disposto precise modalità di finalizzazione delle risorse del fondo per i titoli sociali. È stato previsto che una percentuale tendente al 70% — nel triennio — della quota assegnata sia da destinare allo sviluppo di interventi volti al mantenimento al domicilio dei soggetti fragili (artt. 15 e 16, comma 3, lettere d) ed e) L. 328/00) attraverso l'erogazione di «buoni» e «voucher».

(6) Il Ministero degli interni affida la pubblicazione dei dati all'Istat. In questa sede i dati sono stati estratti da un *Network* di osservatori sui bilanci locali (www.bilancientilocali.it) che coinvolge diverse istituzioni e che per il periodo indicato può disporre dei dati dei certificati dell'intera banca dati ministeriale.

Box 3 - Stile di accreditamento

In un contesto di «quasi mercato» in cui i cittadini possono acquistare prestazioni scegliendo tra una pluralità di fornitori è importante che l'operatore pubblico tuteli i diritti dei cittadini/utenti fissando e verificando i requisiti in base ai quali i fornitori sono ammessi ad operare sul mercato.

In particolare, si possono distinguere modalità di accreditamento: aperte, ristrette e negoziate. Nel primo caso ci si posiziona sulla semplice autorizzazione al funzionamento, accettando la situazione esistente e lasciando ampio spazio alla libertà di scelta del beneficiario. L'accREDITAMENTO può essere proposto anche in chiave ristretta, cioè selettiva: in questa accezione l'operatore pubblico stabilisce un numero vincolato di soggetti (ragionevole in funzione della domanda e delle risorse contendibili). Piuttosto che concentrarsi sul fornitore, si può mettere il *focus* sulla prestazione erogata, accreditando tutti i soggetti in grado di erogare determinate prestazioni e abbinando all'erogazione del *voucher* la definizione di un progetto individuale di assistenza finalizzato soprattutto alle esigenze del singolo beneficiario. L'accREDITAMENTO può coniugare i due aspetti precedenti interpretando una visione ristretta in cui l'operatore pubblico definisce con precisione chi e cosa paga il *voucher*, lasciando uno spazio ridotto alla libertà di scelta individuale.

L'accREDITAMENTO rappresenta, pertanto, l'elemento regolatore del meccanismo dei *voucher*. Infatti, agendo su questa leva l'operatore pubblico esprime il suo nuovo ruolo di *provider* determinando quanto ampie siano le libertà di scelta dell'individuo beneficiario e quanto possa essere sviluppata la competizione sul mercato*.

* L'accREDITAMENTO si rivela una leva strategica nei processi di voucherizzazione e deve portare alla definizione di una dimensione di eccellenza con *focus* sulla qualità minima da garantire in relazione ai bisogni da soddisfare. Questa dimensione deve essere fatta oggetto di continua verifica e alimentare un processo di imitazione attraverso la diffusione delle *best practices* (Francalanci, Toso, 2001).

Box 4 - Gestione dei rapporti con i fornitori

La qualità del servizio in un modello *voucher* dipende dalla qualità degli erogatori, la quale è significativamente influenzata dalle disponibilità economiche ritrovabili in un singolo territorio e in particolare, dalle economie di specializzazione locali. La quantità degli erogatori da accreditare dipende, quindi, dalle dimensioni di un mercato locale e dal fatturato medio necessario per garantire le economie di scala e di specializzazione ai produttori (Longo, 2003).

La gestione dei rapporti con i fornitori in *partnership* prevede, pertanto, la definizione di un numero di fornitori tra quelli accreditati verso cui orientare i titolari di *voucher*. Ciò implica una visione dell'operatore pubblico come soggetto interessato alla tutela dell'economicità del fornitore. In caso contrario, un accREDITAMENTO a maglie larghe con requisiti minimi lascia al sistema il compito di assestare gli equilibri e di selezionare i fornitori con tutte le distorsioni che possono associarsi alla diversa visibilità, preesistenza sul territorio che intervengono ad influenzare le informazioni circa i soggetti chiamati a competere per il mercato (Fazzi, 1999).

La gestione del rapporto con i fornitori si fa carico anche di un aspetto spesso trascurato che riguarda l'esigenza di alimentare l'innovazione. Tenuto conto del diverso possibile combinarsi delle variabili e del diverso grado di competitività che può caratterizzare i sistemi alimentati con *voucher*, pare opportuno almeno porsi il problema di definire chi si fa carico di portare l'innovazione nel sistema.

(7) Il campione preso a riferimento per le elaborazioni si presenta diverso dall'universo per una serie di motivazioni che coinvolgono problemi di trasmissione dei dati, di compilazione del certificato e di pulizia dell'archivio. In particolare il totale dei comuni considerati per ciascun anno è: 7.969 per il 1998; 7.851 per il 1999; 8.001 per il 2000; 8.052 per il 2001.

(8) Il processo di riorientamento della spesa pubblica nei servizi sociali è ben descritto da Del Vecchio (2003) ma per gli obiettivi del saggio è importante tenere conto di come nell'ambito del processo l'attenzione sia stata concentrata sull'offerta a prescindere dalla domanda e, conseguentemente, controllando la quantità di servizio si sia perso di vista lo sviluppo della qualità dello stesso come osserva acutamente anche Piva (1998).

(9) Bisogna segnalare un limite nell'analisi proposta legato alla discontinuità del campione tra gli anni. Tenuto conto dei tassi di copertura dello stesso per classi dimensionali si è ritenuto accettabile la piccola distorsione prodotta dalla mancanza di piccole amministrazioni e dalla loro discontinuità nell'aggregato su cui sono calcolati i numeri indice.

(10) Estremizzando i concetti si può arrivare a sostenere che, nelle more del dibattito su quanto federalismo sia sostenibile, una sorta di federalismo senza principi ha comunque prosperato a livello di politiche sociali e di *welfare* locale. Per cogliere la drammatica attendibilità di questa riflessione basta considerare i livelli diffusi di impegno finanziario evidenziati dai dati e allargare l'orizzonte pensando ai diversi sistemi sanitari, scolastici, ecc.

(11) Nonostante la difficoltà di elaborare statistiche significative al riguardo si possono ritrovare interessanti riferimenti di scenario nell'analisi proposta da Spano e Bruzzo (1999), e riferimenti quantitativi nel contributo di Francalanci e Toso (2001).

(12) È utile ricordare che anche il trasferimento di potere d'acquisto alle famiglie, seppure non vincolato all'acquisto di servizi, si può tradurre in acquisizione di prestazioni, ma in tal caso i soggetti erogatori sono scelti dall'utente indipendentemente da qualunque forma di riconoscimento da parte delle pubbliche amministrazioni, a prescindere dall'esistenza di processi di accreditamento (Fosti, Ceda, 2003).

(13) Nei casi in cui il beneficiario di un *voucher* percepisca come vincolanti le restrizioni al consumo associate al *voucher* si crea un incentivo allo scambio e/o alla monetizzazione del titolo con il rischio che questo produca un mercato nero. Al fine di limitare questa possibile deriva, soprattutto nei casi in cui le asimmetrie

informative giocano un ruolo importante, si preferisce rendere nominativi i *voucher*.

(14) Questo particolare aspetto introduce un elemento di riflessione importante sulle conseguenze della voucherizzazione per i fornitori. Infatti, il vincitore di una gara pubblica per la fornitura di una determinata prestazione si assicura una posizione di monopolio della durata del contratto. Nel caso dell'accreditamento, invece, questo non genera alcun tipo di garanzia.

(15) Con il termine *merit goods* letteralmente si intendono «beni di merito». Il concetto teorizzato da Musgrave (1987) consi-

dera che la collettività, in quanto entità distinta dai cittadini che al compongono, sia portatrice di una propria visione del bene pubblico distinta da quella dei suoi singoli appartenenti.

(16) Il ricorso a questa figura si collega alle considerazioni svolte nel paragrafo 2 in merito alla struttura del sistema di *welfare* locale dei Comuni.

(17) In un *welfare* che si flessibilizza per mantenere il principio dell'eguaglianza del trattamento pubblicamente garantito servono verosimilmente più regole e più stringenti piuttosto che meno regole.

Box 5 - Definizione dei bisogni riconosciuti

La definizione dei bisogni evoca la scelta di chi ha la responsabilità di stabilire la prestazione erogata. In questo senso si può immaginare che sia l'operatore pubblico a definirla preventivamente oppure che sia il fornitore a configurare l'intervento che poi troverà copertura finanziaria con il *voucher*. Evidentemente non si tratta solo di una scelta organizzativa, perché le conseguenze in termini di controllo della spesa e di governo delle priorità sociali nelle due ipotesi sono completamente diverse. Alla seconda ipotesi, infatti, possono associarsi due importanti effetti: la definizione dei bisogni finisce in capo al produttore, con possibili conseguenze distorsive rispetto all'analisi dei bisogni. Di fronte a questa situazione il soggetto pubblico è chiamato a gestire una domanda, autodefinita e formalizzata nella relazione con il produttore, magari non coerente con le priorità definite nella programmazione degli interventi (Fosti, Ceda, 2003).

Box 6 - Definizione delle dimensioni del mercato

Le dimensioni del mercato sono decisive perché in funzione di quelle sarà più o meno probabile che vi sia un numero di erogatori superiore a uno. Se le dimensioni della domanda sono troppo limitate, non sarà possibile avere un numero di erogatori tale da sviluppare una reale competizione*.

La necessità di creare valore attraverso la competizione pone un richiamo forte alla necessità di pensare alla voucherizzazione come ad un processo d'area. In questo senso vale l'esperienza americana in cui l'attuazione dei programmi è stata fatta su scala federale e anche quella francese in cui il livello di governo coinvolto è stato l'equivalente delle nostre province (Beltrametti, 2004). In Italia i tentativi di applicazione si stanno misurando spesso con il limite locale che finora ha portato ad una proliferazione di disegni diversi senza la condivisione di *standard* comuni con perdita delle economie di scala**.

* Le caratteristiche specifiche dei servizi possono dare luogo, in alcuni contesti, a condizioni di monopolio naturale, dovute all'impossibilità di raggiungere condizioni di equilibrio economico soddisfacente da parte di più di un fornitore. In questi casi il ricorso al *voucher* non introduce elementi di innovazione nel funzionamento del mercato dei servizi socio sanitari né in termini di competizione, né in termini di libertà di scelta.

** È utile sviluppare adeguate riflessioni sulle conseguenze della competizione in quanto, in alcuni casi (es. case di riposo), una effettiva competizione tra erogatori al fine di consentire la scelta dell'utente presupporrebbe un eccesso di offerta che implicitamente si tradurrebbe in un utilizzo *sub* ottimale delle risorse.

BIBLIOGRAFIA

- BELTRAMETTI L. (2004), *Vouchers. Presupposti, usi e abusi*, Il Mulino, Bologna.
- CAVE M. (2001), «Voucher programmes and their role in distributing public services», *OECD Journal Budgeting*, vol. 1, 1, pp. 59-88.
- DE VINCENTI C., GABRIELE S. (1999), *I mercati di qualità sociale. Vecchi e nuovi modelli di consumo*, VIII Rapporto CER-SPI, Laterza, Roma-Bari.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2002), «La resistibile ascesa dei nemici delle aziende pubbliche», *Salute e società*, 1, pp. 53-70.
- DONATI P. (A CURA DI) (1999), *Lo stato sociale in Italia. Bilanci e prospettive*, Mondadori, Milano.
- FAZZI L. (1997), «Il dilemma dei voucher nella scelta dei servizi sociali: aumento o riduzione delle garanzie di tutela sociale?», *Rivista trimestrale dell'Amministrazione*, 3-4, pp. 81-109.
- FAZZI L. (1999), «Come si utilizzano i voucher nei servizi sociali?», in Fazzi L., Messori E. (a cura di), *Modelli di welfare mix*, Franco Angeli, Milano.
- FAZZI L., GORI C. (2004), «Il voucher e il quasi mercato», in Gori C. (a cura di), *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci editore, Roma.
- FOSTI G., CEDA C. (2003), «Il voucher socio sanitario: la sperimentazione nei servizi di assistenza domiciliare integrata in Lombardia», in Anessi Pessina E., Cantù E., *L'aziendaizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2003, pp. 349-375.
- FRANCALANCI A., TOSO S. (2001), «Spesa sociale e meccanismi di mercato: i buoni servizio (vouchers)», CAPP (Centro di analisi delle politiche pubbliche), Materiali di discussione CAPP (Centro di analisi delle politiche pubbliche), n. 378.
- GORI C. (2000), «Comprare i servizi sociosanitari per gli anziani: i costi economici e sociali delle diverse alternative», *Economia Pubblica*, 1, pp. 95-115.
- GORI C. (2001), «Libertà di scelta e competizione nei servizi che cambiano», *L'Assistenza sociale*, 4, pp. 105-126.
- GORI C., DA ROIT B. (2003), «Regolare il mercato privato dell'assistenza: una sfida per le politiche pubbliche», *Tendenze nuove*, 4-5, pp. 385-394.
- HOLMES S., SUNSTEIN C.R. (2000), *Il costo dei diritti*, il Mulino, Bologna.
- LE GRAND J., BARTLETT W. (1993), *Quasi-markets and social policy*, Macmillan, London.
- LOEWENSTEIN G. (1999), «Is more choice always better?», *National Academy of Social Security*, Social Security Brief n. 7.
- LONGO F. (2003), «Il voucher per la gestione delle cure domiciliari: l'esperienza della Regione Lombardia», mimeo.
- MORLEY FLETCHER E. (2002), «Vouchers e conti virtuali di welfare», in Montebugnoli A. (a cura di), *Questioni di welfare*, Franco Angeli, Milano.
- MUSGRAVE R.A. (1987), «Merit Goods», in Eatwell J., Milgate M., Newman P. (a cura di), *The new palgrave. A dictionary of economics*, vol. 3, London, Mc Millan, pp. 452-453.

Box 7 - Definizione della responsabilità finanziaria

Definire la responsabilità finanziaria significa porsi il problema di individuare il terzo pagante (chi paga) *. È possibile ipotizzare che un assetto istituzionale a responsabilità diffusa con intervento degli utenti possa sviluppare un gioco in cui i soggetti pubblici dovranno decidere fino a che punto ognuno di loro sia disposto a finanziare i servizi. In tal caso è fondamentale definire a priori se e quanto l'erogatore possa proporre ai cittadini servizi aggiuntivi extra *voucher*. I casi in cui il valore del *voucher* non risulta coerente con il fabbisogno assistenziale dell'utente possono configurare uno spostamento del finanziamento dei servizi dal sistema di *welfare* agli utenti (Fosti, Ceda, 2003).

L'assetto istituzionale, invece di essere un fattore determinante, può allora subire delle conseguenze dall'adozione del *voucher*, poiché l'assetto reale può differire da quello formale: la titolarità reale dei servizi sarebbe infatti in capo al soggetto erogatore che deciderebbe, in termini sostanziali, l'entità della risposta al bisogno dell'utente, lasciando poi all'utente l'opzione tra finanziare autonomamente i servizi aggiuntivi o esercitare un'opzione voce nei confronti dell'ente locale (titolare delle funzioni in ambito socio assistenziale).

* In campo socio assistenziale il fenomeno del cosiddetto «terzo pagante» si verifica in tutti i casi in cui un soggetto (nel nostro caso l'operatore pubblico) diverso dall'erogatore di una determinata prestazione e dal suo diretto beneficiario copre in tutto o in parte il suo costo. In presenza di questa situazione i cittadini possono essere incentivati a spingere il consumo del servizio fino al punto in cui il beneficio marginale che ne ricavano non eguaglia il costo marginale che sostengono. Da questo deriva la constatazione che in assenza di una compartecipazione al costo la tendenza sarà ad espandere il consumo all'infinito con problemi di spreco di risorse.

Box 8 - Definizione delle priorità sociali

Per quanto attiene alla definizione delle priorità sociali, il fattore fondamentale consiste nel distinguere l'espansione del sistema dalla sua ridefinizione. Per essere più precisi, compiere questo passaggio significa chiedersi se il *voucher* viene usato per espandere il sistema di *welfare* locale o per riprogettarlo:

- nel primo caso bisogna riflettere su quante risorse mobilitare rispetto a quali bisogni;
- in caso contrario bisogna ragionare su cosa viene sostituito.

Anche immaginando una costanza di risorse con i *voucher* il finanziamento pubblico cambia sostanzialmente veste, infatti le risorse destinate alla fornitura di servizi non vengono attribuite agli enti erogatori dal comune attraverso un processo di intermediazione burocratica ma direttamente dagli utenti mediante l'utilizzo del *voucher* (Francalanci, Toso, 2001).

- NANNICINI T. (1999), «Teoria normativa vs public choice. Il caso delle politiche sociali», *Economia pubblica*, 5, pp. 5-40.
- PERINO M., GALETTO E. (2002), «Accreditamento e buono servizio», *Prospettive sociali e sanitarie*, 3.
- PESARESI F. (2004), «L'autorizzazione e l'accreditamento», in Gori C. (a cura di), *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci editore, Roma.
- PIVA P. (1998), «Governare la produzione e l'acquisto di servizi sociali», *L'assistenza sociale*, I, pp. 151-164.
- RANCI C. (A CURA DI) (2001), *L'assistenza agli anziani in Italia ed in Europa*, Franco Angeli, Milano.
- SPANO P., BRUZZO A. (1999), «Fattori di crisi e prospettive per il welfare italiano», in *Panorama*, EDIS - Facoltà di Giurisprudenza di Catanzaro, Rubbettino.

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 salute

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 devono essere originali e avere contenuto innovativo.

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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

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, pp. 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 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.

LE SPECIFICITÀ DELL'E-PROCUREMENT IN SANITÀ: LE ESPERIENZE DELL'ASL DI VITERBO

Tommaso Federici¹, Andrea Bianchini², Tania Morano²

¹ Facoltà di Economia - Università della Tuscia, Viterbo

² Unità Operativa Approvvigionamenti e Logistica - Azienda Sanitaria Locale di Viterbo

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il caso dell'Azienda sanitaria locale di Viterbo - 3. Conclusioni.

The size and growth of Italian health-care spending for goods and services ask for prompt rationalization programs, with novel purchasing approaches (e-procurement), capable to provide significant reductions in purchasing and administration costs. If several interventions have not yet delivered the expected results, that's due to lack of problem segmentation and resistance to change of public structures. Health-related purchases require a segmented approach, to take into account the specific needs of different spending items and foster coherent organizational changes. It is therefore of interest to examine the e-procurement project undertaken by the Asl of Viterbo, for its scope, consistence and brilliant results.

1. Introduzione

Le dimensioni e il trend di crescita della spesa pubblica sanitaria italiana per beni e servizi costituiscono segnali allarmanti di un fenomeno che preoccupa le istituzioni centrali e locali, e sollecitano l'avvio di programmi di razionalizzazione e contenimento. L'obiettivo di ridurre la spesa trova una risposta concreta, ovviamente parziale e differenziata, nell'introduzione nei processi di acquisto di modalità innovative basate su strumenti elettronici (*public e-procurement*). Anche per il comparto sanitario le motivazioni consistono in possibili consistenti riduzioni di componenti dei costi (di acquisto e amministrativi) per la fornitura di beni e servizi, che le pratiche di *e-procurement* sono in grado di produrre. Nel caso degli acquisti sanitari, si impone tuttavia un approccio alle diverse opportunità elettroniche di approvvigionamento che tenga conto delle elevate specificità e delle particolari esigenze delle forniture sanitarie.

Gli interventi — statali, regionali e locali — di razionalizzazione della spesa pubblica sanitaria, pur essendo basati sulla diffusione di pratiche di *e-procurement* innovative, non hanno in generale ancora prodotto in concreto i risultati economici e amministrativi attesi. Le motivazioni si possono ricondurre alle varie e complesse componenti che caratterizzano in Italia la spesa per acquisti sanitari, e alle concrete resistenze che l'evoluzione di processo basata sull'innovazione tecnologica incontra ancora oggi negli uffici pubblici. In proposito, è interessante esaminare l'articolato progetto di *e-procurement* intrapreso negli ultimi anni dalla Asl di Viterbo, sia per lo spiccato carattere di sperimentaltà che distingue la sua azione (utilizzo diffuso di modalità elettroniche), sia per i risultati economici e organizzativi che l'Azienda sanitaria è riuscita a raggiungere tramite la reingegnerizzazione dei processi di approvvigionamento e di gestione dei beni.

1.1. Le dimensioni della spesa sanitaria per beni e servizi

I costi di un'azienda sanitaria pubblica sono determinati per il venti per cento del totale (2002, fonte ASSR - Agenzia per i servizi sanitari regionali) dalla voce «spese per l'acquisto di beni e servizi»; si tratta di una componente consistente in termini percentuali, che assume dimensioni enormi in termini assoluti quando riferita al complesso della sanità pubblica e determina la necessità di interventi solleciti e innovativi con obiettivi di razionalizzazione e di contenimento.

La cifra che in un anno il Sistema sanitario nazionale spende per l'approvvigionamento di beni e servizi — più comunemente identificati nella voce di costo «consumi intermedi sanitari» — ammonta complessivamente (2002) a circa 17,5 miliardi di euro (cfr. figura 1). Nel suo complesso, il trend è in forte ascesa: dal 1997 al 2002 la spesa è quasi raddoppiata, crescendo di circa 7,5 miliardi di euro. Dall'analisi del Costo della produzio-

ne delle aziende sanitarie italiane è poi interessante ricavare la dimensione e il trend dell'incidenza percentuale del costo sopportato annualmente dalle Asl per l'approvvigionamento di beni e servizi (Corte dei Conti, 2003), rispetto al totale del costo della produzione:

- nell'anno 1998, tali costi hanno rappresentato il 21,39%;
- nell'anno 1999, hanno fatto registrare un'incidenza del 21,68% sul totale;
- nell'anno 2000, si sono attestati al 22,46%, con una crescita di oltre un punto in due soli anni.

Con riferimento agli importi assoluti, e anche ai trend di crescita, emerge l'urgenza di azioni di contenimento con l'avvio di dettagliati programmi (nazionali, regionali e locali) che, per essere efficaci, devono tener conto dei fattori di complessità che distinguono il mercato degli approvvigionamenti sanitari, tra i quali quelli indotti dal necessario rispetto di elevati *standard* qualitativi nelle forniture di beni e servizi. In un settore con rilevanti specificità come quello sanitario, qualsiasi intervento per contenere la spesa, anche se basato su tecnologie fortemente innovative come nel caso dell'*e-procurement*, richiede infatti una dettagliata analisi preventiva delle caratteristiche del mercato della domanda e dell'offerta e un coerente progetto organizzativo, per non rivelarsi alla fine un miraggio.

1.2. Le caratteristiche e le specificità della spesa sanitaria

Un aspetto di prima evidenza, che influisce sulla spesa per acquisti sanitari e impone la necessità di introdurre tecniche innovative di comparazione nazionale dei prezzi, è la presenza di una rilevante differenziazione nei costi di acquisto sopportati dalle singole aziende per le stesse forniture, che re-

gistrano scostamenti anche del 300%, addirittura nel quaranta per cento dei casi (dati estrapolati da una ricerca della *Scuola superiore Sant'Anna* di Pisa particolarmente ampia in termini di periodo e copertura merceologica: Turchetti, 2002).

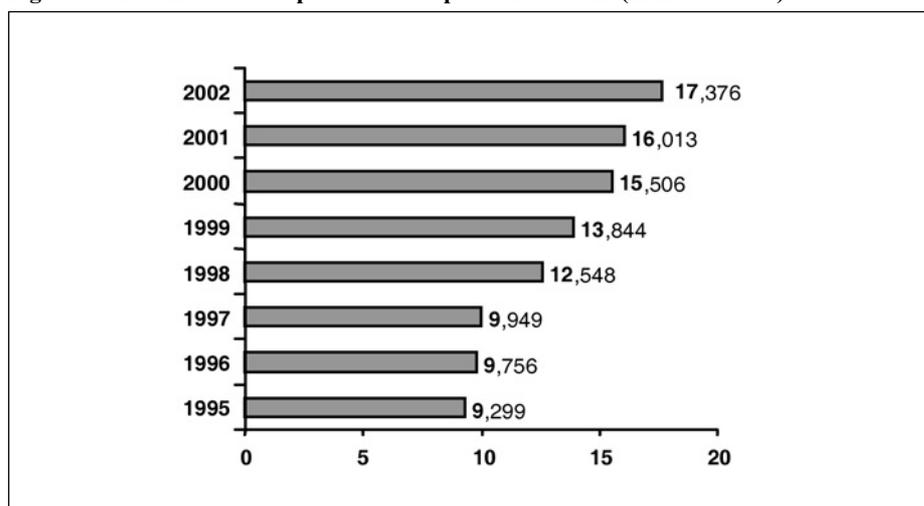
L'obiettivo di contenere la spesa sanitaria per consumi intermedi deve quindi essere calato nelle diverse realtà locali, dal momento che questo segmento della spesa sanitaria risulta a carico per l'80% di sole nove regioni su un totale di ventuno. Esiste poi una forte differenza nell'andamento regionale della spesa per beni e servizi — con regioni che registrano tassi di variazione decisamente al di sopra della media nazionale annua, ed altre che invece se ne mantengono decisamente al di sotto — ed una accentuata variabilità (Bertini, Sciandra, 2001a) dell'incidenza della voce di costo per beni e servizi sul totale della spesa corrente delle singole regioni, tendenzialmente più rilevante nelle regioni del nord (25% in Valle d'Aosta), rispetto sia a quelle del centro (21% in Toscana), che del sud (12,3% in Calabria e 13,5% in Sicilia). Queste rilevanti di-

versità da regione a regione complicano le scelte di pianificazione degli interventi di *e-procurement*, dal momento che impattano la delicata fase di cambiamento che stanno attraversando le amministrazioni regionali.

Un ulteriore fattore di diversità, in grado di influenzare il mercato della domanda, è dato dalla presenza nel sistema nazionale italiano di circa 350 strutture sanitarie tra Asl, Ao e Irccs (1) che, in virtù di differenti scopi e pratiche aziendali, manifestano esigenze differenziate di approvvigionamento di beni e servizi; ciò comporta per l'offerta la necessità di presentarsi con una struttura complessa e un alto livello di personalizzazione. Altri caratteri di complessità del mercato sanitario per beni e servizi sono le dimensioni numeriche del mercato dei fornitori (esistono circa 500 mila fornitori accessibili dalle aziende sanitarie) e la forte differenziazione strutturale e tipologica delle realtà commerciali presenti (multinazionali, imprese nazionali medio-grandi e PMI locali).

La spesa sanitaria per consumi intermedi è una voce di costo composta, che può andare dall'acquisto di

Figura 1 - Evoluzione della spesa sanitaria per beni e servizi (in mld. di euro)



Fonte: elab. ASSR su dati SIS (Sistema informativo sanitario).

forniture *standard* per tutta la pubblica amministrazione (Pa) a beni o servizi con un livello di specificità anche elevato, in relazione alle particolari esigenze della committenza sanitaria. L'utilizzo di strumenti di *e-procurement* in sanità impone uno studio dettagliato su tale varietà di beni e servizi: solo a valle di tale approfondimento si può procedere all'abbinamento tra le diverse forniture e le rispettive modalità elettroniche di approvvigionamento più appropriate. L'analisi del fabbisogno dei beni e servizi delle aziende sanitarie è perciò il presupposto fondamentale per l'avvio di qualsiasi intervento in materia di spesa pubblica sanitaria: una volta definita la natura dell'esigenza nei suoi minimi dettagli (si pensi al materiale specifico di sala operatoria), è infatti possibile pianificare gli acquisti senza incorrere nel rischio di incongruenze che possono minare l'efficacia del funzionamento di una struttura sanitaria e anche la stessa economicità della fornitura (quando non si abbina alla specifica categoria merceologica la più opportuna modalità di approvvigionamento).

La voce di costo «beni e servizi» del comparto sanità, in misura molto maggiore che in altri settori pubblici, costituisce un aggregato assai eterogeneo di spesa, motivo per cui è necessario identificare le diverse tipologie presenti, in relazione ai differenti (Bertini, Sciandra, 2001a):

— ruoli all'interno del comparto sanitario;

— pesi sulla spesa complessiva;

— interventi possibili per una politica di razionalizzazione e di contenimento della spesa.

Una prima necessaria classificazione della spesa sanitaria per consumi intermedi suddivide la stessa in tre distinte (2) voci di costo:

— *spesa comune* a tutta la pubblica amministrazione, le cui caratteristiche tecniche rimangono invariate indipendentemente dal tipo di amministrazione acquirente (ad esempio: utenze telefoniche, materiali da ufficio). Nell'anno 2002 tale voce di costo per il comparto sanitario, si è attestata intorno a 4.159 milioni euro (Consip, 2002) su un totale di circa 18 miliardi, per un peso sulla spesa sanitaria per beni e servizi pari a circa il 23%;

— *spesa comune specifica* del comparto sanitario: comprende beni e servizi acquistati da tutte le Amministrazioni, che però si differenziano in funzione delle caratteristiche peculiari e delle specificità del comparto richiedente, come ad esempio i contratti per la manutenzione o la pulizia degli immobili (nel caso della sanità il valore di tale voce di costo viene stimato intorno al 25% del totale della spesa per consumi intermedi);

— *spesa specifica sanitaria*, composta di beni e servizi ad esclusivo utilizzo del comparto sanità (oltre il 50% del totale della spesa per beni e servizi), è una voce di costo esclusiva della sanità, costituita da beni e servizi impiegati direttamente nella gestione tipica sanitaria (farmaci, dispositivi medici (3) specifici e non).

Tenuto conto di tali diversificazioni e dei fattori di complessità sopra accennati, ancor prima di adottare una tra le soluzioni informatiche disponibili, occorre concepire modalità di approccio al problema in grado di offrire al sistema sanitario italiano nuove e più ampie possibilità di gestione degli approvvigionamenti, in linea con i requisiti tipici del settore e con i recenti obiettivi di contenimento della spesa sanitaria richiamati dalle ultime leggi finanziarie in materia di spesa pubblica.

1.3. Strumenti di e-procurement e tipologie di spesa sanitaria

Il termine «e-procurement» (Cotter *et al.*, 1999) indica l'insieme delle modalità organizzative supportate da tecnologie informatiche e di comunicazione che consente alle imprese di ricorrere a forme di approvvigionamento *on-line* di beni e servizi più efficaci ed efficienti rispetto a quelle tradizionali. Un sistema di *e-procurement* correttamente concepito investe tutto il processo di approvvigionamento aziendale — non solo la fase di acquisto — e comporta il ridisegno complessivo di tale processo, integrando eventualmente soluzioni per la logistica e il *Supply Chain Management* (SCM), attraverso la connessione dei sistemi informativi di imprese diverse (acquirenti e fornitrici) lungo tutto il ciclo di vita di un prodotto o di un servizio (Federcomin, 2001).

In generale, quando si parla di soluzioni di *e-procurement* si fa riferimento a un insieme di strumenti piuttosto diversi, attraverso i quali un'azienda si può approvvigionare direttamente *on-line* (D'Ascenzo, 2001). Per schematizzare il panorama delle opportunità, occorre collocare le soluzioni disponibili in tre ambiti: l'*e-sourcing*; l'*e-requisitioning* e l'*e-logistics*; i primi due rappresentano modalità alternative per affrontare la fase di acquisto, mentre il terzo costituisce il complemento a entrambe per snellire e razionalizzare l'intero processo di approvvigionamento.

Per *e-sourcing* si intende l'insieme di modelli e strumenti, attivati tramite l'utilizzo di tecnologie *web-based*, che permettono di: eseguire gare e contrattazioni *on-line*, usare strumenti di analisi della spesa, misurare le performance dei fornitori e il livello di integrazione degli stessi, sempre con l'obiettivo di ottimizzare l'identificazione, la valutazione, la negoziazione

e la configurazione di un *mix* ottimale di fornitori, prodotti e servizi. In questo contesto, si fa riferimento sia alle aste dinamiche (le *e-auction*) che permettono la determinazione del prezzo di una fornitura posta all'asta (tramite il rilancio *on-line* delle offerte), sia alle gare elettroniche (nelle varie tipologie disponibili sul *web*), con le quali le amministrazioni possono riprodurre sulla rete in tutto o in parte i passi delle procedure di acquisto ad evidenza pubblica. Le aste sono particolarmente indicate per l'acquisto di forniture dettagliatamente definibili nei requisiti, che non richiedono la presentazione e la valutazione di un progetto specifico, e per le quali si può quindi adottare il criterio del minor prezzo senza rischi di conseguenze negative sul livello qualitativo delle forniture. Le gare *on-line* sono invece più adatte nel caso di acquisti di beni e servizi non standardizzabili, da aggiudicare con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (ponderazione tra offerta economica e parametri qualitativi fissati). Anche se in questo caso vi è la necessità di valutare *off-line* le offerte tecniche pervenute, lo strumento delle gare *on-line* offre comunque vantaggi rilevanti per una Pa, con riferimento alla semplificazione di tutte le fasi amministrative che possono essere traslate sul *web*, e alla connessa riduzione di tempi e costi. L'*e-sourcing* (nelle due forme viste) trova in ogni caso la sua migliore applicazione con quelle forniture che hanno frequenza medio-bassa.

L'*e-requisitioning* fa riferimento alla gestione completa degli ordini, dall'emissione delle richieste di acquisto, all'autorizzazione interna della spesa, al controllo di avanzamento, fino al pagamento della fornitura. Lo strumento per risolvere validamente questo processo di approvvigionamento è il *mercato elettronico*, che raccoglie ed espone — con dettagli su caratteri-

stiche, prezzi e termini di fornitura — ad una platea di acquirenti abilitati, l'offerta di numerosi beni e servizi proposti da diversi fornitori ammessi ad essere presenti, anche in concorrenza tra loro. All'interno di questo mercato, e utilizzando la stessa piattaforma informatica, si compie l'intero ciclo, dalla scelta del bene e del produttore, all'emissione dell'ordine, all'arrivo dello stesso al fornitore. Si tratta di uno strumento adatto soprattutto per la gestione di forniture con numero elevato di transazioni periodali, che produce i migliori risultati in termini di risparmio complessivo nella gestione di acquisti con importi singoli poco rilevanti sul totale della spesa aziendale, e comunque per beni standardizzati e non strategici di bassa o consolidata tecnologia (Boni, 2004). Per la pubblica amministrazione, questo strumento si è dapprima concretizzato nel cosiddetto *catalogo elettronico* di Consip — elenco di beni/servizi disponibili per le Pa a condizioni prefissate, tramite convenzioni stipulate da Consip stessa — e più di recente in esperimenti di vero e proprio *mercato elettronico* (Ferranti, 2003) — nuovo strumento di negoziazione *on-line* utilizzabile per acquisti di importo inferiore alla soglia comunitaria, basato sulla presentazione da parte di una molteplicità di fornitori di cataloghi di prodotti e servizi — che apre la possibilità di una negoziazione tra acquirente e fornitore su caratteristiche dei beni e termini della fornitura (ad es. sulla dilazione dei pagamenti). Per funzionare validamente in ambito sanitario, dovendo rispondere alla specificità dei beni trattati, il catalogo deve essere dovizioso di descrizioni tecniche dei prodotti e deve essere supportato eventualmente da sessioni di valutazione diretta del bene offerto (si pensi all'adozione di dispositivi medici con caratteristiche specifiche come: apparecchi medicali, bisturi, ...).

Con il termine *e-logistics* si intende la gestione dei magazzini aziendali — in sanità: ospedalieri ed economici — e dei flussi interni dei beni acquistati, basata su specifiche tecnologie informatiche che mettono in comunicazione diretta gli attori interni ed esterni all'azienda. In qualsiasi modo sia stato svolto l'acquisto del bene, l'*e-logistics* può apportare considerevoli benefici a tutto il ciclo degli approvvigionamenti, in particolare per forniture ripetitive o soggette a rinnovo continuo delle scorte. Si tratta di una innovazione fortemente improntata al ridisegno dei processi — naturalmente supportati da tecnologie ICT — e dall'integrazione con i fornitori, la cui assenza riduce notevolmente la portata dei benefici (Borgonovi, 2004) derivanti dall'adozione di strumenti per l'*e-sourcing* e l'*e-requisitioning*, che finirebbero per costituire avanzamenti importanti, ma per così dire «isolati», di singole fasi del processo di approvvigionamento.

Le differenze rilevanti tra i beni e servizi, che fanno capo alle tre distinte voci di costo (spesa comune, comune specifica e specifica sanitaria), e la disponibilità di differenti soluzioni elettroniche di approvvigionamento, impongono una riflessione approfondita su quale soluzione è più indicata per quale tipologia di bene o servizio, ed eventualmente in quali situazioni. La prima considerazione che emerge, apparentemente banale, ma non per questo diffusa, è che occorre procedere alla razionalizzazione della spesa pubblica, in particolare di quella sanitaria, con un approccio diversificato, che tenga conto dei caratteri tipici di ciascun approvvigionamento. A fianco dell'economicità e della tempestività degli acquisti posti in essere, della trasparenza degli atti e del rispetto dei principi concorrenziali tra le imprese (Monteu, Ruffino, 2001), nel settore

sanitario, ancor più che in altri, è fondamentale salvaguardare elevati standard di qualità per molti dei prodotti e dei servizi. Si impone quindi la contemporanea adozione (cfr. figura 2) di politiche differenziate, sia per quanto riguarda la scelta della soluzione elettronica di acquisto più adeguata, sia per quanto concerne i piani di valutazione e revisione delle modalità di approvvigionamento.

I beni e i servizi afferenti alla *spesa comune* sono tutti quelli altamente standardizzabili per l'intera pubblica amministrazione; per le loro caratteristiche (largo utilizzo, offerta consistente, lotti variabili e ripetitivi), sono perfettamente compatibili con gli strumenti dell'*e-requisitioning* (mercati elettronici). La migliore opportunità - in termini di riduzione di prezzo di acquisto, costi amministrativi e tempi di disponibilità — per acquistare tali beni da parte del singolo ente pubblico è quindi quella di rivolgersi ad un mercato elettronico pubblico, alimentato sulla base di convenzioni stipulate — a livello nazionale, regionale o locale - da un unico polo richiedente che, aggregando frazioni di domanda pubblica e trattando l'aggiudicazione di forniture *standard* di elevato importo complessivo, riesce ad incidere significativamente nel processo di definizione del prezzo finale delle forniture, oltre a svolgere la procedura di gara in un'unica sessione a beneficio di più enti destinatari.

Per quanto riguarda la *spesa comune specifica*, nel settore sanitario si annoverano ad esempio i servizi di pulizia e di vigilanza agli immobili ad uso ospedaliero: come si può intuire notevoli sono le specificità — inerenti le caratteristiche tecniche, i tempi e modi di espletamento di tali prestazioni — che queste tipologie di forniture devono assolutamente garantire all'acquirente sanitario, onde soddisfare nel modo più opportuno le esigenze speci-

fiche del soggetto acquirente. Si tratta di un comparto di spesa che richiede la presentazione e valutazione di progetti (anche complessi) per i quali è difficile definire criteri per l'attribuzione automatica di punteggio. In questo caso, la procedura di gara tradizionale può eventualmente essere sostituita da una gara parzialmente svolta *on-line*, traslando sul *web* le fasi di convocazione, presentazione, comunicazioni intermedie e finali — con evidenti benefici in termini di riduzione di tempi e costi amministrativi interni — e conservando *off-line* la fase di valutazione delle offerte.

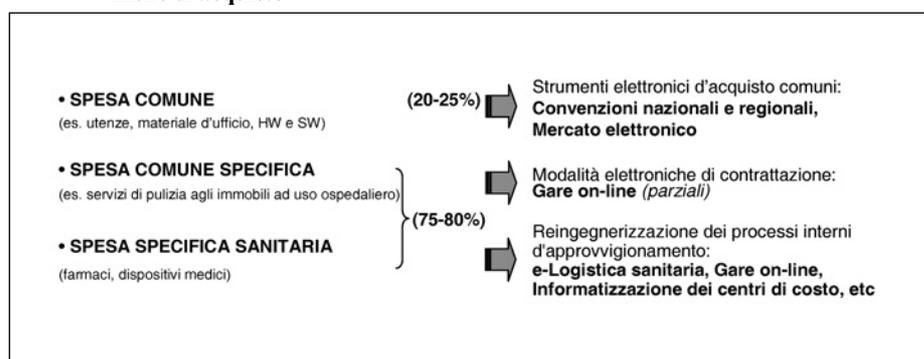
Affrontare l'esigenza di ridurre la *spesa specifica sanitaria* richiede di procedere con un approccio all'*e-procurement* più esteso, integrando lungo l'intera gestione del processo di approvvigionamento tecnologie informatiche che, nel produrre risparmi economici, ne preservano anche tutte le specifiche esigenze. In questo caso non è infatti opportuno limitarsi all'utilizzo di soluzioni elettroniche d'acquisto per il conseguimento del prezzo più basso (Borgonovi, 2004), anzi talvolta ciò può dimostrarsi controproducente, a causa dell'elevata specificità e della contemporanea necessità di elevati livelli qualitativi per i beni che fanno capo a tale voce di costo. Il massimo beneficio si consegue

con progetti interni alle aziende volti alla reingegnerizzazione dei processi, che si devono concretizzare nella ricerca di un modello nel quale si saldino tra loro più metodologie e tecniche di *e-procurement* — quali l'*e-logistica* sanitaria, le gare *on-line* e anche forme evolute di mercato elettronico —, in ogni caso supportate da una adeguata informatizzazione dei centri di costo aziendali (come ad esempio i reparti ospedalieri).

1.4. Le soluzioni disponibili per una Asl e la loro effettività

L'aumento della voce di costo «beni e servizi in sanità» ha ispirato in tempi recenti soluzioni gestionali e tecnologiche (interne e esterne a Asl e Ao) con l'obiettivo di contenere la spesa pubblica basandosi sulla riduzione, tramite l'*e-procurement*, delle principali inefficienze che caratterizzano oggi il mercato degli acquisti sanitari; non può però ancora considerarsi largamente diffusa l'attenzione nei confronti di: ottimizzazione dei processi interni di acquisto, gestione della logistica sanitaria, implementazione di strumenti elettronici di approvvigionamento, controllo delle sperequazioni nei prezzi di prodotti simili. D'altra parte, il mercato degli approvvigionamenti sanitari, a fronte delle ci-

Figura 2 - Classificazione della spesa sanitaria per beni e servizi e connesse modalità elettroniche di acquisto



tate esigenze specifiche e di un'offerta sanitaria complessa, non trova a tutt'oggi un modello organico di risposta, né esiste un'azione nazionale o regionale che pianifichi, e soprattutto indirizzi, i punti ordinanti (Asl e Ao) verso progetti di *e-procurement* rispondenti a necessità aziendali reali e localizzate.

La Consip S.p.A. rappresenta di certo l'esperienza pubblica italiana più avanzata nella promozione e nella diffusione di una politica di contenimento della spesa per beni e servizi della Pa, soprattutto attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche per gli acquisti *on-line*, e grazie all'aggregazione su scala nazionale della domanda pubblica (Consip, 2002). La sua attività, in modalità di *untying* (Anton, Yao, 1989), si è all'inizio concentrata sulla Spesa comune per beni e servizi, tramite lo strumento operativo delle *Convenzioni quadro nazionali* che, nel complesso, hanno prodotto significativi risparmi sul prezzo finale delle forniture pubbliche (la Pa ha registrato riduzioni unitarie della spesa comune anche del 30% rispetto alle metodologie d'acquisto tradizionali). L'estensione successiva (L.F., 2001) dell'ambito di interesse delle convenzioni, da categorie merceologiche comuni a quelle specifiche sanitarie, non ha però prodotto gli stessi risultati in precedenza rilevati per la spesa comune. Le ragioni vanno ricercate nella difficoltà oggettiva per Consip di gestire con uno strumento «generalista» come quello delle convenzioni una voce di costo così particolare come quella della spesa specifica sanitaria, che richiede interventi assai più mirati e diversificati in grado di soddisfare tutte le esigenze. Ad oggi il Programma Consip (D'Ascenzo, 2003) si trova in una delicata fase di aggiustamento e ri-orientamento, per mettere a punto un modello di *procurement* statale che riesca ad equilibrare l'esigenza di con-

tenere la spesa pubblica per beni e servizi (con strumenti di *e-procurement* comuni e specifici), con quella di non obbligare le amministrazioni a ricorrere al sistema delle Convenzioni quadro nazionali (Scognamiglio, 2003) (4).

Su altri fronti di innovazione, a seguito dell'approvazione del regolamento sull'*e-procurement* (DPR n. 101 del 2002), Consip ha acquisito funzioni di consulenza nell'avvio di interessanti sperimentazioni circa l'utilizzo delle gare *on-line* in sanità, del *marketplace* della Pa e in misura minore di soluzioni di logistica integrata. Sperimentazioni che, avendo dato interessanti risultati, formeranno molto probabilmente l'oggetto principale del programma Consip dei prossimi anni. All'interno di questo panorama in evoluzione, stanno comunque partendo anche altri esperimenti utili per affrontare alcuni dei problemi insiti nelle forniture di dispositivi sanitari specifici, ad esempio accompagnando l'inserimento nel nascente *mercato elettronico* di un bene particolare (come un ecografo) con sessioni dimostrative per i medici che dovrebbero adottarlo, e che devono evidentemente conoscere e approvarne le caratteristiche funzionali (Mastrogregori, 2004).

In linea con il programma statale di razionalizzazione della spesa pubblica sanitaria anche le Regioni italiane, nell'ambito dei propri territori di competenza, stanno implementando specifici piani di contenimento della spesa sanitaria. Tramite le gare centralizzate, alcune Regioni italiane, in prevalenza del centro-nord, hanno adottato uno strumento di *e-procurement* per la contrattazione collettiva su base regionale, in grado di offrire ad Asl e Ao del proprio territorio prezzi di aggiudicazione sicuramente più vantaggiosi di quelli che ogni singola azienda può ottenere con negoziazione separata. Accanto a ciò, e non secondariamente,

avendo esperito tramite delega un unico procedimento di gara, si sollevano le singole aziende sanitarie interessate dall'onere amministrativo di gare autonome. Nel complesso, però, ad oggi sono pochi in Italia i casi di successo nell'*e-procurement* regionale; le ragioni di ciò si possono cercare nella scarsa cooperazione amministrativa, nonché nel livello tecnologico non sempre adeguato che spesso caratterizzano le aziende sanitarie, soprattutto quelle localizzate nelle regioni del centro-sud.

Un'altra forma di risposta alle caratteristiche particolari del mercato sanitario è stata l'istituzione da parte di alcune Regioni degli Osservatori prezzi regionali (Opr), con il preciso compito di monitorare la composizione della spesa, di tenere sotto controllo l'andamento dei prezzi di mercato e dei costi (spesso molto divaricati) sostenuti dalle singole aziende, consentendo così operazioni di informazione e raffronto su scala nazionale da parte di Asl e fornitori (Turchetti, 2002). Pur essendo uno strumento di innegabile utilità, l'Opr non ha comunque prodotto i risultati auspicati per la presenza sia di poca collaborazione da parte di Asl e Ao nel trasmettere i dati di consumo e i relativi prezzi di beni e servizi, sia per le non poche difficoltà tecniche incontrate nel gestire su un unico *database* l'elevato numero dei beni e servizi sanitari, peraltro non ancora univocamente identificabili a livello nazionale. Il vero problema infatti si è concretizzato nell'impossibilità, da parte del Ministero della salute, di gestire centralmente e di organizzare in un *database* elettronico i dati relativi ai prezzi dei dispositivi medici trasmessi dalle singole Asl, a causa della mancanza di una codifica unica nazionale che, analogamente ai farmaci (per i quali si dispone della codifica ATC) (5), permetta di identificare, e quindi di confrontare, i prezzi di tut-

ti i dispositivi medici acquistabili sul mercato dalle aziende sanitarie. Una codifica nazionale condivisa anche per i dispositivi medici è infatti un requisito essenziale perché l'acquisto elettronico possa essere correttamente utilizzato in ambito sanitario, soprattutto in un'ottica di snellimento delle procedure di gestione e amministrative.

L'analisi delle principali iniziative di razionalizzazione della spesa sanitaria registra anche la presenza delle offerte commerciali di B2B che fornitori privati (portali verticali sanitari) propongono alle singole Asl, sotto forma di piattaforme tecnologiche di *e-procurement* con le quali avviare un primo approccio agli acquisti *on-line*. La difficoltà di interloquire con la Pa sanitaria italiana, la complessità del mercato in questione, e la frequente arretratezza architetture e tecnologica dei sistemi informatici delle aziende sanitarie hanno di fatto frenato molte delle iniziative private apparse in questi anni con lo scopo di informatizzare i processi di acquisto delle Asl del territorio. Non va però sottovalutata l'azione di stimolo svolta da alcune piattaforme private di B2B, che hanno supportato diverse Asl nell'avvio della delicata fase progettuale relativa alla reingegnerizzazione dei propri processi di acquisto (tra le quali soprattutto la introduzione della logistica sanitaria e l'utilizzo di gare *on-line* per beni specifici sanitari).

Il panorama italiano delle sperimentazioni sanitarie di *e-procurement* purtroppo non è così vasto come ci si dovrebbe attendere dalla constatazione delle dimensioni della spesa relativa; poche, infatti, sono le realtà sanitarie italiane che hanno studiato e introdotto soluzioni per razionalizzare i propri costi di approvvigionamento. Lo scarso numero di esperienze non è ovviamente legato ad opportunità contenute, quanto piuttosto ad un pro-

cesso culturale e organizzativo — avviato con l'aziendalizzazione e l'aumentata autonomia decisionale di Asl e Ao — ancora da completarsi.

2. Il caso dell'Azienda sanitaria locale di Viterbo

La casistica relativa all'implementazione di strumenti di *e-procurement* in aziende sanitarie è soprattutto popolata da esempi di adozione di soluzioni pre-confezionate da soggetti esterni. È questo il caso del ricorso alle già citate Convenzioni quadro stipulate dalla Consip per conto di tutta la Pa, come visto non perfettamente rispondenti alle tipicità di parte degli acquisti del settore sanitario. Poche, e comunque localizzate nelle Regioni del centro-nord, sono infatti le aziende sanitarie che hanno sperimentato, e sono riuscite a implementare, soluzioni organizzative e tecnologiche per l'*e-procurement* in linea con le specificità dei propri fabbisogni di beni e servizi e in grado di innovare le rispettive strutture acquisti.

Un caso di particolare interesse — per l'ampia articolazione, per essere partito da tempo, e ancor di più per i brillanti risultati ottenuti — è quello dell'Azienda sanitaria locale di Viterbo, che ha introdotto soluzioni di *e-procurement* particolarmente mirate ed efficaci. Per valutare a fondo le esperienze condotte dalla Asl viterbese, occorre innanzitutto inquadrarle nell'ambito di un più complessivo piano di ripensamento dei processi di approvvigionamento, che caratterizza ormai da qualche anno l'operato del *management* della Asl. All'interno di tale piano, sono stati promossi dall'Unità organizzativa approvvigionamenti e logistica (UoAeL), di concerto con attori istituzionali e privati italiani, vari progetti sperimentali per l'*e-procurement* che, beneficiando dei risultati di un'attenta ana-

lisi del proprio fabbisogno di beni e servizi, sono stati indirizzati verso diverse opportunità di acquisto e fornitura, alla ricerca della coerenza tra esigenze differenti e rispettive soluzioni.

L'Azienda sanitaria locale di Viterbo è organizzata in strutture complesse e strutture semplici (Asl VT, 2003) che si articolano in tre distinte aree: Sanitaria ospedaliera; Sanitaria territoriale; Aziendale amministrativa. Con circa 3.200 dipendenti, tra figure amministrative e sanitarie, la Asl di Viterbo soddisfa il servizio sanitario provinciale (totale posti letto: 859), con un valore della produzione di circa 350 milioni di euro, determinato sulla base della quota capitaria riconosciuta per ogni cittadino residente nel proprio territorio di competenza (secondo i dati forniti dall'ultimo censimento il totale della popolazione assistibile al 31.12.2001 è di 297.686 abitanti).

2.1. L'impostazione metodologica

Nel suo complesso, il progetto di introduzione dell'*e-procurement* nella Asl di Viterbo si qualifica, rispetto al panorama di opportunità di contenimento della spesa che oggi il mercato istituzionale e privato offre alle aziende sanitarie, per i caratteri di diversificazione e di sistematizzazione dell'approccio e per il ruolo diretto e determinante assegnato agli utilizzatori finali delle forniture (i reparti ospedalieri). Come detto, il ridimensionamento dell'intero ciclo degli approvvigionamenti della Asl di Viterbo è partito dalla analisi dettagliata del fabbisogno di beni e servizi che, oltre a rendere esplicite le specificità degli acquisti, ha condotto a rilevare le caratteristiche tipologiche e di fornitura di ciascun bene e servizio, contribuendo a disegnare una mappa dettagliata della spesa interna, suddividendola in:

comune, comune specifica e specifica sanitaria. La premessa di tale distinzione ha reso possibile pianificare un quadro organico di incrocio con le soluzioni di *e-procurement* più efficaci per il contenimento della spesa e più in linea con le esigenze e gli scopi che deve perseguire un'azienda sanitaria locale. Nella ricerca di valide soluzioni per l'*e-procurement*, l'U.O. Approvvigionamenti e logistica della Asl non ha inoltre trascurato di stringere partnership con privati fornitori di piattaforme tecnologiche di B2B sanitario (società di *e-logistics*, fornitori di materiale specifico per la sala operatoria, piattaforme di commercio elettronico sanitario ecc.), con i quali sono state avviate sperimentazioni avanzate per il commercio elettronico e per la gestione e l'ottimizzazione dei rifornimenti di beni specifici.

Anche se il complessivo progetto di ridisegno dei processi non ha ancora esaurito la fase di applicazione sperimentale, è interessante riscontrare la corrispondenza tra l'impostazione sin qui seguita e gli assunti teorici che vedono le diverse pratiche elettroniche di approvvigionamento protagoniste di uno specifico abbinamento con le diverse voci di costo sanitarie. L'utilizzo dei cataloghi elettronici (pubblici e privati) per la *spesa comune* ha presto prodotto i risultati economici auspicati dal *management*, del tutto in linea con il programma di razionalizzazione promosso da Consip. Con quest'ultima, la Asl di Viterbo ha infatti da subito instaurato un rapporto di collaborazione reciproca, volto sia all'utilizzo delle *Convenzioni quadro* per i beni comuni a tutta la Pa (prodotti di cancelleria, gasolio per riscaldamento, stampanti ecc.), sia alla sperimentazione di iniziative innovative quali ad esempio quella del *mercato elettronico*, a cui la Asl di Viterbo ha attivamente preso parte, in veste di una delle venti amministrazioni pub-

bliche italiane selezionate da Consip per il periodo sperimentale. La semplificazione procedurale nelle pratiche amministrative di acquisto e il risparmio economico considerevole sul totale delle forniture raggiunti dalla Asl di Viterbo hanno contribuito a dare validità alle soluzioni per la razionalizzazione della spesa per beni e servizi comuni alla Pa proposte da Consip, basate sulla combinazione di azioni di contrattazione collettiva e di strumenti elettronici.

Poiché, come visto, queste soluzioni (almeno sino ad oggi) non possono essere estese alle altre categorie di beni che, nel comparto sanitario, presentano accesi caratteri di specificità, la Asl di Viterbo ha introdotto nel proprio sistema di approvvigionamento altri strumenti — quali le gare *on-line* e l'*e-logistics* sanitario — che sono stati adattati alle caratteristiche dei beni e servizi sanitari, per i quali è necessario preservare il livello qualitativo e la tempestività delle forniture. I processi di *procurement* della Asl di Viterbo sono stati quindi disegnati sulla base di quattro diverse modalità di approvvigionamento e di gestione interna dei beni:

— ricorso agli strumenti di *e-requisitioning* Consip: *Convenzioni quadro* per una larga quota della spesa comune, e in misura minore (finora) al *mercato elettronico della Pa*;

— utilizzo delle gare *on-line*, per prodotti sanitari e non sanitari non presenti in azienda (mai acquistati o terminati) che, con minimi adeguamenti tecnologici, ha permesso di trasferire sul *web* quasi tutte le fasi tipiche di una gara tradizionale, preservando le salvaguardie del rispetto di criteri fissati per l'aggiudicazione delle forniture (anche per beni specifici sanitari);

— diffusione dell'*e-logistics* per la gestione e l'ottimizzazione del magazzino ospedaliero ed economale,

con cui automatizzare tutto l'articolato percorso di rifornimento dei reparti/centri richiedenti aziendali;

— implementazione dell'*e-procurement di sala operatoria*, che coinvolge materiali sanitari altamente specifici ed è basato sul disegno di un nuovo processo *on-line*, riuscendo così a ottimizzare i tempi di rifornimento e ridurre le giacenze di reparto e di magazzino.

Successivamente alle fasi di individuazione, di scelta degli abbinamenti più opportuni tra le categorie di spesa e gli strumenti per l'*e-procurement*, e di disegno dei nuovi processi, il percorso di sperimentazione adottato dalla Asl ha previsto lo svolgimento di test applicativi in contesti pilota interni all'azienda. La condivisione aziendale dei risultati ottenuti — complessivamente in linea con quelli auspicati in sede progettuale — con le figure professionali coinvolte ha preceduto la fase di validazione generale delle sperimentazioni, a cui è seguita, ed è ancora in corso, la vera e propria fase di implementazione dei processi in tutte le realtà ospedaliere e territoriali interessate da ogni singolo progetto.

Di seguito si analizzeranno le soluzioni più caratteristiche del piano complessivo di razionalizzazione intrapreso dalla Asl di Viterbo, ossia: gare *on-line*, *e-logistica*, *e-procurement di sala operatoria*.

2.2. L'articolazione delle soluzioni definite

La prima importante considerazione da fare circa la concezione del nuovo sistema disegnato dalla Asl di Viterbo riguarda la fiducia riposta nelle competenze specialistiche dei singoli reparti ospedalieri e il livello di coinvolgimento degli stessi ai fini del proprio approvvigionamento nell'ambito dei nuovi processi disegnati. A seguito di ciò, i reparti saranno completamen-

te informatizzati entro l'anno 2004 perché possano svolgere il loro ruolo al centro del sistema di *procurement*, siano in grado di conoscere la situazione complessiva dei propri consumi e le relative giacenze di magazzino (6) e, sulla base di tali informazioni, possano emettere ordini basati sulle effettive esigenze con tempi notevolmente ridotti rispetto al passato. La fondatezza di una simile impostazione, su cui poggia l'idea-forza della soluzione, è confermata dall'esperienza, in base alla quale circa i 2/3 delle scorte ospedaliere non risiedono presso le farmacie dell'azienda sanitaria, ma direttamente presso i reparti ospedalieri (le farmacie di fatto fungono da intermediari con gli Uffici acquisti delle aziende); da ciò si intuisce la difficoltà di conoscere tempestivamente l'identità e l'andamento dei consumi di reparto, e i conseguenti errori che si possono commettere nel pianificare a livello centralizzato gli approvvigionamenti aziendali, in assenza di adeguati strumenti di monitoraggio.

È compito dei reparti, una volta identificato il fabbisogno e sulla base della natura dei dispositivi medici necessari o degli altri prodotti, attivare il processo di approvvigionamento che, sulla base delle caratteristiche dei beni e delle disponibilità, si svolgerà lungo uno dei percorsi definiti in precedenza dall'UOAeL. I flussi di approvvigionamento sono stati impostati dalla Asl di VT su due canali distinti in base alle tipologie di beni da fornire (cfr. figura 3):

— per i Dispositivi medici non specifici (DM), generalmente utilizzati nelle corsie ospedaliere per la normale attività sanitaria, e per i prodotti da ufficio (ad es.: inchiostro, carta) sono previsti i processi gare *on-line* e *e-logistica*;

— per i Dispositivi medici specifici (DMS), impiegati negli interventi chirurgici di sala operatoria, si attiva

esclusivamente il processo dell'*e-procurement* dedicato.

Un aspetto importante, connesso alla logica di fondo che accomuna tutti i progetti, è il ricorso alla modalità dell'*outsourcing*: la Asl di Viterbo ha infatti scelto di avviare progetti innovativi sempre con la collaborazione di società esterne in grado di trasferire il proprio *know-how* tecnologico e gestionale all'azienda sanitaria, a supporto della innovata funzione acquisti.

Il progetto nel suo complesso risponde, così, nel pieno rispetto delle tipicità delle categorie merceologiche interessate, a tutte le possibili evenienze di approvvigionamento sanitario provenienti dai reparti ed elimina, come si vedrà poi, le numerose problematiche gestionali — connesse a: esigenze specifiche di beni e servizi, coordinamento e comprensione tra destinatario specializzato (personale di reparto) e responsabile amministrativo (ufficio acquisti), tempi e modi di comunicazione — che nella maggior parte delle circostanze provocano rallentamenti dell'intera macchina ope-

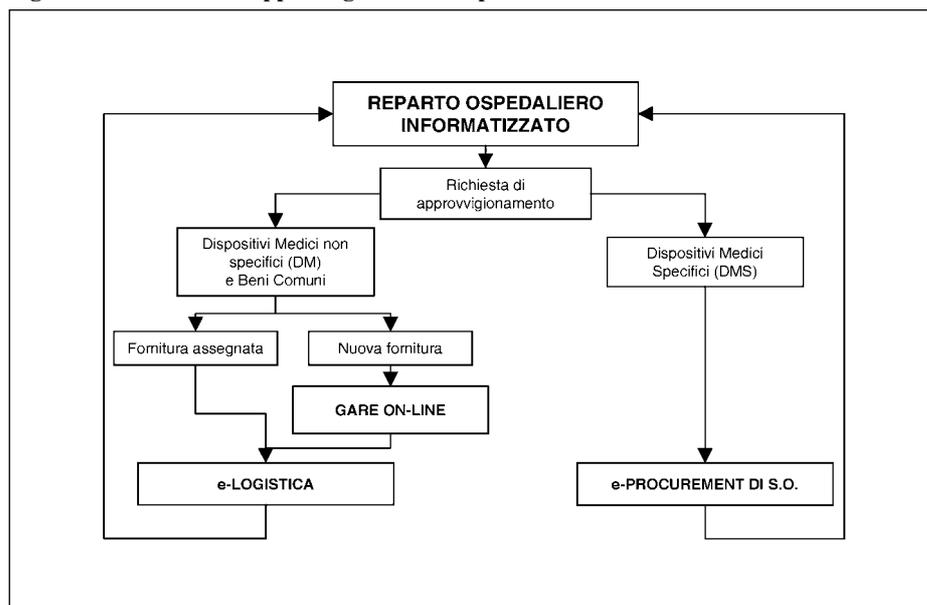
rativa. Il ruolo propulsore dei reparti nel processo è stato concepito e realizzato senza però cadere nella forzatura di ribaltare sugli operatori di reparto, titolari di mansioni sanitarie, l'onere e la responsabilità di dover decidere ogni volta la migliore modalità di acquisto connessa al fabbisogno specifico.

La distinzione sinora operata tra i due canali, va comunque considerata come un primo passo lungo il percorso di approccio sperimentale al problema. In futuro, a patto di continuare a prestare attenzione alle differenti caratteristiche dei beni da approvvigionare, tale distinzione tra i canali potrebbe essere superata, diffondendo ad esempio il modello disegnato per l'*e-procurement* di sala operatoria che esalta la semplificazione dei processi, dal momento che integra fornitura dei beni e *outsourcing* della logistica.

2.3. Lo strumento delle gare on-line

La strada che conduce la Asl di Viterbo ad implementare l'attuale stru-

Figura 3 - Procedure di approvvigionamento sperimentate dalla Asl di Viterbo



mento delle gare *on-line* origina da una prima esperienza di commercio elettronico svolta nel 2000 (Asl VT, 2001), connessa all'utilizzo di un portale *web* privato. Questo progetto rappresentò il punto di avvio per l'innovazione organizzativa e tecnologica promossa all'interno della Asl con lo scopo di ridurre una voce di spesa in costante crescita, grazie all'introduzione (seppure parziale) di strumenti nuovi, allora quasi mai sperimentati nel settore pubblico (FIASO, 2001). Dopo aver svolto un'analisi di fattibilità e aver individuato la convenienza all'acquisto via Internet di alcune tipologie di beni (7), l'ambito di applicazione sperimentale scelto fu quello dell'Ospedale di Belcolle (l'ospedale più grande in azienda).

Nello specifico, il progetto (8) affrontava problemi quali: aumento crescente dei costi; dilatazione dei tempi di consegna quasi mai controllabile, scarsa conoscenza a priori delle condizioni di mercato delle ditte fornitrici, necessità di trovare nuove modalità di gestione delle scorte dei prodotti (e-Sanità, 2000). L'utilizzo dello strumento di acquisto *on-line* prometteva infatti di: poter accedere ad una vetrina virtuale con informazione immediata sui prezzi e confronto tra le ditte fornitrici, ridurre drasticamente i tempi legati alla consegna del bene, poter disporre di un unico interlocutore, e soprattutto razionalizzare le scorte delocalizzate presso i fornitori di beni e servizi. I considerevoli risparmi sui prezzi di acquisto, rilevati dalle Asl aderenti al sistema nel corso dei pochi mesi di sperimentazione, non bastarono a motivare gli investitori privati del portale *web* che, in poco tempo, si videro costretti a dover sopportare oneri finanziari sempre più elevati (situazione resa ancor più grave da non trascurabili problematiche organizzative e gestionali legate, ad esempio, alla non com-

pletezza dei cataloghi prodotti e alla non perfetta compatibilità informatica tra le parti utilizzatrici), che finirono per far cessare l'iniziativa. In seguito emerse con evidenza che un *marketplace*, soprattutto se sanitario, richiede investimenti rilevanti che mal si prestano ad essere gestiti da un'impresa privata di piccole/medie dimensioni (9).

La prematura cessazione non annullò i riscontri positivi per la Asl di Viterbo, con la cui collaborazione il portale in questione divenne un prodotto più complesso che andava ad informatizzare tutto il processo degli acquisti, tramite l'innovativo sistema delle gare *on-line*. La Asl di Viterbo presentò quindi, nell'anno 2002, al Ministero della salute un progetto intitolato «L'*e-procurement* nel percorso di aziendalizzazione della sanità» (10), con l'intento di creare un sistema per lo svolgimento delle gare *on-line*. Il sistema prevede l'utilizzo integrato degli strumenti di *e-procurement* nel processo di acquisto e, in sintesi, ha l'obiettivo di informatizzare, tramite l'utilizzo della piattaforma comune gare *on-line*, il processo di acquisto della Asl nella sua interezza, dal momento in cui un bene o un servizio è richiesto, all'effettiva consegna dello stesso presso gli utilizzatori finali (Ministero della salute, 2002).

Il processo disegnato dalla Asl prevede che, qualora la richiesta elettronica di un bene (DM o prodotti per l'ufficio) effettuata da un reparto/centro non può essere soddisfatta dal magazzino aziendale, giunga ai soggetti responsabili dell'acquisto (UOAeL). A questo punto, se si tratta di un DM, occorre il parere preventivo della relativa Commissione del repertorio (11), al cui giudizio positivo segue l'intervento del farmacista dell'ospedale che, sulla base di un'analisi del fabbisogno aziendale, formula un'apposita

richiesta di implementazione di gara, sulla base della quale l'Ufficio acquisti attiva l'effettiva banditura *on-line*. In particolare, due sono i momenti operativi che definiscono una gara *on-line*:

— *inizio procedura gara on-line* (invito): una volta bandita la gara, con il relativo Capitolato tecnico di fornitura (specifiche dei beni/servizi e termini di aggiudicazione), la Asl procede via *e-mail* all'estensione degli inviti di partecipazione ai potenziali fornitori (12), al referente dei quali viene fornito un identificativo e una chiave di accesso al sistema per l'identificazione degli offerenti;

— *rilancio offerte e aggiudicazione*: terminati i tempi di convocazione, nel giorno e ora fissati per la gara, le offerte pervenute sono filtrate dal sistema per prezzo, prodotti e specifiche tecniche, dopodiché i partecipanti possono effettuare dei rilanci e, all'ora di scadenza fissata, si conclude l'aggiudicazione della fornitura.

Uno degli elementi più interessanti del sistema implementato è che, successivamente alla aggiudicazione, esso predispone e invia direttamente all'interessato il relativo avviso, corredato dell'ordine approvato dalla Asl. Oltre alla rapidità e all'automazione dei processi di acquisto — il percorso è ridotto al minimo, con riguardo all'attivazione e all'*iter* di aggiudicazione, rispetto ad una procedura tradizionale (Bianchini, 2003) —, con il sistema gare *on-line* l'azienda sanitaria viene a disporre automaticamente di un *database* con i dati di tutte le offerte, sul quale svolgere analisi dei dati storici di proposte e aggiudicazioni e studi sull'andamento dei prezzi sostenuti, con molta maggiore semplicità e velocità rispetto alle gare esperite con procedure tradizionali (Ripa di Meana, 2001).

2.4. L'e-logistica

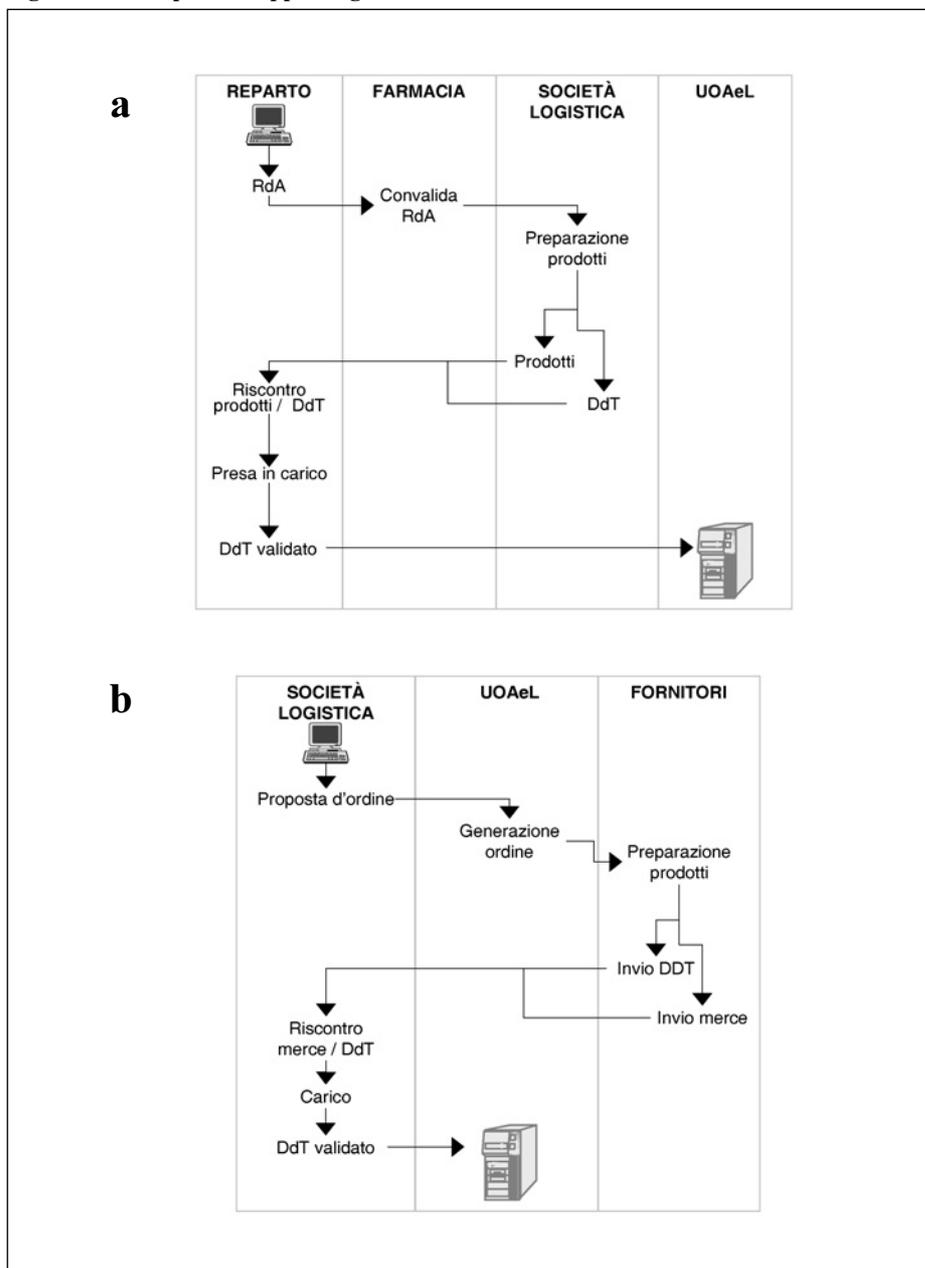
L'e-logistica sanitaria, nella sua accezione generale, si occupa di ottimizzare, tramite l'ausilio di postazioni *intranet/extranet*, la gestione del magazzino ospedaliero ed economale e il percorso materiale del bene che viene trasferito dal magazzino stesso al reparto ove è stato richiesto. Come si è visto in precedenza, il percorso di e-logistica concepito dall'Asl di Viterbo si attiva allorché, di fronte ad un'esigenza di reparto, il bene richiesto è realmente disponibile in magazzino. Questo significa che tale bene, essendo già stato oggetto di un appalto di fornitura (tramite gara *on-line* o tradizionale), non è ancora terminato, ed è quindi disponibile per soddisfare le esigenze del reparto che ne fa richiesta (cfr. figura 3).

La Asl di Viterbo ha impostato il *reengineering* del proprio sistema di gestione degli approvvigionamenti interni sul principale attore aziendale dei rifornimenti sanitari, rappresentato dal reparto ospedaliero (vera cellula produttiva delle prestazioni sanitarie). È infatti lo stesso reparto che ogni giorno, nell'esercizio delle proprie attività sanitarie, compie lo scarico dei beni consumati, ed è sempre il reparto che va ad attivare il sistema generale degli ordini, qualora il bene richiesto sia momentaneamente terminato, oppure necessiti di una procedura di approvvigionamento *ex novo*. Per la corretta implementazione del progetto della logistica, tutti i reparti di tutti i presidi ospedalieri della Asl subiranno una informatizzazione estesa, che permetterà loro di disporre di un inventario prodotti suddiviso per categorie merceologiche di facile consultazione, e anche di una semplice procedura di carico/scarico giornaliero, con possibilità di conoscere i propri livelli di scorta (13).

La richiesta di approvvigionamento (RdA) di dispositivi medici e/o di materiale economale, attraverso un *software* applicativo collegato al sistema gestionale dell'ospedale, arriva all'operatore di logistica che provvede al rifornimento del reparto (cfr. figura

4a). L'RdA è inviata con cadenza periodica (una, due volte alla settimana), sulla base di consumi o esigenze, dal/dalla caposala alla società di logistica, dietro convalida da parte della farmacia ospedaliera. La società di logistica, ricevuta l'RdA, invia simulta-

Figura 4 - a. Proposta di approvvigionamento - b. Ordine a fornitore



neamente il DdT (documento di trasporto) informatico e cartaceo e la merce al reparto richiedente. Il/la caposala, dopo aver riscontrato che la merce pervenuta è conforme in qualità e quantità a quella indicata sui DdT, effettua il carico informatico. In tal modo, l'UOAeL può conoscere in tempo reale sia le giacenze del magazzino della società di logistica che quelle dell'armadietto di ciascun reparto.

Il sistema, pur permettendo alla Asl di far gestire in maniera centralizzata il magazzino ed in maniera locale lo scarico a reparto, non prevede però alcuna esternalizzazione della funzione acquisti, che per ovvie ragioni rimane ambito esclusivo della stessa Asl. Il processo prevede quindi che, come si vede nella figura 4b, l'Asl riceva dalla società di logistica una semplice proposta d'ordine, che si trasforma in esecutivo solo dopo la convalida da parte dell'UOAeL, dopodiché:

— se la fornitura dei beni in oggetto non è esaurita, l'ordine è inoltrato al fornitore aggiudicatario, che invia la merce e il relativo documento di trasporto alla società di logistica, la quale effettuerà il carico informatico solo dopo il riscontro con l'ordine precedentemente approvato dall'Asl;

— se la fornitura è chiusa (o in caso di un nuovo bene), l'UOAeL può decidere di svolgere una gara (*on-line* o tradizionale), al termine della quale si attiva il percorso gestionale già descritto tra aggiudicatario e società di logistica.

Sulla base dei risultati raggiunti in sede sperimentale con il progetto della logistica integrata, la Asl di Viterbo, sta portando avanti un piano per la completa diffusione del sistema, ora in uso presso il presidio di Civita Castellana e alcuni reparti di Belcolle. Si tratta di un progetto che la vede protagonista, anche con il supporto tecnico di Consip, per la modellizzazione di una soluzione da estendere all'intera

azienda (centralizzazione della funzione magazzini tramite *outsourcer* logistico), che risulti al tempo stesso potenzialmente trasferibile in altre realtà sanitarie locali. La tesi di fondo che tale iniziativa vuole avvalorare è quella che nella sanità il risparmio va ricercato nella informatizzazione dei processi di fornitura dei reparti, accompagnata da una profonda rivisitazione e integrazione della gestione della logistica sanitaria (movimentazione merce e documentazione informatica di supporto), supportata dalle nuove tecnologie (Bianchini, 2002b).

2.5. L'e-procurement di sala operatoria

L'Asl di Viterbo, in considerazione dei risultati economici ed organizzativi ottenuti con le prime sperimentazioni, sta attualmente aggiudicando una gara aziendale per la fornitura del materiale specifico di sala operatoria tramite modalità di *e-procurement*, che troverà applicazione entro il 2004 in tutti i presidi ospedalieri dell'azienda (14). L'innovativo modello di gestione elettronica degli approvvigionamenti definito «*e-procurement* di sala operatoria» permetterà all'azienda di avvalersi di fornitori in grado di gestire, sulla base dei consumi reali per singolo intervento chirurgico, il rifornimento di tutte le sale operatorie.

L'esperienza pilota è stata condotta, a partire dal 2001, presso il Presidio ospedaliero di Civita Castellana (VT) (15), il cui *staff* operativo e tecnico di sala operatoria del reparto di chirurgia generale è stato coinvolto in una azione sperimentale di ripensamento e ridisegno *ex novo* del processo di approvvigionamento dei DMS. L'intento della sperimentazione era quello di verificare l'impatto in termini economico-operativi che un sistema di fornitura esclusivo, basato su metodologie *on-line* e su un riforni-

mento per intervento chirurgico, avrebbe prodotto rispetto alla precedente tradizionale procedura di rifornimento scorte (Bianchini, 2002a).

Due sono in particolare gli aspetti che hanno caratterizzato il processo di rifornimento di sala operatoria:

— innovativo approccio al rifornimento dei dispositivi medici specifici di sala operatoria, basato sulla tipologia di intervento chirurgico praticato, e non più per inventario;

— particolare rapporto contrattuale che l'Azienda sanitaria ha definito con un soggetto che è al tempo stesso fornitore di beni e *outsourcer* logistico degli stessi.

La programmazione dei rifornimenti delle sale operatorie tradizionalmente utilizzata dalla Asl di Viterbo (come da altre Asl) era riconducibile alla gestione/amministrazione delle scorte ospedaliere da parte dei responsabili sanitari e dei farmacisti, i quali, sulla base dei consumi precedenti e delle previsioni future, comunicavano periodicamente agli uffici acquisti competenti i quantitativi e le tipologie di beni da acquistare. Per una maggiore comprensione delle criticità che una simile gestione creava nella programmazione degli acquisti, non va dimenticato che in una azienda sanitaria sprovvista dell'apposita informatizzazione di reparto quando un ausiliario si reca in magazzino per il prelievo di materiale, lo stesso viene scaricato dall'inventario da parte del farmacista come se venisse subito consumato. In realtà il bene giunge in reparto, e potrà rimanere inutilizzato per un periodo più o meno lungo, che è comunque ignoto per il farmacista e ancor di più per l'ufficio acquisti, che si dovranno quindi basare per la pianificazione ordini su valutazioni presunte, con tutte le problematiche che ciò può comportare (16).

Con la sperimentazione è radicalmente mutato l'*input* degli acquisti di

sala operatoria, passati da un processo tradizionale di rifornimento per tipologia di materiali inventariati, ad uno basato sugli effettivi consumi di sala operatoria, distinti per singolo intervento chirurgico effettuato. Tutto ciò è potuto avvenire grazie alla preziosa collaborazione del personale sanitario di chirurgia generale, che si è adoperato per la definizione di protocolli chirurgici (PC), grazie ai quali, fissando per ogni tipo di intervento chirurgico la quantità e la qualità di dispositivi medici necessari in sala operatoria, si è in condizione di stabilire, ad intervento avvenuto, i quantitativi che devono essere riordinati.

Il modello logico di processo dell'e-procurement di S.O. (cfr. figura 5) prevede che, operando su una piattaforma applicativa condivisa, al termine di ogni turno lavorativo la/il caposala trasmetta al fornitore la lista completa degli interventi chirurgici effettuati (17). Sulla base dei protocolli in precedenza condivisi, una volta effettuato lo scarico da parte del reparto, il fornitore viene a conoscere in tempo reale l'entità dei consumi avvenuti, ed è quindi in grado di provvedere all'effettivo reintegro del consumato presso i reparti richiedenti, provvedendo alla preparazione delle forniture (assemblaggio dei materiali) e all'invio relativo. In questo modo, la merce, venendo consegnata direttamente al reparto che ne ha fatto richiesta, va a coprire le reali esigenze, eliminando passaggi inutili e i relativi aggravii di costi e di tempo, ed oltretutto senza correre il rischio di pericolose rotture di stock interne. Il processo si conclude mensilmente quando il fornitore, dopo un rapido riscontro con la/il caposala, emette una fattura già dettagliatamente distinta per intervento chirurgico, che consente all'UOAE L di effettuare un rapido controllo di veridicità dei consumi per po-

ter disporre il pagamento, e al tempo stesso le offre una fonte per una efficace analisi periodale comparata delle esigenze di reparto.

Gli obiettivi pianificati dal management della Asl di Viterbo per la sperimentazione relativa al procurement dei materiali di sala operatoria sono riconducibili a (18):

— analizzare la praticabilità e l'impatto dell'e-procurement sul processo di approvvigionamento di un reparto/centro di costo specifico quale è la sala operatoria;

— verificare gli effetti che il nuovo processo di approvvigionamento produce in termini di riduzione dei costi di fornitura e dei tempi di consegna;

Figura 5 - Modello dei flussi dell'e-procurement di sala operatoria

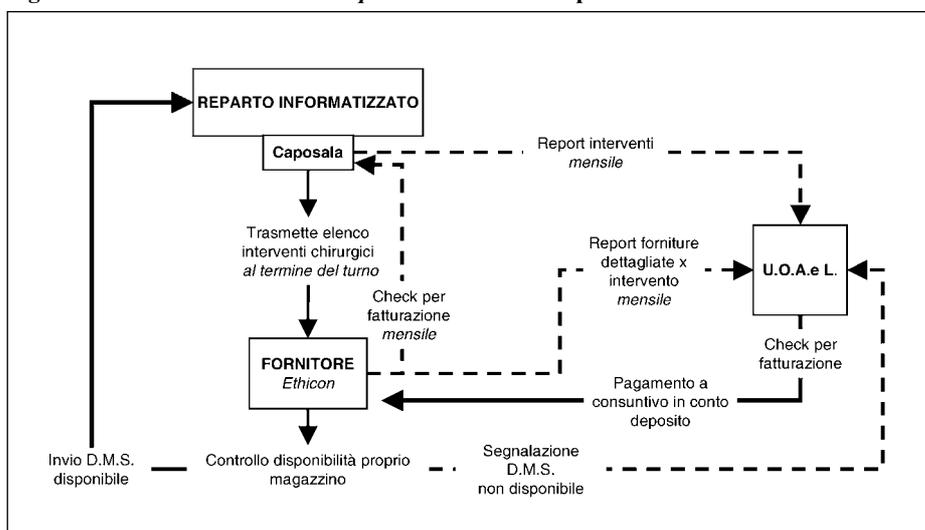
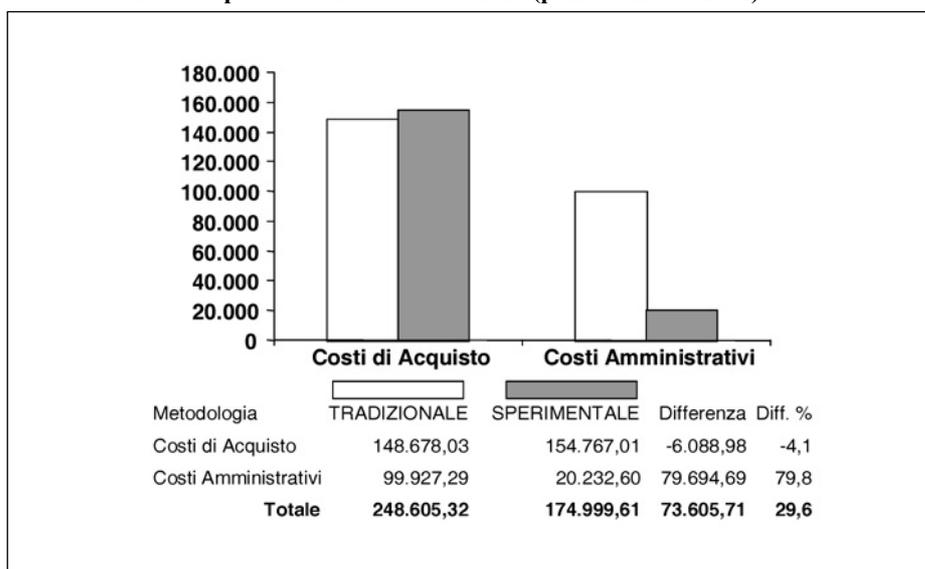


Figura 6 - Confronto tra metodologia tradizionale e sperimentale per l'approvvigionamento della sala operatoria di Civita Castellana (primo semestre 2001)



— verificare gli effetti sulla gestione delle scorte e del magazzino in termini soprattutto di riduzione del carico di lavoro ospedaliero;

— dimostrare che, per ridurre la spesa nell'area degli acquisti di beni e servizi, è necessario valutare il costo complessivo della fornitura e non solo il prezzo di acquisto.

Circa quest'ultimo punto, la sperimentazione della sala operatoria di Civita Castellana ha confermato che il prezzo di acquisto — sul quale si era posta sino ad allora l'enfasi, alla ricerca del più basso, anche tramite l'ausilio di portali *web* dedicati al commercio elettronico di beni sanitari — è solo una delle tante voci del costo totale di approvvigionamento che un'azienda sanitaria locale deve sopportare per far arrivare in reparto un determinato dispositivo medico.

La sperimentazione dell'*e-procurement* di sala operatoria si è conclusa con l'analisi ad opera dell'UOAeL dei risultati conseguiti, riferiti a tre specifiche aree d'interesse: processi di acquisto, struttura organizzativa, dati di attività e consumo (19). I vantaggi economici si sono concentrati in particolare (cfr. figura 6) all'interno dei costi amministrativi, che sono passati da un importo semestrale di circa 100 mila euro, ai soli 20 mila del periodo sperimentale (con una riduzione dell'80% circa). Al contrario, sui costi di acquisto dei prodotti di sala operatoria si è registrato un limitato incremento della spesa — circa il 4%, imputabile all'aumento che sul mercato hanno avuto i beni sottoposti all'analisi (dispositivi chirurgici) —, a testimonianza dell'orientamento del progetto sperimentale, che non doveva in nessun modo sacrificare la qualità della fornitura (20). Con il risultato di oltre 73 mila euro di risparmio semestrale sul costo finale delle forniture dei dispositivi medici specifici (30% in meno rispetto alla metodolo-

gia per inventario), la sperimentazione della Asl di Viterbo ha dimostrato che, attraverso l'*e-procurement* basato sul protocollo del singolo intervento chirurgico, un consistente risparmio nelle forniture sanitarie, che non può essere ricercato nella riduzione dei costi di acquisto senza penalizzare pericolosamente le prestazioni, si può ottenere con il ridisegno dei processi e con il conseguente abbattimento dei costi amministrativi.

Ai fini di una valutazione complessiva del progetto, è interessante andare ad esaminare come il risparmio si sia poi ripartito tra le varie voci di costo interessate da un processo di rifornimento di sala operatoria (cfr. figura 7). In particolare, con riguardo alle voci più rilevanti:

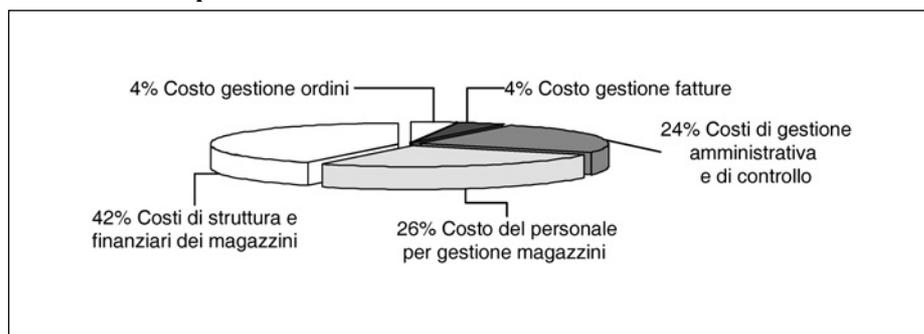
— il 42% del totale del risparmio è imputabile ai costi di struttura e finanziari dei magazzini (21), derivanti dal trasferimento fisico degli stessi e dalla particolare forma di pagamento definita con il fornitore. Con il sistema sperimentato, infatti, ogni costo derivante dall'immobilizzazione di giacenze e dalla perdita di prodotti obsoleti o scaduti è stato eliminato grazie alla formula del conto deposito, e tale risparmio è stato amplificato dalla forma di pagamento a consuntivo (quando la Asl effettua il pagamento i beni in oggetto sono stati già consumati dalla S.O.);

— il 26% del risparmio si riconduce al costo del personale per la gestione dei magazzini (22) e riguarda le attività svolte nella farmacia ospedaliera e nella sala operatoria che, per effetto della delocalizzazione sperimentata, sono state gestite interamente ed autonomamente dalla società esterna;

— il 24% deriva dalla riduzione dei costi delle procedure di acquisto e di monitoraggio delle forniture (23), come risultato dell'unificazione dell'acquisto di *kit* d'intervento per la totalità degli interventi chirurgici (a fronte delle numerose diverse procedure da esperire per ogni tipologia di dispositivo), e della disponibilità diretta di dati di consuntivo dettagliati (fatturazione per singolo intervento chirurgico).

La semplificazione dei processi di approvvigionamento e della connessa struttura organizzativa competente sono il risultato combinato di una serie di fattori evidentemente riconducibili alla informatizzazione del reparto e alla definizione di un approvvigionamento basato sul consumato; da ciò peraltro si è raggiunto anche un livello qualitativo costantemente elevato delle prestazioni sanitarie (si pensi alla impossibilità del verificarsi di rotture di *stock* del magazzino ospedaliero). I significativi risultati economici e gestionali ottenuti in sede sperimentale hanno indotto l'Asl di Viterbo a bandi-

Figura 7 - Ripartizione del risparmio conseguito nella sperimentazione dell'*e-procurement* di sala operatoria



re una gara di appalto/concorso per la fornitura dei materiali di sala operatoria in tutti i presidi ospedalieri gestiti, suddivisa in quattro lotti di aggiudicazione.

L'UOAeL è di conseguenza attualmente impegnata nel completamento del progetto, al termine del quale tutti i reparti ospedalieri saranno informatizzati per poter svolgere direttamente la gestione dei dispositivi medici (tramite l'e-logistica), e funzioni di approvvigionamento specifico (tramite l'e-procurement di S.O.).

3. Conclusioni

Dalle diverse esperienze condotte dalla Asl di Viterbo in tema di e-procurement sanitario si possono ricavare o confermare alcune importanti considerazioni:

— i beni e servizi di cui necessita una Asl o una Ao sono molto diversificati per diffusione, caratteristiche, tipicità: vanno quindi ricercate e segmentate le soluzioni di e-procurement che meglio corrispondono a tale varietà;

— Asl e Ao forniscono prestazioni critiche e di natura specialistica (rispetto al resto della Pa), e i beni e i servizi di cui necessitano sono spesso molto specifici e condizionano la qualità delle prestazioni: in questi casi, le riduzioni di spesa non vanno tanto perseguite sui prezzi di acquisto, ma sull'intero ciclo di approvvigionamento e gestione;

— per ottenere i migliori risultati dall'introduzione dell'e-procurement occorre disporre di una visione complessiva che integri le diverse soluzioni individuate, e procedere alla ingegnerizzazione di processi di acquisto, di logistica e di gestione del tutto nuovi, sui quali modellare gli strumenti informatici;

— per le forniture specifiche è fondamentale coinvolgere estesamente

medici e tecnici di reparto, in qualità di esperti nella fase di disegno, e poi di attori primari del processo implementato, dal momento che sono i soli in grado di definire protocolli e caratteristiche dei dispositivi e che le prestazioni di cui sono responsabili dipendono da essi;

— sul piano tecnico, è necessario dotarsi di una piattaforma informatica che deve essere condivisa tra uffici amministrativi, reparti e, eventualmente, fornitori esterni di servizi in *outsourcing*;

— i risparmi che si possono conseguire sono particolarmente significativi per le tre forme di spesa, e con riguardo a quella specifica sanitaria (che pesa però per oltre il 50%) si riferiscono soprattutto a costi amministrativi e finanziari.

(1) Asl - Aziende sanitarie locali, Ao - Aziende ospedaliere e Irccs - Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

(2) La ripartizione che viene qui presentata era fino a poco tempo fa utilizzata anche per identificare le principali aggregazioni economiche della spesa sanitaria per beni e servizi; a tal fine, si è giunti di recente a raccogliere in un'unica voce la Spesa comune specifica e la Spesa specifica sanitaria, passando quindi da tre voci a due. In questa sede si continua a proporre la classificazione a tre voci perché molto funzionale all'individuazione degli strumenti di e-procurement rispettivamente più idonei.

(3) Apparecchi e sostanze che, usati da soli o in combinazione, sono destinati ad essere impiegati nell'uomo in caso di ferite, malattie, *handicap*, o durante un processo fisiologico.

(4) Ci si riferisce al noto «maxi-emendamento» alla L.F. 2004 con cui si è abrogato il discusso art. 24 della Finanziaria 2003 che, estendendo l'obbligatorietà di acquisto tramite convenzioni a tutta la Pa (*tying*), sollevava una serie di criticità di politica economica riferibili sia alle Pa locali (ormai troppo vincolate al modello statale), sia alle PMI italiane (spesso svantaggiate nell'aggiudicazione delle gare Consip rispetto ad imprese di medio-grandi dimensioni). Dal gennaio 2004, si è quindi optato per il ritorno ad un modello di *untying*, che è peraltro del sistema più diffuso nei paesi dell'Unione europea (Consip, 2001).

(5) A partire dal 1° gennaio 2003 (L. 113/2002) le confezioni dei farmaci devono riportare sulle confezioni e sulle istruzioni la Sigla classificativa internazionale corrispondente alla denominazione comune internazionale, cosiddetta «anatomico-terapeutico-chimica» (ATC), seguita dal corrispondente nome chimico del prodotto.

(6) Per valutare correttamente tale innovazione, si pensi che il 99% dei reparti ospedalieri sanitari italiani non raggiunge il livello di informatizzazione necessario per simili attività.

(7) I gruppi di prodotti acquistabili erano: cancelleria e dispositivi medico-chirurgici (in particolare: pellicole e materiali radiografici, mezzi di contrasto radiologici, presidi chirurgici, materiali antisettici, guanti).

(8) Il modello di *business* adottato dal portale era quello conosciuto come *merchant* o *e-tailer*, dal momento che acquistava e rivendeva *on-line* prodotti *consumable* e servizi in ambito sanitario ad Ao ed Asl (e-Sanità, 2000).

(9) Non a caso di lì a pochi mesi cessò su tutto il territorio nazionale ogni forma di *marketplace* sanitario, ma la soluzione trova ancora oggi un discreto utilizzo nei cicli integrati delle grandi aziende, e come novità proposta da Consip per le Pa.

(10) Il progetto presentato prevedeva un rapporto di *partnership* con CUP2000 Spa e Web sanità s.r.l. e vedeva coinvolti un Irccs, una Asl ed altre strutture sanitarie in diversi territori.

(11) In azienda due sono le Commissioni specialistiche (per il farmaco e per i DM) che si occupano di emettere pareri motivati circa l'opportunità di acquistare o meno beni mai gestiti prima dall'azienda.

(12) La procedura di invito si basa sulla consultazione di un *database* interno dedicato ai fornitori (con indirizzo *e-mail*) catalogati per specifiche tecniche; la sola modifica delle modalità di comunicazione (via *e-mail*) offre vantaggi già nella prima fase: i tempi di convocazione della gara si riducono infatti del 50% (15 giorni contro i 30 di una tradizionale procedura).

(13) Il modello di e-logistica adottato permette alla Asl di Viterbo di trasferire contrattualmente le funzioni di gestione del magazzino ospedaliero ed economico ad una società esterna che si farà carico di tutte le connesse attività, comportando di riflesso un consistente alleggerimento operativo ed economico per la stessa Asl.

(14) La funzione ospedaliera della Asl di Viterbo è esercitata attraverso un complesso ospedaliero integrato ed una rete per l'emergenza, articolati in: *Polo Ospedaliero Centrale*

(POC), comprendente i presidi di: Viterbo (Belcolle), Montefiascone e Ronciglione; ed Extra POC (presidi di: Acquapendente, Civita Castellana e Tarquinia), orientati ad una risposta sanitaria di primo livello.

(15) Tale presidio ospedaliero ha riscontrato tutti i presupposti operativi e gestionali necessari, apparendo il più adatto all'avvio della sperimentazione, sia per l'entità complessiva (100 posti letto), sia per lo stimolante atteggiamento che il personale di corsia potenzialmente interessato dalla sperimentazione ha saputo mostrare.

(16) Infatti, mentre in passato per conoscere il livello delle scorte e quello conseguente di riordino era necessario un enorme lavoro amministrativo che assorbiva ingenti risorse umane, con la gestione dei consumi per intervento chirurgico tutte le informazioni di ritorno dal magazzino sono di immediato reperimento e inoltre basate su movimentazioni reali.

(17) In sede contrattuale si è definita una franchigia di scostamento dai PC del più/meno 10%, che garantisce alla Asl di pagare l'importo stabilito dal protocollo se i consumi si attestano all'interno, mentre se i consumi se ne discostano nei due versi, si provvede ad aggiornare le quantità dei consumi e il prezzo di fornitura per singolo intervento chirurgico a cui si farà riferimento per i periodi successivi.

(18) In aggiunta a quelli attribuiti all'innovazione, quali: semplificazione della gestione amministrativa dell'approvvigionamento; facilitazione della gestione operativa dell'approvvigionamento; continuità di fornitura e disponibilità ottimale dei prodotti; trasparenza nella definizione e nel controllo dei costi; semplificazione dell'attività del personale di S.O. e farmacia.

(19) I parametri di analisi utilizzati sono: costi di approvvigionamento dei prodotti; tempi di esecuzione dei processi; costi amministrativi (intesi come: costi di gara, costi di gestione degli ordini, oneri di magazzino, costi espressi in ore lavoro del personale, ...). Per giungere ad una valutazione accurata, avendo normalmente a disposizione solo i costi finali di approvvigionamento, l'UOAeL ha dovuto procedere alla identificazione e definizione di tutti i costi indiretti (perlopiù amministrativi).

(20) Un'attenzione particolare è infatti stata attribuita sia all'aspetto quantitativo delle forniture (ampliando la gamma dei dispositivi medici acquistati che sono passati da 92 a 141) sia a quello qualitativo (ordinando i migliori prodotti presenti sul mercato).

(21) Si sono rilevati, in relazione ai magazzini di sala operatoria e di farmacia: il costo gestionale al metro quadro dei locali adibiti a magazzino (utenze, affitti, etc.) reso noto dalla

contabilità analitica; i costi finanziari del capitale immobilizzato (sono stati valutati, sulla base di statistiche di settore, in un 8% circa del valore della giacenza media) e di eliminazione dei prodotti scaduti e/o obsoleti (sono stati valutati come uno 0,05% del totale delle giacenze semestrali).

(22) Ai fini del confronto sono stati esaminati separatamente i costi del personale relativi alle seguenti voci di spesa: Attività di inventario; Gestione del reintegro prodotti; Ricezione della merce; Attività di sollecito ordini/consenze.

(23) Per calcolare il costo del personale sono state analizzate tutte le attività svolte nel processo di gestione, e sono stati riportati i tempi necessari al compimento di ciascuna attività e l'inquadramento professionale degli impiegati coinvolti.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

ANTON J., YAO D. (1989), «Split awards, procurement and innovation», *RAND Journal of Economics*, 30.

ASL DI VITERBO (2001), *E-commerce in sanità*, scheda di partecipazione al Forum PA «Sanità 2001», www.forumpa.it.

ASL DI VITERBO (2003). «Atto Aziendale», *Bollettino Ufficiale della Regione Lazio*, 30 maggio 2003.

BERTINI L., SCIANDRA L. (2001a), *La riforma del procurement della Pa. Il nuovo modello di gestione e le estensioni alla Sanità*, CTSP (Commissione tecnica della spesa pubblica), Roma.

BIANCHINI A. (2002a), «La sperimentazione dell'e-procurement negli approvvigionamenti di sala operatoria», atti del convegno *Acquisti ed e-procurement in sanità*, in Forum Pa 2002, 8 maggio 2002, Roma, www.forumpa.it/forumpa2002/convegni/archivio/S.7/1363-andrea_bianchini.pdf.

BIANCHINI A. (2002b), «I vantaggi conseguibili attraverso l'esternalizzazione della logistica di un'azienda sanitaria», intervento al convegno omonimo, 5 novembre 2002, Milano.

BIANCHINI A. (2003), *Il progetto di e-procurement della Asl di Viterbo*, intervento al convegno *Gare on-line in sanità*, 1° luglio 2003, Bologna.

BONI MA. (2004), «e-Commerce: dopo tanta euforia ora serve più realismo», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 15/21 giugno.

BORGONOV E. (2004), «E-procurement in sanità: dalla logica di modello alla logica di processo», *Mecosan*, 41, pp. 2-5.

CONSIP (2001), «Public e-procurement: modelli emergenti in Europa», analisi di benchmarking presentata il 9 novembre 2001, Roma.

CONSIP (2002), «Il programma di razionalizzazione della spesa per beni e servizi della Pubblica amministrazione», *Consip Annual Report* (pubblicazione interna), aprile, Roma.

CORTE DEI CONTI (2003), «Ruolo delle aziende sanitarie nella razionalizzazione dei costi B&S e impatto prevedibile Finanziaria 2003», intervento al convegno *Aziendalizzazione. Stato dell'arte e prospettive, su dati del Ministero della salute*, 12 febbraio 2003, Roma.

COTTER R., MATTEI U., PARDOLESI R., ULEN U. (1999), *Il mercato delle regole: analisi economica del diritto civile*, Il Mulino, Bologna.

D'ASCENZO F. (2001), *Public e-procurement. Analisi di una modalità innovativa di approvvigionamento delle amministrazioni pubbliche in un'ottica di razionalizzazione della spesa ed incremento dell'efficienza*, Kappa, Roma.

D'ASCENZO F. (2003), *Il sistema centralizzato di acquisto di beni e servizi per la pubblica amministrazione. Vincoli ed opportunità dell'attività della Consip SpA*, Kappa, Roma.

E-SANITÀ (2000), «Il commercio elettronico in sanità», *FIASO news*, anno III, 4, pp. 122-123.

FEDERCOMIN (2001), *E-business: realtà e prospettive*, Rapporto annuale in collaborazione con IDC Italia.

FERRANTI F. (2003), «Il "Marketplace" bussava alla porta delle aziende del Ssn», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 21-27 ottobre.

FEDERAZIONE ITALIANA AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE (FIASO) (2001), «E-com ed e-procurement in sanità», *FIASO news*, anno III, 4, p. 12.

MASTROGREGORI L. (2004), *Il programma di razionalizzazione della spesa e il mercato elettronico della Pubblica amministrazione. Stato di attuazione e linee evolutive, seminario presso la Facoltà di economia dell'Università della Tuscia*, 6 maggio 2004, Viterbo, www.tommasofederici.it/convegni/releprmastr.pdf.

MINISTERO DELLA SALUTE - DIREZIONE GENERALE DELLA RICERCA SANITARIA E DELLA VIGILANZA SUGLI ENTI (2002). Modulo 2. Descrizione del programma del progetto *L'e-procurement nel percorso di aziendalizzazione della sanità. Motivazioni e obiettivo finale del programma*.

- MONTEU M., RUFFINO E. (2001), «E-procurement nelle aziende sanitarie», collana *Quaderni ASI*, Agenzia sanitaria italiana, 17, p. 25.
- RIPA DI MEANA F. (2001), «I fornitori non perdano il treno della tecnologia e l'Europa alzi la soglia», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 13/19 marzo 2001.
- SCOGNAMIGLIO E. (2003), «Il ruolo della Consip», *Il Sole 24 Ore*, 22 novembre.
- TURCHETTI G. (2002), *La politica degli acquisti di beni e servizi in sanità*, per Scuola superiore di Sant'Anna, in collaborazione con il Ministero dell'economia e delle finanze.
- B2B italiano?», collana *Quaderni AIP*, Litogi, Milano.
- ASSOCIAZIONE IMPRESA POLITECNICO (AIP) (2003), «Dai Marketplace ai servizi di Sourcing, Procurement e Supply Chain Collaboration», collana *Quaderni AIP*, Litogi, Milano.
- BERTINI L., SCIANDRA L. (2001b), «Implicazioni teoriche dell'e-procurement ed analisi del modello adottato dalla Pa italiana», *Tendenze Nuove*, Il Mulino, Bologna.
- BONI MA. (2001), «Le problematiche attuali sugli acquisti di beni e servizi in sanità», intervento al convegno *L'evoluzione nei processi di acquisto di beni e servizi*, 1° giugno 2001, Roma.
- BONI ME. (2003), «La tecnologia a supporto dell'innovazione e della semplificazione dei processi di approvvigionamento», presentazione Consip, 26 giugno 2003, Milano.
- BORGONOV E. (2001), «Stato dell'arte della Supply Chain ospedaliera: dalla reingegnerizzazione dei processi ai portali Internet», relazione al convegno FIASO, SIFO, FARE, 28 giugno 2001, Milano.
- CLERICO G., FIORENTINI G. (2000), *I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- E-SANITÀ, HOSPITAL LOGISTIC SOLUTIONS (2000), «Fase 0: considerazioni e ipotesi preliminari», in *Value proposition per il mercato pubblico italiano*.
- FEDERICI T. (2001), *Il progetto di Sistemi informativi*, FrancoAngeli, Milano.
- FERROZZI C., SHAPIRO R. (2001), «Supply Chain Management e strategie», *Logistica Management*, marzo.
- GATTI M. (2001), «E-procurement sotto soglia: analisi normativa e modelli a confronto», *DirittoetDiritti*, settembre.
- LATTANZIO&ASSOCIATI (2003), *Nuovi modelli di gestione degli acquisti pubblici*, atti del Laboratorio Formez, 3 luglio 2003, Roma.
- PATRIMONIO & ACQUISTI NELLA PA (2003), *Verso nuovi modelli di gestione degli acquisti*, Workshop presso Unioncamere, 19 marzo 2003, Roma.
- SEPE S. (2003), «Eccesso di centralismo», *Il Sole 24 Ore*, 22 novembre.

BIBLIOGRAFIA GENERALE

- ASSINTEL, FEDERAZIONE PER L'ECONOMIA DIGITALE (FED) (2001), «Internet nella relazione con i fornitori: la Supply Chain nei processi produttivi» (ricerca).
- ASSOCIAZIONE IMPRESA POLITECNICO (AIP) (2002), «E-marketplace: quale ruolo nel

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 salute

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 devono essere originali e avere contenuto innovativo.

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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

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, pp. 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 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.

I CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO NEL BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

Alessandro Mura

Università degli Studi di Cagliari - Facoltà di Economia - Dipartimento di Ricerche Aziendali

SOMMARIO: 1. Introduzione: il ruolo dei contributi regionali nell'economia delle aziende sanitarie pubbliche - 2. Tipi di contribuzione in conto esercizio e loro riflessi economici - 3. La natura economica dei contributi in conto esercizio - 4. I contributi su base capitaria: aspetti contabili - 5. I contributi in funzione di tariffe predefinite: aspetti contabili - 6. I contributi per il finanziamento di funzioni particolari: aspetti contabili - 7. I contributi per ripiano perdite - 8. Riflessioni conclusive.

The purpose of this article is to provide some insights in the field of accounting for regional government grants related to income in the financial statements of Italian healthcare organisations. First, the crucial role which regional financial arrangements play in the economy of these organisations and the main types of contributions are highlighted. Then, the alternative options of accounting for regional grants related to income are explored. The concluding section puts into perspective the analysis carried out.

1. Introduzione: il ruolo dei contributi regionali nell'economia delle aziende sanitarie pubbliche

L'obiettivo di questo lavoro è quello di analizzare le modalità di rilevazione e rappresentazione in bilancio dei contributi in conto esercizio nello specifico settore delle aziende sanitarie pubbliche (1). S'intende concentrare l'attenzione su i riflessi che tali aspetti generano sulla determinazione del reddito d'esercizio e sul suo significato economico, in relazione, in particolare, alla sua idoneità ad esprimere giudizi sulle condizioni di economicità delle aziende sanitarie pubbliche.

Nelle imprese che operano liberamente nel mercato, la cessione dei prodotti o servizi vede il suo riconoscimento economico nel corrispettivo monetario pagato dal cliente che ha usufruito della prestazione. Diversamente, nelle aziende sanitarie pubbliche tale corrispettivo non sempre è presente e nei casi in cui è richiesto ai pazienti, si tratta, più spesso, di tariffe

basate su prezzi politici. Queste ultime rispondono ad esigenze di politica economica e sociale e, pertanto, sono sganciate da valori che tengano conto dei costi sostenuti per l'allestimento del servizio e non sono, comunque, assimilabili nel ruolo ai prezzi dei servizi che si realizzano nel libero mercato (Zuccardi Merli, 1996; Borgonovi, 1990; Vichi, 2000).

Nelle aziende pubbliche «quello che manca nel «servizio» e lo rende *sostanzialmente* diverso dalla gestione produttrice è il fatto *economico* della produzione di una data utilità *per venderla sul mercato*» (Cassandro, 1966).

La remunerazione dei fattori produttivi consumati per l'allestimento dei servizi e il conseguente ritorno in forma liquida, in assenza di ricavi di vendita, avviene, quindi, necessariamente mediante «la finanza di trasferimento, cioè sotto forma di contributi in conto capitale e in conto esercizio» (Zuccardi Merli, 1996) erogati prevalentemente dalle rispettive regioni (2).

«La divaricazione tra soggetto che consuma il beneficio e soggetto che ne paga il prezzo priva il sistema dell'azienda pubblica di uno dei più efficaci strumenti di controllo creati dal mercato» (Buccellato, 1992).

Nella sostanza economica, questa diversità ha considerevoli riflessi sulle condizioni di equilibrio economico e finanziario delle aziende sanitarie pubbliche poiché provoca l'assenza di un reale sistema costi-ricavi, ovvero l'assenza di un insieme di costi e ricavi d'esercizio legati da relazioni di interdipendenza. Viene a mancare la possibilità di variare i costi d'esercizio per modificare i ricavi e vice versa.

Nel suo complesso, il conto economico mette quindi in risalto dal lato dei componenti negativi i costi delle risorse che sono state consumate nell'esercizio per l'allestimento dei servizi. Dal lato dei componenti positivi rileva ricavi propri derivanti dalla compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria e, prevalentemente, contributi in conto esercizio erogati

dalla regione di appartenenza, e, in minor misura, da altri enti pubblici.

Il reddito d'esercizio che ne consegue potrà essere un efficace misuratore dell'equilibrio economico dell'azienda in stretta correlazione con le modalità con cui i contributi in conto esercizio sono erogati.

Si instaura uno stretto legame di dipendenza finanziaria ed economica tra le aziende sanitarie pubbliche e la propria regione di riferimento, tale che i singoli sistemi regionali, vengono assimilati a dei gruppi aziendali, in cui la regione esercita la funzione di governo generale e di finanziamento, alla stregua di una capogruppo, o *holding* finanziaria (Longo, 1999; Olla, Pavan, 2000).

A questo proposito, sotto il profilo delle condizioni oggettive di autosufficienza economica, ci sembra di poter annoverare le aziende sanitarie pubbliche tra le «imprese a vitalità economica riflessa», così come intese dal Ferrero: imprese «non dotate di «capacità propria di esistenza» e sorrette nel loro svolgimento da terze economie». Esse si caratterizzano per non essere in grado di «acquisire, indipendentemente da terze economie, *stabilizzate condizioni di solidità sul piano economico, patrimoniale e finanziario*». Tali aziende pur non possedendo requisiti di «durabilità oggettiva sono tuttavia allogabili fra le economie soggettivamente durevoli, la cui capacità di esistenza come «unità produttive» è condizionata dal loro collegamento con altre più vaste economie, in virtù del potere decisionale esercitato dal comune «soggetto economico» (sebbene diverso sia il «soggetto giuridico»)» (Ferrero, 1987) (3).

In altri termini l'erogazione di contributi in conto capitale e in conto esercizio da parte delle regioni rappresenta la fonte primaria del capitale monetario con cui le aziende sanitarie pubbliche fronteggiano i fabbisogni

finanziari che emergono sia nella fase istituzionale sia nella successiva fase di funzionamento della loro gestione.

Da un lato, le regioni si sostituiscono al mercato del capitale di rischio e di credito, il cui accesso è sostanzialmente precluso alle aziende sanitarie, mediante l'erogazione di contributi in conto capitale; tali erogazioni sono finalizzate a fronteggiare i fabbisogni di capitale legati alla struttura patrimoniale delle stesse. Dall'altro, le regioni si sostituiscono ai fruitori dei servizi sanitari nel riconoscimento del valore monetario attribuibile ai servizi allestiti dalle aziende sanitarie attraverso l'erogazione di contributi in conto esercizio (Mura, 2003).

2. Tipi di contribuzioni in conto esercizio e loro riflessi economici

Con la riforma sanitaria degli anni novanta, avviata con il D.L.vo 502/92, il legislatore, tra gli altri obiettivi, si è posto quello di soppiantare la logica tradizionale basata su un modello di finanziamento dei fattori della produzione e quindi della spesa storica, che, di fatto, garantiva la sistematica e acritica remunerazione dei costi sostenuti, con un modello di assegnazione delle risorse basato sul bisogno di assistenza (quota capitaria) e sui livelli di produzione (sistema tariffario) (Cantù, Jommi, 2002).

Il modello di finanziamento su base capitaria, specificamente previsto per le Aziende unità sanitarie pubbliche (Asl), si propone di definire le assegnazioni finanziarie annuali, che le regioni erogano alle Asl per la remunerazione della spesa di parte corrente, sulla base di una quota capitaria ottenuta dividendo le risorse finanziarie a disposizione di ciascuna regione per il numero dei residenti nel proprio ambito territoriale; l'assegnazione spettante a ciascuna Asl si determina quindi moltiplicando tale quota per la popo-

lazione residente nel territorio di riferimento di ciascuna di esse.

Il legislatore prevede inoltre la correzione della quota capitaria, come sopra intesa, in base a dei pesi che tengano conto di determinate altre variabili che caratterizzano la popolazione, sotto il profilo dei bisogni sanitari, con l'intento di correlare il livello delle erogazioni finanziarie ai reali bisogni di tutela della salute da parte della popolazione.

Prescindendo dalle difficoltà tecniche di ponderare correttamente la quota capitaria, e di individuare le caratteristiche della popolazione che realmente influenzano la domanda di servizi sanitari (4), l'assegnazione su base capitaria non prevede un collegamento diretto con le risorse consumate per la realizzazione delle prestazioni sanitarie, ma rappresenta, piuttosto, il vincolo finanziario e economico entro cui le Asl e i loro direttori generali devono operare.

Il risultato economico può essere influenzato positivamente solamente mediante incrementi di efficienza nell'acquisizione e nell'allestimento dei processi produttivi, poiché l'assegnazione finanziaria, così determinata, sotto il profilo economico esprime dei ricavi d'esercizio anelastici, predeterminati, non suscettibili di modificazione al variare dei volumi dei servizi prestati.

La soddisfazione di una maggiore domanda di servizi sanitari, può essere realizzata, senza compromettere l'equilibrio finanziario ed economico, solo mediante l'impiego di risorse finanziarie che eventualmente le Asl riescono a generare all'interno della propria economia. In altri termini, nell'ipotesi di finanziamento su base capitaria, l'assegnazione finanziaria annuale di cui le aziende sanitarie beneficiano, non varia al modificarsi quantitativo e qualitativo dei servizi realizzati, con conseguenze problematiche

nella conduzione delle aziende sanitarie chiamate comunque a garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza sanitaria (D.L.vo 502/92).

Paradossalmente, in assenza di sistemi correttivi, le aziende sanitarie che riescono a soddisfare una maggiore domanda di servizi sanitari, ipotizzando pure che le prestazioni sanitarie in questione siano realizzate con elevati livelli di efficienza, non troverebbero riconoscimento né sul piano finanziario né economico. Il reddito d'esercizio si contrarrebbe poiché i componenti negativi collegati con il consumo delle ulteriori risorse necessarie per la realizzazione dell'incremento dei servizi, non troverebbero copertura nei ricavi d'esercizio, rappresentati prevalentemente dai contributi in conto esercizio erogati dalla regione, che rimarrebbero appunto invariati (Borgonovi, 1990).

Il sistema tariffario, si propone invece di remunerare i servizi allestiti sulla base dei costi *standard* associati alle varie tipologie di prestazioni sanitarie erogate, ovvero costi predeterminati in modo rigoroso, al fine di riflettere livelli di efficienza obiettivo.

Nell'ambito del sistema tariffario, il sistema di finanziamento dei processi produttivi mediante Drg, ove applicabile, darebbe ai contributi in conto esercizio rappresentati dai Drg, la valenza di volume dei ricavi con il «doppio significato di misuratore sintetico dell'*output* aziendale e di fonte delle risorse economiche occorrenti ...», anche se in realtà non consentono la valutazione della qualità del servizio reso (Olla, Pavan, 2000). In altri termini il valore dei servizi sanitari allestiti per curare una determinata patologia è riconosciuto sulla base di tariffe obiettivo.

I costi d'esercizio potranno trovare reintegrazione nel complesso dei ricavi misurati dai Drg, atteso che le tariffe siano realmente basate sul costo

pieno del servizio. In questa ipotesi di finanziamento, la direzione aziendale ha reali leve decisionali per influire sul risultato economico: il soddisfacimento di una maggiore domanda di servizi sanitari, associato a livelli di efficienza, nell'acquisizione dei fattori produttivi e nella realizzazione dei processi produttivi, superiori a quelli su cui è basata la definizione dei Drg, sarebbe riflessa in un maggiore reddito d'esercizio. Contrariamente, l'incapacità di operare entro i costi *standard* verrebbe riflessa in un peggioramento dell'andamento economico.

Tuttavia, anche il meccanismo tariffario in questione, ipotizzando l'assenza di interventi correttivi, incontrerebbe comunque dei rischi di tenuta, in quanto stimolando implicitamente le strutture sanitarie ad incrementare i volumi delle proprie prestazioni, provocherebbe un aumento della spesa sanitaria complessiva, in netto contrasto con l'obiettivo macroeconomico di contenimento della stessa. Inoltre tale sistema di finanziamento è concretamente attuabile in funzione della possibilità di qualificare i costi *standard* associati ad una data attività. Ciò risulta più agevole in presenza di prestazioni sanitarie a domanda individuale, tipiche delle attività ospedaliere e ambulatoriali. Maggiori difficoltà si presentano per le attività distrettuali che le Asl sono chiamate ad esercitare nel proprio ambito territoriale quando siano caratterizzate da prestazioni sanitarie a domanda collettiva (Zuccardi Merli, 1996).

A titolo esemplificativo, si considerino le difficoltà di misurazione qualora si volesse individuare dei livelli di efficienza e quantificare dei costi parametrici ad essi associati per remunerare le funzioni peculiari dell'area della prevenzione, quali la tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita, la tutela dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli am-

bienti di lavoro, la tutela igienico-sanitaria degli alimenti, la sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali ecc. (5)

Una terza modalità di finanziamento riguarda il finanziamento di particolari funzioni e «rappresenta un fattore di parziale "compensazione dei criteri di assegnazione su base capitaria e, soprattutto, a tariffa per prestazione"» (Cantù, Jommi, 2002). Questa modalità di assegnazione trova giustificazione nelle diverse circostanze in cui il tipo di funzione ha rilevanza tale da giustificarne una copertura specifica (6).

Dagli studi comparativi sui diversi sistemi di finanziamento adottati nel territorio nazionale emerge come nella maggior parte dei casi le regioni si riferiscono, almeno formalmente, ad un modello di finanziamento definito «a centralità della Asl» in cui il sistema su base capitaria si combina con quello a tariffa per prestazione. La regione assegna le risorse alle Asl su base capitaria semplice o ponderata, «le Asl remunerano poi su base tariffaria la mobilità (7) in uscita verso altre Asl, Aziende ospedaliere» e strutture private accreditate (8) (Longo, 1999; Jommi, 2000; Cantù, Jommi, 2001; Jommi, Del Vecchio, 2004). L'evidenza empirica, tuttavia, mostra come spesso a tali modelli formalmente previsti nelle varie normative, si contrappongono, nella realtà operativa, sistemi di finanziamento, in particolare nelle regioni del Sud, in cui sono «tali e tanti gli elementi correttivi delle assegnazioni su base capitaria e a tariffa per prestazione da fare ipotizzare nella realtà un finanziamento su base storica» (Jommi, 2000).

Nel panorama nazionale, la regione Lombardia si distingue notevolmente poiché avendo provveduto, nella definizione del proprio assetto organizzativo, allo scorporo dalle preesistenti Usl di gran parte delle strutture ospe-

daliere, costituite in aziende autonome, si caratterizza per un ampio ambito di applicazione del sistema di remunerazione a tariffa per prestazione, e rappresenta il modello regionale più vicino al «quasi mercato» (Jommi, Del Vecchio, 2004).

Altre regioni hanno posto in essere sistemi più simili al modello definito «a centralità regionale», dove la regione mantiene «un forte controllo sulle assegnazioni delle risorse», e le Asl sono finanziate mediante i fondi, ripartiti su base capitaria, che residuano dopo che la regione ha direttamente finanziato le strutture sanitarie remunerabili a tariffa e regolato, sempre in prima persona, i flussi finanziari legati alla mobilità interaziendale.

3. La natura economica dei contributi in conto esercizio

I contributi in conto esercizio erogati dalle regioni rappresentano la quota più rilevante dei finanziamenti delle aziende sanitarie pubbliche. Essi sono acquisiti per fronteggiare i fabbisogni finanziari derivanti dalla soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione residente nel proprio ambito territoriale di riferimento. Sul piano economico essi rappresentano il riconoscimento monetario da parte delle regioni dell'attività svolta dall'azienda, le quali così suppliscono alla quasi totale assenza di controprestazioni monetarie da parte dei pazienti che usufruiscono dei servizi sanitari.

Non si tratta, quindi, come accade nelle imprese operanti nel libero mercato, di contribuzioni destinate «in modo specifico ad integrare i ricavi d'esercizio o a ridurre i costi dell'esercizio, ovvero a fronteggiare squilibri fra tali flussi di valori», ma si tratta dei principali ricavi della produzione (Melis, Pardocchi, 1996). Così li ha inequivocabilmente intesi il legislatore nazionale, collocandoli nel Conto

economico nella macroclasse A) Valore della produzione, voce 1) Contributi in conto esercizio (9). Le «Linee guida per il bilancio delle aziende sanitarie» li definiscono «fondi assegnati alle U.s.l. dalle Regioni o Province autonome, per il finanziamento dell'attività istituzionale. Essi consistono, essenzialmente, in assegnazioni derivanti dal Fondo sanitario, con o senza vincolo di destinazione, e in trasferimenti correnti della Regione o Provincia autonoma di appartenenza per funzioni subdelegate statali o per funzioni delegate regionali» (Ragioneria generale dello Stato, 1995).

Unanimente la letteratura economico-aziendale che si è occupata dell'argomento, ha criticato la scelta di utilizzare un'unica voce per dare rappresentazione alla «posta di gran lunga più importante» del bilancio delle aziende sanitarie (Rea, 1998). Così argomenta il Tieghi: «I «Contributi in conto esercizio» rivestono quindi una funzione fondamentale per il complessivo sistema delle aziende sanitarie, in quanto sono per la maggior parte riconducibili all'assegnazione diretta od indiretta di quelle risorse economiche — alle quali corrispondono risorse finanziarie — attraverso le quali le singole aziende dovrebbero essere in grado di poter ricercare le proprie condizioni di equilibrio economico e di contribuire al mantenimento delle richieste condizioni di equilibrio finanziario-monetario. Opportuna poteva quindi essere la previsione... di imporre un'adeguata scomposizione della voce in specifiche sottovoci che fossero espressione delle diverse tipologie di contributi in essa comprese, in modo da permettere una maggiore chiarezza sui meccanismi e sulle causali di ottenimento dei contributi stessi» (Tieghi, 2000).

Altrettanto criticabile appare la scelta di far confluire tutti i crediti verso la regione nell'attivo dello stato pa-

trimoniale, macroclasse B) Attivo circolante, classe II Crediti, voce 1) da regione e provincia autonoma. In tale voce confluiscono indistintamente non solo le diverse tipologie di crediti per contributi in conto esercizio, ma anche i crediti per contributi in conto capitale e per ripiano perdite. Analogamente, in questo caso la creazione di apposite sottovoci avrebbe incrementato la chiarezza e l'intelligibilità del bilancio.

4. I contributi su base capitaria: aspetti contabili

Considerate le differenti finalità e i differenti meccanismi con i quali le regioni erogano i contributi in conto esercizio, l'apporto dei principi contabili elaborati per le imprese operanti nel libero mercato non è di grande aiuto per definire le modalità di contabilizzazione e di rappresentazione nel bilancio di esercizio delle aziende sanitarie pubbliche.

A tali fini l'unica informazione che si può trarre riguarda il momento della loro rilevazione: «I contributi in conto esercizio vanno rilevati nell'esercizio in cui è sorto il diritto a percepirli, che può essere anche successivo all'esercizio al quale essi sono riferiti» (CNDC-CNRC, 2000). Nella stessa direzione vanno le indicazioni delle «Linee guida» ministeriali: «La registrazione di tali contributi viene effettuata, al momento dell'assegnazione del contributo stesso, in dare nel conto Crediti ed in avere del conto Contributi in c/esercizio da Regione o Provincia autonoma. Allorché tale contributo viene effettivamente erogato, verrà registrato in dare del conto Istituto tesoriere stornando di conseguenza il credito da regione precedentemente acceso» (Ragioneria dello Stato, 1995).

Sul piano operativo accade che le regioni comunicano un'assegnazione preventiva e spesso provvisoria —

poiché le risorse finanziarie a loro disposizione non hanno ancora una definizione certa — al fine di consentire alle aziende la programmazione della loro attività. In seguito, una volta che l'iter di svolgimento delle manovre finanziarie regionali è stato ultimato e le regioni sono, quindi, nelle condizioni di quantificare con certezza le risorse finanziarie da ripartire, vi è la delibera formale di assegnazione definitiva delle risorse alle aziende sanitarie pubbliche, cui segue, infine, l'erogazione effettiva. Il momento di rilevazione di queste contribuzioni si verifica quando, «dopo l'assegnazione preventiva, ma prima dell'effettiva erogazione, la Regione delibera e comunica formalmente l'assegnazione delle risorse» (Rea, 2000; Anessi Pessina, 1995).

Peraltro, tali indicazioni non esauriscono le problematiche di contabilizzazione dei contributi in conto esercizio, soprattutto in considerazione delle diverse modalità con cui essi possono essere erogati. Più sopra, si è riferito delle tre principali modalità di definizione dei contributi in conto esercizio: su base capitaria, secondo il meccanismo tariffario, e per finanziamento diretto di particolari funzioni. Spesso le assegnazioni finanziarie di cui beneficiano le aziende sanitarie pubbliche presentano congiuntamente tali diverse modalità di contribuzione.

Con riferimento alla quota dei contributi in conto esercizio definita su base capitaria, essendo caratterizzata da una destinazione indistinta, non emergono particolari problemi, a patto che la comunicazione formale da parte della Regione avvenga tempestivamente, o meglio, prima della redazione del bilancio d'esercizio. Nel caso, peraltro non raro, la regione definisca l'assegnazione annuale e la comunichi in via definitiva in epoca successiva alla redazione del bilancio relativo, prudenzialmente sarà necessario rile-

vare i contributi in conto esercizio sulla base dell'assegnazione preventiva, per poi rilevare nell'esercizio successivo una sopravvenienza attiva o passiva, in base alle circostanze, con adeguata illustrazione in nota integrativa.

5. I contributi in funzione di tariffe predefinite: aspetti contabili

La remunerazione delle prestazioni sanitarie in base a tariffe predeterminate rappresenta la modalità prevalente con cui vengono finanziate le aziende ospedaliere. Come precedentemente esaminato, il sistema dei Drg (*Diagnosis related groups*) consiste nel classificare le prestazioni sanitarie ospedaliere per gruppi omogenei di diagnosi e cura a cui sono associate tariffe determinate in base ai consumi di risorse necessari per trattare i singoli casi clinici secondo livelli di efficienza obiettivo.

La valorizzazione delle prestazioni sanitarie ha il suo punto di partenza nelle informazioni cliniche presenti nelle schede di dimissione ospedaliere (SDO) di ciascun paziente, che vengono poi codificate per individuare i rispettivi Drg. Periodicamente, ad esempio mensilmente, le aziende ospedaliere fatturano le prestazioni allestite alle Asl, o inviano la relativa documentazione direttamente alla Regione di appartenenza (in base all'organizzazione dello specifico sistema sanitario regionale) e quindi rilevano in contabilità generale i relativi ricavi.

In occasione della redazione del bilancio d'esercizio è necessario prestare attenzione ad alcune problematiche di rilevazione contabile e di valutazione al fine di rispettare il principio della competenza economica e della prudenza.

Vi è innanzitutto la necessità di imputare all'esercizio in chiusura tutti i ricavi delle prestazioni allestite per i pazienti dimessi durante il periodo

amministrativo. Uno sfasamento temporale tra le dimissioni dei pazienti e l'individuazione dei Drg è fisiologico, per cui potrebbe accadere che le prestazioni allestite per i pazienti dimessi nell'ultima parte dell'anno possano essere documentate solo nell'esercizio successivo. In questo caso si rende necessario imputare i ricavi collegati a tali prestazioni mediante una scrittura di assestamento in contropartita di un valore finanziario presunto quale «fatture da emettere» o «documenti da emettere» in base alla tipologia di documento originario che identifica queste prestazioni.

Un secondo ordine di problemi riguarda le prestazioni sanitarie in corso di allestimento alla chiusura dell'esercizio per il trattamento dei pazienti che a tale data non sono stati ancora dimessi. A questo proposito, è necessario trattare distintamente gli aspetti di rilevazione contabile e rappresentazione in bilancio dagli aspetti di valutazione.

Sul piano della contabilizzazione e della rappresentazione in bilancio la soluzione proposta dal Pavan che ravvisa in tali prestazioni sanitarie delle rimanenze di servizi in corso di esecuzione, appare la più conforme al principio della chiarezza formale (Olla, Pavan, 2000).

L'autore suggerisce l'assestamento dell'operazione in esame mediante l'addebitamento del conto «Degenze e altre prestazioni in corso» che affluisce nell'attivo circolante dello stato patrimoniale tra le rimanenze, e l'accredito del conto «Variazione nelle degenze e altre prestazioni in corso» che va epilogo al conto economico nel «Valore della produzione». L'unico inconveniente è rappresentato dal fatto che le voci utilizzate non sono presenti negli schemi ministeriali di stato patrimoniale e conto economico del già citato decreto ministeriale 11/02/2002, rendendo pertan-

to necessarie per i redattori del bilancio le opportune integrazioni. Le Regioni Abruzzo, Basilicata, Sardegna e la Provincia di Trento hanno provveduto a tali integrazioni nei rispettivi schemi di bilancio (Anessi Pessina, 2001)

Una diversa rappresentazione formale è quella richiesta dalla Regione Lombardia che prevede l'imputazione della parte di prestazione sanitaria già allestita mediante l'utilizzo della tecnica dei ratei attivi con contropartita gli stessi ricavi per prestazioni. Se il fenomeno è significativo e rilevante nell'economia del bilancio si potrebbe istituire un'apposita sottoclasse dei ratei attivi con denominazione «degenze in corso».

Tuttavia, per qualificare un rateo attivo, deve coesistere sia la presenza di un componente positivo di reddito comune a due o più esercizi, sia il suo variare in base al decorrere del tempo, caratteristica, quest'ultima, assente nel caso di prestazioni sanitarie in corso di allestimento alla chiusura dell'esercizio. L'adozione dell'istituto del rateo appare pertanto una forzatura, poiché la natura economica dell'operazione in esame è quella di rimanenza di servizi e come tale si ritiene vada rappresentata in bilancio.

Con riferimento agli aspetti di valutazione delle degenze in corso di allestimento al termine dell'esercizio, ci sembra sussistano i presupposti per una loro valutazione al ricavo, ossia in base alla quota delle tariffe rappresentate dai Drg correlabile ai consumi di fattori produttivi avvenuti tra la data dell'inizio della degenza e il termine del periodo amministrativo, nel rispetto del principio della prudenza e della competenza economica.

La soluzione proposta dal Pavan che prevede la valutazione delle degenze in corso al 31 dicembre al minore tra il costo sanitario, inteso quale somma dei costi diretti e indiretti di

produzione, e una quota di ricavo (tariffa Drg) adeguata alle prestazioni di assistenza sviluppate nel periodo, può risultare eccessivamente prudente. In questa circostanza, infatti, diversamente da quel che accade per le imprese che realizzano servizi su base contrattuale, non vi è il rischio di non portare a termine la prestazione secondo le condizioni pattuite con il committente.

In effetti, il rischio che la prestazione sanitaria non venga conclusa e quindi non venga conseguito il relativo ricavo è solamente teorico. È verosimile che alla data di redazione di bilancio tutti i pazienti che al termine del periodo amministrativo erano ancora ricoverati siano stati dimessi e sia stata effettuata la relativa valorizzazione della prestazione sanitaria in base ai Drg. A ciò si aggiunga che i reparti ospedalieri di riabilitazione e di lungodegenza, caratterizzati da lunghi periodi di ricovero dei pazienti, sono remunerati in base a tariffe giornaliere e non in base ai Drg, pertanto la valorizzazione delle relative prestazioni di assistenza in corso di allestimento al termine dell'esercizio rimangono estranee alle problematiche di valutazione in esame.

Per quanto riguarda la modalità di calcolo della quota del Drg attribuibile alla parte della prestazione già sviluppata al termine dell'esercizio, in analogia con le tecniche previste per la valutazione dei lavori in corso su ordinazione, si suggerisce la determinazione della percentuale di sviluppo della prestazione secondo il «metodo del costo sostenuto» («cost-to-cost»). Si tratta di applicare ai Drg una percentuale corrispondente al rapporto tra i costi effettivamente sostenuti tra l'inizio della degenza e il termine dell'esercizio e i costi complessivamente sostenuti per l'intera degenza. I costi da considerare nel calcolo del rapporto sono tutti i costi diretti e indiretti so-

stenuti dall'azienda per la realizzazione della prestazione sanitaria.

Sul piano della prudenza vi è un problema più rilevante che riguarda in modo indistinto tutte le prestazioni sanitarie remunerabili a tariffa. Le Regioni o le Asl che erogano i finanziamenti in base ai Drg alle aziende ospedaliere, non riconoscono in modo automatico quanto documentato da queste ultime. L'istituzione di controlli sistematici della qualità delle prestazioni, peraltro previsti nei regolamenti di varie regioni, può portare al «mancato riconoscimento del finanziamento a tariffa per le prestazioni inappropriata» (Jommi, 2001). Nel caso le verifiche avvengano successivamente alla redazione del bilancio, si rende necessario rettificare i ricavi già rilevati in precedenti esercizi.

A questo proposito, anche nella circostanza in cui si abbia una ragionevole certezza di aver rilevato e documentato in modo appropriato le prestazioni sanitarie allestite, appare comunque prudente istituire un fondo rischi. In questo modo ci si auto assicura contro l'eventualità che, a causa di errori, interpretazioni equivocate, peraltro ineliminabili anche per chi opera con professionalità e buona fede, una parte dei ricavi possa non essere riconosciuta. Si ritiene che la quantificazione dell'accantonamento in esame possa avvenire in base all'apporto congiunto dell'esperienza dei dirigenti sanitari e dei redattori di bilancio ovvero su basi statistiche che estrapolino l'andamento storico dei mancati riconoscimenti delle tariffe da Drg nei precedenti esercizi.

Anche l'attività specialistica ambulatoriale presenta modalità di remunerazione simile a quella dell'attività ospedaliera, poiché viene finanziata sulla base di un tariffario prestabilito a livello nazionale e basato su costi standard di produzione. Sul piano della contabilizzazione e della rappresen-

tazione in bilancio valgono pertanto le considerazioni appena svolte per i Drg, senza però la complicazione di dover valutare prestazioni in corso di allestimento alla chiusura dell'esercizio, trattandosi di prestazioni che non prevedono ricovero.

6. I contributi per il finanziamento di funzioni particolari: aspetti contabili

Con riferimento alle contribuzioni vincolate o finalizzate al finanziamento di particolari funzioni si pongono ulteriori problematiche di contabilizzazione. In tali circostanze può accadere che le risorse finanziarie vengano deliberate e erogate preventivamente, mentre i costi da finanziare con tali risorse non vengano sostenuti in tutto o in parte nello stesso esercizio in cui è stata deliberata l'assegnazione del contributo. Si è, quindi, in presenza di un ricavo o una quota di ricavo anticipato che si rende necessario rinviare all'esercizio successivo al fine di rispettare sia il principio della competenza economica inteso come correlazione tra ricavi e costi, sia il principio della prudenza. La tecnica del sconto passivo appare la soluzione preferibile anche se in realtà tali ricavi, pur comuni a più esercizi, non variano in ragione del tempo e sono quindi privi di una caratteristica che qualifica i ratei e i sconti.

Sicuramente sconsigliato è il trattamento contabile delle Regioni Liguria e Puglia che prevedono la rilevazione di un fondo nel passivo dello stato patrimoniale da utilizzare gradualmente negli esercizi successivi per il tramite di accreditamenti al conto economico; probabilmente con l'intento di allinearsi alla soppiantata contabilità finanziaria, «dove le quote ancora inutilizzate dei finanziamenti finalizzati davano luogo a residui passivi» (Anessi Pessina, 2001). I fondi istituiti

nel passivo dello stato patrimoniale sono unicamente quelli per rischi e oneri. «Tali poste non sembrano idonee, neanche per assimilazione, ad accogliere fondi di altra natura, quali risulterebbero quelli per ricavi anticipati» (Roberto, 1996).

Un secondo ordine di problemi legati alla contabilizzazione delle contribuzioni destinate a finanziare particolari funzioni riguarda il fatto che esse possono essere accordate, nel rispetto della destinazione delle risorse alla copertura finanziaria di una data funzione sanitaria, sia per l'acquisizione di fattori produttivi d'esercizio sia per fattori produttivi strutturali. In altri termini si tratterebbe di contributi di natura mista che da un lato, per la quota impiegata per il sostenimento di costi d'esercizio, si identificano in contributi in conto esercizio, dall'altro, per la quota utilizzata per l'acquisizione di immobilizzazioni rappresentano contributi in conto capitale.

Tuttavia le specificità e complessità delle funzioni oggetto di contribuzione separata, spesso non consentono l'elaborazione di programmi economici e finanziari sufficientemente dettagliati già al momento dell'attribuzione della contribuzione, rendendo aleatoria la ripartizione della stessa tra le due categorie di contributi. L'individuazione dell'ammontare delle due categorie di contributi, è spesso noto solamente durante lo svolgimento della specifica funzione, man mano che i costi vengono effettivamente sostenuti secondo le esigenze contingenti che si manifestano.

L'accreditamento al conto economico di tali contributi alla stregua dei contributi in conto esercizio *tout court*, potrebbe provocare delle distorsioni nella formazione del reddito d'esercizio. Infatti nel periodo amministrativo in cui la contribuzione viene attribuita e rilevata come componente positivo di reddito, il rispetto del prin-

cipio della competenza economica verrebbe compromesso in quanto ai ricavi rappresentati dai contributi in esame verrebbero correlati solamente i costi per l'acquisizione di fattori produttivi d'esercizio e la porzione dei costi per immobilizzazioni rappresentata dalle quote d'ammortamento, con conseguente sopravvalutazione del reddito d'esercizio; simmetricamente nei periodi amministrativi successivi in cui si sviluppa la vita utile dei beni strumentali acquistati per l'esercizio della funzione oggetto di contribuzione, le quote d'ammortamento non verrebbero correlate con i rispettivi ricavi comportando una sottostima dei redditi d'esercizio relativi.

Una soluzione contabile che possa ovviare alle predette distorsioni, potrebbe essere quella di contabilizzare tali contributi come componenti positivi di reddito al momento della loro concessione e rinviare al momento della redazione del bilancio d'esercizio la loro corretta ripartizione. Pertanto, a tale data, l'eventuale quota dei contributi non ancora utilizzata verrebbe stornata e rinviata all'esercizio successivo mediante la tecnica del sconto passivo, mentre per la quota già impiegata sarà possibile distinguere la parte destinata all'acquisizione di fattori d'esercizio da quella destinata all'acquisizione di fattori produttivi strutturali. A questo punto sarà possibile stornare la quota del contributo correlata all'acquisizione delle immobilizzazioni e contabilizzarla come contributo in conto capitale.

Ci sembra che questa soluzione contabile, per quanto laboriosa, sia più adeguata sia ai fini del giudizio sulla la capacità dei *manager* di gestire le aziende sanitarie, e quindi ai fini di una più ampia «accountability» degli stessi, sia ai fini di valutare le condizioni di economicità delle aziende sanitarie.

Se le contribuzioni in esame e, in particolare, le quote di esse impiegate per l'acquisizione di immobilizzazioni, assumono valori talmente contenuti rispetto alle entità complessive dei contributi in conto esercizio, da non possedere un effetto significativo e rilevante sull'informazione complessiva del bilancio di esercizio la procedura proposta sarebbe superflua.

7. I contributi per ripiano perdite: aspetti contabili

Un'ultima tipologia di finanziamenti regionali da esaminare riguarda i contributi per ripiano perdite di cui periodicamente beneficiano le aziende sanitarie pubbliche.

Prima di soffermarci sulle relative problematiche di contabilizzazione e rappresentazione nel bilancio di esercizio è necessario interrogarsi sulla funzione economica e la natura contabile di tali contribuzioni.

Sotto il profilo economico-aziendale tali contribuzioni sono equiparabili ai versamenti erogati dai soci, nelle imprese operanti nel libero mercato, finalizzati al ripiano delle perdite sofferte negli esercizi precedenti che non hanno trovato una copertura alternativa. La funzione economica è, quindi, quella di ricostruire l'entità del capitale netto di funzionamento depauperatosi in seguito al conseguimento di perdite d'esercizio.

Per quanto riguarda la natura contabile, i principi contabili nazionali considerano tali versamenti riserve di capitale, poiché derivanti da apporti diretti dei soci senza vincolo di restituzione. Gli stessi principi contabili, inoltre ritengono scorretto «il comportamento secondo il quale i versamenti in conto perdite effettuati dai soci durante l'esercizio transitano direttamente nel conto economico» (CNDC-CNRC, (B), 2000). «Infatti, il risultato economico negativo deve risultare di-

stintamente e in modo chiaro nel bilancio d'esercizio e soltanto successivamente si provvederà alla sua copertura con i versamenti provenienti dai soci» (Roberto, 2000).

Gli schemi di bilancio previsti per le aziende sanitarie pubbliche nel già citato decreto ministeriale 11 febbraio 2002, appaiono conformi alle considerazioni appena esposte poiché prevedono una specifica voce nell'ambito delle poste del patrimonio netto (voce IV Contributi per ripiano perdite) deputata ad accogliere le erogazioni finanziarie destinate alla copertura delle perdite pregresse. Implicitamente il legislatore riconosce nella regione la qualità di socio che apporta nuovi capitali per evitare che il fondo di dotazione venga intaccato dalle perdite d'esercizio.

Sull'istituzione della voce «Contributi per ripiano perdite», in dottrina è stato osservato che essa generalmente non presenta alcun valore in bilancio in considerazione del fatto che l'attribuzione finanziaria va direttamente ridotta per la copertura delle perdite (Persiani, 1999; Tieghi, 2000). Tuttavia, tale posta contabile risulta estremamente utile per illustrare organicamente nella nota integrativa le variazioni intervenute nelle voci del patrimonio netto. Infatti, in occasione dell'ottenimento di contributi per ripiano perdite emergerà in tale voce una variazione in aumento per l'ammontare attribuito e una riduzione di pari ammontare per la copertura delle perdite degli esercizi precedenti. Per questa via, si ha una chiara evidenziazione della genesi delle parti ideali del patrimonio netto.

Chi scrive è pienamente concorde con le posizioni sopra citate intorno alla funzione economica, la natura contabile e la rappresentazione in bilancio dei contributi per ripiano perdite. Appare, comunque, doveroso illustrare la posizione difforme dello Zan-

grandi che, sulla base di motivazioni pragmatiche e storiche, ravvisa nei contributi per ripiano perdite la natura di ricavi o proventi mediante i quali le regioni integrano le contribuzioni in conto esercizio insufficienti effettuate negli esercizi precedenti. In altri termini i contributi in esame non avrebbero la funzione di garantire l'integrità del capitale netto intaccato dalle perdite degli esercizi precedenti, bensì quella di reintegrare i costi d'esercizio dei precedenti periodi amministrativi che non hanno potuto trovare copertura economica e finanziaria a causa di assegnazioni finanziarie spesso sotto-dimensionate rispetto alle esigenze delle aziende sanitarie (Zangrandi, 1999).

In effetti, come precedentemente sottolineato, le aziende sanitarie pubbliche hanno una vitalità economica riflessa, poiché le condizioni di equilibrio economico, finanziario e patrimoniale vengono conseguite mediante l'intervento delle regioni che simultaneamente rappresentano i portatori del capitale di rischio, del capitale di credito, nonché «fornitori» dei ricavi d'esercizio. Distinguere un'erogazione proveniente dallo stesso soggetto tra contributo per ripiano perdite e ricavo potrebbe diventare un esercizio contabile privo di significato economico se le regioni non riescono a «sviluppare un'attenta politica capace di realizzare un'effettiva responsabilizzazione sui risultati della gestione e in particolare, sull'equilibrio economico finanziario, anche attraverso regole certe che siano in grado di valutare i risultati raggiunti ed, in caso di disequilibrio, individuare regole di riequilibrio e di intervento sull'organizzazione del lavoro e sui processi di produzione e consumo tipici dell'azienda» (Zangrandi, 1999).

8. Riflessioni conclusive

Si è cercato di mettere in luce le alternative di contabilizzazione e rappresentazione in bilancio delle diverse modalità di finanziamento in conto esercizio di cui beneficiano le aziende sanitarie pubbliche, con particolare riferimento ai riflessi sulla significatività del reddito d'esercizio. L'analisi svolta non ha l'ardua pretesa di dare al reddito d'esercizio il ruolo di indicatore unico dell'economicità di un'azienda sanitaria pubblica.

Si è nella consapevolezza, come messo in risalto dal Borgonovi, che «la molteplicità degli elementi che concorrono a determinare l'indicatore di "economicità complessiva dell'azienda" e il fatto che alcuni di tali elementi siano determinati non da autonome scelte dell'azienda e non siano negoziati autonomamente con altri soggetti, ma siano definiti amministrativamente (ossia con atto unilaterale obbligatorio) come nel caso delle tariffe Drg, fa dipendere l'indicatore di economicità e il suo andamento solo in parte dall'efficacia e dall'efficienza della gestione aziendale, quindi può avere maggiore o minore significatività a seconda della natura e della rigidità dei vincoli esterni» (Borgonovi, 2000).

Il prestare attenzione alla correlazione tra componenti negativi e positivi di reddito, pur in presenza di contributi in conto esercizio non assimilabili nella natura ai tipici ricavi delle vendite di un'impresa che opera liberamente nel mercato, nonché al principio della prudenza, agevola, se non altro, nell'individuazione dell'andamento economico delle aziende sanitarie pubbliche con utili confronti su base temporale e spaziale. Quanto questo andamento economico sia imputabile all'azione dei direttori generali, quanto ad una sotto o sovra dimensionata contribuzione in conto

esercizio, quanto alla particolare rigidità che caratterizza i costi d'esercizio delle aziende sanitarie, ovvero quanto dipenda da altre variabili, non può emergere in via immediata dalla lettura del conto economico. Di volta in volta, mediante analisi più approfondite e con l'ausilio di altri strumenti di controllo della gestione, quali la contabilità analitica, i fondamentali indicatori di efficacia ed efficienza, sarà possibile far luce sulle concause che determinano l'andamento economico delle aziende sanitarie.

(1) Sulle condizioni di economicità, con riguardo allo specifico delle aziende sanitarie pubbliche si rimanda, tra gli altri a: Pavan, Gugliotta, Reginato (1997); Olla, Pavan (2000). Per un approfondimento specifico sull'equilibrio economico delle aziende sanitarie, vedere Anselmi (1996).

(2) Di converso, nelle imprese operanti nel libero mercato, la concessione di contributi a fondo perduto, rappresenta una delle varie e possibili fonti di finanziamento a cui le imprese possono accedere, ed è connessa con «misure incentivanti che si legano agli interventi pubblici rivolti a favorire l'economicità delle imprese o per lo meno a tentare di ridurne le sfavorevoli condizioni di vita». Si tratta di agevolazioni indirizzate alla realizzazione di specifici investimenti, a favorire la salvaguardia e la crescita dell'occupazione, a stimolare e integrare l'iniziativa privata in aree svantaggiate ecc., secondo determinate scelte di politica economica (Sica, 1988).

(3) A ulteriore conferma dell'inclusione delle aziende sanitarie pubbliche tra le «imprese a vitalità economica riflessa» è significativo lo stesso esempio fornito dal Ferrero: «si pensi alle imprese pubbliche istituzionalmente condizionate da "prezzi politici" malgrado la cronica situazione di "esercizi in perdita" legata all'insufficiente capacità remunerativa dei ricavi: imprese che possono perdurare soltanto in quanto conglobate nell'ambito dell'economia dello Stato, del Comune o di altri enti pubblici».

(4) «Va tuttavia sottolineato come i modelli affinati in materia di ponderazione della quota capitaria possano generare un rischio "tenuta" dei criteri di assegnazione: le aziende sanitarie tendono infatti a invocare la mancata considerazione di variabili rilevanti o la scarsa attendi-

bilità dei dati utilizzati per la ponderazione, per recriminare più risorse a loro favore». Cantù, Jommi, (2001).

(5) Senza tenere conto, peraltro, dei «possibili effetti distorsivi e comportamenti opportunistici da parte degli erogatori delle prestazioni, quali, ad esempio, il "privilegiare le patologie più remunerative, lasciando scoperte quelle meno vantaggiose"» (Olla, Pavan, 2000). Si segnala, peraltro, la presenza di contributi scientifici proprio nel settore della prevenzione, volti alla individuazione dei prodotti finali tipici di questa attività. In proposito si veda: Saba, Damiani, Zavattaro (1995); Maglione (2001); Contini, Belcari, Nottoli, Pirola (2001).

(6) Cantù e Jommi ricollegano il finanziamento per funzioni alle seguenti circostanze:

«— alla rilevanza della funzione svolta, in alcuni casi sovrazonale o regionale o nazionale (per esempio banca dei tessuti);

— alla necessità di remunerare un data funzione indipendentemente dall'attività svolta (per esempio pronto soccorso);

— alla presenza di tariffe non sufficientemente remunerative, o commisurate al costo di produzione ma non alle externalità positive di tipo sanitario sia di tipo sociale che la funzione produce (per esempio centro trapianti);

— alle scelte strategiche regionali di favorire l'innovazione, lo sviluppo o il consolidamento di specifici progetti, servizi, forme di assistenza» (Cantù, Jommi, 2001).

(7) Il fenomeno della mobilità interaziendale e interregionale è legato alla facoltà concessa al cittadino di rivolgersi alla struttura sanitaria che preferisce, di natura pubblica o privata, ovunque essa sia situata nel territorio nazionale. La mobilità interaziendale si riferisce ai pazienti di una determinata regione che si rivolgono a strutture sanitarie il cui ambito territoriale di riferimento rientra in quello della regione di appartenenza ma differisce da quello della Asl in cui i pazienti risiedono; la mobilità interregionale si verifica quando i pazienti di una data regione beneficiano di servizi sanitari erogati da strutture sanitarie di altre regioni. In riferimento ad una data Asl, si distingue poi tra «mobilità attiva» e «mobilità passiva», riferendosi nel primo caso alle prestazioni di servizi erogati a cittadini residenti in territori diversi da quello in cui opera la Asl in questione, mentre si definisce «mobilità passiva» il caso contrario quando i pazienti di una data Asl si servono di strutture sanitarie ubicate nel territorio di competenza di altre Asl. Pur un'ampia analisi delle problematiche contabili legate alla corretta rappresentazione del fenomeno si veda: Martinelli (2000).

(8) L'istituto dell'accreditamento consiste, per una data struttura sanitaria privata, nell'ottenimento di un'autorizzazione rilasciata dalla regione di appartenenza mediante la quale viene riconosciuta l'idoneità ad allestire servizi sanitari per conto del Servizio sanitario nazionale, e si sostanzia con «la stipula di accordi contrattuali tra Regione-azienda Usl e soggetti accreditati, nell'ambito dei quali si acquisisce il diritto a fornire prestazione a carico del Ssn». Cfr. Brusoni M., Frosini F., *Il sistema di accreditamento istituzionale: analisi delle regioni e prime considerazioni d'insieme*, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, p. 138.

(9) Tale collocazione originariamente proposta con il DM 20 ottobre 1994, è stata confermata anche nel DM 11 febbraio 2002.

BIBLIOGRAFIA

- ANESSI PESSINA E. (1995), «L'introduzione della contabilità economico-patrimoniale nelle aziende pubbliche di servizi sanitari: aspetti di determinazione e interpretazione del risultato di esercizio», in Borgonovi E. (a cura di), *Il controllo della spesa pubblica*, Egea, Milano.
- ANESSI PESSINA E. (2001), «Il sistema di contabilità generale: schemi di bilancio e criteri di valutazione nella normativa regionale», in *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2001*, Egea, Milano.
- ANESSI PESSINA E., BUCCOLIERO L., CANTÙ E., NASI G. (2000), «Il sistema di contabilità generale: normative regionali a confronto», in Anessi Pessina E., Cantù E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- ANSELMI L. (A CURA DI) (1996), *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- BORGONOV E. (A CURA DI) (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- BORGONOV E. (2000), «Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie», in U. Bocchino (a cura di), *Manuale di controllo di gestione*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- BUCELLATO A. (1992), *Il sistema informativo delle aziende pubbliche*, Cedam, Padova.
- CANTÙ E., JOMMI C. (2001), «I sistemi regionali di finanziamento delle Aziende sanitarie: un aggiornamento al 2000 per cinque realtà regionali», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- CANTÙ E., JOMMI C. (2002), «Federalismo fiscale: sistemi di finanziamento in cinque realtà regionali», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano.
- Cassandro P.E. (1966), *Le gestioni erogatrici pubbliche*, Utet, Torino.
- (A) CNDC-CNRC CONSIGLIO NAZIONALE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI-CONSIGLIO NAZIONALE DEI RAGIONIERI COMMERCIALISTI (2000), «Principi contabili», documento n. 28, *Il patrimonio netto*, Giuffrè, Milano.
- (B) CNDC-CNRC CONSIGLIO NAZIONALE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI-CONSIGLIO NAZIONALE DEI RAGIONIERI COMMERCIALISTI (2000), «Principi contabili», serie interpretazioni, documento n. 1, *Classificazione nel conto economico dei costi e ricavi secondo corretti principi contabili*, Giuffrè, Milano.
- CONTINI V., BELCARI G., NOTTOLI G., PIROLA F. (2001), «I prodotti finali della prevenzione: uno strumento per il controllo di gestione del dipartimento», *Mecosan*, 39, pp. 39-62.
- DAMIANI G., SABA A., MOTTA M., ZAVATTARO F. (1995), «L'applicazione della metodologia dei gruppi di attività omogenee nei servizi di igiene pubblica, il caso della Usl n. 4 di Olbia», *Mecosan*, 13, pp. 96-107.
- FERRERO G. (1987), *Impresa e management*, Giuffrè, Milano.
- IAS n. 20 (2001), «Accounting for Government Grants and Disclosure of Government Assistance», *International Financial Reporting Standards*, London.
- JOMMI C. (2000), «I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende sanitarie», in Anessi Pessina E., Cantù E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- JOMMI C., DEL VECCHIO M. (2004), «I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie nel Servizio sanitario nazionale», *Mecosan*, anno XIII, 49, pp. 9-20.
- LONGO F. (A CURA DI) (1999), *Asl, distretto, medico di base. Logiche e strumenti manageriali*, Egea, Milano.
- MAGLIONE T. (2001), «Una ipotesi per la definizione dei prodotti del dipartimento di prevenzione della Asl Bn 1 in Campania», *Mecosan*, 37, pp. 119-129.
- MARTINELLI M. (2000), *La contabilità e il bilancio nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- MELIS G. (2001), ELEMENTI DI ECONOMIA AZIENDALE, Giuffrè, Milano.
- MELIS G., PARDOCCHI C. (1996), «Il concorso dei contributi pubblici al reddito d'esercizio ed al capitale di funzionamento», *Annali della Facoltà di economia*, volume XII, Università degli Studi di Cagliari, Franco Angeli, Milano.
- MURA A. (2003), «Osservazioni sulla contabilizzazione dei contributi in conto capitale nelle aziende sanitarie pubbliche», *Annali della Facoltà di economia*, volume XIX, Università degli Studi di Cagliari, Franco Angeli, Milano.
- OLLA G., PAVAN A. (2000), *Il management nell'azienda sanitaria*, II edizione, Giuffrè, Milano.
- PAVAN A., GUGLIOTTA A., REGINATO E. (1997), «Nuovi strumenti di amministrazione nelle aziende pubbliche», *Annali della Facoltà di Economia dell'Università di Cagliari*, vol. XIII, Franco Angeli, Milano.
- PERSIANI P. (1999), *L'introduzione della contabilità economica e il nuovo sistema di bilancio nell'azienda sanitaria*, Cedam, Padova.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (1995), «Linee di guida per il bilancio delle Aziende sanitarie», *Bollettino d'informazione*, numero speciale, Roma.
- REA M.A. (1998), *Le aziende sanitarie pubbliche. Profilo economico-aziendale, modello contabile e problematiche di bilancio*, Giappichelli, Torino.
- ROBERTO G. (1996), «La macroclasse dei ratei e dei risconti nel nuovo bilancio di esercizio», *Annali della Facoltà di economia*, volume XII, Università degli Studi di Cagliari, Franco Angeli, Milano.
- ROBERTO G. (2000), *Le riserve nel bilancio d'esercizio*, Giappichelli, Torino.
- SANTESSO E., SOSTERO U. (1999), «La sterilizzazione degli ammortamenti: alcune riflessioni critiche», *Mecosan*, 30, Sez. 1.
- TIEGHI M. (2000), *Il bilancio di esercizio delle aziende sanitarie pubbliche: uno schema di analisi*, Clueb, Bologna.
- VICHI M.C. (2000), «La misurazione dei risultati in sanità», in Casati G. (a cura di), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Mc Graw-Hill, Milano.
- ZANGRANDI A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche. Aspetti di gestione, organizzazione e misurazioni economiche*, Giuffrè, Milano.
- ZUCCARDI MERLI M. (1996), «Il sistema informativo contabile per la determinazione dell'equilibrio economico», in Anselmi L. (a cura di), *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore, Milano.

Documenti e commenti

Sezione 2^a

La rivista trimestrale di saggi e ricerche,
documenti e commenti,
per il governo manageriale della sanità

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

È L'ORA DEL RINNOVO

**CAMPAGNA PROMOZIONALE «PREZZO BLOCCATO» E «3 AL PREZZO DI 2»
VALIDA FINO AL 31 GENNAIO 2005**

**CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE A N. 3 ABBONAMENTI
PER IL COSTO COMPLESSIVO DI € 452,00 ANZICHÉ € 750,00**

Programma abbonamento 2005

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

- Vi prego voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano, n. 3 abbonamenti a

MECOSAN
Management ed economia sanitaria
diretta da Luigi D'Elia ed Elio Borgonovi

con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco).

- 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

FIRMA E TIMBRO

Partita IVA

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

L'ordine a prezzo ridotto è valido soltanto se accompagnato dal pagamento entro il 31 gennaio 2005.

La presente offerta non è valida per gli ordini che pervengano tramite libreria e non è cumulabile con altre campagne promozionali in corso.

L'ADOZIONE DI NOTE DI PRESCRIVIBILITÀ PER I TEST DI LABORATORIO PUÒ ESSERE UNO STRUMENTO DI MIGLIORE APPROPRIATEZZA?

Alessandro Camerotto¹, Stefania De Toni¹, Francesco Carmignoto¹, Adriano Marcolongo²

¹ Dipartimento di Patologia Clinica, Azienda ULSS n. 18, Rovigo - Servizio di Medicina di Laboratorio, Ospedale S. Luca di Trecenta

² Direttore Generale Azienda ULSS n. 18, Rovigo

SOMMARIO: 1. L'inappropriatezza: alcuni esempi - 2. Strumenti per il raggiungimento di una maggiore appropriatezza - 3. La proposta - 4. I vantaggi - 5. Conclusioni.

1. L'inappropriatezza: alcuni esempi

Il tema dell'appropriatezza in medicina appare sempre più un problema di grande interesse per il Servizio sanitario nazionale e si inserisce a pieno titolo all'interno del dibattito aperto sul come migliorare il complesso modello sanitario equilibrando la necessità di tutelare lo stato di salute dell'individuo e l'utilizzo delle risorse disponibili (Marini, 2004).

L'argomento per le evidenti ricadute in ambito economico, ha travalicato l'ambito strettamente medico e ha ripercussioni importanti sul mondo politico, sulla società civile e sul *welfare*.

La medicina di laboratorio è particolarmente coinvolta considerando che, come accertato dal governo inglese (Lock, 2004; Select Committee on Health, 2002, § 141), il 70% delle diagnosi mediche dipende da esami di laboratorio, pur essendo destinato al laboratorio solo il 3-6% del *budget* complessivo della spesa sanitaria.

Il giudizio di appropriatezza di una procedura non è facile, anche per la necessità di condivisione da parte della comunità scientifica sui criteri a fronte dei quali un *test* può ritenersi appropriato in relazione ad una specifica situazione clinica. È indubbio che in alcuni settori si è raggiunta una ra-

gionevole certezza ed una buona condivisione su ciò che può portare beneficio e sui servizi effettivamente centrati sui bisogni clinici dei pazienti.

Una stima complessiva dell'inappropriatezza nell'ambito degli esami di laboratorio è stata ottenuta negli Stati Uniti (Van Walraven, Naylor, 1998) esaminando 44 articoli scientifici di cui 34 con criteri espliciti di appropriatezza. I dati presenti in questi articoli evidenziano valori medi di inappropriatezza intorno al 40% rispetto agli esami totali con punte in alcuni casi, ad esempio nei marcatori del miocardio, del 96%. Altre esperienze arrivano a risultati simili (Rogic, Cvoriscec, Stavljenic-Rukavina, 2002) così come gli studi su *test* specifici quali ad esempio sugli anticorpi anti citoplasma dei neutrofili (ANCA) (Sinclair, Saas, Stevens, 2004) o su *test* microbiologici di grande utilizzo quali le urinocolture (Currie, Mitz, Raasch, Greenbaum, 2003) o su *test* rari come i così detti *test* esoterici (Weiss, 2003; Pradella, 2004).

La nostra diretta esperienza, confrontata alla luce dei dati statunitensi, non induce a migliore ottimismo. Già nel 1994 avevamo esaminato le richieste per *test* coagulativi relative a 400 pazienti inviate al laboratorio dai gi-

necologi e medici di famiglia per screening e monitoraggio della terapia estro-progestinica orale — pillola anticoncezionale — (CO) che, com'è noto, espone ad un maggiore rischio cardiovascolare (Camerotto *et al.*, 1994). Avevamo inoltre intervistato telefonicamente i medici richiedenti chiedendo quali esami di coagulazione ritenessero utili prescrivere alla pazienti che intendono assumere CO, e quali ritenessero necessari per il monitoraggio. Dall'analisi delle richieste e dalle risposte dei medici erano scaturite tre considerazioni:

- non esistevano protocolli comuni tra medici di famiglia e ginecologi;
- non esisteva una chiara distinzione tra esami di coagulazione di *screening* e di monitoraggio;
- accanto a *test* per rischio trombotico venivano paradossalmente richiesti esami per rischio emorragico.

Per valutare appieno i risultati bisogna considerare che l'indagine sopra descritta verteva sulla terapia estro-progestinica in uso dagli anni '60 e valutava *test antichi*, come il tempo di protrombina (PT) descritto da Quick nel 1935 ed il tempo di tromboplastina parziale (PTT) descritto da Bell e Alton (1954), e non esami di recente introduzione per i quali una qualche dif-

ficoltà nel loro corretto utilizzo avrebbe potuto essere ancora presente e giustificata.

A titolo di esempio, come indicatori di scarsa appropriatezza, abbiamo valutato, nell'anno 2002, il numero di dosaggi di fibrinogeno e di fT3 degli utenti ricoverati ed ambulatoriali ed il numero di determinazioni di D Dimeri effettuati ad utenti ambulatoriali presso la nostra Azienda sanitaria.

Questi 3 *test*, per considerazioni tecniche, fisiopatologiche ed epidemiologiche (prevalenza della patologia), dovrebbero avere una scarsissima o nessuna richiesta.

L'esempio più evidente è il caso del D Dimeri richiesto per utenti esterni.

Poiché nella nostra realtà meno del 5% dei *test* di laboratorio sono effettuati da strutture private, possiamo ragionevolmente ritenere che i *test* effettuati dal laboratorio rappresentino il numero totale di *test* eseguiti per i 170.348 residenti nella nostra Azienda socio sanitaria al 1° gennaio 2003.

Questo ci ha permesso una proiezione, se pur approssimativa, dei dati a livello nazionale (57 milioni di abitanti) per comprendere l'entità del fenomeno.

Il numero di dosaggi per fibrinogeno della nostra azienda è stato di 35.368. La proiezione a livello nazionale è di 11.834.456 *test*.

Il numero di dosaggi di D Dimeri di utenti ambulatoriali è stato di 470 con una proiezione di 157.266 *test*.

Il numero di dosaggi per fT3 è stato di 14.400 con una proiezione di 4.818.371.

Si comprenderà, nonostante i possibili errori di proiezione, che il numero di *test* non appropriati è nell'ordine dei milioni.

Volendo quantizzare a livello economico, se pur approssimativamente, utilizzando il Tariffario regionale Veneto, si arriva a costi di € 31.361.308 per il fibrinogeno, di € 62.638.823

per l'fT3 e di € 133.676 per il D Dimeri.

È evidente che a questi costi bisognerebbe sottrarre la percentuale di richieste in cui questi *test* erano effettivamente necessari, percentuale che in ogni caso, come abbiamo già sottolineato, dovrebbe essere poco significativa. Estremamente più complessa è invece la valutazione dei costi sanitari relativi alla mancata effettuazione di un *test* che avrebbe invece dovuto essere richiesto in rapporto alla situazione clinica del paziente.

I tre esempi riportati e le evidenze in letteratura ci permettono di comprendere come i costi complessivi dell'inappropriatezza siano altamente significativi nonostante l'incidenza del costo della diagnostica di laboratorio in Italia sul totale della spesa sia *solo* del 3,7% (fonte EDMA).

2. Strumenti per il raggiungimento di una maggiore appropriatezza

Gli strumenti per raggiungere l'obiettivo dell'appropriatezza o, più ragionevolmente, per raggiungere un *accettabile* livello di appropriatezza, possono essere fondamentalmente di due tipi:

1) aumento della cultura medica nell'ambito della *Evidence Based Medicine* (EBM), in modo che il professionista prescriva con appropriatezza seppure nel rispetto della libera decisione;

2) normative cogenti che indirizzino il Medico verso comportamenti stabiliti dalle leggi.

Nell'ambito della prescrizione farmaceutica in Italia, così come in altri paesi europei quali la Francia (*Referances Medicales Opposables*: RMO), entrambe le vie sono state percorse. Accanto ad un'intensa opera di informazione e formazione medica — come ad esempio la recente pubblicazione di *Clinical Evidence* promossa

dal Ministero della salute (Ministero della salute, Direzione generale della valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza, 2003) — sono state introdotte specifiche normative relative alla rimborsabilità del farmaco.

Le *note* sono state introdotte dalla Commissione unica del farmaco (CUF) nel 1994 con la stesura del nuovo prontuario e la riclassificazione del farmaco in fasce. In particolare, la gratuità di alcuni farmaci di classe A è stata vincolata alla adozione di una nota e alla sua sottoscrizione da parte del medico al momento della prescrizione.

Se in un primo momento l'obiettivo è stato quello di contenere la spesa farmaceutica, con il tempo l'evoluzione nei contenuti e nelle finalità delle note ha configurato l'obiettivo principale nello sforzo di razionalizzare la prescrizione, introducendo il principio che ogni problema terapeutico va risolto con gli strumenti dimostratisi più efficaci.

A 10 anni dalla loro introduzione il Ministero della salute (www.ministerosalute.it/medicinali/notecuf/cuf.jsp), conferma l'opportunità e l'efficacia di uno strumento come le note, pur ribadendo la necessità di non abbandonare la implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici accurati.

2.1. Norme cogenti: la legislazione italiana

Nell'ambito delle normative cogenti, il tema dell'appropriatezza è presente nei D.L.vi 502/92 e 229/99. Il D.M. 6 marzo 1995 e successivi aggiornamenti — a sua volta aggiornamento del D.M. 14 aprile 1984 «Protocollo di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità responsabile» — stabilisce quali *test* sono esonerati dalla partecipazione alla spesa in rapporto al periodo gestazionale.

Il D.L.vo n. 124 del 29 aprile 1998 e il D.M. n. 329 del 28 maggio 1999 e successivi aggiornamenti individuano le malattie croniche ed i *test* per cui non è prevista una partecipazione alla spesa. Con la definizione di quali prestazioni non sono soggette a partecipazione alla spesa si è in effetti cercata una migliore appropriatezza in relazione alla gravidanza o nei casi di specifiche patologie.

Infine, l'art. 35 della legge n. 449 del 27 dicembre 1997 ha cercato di limitare genericamente la domanda di esami di laboratorio ponendo un tetto per ricetta di massimo 8 prestazioni della medesima branca.

Fin qui la normativa in essere attualmente in vigore.

Un indirizzo presente nell'art. 57 della legge finanziaria 2002 (G.U. n. 305 del 31 dicembre 2002) *potrebbe* trovare delle implicazioni nell'ambito dell'appropriatezza. Il condizionale è d'obbligo in quanto il testo recita testualmente: «Presso il Ministero della salute è istituita la Commissione unica sui dispositivi medici (CUD) con il compito di definire ed aggiornare il repertorio dei dispositivi medici, di classificare i prodotti in classi e sottoclassi specifiche con indicazione del prezzo di riferimento».

Dalla formulazione del testo non risulta del tutto palese l'intento del legislatore e non è specificato se per «dispositivo diagnostico» il Redattore intendesse *anche* il *test* di laboratorio o l'obiettivo fosse limitato ad una valutazione delle tecnologie sanitarie.

In ogni caso, non ci risulta né che la CUD sia stata costituita, né che siano stati individuati precisi protocolli diagnostici per i medici prescrittori.

2.2. Strumenti non cogenti

Le fonti di informazione usate dai medici per l'aggiornamento scientifico e per un orientamento decisionale

basato sull'evidenza scientifica sono numerose: trattati «Evidence Based», rassegne sistematiche, riassunti delle revisioni sistematiche tascabili, Internet, giornali medici, trattati, attività formativa come corsi e convegni, promozioni di aziende di diagnostici, personale di aziende diagnostiche, mass media, informazioni e rapporti con i colleghi.

Tuttavia anche il medico più coscienzioso, che dedica tempo ed energie all'aggiornamento e alla formazione continua può trovarsi in difficoltà nella scelta degli esami di laboratorio più appropriati.

Le evidenze personali, i valori di inappropriatazza sopra ricordati (Van Walraven, Naylor, 1998; Rogic, Cvorisec, Stavljenic-Rukavina, 2002; Sinclair, Saas, Stevens, 2004; Currie *et al.*, 2003; Weiss, 2003; Pradella, 2004) e importanti studi sistematici sull'utilizzo delle linee guida (Grimshaw, Russell, 1993; Oxman *et al.*, 1995; Solomon *et al.*, 1998; Cabana *et al.*, 1999), portano a concludere che gli approcci fin qui seguiti non hanno condotto ai risultati sperati e non hanno modificato sostanzialmente il modo di agire dei medici.

In particolare, come evidenzia Richard Smith, direttore del *British Medical Journal* (1996), le linee guida hanno dimostrato solo una parziale efficacia.

I motivi, potrebbero essere così riassunti:

1) le linee guida non sono conosciute da una parte della classe medica per difficoltà di disseminazione o inadeguatezza degli strumenti per promuoverle;

2) sono conosciute ma non applicate o applicate solo parzialmente. Ciò potrebbe essere dovuto:

a) al convincimento che esse rivestono un carattere generale non sempre applicabile al singolo paziente;

b) ad una progressiva deriva nel tempo delle conoscenze scientifiche e dei contenuti pratici con il ritorno a consuetudini e comportamenti stereotipati (ad esempio l'abbinamento automatico di PT & aPTT, AST & ALT, o T3&T4&TSH etc.);

c) ad una forma di rivendicazione di autonomia o di vivacità intellettuale o al timore di perdere l'autonomia decisionale;

d) alla percezione che la spinta al cambiamento sia dettata quasi esclusivamente da ragioni economiche e non dalla qualità dell'assistenza.

Anche la nostra esperienza diretta va nella stessa direzione: nel dicembre 2002 abbiamo distribuito ai medici della nostra Azienda una linea guida sull'uso dei *test* per lo *screening* delle patologie tiroidee che escludeva l'uso del fT3 come primo *step* diagnostico. Il documento era stato redatto e condiviso da una commissione formata da medici ospedalieri e medici di famiglia.

A distanza di un anno si è riscontrata una diminuzione dell'fT3 pari solo al 8.3%. Il risultato non è incoraggiante anche considerando la vicinanza temporale tra la distribuzione e la teorica conoscenza del documento ed il successivo comportamento dei medici.

Altri approcci per una maggiore appropriatezza, adottati fin dagli anni '60, sono stati l'utilizzo di protocolli o profili di ingresso per i quali il dibattito sulla loro reale utilità è ancora aperto (Cappelletti, 2000; Cepul, Beck, 1987).

Altri indirizzi più recenti come l'utilizzo di *reflex testing* (cioè un percorso diagnostico guidato da algoritmi precostituiti) o di *reflective testing* (percorsi diagnostici basati su un ragionamento complesso da parte di un medico di laboratorio), o meccanismi di filtro della richiesta da parte di operatori esperti hanno il loro punto debo-

le nella difficoltà di capillare disseminazione, e nella necessità di condivisione e collaborazione del medico richiedente che non sempre è disponibile a *delegare* nel processo diagnostico (Pradella, 2004).

L'utilizzo di sistemi esperti al letto del paziente per mezzo di *personal computer* con possibilità di applicazione istantanea di aspetti complessi quali ad esempio il teorema di Bayes sono sicuramente auspicabili (Dorizzi, 2004), e teoricamente inoppugnabili ma ancora difficilmente applicabili nella pratica quotidiana.

3. La proposta

L'idea alla base della proposta che viene qui formulata è di introdurre una modalità di informazione sui *test* di laboratorio che risulti:

- omogenea per tutto il territorio nazionale,
- utile nella pratica quotidiana,
- scientificamente validata,
- di immediata consultazione,
- idonea per assumere decisioni.

Il fondamentale obiettivo di migliorare appropriatezza, ed è questa la proposta che offriamo al dibattito, potrebbe essere raggiunto attraverso informazioni che circoscrivano la prescrivibilità.

Gli esami potrebbero rientrare nelle seguenti categorie:

1) *test* di utilità non dimostrata nel singolo individuo al fine di assumere o modificare decisioni in ambito diagnostico, prognostico, di monitoraggio e farmacologico;

2) *test* in cui, rispetto ad altri esami, è dimostrata ridondanza e/o minor efficacia in determinate condizioni cliniche (per ridondanza si intende l'incapacità del *test* di fornire ulteriori informazioni);

3) *test* la cui indicazione è altamente specifica per una determinata patologia;

4) *test* di II livello o di approfondimento;

5) *test* la cui prescrizione è limitata a pazienti ricoverati e/o del Pronto soccorso.

Saranno ora descritti alcuni esempi concreti di *test* ai quali applicare informazioni — attraverso opportune note — con gli obiettivi ed i criteri sopra enunciati. Lo scopo non è quello di affrontare tutte le problematiche cliniche e fisiopatologiche che sono lasciate alla competenza delle società scientifiche e degli specialisti riconosciuti. Si tratta di una proposta di un modello metodologico che va nella direzione di quanto già adottato per le prescrizioni farmaceutiche.

Le note devono essere elaborate sulla base dei criteri della *Evidence Based Medicine* (Bollero, 2001), e articolati rispetto alle seguenti categorie logiche.

1. *Test di utilità non dimostrata, nel singolo individuo, al fine di assumere o modificare decisioni in ambito diagnostico, prognostico, di monitoraggio e farmacologico.*

Esempi di *test* che potrebbero ricadere in questa categoria sono:

1) il fibrinogeno cui dovrebbe essere associata la nota «non prescrivibile per la valutazione del rischio cardiovascolare»;

2) il D Dimero cui dovrebbe essere associata la nota «prescrivibile solo per l'esclusione della trombosi venosa profonda e dell'embolia polmonare»;

3) la proteina C reattiva cui dovrebbe essere associata la nota «non prescrivibile per la valutazione del rischio cardiovascolare»;

4) gli antigeni associati al tumore cui dovrebbe essere associata la nota «non prescrivibile per la diagnosi iniziale di neoplasia».

2. *Test in cui, rispetto ad altri esami, è dimostrata la ridondanza e/o mi-*

nor efficacia in determinate condizioni cliniche.

Esempi di questa tipologia di *test* sono gli esami per la diagnosi o il monitoraggio dell'infiammazione, per cui esami come il fibrinogeno, l'a1 antitripsina, l'aptoglobina e l'a1 glicoproteina acida dovrebbero riportare la nota «non prescrivibile per la diagnosi e il monitoraggio dell'infiammazione».

3. *Test la cui prescrizione è altamente specifica per una determinata patologia.*

Esempi di *test* che ricadono nella categoria sono l'aptoglobina (specifico per anemia emolitica) o l'a1 antitripsina (sospetto di carenza congenita in relazione a rare patologie, quali ad esempio patologie epatiche e l'enfisma polmonare giovanile).

4. *Test di II livello o di approfondimento.*

Esempi di *test* inclusi nella categoria sono l'FT3 che non dovrebbe essere prescrivibile nello *screening* delle tireopatie (i *test* utili nella fattispecie sono o il solo TSH o l'associazione TSH e FT4) o gli autoanticorpi anti-antigeni nucleari specifici (ENA) che dovrebbero essere prescrivibili solo in caso di positività della determinazione degli autoanticorpi anti-nucleo (ANA), o in caso di negatività degli stessi, in presenza di un consistente sospetto clinico di malattia autoimmune sistemica (MAIS).

5. *Test la cui prescrizione è, in relazione al tipo di patologia, limitata a pazienti ricoverati e/o del Pronto soccorso.*

In questa categoria potrebbero rientrare *test* quali:

1) la troponina;

2) la mioglobina (che dovrebbe risultare prescrivibile in ambito extraospedaliero solo per miopatia);

3) il D Dimero (che dovrebbe essere prescrivibile solo in ambito ospedaliero e, per quanto già segnalato, re-

lativamente all'esclusione della trombosi venosa profonda e dell'embolia polmonare);

4) il fibrinogeno (che dovrebbe essere prescrivibile solo in ambito ospedaliero e, per quanto già segnalato, escludendo l'utilizzo per la valutazione del rischio cardiovascolare e per diagnosi e monitoraggio dell'infiammazione, il fibrinogeno trova quindi indicazioni solo per patologie rare quali le distibrinogenemie, le ipofibrinogenemie e la CID acuta).

La nota del fibrinogeno è un buon esempio di come si sia potuto arrivare ad una sua esaustività, cioè ad una completa valutazione di tutte le possibilità e problematiche relative, con un percorso a tappe progressive che evidenziano da una parte lo sforzo di contemplare tutte le variabili alla prescrizione e, dall'altra, permettono di valutare il «livello» a cui è più opportuno limitare la nota. Ovviamente i limiti di prescrivibilità potrebbero essere gradualmente adottati per numerosi esami, come ad esempio l'elettroforesi delle siero proteine, i *test* della coagulazione, i *test* di *screening* del metabolismo lipidico e glucidico, l'equilibrio elettrolitico, i *test* di *screening* e di approfondimento delle anemie o delle leucocitosi.

4. I vantaggi

Noi riteniamo che l'adozione di informazioni che limitino la prescrivibilità per i *test* di laboratorio offra indubbi vantaggi per tutti gli attori coinvolti: il medico curante che prescrive e valuta i risultati, i Servizi di medicina di laboratorio che effettuano i *test*, il Ssn che mette a disposizione le risorse ed il paziente/utente per il quale questi attori prestano la loro opera.

Vantaggi per i medici curanti:

— La nota è un'informazione che orienta il clinico verso i *test* più efficaci. Rappresenta uno strumento di

orientamento nell'enorme e incontrollabile offerta, talora fuorviante o frutto di tendenze scientifiche non ancora sufficientemente validate.

— Permette una applicazione rapida e non diseguale delle conoscenze: è noto che passano molti anni prima che le nuove conoscenze portate da trial randomizzati controllati siano incorporate, peraltro con molta variabilità applicativa, nella pratica corrente (Balas, Boren, 2000).

— Consente un rapporto con il paziente svincolato da pressioni prescrittive.

— È uno stimolo culturale per arricchire le proprie conoscenze.

— La nota può essere considerata a tutti gli effetti una linea guida con tutti i vantaggi conseguenti all'applicazione della stessa. L'adozione di linee guida conduce ad una riduzione di comportamenti riconducibili a quella che è stata chiamata la «Medicina difensiva» cioè l'effettuazione di prestazioni sanitarie e nella fattispecie di esami di laboratorio aggiuntivi, oppure a ripetizioni non giustificate — pur sapendole superflue — al fine di evitare l'accusa di *non aver fatto tutto il possibile*.

Vantaggi per il paziente/utente:

— Garanzie di una prescrizione adeguata e appropriata alle loro necessità cliniche: il paziente/utente è spesso considerato un cliente del Ssn. Questa definizione non è propriamente calzante in quanto il paziente/utente, possedendo scarse conoscenze in ambito medico, non è effettivamente libero nella scelta: se lo è in qualche modo nella scelta del medico o della struttura nella quale farsi curare, non lo è certamente nella prescrizione diagnostica. La presenza della nota, in questo contesto, offre una sorta di protezione al paziente/utente nei confronti di una prescrizione non appropriata.

— Alla fine questo si traduce in garanzie per la propria salute, in quanto

un *test* prescritto in modo non appropriato probabilmente comporta, da parte del curante, azioni o non azioni inefficaci. Inoltre *test* specifici ed appropriati riducono la probabilità di falsi positivi e i relativi disagi e preoccupazioni che questa evenienza comporta (Koivumaa-Honkanen *et al.*, 2000).

— Minori costi sostenuti per *ticket*.

Vantaggi per i laboratori:

— Migliore utilizzo delle risorse, orientandole verso tecnologie di comprovata utilità.

Vantaggi per il Ssn:

— Minori costi per diminuzione di *test* prescritti in modo inappropriato per inadeguata conoscenza, per difesa o su pressione del paziente.

— Minori costi per *test* ripetuti e prestazioni sanitarie aggiuntive conseguenti a risultati falsi positivi: la probabilità che un soggetto sano venga classificato al di fuori degli intervalli di riferimento cresce in maniera esponenziale con il numero di analisi richieste, ed innesca un meccanismo a cascata, la così detta sindrome di Ulisse che, oltre a comportare apprensione nel paziente, costringe alla ripetizione del *test* e/o all'effettuazione di esami di approfondimento che spesso risultano estremamente costosi (Rang, 1972).

— Minori costi complessivi dei laboratori (reattivi, tecnologie e risorse umane) e/o uso più razionale delle risorse.

5. Conclusioni

Non sembrano esserci dubbi che il Ssn debba assumere a proprio carico la spesa, anche per i *test* diagnostici, solo quando vi sia evidenza della utilità clinica per il singolo paziente e la possibilità per il medico di assumere o modificare decisioni a fronte del risultato. In caso di incertezze pertanto il Ssn non dovrebbe assumersene il carico. In presenza di risorse limitate, la

scarsa o mancata appropriatezza può comportare, infatti, come diretta conseguenza, la riduzione di risorse anche per prestazioni utili. Ed è questo, in ultima analisi, il costo che non possiamo permetterci.

Gli strumenti per raggiungere la massima appropriatezza (linee guida, protocolli, i tradizionali percorsi formativi, ecc.) hanno dimostrato una efficacia quanto meno parziale. La proposta di specifiche *note*, che configurino per gli esami di laboratorio una impostazione simile alle note CUF per il farmaco, è il tentativo di fornire un ulteriore strumento da sperimentare. Forse non sarà possibile affrontare in tempi rapidi il problema per tutti i *test* a disposizione del medico curante, nei quali le note potrebbero essere utili ed efficaci. Gli esempi forniti nel lavoro cercano di configurare un metodo di concreta realizzazione.

Appare comunque possibile trovare consenso e concreta applicabilità per un ridotto numero di *test* e prevedere ad un successivo ampliamento nel corso di tempi pianificati. Dovrà naturalmente essere prevista una revisione delle note in presenza di nuove e significative evidenze scientifiche.

In una prima fase questo metodo potrebbe essere applicato ai medici e pediatri di famiglia, già abituati all'utilizzo delle note CUF e, successivamente, all'ambito ospedaliero.

È questa una soluzione a nostro avviso praticabile con costi relativamente modesti e ampiamente giustificati, con benefici per tutti i soggetti coinvolti: i pazienti, i medici ed il Servizio sanitario nazionale.

BIBLIOGRAFIA

- BALAS E.A., BOREN S.A. (2000), *Managing clinical knowledge for health care improvements. Yearbook of medical informatics*, National Library of Medicine, Bethesda.
- BELL W.N., ALTON H.G. (1954), «A brain extract as a substitute for platelet suspensions in the thromboplastin generation test», *Nature*, 74, pp. 880-1.
- BOLLERO E. (2001), «Il programma nazionale per le linee-guida», *Riv Med Lab*, 2(S1), pp. 31.
- CABANA M.D., RAND C.S., POWE N.R. ET AL. (1999), «Why don't physicians' follow clinical practice guidelines?», *Jama*, 282, pp. 1458-65.
- CAMEROTTO A., FABBRI F., GIROTTI M.A., DE TOFFOLI A. (1994), «Contracezione estrogenica», *Federazione Medica*, settembre, pp. 16-18.
- CAPPELLETTI P. (2000), «Lo screening d'ingresso a Pordenone: 30 anni di esperienza e il progetto "appropriatezza" dell'Azienda ospedaliera», *Riv Med Lab*, vol. 1, 2, pp. 73-85.
- CEPUL R.D., BECK J.R. (1987), «Biochemical profiles. Application in ambulatori screening and preadmission testing of adults», *Ann Intern Med*, 106, pp. 403-13.
- CURRIE M.L., MITZ L., RAASCH C.S., GREENBAUM L.A. (2003), «Follow-up urine cultures and fever in children with urinary tract infection», *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157, pp. 1237-40.
- DORIZZI R.M. (2004), «Appropriatezza diagnostica: gli strumenti per misurare», *Riv Med Lab*, vol. 5, 2, pp. 74-85.
- GRIMSHAW J., RUSSELL I. (1993), «Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluation», *Lancet*, 342, pp. 1317-22.
- KOIVUMAA-HONKANEN H., HONKANEN R. ET AL. (2000), «Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults», *Am J Epidemiol*, 152, pp. 983-91.
- LOCK R.J. (2004), «Rational requesting or rationing testing?», *J Clin Pathol*, 57, pp. 121-2.
- MARINI M.G. (2004), «Economia e salute: un equilibrio possibile», *Med Lab*, vol. 5, 2, pp. 64-5.
- MINISTERO DELLA SALUTE - DIREZIONE GENERALE DELLA VALUTAZIONE DEI MEDICINALI E DELLA FARMACOVIGILANZA (2003), *Clinical Evidence*, Zadig Editore Milano.
- PRADELLA M. (2004), «Appropriatezza diagnostica: una competenza medica», *Riv Med Lab*, vol. 5, 2, pp. 86-91.
- OXMAN A.D., THOMSON M.A., DAVIS D.A. ET AL. (1995), «No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice», *Can Med Assoc J*, 153, pp. 1423-31.
- RANG M. (1972), «The Ulysses syndrome», *Can Med Assoc J*, 160, pp. 122-3.
- ROGIC D., CVORISCEC D., STAVLJENIC-RUKAVINA A. (2002), «Rational utilization of laboratory diagnosis», *Lijec Vjesn*, 124, pp. 161-4.
- SELECT COMMITTEE ON HEALTH (2002), «First Report», www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm200102/cmselect/cmhealth/308/30802.htm.
- SINCLAIR D., SAAS M., STEVENS J. (2004), «The effect of a symptom related «gating policy» on ANCA requests in routine clinical practice», *J. Clin Pathol*, 57, pp. 131-4.
- SMITH R. (1996), «What clinical information do doctor need?», *BMJ*, 313, pp. 1062-8.
- SOLOMON D.H., HASHIMOTO D., DALTRY L. ET AL. (1998), «Technique to improve physicians' use of diagnostic test. A new conceptual framework», *Jama*, 280, pp. 2020-7.
- VAN WALRAVEN C., NAYLOR C.D. (1998), «Do we know what inappropriate laboratory utilization is? A systematic review of laboratory clinical audits», *Jama*, 280, pp. 550-8.
- WEISS R.L. (2003), «Effectively managing your reference laboratory relationship», *Clin Leadersh Manag Rev*, 17, pp. 325-7.
- www.ministerosalute.it/medicinali/notecuf/cuf.jsp.

Esperienze innovative

Sezione 3^a

È L'ORA DEL RINNOVO

OGGETTO: Rinnovo dell'abbonamento a **MECOSAN + MECOSAN CLICK**.

Egregio lettore,

MECOSAN, rivista di management ed economia sanitaria, è un laboratorio privilegiato per l'approfondimento delle nuove teorie alla base della managerialità che sta oggi guidando il modo di fare azienda in sanità.

Rivista trimestrale, edita sotto gli auspici del Ministero della salute, è un osservatorio attento su quanto di nuovo emerge nell'organizzazione e nella gestione del sistema sanitario ed è per questo uno strumento indispensabile per chi vuole gestire aziendalmente le strutture sanitarie.

In più, *MECOSAN* si è dotata del supporto informatico **MECOSAN click**, la copia esatta della rivista in CD-rom, in formato PDF, che Le permetterà una pratica consultazione della rivista anche sul Suo PC, con tutti i vantaggi che da ciò derivano.

Tali ragioni L'hanno convinta ad essere già abbonato a *MECOSAN* o La convinceranno a diventarlo sottoscrivendo subito l'abbonamento per il 2005 a *MECOSAN* per sé e per i suoi collaboratori.

Farlo subito, utilizzando la cedola sottostante, Le risulterà notevolmente vantaggioso e non interromperà l'invio dei fascicoli.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE



Roma, dicembre 2004.

**CAMPAGNA PROMOZIONALE
VALIDA FINO AL 31 GENNAIO 2005**

**MECOSAN + MECOSAN CLICK
A PREZZO BLOCCATO**

Programma abbonamento 2005

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

Spett. **SIPIS** s.r.l., Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it

● Vi prego di voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano:

- n. abbonamenti a **MECOSAN cartaceo** al prezzo di € 226,00 anziché € 250,00;
- n. abbonamenti a **MECOSAN cartaceo + MECOSAN click** al prezzo complessivo di € 342,00 anziché € 380,00;
- n. abbonamenti a **MECOSAN click** al prezzo di € 347,00 anziché € 391,00 (per chi non intenda abbonarsi alla versione cartacea 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

..... li

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

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

L'ordine a prezzo ridotto è valido soltanto se accompagnato dal pagamento entro il 31 gennaio 2005.

La presente offerta non è valida per gli ordini che pervengano tramite libreria e non è cumulabile con altre campagne promozionali in corso.

NUOVE FORME DI GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI DEI COMUNI: LA SPERIMENTAZIONE DELLE SOCIETÀ DELLA SALUTE IN TOSCANA

Katiuscia Garifo

Economia delle Aziende e delle Amministrazioni pubbliche, Dipartimento di scienze aziendali della Facoltà di Economia di Firenze

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Finalità della sperimentazione e funzioni della Società della Salute - 3. L'assetto istituzionale e organizzativo - 4. Il finanziamento - 5. La Contabilità e il processo di programmazione e controllo - 6. Considerazioni conclusive.

1. Introduzione

L'attuale fisionomia dei servizi sociali (1) comunali è frutto di due distinti processi di evoluzione normativa.

Il primo è relativo al tema dell'integrazione tra sociale e sanità ed ha come ultima tappa la L. n. 328/2000 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» (2).

Il secondo processo riguarda la ripartizione delle competenze tra enti e livelli diversi di governo, in applicazione dei principi di sussidiarietà e decentramento. Non essendo mai stata messa in discussione la titolarità comunale (3) della funzione di gestione dei servizi sociali, la L. n. 59/97 ed il D.L.vo n. 112/98 hanno ricostruito un ruolo di programmazione e coordinamento per i livelli di amministrazione sovraordinati al Comune.

Così, per effetto del D.L.vo n. 112/98 e della L. n. 328/2000, l'attuale riparto delle competenze amministrative in materia di servizi sociali prevede lo svolgimento di funzioni diverse da parte di Stato, Regioni e Comuni. Allo Stato competono i poteri di indirizzo, coordinamento e regolazione dei servizi sociali e la determinazione dei principi e degli obiettivi del-

la politica sociale. Le Regioni esercitano funzioni di programmazione e coordinamento degli interventi sociali e di verifica della loro concreta attuazione a livello territoriale. Esse disciplinano altresì l'integrazione degli interventi con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria. I Comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti i servizi sociali e concorrono alla programmazione regionale (4).

In particolare, i servizi sociali comunali possono essere considerati servizi pubblici locali poiché l'art. 112 del Tuel stabilisce che per servizi pubblici locali si debbano intendere quei servizi «che abbiano per oggetto la produzione di beni ed attività rivolte a realizzare fini sociali e a promuovere lo sviluppo economico e civile delle comunità locali». L'inclusione dei servizi sociali tra i servizi pubblici locali è avvalorata anche dalla decisione della Sezione V del Consiglio di Stato n. 2024 del 17 aprile 2003, la quale stabilisce che per servizio pubblico locale debba intendersi qualsiasi attività di produzione di beni e servizi in funzione di un'utilità per la comunità locale, non solo in termini economici, ma anche a fini di promozione sociale.

Dall'interpretazione dei servizi sociali quali servizi pubblici locali scaturiscono le innovazioni conseguenti alla riforma realizzata dalla L. n. 448/2001 e dalla L. n. 326/2003. Nell'assetto dei servizi pubblici delineato da queste norme, i servizi sociali si qualificano come «servizi privi di rilevanza economica» (5) e devono quindi essere gestiti nelle forme previste dall'art. 113 *bis* del Tuel (6).

La recente sentenza della Corte Costituzionale n. 272 del 27 luglio 2004 ha però dichiarato l'illegittimità costituzionale del predetto articolo 113 *bis* ritenendolo lesivo della competenza legislativa regionale — derivante dalle recenti riforme costituzionali — e dell'autonomia locale (7). Pertanto fino all'intervento del legislatore regionale i Comuni potranno scegliere le modalità di gestione dei servizi privi di rilevanza economica in base alle normative di settore — se presenti — e alle proprie disposizioni statutarie e regolamentari.

In tale contesto di cambiamento delle formule gestionali e dei soggetti (8) dei servizi sociali e di positiva tensione verso l'integrazione tra sociale e sanità si pone, con alcune incertezze, la sperimentazione toscana delle Società della Salute (SdS).

L'analisi delle SdS, che la Toscana presenta quale nuova forma di azienda sociale e quale soggetto della razionalizzazione e dell'integrazione del sistema dei servizi socio-sanitari, ci è sembrata particolarmente interessante.

Il nostro studio si svolge nella fase iniziale della sperimentazione: ne consegue una limitazione della quantità di dati e di fatti analizzabili. Tuttavia, questo limite è anche una potenzialità poiché ci consente di condividere con gli operatori alcune riflessioni, che speriamo utili.

2. Finalità della sperimentazione e funzioni delle Società della Salute

L'art. 3 *septies* del D.L. vo n. 502/92 ha impegnato le Regioni a disciplinare criteri e modalità di integrazione delle prestazioni sociosanitarie di competenza di Comuni ed Asl. La Regione Toscana con la L. reg. n. 22/2000 (9) ha individuato il «distretto» quale luogo di realizzazione di tale integrazione (10). I distretti, intesi come comune livello organizzativo di base del sistema sanitario e di quello socio-assistenziale, seppur molto discussi e ampiamente regolamentati dalla normativa, sono stati però scarsamente realizzati per effetto di fenomeni di resistenza culturale — conseguenti ai bisogni di affermazione e di difesa della propria identità culturale e del proprio ruolo sociale di Comune e Asl — e di meccanismi connessi alla crescente specializzazione professionale.

Nel tentativo di individuare una via più efficace per l'integrazione, il Psr (11) e il PIsr (12) 2002-2004 della Regione Toscana hanno previsto, tra le loro strategie di maggior rilievo, la sperimentazione di nuovi organismi detti Società della Salute. Queste rappresentano un nuovo soggetto pubblico, costituito in forma di consorzio tra Comuni e Asl, quale sperimentazione

biennale volontaria da parte degli enti. Alle SdS è affidato l'esercizio delle funzioni di programmazione, indirizzo, governo e successiva gestione dei servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e sanitari extraospedalieri a livello delle attuali, ma scarsamente compiute, zone-distretto (13).

Il rafforzamento degli elementi di integrazione nell'erogazione, ma anche nell'organizzazione dei servizi sociali e sanitari, è sicuramente l'obiettivo principale della sperimentazione. Tale scelta è in linea di principio condivisibile per due ordini di motivi. Anzitutto l'integrazione sottende una concezione antropocentrica che è contenuta anche nei principi fondamentali della prima parte della Costituzione. Inoltre, l'impossibilità di tracciare una linea di demarcazione netta tra aspetti sanitari e demografico-sociali di una popolazione e tra tipologie di prestazioni che rispondono a bisogni complessi — per i quali è difficile e poco utile comprendere la prevalenza dell'aspetto sociale o di quello sanitario (14) — rende opportune sia la programmazione che l'erogazione integrata dei servizi sociali e sanitari. Tuttavia dobbiamo osservare che, nel perseguire l'integrazione socio-sanitaria per mezzo della creazione delle SdS, si finisce per perdere l'integrazione attualmente esistente tra servizi sanitari territoriali e assistenza ospedaliera e tra le diverse tipologie di prestazioni sociali dei Comuni (15). Inoltre la difficoltà di distinguere tra bisogni sociali e sanitari spinge — più che a nuove forme di distinzione delle competenze e dei soggetti erogatori — verso il superamento dei confini organizzativi dei soggetti erogatori e il perfezionamento di relazioni di collaborazione e cooperazione (Macinati, 2004, p. 250). La sperimentazione toscana, proponendo invece una soluzione intra-istituzionale di «gerarchia», si colloca in controtendenza.

Oltre al rilancio della cultura dell'integrazione tra sistema sociale e sistema sanitario, la creazione delle SdS si pone come ulteriori obiettivi-strumentali al conseguimento dell'economicità del sistema socio-sanitario regionale, il controllo dell'impiego delle risorse e la promozione dell'appropriatezza dei consumi.

Le strategie definite nel Psr e nel PIsr 2002-2004 — miglioramento dello stato di salute e benessere della collettività regionale, aumento della soddisfazione e della partecipazione del cittadino/utente, incremento dell'efficienza e della sostenibilità del sistema — rappresentano anche le finalità strategiche delle SdS.

Queste devono essere perseguite, secondo il legislatore regionale, attraverso:

— la garanzia dell'universalismo e dell'equità delle prestazioni, senza alcuna selezione per livelli di rischio, caratteristiche socio-economiche o demografiche e capacità contributiva dell'utenza;

— il coinvolgimento diretto delle comunità locali nei compiti di indirizzo, programmazione e governo dei servizi territoriali;

— la valorizzazione delle energie positive presenti nella società civile ed in particolare nell'imprenditorialità *no profit* (volontariato e terzo settore);

— l'integrazione tra prestazioni sociali e sanitarie e tra tutela dell'ambiente e della salute;

— un'adeguata programmazione pubblica, in linea con la positiva esperienza compiuta per le cure ad alta intensità a livello di aree vaste (16).

Le funzioni affidate alle SdS possono esser sintetizzate in tre macro-categorie:

1) programmazione e governo dell'offerta dei servizi sociali e territoriali di competenza di Asl e Comuni nella zona-distretto;

2) programmazione e governo della domanda complessivamente espressa nel territorio di riferimento;

3) gestione diretta degli eventuali servizi affidati alla SdS da Asl e Comuni.

All'interno di ciascuna delle macro-categorie, gli atti regionali ed i progetti delle singole sperimentazioni collocano numerose funzioni. Senza entrare nel dettaglio riteniamo utile evidenziare quelle più significative e/o innovative:

— nell'ambito del governo dell'offerta, la definizione di un sistema di valutazione della qualità, della compatibilità e della convenienza (intesa come rapporto costo/efficacia) delle prestazioni sociali e sanitarie erogate da soggetti pubblici e privati;

— nell'ambito del governo della domanda, la regolazione dell'appropriatezza delle prescrizioni (a mezzo di specifici accordi con i medici di famiglia) e la contrattazione dei livelli di prestazioni (ricoveri e prestazioni specialistiche) che i presidi ospedalieri di riferimento devono garantire.

Al fine di coordinare l'attività socio-sanitaria con le politiche ambientali, urbanistiche, edilizie, culturali e sportive le SdS sono inoltre chiamate a promuovere appositi accordi di programma con enti e istituzioni locali.

Le finalità e le funzioni sopra descritte devono essere concretamente tradotte in obiettivi gestionali negli strumenti di programmazione delle SdS ed in particolare nel Piano integrato di salute (Pis) e nella Relazione annuale sullo stato di salute.

Un apposito atto di indirizzo regionale (17) ha definito le concrete modalità di realizzazione della sperimentazione. Essa dovrà svilupparsi con gradualità, riguardando prima le funzioni di governo dell'offerta del sistema sociale e sanitario e di orientamento della domanda e solo successivamente le funzioni di gestione diretta di servizi

ed attività. Per effetto di una prescrizione vincolante posta dal Consiglio regionale (con parere adottato nella seduta dell'11 marzo 2004) le SdS, durante la sperimentazione iniziale, non potranno assumere la gestione dei servizi.

L'atto di indirizzo ha inoltre stabilito che ogni fase della sperimentazione debba essere attentamente monitorata, al fine di apportare le eventuali modifiche necessarie fino alla possibile cessazione della sperimentazione stessa (18). Tuttavia a tal proposito si rileva che non sono stati all'attualità definiti i parametri di tale controllo. Questo, unito al fatto che le SdS non svolgeranno attività gestionale, rende indeterminato il contenuto concreto del controllo regionale sulla sperimentazione. Una politica pubblica difficilmente riesce a produrre effetti misurabili nel breve termine di due anni: ne consegue che il controllo potrà al massimo riguardare solo la bontà delle relazioni e dei rapporti istaurati tra Asl e Comuni nello svolgimento della funzione programmatica. Questo controllo autoreferenziale e centrato sugli aspetti dell'architettura strutturale non dà nessuna garanzia però sulla realizzazione delle finalità strategiche delle SdS. Ne consegue un rinvio nel tempo del controllo sostanziale che lascia presagire l'intenzione del legislatore regionale di prevedere ulteriori e successive fasi della sperimentazione. Probabilmente già questa prima fase di esperienza sarebbe stata più proficua se la Regione avesse autorizzato anche l'assunzione della gestione dei servizi nelle aree che avevano manifestato tale intenzione nei loro progetti. Ciò avrebbe consentito di affrontare da subito il problema della configurazione definitiva del sistema e del ruolo che nel nuovo contesto dovranno assumere Asl, aziende ospedaliere, aree vaste e direzioni sociali comunali: un ruolo che attualmente appare definibi-

le solo in modo residuale a quello delle SdS.

È evidente che quante più funzioni venissero affidate alle SdS, tanto più significativa — e al contempo difficile — sarebbe la sperimentazione. Attribuendo alle SdS solo compiti di programmazione e controllo della domanda e dell'offerta si rischia di rimandare nel tempo la risoluzione dei problemi operativi, di connotare le SdS più come ulteriore livello politico-burocratico che come aziende sociali autonome e soprattutto di fallire l'obiettivo dell'integrazione sostanziale.

Gli esiti delle singole sperimentazioni (19) saranno influenzati dai contenuti dei progetti e delle convenzioni stipulate dagli enti delle singole zone-distretto ma anche dalle precedenti relazioni tra gli enti consorziati. Così per i Comuni che avevano ritirato alle Asl le proprie deleghe per i servizi sociali — e magari avevano dato vita a proprie autonome aziende sociali in una delle forme consentite dall'art. 113 *bis* del Tuel — le difficoltà operative saranno maggiori.

Superata la fase iniziale ruolo e funzioni effettive delle SdS delle singole zone-distretto potranno risultare diverse a seconda delle scelte fatte dai soci. A tal proposito possiamo osservare come sia nel progetto dell'Area Pratese (20) che in quello del Comune di Firenze (21) e dell'Asl 10 gli ambiti di competenza della SdS sono stati definiti nei limiti più ampi consentiti dagli atti regionali, fino a comprendere tutte le funzioni di programmazione, governo e gestione dei servizi sociali e sanitari. Anche nel caso del distretto integrato di Pisa le competenze affidate alle SdS appaiono ampie, probabilmente in conseguenza del fatto che all'Asl erano già state assegnate dai Comuni tutte le deleghe sociali.

Merita infine sottolineare che con le SdS la Toscana realizza, per la prima

volta, la zonizzazione prevista dal D.P.R. n. 616/77 sia per i servizi sociali che per la sanità e fino ad ora realizzata solo per i servizi sanitari con la delimitazione delle aree territoriali delle Asl. Il tema della zonizzazione è di estremo interesse in quanto direttamente riconducibile a quello della definizione di ambiti territoriali ottimali e bacini di utenza adeguati. Senza arrivare a sostenere, come alcuni Autori (Breda, Micucci, Santanera, 2001), la necessità di definire per i servizi sociali ambiti di gestione sovracomunali, osserviamo che i Comuni più piccoli hanno spesso forze e risorse insufficienti a garantire le loro funzioni in ambito sociale. Pertanto le SdS attraverso la programmazione e la gestione associata dei servizi potranno favorire il raggiungimento di più elevati livelli di efficacia ed economicità.

I punti di forza della sperimentazione toscana delle SdS appaiono numerosi: essi sono però direttamente riconducibili più alle finalità della sperimentazione stessa piuttosto che a concrete opportunità create dalla normativa regionale. Tra i più importanti si segnalano:

— passaggio dalla cultura della sanità e del sociale a quella della salute e dalle politiche di offerta dei servizi a quelle di orientamento della domanda;

— realizzazione di un modello organizzativo territoriale che consenta di leggere meglio i bisogni degli utenti e restituisca ai Comuni un ruolo nella tutela della salute dei cittadini;

— governo unitario delle risposte ai bisogni sociali e sanitari e attivazione di percorsi assistenziali integrati a partire dai bisogni degli utenti e non dalle competenze degli enti;

— valorizzazione e coinvolgimento nelle politiche pubbliche del volontariato e del terzo settore;

— controllo dell'impiego delle risorse e dell'adeguatezza delle prestazioni attraverso il governo della do-

manda e la promozione dell'appropriatezza dei consumi;

— individuazione di bacini di utenza adeguati a garantire efficacia ed economicità.

Occorrerà però vedere quanto questi «buoni principi» saranno tradotti in «buone pratiche» concrete. Oltre a questo generale rischio che l'azione non sappia concretizzare l'intenzione, nella proposta toscana si rilevano alcune debolezze, dietro cui si celano i rischi di:

— allungamento dei tempi e burocratizzazione delle fasi di decisione a seguito della creazione di un ulteriore livello decisionale politico;

— crescita delle difficoltà operative delle Asl che si troveranno coinvolte in più di una SdS;

— «sanitarizzazione» dei servizi sociali per effetto della maggior forza delle Asl — soggetto unitario e caratterizzato dalla presenza di famiglie professionali forti, coese e relativamente chiuse — soprattutto nelle zone-distretto con Comuni capofila di medio-piccole dimensioni;

— eccessiva enfasi sugli aspetti di tutela ambientale e sociale, e quindi «socializzazione della sanità» nei distretti caratterizzati dalla presenza di un Comune di grandi dimensioni;

— perdita dell'integrazione attualmente esistente tra servizi territoriali e assistenza ospedaliera e tra le varie tipologie di servizi sociali comunali, in nome della ricerca dell'integrazione socio-sanitaria;

— «scarico» sulla finanza regionale sanitaria del costo delle funzioni che i Comuni non sono in grado di garantire.

Tra i punti di debolezza della sperimentazione è inoltre da segnalare la scarsa attenzione dedicata al rapporto con le ex IPAB, trasformate dal D.L.vo 207/2001 in Aziende pubbliche dei servizi alla persona e chiamate, dall'art. 22 della L. n. 328/2000, a

partecipare alla programmazione socio-assistenziale a livello regionale e locale.

3. Assetto istituzionale e organizzativo

L'atto di indirizzo regionale stabilisce che le Società della Salute siano istituite in forma di consorzio pubblico — ai sensi degli artt. 30, 31 e dell'ora incostituzionale art. 113 *bis* (22) del Tuel 267/2000 — tra l'Asl ed i Comuni della zona-distretto. La presenza delle Asl garantisce l'unitarietà del sistema sanitario, quella dei Comuni assicura la rappresentanza delle comunità locali e l'integrazione tra settore sociale e sanitario. Nei casi in cui la gestione dei servizi sociali comunali sia già esercitata in forma associata, anche il soggetto gestore può aderire alla SdS. La Provincia, pur non partecipando alla costituzione del consorzio, è coinvolta nelle decisioni relative alle materie di propria competenza.

È opportuno sottolineare che nel Psr 2002-2004 era stata inizialmente prevista la costituzione delle SdS in forma di Società miste, sottoposte al regime delle società senza fine di lucro. Tale forma — ammissibile già prima dell'entrata in vigore del nuovo diritto societario — avrebbe consentito un funzionamento più tipicizzato e «snello» delle SdS, per il venir meno dei vincoli posti dalla natura pubblicistica (ad esempio in riferimento alle procedure di acquisto di beni e servizi). Pertanto non è escluso che, superata la fase sperimentale, si possa ritornare alla forma societaria. Questo dipenderà dalle scelte legislative regionali compiute, non solo sulle SdS, ma più in generale sulle forme di gestione dei servizi pubblici privi di rilevanza economica.

Ai fini della costituzione della SdS gli enti che intendono aderire alla sperimentazione approvano una Conven-

zione ed uno Statuto. La Convenzione determina con esattezza le competenze affidate alla SdS, le modalità di nomina degli organi, gli atti fondamentali del nuovo soggetto ed i reciproci impegni finanziari dei soci. Lo Statuto contiene le norme sull'organizzazione e sul funzionamento della SdS e gli ulteriori elementi prescritti dall'atto di indirizzo regionale. Convenzione e statuto disciplinano anche le modalità di definizione delle quote di partecipazione dei singoli soci alle risorse della SdS ed i loro rapporti ai fini dell'assunzione delle decisioni. Il trasferimento concreto delle funzioni dagli enti alla SdS avverrà con la stipula del Contratto di servizio.

Sono organi della SdS: la Giunta (o Organo di governo), il Presidente, il Direttore ed il Collegio dei revisori dei conti.

La Giunta è composta dai Sindaci o dagli Assessori delegati dei Comuni aderenti e dal Direttore generale dell'Asl competente, senza possibilità di delega a soggetti diversi (23). La Giunta nomina al proprio interno un Presidente — scelto obbligatoriamente tra i rappresentanti dei Comuni — le cui competenze sono disciplinate dai singoli statuti.

Al fine di evitare duplicazioni e sovrapposizioni di competenze la Giunta assume, in materia di servizi socio-sanitari territoriali, le funzioni dell'articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci, che conseguentemente mantiene solo la funzione relativa alla programmazione ospedaliera. Le principali funzioni della Giunta sono le seguenti:

— approvazione dei documenti principali della SdS (bilanci, contratto di servizio, Pis e relativi *budget*, relazione annuale, regolamenti interni e convenzioni);

— nomina del Collegio dei revisori dei conti e del Direttore;

— definizione dei criteri per la rilevazione ed il controllo della domanda di farmaci e di prestazioni assistenziali di base;

— approvazione degli standard di qualità e di rapporto costo/efficacia dei servizi.

Il riparto delle competenze tra Giunta e Direttore fa esplicito riferimento alla normativa in vigore per gli enti locali, ed in particolare alla differenziazione tra attribuzioni degli organi politici e competenze dirigenziali (24). La figura del Direttore della SdS presenta molte analogie sia con il Direttore generale degli enti locali che con quello delle Asl. Il Direttore della SdS è titolare delle funzioni direzionali attribuite dalle normative vigenti al responsabile di zona-distretto e ai dirigenti comunali competenti in materia. Egli predispone il Pis, lo schema di relazione annuale e degli altri atti di competenza della Giunta ed assume tutti i provvedimenti di gestione della SdS. Il Direttore nello svolgimento dei propri compiti è coadiuvato da uno *staff* di direzione che assicura il collegamento tra le strutture del consorzio e quelle interessate degli enti di riferimento ed il coordinamento con le strategie concertate in area vasta.

L'assetto degli organi proposto per la SdS appare semplificato rispetto a quello individuato dall'art. 31 del Tuel per i consorzi: nella Giunta sono concentrate le funzioni di indirizzo e controllo normalmente attribuite all'Assemblea e quelle di gestione per atti generali del Consiglio di Amministrazione. Al di là della denominazione degli organi, appaiono rilevanti le analogie con la struttura dell'Azienda speciale ex art. 114 Tuel.

La volontà di garantire la più ampia partecipazione delle associazioni ed istituzioni operanti sul territorio si concretizza con la previsione, nell'ambito dell'assetto istituzionale ed organizzativo delle SdS, di due organi

consultivi: la Consulta del Terzo Settore ed il Comitato di partecipazione permanente. La Consulta, composta dai rappresentanti di tutte le organizzazioni presenti sul territorio, partecipa alla definizione del Pis. Il Comitato, i cui membri sono invece nominati dalla Giunta tra i rappresentanti dell'utenza e delle associazioni di tutela ed *advocacy*, esprime parere obbligatorio preventivo sul Pis e sulla Relazione annuale, vigila sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate e redige un proprio rapporto annuale sulla effettiva attuazione del Pis e sullo stato dei servizi locali.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata al disegno delle concrete strutture organizzative delle SdS. Gli atti regionali si limitano a definire l'assetto istituzionale e le competenze di base degli organi che abbiamo sopra descritto, lasciando ai progetti di sperimentazione la costruzione degli organigrammi delle singole SdS. Il modello di divisione e specializzazione del lavoro, assunto per la strutturazione degli organi tecnici, influenza il concreto modo di operare dell'azienda: le sue logiche di fondo devono quindi essere coerenti con la *mission* della azienda stessa. Pertanto, poiché la finalità principale della SdS è l'integrazione socio-sanitaria, dovranno essere privilegiati modelli e logiche organizzative che favoriscano l'integrazione dei processi erogativi. Appare così poco opportuna l'adozione di schemi organizzativi di tipo funzionale: la specializzazione per funzioni potrebbe infatti favorire il mantenimento delle unità organizzative già esistenti in Asl e Comuni. Le strutture dipartimentali potrebbero viceversa portare ad una duplicazione delle risorse dedicate alle funzioni di supporto o ad una proliferazione degli *staff* specialistici che costituirebbe un ulteriore elemento di complessità della SdS. Più opportuna appare l'adozione di una

struttura matriciale basata sulle principali tipologie di processi svolti dalla SdS. A livello di singolo processo è infatti più facile realizzare l'integrazione delle attività e del lavoro di operatori professionalmente omogenei. Inoltre la creazione di strutture di supporto uniche evita la duplicazione di risorse e favorisce l'osmosi, anche culturale, tra gli operatori.

La definizione della struttura diverrà cruciale dopo il passaggio alla SdS delle competenze gestionali. Tuttavia sarebbe opportuno che gli operatori approfittassero della fase sperimentale per definire le future scelte organizzative su organi, allocazione delle funzioni e strutturazione dei processi. Una seria e completa analisi dei processi potrebbe essere molto utile anche per la definizione della strumentazione contabile sia relativa alla contabilità generale (piano dei conti) che alla contabilità analitica (piano dei fattori produttivi e dei centri di costo).

La SdS, nella fase sperimentale, utilizza personale proveniente dalla Asl e dai Comuni che, posto in regime di comando, mantiene il proprio contratto di appartenenza. Tuttavia la SdS può attivare, previa contrattazione con le organizzazioni sindacali, strumenti ed istituti idonei ad avvicinare il trattamento economico e normativo del personale comunale e sanitario. Tale iniziativa appare auspicabile poiché i diversi trattamenti giuridico ed economico previsti dai CCNL del Comparto sanità e da quelli del Comparto regioni ed autonomie locali e, soprattutto, i loro riflessi su atteggiamenti e motivazione degli operatori rappresentano un'ulteriore difficoltà operativa.

4. Il finanziamento

Gli aspetti economici e finanziari della sperimentazione sono di fondamentale importanza, tanto che il Psr 2002-2004 individua espressamente il

«controllo e [la] certezza dei costi» e il «maggiore controllo della spesa» tra gli obiettivi delle SdS.

Questi sono perseguiti — oltre che con la razionalizzazione dell'offerta, l'orientamento della domanda e la promozione dell'appropriatezza dei consumi — per mezzo del governo unitario delle risorse necessarie alla gestione dei servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e sanitari extraospedalieri. A tal fine gli enti associati trasferiscono alla SdS le risorse che nei loro bilanci sono dedicate a tali servizi.

Le SdS pertanto vivono ed operano fondamentalmente di finanza derivata. La loro principale fonte di finanziamento è costituita dalle risorse trasferite dai soci secondo le modalità e gli importi definiti nella Convenzione e nello Statuto. L'entità delle risorse trasferite rappresenta la quota di partecipazione dei singoli soci al consorzio. Tale quota non è però necessariamente uguale al peso dei singoli soci nell'assunzione delle decisioni della Giunta: infatti nei progetti esaminati si rileva che l'Asl, nonostante sia il maggiore finanziatore delle SdS, ha un peso decisionale praticamente pari a quello dei Comuni. Questo rappresenta un elemento di disequilibrio dell'assetto di governo che può provocare tensione tra i soci e spostare l'asse prioritario degli interventi verso le funzioni sociali. Anche la scelta della finanza derivata desta qualche perplessità poiché collide con le riforme del sistema di finanziamento pubblico e, più in generale, con l'attuale processo di responsabilizzazione sul procacciamento e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. Essa si giustifica solo in relazione alla fase sperimentale e alle connesse esigenze, in caso di fallimento dell'esperienza, di ripristino della situazione pre-esistente. Inoltre la scelta di una finanza derivata rischia di non garantire alle SdS quella autonomia che

è condizione imprescindibile per il conseguimento dell'economicità da parte di ogni azienda.

L'Asl finanzia la SdS con la parte della *quota capitaria* (25) corrispondente ai servizi affidati alla gestione consortile con il contratto di servizio. In altre parole l'Asl «trasferisce» alla SdS parte delle risorse che le sono state «trasferite» con il riparto del Fsr. L'ulteriore trasferimento consente di realizzare la separazione finanziaria tra Asl e SdS. Questa separazione è essenziale per garantire la certezza economica del bilancio regionale relativo alla sanità e per consentire, in caso di scioglimento della SdS, il ripristino delle precedenti responsabilità gestionali degli enti associati.

I Comuni conferiscono i fondi corrispondenti alle funzioni ed ai servizi sociali che intendono esercitare attraverso la SdS. La loro quota di partecipazione è definita in misura proporzionale alla spesa sociale risultante dall'ultimo consuntivo approvato. Ne consegue che i trasferimenti dei singoli Comuni dipendono dalle scelte compiute relativamente a:

— quanti e quali servizi oltre a quelli di integrazione socio-sanitaria sono affidati alla gestione consortile (ad esempio: emergenza alloggiativa);

— quale livello di assistenza e tutela sociale si intende garantire sul proprio territorio (il livello minimo stabilito dalle normative e dal piano sociale nazionale e regionale o uno superiore).

Le risorse che i Comuni trasferiranno alle SdS provengono per la maggior parte da fondi comunali, ma ci sono anche risorse che derivano da trasferimenti di altri enti pubblici (per esempio, i fondi statali per gli invalidi civili) (26). Quindi come nel caso dei fondi Asl si renderanno necessarie operazioni di «ri-trasferimento» che, se gestite male, possono comportare

aggravi dei tempi e difficoltà operative.

Un'ulteriore quota di finanziamento per supportare i costi iniziali di funzionamento della SdS è assicurata dalla Regione a valere sul Fondo speciale — previsto dal paragrafo 3.3.2.3 del Psr — del Fsr. La SdS potrà anche acquisire finanziamenti da eventuali sponsor privati purché non si producano conflitti di interesse.

La SdS, nello svolgimento delle sue funzioni di governo e programmazione, ha infine a riferimento un *budget virtuale* — che deve trovare riscontro negli accordi con l'Asl — corrispondente al costo delle prestazioni di ricovero ospedaliero fruito dalla popolazione della zona-distretto. Le relative risorse non vengono trasferite alla SdS ma essa ne può programmare l'utilizzo. Gli eventuali risparmi programmati nella gestione del *budget* dei servizi ospedalieri incrementano le risorse disponibili per i servizi sanitari territoriali; viceversa i maggiori costi programmati — che comunque devono essere contenuti entro i massimi fissati dal Psr — devono trovare copertura nelle risorse destinate ai servizi sanitari territoriali.

Le entrate della SdS sono pertanto costituite da:

- trasferimenti degli enti consorziati, per le funzioni e i servizi attribuiti alla SdS, al netto delle funzioni e dei servizi rimasti di competenza degli enti consorziati;
- eventuali contributi degli enti consorziati, dello Stato, della regione e di altri enti;
- rendite patrimoniali;
- accensione di prestiti;
- prestazioni a nome e per conto di terzi;
- quote di partecipazione degli utenti;
- altri proventi o erogazioni disposti a qualsiasi titolo a favore della società della salute.

Il sistema di finanziamento ora descritto si riferisce alla situazione «a regime» e cioè a quando le SdS assumeranno la gestione dei servizi e quindi la loro piena operatività. Nella fase di sperimentazione esse devono limitarsi alle funzioni di programmazione e governo del sistema socio-sanitario e pertanto riceveranno dagli enti associati solo i trasferimenti necessari a coprire i costi di funzionamento degli organi consortili e della sede. Relativamente alla gestione dei servizi la responsabilità della SdS in questa fase si esprime nella definizione del *budget di zona* — *budget virtuale* costituito da risorse precisamente identificate nei bilanci degli enti ed oggetto di una contabilizzazione distinta — e nelle procedure di negoziazione che costituiscono vincolo ai *budget* delle diverse strutture. La responsabilità contabile rimane in capo agli enti così come la responsabilità degli eventuali «sforamenti» del *budget*. Il *budget virtuale di zona* è definito inizialmente sulla base della spesa storica, ma la Regione ha posto l'obiettivo di arrivare ad un finanziamento dei servizi sociali e sanitari territoriali basato sull'applicazione alla popolazione di parametri capitari e decurtato del valore delle prestazioni godute presso strutture ubicate in altre zone-distretto.

Si va quindi verso un modello di finanziamento a quota capitaria, già applicato alle Asl, che suscita alcune perplessità. Anzitutto una previsione di spesa basata sulla dimensione demografica — anche se rettificata in base ad altri fattori — non sempre riesce a tener conto delle specificità delle comunità. Inoltre, il meccanismo della quota capitaria rischia di vincolare le scelte di politica sociale dei Comuni a criteri deterministici, che collidono con la loro autonomia politica e finanziaria. La situazione potrebbe essere ancora più critica qualora i singoli Comuni mantenessero la gestione diretta

dei servizi sociali non territoriali: la spesa per i servizi territoriali sarebbe decisa in modo deterministico e quella per gli altri servizi sarebbe rimessa alla volontà degli organi politici, con l'ulteriore rischio della tendenza a far gravare sulla finanza sanitaria il costo delle funzioni sociali delegate alla SdS. Un'ulteriore debolezza del sistema di finanziamento descritto è rappresentato dal fatto che al sistema non affluiscono — se non marginalmente — risorse nuove e ulteriori rispetto a quelle dei singoli soci: l'economicità viene così rimessa solo al conseguimento di una maggiore efficienza interna. La programmazione e la gestione integrata però difficilmente riusciranno a garantire risorse sufficienti a far fronte a fabbisogni crescenti ed a crescenti difficoltà finanziarie, soprattutto dei Comuni. Infine la previsione di ricondurre alla responsabilità dei singoli soci gli eventuali sforamenti di *budget* rischia di ridividere ciò che si voleva integrare e di mantenere le difficoltà sul riparto della spesa. La sperimentazione deve essere occasione per riflettere anche su tali aspetti.

È facile ipotizzare che le SdS, oltre ai trasferimenti corrispondenti alla dotazione finanziaria corrente, dovranno ricevere dai soci anche un'apposita dotazione patrimoniale. La documentazione regionale e locale è al riguardo piuttosto scarna e si limita a prevedere che il patrimonio della SdS debba essere costituito da:

- beni mobili e immobili derivanti da acquisti, permuta, donazioni e lasciti;
- attività finanziarie immobilizzate;
- crediti, debiti, titoli ed altri rapporti giuridici attivi e passivi suscettibili di valutazione economica.

Il consorzio viene inoltre individuato quale consegnatario dei beni — di proprietà degli enti soci o di altri enti — di cui ha normale uso.

Le modalità di costituzione del capitale di dotazione e dell'eventuale cessione di elementi patrimoniali da parte dei soci sono state evidentemente rinviate ad atti successivi quali il Regolamento di contabilità.

5. La Contabilità e il processo di programmazione e controllo

Gli atti regionali — e conformemente a questi gli statuti e le convenzioni delle singole sperimentazioni — stabiliscono che alla gestione finanziaria, economica e patrimoniale, nonché al regime fiscale, delle SdS si applicano le norme previste per le Aziende speciali (27). Le disposizioni normative generali saranno poi dettagliate ed integrate dal regolamento di contabilità delle singole aziende.

Sebbene gli atti regionali non affrontino l'aspetto strettamente contabile della sperimentazione, dal richiamo espresso alle Aziende speciali — e da quello implicito alle Asl — consegue che le SdS dovranno adottare un sistema di contabilità economico-patrimoniale.

Nella fasi successive della sperimentazione dovrà semmai essere chiarito se si tratterà di un sistema di contabilità economico-patrimoniale puro — che appare anche il più plausibile in analogia ad Asl e Aziende speciali — o di un sistema di contabilità parallela economica e finanziaria.

Relativamente alla scelta del sistema contabile, vogliamo osservare che la nascita dell'azienda è il momento migliore per valutare le diverse alternative. La scelta del sistema contabile non è infatti solo una questione tecnico-operativa: essa produce conseguenze importanti sull'autonomia dell'azienda ed in particolare sul rapporto tra *management* e proprietà (28). La contabilità economico-patrimoniale supporta meglio i livelli parziali di disavanzo corrente, contabilizza gli am-

mortamenti necessari alla manutenzione del patrimonio e registra le spese di investimento in ragione del loro consumo annuo. Essa pertanto favorisce una maggiore autonomia gestionale dell'azienda nei confronti della proprietà. La contabilità finanziaria, tradizionalmente più vicina alla logica della Pubblica amministrazione, enfatizza gli aspetti autorizzatori, favorisce la gestione burocratica e in generale limita l'autonomia del *management*. La contabilità parallela pur raccogliendo alcuni dei pregi delle altre alternative comporta una duplicazione delle rilevazioni.

Con questo non intendiamo prediligere a priori un tipo o l'altro di contabilità, né tanto meno sostenere che il livello di autonomia aziendale dipende dal sistema contabile prescelto. Siamo semmai convinti che l'autonomia è direttamente connessa al livello di economicità conseguito dall'azienda. La logica contabile adottata però, favorendo o meno la misurazione di tale economicità, è «foriera di importanti conseguenze che non sono neutre sul piano gestionale» (Longo, 2000, p. 61). Inoltre lo sforzo derivante dall'implementazione di un certo sistema contabile deve essere proporzionale ai benefici che si possono trarre dal suo utilizzo.

Per questo riteniamo che la scelta tra contabilità finanziaria, contabilità economico-patrimoniale o eventuale contabilità parallela debba essere fatta alla luce delle funzioni affidate alla SdS. Se dovessero rimanere preponderanti — come nella fase sperimentale — le funzioni di programmazione e controllo degli interventi, la scelta più opportuna potrebbe essere quella della contabilità finanziaria. Essa per la sua semplicità si presta infatti maggiormente alla rendicontazione nei confronti delle collettività amministrate. Viceversa se le SdS acquisiranno rilevanti funzioni gestionali di produzio-

ne ed erogazione dei servizi sociali e sanitari, sarà più opportuna l'adozione di un sistema di contabilità economico-patrimoniale. Da tale scelta potrebbe conseguire addirittura un nuovo impulso all'introduzione della contabilità economica anche nei Comuni. La contabilità parallela potrebbe infine essere adottata nella logica del passaggio graduale verso sistemi di contabilità economica pura.

La peculiarità delle funzioni svolte dalle SdS ed il coinvolgimento di numerosi soggetti — istituzionali e non — rendono particolarmente complesso il processo di programmazione e controllo di queste aziende. Le singole fasi del processo sono scandite dall'adozione dei seguenti documenti obbligatori:

- Piano integrato di salute;
- Bilanci economici di previsione pluriennale e annuale;
- Bilancio di esercizio;
- Relazione annuale sullo stato di salute.

Il Pis è con il bilancio pluriennale strumento di pianificazione della SdS; esso:

- «prevede obiettivi di salute e benessere, ne determina standard quantitativi e attiva strumenti per valutarne il raggiungimento» (29);
- ha un orizzonte temporale triennale;
- è redatto per programmi;
- evidenzia tutti i mezzi finanziari di entrata sia di carattere ordinario che straordinario ed i programmi di spesa;
- sostituisce il programma operativo di zona-distretto (30) e il piano sociale di zona;
- tiene conto della programmazione e degli atti fondamentali di indirizzo regionali, provinciali e comunali.

Il Pis è quindi uno strumento pensato per superare la frammentazione e la settorialità della consueta programmazione per linee di competenza ed è configurato in modo da mettere in rap-

porto tra loro: il profilo di salute della città (basato su indicatori epidemiologici relativi ad aspetti sanitari, sociali e ambientali); il profilo dell'offerta in tutte le sue forme (sia gestione diretta che convenzionata); gli strumenti di programmazione degli enti di riferimento. In altre parole il Pis si configura come un momento di raccordo tra le programmazioni di tutti i servizi pubblici che interessano il distretto e possono avere riflessi sulla salute e sul benessere della comunità (Prg, piano della mobilità, piano di smaltimento dei rifiuti, etc.).

Le linee guida per la redazione del Pis sono elaborate dalla Giunta regionale. Il suo *iter* di approvazione può essere così sintetizzato:

— il Direttore della SdS, sulla base degli indirizzi della Giunta, delle indicazioni contenute nel Psr e Pirs, degli esiti del processo di consultazione dei soggetti presenti sul territorio (Provincia, ATO, Sindacati, ecc) e delle proposte della Consulta del terzo settore e del Comitato di partecipazione, predispone la proposta di Pis;

— la proposta è sottoposta al parere obbligatorio del Comitato di partecipazione ed alla preventiva approvazione da parte dei Consigli comunali;

— il Pis è approvato dalla Giunta previo parere del Collegio dei revisori.

Il Bilancio economico di previsione pluriennale è adottato in coerenza con il Pis e ha durata pari al bilancio pluriennale della Regione. Tale documento comprende, per ciascun esercizio, il quadro dei mezzi finanziari che si prevede di destinare sia alla copertura delle spese correnti che al finanziamento delle spese di investimento, con l'indicazione, per queste ultime, delle fonti di finanziamento.

La programmazione della SdS è quindi realizzata con il Bilancio economico di previsione annuale che contiene le previsioni di competenza del

primo esercizio di riferimento del bilancio pluriennale e del piano integrato di salute.

La verifica del conseguimento o meno degli obiettivi programmati è realizzata con il Bilancio di esercizio e con la Relazione annuale sullo stato di salute. Il Bilancio di esercizio, corredato di tutti gli allegati necessari alla migliore comprensione dei dati, è predisposto — nelle modalità e nei tempi previsti dal regolamento di contabilità — dal Direttore e approvato dalla Giunta tenendo conto della relazione dell'organo di revisione.

La Relazione annuale sullo stato di salute sostituisce per la specifica zona-distretto la relazione sanitaria della Asl e la relazione sociale: anch'essa è predisposta dal Direttore e approvata dalla Giunta.

È infine prevista anche la redazione da parte del Comitato di partecipazione di un rapporto sull'effettivo stato di attuazione del Pis e sullo stato dei servizi.

Attualmente la Regione non ha definito (né fornito indicazioni per la definizione) degli schemi dei bilanci delle SdS. I possibili modelli di riferimento sono gli schemi approvati con decreto del Ministro del tesoro del 26 aprile 1995 per le Aziende speciali e gli schemi approvati dalla Regione per le Asl toscane (31).

Nell'attuale assenza di indicazioni da parte della Regione possiamo solo osservare che le SdS hanno caratteristiche gestionali (in riferimento alla tipologia di servizi erogati, alle dotazioni patrimoniali, ai processi realizzati, ecc.) più affini a quelle delle Asl: potrebbe quindi essere opportuno partire dagli schemi delle Asl ed eventualmente riadattarli alle peculiari necessità delle SdS.

La SdS nell'ambito dell'autonomia finanziaria, gestionale, contabile e patrimoniale di cui gode deve conseguire il pareggio di bilancio e garantire

l'equilibrio economico tra costi e ricavi. A tal fine opera secondo i principi di controllo della gestione e della spesa, intervenendo tempestivamente sia sul contenimento dei costi che sul reperimento di risorse aggiuntive di carattere straordinario. La SdS deve anche individuare strumenti e procedure idonee a garantire, con la cadenza prevista dal regolamento di contabilità, un controllo dell'equilibrio economico di gestione e dei procedimenti produttivi. Nel caso si verifichi una perdita di esercizio, la SdS deve adottare tutti i provvedimenti necessari per ricondurre in equilibrio la gestione nell'esercizio immediatamente successivo, pena lo scioglimento. Anche in questo caso la previsione regionale indica un principio guida corretto, ma di difficile realizzazione. Infatti a fronte di un deficit risulterà difficile intervenire nel breve periodo sia sui costi che sul ri-finanziamento da parte di Comuni e sanità. In particolare per i Comuni la rigidità dei bilanci, indotta sia dalla scarsità di risorse che dai vincoli derivanti dal rispetto del patto di stabilità interna, ostacola variazioni infra-annuali degli stanziamenti. È quindi molto probabile che, nonostante il principio di separazione delle finanze delle SdS dal bilancio regionale, gli eventuali squilibri finiscano per essere coperti da risorse regionali.

6. Considerazioni conclusive

Nel marzo 2004 la Regione Toscana ha autorizzato la sperimentazione delle SdS nelle 18 zone-distretto che hanno promosso la propria candidatura (32). Le SdS prenderanno in carico il 55% della popolazione toscana e cioè circa 2 milioni di persone. Esse amministreranno *budget* rilevanti: in Toscana infatti ogni anno si spendono per i servizi sanitari territoriali 2 miliardi e 400 milioni di euro e per i servizi sociali 263 milioni di euro. La Re-

gione inoltre destina ai servizi non ospedalieri il 53% del proprio *budget* sanitario. Basterebbero questi numeri ad evidenziare l'importanza della sperimentazione toscana. Essa è tuttavia anche occasione di ulteriori riflessioni.

Nell'attuale contesto di crescente divario tra bisogni e risorse disponibili, la sburocratizzazione del sistema socio-sanitario e l'acquisizione di nuove risorse economiche sono obiettivi condivisi a livello nazionale. Tuttavia la forte accelerazione dell'autonomia regionale rende sempre più diverse le soluzioni adottate dalle singole regioni nei propri strumenti di pianificazione sanitaria e sociale. Questa differenziazione non è casuale ma consegue dal fatto che la selezione della natura dei bisogni sociali (33) da tutelare e la scelta delle loro modalità di soddisfazione discendono dai valori, dalle conoscenze e dai principi che caratterizzano una collettività. Sono quindi scelte che trascendono il costume e l'ordinamento positivo e assumono una connotazione etica e politica, davanti a cui l'economia può solo fornire modelli di analisi e di confronto delle diverse alternative.

Nel panorama delle scelte compiute dalle singole regioni emergono due modelli contrapposti: quello lombardo basato prevalentemente sul «mercato» e quello toscano basato prevalentemente sulla «gerarchia» e sulla programmazione pubblica. Il modello socio-sanitario toscano assume come valori di fondo l'universalità e l'uguaglianza di accesso e li persegue per mezzo della programmazione e della gestione pubblica ma partecipata dalla società civile. Esso si qualifica pertanto come un tentativo di rinnovamento dall'interno del settore pubblico e nell'ottica della sua valorizzazione: la pubblica amministrazione e le sue aziende mantengono un ruolo centrale sia nell'attività di programmazione

che in quella di produzione/erogazione dei servizi e delle prestazioni. Viceversa il modello lombardo assume come valore di fondo la libertà di cura e di scelta e ne affida il raggiungimento al mercato. Questo con i suoi meccanismi di competizione tra i diversi produttori consente l'ampliamento della gamma dei servizi offerti e successivamente acquistati dalla pubblica amministrazione, che si connota più come finanziatore del sistema che come programmatore dell'offerta.

Nessuna di queste due soluzioni è priva di difetti e di rischi connessi al fallimento dei meccanismi di regolazione assunti. Nel modello lombardo il mercato può portare all'espansione delle prestazioni socio-sanitarie più remunerative e alla creazione di uno stato sociale minimo garantito per tutti, ma necessariamente limitato, con costo a carico del sistema regionale. Per garantire ulteriori prestazioni dovranno essere probabilmente reintrodotti meccanismi di assicurazione obbligatoria o volontaria. Nel modello toscano, nonostante la ricerca dell'universalità e dell'equità, si arriverà al punto di dover fare delle scelte poiché i bisogni sono in espansione e le risorse sempre più scarse. In ambito sanitario il modello toscano regge il confronto con le altre Regioni: a parità di livelli e quantità di prestazioni, la Toscana è anzi una delle poche Regioni con bilanci sanitari in pareggio e buon livello di controllo della spesa farmaceutica. Per vedere se analoghi e positivi risultati si produrranno anche in ambito sociale dobbiamo aspettare gli esiti della sperimentazione delle SdS.

A favore della validità della sperimentazione toscana sembra schierarsi anche l'esperienza della Regione Lazio che, come la Toscana, ha individuato nel distretto lo strumento dell'integrazione socio-sanitaria. Tra gli esiti finali del processo di sperimentazione (34) realizzato nel 2002 in 21

dei 51 distretti laziali si segnalano il fallimento dell'integrazione per problemi di relazione tra Asl e Comuni capofila dei distretti e la proposta di creare un livello istituzionale intermedio tra Comuni e Asl.

Tuttavia alla luce della breve analisi compiuta appare evidente la successiva necessità di dare più contenuti concreti alla sperimentazione e di affrontare le questioni fino ad ora trascurate, prima fra tutte la definizione dell'assetto complessivo del sistema socio-sanitario toscano e del conseguente ruolo di Regione, Comuni, Asl, Aziende ospedaliere, Ipab, etc.

Vogliamo infine concludere con alcune osservazioni. La prima riguarda le forme di gestione dei servizi comunali. Se negli anni Novanta il nodo critico era «cosa» esternalizzare e con quale «formula», ora è «come governare» e coordinare la complessa rete di formule gestionali e soggetti che ruotano intorno al Comune. In pochi anni da un Comune che gestiva e controllava tutto direttamente siamo passati ad una realtà opposta, che continua però ad essere gestita dalle stesse persone e con la stessa mentalità (in un periodo così breve non si è certo realizzato un ricambio generazionale o un cambiamento culturale di politici e tecnici). Per questo, se da un lato la nascita di nuovi soggetti e di nuove formule gestionali deve essere accolto positivamente in quanto frutto della tensione al miglioramento, dall'altro l'*overflow* di possibilità di scelta e la continua revisione delle norme finisce per disorientare coloro che nei Comuni devono operare.

La seconda osservazione è in parte correlata alla precedente. Il crescente divario fra bisogni e risorse sposta progressivamente l'asse della discussione in merito al *welfare* da un piano politico ad un piano tecnico. In altre parole o non vi è futuro per il *welfare* o questo passa necessariamente da

una nuova cultura gestionale dei servizi. La creazione di questa nuova cultura gestionale non si esaurisce — come le passate esperienze dimostrano — con la definizione e l'implementazione di normative e politiche innovative, ma richiede la presenza di nuovi attori consapevoli della scarsità di risorse e quindi responsabili nel loro impiego.

L'ultima osservazione riguarda direttamente le SdS. Poiché il loro scopo è quello di produrre valore sociale — peculiare, ma comunque valore — esse possono essere considerate aziende sociali operanti in un settore peculiare, ma comunque aziende. Tuttavia nella dimensione economica di azienda produrre valore non serve se esso non è misurabile. Il valore sociale è però difficilmente riconducibile in modo diretto ad un unico produttore. Esso è espressione di un processo collaborativo di più soggetti ed è influenzato anche da fattori ed elementi non direttamente controllabili dai produttori. Pertanto per le SdS non sarà sufficiente adottare un sistema contabile adeguato a tenere sotto controllo i rapporti finanziari tra gli enti e a controllare i costi delle prestazioni erogate: esse dovranno dotarsi anche di una strumentazione idonea ad attuare il controllo strategico e a valutare gli effetti delle politiche pubbliche promosse.

(1) I «servizi sociali» sono definiti per la prima volta in modo organico dall'art. 128 del D.L.vo 112/98 come «... tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia».

(2) Sociale e sanità nascono come competenze comunali. Con la riforma sanitaria ex L. n. 833/78 la titolarità della due funzioni viene attribuita a soggetti diversi. Negli anni Ottanta una serie di provvedimenti amministrativi (L. 29 dicembre 1983 n. 730, D.L.vo n. 419/98, D.L.vo n. 229/99) segnano un'inversione di tendenza a favore dell'integrazione. In tale direzione anche la L. n. 328/2000 ed i suoi provvedimenti attuativi (tra cui il D.L.vo n. 207/2001 e il D.P.C.M. 14 febbraio 2001). Contrariamente a quanto il titolo potrebbe far pensare ed a quanto avvenuto nella riforma della sanità, la L. n. 328/2000 non istituisce un sistema nazionale sociale ma un insieme ordinato di interventi e di competenze di soggetti diversi — pubblici e privati — finalizzato alla costruzione di una rete di servizi integrati e alla definizione di percorsi volti ad ottimizzare le prestazioni e ad impedire le settorializzazioni.

(3) La centralità delle funzioni dei Comuni relativamente ad interventi e servizi sociali e socio-assistenziali — oltre ad essere prevista da specifiche normative di settore — è infatti nella legislazione vigente direttamente riconducibile alla definizione stessa di Comune contenuta nella L. n. 142/90 e confluita poi nel D.L.vo n. 267/2000 Tuel. L'art. 13 del Tuel definisce infatti il Comune come l'ente cui spettano «tutte le funzioni amministrative che riguardano la popolazione ed il territorio comunale, precipuamente nei settori organici dei servizi alla persona e alla comunità».

(4) Anche le Province, seppur con un ruolo minore, sono chiamate a concorrere alla programmazione del sistema integrato.

(5) Riteniamo, infatti, che debbano essere considerati: «servizi a rilevanza economica» quelli dove le tariffe richieste all'utenza coprono integralmente i costi di gestione; «servizi privi di rilevanza economica» quelli dove le tariffe costituiscono solo una compartecipazione dell'utenza ai costi che sono poi coperti facendo ricorso alla fiscalità generale. A tal proposito cfr. Purcaro (2003).

(6) La riforma ex L. n. 448/2001 e L. n. 326/2003 ha previsto per i servizi privi di rilevanza economica forme di gestione caratterizzate dalla presenza o dal controllo diretto degli enti pubblici a garanzia della rilevanza degli interessi pubblici tutelati.

(7) La Corte ha ritenuto, infatti, che per i servizi privi di rilevanza economica la mancanza di esigenze di tutela della libera concorrenza renda immotivato l'intervento del legislatore nazionale.

(8) Sui processi evolutivi delineati non probabilmente destinati ad incidere anche la Riforma del Titolo V della Costituzione e i suoi

provvedimenti attuativi che qualificano la Regione come titolare delle competenze legislative, programmatiche e di controllo in materia sociale e sanitaria.

(9) L. reg. 8 marzo 2000 n. 22 «Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale».

(10) Ai sensi dell'art. 2 comma 5 lettera h) della L. reg. 22/2000, il distretto è l'articolazione al cui livello: il servizio sanitario regionale attiva il percorso assistenziale; i servizi di assistenza sociale attivano gli interventi di sostegno e reinserimento sociale; si realizza l'integrazione delle attività sanitarie e sociali.

(11) Piano sanitario regionale adottato con deliberazione C.R.T. n. 60 del 9 aprile 2002.

(12) Piano socio-sanitario integrato adottato con deliberazione C.R.T. n. 122 del 24 luglio 2002.

(13) Le zone sono — ai sensi degli artt. 8 e 54 della L. reg. n. 22/2000 — articolazioni territoriali delle aziende sanitarie preposte: all'attuazione del Pal in raccordo con il piano sociale di zona; al coordinamento tra le attività ospedaliere, i servizi sanitari territoriali e le attività di prevenzione; all'operatività integrata tra servizi sanitarie territoriali e servizi socio-assistenziali; all'informazione e alla collaborazione con la Conferenza dei Sindaci. Le singole zone sono individuate da un apposito allegato alla L. reg. n. 22/2000 e ciascuna di esse comprende per intero uno o più distretti. Di norma si procede alla costituzione di un distretto per ciascuna zona e solo nelle zone con popolazione compresa fra 45.000 e 90.000 abitanti e con territori montani o insulari può essere costituito un secondo distretto.

(14) In particolare, la questione della prevalenza dell'aspetto sanitario o di quello sociale nelle prestazioni erogate, seppur per certi versi sterile, ha negli anni Ottanta impegnato legislatore e giudici in un tentativo di rigorosa e puntuale classificazione delle singole forme di assistenza al fine di stabilire se i relativi oneri finanziari dovessero essere posti a carico del Ssn, e quindi dello Stato, o dei Comuni.

(15) Il progetto regionale non stabilisce infatti che i Comuni debbano obbligatoriamente trasferire alle SdS tutte le loro funzioni sociali: tale scelta è rimessa alla autonoma scelta degli enti. Inoltre poiché nell'ambito delle funzioni sociali comunali si collocano anche asili nido, scuole materne e interventi di sostegno economico in ambito scolastico (quali ad esempio borse di studio, esenzioni dal pagamento di servizi di trasporto scolastico e di mensa) che sicuramente non rientreranno nella competenza delle SdS, si realizzerà comunque una perdi-

ta di integrazione tra le funzioni sociali comunali.

(16) Le aree vaste individuate dalla Regione Toscana corrispondono ai tre comprensori di Firenze, Pisa e Siena.

(17) Approvato con deliberazione C.R.T. n. 155 del 24 settembre 2003.

(18) Sia nella fase di valutazione delle candidature che nel monitoraggio della sperimentazione la Giunta regionale è supportata da un gruppo tecnico di esperti e dall'Agenda regionale della salute (Ars).

(19) La Regione, pur dettando delle prescrizioni, ha autorizzato la sperimentazione in tutte le 18 zone-distretto — relative a 9 Asl — che hanno presentato la propria candidatura.

(20) La presentazione della candidatura è stata approvata dal Consiglio comunale con D.C.C. n. 230/2003.

(21) La presentazione della candidatura è stata approvata con D.C.C. n. 919/2003.

(22) Tuttavia la citata sentenza della Costituzionale n. 272/2004 non appare in prima battuta incidere sulla costituzione delle SdS in quanto i Consorzi hanno la loro principale norma di riferimento nell'art. 31 del Tuel.

(23) Nella sperimentazione fiorentina — unica caratterizzata dalla presenza di un solo Comune — gli atti regionali e il progetto presentato dagli enti definiscono un diverso assetto degli organi. In particolare l'organo di governo è articolato su due livelli: la Giunta, composta dal Sindaco, dal Direttore generale dell'Asl, dagli Assessori con deleghe di interesse e dai Presidenti di quartiere; l'Esecutivo composto dal Sindaco, dal Direttore generale dell'Asl e da un Presidente di quartiere a rotazione.

(24) Tale principio è stato sancito per tutte le Pubbliche amministrazioni dal D.L.vo n. 29/93, ora confluito nel D.L.vo n. 165/2001 (vedi art. 4).

(25) Ai sensi dell'art. 30 della L.R. n. 22 dell'8 marzo 2000 l'assegnazione alle singole Asl delle quote del Fsr è disposta secondo la quota capitaria che risulta dall'applicazione di indici determinati nel Psr sulla base dei bisogni espressi dalla popolazione e sulla distribuzione territoriale della stessa.

(26) A titolo esemplificativo si riporta di seguito la classificazione per fonte di finanziamento della spesa sociale del Comune di Firenze, rielaborata dai dati contenuti negli allegati alla D.C.C. n. 919/2003. È comunque opportuno ricordare che nonostante la crescente autonomia finanziaria dei Comuni molte risorse affluiscono loro dai fondi di trasferimento ordinari statali: tali risorse, in buona parte prive ormai di vincoli di destinazione, finanziano l'intero bilancio comunale (tabella 1).

(27) La possibilità di applicare ai consorzi creati per la gestione dei servizi sociali le normative dettata per le Aziende speciali era peraltro già prevista dal comma 8 dell'art. 31 del Tuel.

(28) A tal proposito si veda Longo, 2000.

(29) Deliberazione C.R.T. n. 155 del 24 settembre 2003.

(30) Questo è l'attuazione a livello di zona-distretto del Piano attuativo locale dell'Asl.

(31) Gli schemi delle Asl toscane sono disponibili all'indirizzo www.rete.toscana.it/sett/sanit/docu.htm.

(32) Tra le sperimentazioni autorizzate dalla Regione ad oggi solo quella tra Comune di Firenze e Asl 10 risulta concretamente avviata a seguito della stipula della Convenzione costitutiva in data 26 luglio 2004.

(33) I bisogni sociali si riferiscono alla qualità intrinseca della vita e alle relazioni interpersonali e vengono soddisfatti con un adeguato impiego di ricchezza; i bisogni economici invece sono soddisfatti mettendo a disposizione una più elevata quantità di beni.

(34) Sulla sperimentazione laziale si veda Regione Lazio, 2002.

REGIONE LAZIO (2002), *Decentramento amministrativo: la qualità nel rapporto tra regioni ed enti locali*, Roma.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

ALBANESE A., MANZUOLI C. (A CURA DI) (2003), *Servizi di assistenza e sussidiarietà*, Il Mulino, Bologna.

ANSELMINI L. (2003), *Percorsi aziendali per le pubbliche amministrazioni*, Giappichelli, Torino.

BALBONI E., BARONI B., MATTIONI A., PASTORI G. (2003), *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Giuffrè, Milano.

CARDONI A. (2004), «Il bilancio di esercizio delle aziende sanitarie pubbliche: una riflessione critica sulla capacità informativa dei nuovi schemi di bilancio ex decreto interministeriale 11 febbraio 2002», *Quaderno del dottorato «I bilanci pubblici. Problemi e prospettive»*, Università di Siena, pp. 285-306.

CIPOLLA C., GIARELLI G. (A CURA DI) (2002), *Salute e società dopo l'aziendalizzazione. Nuove strategie di governance in sanità*, FrancoAngeli, Milano.

FALBO E. (2002), *I servizi sociali oggi: politica sociale, programmazione, legislazione*, Armando, Roma.

FERIOLI E. (2003), *Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale*, Giappichelli, Torino.

FOSTI G. (2003), «I processi di aziendalizzazione nei servizi sociali», *Economia e Management*, 2, pp. 47-48.

FINOCCHI GHERSI R. (2001), *La nuova disciplina dei servizi sociali*, IPSOA, Assago.

GORI E. (2004), *La pianificazione e il controllo strategico nelle aziende ospedaliere pubbliche*, FrancoAngeli, Milano.

BIBLIOGRAFIA GENERALE

BREDA M.G., MICUCCI D., SANTANERA F. (2001), *La riforma dell'assistenza e dei servizi sociali*, UTET, Torino.

LONGO F. (2000), *Servizi sociali: assetti istituzionali e forme di gestione*, Egea, Milano.

MACINATI M.S. (2004), «Public governance ed integrazione socio-sanitaria: i risultati di un'indagine empirica in un grande Comune italiano», *Azienda Pubblica*, 2, pp. 249-268.

PURCARO A. (2003), «La riforma dei servizi pubblici locali», *LexItalia*, 10 (www.lexitalia.it).

Tabella 1 - Fonti di finanziamento della spesa sociale

	Consuntivo 2002	%	Preventivo 2003	%
Trasferimenti	11.653.013,33	18,21%	10.305.635,00	14,94%
Proventi da servizi	873.008,47	1,36%	1.122.898,62	1,63%
Proventi diversi	147.402,51	0,23%	353.455,94	0,51%
Risorse comunali	51.335.675,14	80,20%	57.208.443,52	82,92%
Totale	64.009.099,45	100,00%	68.990.433,08	100,00%

- LONGO F. (2004), «Aziende sociali comunali: rischi e benefici», *Prospettive sociali e sanitarie*, 1, pp. 2-5.
- LONGO F. (2001), «Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra settori socio-assistenziale, socio-sanitario e sanitario», *Mecosan*, 37, pp. 59-68.
- MAGGIAN R. (2001), *I servizi socio-assistenziali: verso la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e sanitari*, Carocci, Roma.
- MULAZZANI M. (2001), *Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche*, Cedam, Padova.
- PADOVANI G. (2001), «Il mercato vale più della salute?», *Tempo Medico*, 722, 29 novembre 2001 (www.tempomedico.it).
- PERSIANI N. (1999), *L'introduzione della contabilità economica e il nuovo sistema di bilancio nell'azienda sanitaria*, Cedam, Padova.
- SALVATORE C. (2000), *I sistemi di controllo nell'economia delle aziende sanitarie pubbliche*, Cedam, Padova.

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 salute

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 devono essere originali e avere contenuto innovativo.

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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

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, pp. 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 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.

L'EVOLUZIONE DELLA CARENZA DI INFERMIERI IN DIECI AZIENDE SANITARIE A DUE ANNI DALLA PRIMA RILEVAZIONE

Alvisa Palese

Corso di laurea in Infermieristica, Università degli studi di Udine

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima. Obiettivi, materiali e metodi - 3. Parte seconda. Risultati - 4. Parte terza. Discussione - 5. Conclusioni.

1. Introduzione

La carenza di infermieri è sempre più un problema di interesse mondiale (WHO, 2000). Kramer (1990) la definisce in relazione a) al numero di posti vacanti, b) alla quantità di pazienti per ciascun infermiere, c) al tasso di *turnover*, e d) alla frequenza con cui gli ospedali attivano agenzie esterne per supplire alla mancanza di infermieri. L'estensione vera della crisi, secondo alcuni, potrà essere nota solamente quando gli infermieri verranno totalmente impegnati in attività specificatamente infermieristiche e liberati da quelle di supporto (Lewis, 2002). Le cause sembrano essere l'invecchiamento della popolazione infermieristica, l'abbandono precoce della professione correlato alle difficili condizioni lavorative ma anche il ridotto numero di giovani che la scelgono per la scarsa retribuzione e l'insoddisfacente riconoscimento sociale.

La carenza infermieristica di oggi non può essere affrontata con le soluzioni del passato (Prescott, 1989): nei Paesi anglosassoni coinvolti, stanno attivando strategie per a) essere competitivi nel reclutamento; b) trattenere più a lungo gli infermieri presidiando il clima, le relazioni interprofessionali

e le condizioni lavorative dei reparti; c) potenziare l'immagine professionale al fine di attrarre nuovi giovani e re-inserire coloro che hanno abbandonato il *nursing*. L'attenzione su questo problema è talmente elevata che gli ospedali capaci di trattenere gli infermieri anche in piena crisi, sono certificati come «magnetici o calamita» (Aiken *et al.*, 2000); inoltre, quelli che riescono a mantenere nei loro *staff* gli infermieri più preparati, sembrano realizzare migliori risultati sui pazienti (Aiken *et al.*, 1994; 2002). Molti Paesi stanno anche rivedendo le leggi riducendo, ad esempio, la quantità minima di infermieri che devono assistere i pazienti o aprendo il reclutamento dai Paesi che ne hanno di più (Janiszewski, 2003; Coffman, Spetz, 1999). Proprio su quest'ultima strategia, De Raeve, Segretario generale dello «Standing Committee of Nurses of the EU, Brussel», ha recentemente osservato che tutti i Paesi europei sono in competizione per il reclutamento internazionale di infermieri, modalità che non può essere la risposta al problema perché poco etica nei confronti dei Paesi più poveri (De Raeve, 2003).

La carenza infermieristica italiana, pur presente e dichiarata in molte sedi, rimane ancora poco documentata: non

si sa molto su come venga definita ed affrontata nel quotidiano e quali siano i fattori che la determinano. Nel 2001, una prima indagine che includeva un campione di convenienza di undici Responsabili infermieristici di aziende sanitarie, aveva documentato la gravità, le principali cause e le strategie attivate localmente per affrontarla (Palese *et al.*, 2001). A distanza di due anni, si è realizzata una seconda indagine per descriverne l'evoluzione.

2. Parte prima. Obiettivi, materiali e metodi

Gli obiettivi erano di descrivere a) la percezione dei Responsabili dei servizi infermieristici rispetto all'evoluzione della carenza infermieristica nella loro azienda; b) le strategie messe in atto per affrontarla negli ultimi due anni.

Si ringrazia per la collaborazione i responsabili di servizi infermieristici Paolo Barelli (Trento), Maria Rosa Boscolo (Chioggia), Patrizia Bottegaro (Udine), Paola Casson (Treviso), Annalisa Greggio (Camposanpiero-Cittadella), Gaetana Pagiusco (Vicenza), Bianca Rossato (Padova), Pietro Turatto (Monselice), Aldo Zattarin (Legnago), Paola Chinchio (Verona) e Marilinda Battistello (Padova).

Campione

Sono stati coinvolti 11 Responsabili dei servizi infermieristici di aziende sanitarie ed ospedaliere del Friuli-Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige e Veneto che avevano partecipato alla prima rilevazione del 2001; di questi, hanno aderito dieci responsabili, sette impegnati presso aziende sanitarie (con ospedale e servizi territoriali) e tre in aziende ospedaliere. Solo un Responsabile è nuovo (azienda n. 3); gli altri sono gli stessi che hanno risposto alla prima rilevazione. Sul totale degli iscritti all'Albo, i servizi infermieristici coinvolti gestiscono il 35,6% degli infermieri della Regione Veneto, il 20,8% del Trentino e il 10,6% di quelli del Friuli-Venezia Giulia.

Procedura

È stato utilizzato il questionario anonimo della prima rilevazione (Palese *et al.*, 2001) adattato agli obiettivi della seconda rilevazione e composto da 7 domande aperte e 15 chiuse (scala Likert). Il questionario indagava a) la percezione dei Responsabili infermieristici rispetto all'evoluzione della carenza infermieristica nella propria azienda negli ultimi due anni (invariata, peggiorata, migliorata); b) che cosa intendono i Responsabili per carenza e gli indicatori che utilizzano per descriverne la gravità; c) le cause che a loro giudizio hanno determinato la carenza negli ultimi due anni (correlate al reclutamento, al trattenimento di infermieri o altro); d) la distribuzione della carenza all'interno dell'azienda (diffusa oppure concentrata in alcuni reparti); e) i fattori che a loro giudizio hanno avuto un ruolo nel trattenere o allontanare gli infermieri (censiti sulla base di quanto documentato anche da Aiken); f) le strategie messe in atto per far fronte alla carenza negli ultimi due anni; g) e gli effetti della carenza.

Veniva anche richiesta la dotazione organica teorica di infermieri (fabbisogno) e quella reale (forza presente) al momento della rilevazione e i criteri utilizzati per definirla (quanti pazienti per ciascun infermiere sulle 24 ore in un reparto generale, semi-intensivo e di terapia intensiva).

Il questionario è stato testato per comprensibilità tramite due interviste; la raccolta dati è avvenuta dopo aver illustrato la finalità dello studio, garantito l'anonimato e richiesto il consenso. Il questionario è stato inviato tramite *e-mail* al campione di convenienza individuato; la restituzione è avvenuta dopo un mese.

Per l'elaborazione delle variabili è stato utilizzato il sistema SPSS versione 11.00. Sono state calcolate frequenze, percentuali e correlazioni lineari semplici. Le domande aperte sono state categorizzate in modo indipendente da due ricercatori che hanno concordato sui risultati.

3. Parte Seconda. Risultati

La dotazione quantitativa di infermieri

Negli ultimi due anni le aziende coinvolte non hanno modificato la propria struttura; le uniche modifiche sono state l'accorpamento o la chiusura di reparti realizzate per affrontare la carenza di infermieri. Nella prima rilevazione, lo scostamento medio tra dotazioni organiche teoriche (infermieri necessari all'azienda) e reali (quelli che disponevano) era del -9,5%; nella seconda rilevazione è rimasto pressoché invariato (tabella 1). Su 10 aziende, solo una sembra in «esubero» di risorse; le altre hanno una dotazione insufficiente rispetto a quella necessaria (da -4,1% a -18,4%). Mentre 4 aziende hanno mantenuto la dotazione organica, 4 l'hanno potenziata (da 8 a 63 infermieri) e 2 l'hanno ridotta (da 23 a 29) (tabella 1).

Solo 4 Responsabili hanno precisato i criteri con cui hanno definito le dotazioni organiche: nelle medicine generali sono garantiti rapporti da 0,1 a 0,35 infermieri/paziente/24 ore; nelle semi-intensive da 0,25 a 0,40, mentre nelle terapie intensive da 0,5 a 2 infermieri/paziente sulle 24 ore.

Rispetto a quanto rilevato nel 2001, sei responsabili dichiarano di aver potenziato la dotazione di operatori di supporto (da +3 a +43%); due l'hanno diminuita (-3%) mentre per altri due, è rimasta invariata. L'aumento della dotazione di operatori di supporto non è correlato ad una diminuzione di quella infermieristica.

L'evoluzione della carenza negli ultimi tre anni

Nel 2001, nove aziende stavano affrontando la carenza di infermieri mentre una di operatori di supporto: per cinque la carenza era moderata, per altre quattro grave. La carenza di infermieri era iniziata da 6 a 12 mesi prima. La quantità di posti vacanti nella dotazione organica e la gravità della carenza percepita non erano correlate.

A distanza di due anni, tutti i Responsabili dichiarano che la loro azienda sta ancora affrontando la carenza di infermieri. Alla domanda «Quali sono gli indicatori in base ai quali afferma che la sua azienda si trova ancora in carenza», i Responsabili riportano che a) non è possibile garantire i livelli minimi di assistenza richiesti dai cittadini (6 Responsabili); b) il mercato del lavoro non offre gli infermieri necessari e numerosi bandi vanno deserti (2 Responsabili); c) gli infermieri fanno molti straordinari e non possono godere delle ferie (2 Responsabili).

Sei Responsabili dichiarano che negli ultimi due anni la situazione è peggiorata; due la ritengono stabile e altri due attenuata (tabella 2). Anche nella

Tabella 1 - Evoluzione delle dotazioni organiche dalla prima alla seconda rilevazione

Azienda n.	Prima rilevazione				Seconda rilevazione			
	Infermieri necessari *	Infermieri presenti	Differenza n. + o -	Differenza % + o -	Infermieri necessari *	Infermieri presenti	Differenza n. + o -	Differenza % + o -
1	1.490	1.441	- 49	- 3,3	1.490	1.429	- 61	- 4,1
2	962	882	- 80	- 8,3	939	861	- 78	- 8,3
3	1.734	1.795	+ 61	+ 10,3	1.745	1.752	+ 7	+ 0,4
4	759	734	- 25	- 3,3	730	669	- 61	- 8,3
5	1.421	1.293	- 128	- 9	1.429	1.292	- 137	- 9,6
6	1.250	1.165	- 85	- 6,8	1.250	1.187	- 63	- 5
7	2.191	2.111	- 80	- 3,6	2.254	2.105	- 149	- 6,6
8	706	660	- 46	- 6,5	706	642	- 64	- 9,1
9	1.016	906	- 110	- 10,8	1.039	925	- 114	- 10,9
10	800	688	- 112	- 14	800	653	- 147	- 18,4
Totali	12.329	11.675	- 654	- 9,5	12.382	11.515	- 867	- 9,2

* Dotazione organica o *budget* di infermieri previsto dall'azienda per garantire l'assistenza infermieristica nelle strutture afferenti al servizio infermieristico diretto dal responsabile intervistato: si tratta di unità e non di *full time* equivalenti.

seconda rilevazione non emerge alcuna correlazione tra entità dei posti vacanti della dotazione organica e gravità della carenza percepita.

Le cause della carenza e il suo andamento nell'anno

Nella prima rilevazione le cause principali della carenza riguardavano la struttura della popolazione infermieristica (ad es. numerosità dei *part time* o di personale non turnista per esonero *post* maternità), l'indisponibilità del mercato e la difficoltà di reclutamento di nuovi infermieri; il *turn over* di quelli più anziani conseguente alla pressione lavorativa (elevato numero di ore straordinarie o di ferie non godute).

Nella seconda, la carenza è attribuita alla difficoltà di reclutamento (8 aziende) e alla mancanza di «infermieri turnisti» (5). Per un Responsabile è determinata anche da difficoltà

economiche che impediscono l'assunzione di nuovi infermieri; per le stesse ragioni, un altro responsabile non ha potuto applicare quanto definito dalla legge n. 1 dell'8 gennaio 2001 che prevede la possibilità di monetizzare i

turni aggiuntivi richiesti agli infermieri quando la dotazione organica non è completa.

La carenza è di tipo stagionale, concentrata durante l'estate per le ferie dei dipendenti (6 aziende) ma anche

Tabella 2 - Evoluzione della carenza dopo due anni: il giudizio dei Responsabili dei servizi infermieristici

Azienda n.	Gravità della carenza percepita (prima rilevazione)	Evoluzione della carenza percepita dopo 2 anni (seconda rilevazione)
1	Grave	Peggiorata
2	Grave	Attenuata
3	Grave	Invariata
4	Moderata	Peggiorata
5	Moderata	Peggiorata
6	Moderata	Attenuata
7	Grave	Invariata
8	Assente	Peggiorata
9	Moderata	Peggiorata
10	Moderata	Peggiorata

nel periodo invernale quando sono più frequenti le malattie (1); è anche concentrata in prossimità delle assunzioni dei neoinfermieri, quando vengono aperti i bandi di concorso che hanno una influenza sul *turn over* perché molti infermieri dipendenti si sentono «attratti» da altre aziende (1). Per 2 aziende la carenza ha un andamento costante durante l'anno.

L'epidemiologia della carenza di infermieri e i fattori determinanti

Ai Responsabili dei servizi infermieristici veniva richiesto di indicare, in ordine di priorità, i reparti che «soffrono» di più la carenza e quelli che, negli ultimi due anni, non hanno mai lamentato questo problema. Tutti hanno affermato che la carenza si concentra in alcuni reparti dell'azienda (ciascuno ne ha indicati da 1 a 8). Cinque riportano anche i reparti che non l'hanno mai lamentata: si tratta di me-

dicine, chirurgie e sale operatorie di ospedali periferici di grandi aziende.

Nelle aziende coinvolte la carenza è concentrata, nell'ordine, a) nelle aree mediche (lungodegenza, geriatria, medicina, neurologia, cardiologia); b) nelle aree critiche (pronto soccorso, terapia intensiva, sale operatorie, patologia neonatale, cardiocirurgia); c) e, infine, in quelle di chirurgia generale e specialistica. I fattori che secondo i Responsabili «attraggono» o «allontanano» gli infermieri e determinano la distribuzione non uniforme della carenza di infermieri nella loro azienda, sono riportati nella tabella 3.

Gli interventi per affrontare la carenza di infermieri

Nella prima rilevazione i Responsabili avevano indicato, sulla base di un elenco di 18 azioni, quelle realizzate nella propria azienda in base all'ordine in cui erano state messe in atto: ciascuna azienda ne aveva realizzate in

media 5/6 (da 1 a 8); due avevano definito un piano per la gestione «dell'emergenza infermieri» che prevedeva la realizzazione contestuale di più interventi.

Nella seconda rilevazione, i Responsabili dichiarano di aver affrontato la carenza degli ultimi due anni mettendo in atto mediamente 5/6 azioni (da 1 a 10); come nella prima rilevazione, due aziende hanno definito il piano per la gestione dell'emergenza infermieri, prevedendo una serie di azioni attivate contestualmente (tabella 4).

Nel 2001, cinque aziende su 10, stavano sperimentando il pagamento dei turni aggiuntivi agli infermieri che lavoravano oltre le 36 ore settimanali: ciascun «turno» veniva pagato molto di più di quanto previsto dal CCNL per le ore straordinarie. Gli infermieri facevano turni aggiuntivi per coprire assenze improvvise (in 3 aziende) ma anche per compensare i posti vacanti in dotazione organica (in 2 aziende);

Tabella 3 - Fattori che attraggono o allontanano gli infermieri dai reparti

Fattori che «trattengono» gli infermieri in un reparto	Freq. (n = 10)	Σ * (max 30)	Fattori che «allontanano» gli infermieri dal reparto	Freq. (n = 10)	Σ * (max 30)
1. Presenza di indennità economiche	8	21	1. Elevato numero di pazienti assistiti da ciascun infermiere	9	25
2. Positivo clima organizzativo	9	20	2. Elevato <i>turn over</i> degli infermieri	9	24
3. Rapporti positivi con i medici	8	20	3. Elevato carico di lavoro	8	23
4. Rapporti positivi tra infermieri	8	20	4. Elevata quantità di compiti inappropriati (esecutivi)	8	21
5. Presenza di operatori di supporto	7	20	5. Elevato <i>turn over</i> pazienti	7	19
6. Efficace <i>leadership</i> del capo sala	7	19	6. Modello organizzativo per compiti	7	18
7. Presenza di progetti di miglioramento	6	18	7. Vocazione generalista del reparto (es. medicine)	8	17
8. Elevata autonomia professionale degli infermieri	6	17	8. Cattiva fama del reparto	6	16
9. Modello organizzativo per piccole <i>équipe</i>	6	17			
10. Flessibilità dei turni	6	15			
11. Presenza di tirocinanti infermieri	5	13			
12. Autogestione dei turni di servizio da parte degli infermieri	5	13			

* Per ciascun fattore il Responsabile attribuiva un peso (da 0? per niente rilevante? a 3? molto rilevante?). I pesi attribuiti sono stati sommati; sono stati inclusi in questa tabella i fattori che hanno totalizzato una somma > o = a 10.

Tabella 4 - Azioni realizzate per affrontare la carenza: confronto tra la prima e la seconda rilevazione

	Prima rilevazione	Seconda rilevazione											
		Azienda n. *											
		Azione pesata **	Azione pesata ***	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Chiusura reparti	20	42	1	0	3	0	0	0	1	0	4	4	
2. Accorpamenti tra reparti che hanno contrazione dell'attività in alcuni periodi	74	75	2	2	0	2	1	1	1	7	5	3	
3. Modifica dei livelli di assistenza (esempio, ridurre la presenza infermieristica media in alcune fasce orarie sacrificando alcune prestazioni)	10	11	7	0	0	6	0	0	0	9	0	0	
4. Sospensione temporanea di funzioni aziendali (come ad esempio RSA o ambulatori) facendo rientrare gli infermieri nei reparti	0	3	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	
5. Recupero di personale infermieristiche da attività improprie (tipo segreteria o ambulatorio) assegnandolo a quelle assistenziali	42	45	3	5	0	0	0	1	1	5	0	6	
6. Revisione dei piani di lavoro riducendo l'impegno infermieristico su attività improprie	41	42	4	0	2	4	0	1	0	6	0	7	
7. Inserimento degli operatori di supporto (OTA-OSS)	69	77	5	4	1	5	2	1	1	0	2	1	
8. Acquisto di prestazioni aggiuntive oltre l'orario di lavoro dagli infermieri dipendenti monetizzando di più il loro impegno oltre a quanto previsto per le ore straordinarie	31	55	0	1	4	0	3	0	1	1	3	9	
9. Mobilità del personale per garantire la compensazione in alcune aree	54	64	0	0	5	1	6	1	1	2	6	2	
10. Modifica della turnistica (es. passaggio turno in 5 a turno in 4)	50	41	6	0	0	3	7	0	0	3	1	5	
11. Stipula di accordi con libero professionisti	20	13	0	0	0	0	5	0	0	0	7	8	
12. Attivazione della reperibilità per garantire la compensazione delle assenze improvvise	6	15	0	3	0	0	0	0	0	4	0	0	
13. Attivazione di rapporti lavorativi con infermieri non italiani	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
14. Attivazione di strategie per facilitare il rientro lavorativo degli infermieri pensionati	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
15. Sviluppo di accordi tra enti diversi (con cooperative, case di riposo) per garantire l'assistenza	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
16. Sospensione delle attività infermieristiche di supporto alla libera professione medica <i>intramoenia</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
17. Sospensione delle iniziative di aggiornamento obbligatorio	10	1	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	
18. Attivazione di foresterie per facilitare il reclutamento e la permanenza di infermieri non residenti	10	8	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	
			7	5	5	6	7	5	5	10	7	9	

* Osservando ciascuna azienda è possibile rilevare l'ordine con cui hanno messo in atto le diverse azioni. Per l'azienda 6 e 7 ciò non è possibile perché hanno definito un piano per «l'emergenza infermieristica» che ha previsto la realizzazione contestuale di numerose azioni.

** È stata esclusa l'azienda che alla seconda rilevazione non ha risposto.

*** Per ciascuna azione indicata in ordine di priorità così come sono state indicate dai Responsabili, è stato attribuito un peso per definire, nell'insieme generale delle risposte raccolte, il peso relativo di ciascuna azione.

potevano effettuarli nel proprio reparto (3 aziende) ma anche in altri contesti, dove c'era bisogno di loro (2). In 4 aziende potevano essere realizzati solo dagli infermieri turnisti. Nella prima rilevazione i Responsabili ritenevano che questa nuova modalità permetteva la gratificazione economica degli infermieri e la riduzione delle liste di attesa operatorie; ne ipotizzavano anche i rischi quali l'eccessivo affaticamento del personale e la riduzione del tempo dedicato all'aggiornamento.

Nella seconda rilevazione, 7 aziende stanno utilizzando questo sistema: le prime 4 che lo avevano sperimentato, continuano ad adottarlo. Nelle ore diurne, la monetizzazione media oraria è di 28,6 euro (da 15,5 a 36); in quelle notturne di 30 euro (da 20,6 a 36) lorde. Il tariffario è rimasto stabile nel tempo ed è uniforme in tutti i reparti (6 aziende) anche se una azienda lo differenzia per le sale operatorie e terapie intensive dove gli infermieri sono pagati di più. I turni aggiuntivi possono essere realizzati nel proprio reparto (2 aziende) ma anche in altri (5) dagli infermieri che si rendono disponibili: in 4 aziende devono essere turnisti, in 2 possono essere anche diurnisti e solo in una il sistema è esteso anche agli infermieri *part time*.

Solo tre aziende hanno fissato un tetto massimo: ciascun infermiere può realizzare da 10 a 40 ore mese oltre quelle dovute. Nelle altre, non ci sono vincoli, se non legati al *budget* che l'azienda ha messo a disposizione per la totalità dei turni aggiuntivi realizzabili nell'anno. I Responsabili ritengono che i turni aggiuntivi abbiano consentito a) la certezza della copertura dei turni; b) l'aumento della disponibilità e flessibilità del personale; c) il miglioramento del clima e la riduzione delle tensioni sindacali; d) la possibilità di garantire le ferie estive. Tra gli aspetti negativi, segnalano il rischio di

compensare una carenza strutturale che ha bisogno anche di altre soluzioni.

Gli effetti della carenza

Nella prima rilevazione non sono stati indagati gli effetti della carenza infermieristica poiché il fenomeno era relativamente nuovo. Nella seconda, sei Responsabili dichiarano che la «sofferenza infermieristica» si sta trasformando anche in «sofferenza assistenziale»: sono in aumento i reclami degli utenti che segnalano insoddisfazione sull'assistenza ricevuta (4 aziende); non è sempre possibile assicurare la mobilitazione dei pazienti allettati (2 aziende), e sono in aumento le lesioni da compressione (2); non è sempre possibile rispettare i tempi di somministrazione delle terapie (2) e gli infermieri non riescono ad intervenire con sollecitudine nella gestione delle esigenze dei pazienti (1). Due Responsabili hanno osservato che è difficile documentare gli effetti della carenza infermieristica a causa della indisponibilità di indicatori.

4. Parte terza. Discussione

Le aziende coinvolte hanno mantenuto la stessa struttura: le uniche modifiche intervenute sono quelle legate alla chiusura dei reparti realizzate per affrontare la carenza degli infermieri. Sarebbe interessante verificare quanto queste strategie, sollecitate dalla mancanza di infermieri, hanno avuto un impatto sui cittadini. Tuttavia, malgrado la chiusura dei reparti, la risorsa infermieristica continua ad essere percepita come carente anche a fronte di un sostanziale mantenimento delle dotazioni che però esprimono la quantità di infermieri e non il tempo infermiere equivalente. Inoltre, malgrado la dotazione organica sia un importante elemento per definire la carenza (Kra-

mer, 1990), anche nella seconda rilevazione non è emersa alcuna correlazione tra quanti infermieri mancano e gravità della carenza percepita. Probabilmente le dotazioni organiche sono frutto della storia dei reparti e delle forze negoziali locali e non indicano la quantità di personale infermieristico necessario ad offrire l'assistenza di cui i pazienti avrebbero bisogno; lo dimostra anche l'elevata disomogeneità dei criteri utilizzati per definire le dotazioni organiche in base ai quali le medicine possono offrire una presenza infermieristica anche tripla sulle 24 ore tra una azienda e l'altra (da 0,1 a 0,35 infermiere/paziente).

Le aziende che hanno aumentato la dotazione di personale di supporto, non hanno ridotto quella degli infermieri: non sembra pertanto emergere nelle aziende coinvolte la tendenza di sostituire infermieri con personale di supporto. Inoltre, l'andamento prevalentemente stagionale della carenza, fa pensare ad una crisi ciclica e prevedibile, probabilmente legata ad una sottostima degli organici integrativi necessari a garantire la copertura di ferie e malattie, di norma stabiliti in un terzo di quello presente. L'andamento ciclico determina l'elevato ricorso all'accorpamento dei reparti che costituisce una delle strategie più frequenti ma che in genere mette molto in difficoltà gli infermieri soprattutto quando si trovano ad assistere, senza essere preparati, pazienti con problematiche molto diverse da quelle sulle quali si sentono esperti.

La carenza percepita si è attenuata solo in due aziende; nelle altre è peggiorata o rimane invariata. Questo significa che alcune aziende stanno affrontando la crisi da oltre 3 anni: quando la carenza è cronica probabilmente è minore anche la capacità degli infermieri di compensare. Le cause rimangono il difficile reclutamento e l'elevato *turn over*, anche se a distanza di

anni sembra più evidente la carenza di infermieri turnisti che lavorano sulle 24 ore. Per la prima volta compaiono le ragioni economiche che determinano l'impossibilità di assumere infermieri (pur avendone bisogno) e di pagare i turni aggiuntivi.

Alcuni reparti sembrano soffrire più di altri; tuttavia gli stessi, come ad esempio le medicine, sembrano protetti quando si trovano in ospedali periferici di grandi aziende. Questo fa ipotizzare che non è tanto — o non solo — «il reparto» ad attrarre o respingere gli infermieri, quanto la presenza di alcuni fattori: quelli che sembrano influenzare negativamente sono l'elevato numero di pazienti da gestire, il carico di lavoro, l'instabilità del *team* assistenziale e l'inappropriatezza dei compiti affidati agli infermieri; quelli che invece sembrano determinare l'intenzione a rimanere sono gli aspetti economici, il clima, i rapporti con gli altri operatori e la *leadership* del capo sala.

Nella prima rilevazione, le aziende avevano, nell'ordine, accorpati reparti, inserito operatori di supporto, spostato il personale per inserirlo nei reparti più in difficoltà e modificato la turnistica aumentando, ad esempio, il numero delle notti/mese. Quanto più era grave la carenza percepita dai responsabili tanto più risultava frequente il ricorso alla monetizzazione aggiuntiva dei turni. Le aziende non avevano sospeso servizi (come l'RSA), le iniziative di aggiornamento e il supporto alla libera professione medica intramoenia. Non avevano sviluppato accordi con infermieri pensionati o con enti diversi (ad esempio, cooperative).

Nella seconda rilevazione la situazione viene affrontata con le stesse strategie. Le aziende hanno, nell'ordine, proseguito con l'inserimento degli operatori di supporto, l'accorpamento dei reparti, lo spostamento del perso-

nale laddove c'è più bisogno e l'acquisto di turni aggiuntive. Si è ridotto il ricorso alla modificazione della turnistica che però continua a riguardare 6 aziende; rimane invece costante lo sforzo di rivedere i piani di lavoro per recuperare personale da attività non infermieristiche. Una azienda è ricorsa alla sospensione dell'offerta dell'RSA e — seppur limitata — dei permessi per aggiornamento che però nel frattempo sono diventati obbligatori (ECM) e pertanto frequentemente realizzati al di fuori dell'orario di servizio. La mobilità del personale rimane la terza strategia attivata: questo potrebbe determinare molta incertezza e demotivazione tra gli infermieri e aumentare, di fatto, la loro intenzione ad andarsene. Inoltre, mentre nella prima rilevazione, due aziende avevano modificato i livelli assistenziali sacrificando alcune prestazioni infermieristiche (come ad esempio, la mobilitazione dei pazienti), nella seconda, altri tre Responsabili dichiarano di aver operato questa scelta.

Le azioni messe in atto sono compensative (ad esempio chiudere i reparti) o hanno il carattere di urgenza (ad esempio accorparli o rivedere la turnistica) e non agiscono sul clima organizzativo e, per alcuni aspetti, potrebbero peggiorarlo.

I turni aggiuntivi stanno coinvolgendo quasi tutte le aziende: la monetizzazione ha una discreta variabilità tra una azienda e l'altra. I turni aggiuntivi sono di norma richiesti per tutta l'azienda: questo potrebbe essere un aspetto critico perché non salvaguarda le competenze infermieristiche che sono «contestuali». Solo tre aziende hanno definito un tetto di prestazioni che assicura uno spazio di recupero psico-fisico e da dedicare all'autoformazione.

A giudizio dei Responsabili, gli effetti della carenza si stanno iniziando a

percepire anche sui pazienti anche se mancano strumenti per oggettivarli.

4. Conclusioni

Pur nei limiti dello studio che rileva l'evoluzione della carenza, così come percepita dai Responsabili dei servizi infermieristici di 10 aziende dal 2001 ad oggi, tra i quali uno di nuova nomina che non è stato coinvolto nella prima rilevazione, emergono alcuni nodi interessanti.

La carenza rimane uno degli aspetti che più impegna le direzioni aziendali e sta influenzando la struttura degli ospedali. Solo due Responsabili su dieci hanno dichiarato che si sta attenuando mentre per gli altri rimane pressoché invariata o addirittura peggiorata. Le dotazioni organiche sembrano basarsi su criteri molto disomogenei e anche il concetto di carenza è molto soggettivo. La carenza non è distribuita su tutta l'azienda e i fattori che proteggono i reparti sembrano molto legati al clima organizzativo, alle relazioni tra gli infermieri, con i medici ed alla *leadership* dei ruoli di coordinamento. Questi ultimi, così come emerge dalla letteratura ma anche dalla percezione dei Responsabili coinvolti, potrebbero influenzare la capacità delle aziende di trattenere gli infermieri. Sarebbe interessante in futuro descriverli meglio e indagare la loro effettiva influenza nella pratica infermieristica italiana.

BIBLIOGRAFIA

- AIKEN L.H., HAVENS D.S., DOUGLAS M., SLOANE M. (2000), «The Magnet Nursing Services Recognition Program. A comparison of Two Groups of Magnet Hospitals», *American Journal of Nursing*, 100 (3), pp. 26-35.
- AIKEN L.H., SLOANE D.M., SOCHALSKI J., SILBER J.H. (2002), «Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction», *JAMA*, 288(16), pp. 1987-93.

- AIKEN L.H., SMITH H.L., LAKE E.T. (1994), «Lower Medicare Mortality Among a Set of Hospitals Known for Good Nursing Care», *Medical Care*, 32 (8), pp. 771-85.
- COFFMAN J., SPETZ J. (1999), «Health policy and system. Maintaining an adequate supply of RNs in California», *Image- The Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), pp. 389-393.
- DE RAEVA P. (2003), «Commentary: A European perspective», *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), pp. 335-350.
- JANISZEWSKI H. (2003), «The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of literature», *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), pp. 335-350.
- KRAMER M. (1990), «The magnet hospital», *Journal Of Nursing Administration*, 20(9), pp. 35-44.
- LEWIS S.J. (2002), «Extent of shortage will be known only when nurses spend all their time nursing», *British medical Journal*, 325, pp. 1362.
- PALESE A., BATTISTELLO M., BROGIO G., BUGGIO M.E., FERRARA A., MARCOLIN F. ET AL. (2001), «Le strategie per affrontare la carenza di infermieri in undici aziende sanitarie: un'analisi descrittiva», *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 20(4), pp. 203-209.
- PRESCOTT P. (1989), «Shortage of professional nursing practice: a reframing the shortage problem», *Heart and Lung*, 18(5), pp. 436-443.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, Executive board 107th session, provisional agenda 3,4 (2000), «Strengthening health service delivery: human resources. Strengthening nursing and midwifery».

GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ IN TOSCANA: ANALISI DEGLI ASPETTI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI, DI ATTIVITÀ E DEI COSTI

Fabrizio Tediosi¹, Lorenzo Roti²

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

1 Osservatorio di Economia Sanitaria

2 Osservatorio di Epidemiologia

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Metodologia - 3. Risultati - 4. Discussione - 5. Conclusioni.

1. Introduzione

L'esperienza degli Ospedali di comunità (Odc) in Toscana è stata avviata nel 1997 con la deliberazione del Consiglio regionale n. 384 — «Sperimentazione nuovi modelli organizzativi. Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie» (del. C.R. n. 384 del 1997) — con la quale venivano introdotti sperimentalmente alcuni modelli organizzativi innovativi: foresteria, albergo sanitario, ospedale di comunità, erogazione di prestazioni specialistiche in regime diurno, ospedalizzazione domiciliare.

L'introduzione degli Odc nella rete dei servizi sanitari regionali è avvenuta, quindi, nell'ambito di una generale riorganizzazione del sistema di cure toscane, nel tentativo di riequilibrare il rapporto tra il livello di assistenza ospedaliero (diventato un *setting* assistenziale solo per le alte specialità professionali e tecnologiche) e quello territoriale, anche per far fronte al progressivo mutamento del quadro epidemiologico generale caratterizzato da un crescente invecchiamento della popolazione e dal conseguente aumento della prevalenza di malattie cronico-degenerative.

Il risultato complessivo di questa operazione, che ha interessato i territori di tutte le aziende sanitarie della

Toscana soprattutto nel secondo quinquennio degli anni Novanta, è stata una considerevole riduzione dell'offerta di posti letto ospedalieri (da 5,3 per 1.000 abitanti nel 1996 a 4,4 per 1.000 nel 2002 includendo anche quelli privati convenzionati) e l'attivazione di nuove risposte sanitarie territoriali di tipo intermedio o a bassa intensità assistenziale.

L'operazione di chiusura dei piccoli ospedali, diventati causa di inefficienza e inappropriata delle cure, si è accompagnata all'opportunità di mantenere attive in quei territori, e spesso nelle stesse sedi degli ospedali dismessi, strutture sanitarie polifunzionali, nelle quali hanno peraltro trovato ubicazione anche gli Odc.

A distanza di sette anni dall'avvio della sperimentazione degli Odc in Toscana, non si è ancora proceduto ad effettuare una verifica delle diverse esperienze attivate, a formalizzare in maniera più precisa identità e ruolo dell'Odc nel Sistema sanitario toscano (Sst), a definire i criteri strutturali, organizzativi e procedurali per l'accreditamento di strutture ormai ampiamente diffuse in gran parte del territorio regionale e in costante crescita numerica.

Per questo motivo, l'Agenzia regionale di sanità (Ars) della Toscana, nel-

l'ambito di un progetto volto ad effettuare una valutazione dell'attuale stato dell'assistenza post-acuta (le cosiddette Cure intermedie) nelle Aziende Usl, ha effettuato uno studio descrittivo degli Odc attualmente presenti in Toscana.

Gli obiettivi dello studio sono stati essenzialmente due:

— valutare complessivamente e comparativamente gli aspetti organizzativi, gestionali, l'attività e i costi delle strutture esistenti;

— analizzare l'attuale ruolo degli Odc all'interno della rete assistenziale territoriale regionale.

2. Metodologia

Lo studio, realizzato dall'Ars della Toscana con la collaborazione di un gruppo di referenti delle Aziende Usl

Elenco dei partecipanti al progetto: Franco Chierici, Lia Pierami, Maria Moni: Asl 2 Lucca; Maria Cristina Barsotti, Mauro Maccari: Asl 5 Pisa; Themistocles Kazantzis, Franco Berti, Filomena Gadaleta: Asl 6 Livorno; Yvonne Caruso, Patrizia Calvelli, Michele De Zio: Asl 7 Siena; Francesca Daveri, Luca Vannuccini, Fausto Cerini, Maria Grazia Brandini: Asl 8 Arezzo; Luigi Sedita: Asl 10 Firenze; Francesco Agrimi, Fabio Michelotti: Asl 12 Viareggio.

nelle quali sono presenti gli Odc, ha analizzato gli aspetti strutturali, organizzativi, di attività e i costi degli Odc presenti nella Regione Toscana (nel giugno 2003).

L'assenza di un flusso informativo regionale sull'attività di queste strutture e di un osservatorio regionale delle attività extraospedaliere, ha richiesto l'attivazione di una rilevazione *ad hoc* delle informazioni concernenti gli aspetti analizzati.

La metodologia di lavoro ha seguito sei fasi:

1) l'analisi di tutta la normativa regionale e aziendale riguardante gli Odc, in base ad uno schema mirato a sottolineare gli aspetti maggiormente rilevanti — funzione degli Odc, struttura, *standard* organizzativi e gestionali, caratteristiche dei pazienti e tipologia dell'assistenza offerta;

2) la predisposizione di un questionario *ad hoc*, al fine di raccogliere le informazioni sulla struttura e sull'attività degli Odc, articolato in due grandi sezioni, la prima riguardante gli aspetti strutturali ed organizzativi degli ospedali e la seconda le informazioni relative all'attività dell'anno 2002; la somministrazione del questionario ai responsabili degli Odc, relativamente agli aspetti strutturali e organizzativi, ha permesso di raccogliere le informazioni elencate nel box 1;

3) le informazioni raccolte attraverso il questionario compilato dai responsabili degli Odc sono state «validate» attraverso un'intervista strutturata (in 8 casi su 11) ai responsabili stessi, nonché mediante il sopralluogo presso le strutture effettuato dai responsabili della ricerca;

4) in aggiunta, sono stati raccolti ed analizzati le deliberazioni aziendali di istituzione dell'attività di Odc e i regolamenti di funzionamento interno degli ospedali;

5) in collaborazione con i servizi di controllo di gestione delle Aziende Usl coinvolte (tutti gli Odc sono centri di costo aziendali), sono stati raccolti ed analizzati i *report* dei costi relativi

all'anno solare 2002. Dato l'elevato grado di eterogeneità della classificazione dei costi, per renderli più facilmente comparabili si è proceduto a riclassificarli. La riclassificazione ha

Box 1

Informazioni contenute nel questionario
<ul style="list-style-type: none"> • Bacino di utenza • Ubicazione della struttura (presidio territoriale od ospedaliero) • Tipo gestione dell'Odc • Attività e servizi diagnostici o specialistici interni al presidio o collegati funzionalmente all'Odc • Numero totale di posti letto, numero e tipologia dei posti letto dedicati a specifiche funzioni • Qualifica responsabile Odc ed esclusività incarico • Personale assegnato all'Odc – caposala, infermieri, OTA/OSA, altro • Attività di riabilitazione (numero ore settimanali) • Modalità di ammissione • Responsabilità clinica del paziente • Utilizzo di strumenti valutativi clinico-funzionali • Protocolli interni per l'assistenza e protocolli con servizi esterni • Limite durata <i>max</i> degenza • Esistenza banca dati <i>ad hoc</i> • Questionario di gradimento
Informazioni raccolte sull'attività
<ul style="list-style-type: none"> • Numero di ricoveri e di soggetti ricoverati • Età media dei soggetti ricoverati • Numero totale di giornate di degenza • Numero di Medici di medicina generale (MMG) ricoveranti • Numero medio di accessi per ricovero • Provenienza dei soggetti ricoverati (domicilio, ospedale, RSA, riabilitazione, casa di cura) • Patologia primaria causa del ricovero • Finalità del ricovero (riabilitativa, riattivazione funzionale, cure palliative, stabilizzazione terapia, sociale) • Prestazioni diagnostiche rilevanti • Numero di soggetti in nutrizione artificiale • Numero di soggetti con trattamenti in riabilitazione • Modalità di dimissione (domicilio, ospedale, Residenza sanitaria assistenziale, casa di cura)

consentito di ottenere, per la maggior parte dei casi, le seguenti voci di costo:

- personale;
- farmaci;
- beni sanitari;
- beni economici;
- servizi;
- ammortamento attrezzature e fabbricati;
- servizi in appalto;
- servizi interni;
- prestazioni interne;
- generali.

Utilizzando queste informazioni, combinate con quelle di struttura e attività, sono stati calcolati i seguenti indicatori:

- costo totale;
- costo per posto letto (vostro totale/n. posti letto);
- costo per unità di personale (costo totale/numero di personale);
- costo per ricovero (costo totale/n. ricoveri);
- costo per ricoverato (costo totale/n. soggetti ricoverati);
- costo per giornata di degenza (costo totale/n. totale giornate di degenza);

6) infine, i risultati dello studio sono stati discussi in un *workshop* al quale hanno partecipato il gruppo di lavoro dell'Ars e tutti i referenti aziendali.

3. Risultati

3.1. La normativa regionale sugli Odc

La Regione Toscana ha definito il modello organizzativo dell'Odc attraverso la deliberazione del Consiglio regionale (del. C.R. n. 384 del 1997). Il box 1 riporta schematicamente le caratteristiche più significative individuate attraverso questo atto, sulla base del quale le Aziende Usl toscane avrebbero potuto avviare la sperimentazione degli Odc. Successivamente

alla del. C.R. 384/1997 sono stati approvati due Piani sanitari regionali (Psr), il primo nel 1999 (del. C.R. n. 41) e il secondo nel 2002 (del. C.R. n. 60); in entrambi sono presenti alcuni richiami al ruolo e alla funzione degli

Odc nel Servizio sanitario della Toscana (Sst) e in particolare nella valorizzazione delle cure extraospedaliere.

Il *Psr 1999-2001* indicava gli Odc come un modo nuovo di operare all'interno di strutture già consolidate e

Box 2 - Del. C.R. 384/1997. Caratteristiche funzionali e organizzative degli Ospedali di comunità

- Tipologia utenza:
 - pazienti oncologici anche per trattamenti palliativi;
 - pazienti terminali (non AIDS);
 - pazienti neurologici con funzioni vitali autonome;
 - pazienti con temporanea non autosufficienza e bisogno di assistenza integrata.
- L'ospedale di comunità può essere utilizzato in alternativa all'ADI (per condizioni familiari o aziendali).
- È una struttura con bacino di utenza zonale, per mantenere rapporti con famiglia e servizi territoriali.
- È ubicato al di fuori del presidio ospedaliero, all'interno di presidio funzionale con una delimitazione chiara oppure collegato a questo funzionalmente.
- Dimensioni medie: 12-16 posti letto.
- La responsabilità del singolo paziente è del medico di medicina generale che ne ha richiesto l'ingresso e che assicura almeno due ingressi la settimana.
- Il personale presente è personale infermieristico e ausiliario e risponde funzionalmente al medico curante (farà parte del circuito dell'assistenza infermieristica territoriale).
- È assicurato all'interno l'apporto giornaliero della riabilitazione e di consulenze specialistiche apposite.
- Vengono assicurate *in loco*: prelievo di sangue, elettrocardiogramma ed altri esami diagnostici e terapeutici di non elevata complessità tecnologica.
- L'assistenza sociale distrettuale fornirà la consulenza necessaria.
- L'ammissione viene effettuata dal medico della struttura dietro richiesta del medico di medicina generale che, assieme anche al personale infermieristico, definisce e organizza il piano assistenziale sulla base dei bisogni.
- Il medico curante utilizza le procedure e la modulistica prevista per la degenza ospedaliera per le prenotazioni di attività specialistica e diagnostica.
- Le prestazioni sanitarie sono erogate dal proprio personale; per le prestazioni alberghiere può essere richiesta una compartecipazione alle spese.
- La struttura è aperta al rapporto con i familiari dell'utente, con orari flessibili; ha rapporti con il volontariato, su programmi concordati e con personale preparato.
- La struttura è centro di costo a se stante.

come riconversione di strutture esistenti, nell'ambito di una riduzione complessiva delle attività di ricovero ospedaliero e di politiche di sviluppo dei servizi territoriali alternativi ed integrativi rispetto all'assistenza ospedaliera.

Esso promuoveva con forza, l'idea di organizzazione in «rete» di servizi verso la persona anziana, capace di sostenere percorsi assistenziali diversificati, utilizzando in modo flessibile e coordinato le diverse attività dell'offerta: *day-hospital*, Assistenza domiciliare integrata (ADI), Centro diurno, Odc e ricoveri temporanei in Residenza sanitaria assistenziale (RSA).

Il *Psir 2002-2004*, attualmente vigente, ha affrontato il tema degli Odc nel capitolo «Appropriatezza delle cure», nel quale si incoraggiano le Zone (e le eventuali Società della salute) ad ampliare ed implementare le esperienze alternative alla ospedalizzazione basate sul coinvolgimento dei medici convenzionati, e sperimentate secondo le tipologie della del. C.R. 384/1997, finalizzate a soddisfare una vasta tipologia di bisogni come quelli dei soggetti anziani nella fase post-acuta e in quella terminale, nonché dei

care givers che si fanno carico dell'assistenza di malati in condizioni gravose.

In entrambi i documenti di programmazione regionale, si afferma la necessità di superare la fase sperimentale ed estendere le esperienze maturate a tutto il territorio regionale.

3.2. Aspetti strutturali ed organizzativi

La ricerca ha analizzato tutti gli Odc attivi in Toscana nel giugno 2003, ovvero 11 strutture (comprendendo anche una struttura che ha prioritariamente, ma non esclusivamente, funzione di *hospice*), distribuite in 10 Zone sociosanitarie (1) di 7 Aziende Usi.

La distribuzione di queste strutture è particolarmente concentrata in due Aziende Usi, quella di Arezzo, dove sono presenti quattro Odc in quattro Zone sociosanitarie diverse e in quella di Siena dove si trovano due ospedali nel territorio della medesima Zona.

Il bacino di utenza tipico degli Odc è quello della popolazione residente nell'ambito territoriale delle Zone sociosanitarie che, tuttavia, presentano un'ampia variabilità, oscillando dalle 375.000 persone della Zona Fiorenti-

na alle 32.000 della Val Tiberina (Asl 8 Arezzo). Solamente in due casi (Galliciano dell'Asl 2 di Lucca e Navacchio dell'Asl 5 di Pisa), l'Odc è utilizzato a servizio della popolazione di tutto il territorio dell'Azienda Usi (tabella 1).

In quattro casi gli Odc sono ubicati all'interno di strutture ospedaliere per acuti, in altri cinque in presidi polifunzionali territoriali sedi di ex ospedali per acuti, mentre due Odc sono più semplicemente costituiti da un certo numero di posti letto dedicati a questa funzione all'interno di una Casa di cura (Navacchio e da settembre 2003 anche Arezzo) e di una struttura residenziale sanitaria per anziani non autosufficienti (RSA) (Galliciano - Lucca).

In Toscana nel 2003, l'offerta complessiva di posti letto in Odc è di 148 unità, il 58% dei quali attivato all'interno di presidi territoriali polifunzionali. La dimensione media degli Odc è di 13 posti letto, con un *range* da un minimo di 6 ad un massimo di 20 (tabella 2). Le strutture ubicate all'interno di strutture territoriali hanno in genere dimensioni maggiori (in media 17 posti letto) rispetto a quelle collocate nei presidi ospedalieri (in media

Tabella 1 - Bacino di utenza e numero di posti letto degli Odc

Asl e Zona sociosanitaria	Bacino di utenza	Bacino di utenza – popolazione 65 + anni	N. posti letto per 10.000 abitanti 65 + anni
Asl 2 - Lucca	216.599	48.153	1,07
Asl 5 - Pisa	318.797	68.666	2,00
Asl 6 - Cecina	76.529	17.876	5,06
Asl 7 - Siena e Montalcino	119.922	30.602	5,09
Asl 8 - Arezzo	121.305	25.408	3,09
Asl 8 - Val di Chiana	48.886	11.120	18,00
Asl 8 - Val Tiberina	31.133	7.862	7,06
Asl 8 - Valdarno	86.899	18.826	5,03
Asl 10 - Firenze	374.501	92.292	2,17
Asl 12 - Viareggio	159.056	32.957	4,02

10). In un Odc, oltre ai posti letto di ricovero ordinario, sono attivi anche quattro posti letto in regime di *day-hospital*, utilizzati per funzioni riabilitative od oncologiche.

In sette ospedali (su undici) una quota dei posti letto — nel complesso pari al 16% del numero totale — ha una destinazione funzionale predefinita, specifica per alcune tipologie di trattamenti o di pazienti; in particolare, vi sono posti letto per pazienti oncologici terminali, per stati vegetativi persistenti o di riabilitazione. In otto Odc, i regolamenti interni fissano una durata massima di degenza variabile da 15 a 120 giorni.

Il personale degli Odc è composto, normalmente, da infermieri professionali, operatori per l'assistenza alla persona (OTA e OSA) e personale ausiliario, provenienti dai servizi infermieristici del territorio. La dotazione organica di queste professionalità nelle diverse strutture è però estremamente variabile, oscillando da un minimo di 0,8 operatori per posto letto ad

un massimo di 1,7 (tabella 2 e figura 1). È inoltre rilevante la variabilità del rapporto numerico tra personale infermieristico e operatori dell'assistenza alla persona: se mediamente il rapporto è circa di uno a uno, in tre strutture il rapporto è di tre addetti all'assistenza alla persona per ogni infermiere, mentre in altri due casi tale rapporto è invertito a favore degli infermieri. Inoltre, solamente in due strutture, oltre al personale infermieristico, è presente e assegnato funzionalmente alla struttura un medico specialista geriatra per 12-16 ore settimanali.

In tutti gli Odc, la direzione sanitaria della struttura è affidata ad un dirigente medico appartenente all'area delle Attività sanitarie di Comunità dell'Azienda Usl, responsabile dell'andamento dell'attività dell'Odc per gli aspetti gestionali, organizzativi ed igienistici e garante del coordinamento delle varie figure professionali previste dai piani assistenziali individuali dei pazienti ricoverati. In genere, i medici responsabili degli Odc svolgono

questo ruolo a tempo parziale, essendo impegnati anche in altri servizi distrettuali.

È infine importante sottolineare che solo in un caso (l'Odc dell'Azienda Usl 6 Livorno, attivato proprio nel 2003) è prevista una figura di coordinamento formalizzata per i Mmg che utilizzano la struttura, preposta ad affiancare il responsabile dell'Odc nella pianificazione e gestione dell'attività.

3.3. Aspetti gestionali

La gestione della struttura è, prevalentemente (in 8 casi), affidata al personale interno dell'Azienda Usl, mentre in tre casi è mista. In particolare, in due Odc la gestione è affidata al gestore della struttura ospite — una casa di cura privata (Navacchio) e una Residenza sanitaria assistenziale (Galliciano). Nel primo caso, la casa di cura fornisce il servizio e viene finanziata attraverso una tariffa per giornata di degenza stabilita con un contratto di servizio; i medicinali, l'assistenza me-

Tabella 2 - Numero di posti letto, personale. Caratteristiche dei pazienti e attività

	N. posti letto	N. di infermieri	N. ausiliari	N. unità di personale/posto letto	N. ricoveri	Uomini/donne	Età media	Degenza media	N. tot. giorni degenza	N. Mmg	N. medio di visite dei Mmg per ricovero	Provenienza pazienti (%)		
												RSA ist. riab.	Ospedale	Domicilio
Asl 2 - Lucca	8	4	9,5	1,63	125	30%	76	30	3.750	30	8	3,2%	72,8%	24,0%
Asl 5 - Pisa	14	3	8	0,79	215	36%	79	19	4.085	83	4,75	0,0%	0,0%	100,0%
Asl 6 - Cecina	10	7,5	6	1,35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Asl 7 - Siena	18	8	10	0,89	341	—	81	17,3	5.899	61	6	4,7%	43,1%	52,2%
Asl 7 - Montalcino	18	8	16	1,33	346	39%	77	15,5	5.363	18	3,5	8,1%	2,0%	89,9%
Asl 8 - Val di Chiana	20	9	8,5	0,90	228	39%	78	21,2	4.834	38	7	0,9%	44,3%	54,8%
Asl 8 - Arezzo	10	10	3	1,30	175	47%	77	19,2	3.360	63	na	3,4%	72,2%	24,4%
Asl 8 - Val Tiberina	6	2	6	1,33	106	35%	79	19,6	2.078	25	8,3	0,0%	66,0%	34,0%
Asl 8 - Valdarno	10	7	6	1,30	183	43%	77	15,6	2.855	51	5,33	0,0%	0,0%	0,0%
Asl 10 - Firenze	20	9	8	0,85	312	41%	76	15,7	4.898	135	5,4	0,6%	15,7%	83,7%
Asl 12 - Viareggio	14	12	4	1,14	126	56%	73	32	4.032	—	—	0,0%	85,6%	14,4%
Totale	148	79,5	85	—	2.157	40%	78	19	41.154	504	—	—	—	—

dica e le prestazioni diagnostiche strumentali, di laboratorio e specialistiche non sono incluse nella tariffa e vengono pagate dall'Azienda in base al nomenclatore tariffario.

Nel secondo caso (Gallicano), l'Odc è localizzato nella RSA di proprietà dell'Azienda Usl, ma è gestito dall'associazione Misericordia e, anche in questo caso, un contratto di servizio definisce il finanziamento per giornata di degenza, sostanzialmente equiparabile ai posti letto della RSA.

Nel terzo caso (Arezzo), l'Odc è localizzato all'interno di un presidio polifunzionale aziendale, ma la gestione dell'attività assistenziale è affidata in convenzione al personale di una struttura di riabilitazione extraospedaliera. La struttura di riabilitazione alla quale è affidato il servizio ha la responsabilità del funzionamento dell'Odc ed è finanziata, anche in questo caso, a giornata di degenza attraverso un contratto di servizio. Il volume di attività,

e il conseguente finanziamento, vengono stabiliti periodicamente attraverso una negoziazione fra l'Azienda e la struttura di riabilitazione. La gestione è coordinata da una responsabile della struttura di riabilitazione, in collaborazione con il medico dirigente aziendale che ha la funzione di garantire il funzionamento complessivo della struttura e l'attivazione di servizi esterni per la continuità assistenziale. In tutti e tre i casi, quindi, dal finanziamento sono escluse le prestazioni del Mmg, quelle diagnostiche e specialistiche e l'assistenza farmaceutica.

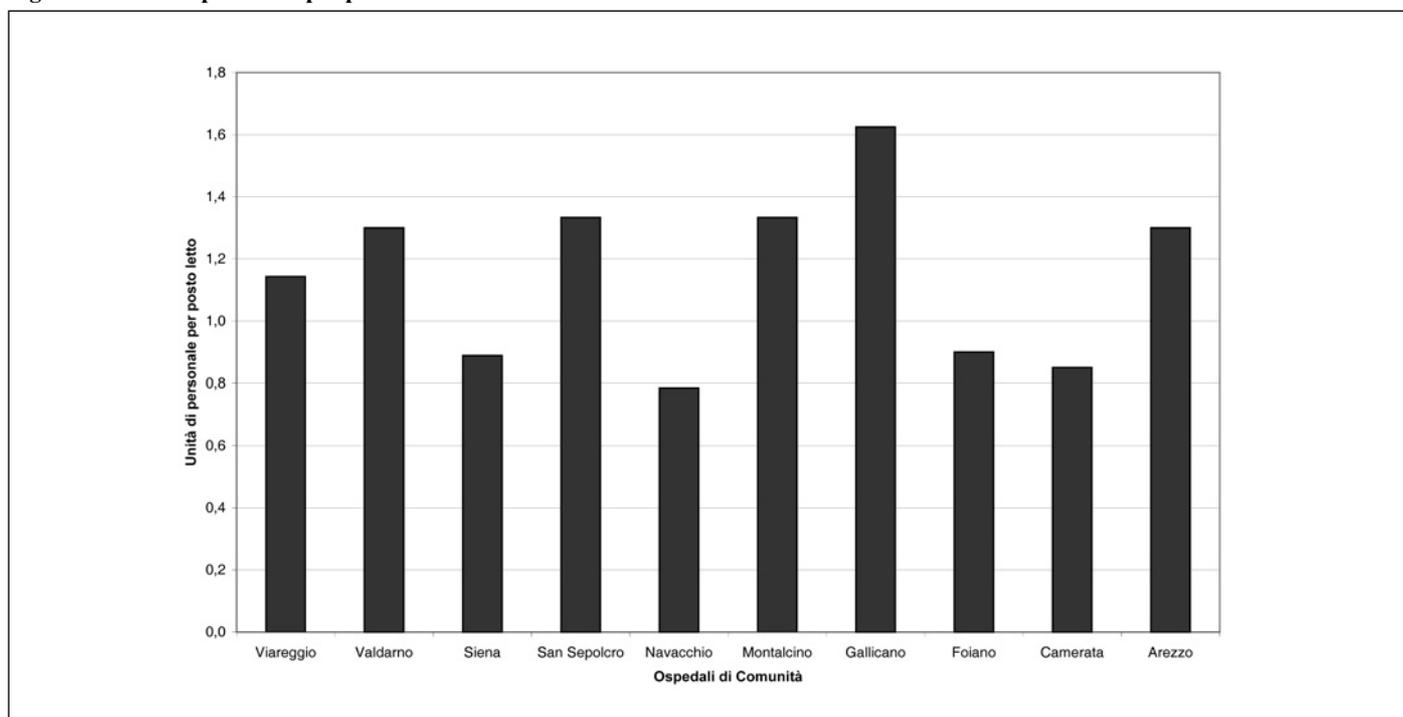
L'accesso all'Odc prevede che la richiesta di ricovero possa essere fatta dai Mmg e, in sei casi, anche dai medici di reparti ospedalieri; tuttavia, la responsabilità clinico-assistenziale del paziente è normalmente affidata al Mmg, tenuto a garantire l'assistenza medica attraverso accessi programmati e concordati con il responsabile dell'Odc e con la caposala, nell'ambi-

to del programma assistenziale definito al momento della proposta di ricovero. Gli accessi dei Mmg sono remunerati in base alle tariffe stabilite dall'accordo integrativo regionale.

Solamente in due Odc la responsabilità clinica dei pazienti può essere affidata ai medici specialisti: nel primo, a Viareggio, è affidata al medico che ha fatto la richiesta di ricovero (sia esso il Mmg o lo specialista ospedaliero); nel secondo, a Montalcino, la responsabilità clinica assistenziale fa capo al responsabile dell'Odc, un medico internista dell'ex ospedale per acuti.

Le emergenze e la continuità medica assistenziale nelle ventiquattro ore, sono garantite nelle ore diurne dalla presenza programmata o dalla reperibilità dei Mmg ricoveranti, mentre nelle ore notturne e nei giorni festivi dalla presenza nel presidio che accoglie l'Odc di un punto di guardia me-

Figura 1 - Unità di personale per posto letto e Odc



dica o della sede del servizio di emergenza-urgenza territoriale (118).

In tutte le strutture è garantita l'attività riabilitativa, anche se il numero di ore mediamente offerte varia ampiamente in funzione dalla tipologia dei pazienti ricoverati (da un minimo di 4 ore alla settimana ad un massimo di 36 ore). Quasi tutti gli ospedali prevedono che il servizio di riabilitazione sia garantito con personale proveniente dalle strutture delle attività riabilitative e di recupero funzionale distrettuali.

In tutti gli Odc è assicurata una buona integrazione con i servizi di assistenza sociale, sia in funzione di una eventuale presa in carico sociale alla dimissione sia ai fini dell'adempimento delle procedure amministrative necessarie all'attivazione di alcuni servizi extraospedalieri (ad esempio l'inserimento in RSA o centro diurno).

3.4. Caratteristiche dei pazienti e attività

Al momento della richiesta di ricovero in Odc, il Mmg, la caposala e il medico responsabile della struttura, definiscono il programma terapeutico assistenziale del paziente, in termini di accertamenti diagnostici, di consulenze specialistiche, nonché la frequenza degli accessi del Mmg.

Questa valutazione viene completata, al momento del ricovero, attraverso una valutazione clinica più specifica effettuata talvolta con strumenti valutativi multidimensionali o scale di valutazione per determinate condizioni morbose o assistenziali.

I pazienti ricoverati in Odc provengono direttamente dal loro domicilio oppure da un ricovero ospedaliero (tabella 2 e figura 2). Complessivamente, poco più di un paziente su due (54%)

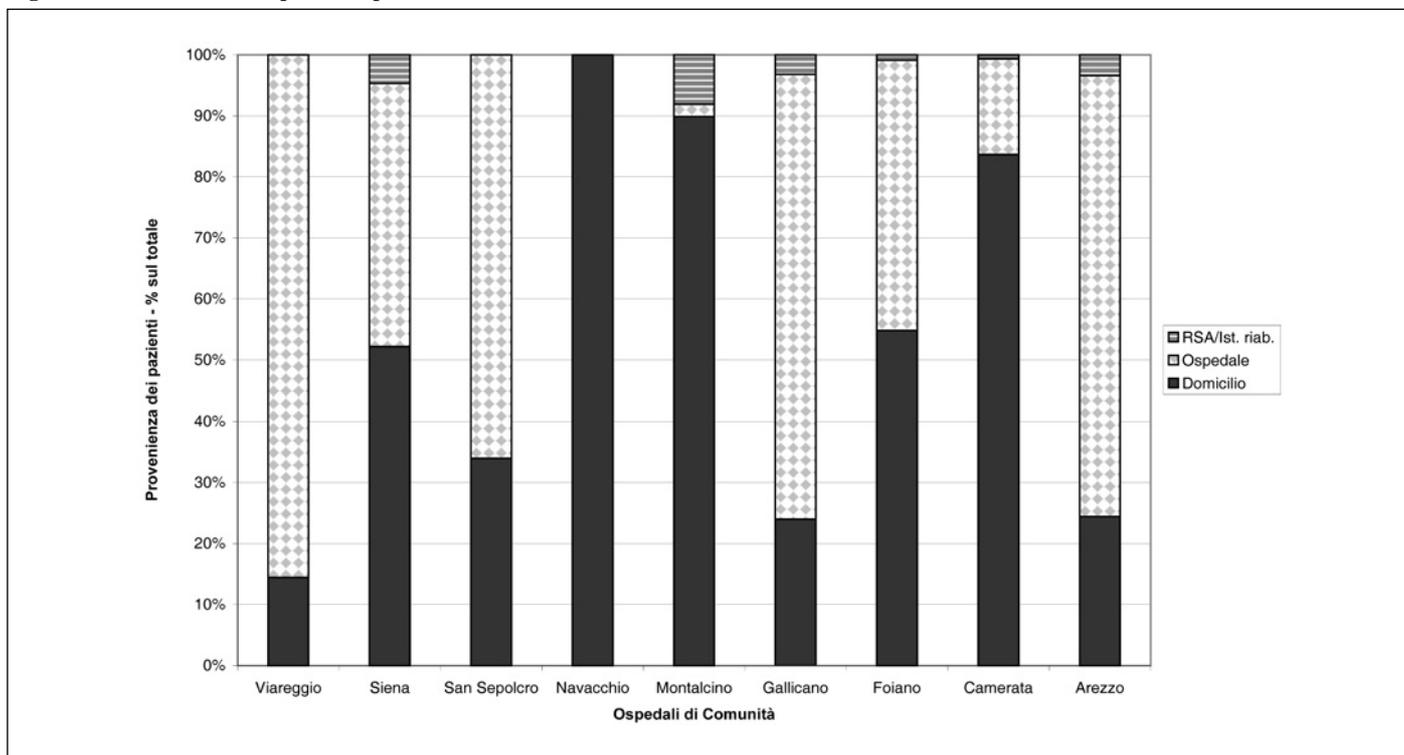
proveniva nel 2002 dal proprio domicilio, in cinque Odc addirittura oltre l'80%, mentre in quattro casi più del 70% dei pazienti provenivano da un ospedale per acuti.

L'età media dei ricoverati è di circa 78 anni, due ricoveri su tre riguardano donne, mentre la durata media della degenza è di circa 20 giorni con un'ampia variabilità tra le strutture (da 15 a 32 giorni, tabella 3).

I Mmg effettuano un numero medio di accessi per ricovero molto variabile, legato alla complessità clinica del ricovero dei propri assistiti e, ovviamente, alla durata del ricovero stesso; anche in questo caso, il dato presenta sensibili differenze nelle diverse strutture, variando da 2,5 a 4 accessi medi alla settimana.

La caratterizzazione della tipologia dei pazienti, impossibile da definirsi sulla base della Scheda di dimis-

Figura 2 - Provenienza dei pazienti, per Odc



sione ospedaliera (SDO), come avviene per gli ospedali per acuti, è stata rilevata utilizzando una classificazione dei ricoveri effettuati secondo le finalità del programma assistenziale definito all'ingresso in Odc. Le finalità individuate sono le seguenti:

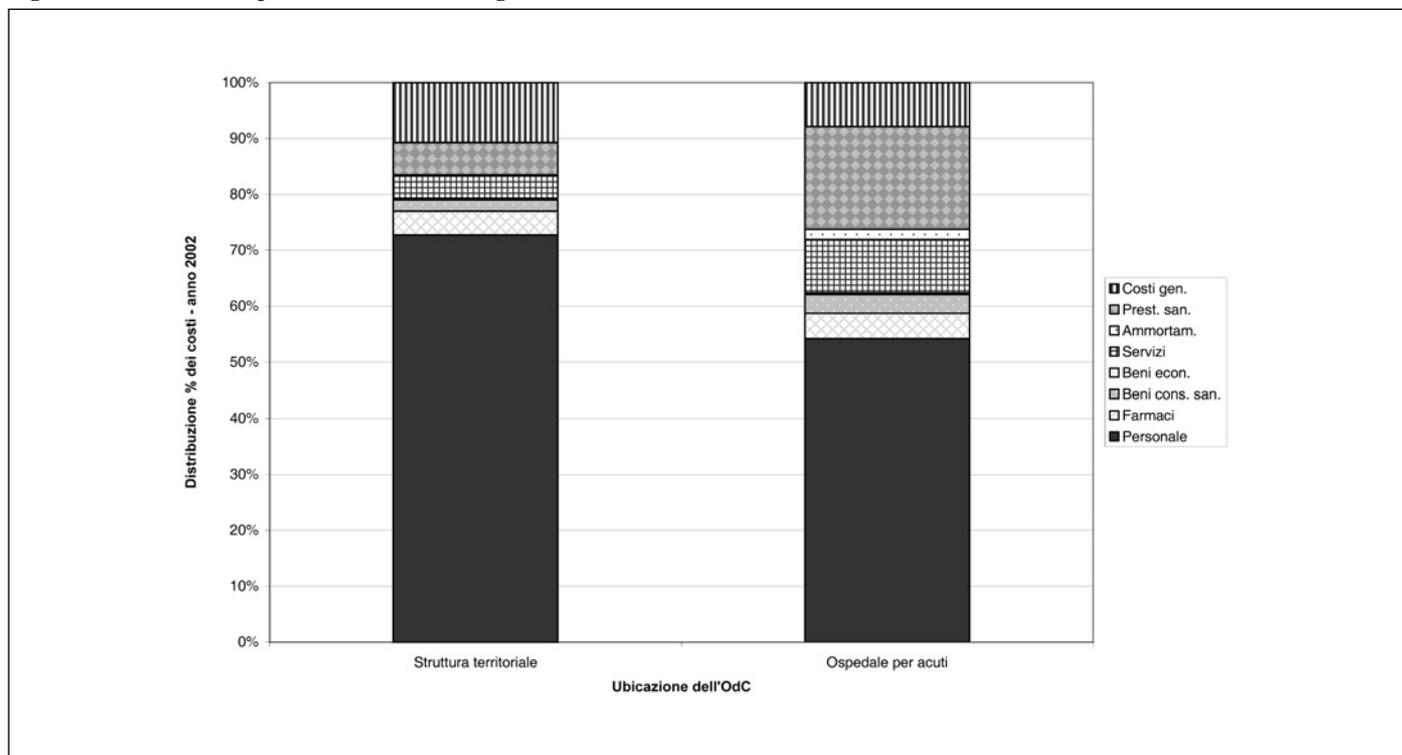
- riabilitativa (22,4% dei ricoveri totali);
- riattivazione funzionale (24,7%);
- stabilizzazione della terapia (24,4%);
- cure palliative (18,6%);
- sociale (9%).

Due ricoveri su tre si concludono con il ritorno al domicilio del paziente, nel 15% dei casi con un trasferimento in ospedale per acuti, nel 3% in Residenze sanitarie assistenziali, mentre circa il 15% dei pazienti decede in Odc (tabella 2).

Tabella 3 - Struttura e attività degli Odc

	Min	Max	Media
N. di posti letto	6	20	13
N. di unità di personale	8	20	14
N. di ricoveri	106	346	216
N. di giornate di degenza	2.078	6.105	4.161
Durata media di degenza	16	32	21
Motivazione del ricovero:			
<i>riabilitazione</i>	0	60	22,4%
<i>riattivazione funzionale</i>	0	48,7	24,7%
<i>stabilizzazione della terapia</i>	7,5	49,7	24,4%
<i>assistenza palliativa</i>	2,8	50	18,6%
<i>ricovero di sollievo</i>	4	32,6	9,9%
Luogo di dimissione:			
<i>domicilio</i>	33,3	83,4	67%
<i>ospedale per acuti</i>	5,7	14,9	15%
<i>decesso</i>	2,5	60,7	15%
<i>RSA</i>	2,6	12,1	3%

Figura 3 - Distribuzione percentuale dei costi degli Odc



3.5. I costi

L'analisi dei costi degli Odc è stata effettuata sulla base delle informazioni fornite dagli uffici dei Controlli di gestione delle Aziende Usl competenti. La disomogeneità osservata nella modalità di rilevazione e classificazione dei costi ha determinato la necessità di riclassificare gli stessi ai fini di una valutazione comparativa.

La componente maggiore del costo totale degli Odc è, come prevedibile, quella relativa al personale (figura 3). In generale, gli Odc localizzati all'interno di presidi ospedalieri presentano una struttura dei costi leggermente diversa da quelli ubicati nelle strutture territoriali; nei primi, infatti, i costi per il personale, e soprattutto quelli generali, rappresentano di gran lunga le componenti più rilevanti rispetto ai secondi, nei quali è invece maggiore il ricorso a prestazioni specialistiche e a consulenze esterne.

Il costo medio per posto letto è di 58.308 € e varia da 27.240 a 107.564 €, mentre il costo medio per ricovero è di 3.947 €, oscillando tra i 1.774 € e i 10.209 € a seconda dell'Odc considerato (tabella 4). Il costo medio per

giornata di degenza è di 192 € e, naturalmente, la variabilità è ampia anche in questo caso (da 93 € a 361 €). È necessario sottolineare che alcune differenze nei costi potrebbero essere dovute a diversi criteri di allocazione dei costi adottati dalle Aziende Usl di appartenenza.

La variabilità nel costo per ricovero non sembra invece essere spiegata da differenze nei volumi di attività (economie di scala). Non è infatti evidenziabile alcuna correlazione né fra il numero totale di giornate di degenza e il costo per giornata di degenza, né fra la durata media di degenza e il costo per ricovero (figure 4 e 5).

Tuttavia, è possibile rilevare una differenza tra gli Odc ubicati in ospedali per acuti e quelli in strutture extraospedaliere: nei primi, infatti, la durata media di degenza è più alta (23,2 giorni vs 18,1), così come il costo totale per ricovero, mentre il costo per giornata di degenza è più basso.

Per quanto riguarda le modalità di gestione, è interessante osservare che, ad una prima analisi, il costo per ricovero e per giornata di degenza è inferiore negli Odc gestiti da erogatori

esterni privati — una RSA e un istituto di riabilitazione — e finanziati sulla base di tariffe giornaliere. Tuttavia, questa informazione va interpretata con cautela, poiché il rimborso per tariffa giornaliera non include una serie di prestazioni sanitarie quali l'assistenza farmaceutica, l'assistenza medica, le procedure diagnostiche e le prestazioni specialistiche, e non è stato possibile chiarire con certezza se tutti questi costi siano stati interamente allocati al Centro di costo dell'Odc o meno.

4. Discussione

Questo studio ha cercato di descrivere ed analizzare gli Odc attualmente attivati in Toscana. Il suo pregio principale consiste nell'aver fornito, per la prima volta sulla base di una raccolta di informazioni *ad hoc*, un quadro descrittivo della situazione effettiva degli Odc in Toscana, dal punto di vista degli aspetti strutturali, organizzativi, di attività e dei costi.

D'altro canto, i limiti principali dello studio derivano dalla mancanza di flussi informativi correnti, quindi vali-

Tabella 4 - Costi degli Odc per tipologia (in € anno 2002) (*)

	Personale	Farmaci	Beni di consumo sanitario	Beni economici	Servizi	Ammortamenti	Prestazioni sanitarie	Costi generali	Totale	Costo tot. per ricovero	Costo tot. per giornata deg.
Asl 2 - Lucca	333.111	10.014	7.911	0	0	0	0	0	351.036	2.808	94
Asl 5 - Pisa	340.809	2.830	0	1.920	0	0	35.800	0	381.359	1.774	93
Asl 7 - Siena	113.215	40.453	20.114	2.359	16.368	5.247	707.782	39.378	944.917	2.731	155
Asl 7 - Montalcino	1.109.773	21.516	12.686	11.497	229.507	69.973	59.701	421.491	1.936.144	5.596	361
Asl 8 - Val di Chiana	588.058	24.268	18.570	2.544	130.497	47.424	28.118	98.397	937.876	4.113	184
Asl 8 - Arezzo	310.772	44.859	29.376	499	21.543	0	10.714	1.152	418.888	2.394	125
Asl 8 - Val Tiberina	246.231	11.173	11.109	1.049	20.800	56	309	42.538	333.265	3.144	160
Asl 8 - Valdarno	440.536	71.295	17.150	3.684	44.691	1.224	96.366	86.080	761.026	4.159	267
Asl 10 - Firenze	513.385	30.987	39.799	2.582	118.309	0	66.082	20.658	791.802	2.538	162
Asl 12 - Viareggio	613.013	64.408	28.764	1.865	106.222	4.710	87.486	379.819	1.286.287	10.209	319

(*) L'Odc di Cecina non è incluso nell'analisi dei costi perché ha iniziato l'attività nel 2003.

dati e certificabili, riguardanti le attività e i risultati di queste strutture, nonché di informazioni a livello di singolo paziente, sull'attività offerta negli Odc e sui relativi costi. Conseguentemente, l'ampia variabilità riscontrata nei dati di attività e nei costi dei diversi Odc potrebbe, almeno in parte, essere spiegata dalla concentrazione dell'attività e delle risorse in pazienti con particolari caratteristiche, non osservate in questo studio, distribuiti non uniformemente negli Odc stessi.

Gli Odc sono ormai presenti nella maggior parte delle Aziende Usl della Toscana e, sebbene l'offerta complessiva di posti letto sia relativamente modesta, il loro numero è in progressivo, ancorché lento, aumento, rappresentando una modalità di risposta assistenziale sanitaria residenziale extraospedaliera per la popolazione anziana toscana, come mostra l'età media particolarmente elevata dei soggetti ricoverati.

I risultati di questa ricerca evidenziano, tuttavia, un alto grado di variabilità anche negli aspetti strutturali ed organizzativi degli Odc, con differenze significative in termini di risorse impiegate (ad esempio il numero di posti letto, la quantità e la tipologia del personale) e di attività erogata (ad esempio il *case-mix*, la durata media di degenza, i costi medi per giornata di degenza e per ricovero).

La durata media dei ricoveri, sebbene molto variabile sulla base anche della funzione assegnata alle strutture nelle diverse Aziende, dimostra che gli Odc non si configurano né come reparti di lungodegenza né come strutture assimilabili alle Residenze sanitarie residenziali.

Dal punto di vista strutturale ed organizzativo, in base anche al differente livello di complessità assistenziale erogata, è possibile individuare tre

Figura 4 - Durata media di degenza e costo per ricovero, per Odc

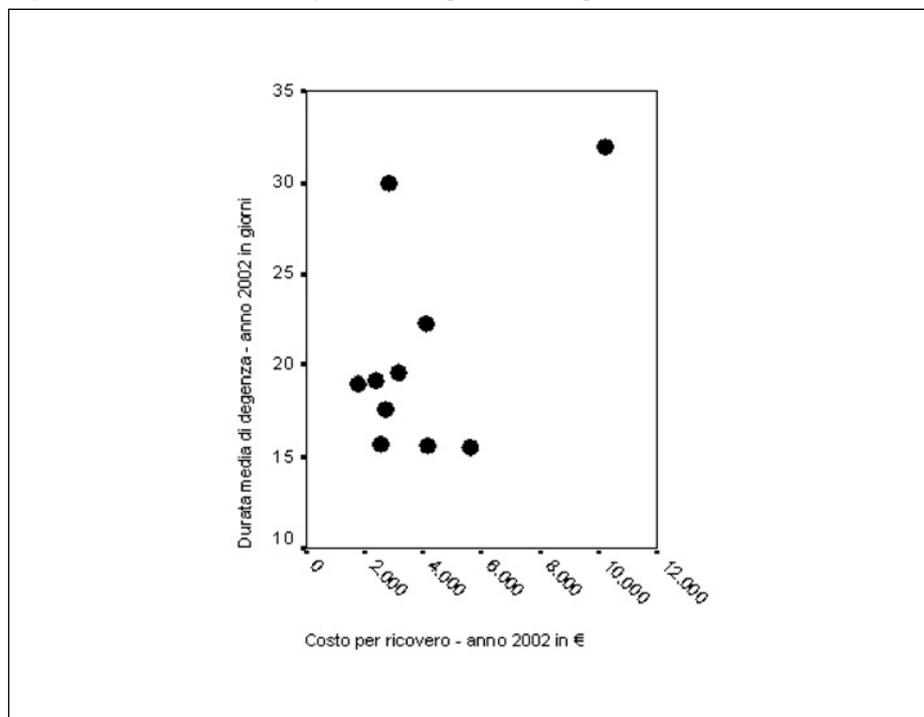
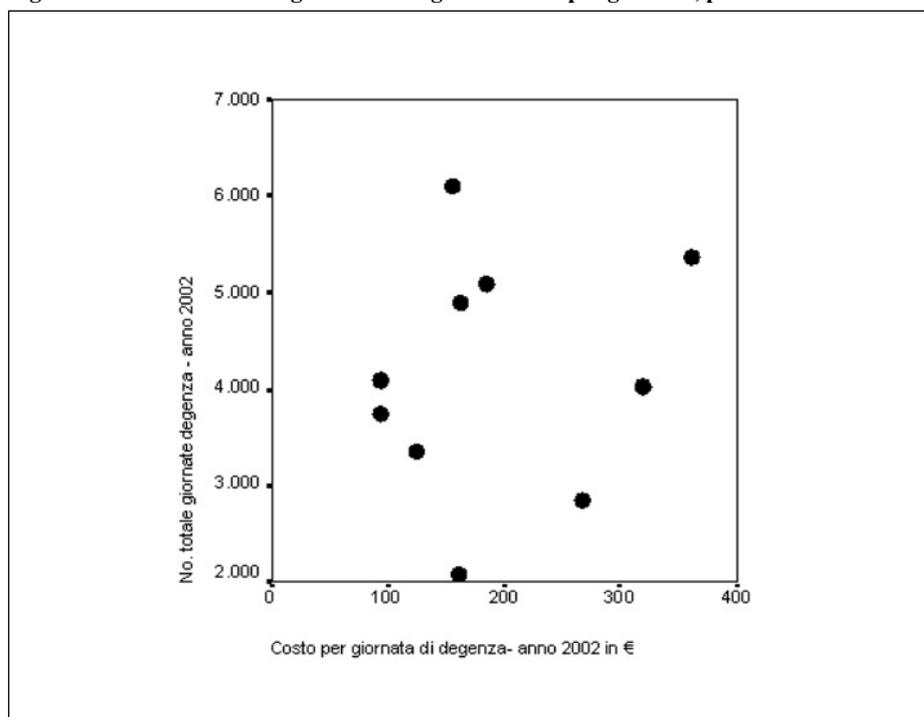


Figura 5 - Numero totale di giornate di degenza e costo per giornata, per Odc



grandi tipologie di Odc, a crescente grado di intensità sanitaria (figura 6):

a) Odc rappresentati da semplici posti letto attivati all'interno di RSA e gestiti dai Mmg;

b) Odc ubicati all'interno di presidi polifunzionali territoriali;

c) Odc ubicati all'interno e in continuità con gli ospedali per acuti.

Dal punto di vista della funzione svolta dagli Odc, è possibile fare alcune considerazioni sia sulla base della finalità dei ricoveri (avvenuta *ex post*), sia sulla base della provenienza dei pazienti al momento del ricovero in Odc.

L'ampia variabilità registrata può essere schematicamente ricondotta a tre principali tipologie di attività, spesso coesistenti nei diversi Odc, indicative della loro funzione nella rete dei servizi:

a) assicurare la continuità assistenziale alla dimissione ospedaliera degli anziani con problematiche riabilitative o sociosanitarie, anche in alternativa all'A.D.I.;

b) rappresentare un'alternativa al ricovero ospedaliero per riacutizzazioni di patologie che non richiedono assistenza ad elevata complessità medico-specialistica;

c) garantire una soluzione residenziale sanitaria per l'assistenza ai malati oncologici terminali in mancanza di attività specifiche di *hospice*.

Gli Odc collocati all'interno degli ospedali per acuti sembrano svolgere una funzione prevalentemente di tipo post-acuto, attraverso un'attività di ricovero di maggior rilievo sanitario e riabilitativo, tipicamente di livello intermedio. Questo sembrerebbe confermato dalla maggiore durata della degenza media, dalla prevalenza di personale professionale infermieristico, dalla rilevanza della casistica delle cure palliative e stabilizzazione della terapia, nonché dal maggior numero di decessi.

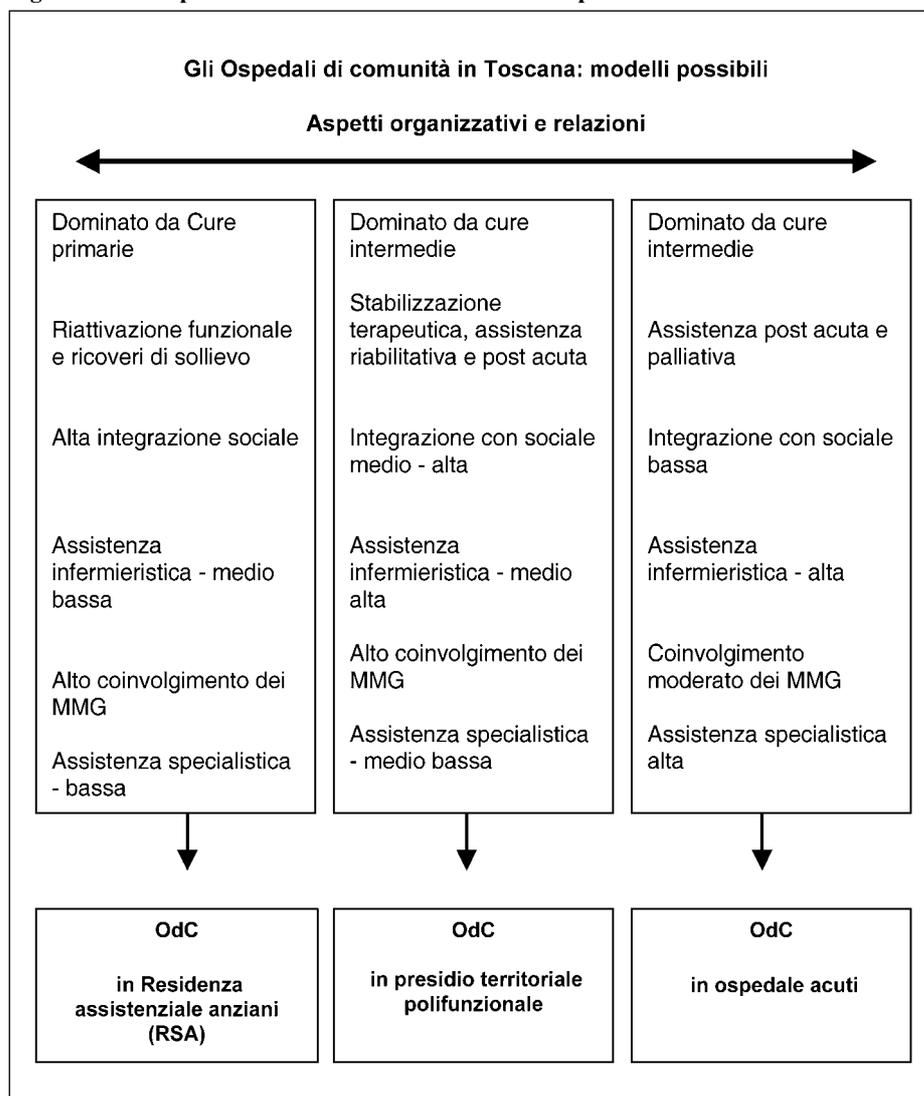
Gli Odc territoriali presentano invece una tipologia di pazienti con una chiara prevalenza dei casi di riattivazione funzionale, per accertamenti diagnostici conseguenti alle ricadute delle malattie croniche (scompenso cardiaco, BPCO, vasculopatie cerebrali croniche, ecc.) o anche per motivazioni più strettamente sociali.

Particolarmente significativo è invece risultato il ruolo e il coinvolgimento dei Mmg sia nella fase assistenziale, sia negli aspetti organizzativi. In

generale, il numero di Mmg che aderiscono all'attività degli Odc, utilizzando la struttura per i propri assistiti, è molto alto; talvolta sono addirittura coinvolti nell'attività dell'Odc tutti i Mmg della relativa Zona sociosanitaria.

Il coinvolgimento dei Mmg nella gestione clinica dei pazienti e nell'organizzazione di una modalità assistenziale di tipo residenziale, è un buon indicatore del crescente ruolo dei Mmg nel Sst. I Mmg, quindi, tornano così ad

Figura 6 - Gli Ospedali di comunità in Toscana: modelli possibili



occuparsi direttamente di casistica clinico-assistenziale più complessa, delegata troppo spesso impropriamente al livello ospedaliero, e possono, inoltre, gestire direttamente una parte rilevante dei percorsi assistenziali dei propri assistiti. La variabilità nel numero di accessi dei Mmg per ricovero rimane, tuttavia, un dato non adeguatamente interpretabile in base alle informazioni disponibili.

Nel 2002, i pazienti ricoverati negli Odc provenivano prevalentemente dal proprio domicilio, ma appare significativa la tendenza ad utilizzare gli Odc come luoghi per la continuità assistenziale alla dimissione ospedaliera, senz'altro rilevante nel caso delle strutture collocate all'interno degli ospedali per acuti.

L'analisi dei costi degli Odc, ancorché preliminare per via della limitata disponibilità di dati, mostra differenze probabilmente ascrivibili sia alla diverse funzioni svolte dagli Odc, sia alla loro ubicazione. Dal punto di vista gestionale, sembrano interessanti le esperienze degli Odc gestiti, interamente o parzialmente, da soggetti privati e finanziati a giornata di degenza in base ad un contratto con l'Azienda Usl. Tuttavia, non è stato possibile effettuare un confronto di efficienza fra queste strutture e quelle gestite direttamente dalle Aziende Usl, per via della mancanza di informazioni dettagliate sui costi, assolutamente necessarie per valutare l'appropriatezza delle decisioni relative alla esternalizzazione dei servizi.

5. Conclusioni

L'Odc, introdotto in via sperimentale in Toscana nel 1997, rappresenta oggi un'attività di cure e assistenza agli anziani di livello intermedio, presente in molte Aziende Usl regionali. Le soluzioni adottate e le finalità assegnate a queste strutture assistenziali,

tuttavia, un'ampia eterogeneità territoriale.

L'assenza di informazioni affidabili e complete sull'attività svolta, le prestazioni specialistiche e diagnostiche effettuate, le patologie trattate, i costi, determinano una difficoltà intrinseca alla comprensione del ruolo attuale degli Odc, necessaria a sostenere con determinazione la necessità di accrescere la presenza di queste strutture nel Sst. Tuttavia, questo aspetto di indefinità della funzione degli Odc e di inadeguatezza valutativa, sembra essere una caratteristica comune anche all'esperienza internazionale (Young, Donaldson, 2001; Seamark *et al.*, 2001).

In generale, si può affermare che gli Odc rappresentano una risposta alla domanda crescente di soluzioni assistenziali post-acute, a supporto della dimissione precoce ospedaliera e a garanzia di una tempestiva presa in carico dei soggetti che presentano un bisogno riabilitativo o di recupero funzionale non erogabile al domicilio a causa della complessità clinico-assistenziale richiesta o per ragioni di tipo sociale. Sotto questo profilo gli Odc si configurano, potenzialmente, come un anello importante nel governo dei percorsi assistenziali dei pazienti con un bisogno di cure post-acute che, attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei Mmg, potrebbe contribuire significativamente al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del Sst. In linea di massima, comunque, l'intensità e il livello di complessità clinica dell'assistenza erogata attualmente dagli Odc in Toscana è abbastanza modesto. Questa considerazione, pur non essendo sostenuta da una valutazione scientifica del *case mix* assistenziale, è indirettamente desumibile dalle caratteristiche strutturali (ad esempio, spesso gli Odc sono attivati in sedi di ospedali per acuti in dimissione) e organizzative delle

strutture esaminate (in alcuni casi coesiste con strutture residenziali socio-sanitarie per anziani), da un numero medio relativamente basso di accessi dei Mmg e dallo scarso ricorso a procedure diagnostiche e terapeutiche rilevanti. Inoltre, i ricoveri a più alta intensità assistenziale sono quelli dovuti alla presa in carico dei soggetti affetti da patologia neoplastica in fase terminale.

Pertanto, la necessità di potenziare la capacità di risposta residenziale nella fase post-acute, anche per rispondere a bisogni di tipo sociosanitario e non esclusivamente sanitario, rappresenta una priorità nell'agenda del Sst. Infatti, la Giunta regionale ha approvato recentemente un documento generale sull'assistenza agli anziani (del. G.R. n. 402 del 26 aprile 2004) con il quale, oltre alla riorganizzazione dei percorsi assistenziali domiciliari, ha tracciato le linee per migliorare la differenziazione dei servizi di residenzialità per anziani, secondo modularità differenziate per tipologia di bisogni assistenziali. Nel documento, le dimissioni difficili dall'ospedale sono identificate come un anello critico del percorso assistenziale, richiedenti una maggiore definizione in termini di raccordo funzionale ospedale-territorio e di certezza nella risposta ad un bisogno di cure intermedie che, attualmente, trova soluzioni organizzative differenziate nelle Aziende Usl della Toscana. Conseguentemente, è previsto lo sviluppo all'interno delle RSA di un maggior numero di posti letto per ricoveri temporanei, per un periodo non superiore ai 60 giorni, secondo modularità assistenziali specialistiche, finalizzate ad accelerare il recupero funzionale dei soggetti con «disabilità prevalentemente di natura motoria (esiti ictus, fratture, ecc.)» in fase post-acute, cioè alla dimissione ospedaliera.

D'altra parte la Regione Toscana ha predisposto un ambizioso programma (del. C.R. n. 128 del 2000; del. C.R. n. 61 del 2002) finalizzato a realizzare centri residenziali di cure palliative per pazienti terminali oncologici (in attuazione del programma nazionale, finanziato dallo Stato - L. 39/99 e ss.) che dovrebbe portare, nei prossimi anni, all'attivazione di strutture a funzione di hospice in tutte Aziende Usl (per un totale di circa 200 posti letto).

La creazione di servizi di livello e intensità assistenziale intermedia, capaci di garantire una continuità tra il livello ospedaliero e quello territoriale, rappresenta quindi una necessità oramai ampiamente riconosciuta anche dalla programmazione regionale. In questa prospettiva, è prioritario, per i decisori politici, poter giungere al più presto ad un'approfondita valutazione delle numerose sperimentazioni degli Odc avviate in Toscana. Questa valutazione dovrebbe fornire le informazioni necessarie a definire il mandato istituzionale degli Odc, nonché a definire i requisiti necessari ad avviare

il processo di accreditamento di queste strutture, senza il quale non è possibile inserirle in modo efficiente nella rete dei servizi sanitari territoriali.

Il lavoro presentato in questo articolo rappresenta, secondo gli autori, una base conoscitiva iniziale, potenzialmente utile a favorire quel il processo di valutazione degli Odc toscani necessario per trasformarli da un'esperienza estemporanea a parte integrante del sistema di cure toscano.

(1) Le Zone sono le articolazioni territoriali ed amministrative delle Aziende Usl al cui livello si esercita la funzione di programmazione e gestione dei servizi sanitari e sociosanitari. Attualmente, le 12 Aziende Usl della Toscana sono articolate in 34 Zone sociosanitarie.

BIBLIOGRAFIA

- DEL. C.R. N. 41 DEL 17 FEBBRAIO 1999, «Piano sanitario regionale 1999-2001», *BURT* n. 15 del 14 aprile 1999, supplemento 40.
- DEL. C.R. N. 128 DEL 29 FEBBRAIO 2000, «Approvazione programma per la realizzazione di Centri residenziali di cure palliative», *BURT* n. 15 del 12 aprile 2000, parte II, sez. I.
- DEL. C.R. N. 60 DEL 9 APRILE 2002, «Piano sanitario regionale 2002-2004», *BURT* n. 19 dell'8 maggio 2002.
- DEL. C.R. N. 61 DEL 9 APRILE 2002, «Approvazione del completamento del programma di realizzazione dei Centri residenziali di cure palliative», *BURT* n. 19 dell'8 maggio 2002, parte II, sez. I.
- DEL. G.R. TOSCANA N. 402 DEL 26 APRILE 2004, «Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.S.R. 2002-2004 di cui alla del. C.R.T. n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitarla sanitaria nelle R.S.A.», *BURT* n. 20 del 19 maggio 2004, parte II, suppl. n.89.
- YOUNG J., DONALDSON K. (2001), «Community Hospitals and older people», *Age and Ageing*, 30-S3, pp. 7-10.
- SEAMARK D., MOORE B., TUCKER H., CHURCH J., SEAMARK C. (2001), «Community hospitals for the new millennium», *British journal of General Practice*, 51, pp. 125-127.
- DEL. C.R. TOSCANA N. 384 DEL 25 NOVEMBRE 1997, «Sperimentazione nuovi modelli organizzativi. Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie», *BURT* n. 1 del 7 gennaio 1998, parte seconda, sezione II.

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 salute

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 devono essere originali e avere contenuto innovativo.

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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

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, pp. 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 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.

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

Pubblicazione:

edita da **SIPIS** s.r.l.
iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della
Stampa in data 22 settembre 1982 e
al n. 80 del R.o.c.
registrata presso la Cancelleria del Tri-
bunale di Roma con il n. 97/84 in da-
ta 10 marzo 1984
realizzata con progetto grafico di **R.
Guaricci**

fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.
stampata dalla **Grafica «Ripoli»** s.n.c.,
via Paterno, s.n., Villa Adriana-Tivoli,
Tel. 0774381700 - Fax 0774381700

Condizioni di abbonamento

Per abbonarsi a **Ragiusan** per
l'anno 2004 versare l'importo di **€
660,00** mediante **c.c.p. n. 72902000**
intestato a **SIPIS** - Roma o inviare as-
segno circolare o bancario, non trasfe-
ribile, intestato a **SIPIS** - 00197 Roma
- Viale Parioli, 77.

L'abbonato ha diritto — dietro rim-
borso delle spese postali e di fotocopie
— di richiedere, entro 60 giorni dall'ulti-
mo giorno del mese individuante il fa-
scicolo, le sentenze «integrali», gli «ar-
ticolati» delle proposte di legge presen-
tate in Parlamento, eventuali «allegati»
a leggi, rapporti, pareri, che **Ragiusan**,
per ragioni di spazio, è costretta a pub-
blicare solo in parte. L'abbonato potrà,
anche, per via telefonica, richiedere
notizie sul corso dei provvedimenti le-
gislativi regionali.

SIPIS

00197 ROMA - Viale Parioli, 77
Tel. 068073368-068073386
Fax 068085817
E-mail: sipised@tin.it

Supplemento
al n. 241/242 di **Ragiusan**
Direttore responsabile
Luigi D'Elia
Condirettore
Emidio Di Giambattista
Segretaria di redazione
Valeria Causa

Spedizione in abbon. postale
c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

Prezzo unitario € 5,16

In questo supplemento:

I chiarimenti dell'Aran sulla normativa contrattuale del comparto sanità (dal 1995 al 2001)

MANAGEMENT SANITARIO IN LITUANIA: DAL CONTROLLO AL MIGLIORAMENTO DELLA SALUTE

Ramune Kalediene

Department of Social Medicine - Kaunas University of Medicine, Lithuania

Adattamento a cura di Francesca Lecci

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Sviluppo dello Stato - 3. La riforma del settore sanitario e la politica sanitaria dal 1990 - 4. Formazione del management sanitario - 5. La percezione dei *manager* sanitari - 6. I bisogni nella nuova formazione manageriale - 7. Management sanitario: una forza politica per il cambiamento.

1. Introduzione

La Lituania ha affrontato il processo di cambiamento del sistema sanitario attraverso una riforma dell'intero settore. Questo processo è venuto configurandosi come una vera e propria sfida, non solo a causa dei vincoli finanziari (che pure costituiscono una variabile fondamentale), ma anche a causa di una evidente debolezza nella cultura e nei comportamenti dei professionisti e dei politici che si occupano di sanità. Questo è in parte causato da concezioni diverse su ruolo e funzioni del management in sanità e sulle strategie sanitarie da adottare. Per migliorare la salute della popolazione bisognerebbe consolidare processi e sistemi di gestione che consentano di perseguire: orientamento alla salute, coordinamento nel lavoro, implementazione e monitoraggio delle strategie di breve e lungo termine, gestioni efficaci dei flussi informativi sanitari, etc. Un ruolo decisivo in questo processo, dovrebbe essere giocato dai *manager* sanitari.

L'articolo presenta un'*overview* della riforma sanitaria e della politica sanitaria in Lituania e descrive lo sviluppo delle percezioni dei *manager*

sanitari Lituani sul concetto di management sanitario.

2. Sviluppo dello Stato

La Lituania è stata una nazione indipendente dalla fine della Prima Guerra Mondiale sino a dopo la seconda Guerra Mondiale, quando è stata assorbita dall'Unione Sovietica. L'assistenza sanitaria nell'Unione Sovietica era controllata dal governo attraverso una programmazione centralizzata. Il sistema sanitario della Lituania era relativamente ben finanziato e lo stato di salute della popolazione migliore che in altre parti dell'Unione Sovietica. La sanità era virtualmente universalmente accessibile e lo stato garantiva un'ampia gamma di servizi.

Per molti decenni, la burocrazia sovietica ha continuato a dichiarare che vi erano sostanziali miglioramenti nella sanità durante il suo sistema centralizzato, in linea con i generali indicatori socio-economici. Tuttavia, una tale affermazione non trovava, di fatto, conferma nelle statistiche demografiche e sanitarie. Agli inizi della *perestroika* di Gorbachev, negli anni '80, furono definite alcune linee-guida per lo sviluppo della sanità e la riforma del sistema sanitario fino all'anno

2000: in sostanza, però non si sono verificati radicali cambiamenti nel sistema. Solo la campagna anti-alcòl di Gorbachev (1985-1987), ha prodotto un impatto positivo sulla mortalità della popolazione lituana.

Nel marzo 1990 la Lituania ha dichiarato la sua indipendenza dall'Unione Sovietica e, nel 1991, è divenuta membro dell'Organizzazione delle Nazioni Unite. Da allora ci sono state numerose riforme nel campo dell'economia nazionale e del sistema sanitario. Una forte recessione e un'iperinflazione hanno segnato la crisi strutturale della prima fase di transizione economica e, solo a partire dal 1995, è iniziata una fase di ripresa e di crescita economica. Una stabile bassa inflazione, la crescita del Pil, l'aumento degli investimenti stranieri, i favorevoli cambiamenti nella bilancia dei pagamenti e la privatizzazione dell'economia rappresentano un segno evidente delle trasformazioni nel sistema economico lituano.

La Lituania è governata da un parlamento ad una sola camera, eletto per 4 anni, e da un presidente che rimane in carica per 5. Lo sviluppo demografico della Lituania durante il primo decennio di transizione è stato quasi paragonabile al trend medio degli stati del-

l'Europa centrale ed orientale e il significativo deterioramento dello stato di salute della popolazione, che si era verificato nella prima fase delle riforme sociali, si è finalmente interrotto a partire dal 1994 (WHO Regional Office for Europe, 2000; 2001). Le principali cause di mortalità erano state i disturbi cardiovascolari, il cancro e le cause esterne di morte, con tassi di suicidio particolarmente elevati. Negli ultimi anni, la mortalità per le suddette cause di morte sta diminuendo, mentre l'attesa di vita cresce.

3. La riforma del settore sanitario e la politica sanitaria dal 1990

Dal 1990, il settore sanitario è sottoposto ad un intenso processo di riforma, per rinnovare e creare un moderno sistema sanitario, finanziariamente sostenibile, che possa fornire servizi di elevate qualità. I servizi sanitari pubblici sono in fase di riorganizzazione con lo scopo di proteggere e monitorare la salute, educare i cittadini e pianificare in chiave strategica l'erogazione dei servizi. In questa prospettiva lo sviluppo dei *network* di cure primarie è considerato un aspetto cruciale.

Il sistema sanitario è stato anche decentralizzato con una distribuzione delle funzioni di gestione ai diversi livelli di governo — in ordine discendente, il Ministero della sanità, i Governatori della Contea, i Consigli municipali e istituzioni specializzate. La titolarità e la responsabilità delle istituzioni sanitarie sono passate dal Ministero della sanità alle municipalità.

Il Ministero della sanità ha la responsabilità complessiva dei risultati del sistema sanitario pubblico e, attraverso lo *State Public Health Centre*, gestisce la rete di sanità pubblica, che include i centri sanitari regionali e i loro presidi locali. Lo *State Public Health Centre* ha responsabilità sulla

prevenzione delle malattie infettive, l'educazione sanitaria e altre funzioni di sanità pubblica.

Il Ministero della sanità governa lo sviluppo del sistema attraverso programmi orientati al raggiungimento di obiettivi chiave di salute e inclusi nel *National Health Programme*. Con il declino della gestione diretta delle strutture sanitarie, il mantenimento e lo sviluppo dell'assistenza di terzo livello rappresenta l'oggetto principale dell'attività amministrativa del Ministero.

A livello regionale, la maggior parte degli erogatori (ospedali provinciali e strutture sanitarie specializzate) sono governati dall'amministrazione provinciale. Ognuna delle 10 contee ha un *County Governor*, che è designato dal governo ed è responsabile per l'attuazione delle politiche statali in molti ambiti. La sanità, in particolare, è affidata ad un «Medico provinciale» (*County Physician*). Alcune strutture sanitarie (ospedali di contea e strutture sanitarie specializzate) sono governate dall'amministrazione della contea, per quanto il processo decisionale, in questa specifica rete di fornitori, richieda anche la partecipazione del Ministero della sanità.

I comuni sono responsabili nei confronti della popolazione dell'assistenza di base e dell'erogazione delle cure primarie. Gestiscono anche strutture ambulatoriali, case di riposo, piccoli e medi ospedali. I comuni, inoltre, hanno una estesa responsabilità nell'attuazione dei programmi locali e nel miglioramento continuo dell'assistenza complessiva.

Il quadro delle strutture pubbliche è cambiato significativamente nel corso dell'ultimo decennio, come risultato di un processo di separazione delle strutture ambulatoriali e di servizio (più comunemente poliambulatorii e servizi di trasporto dei pazienti) dagli ospedali.

Ad oggi, i comuni adottano differenti modelli per l'offerta di servizi ambulatoriali (gran parte dei servizi di assistenza primaria dal 1997, è erogata in appositi centri esclusivamente dedicati a differenza dei poliambulatori dove convivono servizi di base e specialistici che forniscono anche prestazioni aggiuntive). Oltre che nei centri di cure primarie, inoltre, i servizi in questione possono essere erogati in altre strutture quali: ambulatori dei medici di medicina generale, centri sanitari scolastici e di comunità, consultori ginecologici e studi dei medici specialisti. Attualmente non è ancora molto diffuso l'intervento del privato nell'area delle cure primarie, sebbene inizino ad operare in ambito privato alcuni ginecologi, internisti e dentisti. Nel 1998 il Ministero della sanità ha dato inizio ad un dibattito sulla «privatizzazione» della medicina generale, mentre nessun ospedale è stato privatizzato e non ci sono piani ufficiali di privatizzazione di poliambulatorii o di ospedali più grandi.

Nel 1991 è stato introdotto, per la prima volta, un piano di assicurazione sanitaria obbligatoria. Tra il 1991 e il 1996 ha, di fatto, avuto una funzione abbastanza limitata, coprendo solo l'assistenza farmaceutica e le cure terminali. Nel 1992 il governo ha costituito lo *State Sickness Fund*, una sorta di agenzia di acquisto, finanziata e controllata dal Ministero della sanità. Il ruolo dello *State Sickness Fund* è stato quello di coprire i costi di funzionamento delle aziende sanitarie attraverso la stipula di contratti basati su sistemi di pagamento prospettico. In applicazione della legge sulla *Statutory Health Insurance*, adottata nel 1996, è stato introdotto un ulteriore piano di assicurazione sociale per la copertura delle spese mediche, gestito dallo *State Sickness Fund* e dalle sue 10 articolazioni territoriali, i *Territorial Sickness Funds*. Nel corso di una legislatu-

ra, lo *State Sickness Fund* e le sue 10 articolazioni territoriali sono divenute, di fatto, l'agenzia nazionale di assicurazione sanitaria e hanno un *budget* formalmente separato ed indipendente da quello dello Stato. Lo *State Sickness Fund* (assieme ai fondi territoriali) è responsabile della gestione e dei risultati dello schema assicurativo, emana regolamenti, alloca le risorse finanziarie e prende decisioni che riguardano il fondo di riserva. Secondo la legge sull'assicurazione sanitaria, tutti i cittadini devono avere una copertura assicurativa e sottoscrivere il piano di assicurazione obbligatoria. I disoccupati e gli appartenenti a determinati gruppi sociali sono coperti dallo Stato. Nonostante ciò, l'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie per *status* socioeconomico non è stata sufficientemente tutelata. Dal 1998, i fornitori di servizi sanitari hanno progressivamente riconosciuto le sfide collegate al nuovo sistema di finanziamento. Ad ogni modo ci sono due temi fondamentali che riguardano lo sviluppo del settore sanitario. Prima di tutto, il processo di democratizzazione dei meccanismi decisionali di settore è meno che mai completo. A dispetto della crescente cooperazione tra amministratori, fornitori e consumatori, i consumatori ancora mantengono la posizione più debole nell'intero processo. Secondo, la mancanza di competenze manageriali e la scarsa abitudine ad utilizzare le conoscenze professionali nel prendere le decisioni rimangono un serio ostacolo nel processo di riforma (WHO Regional Office for Europe, 2000).

In Lituania la politica sanitaria ha iniziato a prendere corpo nel 1991 con la predisposizione del *National Concept of Health* che ha rappresentato l'idea di fondo per la costruzione del futuro sistema sanitario. Questo documento definisce per il sistema nel suo complesso le seguenti priorità: il

miglioramento della salute della popolazione, la prevenzione delle malattie, lo sviluppo delle cure primarie, la riforma dell'educazione medica secondo gli *standard* europei e la concentrazione delle alte specialità negli ospedali universitari (Lithuanian Health Report, 1993). Questa linea politica è considerata una delle più progressive in Europa ed è stata citata dalla *World Health Organization* (WHO) come esempio per le altre nazioni del post-comunismo (Grabauskas, 2000).

La Lituania non ha ancora un sistema sanitario efficiente, funzionante in maniera razionale: questo rimane un nodo problematico da differenti punti di vista. Ad ogni modo, il *National Health Concept*, si è rivelato un prezioso elemento di stabilizzazione nel processo di cambiamento attraverso l'esplicitazione di una chiara visione. Durante il difficile periodo di transizione, esso ha così assicurato che la ristrutturazione del sistema sanitario non si traducesse, piuttosto, in un processo di distruzione.

Lo sviluppo del *National Health Programme*, adottato nella *Lithuanian Health Law* del luglio 1994, è stata un'altra tappa importante per la sanità lituana (Ministry of Health Lithuanian, 1998). Largamente influenzato dal WHO, il *National Concept of Health* e il *National Health Programme* erano basati sui principi, tipici del programma *Health for All*, di equità nell'accesso ai servizi sanitari, partecipazione comunitaria, approccio multisettoriale ed equilibrio nella fornitura di servizi. Le finalità strategiche del programma erano collegate ai problemi della riforma sanitaria durante il periodo di transizione. Più in generale gli obiettivi inseriti nelle politiche sanitarie del governo erano riferiti a:

— educazione sanitaria, prevenzione delle malattie e promozione della salute;

— continuità in tutte le articolazioni sanitarie;

— decentralizzazione dell'amministrazione;

— promozione della riforma dei servizi di cure primarie;

— raggiungimento di un utilizzo più razionale delle risorse e di una maggiore efficacia finanziaria delle istituzioni sanitarie, sulla base di un piano assicurativo medico e sociale.

Nonostante ciò, il sistema attuale deve fronteggiare una serie di grandi problemi, come la mancanza di risorse, una carente fornitura ospedaliera di servizi sanitari e il continuo disaccordo nel definire la priorità tra medicina curativa e salute pubblica.

4. Formazione del management sanitario

L'efficacia manageriale ed il successo della riforma sanitaria nel paese dipendono fortemente dalla formazione dei *manager* sanitari. Durante il periodo sovietico le posizioni dirigenziali nelle istituzioni sanitarie erano state assegnate ai medici che erano nominati sulla base della loro conoscenza del sistema o della reputazione personale. Alle *Kaunas University of Medicine* e *Vilnius University* erano offerti corsi post-laurea in organizzazione sanitaria, mentre specifici temi di amministrazione sanitaria, medicina sociale ed economia sanitaria erano insegnati a livello *undergraduate* nei corsi di laurea in medicina. Non c'era comunque una specifica formazione in *management* sanitario. Nel 1994 la *Kaunas University of Medicine* ha istituito la *Faculty of Public Health*, nella quale il programma di formazione comprendeva aree importanti, quali la pianificazione sanitaria, lo sviluppo dei sistemi sanitari e l'educazio-

ne sanitaria. Il progetto del *Trans-European Mobility Scheme for University Students* (TEMPUS) di *Management of Changes in Public Health*, istituito e finanziato dalle agenzie per lo sviluppo strutturale dell'Unione Europea ha, inoltre, fornito un meccanismo di collaborazione con la *National School of Public Health di Rennes* (Francia), la *Nordic School of Public Health* (Svezia) e la *Tampere School of Public Health* (Finlandia). Il programma ha preso il via nel 1996 per sviluppare un master dalla durata biennale in *Management of Public Health* alla *Kaunas University of Medicine*. La finalità del progetto era di formare specialisti del *management* sanitario che potessero gestire il sistema sanitario lituano appena riformato. Obiettivi del programma erano di fornire conoscenze e competenze in: 1) valutazione sanitaria e previsioni sanitarie, stabilendo bisogni di promozione sanitaria attraverso gli strumenti della moderna scienza di salute pubblica; 2) analisi dei sistemi sanitari, dei processi di riforma e dei risultati conseguiti; 3) applicazione dei concetti e modelli di *management* sanitario nella gestione e nel cambiamento del sistema sanitario. I temi di sanità pubblica e di gestione sono considerati ugualmente importanti, mentre una considerevole parte del programma è dedicata alla ricerca scientifica ed alla preparazione di una tesi sui temi di sanità pubblica o di gestione dei sistemi sanitari. I partecipanti sono incoraggiati a studiare un'area problematica nel loro lavoro integrando esperienza e conoscenza in modo che i principi che emergono dall'analisi possano essere concretamente applicati: l'elaborato che ne deriva deve essere discusso, in modo da completare il programma ed ottenere il diploma del *Master in Management of Public Health*. Nel 1997 il programma ha ammesso i primi studenti: da allora ci sono stati più

di 120 diplomati, tra i giovani laureati e professionisti. Le iniziative di formazione previste servono a sviluppare le conoscenze di base e le competenze pratiche necessarie per definire e raggiungere degli obiettivi sanitari. Il *master* assicura, a questa nuova generazione di *manager* sanitari introdotti ad un ampio *range* di discipline e professioni, le competenze richieste per gestire le sfide di salute della popolazione lituana e la riforma sanitaria dello Stato.

La presenza di attive e capaci NGO, infine, è essenziale per assicurare lo sviluppo e il miglioramento del *management* sanitario del paese. I professionisti che lavorano in posizioni sanitarie dirigenziali si sono uniti nella *Lithuanian Health Care Management Association* nel 1995. Membri dell'associazione sono rappresentanti del governo, di fondi malattia, di organizzazioni di accreditamento e *audit*, medici comunali, *manager* del sistema sanitario pubblico e di istituzioni sanitarie, nonché di aziende farmaceutiche. Nel 2002, l'associazione contava 263 membri attivi. L'associazione è attivamente coinvolta nell'organizzare seminari di formazione e conferenze di ricerca e contribuisce allo sviluppo professionale dei *manager* sanitari lituani. Nonostante ciò, il complessivo sistema di formazione ed aggiornamento dei *manager* sanitari lituani non è del tutto sviluppato.

5. La percezione dei *manager* sanitari

Nel 2002 è stata svolta un'indagine attraverso la somministrazione di questionari, con lo scopo di rivelare le percezioni e i bisogni di formazione in sanità. Questa indagine è stata iniziata dalla *Faculty of Public Health* e finanziata dalla *Lithuanian Health Care Management Association*. I questionari, da compilare in forma anonima,

sono stati spediti per posta a tutti i membri dell'associazione, che dovevano rispondere a tre domande aperte: «Cosa intende per *management* sanitario?», «Quali materie dovrebbe essere studiate per ottenere la qualifica di *manager* sanitario?» e «Di quali conoscenze di *management* sanitario lei è privo nel suo lavoro quotidiano?».

La percentuale di risposta è stata del 45% e 199 sono stati i questionari completati e restituiti (di questi le donne costituivano il 58%). L'età media dei partecipanti dell'indagine era 43,9 anni, quasi il 40% del gruppo aveva un'età compresa tra 42 e 52 anni, con più di un quarto tra i 32 e i 42 e il 18,1% sopra i 53 anni. Il 17,2%, infine, aveva un'età inferiore ai 32 anni. La maggioranza di coloro che hanno risposto (41,4%) erano direttori di aziende sanitarie, il 13,8% specialisti senior, il 10,3% capi dipartimento, mentre gli altri ricoprivano differenti posizioni manageriali. Conoscendo lo sviluppo storico della formazione del *management* sanitario nel paese, non sorprende che il 72,6% di coloro che hanno risposto avesse una formazione medica, al contrario: il 14,5% aveva un'istruzione manageriale, solo il 3,4% economica, meno del 2% giuridica e la rimanente parte aveva alle spalle altri percorsi formativi di natura non medica.

I risultati dell'indagine hanno dimostrato grandi diversità nella conoscenza del concetto di *management* sanitario (figura 1). Il 29,5% di coloro che hanno risposto intendono il *management* sanitario come amministrazione di un istituto o organizzazione, il 23,1% pensava che ciò riguardasse principalmente la gestione di risorse finanziarie o umane, mentre gli altri l'hanno inteso come il processo correlato con l'attuazione (17,9%) o direzione (15,4%) di politiche sanitarie.

C'è stato, comunque, un gruppo di intervistati che ha definito il man-

agement come orientamento alla società (9,0%) o orientamento ai bisogni di salute (5,1%). Le risposte variavano da «controllo», «possibilità di prendere decisioni individuali», «capacità di comunicare ad un alto livello» a «sviluppo e apertura a opinioni differenti», «attuazione di politiche sanitarie», «miglioramento della salute della popolazione».

Non c'è stata una significativa differenza nella percezione del management sanitario per fasce d'età, mentre la differenza è stata considerevole in base alla formazione professionale.

I *manager* con un'istruzione non medica alle spalle sono stati più propensi ad orientarsi verso i bisogni della società e il miglioramento della salute, mentre per i professionisti medici sembra essere più rilevante la gestione delle finanze e altre risorse e l'amministrazione delle aziende.

I professionisti sanitari nuovi ai temi di management sanitario, intendono lo stesso come un processo altamente razionale, chiamato da Reed la «prospettiva tecnica» (Reed, 1989). Questa situazione è in qualche modo ereditata dal modello sovietico di amministrazione dei servizi sanitari, dove le principali funzioni degli amministratori erano l'organizzazione e il controllo del lavoro, da una parte, e l'esecuzione delle direttive ricevute dall'altra.

6. I bisogni nella nuova formazione manageriale

Lo sviluppo professionale dei manager sanitari è un importante strumento strategico per migliorare la sanità e i servizi sanitari. Il continuo processo di apprendimento permette ai dirigenti e alle organizzazioni di tenere il passo delle sfide in atto (Giglio, Diamante, Urban, 1998).

Nell'insegnamento ad un pubblico adulto, e in particolare a professionisti, in un contesto di educazione permanente il corpo docente deve costantemente assicurarsi che sia gli argomenti dei corsi sia lo stile di insegnamento siano compatibili con i bisogni di uno studente adulto (Dreachslin, 1999). La valutazione rappresenta un momento particolarmente critico, per coinvolgere i discenti sui contenuti dei corsi, sulla loro costante evoluzione in relazione alle necessità di un mercato in continua evoluzione; sui metodi migliori per garantire che il corpo docente sia effettivamente in grado di soddi-

sfare le attese dei discenti stessi. In questa prospettiva, la seconda domanda del questionario riguardava la percezione dei partecipanti sulle materie ritenute più importanti nella formazione manageriale nel settore sanitario (tabella 1). La maggior parte di coloro che hanno risposto (22,1%) pensa che *general management* sia l'oggetto di studio più importante. Politica sanitaria e economia vengono considerate rispettivamente le più importanti dal 14,4% al 11,5%. Vengono nominate molte materie di gestione sanitaria, quali diritto, gestione delle risorse umane, finanza, pianificazione ecc. Il

Figura 1 - Il significato di management sanitario

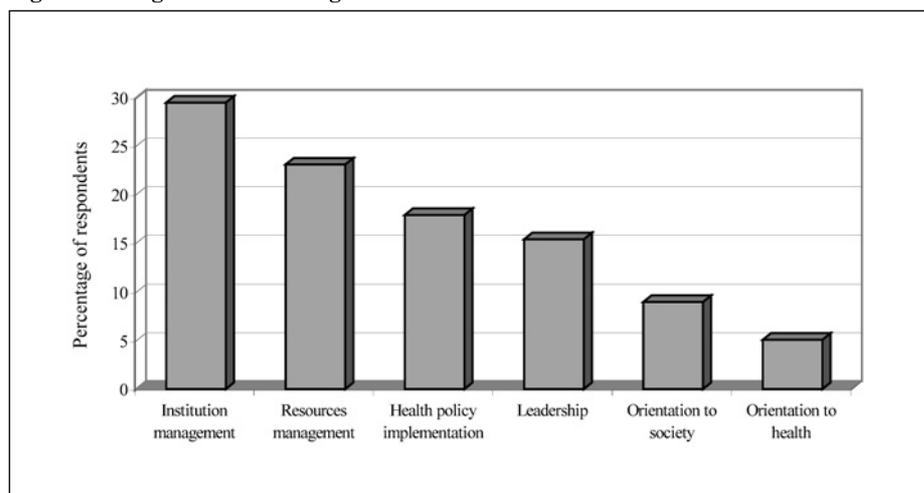


Tabella 1 - Opinioni sulle più importanti materie di studio necessarie nella formazione sanitaria

Materie più importanti	%	Materie più importanti	%
Management	22,1	Etica	1,9
Politica sanitaria	14,4	Qualità	1,9
Economia	11,5	Pianificazione	1,9
Legge	9,6	Principi di riorganizzazione sanitaria	1,9
Sanità pubblica	7,7	Epidemiologia	1,0
Amministrazione	5,8	Sistemi informativi	1,0
Medicina	5,8	Scienze politiche	1,0
Gestione delle risorse umane	5,8	Psicologia	1,0
Finanza	3,8	Assicurazione sanitaria	1,0

7,7% degli intervistati esprime le proprie preferenze per le materie di sanità pubblica e il 5,8% per la medicina. Questo dimostra la diversità di significato attribuita al concetto di management sanitario: è ancora opinione comune che esso sia una disciplina più correlata con le pratiche e la formazione medica, che all'attenzione ai cittadini e alle questioni politiche. È ovvio che gli interrogati con istruzione medica hanno sottolineato principalmente la necessità di avere delle conoscenze in *general management*, mentre i *manager* sanitari con istruzione non medica hanno menzionato le questioni sanitarie e la gestione delle risorse umane in sanità.

Le principali aree di carenza cognitiva tra i professionisti sanitari lituani intervistati, rappresentate nella figura 2, dimostrano chiaramente un forte bisogno di conoscenza in materia di diritto applicato alla sanità, economia, finanza, politiche sanitarie, moderna gestione sanitaria, informatica sanitaria — materie che sono state sottostimate nel modello di amministrazione sanitaria sovietica.

La maggioranza dei *manager* sanitari anziani ha ricevuto poco formazione e ha svolto il proprio compito fondandosi sulla loro esperienza di lavoro e di vita piuttosto che sulle conoscenze. I direttori delle aziende sanitarie hanno la necessità di formazione in gestione delle risorse umane, mentre coloro che ricoprivano posizioni manageriali più basse hanno enfatizzato il bisogno di conoscenza in economia sanitaria.

7. Management sanitario: una forza politica per il cambiamento

Il concetto di management sanitario può essere interpretato e percepito diversamente, guardandolo da prospettive diverse. L'essenza di una attività di governo e gestione pubblica

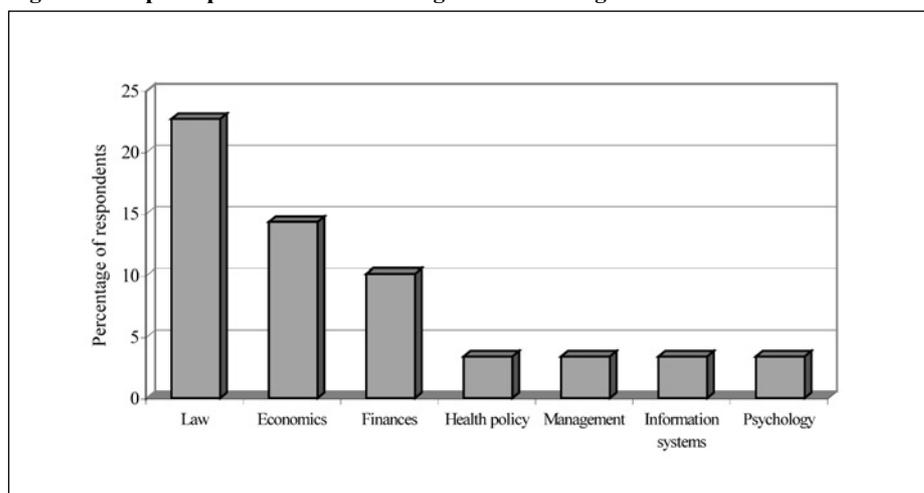
del sistema di tutela della salute dovrebbe essere comunque rappresentata dalla mobilitazione e gestione delle risorse della società (incluse le specifiche risorse del settore dei servizi sanitari) per migliorare la salute della popolazione attraverso qualunque mezzo ritenuto appropriato (Hunter, Berman, 1997). Il management dovrebbe essere visto come il principale mezzo per rafforzare le riforme dal lato delle strutture di offerta (Hunter, 1996), mentre il processo di formazione e riqualificazione dei *manager* sanitari lituani ha lo scopo di plasmare i loro atteggiamenti in direzione di un approccio integrato alla gestione delle strutture sanitarie. Nella schiera dei professionisti appena alfabetizzati rispetto alle tematiche manageriali applicate alla sanità, ci sono già convinzioni fortemente radicate a proposito di cosa sia management sanitario e di quali nuove conoscenze e competenze siano necessarie. Tuttavia, lo studio ha scoperto grande diversità rispetto ai bisogni in formazione. Questo potrebbe essere causato dalla differente preparazione dei professionisti. La sfida della riforma sanitaria richiede *manager* competenti ad ogni livello del si-

stema per assicurare che la strategia prevista sia effettivamente attuata e che i risultati attesi siano raggiunti.

Il management nelle strutture sanitarie è un processo multidisciplinare che richiede una base ampia e approfondita di conoscenze, è evidente quindi la criticità della formazione e l'importanza dell'adozione di modelli formativi che affrontando l'intero spettro delle tematiche che le riforme pongono al settore siano in grado di rispondere alle attese dei *manager* e dei diversi portatori di interesse. In sintesi si tratta di adattare i programmi formativi alle sfide reali che i *manager* devono affrontare.

Ma l'intervento sui programmi da solo non è sufficiente. L'importanza del ruolo dei *manager* sanitari nel processo di riforma non è ben compreso per cui stentano ad emergere percorsi di carriera riconosciuti che possano stimolare gli individui a investire nelle proprie conoscenze e competenze. È anche necessario che il sistema sanitario nazionale garantisca maggior autonomia e permetta ai dirigenti di utilizzare pienamente le proprie capacità nella soluzione dei problemi a livello locale, comprendendo che il man-

Figura 2 - Le principali aree di carenza cognitiva tra i dirigenti sanitari



agement può rappresentare una delle risorse più preziose nella difesa e sviluppo del sistema pubblico.

L'analisi svolta ha cercato di fare emergere i nuovi bisogni cui la formazione deve dare risposta, ha messo in luce la varietà delle interpretazioni che caratterizzano il concetto di management tra i dirigenti delle strutture sanitarie, ha dimostrato l'importanza della formazione per il consolidamento e lo sviluppo delle conoscenze degli individui chiamati a gestire strutture di tale rilevanza. Nella situazione lituana ai *manager* è richiesto di assumere ruoli nuovi rispetto al passato e di diventare agenti del cambiamento. Tutto ciò richiede nuove competenze e capacità e ci sono buone speranze che

nuovi *manager* adeguatamente formati siano in grado di assicurare il successo alle riforme sanitarie.

BIBLIOGRAFIA

- DREACHSLIN J. (1999), «Focus group as a quality improvement technique: a case example from health administration education», *Quality Assurance in Education*, 7(4), pp. 224-232.
- GIGLIO L., DIAMANTE T., URBAN J.M. (1998), «Coaching a leader: leveraging change at the top», *Journal of Management Development*, 17(2), pp. 93-105.
- GRABAUSKAS V. (2000), «Health policy development in Lithuania», in: *Exploring Health Policy Development in Europe*, European Series No 86, WHO Regional Publications, Copenhagen, pp. 82-94.

- HUNTER D.J. (1996), «The changing roles of health care personnel in health and health care management», *Social Science & Medicine*, 43(5), pp. 799-808.
- HUNTER D.J., BERMAN P.C. (1997), «Public health management», *Europ. J. Publ Health*, 7, pp. 345-349.
- LITHUANIAN HEALTH REPORT (1993), 1990/s., Kaunas Medical Academy Press, Kaunas.
- MINISTRY OF HEALTH LITHUANIAN (1998), *Health Programme 1997-2010*, Vilnius.
- REED M. (1989), *The Sociology of Management*, Harvester, Hemel Hempstead.
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2000), *European Observatory on Health Care systems in Transition: Lithuania*, Copenhagen.
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2001), *Highlights on Health in Lithuania*, Copenhagen.

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 salute

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 devono essere originali e avere contenuto innovativo.

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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

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, pp. 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 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.

IL PROCESSO DI RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO FRANCESE: LE QUESTIONI IRRISOLTE

Salvatore Russo

Università Ca' Foscari di Venezia - Dipartimento di Economia e Direzione Aziendale

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il contesto della riforma - 3. L'*Assurance Maladie*: mantenimento o graduale trasformazione? - 4. La regionalizzazione delle politiche ospedaliere - 5. Il finanziamento delle attività ospedaliere: dal *budget global* alla *tarification à l'activité* - 6. Conclusioni.

1. Introduzione

Nelle complesse politiche intraprese dal governo francese per contrastare la crescita della spesa sanitaria e al tempo stesso modernizzare un sistema che, pur presentando elevati livelli di performance, è anche uno dei più dispendiosi al mondo (il terzo dopo Stati Uniti e Germania), rilevano taluni aspetti controversi dovuti al continuo assestamento dei ruoli, alla incessante ridefinizione dei compiti affidati ai soggetti istituzionali ed alla modifica dei meccanismi operativi che ne guidano il funzionamento.

Per taluni versi l'evoluzione del sistema francese sembra possedere svariati elementi in comune con il percorso intrapreso dal nostro Servizio sanitario nazionale ma un'attenta analisi suggerisce di mettere in evidenza come determinate scelte di politica sanitaria, seppur dettate dagli stessi intenti e attuate con strumenti apparentemente simili, abbiano condotto a risultati differenti, non soltanto dovuti alla diversa natura del sistema francese, che continua a non tradire il suo assetto mutualistico, ma anche alla gradualità e talvolta riluttanza del governo nell'implementare le nuove scelte politiche, principalmente quelle relative al

decentramento di funzioni ed alla delega di compiti alle amministrazioni periferiche dello Stato.

Se nel nostro sistema tali scelte sembrano volgere ad esempio verso il federalismo, la stessa cosa non può dirsi in Francia dove i canali di finanziamento rimangono accentrati e gli organi periferici e locali, che continuano a proliferare seguendo dei programmi di rinnovamento messi continuamente in discussione, svolgono di fatto il ruolo di «facilitatori» nella programmazione, nel coordinamento e nella garanzia dei servizi sanitari da parte dello Stato, senza poterne conseguentemente assumere una responsabilità ed un controllo effettivi. Tra le peculiarità che rilevano maggiormente nel sistema francese non si può perciò ignorare la presenza di scelte sfocate e ambivalenti che danno luogo a consistenti biforcazioni nel governo e nella gestione della sanità.

In particolare gli elementi che si è voluto indagare in questa sede, sono i seguenti:

— il controverso rapporto tra lo Stato e l'*Assurance Maladie* (AM) con riferimento al ruolo che l'apparato mutualistico pubblico ricopre nel sistema dei finanziamenti destinati alla spesa sanitaria, dinnanzi ad una cre-

scente diffusione delle assicurazioni private;

— l'incompiutezza di fondo dei programmi di regionalizzazione delle politiche sanitarie nelle quale si trovano coinvolti i soggetti istituzionali;

— la lenta transizione del sistema di finanziamento degli ospedali pubblici da un'impostazione basata su un *budget* globale, fissato dallo Stato e finanziato in *tandem* dal sistema mutualistico, alla tariffazione a prestazione (*tarification à l'activité*), dopo la sperimentazione ventennale che sta trovando una sua concreta applicazione soltanto adesso.

La ricomposizione di tali questioni è del resto sempre più sentita dagli stessi francesi, secondo quanto emerge dai documenti esaminati, come una delle condizioni essenziali (1) per avviare un'effettiva razionalizzazione delle risorse destinate alla sanità, un più efficace controllo, nonché un superamento delle disuguaglianze territoriali e lo sviluppo di una cultura sanitaria pubblica diffusa.

2. Il contesto della riforma

L'ultima riforma sanitaria francese, riconducibile al 1996, va collocata in un più vasto contesto di cambiamento

che ha visto mutare la concezione dei servizi pubblici, mettendo in discussione, come più autori sostengono, la tradizionale organizzazione burocratica dell'apparato statale, di cui i francesi vanno molto fieri. La diffusione del *managerialism* di stampo anglosassone, infatti, mirante a ridurre il peso dello Stato e a trasformare i metodi di gestione pubblica, facendo ricorso a strumenti di gestione in uso nelle aziende private, in Francia ha incontrato diversi ostacoli che hanno prodotto lentezze e distorsioni nel processo di riforma dell'apparato pubblico, soprattutto con riferimento al fenomeno delle privatizzazioni. Secondo Chevallier (1997) sia il programma Rocard del 1989 (*Le renouveau du service public*) che il programma Juppé (*Préparation et la mise en oeuvre de la réforme de l'Etat et des services publics*) hanno inteso reagire contro la banalizzazione che avrebbe potuto scaturire da tale «managerializzazione» ed hanno ribadito con forza la volontà di «difendere la concezione francese dei servizi pubblici» o, meglio ancora, della pubblica amministrazione nel suo complesso, ponendo, di fatto, un freno al processo di modernizzazione.

Pertanto le modifiche apportate all'ordinamento, pur avendo ridefinito i compiti dello Stato e il campo d'azione dei servizi pubblici, con un imponente processo di trasferimento di competenze e responsabilità (*déconcentration*) ad organi statali decentrati, hanno opportunamente conservato il potere decisionale in seno al governo centrale.

Alla stessa logica sembra essersi ispirata l'ultima imponente riforma sanitaria attuata dal primo ministro dell'epoca Juppé con tre decreti riguardanti la previdenza sociale (*ordonnance n. 96344*), la medicina ambulatoriale (*ordonnance n. 96345*)

e la medicina ospedaliera pubblica e privata (*ordonnance n. 96346*).

È prevalsa in tal senso una linea di compattezza con la quale lo Stato, pur creando anche istituzioni *ad hoc*, per migliorare l'efficienza e la reattività del sistema, ha volutamente mantenuto un ruolo primario, lontano dai principi di localizzazione delle politiche sanitarie che hanno trovato ampia diffusione in altri paesi europei dove le logiche di decentramento sembrano attecchire meglio anche in virtù di una predisposizione che la Francia costituzionalmente non contempla (si pensi alla Svezia, Danimarca, Paesi Bassi, Italia, Spagna ma anche a paesi governati da un sistema federale come la Germania e l'Austria).

La riforma in generale ha ufficializzato l'inquadramento di una migliore allocazione delle risorse, sottoponendo al voto del parlamento la legge di finanziamento della *Securité sociale*, che contempla gli obiettivi sanitari stabiliti da un comitato nominato all'interno della Conferenza nazionale di sanità. Secondo tale procedimento l'assemblea legislativa, in nome degli assicurati e dei contribuenti, conferisce una legittimità democratica al controllo delle spese, fissando gli obiettivi finanziari che devono essere perseguiti dalle casse di *assurance maladie* (AM), tenuto conto delle entrate preventive.

Inoltre, sempre attraverso la legge di finanziamento è lo stesso parlamento a stabilire l'obiettivo nazionale d'evoluzione delle spese dell'AM (*objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie*, ONDAM), regolando le quattro principali articolazioni del settore sanitario — similmente a quanto accade per i livelli essenziali di assistenza nel sistema sanitario italiano — riguardanti:

1) le attività non ospedaliere, con specifico riferimento all'assistenza nel territorio (*soins de ville*);

2) le attività degli ospedali pubblici;

3) le prestazioni erogate dalle cliniche private;

4) le prestazioni rilasciate da istituzioni sociosanitarie.

Ciò, oltre a denotare un finanziamento per ambiti applicativi, evidenzia una vera e propria separazione tra settori, la cui architettura oltre che essere considerata sconveniente dalla maggior parte dei rapporti delle commissioni parlamentari recentemente istituite, può essere considerata come una delle principali cause di crescita inusitata della spesa sanitaria. È come se il sistema funzionasse a compartimenti stagni senza una logica unitaria che invece sarebbe necessaria ai fini di un'azione sinergica volta al controllo di un determinato fenomeno con un trend negativo, come può essere quello relativo alla spesa sanitaria.

È indicativo, ad esempio, che le spese relative alla prevenzione siano totalmente escluse da questa ripartizione e vengano affidate non al sistema mutualistico, su cui poggia l'intero sistema sanitario francese, ma ai cosiddetti fondi nazionali per la prevenzione, l'educazione e l'informazione per la sanità (FNPEIS).

Occorre precisare che alle suddette articolazioni la legge di finanziamento della *Sécurité Sociale* del 2002 ha aggiunto un quinto gruppo, costituito dalle reti di cura (*réseaux de soins*) che vanno sempre più diffondendosi poiché sono viste come un possibile rimedio alla crescita della spesa sanitaria.

Sulla base di tali cambiamenti si può intuire come l'attività dello Stato condizioni fortemente l'intervento dell'AM, non soltanto dal punto di vista finanziario ma anche dal punto di vista organizzativo e gestionale, se si considera che compete allo Stato nominare i direttori delle casse nazionali aventi carattere di strutture pubbliche

amministrative, a differenza delle restanti mutue di minore importanza, che appartengono invece a organismi privati.

Sul versante delle politiche di regionalizzazione della sanità che sono apparse, in linea con la maggior parte dei paesi europei, come la chiave di volta per una nuova ripartizione dell'offerta sanitaria, tale da permettere contestualmente sia di contenere le spese, sia di ridurre le disuguaglianze sul territorio e di promuovere un effettivo coordinamento di tutti gli attori che partecipano al settore sanitario, gravano ancora forti incertezze. Nonostante, infatti, la regionalizzazione, le cui radici vanno rinvenute all'inizio degli anni '70, abbia raggiunto una quasi realizzazione nel settore ospedaliero con la creazione delle agenzie regionali d'ospedalizzazione (*Agences régionales d'hospitalisation*, ARH), ancora lontani appaiono il pieno decentramento delle politiche relative alla medicina ambulatoriale e l'auspicata realizzazione delle Agenzie sanitarie regionali (*Agences régionales de santé*, ARS). Tali evoluzioni, sono ostacolate dal mancato raggiungimento di accordi tra istituzioni e partner sociali ma soprattutto da una mancanza di convinzione, da parte degli organi di governo, nel decentramento delle politiche sanitarie da parte del governo centrale (2).

Il terzo esempio eclatante è dato dal finanziamento del settore ospedaliero per il quale, nonostante dal 1982 ci sia un programma dedicato allo studio per l'introduzione di una remunerazione a tariffa per raggruppamenti omogenei di patologie (*Programme de médicalisation du système d'information*, PMSI), fino ad ora è spettato esclusivamente allo Stato determinare (Moison, 1996; Lenay, Moison, 2003):

— l'ammontare annuale delle spese ospedaliere del settore pubblico rien-

tranti nel calcolo della dotazione globale da ripartire alle regioni secondo una logica che vede «gli ospedali spendere ciò che la *Securité Sociale* paga e non la *Securité Sociale* pagare quanto gli ospedali spendono» (riforma che risale al 1991);

— l'ammontare totale annuale delle spese ospedaliere del settore privato a scopo lucrativo, di cui si fa carico il regime d'AM, almeno per quegli ospedali che hanno proceduto alla conclusione di specifici contratti con le ARH;

— l'obiettivo di evoluzione delle spese di assistenza territoriale in funzione dell'ONDAM votata dal parlamento e fissata in conformità alla convenzione di obiettivi e di gestione siglata dai tre grandi regimi d'AM.

A ben vedere la ripartizione delle risorse finanziarie, effettuata a partire dal 1983, sulla base di una copertura globale (*enveloppes globales*) prefissata per gli ospedali pubblici, ha subito un'estensione mediante lo strumento dei fondi vincolati (*enveloppes fermées*), creando le premesse per un controllo medicalizzato della spesa sanitaria.

In seguito, la politica intrapresa, ispiratasi essenzialmente al sistema inglese, è consistita, come si è prima affermato, in un mero decentramento dell'ONDAM ed ha subito una battuta d'arresto nelle sue velleità di mutare le regole di ripartizione dei finanziamenti soprattutto con riferimento alla spesa ospedaliera.

Le coperture di bilancio avvengono per settore di cure e le ARH, attraverso forme di contrattazione, ripartiscono a loro volta, in seno alle regioni, le dotazioni ospedaliere pubbliche, decidendo il *plafond* finanziario entro il quale gli ospedali privati sono tenuti ad esercitare un controllo della loro spesa. Per un inquadramento generale del sistema si veda la figura 1.

Ai fini di una migliore comprensione degli intricati rapporti esistenti tra organi statali e missioni connaturate alle scelte di finanziamento, sembra dunque opportuno vedere più da vicino come si articola il sistema sanitario francese e quali soluzioni strategiche si stagliano all'orizzonte al fine di fluidificare i rapporti tra le istituzioni esistenti.

3. L'Assurance Maladie: mantenimento o graduale trasformazione?

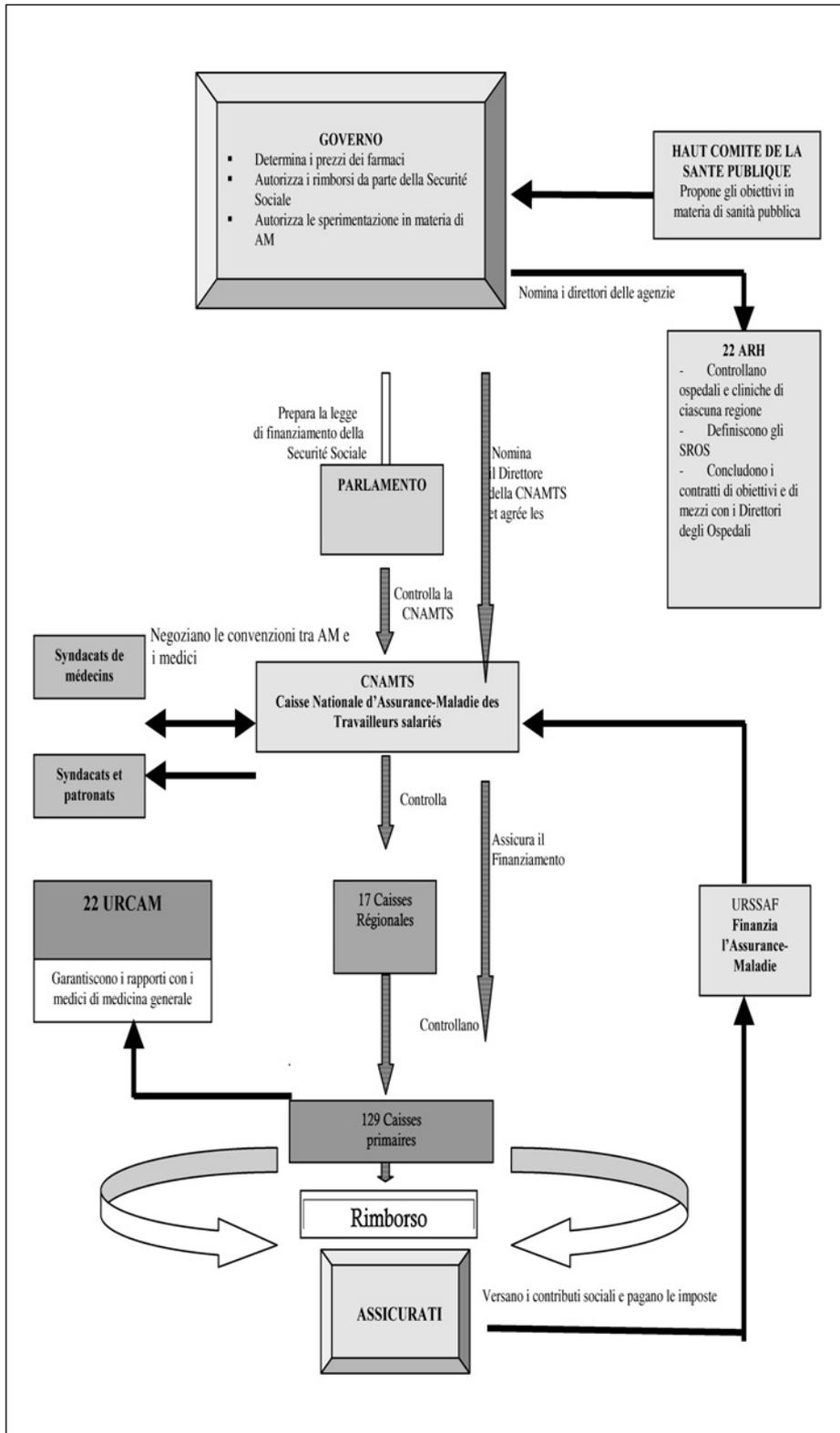
Una considerazione preliminare va subito fatta con riguardo all'indissolubile legame esistente in Francia tra sistema previdenziale e sistema sanitario.

Il sistema previdenziale francese nasce nel 1945 con un'impostazione bismarkiana pura, incentrata sulla presenza di casse assicuratrici sotto la tutela e la vigilanza dello Stato. In contrapposizione dunque ai sistemi di origine Beveridge (ai quali appartiene quello italiano), in cui l'organizzazione sanitaria è notoriamente improntata a criteri di tipo fiscale con un'estensione universale dei diritti di accesso alle cure, il sistema francese è aperto inizialmente solo agli appartenenti a prestabilite categorie professionali, che rappresentano la maggior parte della popolazione.

La *Sécurité sociale* (3) comprende alcuni organismi definiti dalla legge ed altri, creati da accordi contrattuali tra i partner sociali, presso cui francesi hanno dunque l'obbligo di assicurarsi corrispondentemente al loro *status* professionale.

Con l'espressione *Assurance Maladie* (il sistema di Casse assicuratrici) s'intende il sistema mutualistico assoggettato sostanzialmente a tre importanti regimi che coprono le spese di malattia, maternità, di infortuni sul lavoro e d'invalidità:

Figura 1 - Sistema di finanziamento



— la Cassa nazionale d'Assurance Maladie dei lavoratori dipendenti (*Caisse Nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés* o CNAMTS o «régime général»);

— la Cassa nazionale dei lavoratori autonomi non agricoli (*Caisse Nationale des travailleurs non salariés non agricoles* o CANAM);

— la Mutua sociale agricola (*Mutualité sociale agricole* o MSA).

Occorre precisare che l'AM non è un'amministrazione dello Stato, ma un insieme di organismi decentrati e autonomi che assicurano l'espletamento di un servizio pubblico.

Ogni organismo a sua volta è dotato di strutture di gestione e finanziamento proprie, in cui è possibile distinguere tanto una componente medica quanto una componente amministrativa. Con una Cassa nazionale, 129 Casse primarie (CPAM), 4 Casse generali di previdenza sociale nei dipartimenti d'oltremare, 16 Casse regionali (CRAM), 16 Unioni regionali (URCAM) e 13 Unioni di gestione delle casse (*Union de gestion des établissements des caisses d'assurance maladie*), l'AM copre l'intero territorio.

È singolare constatare come tale intreccio di relazioni all'interno del corpo unico dell'AM sia oggetto di diverse interpretazioni, secondo quanto tende a sottolineare un recente rapporto (4) del Gruppo di lavoro della Commissione dei Conti della *Securité Sociale*, ponendo in definitiva una questione sulle finalità della stessa AM.

La Commissione si sofferma, infatti, su tre possibili definizioni:

— l'AM intesa come un modo di finanziamento della spesa sanitaria mediante dei prelievi che, potendo avere natura fiscale e/o contributiva costituiscono di fatto un elemento di distorsione in un sistema che dovrebbe esse-

re per sua natura basato solo sui contributi lavorativi;

— l'AM intesa come un'organizzazione di casse, persone morali autonome cui è affidata la gestione di un servizio pubblico;

— l'AM concepita come uno strumento di gestione e controllo in grado di coinvolgere nei propri consigli di amministrazione i partner sociali.

A ben vedere tutte e tre le definizioni sembrano connotare le plurime funzioni svolte dall'AM, ma la questione cruciale si pone per il differente ruolo da attribuire agli attori coinvolti nel governo della spesa sanitaria e nel processo politico concernente le strategie da implementare. Si tratta in sostanza di cercare un bilanciamento di poteri tra lo Stato, che determina i finanziamenti disponibili, e l'AM che rappresenta direttamente gli interessi dei singoli membri che vi aderiscono e che, con la sua presenza, rafforza il potere degli attori sociali, oltreché garantire il funzionamento del sistema.

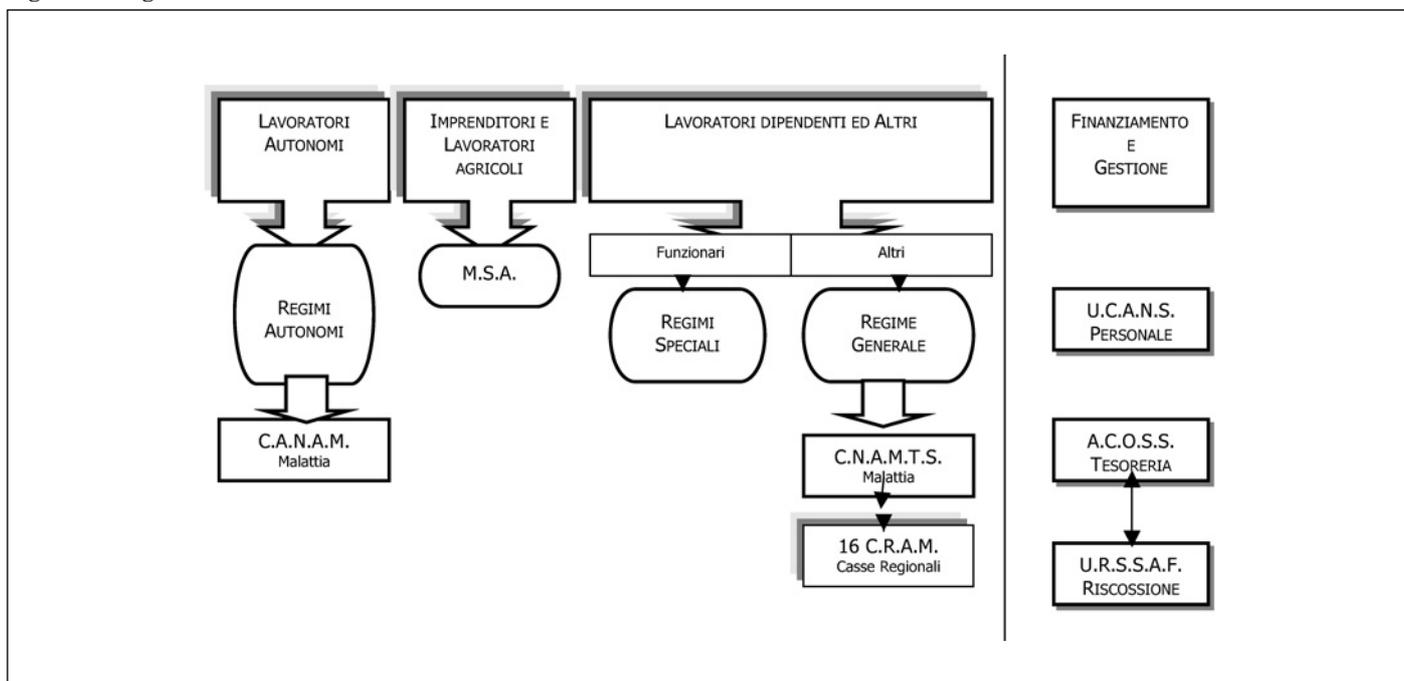
Sul piano gestionale esistono le Unioni di riscossione dei contributi di previdenza sociale e di allocazione familiare (*Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales*, URSAFF) che hanno la specifica funzione di ricevere i contributi dagli assicurati e riscuotere dalle imprese. Infine l'agenzia centrale degli organismi di previdenza sociale (ACOSS) gestisce la tesoreria del regime generale mentre l'*Union des caisses nationales de sécurité sociale* (UCANS) gestisce il personale degli organismi di previdenza sociale (figura 2).

Le istituzioni più importanti sono sottoposte, sotto il profilo finanziario, alla vigilanza del Ministero del bilancio e al controllo della Corte dei conti mentre, sotto quello amministrativo, al Ministero degli affari sociali ed al controllo dell'Ispettorato generale degli affari sociali. Sul piano istituzionale, i Ministeri hanno il compito di coordinare congiuntamente le decisio-

ni prese in seno ai consigli di amministrazione. Quanto al funzionamento ed ai processi decisionali, i sistemi appartenenti al regime generale sono gestiti da un consiglio d'amministrazione composto dai rappresentanti dei lavoratori, dalle mutue o dalle associazioni delle famiglie, e da persone qualificate nominate dalle autorità di vigilanza ma, come si è prima affermato, sono gestite da direttori nominati dallo Stato. Gli altri due importanti regimi invece, insieme con quello dei lavoratori autonomi, godono di una larga autonomia ed i loro consigli sono eletti a suffragio indiretto; soltanto nel caso della MSA è il Ministero dell'agricoltura ad esercitare la sua autorità e a far sì che il suo bilancio sia votato dal Parlamento.

Accanto ai tre regimi principali, infine, è presente una quindicina di regimi speciali per gli agenti della SNCF (ferrovie francesi), della RATP (linee metropolitane) e della EDF-GDF (energia elettrica e gas), per il perso-

Figura 2 - Organizzazione dell'Assurance Maladie



nale delle miniere, della Banca di Francia, della camera di commercio di Parigi, per i francesi all'estero, i marinai, gli impiegati ed, infine, una cassa autonoma del Senato ed un fondo dell'Assemblea nazionale. Le mutue gestiscono per delega gli interessi dei funzionari, degli studenti e dei dipendenti degli enti locali.

In realtà la sopravvivenza di queste diversità, che sempre più richiedono un coordinamento univoco, si giustifica attraverso l'attaccamento degli assicurati e dei gestori al pluralismo, anche se tre regimi, come da più parti si sostiene, probabilmente sarebbero sufficienti, tenendo conto soprattutto che quelli di ridotta dimensione vanno ultimamente integrandosi, anche sotto il profilo dei trasferimenti finanziari, sempre più al regime generale. Al quadro così delineato va aggiunta la presenza dell'*Aide sociale* che, sotto la responsabilità dei dipartimenti in cui si articola la geografia politica francese, apporta un complemento gratuito ai pazienti e alle famiglie bisognose.

Dal 2000, poi, una legge promulgata dopo un lungo *iter* parlamentare, garantisce, con la *couverture maladie universelle* (CMU, *couverture maladie universelle*) ad ogni persona residente in Francia, in maniera stabile e regolare, di beneficiare della previdenza sociale per le proprie spese sanitarie. Essa offre inoltre alle persone con i redditi più bassi una copertura sanitaria complementare, ciò che ha fatto salire la percentuale, in due anni, del 7% (dall'85% al 92%).

Sono due essenzialmente le novità introdotte:

- 1) una copertura sanitaria estesa a tutti;
- 2) una copertura complementare gratuita.

L'introduzione della CMU sembra peraltro aver definitivamente sferrato un colpo decisivo al criterio contributivo come condizione necessaria per

avere diritto alle prestazioni sanitarie, garantendone l'accesso semplicemente secondo un criterio di residenzialità, basato ovviamente su una soglia massima di reddito prestabilita. Il primo punto sta a significare due cose:

— le persone non coperte da alcun regime di «assicurazione contro le malattie» (possono rivolgersi alla Cassa primaria di «assicurazione contro le malattie» del loro luogo di residenza per beneficiare della previdenza sociale;

— coloro che beneficiano già di un'assicurazione personale non hanno bisogno di inoltrare nessuna richiesta.

Il secondo punto significa invece che la CMU offre anche una copertura sanitaria ad integrazione dei rimborsi della previdenza sociale (5). Si può beneficiare della CMU complementare a condizione di possedere redditi inferiori ad importi prestabiliti o automaticamente se si è beneficiari del reddito minimo sociale (RMI, *revenu minimum d'insertion*). Se si è inoltre già coperti dall'*aide medicale*, la CMU prende a carico automaticamente le cure del paziente.

3.1. Il sistema di finanziamento alla ricerca di un equilibrio

La complessità del sistema suesposto continua a creare delle disparità, nonostante gli aggiustamenti subiti, generando talune difficoltà nell'accesso alle prestazioni, poiché ciascun regime non copre tutti i rischi per mancanza dei fondi necessari tanto da richiedere costantemente l'intervento dello Stato con risorse aggiuntive reperite mediante manovre fiscali.

In ogni caso, come sottolinea la Corte dei conti (2002), soltanto da dieci anni a questa parte, la politica sanitaria è meglio identificata ed a ciò hanno contribuito essenzialmente gli orientamenti del parlamento, declinati poi a livello regionale mediante mano-

vire strategiche in grado di determinare priorità e programmi d'azione che ancora stentano a trovare una loro unitarietà.

L'attuale sistema di finanziamento dipende prevalentemente dai contributi dei lavoratori dipendenti e dalla contribuzione sociale generalizzata (CGS), alimentata in buona sostanza dai prelievi fiscali. I tre principi che attualmente governano il sistema sono quindi la solidarietà, il liberalismo ed il pluralismo. La solidarietà prevede equità nell'accesso alle cure ed un sistema di protezione sociale in cui la popolazione più ricca ed in salute supporta, mediante meccanismi perequativi, le fasce più deboli. Il liberalismo sottende una completa libertà dei pazienti nello scegliere le strutture presso le quali curarsi ed i medici di medicina generale. Il pluralismo è mantenuto attraverso un bilanciamento della presenza pubblica e privata nel settore della sanità mediante la molteplicità di schemi contrattuali. Si è per così dire passati da un sistema a relazioni liberali, a cui è senz'altro appartenuta l'impostazione originaria, ad un sistema misto dove non è ancora chiara la posizione degli attori in gioco (Mainoni D'Intignano, 1997; Mougeot, 1999).

Ciò ha consentito ulteriormente di giustificare l'intervento dello Stato, in un ambito apparentemente al di fuori della sua sfera, poiché, rappresentando l'AM il motore finanziario del sistema, è inevitabile che i livelli centrali dello Stato intervengano direttamente nelle attività di controllo e guida, soprattutto in una situazione deficitaria come quella in cui l'AM si trova attualmente. Ciò non fa che confermare il marcato interesse dello Stato centrale nei confronti della gestione della spesa sanitaria, pur non volendo deludere gli interessi delle varie parti sociali che non cedono nemmeno di fronte ad un'ufficosa *étatisation* del-

l'AM o quantomeno dei tre regimi che ne compongono il tronco principale.

In un siffatto sistema, dunque, tutela e finanziamento occupano ruoli differenti e i principi di organizzazione sono diretti a guidare le distinte prerogative degli attori che svolgono specifiche funzioni sociali. Allo Stato spetta il ruolo di garantire la salute pubblica, mentre all'AM compete il reperimento e la distribuzione dei fondi, nonché la mediazione tra i vari *partner* sociali, vale a dire le associazioni rappresentative dei datori di lavoro (*patronat*) e i sindacati dei lavoratori (*syndicat*).

Il risultato più tangibile è che l'AM continua a subire una lenta trasformazione, non essendo più soltanto un sistema assicurativo finalizzato a ridistribuire le somme prelevate dai redditi dei soggetti aderenti alle varie categorie, ma esercitando una vera e propria funzione di equilibrio pilotato dal governo centrale, dovendo ormai integrare gli obiettivi di sanità pubblica con il difficile perseguimento dell'equilibrio finanziario. Il fenomeno sembra più spostarsi verso la centralizzazione finanziaria, considerate le forti preoccupazioni che su di esso gravano per via del deficit dell'AM in continua ascesa (per la fine del 2004 sono previsti 14 miliardi di €), e considerata la progressiva diminuzione del numero di lavoratori conseguente al calo demografico (si calcola che se non verranno adottate nuove misure il deficit potrebbe ammontare a 29 miliardi di € già nel 2010) (6).

Per il resto, come in quei paesi in cui l'assicurazione di base è socializzata, alcune assicurazioni private intervengono in via complementare facendosi carico di tutto o di parte dei ticket moderateur, sempre più elevati, ed in certi casi delle spese non coperte dal regime di base. A tal proposito il caso della Francia testimonia una rapida e crescente diffusione di forme di

assicurazione privata, poco conosciute nel nostro paese, che con difficoltà si integrano con il regime obbligatorio. Se nel 1998 circa l'85% della popolazione francese beneficiava già di un'assicurazione complementare, nel 2002 è salita al 92% ma ciò non toglie che una frazione non trascurabile n'è tagliata fuori a scapito del raggiungimento degli obiettivi di equità e di ridistribuzione del reddito, impliciti nella scelta di attivare un sistema pubblico d'AM (Rupprecht, 1998; Paris, Polton, Sandier, 2003).

La maggior parte di istituzioni che forniscono assicurazioni complementari sono mutue *nonprofit* (che coprono circa il 60% del mercato), istituzioni previdenziali pubbliche (tra il 15% ed il 20% del mercato) che accanto alla loro attività principale svolgono anche quella collaterale fornendo assicurazioni complementari ed, infine, compagnie assicurative vere e proprie (più del 20% del mercato) che insieme agli altri pacchetti assicurativi offrono coperture complementari (Buchmuller, Couffinal, 2004). Per ovviare a questi problemi le proposte di cambiamento tendono ad avvitarsi intorno a due principali soluzioni. La prima consisterebbe nell'allargare la copertura universale complementare, la seconda nell'integrare le azioni dell'AM obbligatoria e di quella complementare ancora una volta sotto la garanzia dell'intervento Statale, come riferisce il rapporto di un secondo Gruppo di lavoro della Corte dei conti coordinato da Chadelat (7).

Un discorso a parte, infine, riguarda le politiche di prevenzione che sono fortemente messe in discussione da chi le vorrebbe finanziate dallo Stato, considerandole rientranti nelle sue responsabilità, e quindi attraverso il ricorso a strumenti prevalentemente fiscali, anziché contributivi, come già avviene per le prestazioni di cura. Si tratterebbe in realtà di distinguere le

spese solidaristiche dalle spese tipiche connesse all'assicurazione contro il rischio di malattie.

Dunque, se si tiene conto della tendenza del sistema a svilupparsi verso una sempre crescente fiscalizzazione degli oneri sociali, è chiaro che non si debba negare un intervento dello Stato dopo un'opportuna scomposizione degli elementi di spesa, ritagliando ruoli e responsabilità che eliminino ogni possibilità di confusione tra quanto erogato dall'AM e quanto profuso dall'intervento centrale. Non a caso uno degli ultimi interventi riguarda la creazione, nel 2003, di un *Haut Conseil pour l'avenir de l'AM* (Consiglio superiore per l'avvenire dell'AM) con il quale il governo sembra voler tracciare delle linee evolutive e individuare le misure da prendere per migliorare il funzionamento del sistema, la governance, le regole per il finanziamento e la qualità delle cure. L'organo, composto da membri selezionati tra i rappresentanti dei partner sociali, esperti in materia sanitaria, professionisti e funzionari si colloca presso il ministero della sanità con le seguenti funzioni:

- valutare il sistema d'AM, e la sua possibile evoluzione dal punto di vista organizzativo;

- descrivere nei dettagli la situazione finanziaria e indicare le condizioni per una sua continuità;

- vigilare sulla coesione del sistema d'AM con particolare riferimento all'uguaglianza dell'equità nell'accesso alle cure e nei meccanismi di finanziamento;

- formulare raccomandazioni e proposte di riforma rispondenti alle esigenze di solidità finanziaria del sistema e coesione sociale.

Il sistema è per così dire alla ricerca di un nuovo assetto istituzionale nel quale siano meno farraginose le linee di intervento dei due maggiori organi implicati, Stato ed AM, e siano più ni-

tidi i ruoli affidati ai due soggetti in questione secondo un dialogo costruttivo con il quale ridurre i tempi decisionali e migliorare l'impatto delle linee d'azione della politica sanitaria sulla popolazione.

4. La regionalizzazione delle politiche ospedaliere

Nell'ambito del sistema di erogazione delle prestazioni, il settore ospedaliero, che assorbe circa la metà delle spese sanitarie, è stato oggetto negli ultimi vent'anni di due tipi d'intervento decisivi. Il primo ha essenzialmente mirato alla regolazione quantitativa della capacità d'offerta di cure attraverso l'introduzione di un processo di pianificazione; il secondo ha inciso sulle modalità di finanziamento dei servizi erogati.

Con riferimento al primo aspetto, sin dal 1991 la «legge ospedaliera» ha condotto ad un'uniformità di regole, in merito alla pianificazione dell'offerta, sia il settore pubblico sia il settore privato, inserendo due nuovi elementi: il controllo della natura dei servizi offerti (numero di letti per ambito specialistico o numero di posti per i servizi ambulatoriali, autorizzazione a praticare determinate attività etc.) e l'accesso a determinate tecnologie (De Pourville, 1996).

Sono stati potenziati i documenti di programmazione esistenti a livello territoriale quali la *Carte Sanitaire* e introdotti gli SROS (Schemi regionali d'organizzazione sanitaria). La *Carte Sanitaire*, in particolare, s'è sforzata, nel corso del tempo, di razionalizzare le strutture esistenti attraverso una riconversione dei servizi ospedalieri ed una conseguente riduzione del numero dei letti. Gli SROS hanno determinato l'avvio delle prime trasformazioni ospedaliere, rappresentando a tutti gli effetti una base di riflessione per la pianificazione dell'offerta al livello

regionale e facendo della stessa regione un'area geografica di concertazione in cui ogni istituzione ospedaliera, pubblica o privata, può coordinare le proprie azioni secondo un comune obiettivo di riferimento.

Responsabili della redazione degli SROS sono state a lungo le Direzioni regionali degli affari sanitari e sociali (DRASS), organi decentrati del Ministero preposto alla sanità, mentre, dopo l'approvazione della riforma del 1996, sono le ARH ad averne la responsabilità di redazione. Ponendo le condizioni per assicurare che l'offerta esistente rispondesse efficientemente ai bisogni della popolazione regionale, l'obiettivo principale degli SROS, è consistito e consiste tuttora, anche con quelli cosiddetti di seconda generazione (post riforma), nel decelerare e ridurre le capacità in eccesso, ma anche nello sviluppare delle complementarità tra ospedali pubblici, e tra questi ultimi e le cliniche private.

A livello strategico dei singoli ospedali, per dare maggior coerenza al processo di programmazione, la stessa legge di riforma ha provveduto a definire contenuti e caratteristiche di un particolare strumento dal quale ha pre-

so avviato un effettivo processo di managerializzazione del sistema ospedaliero francese: il *projet d'établissement*, sostitutivo del precedente *programme d'établissement*. Il documento in questione, nel rispetto degli obiettivi prefissati dal SROS, viene presentato come il raggruppamento di quattro sub-progetti: 1) il progetto medico-clinico; 2) il progetto dei servizi; 3) il progetto delle attività infermieristiche; 4) il progetto sociale (Vinet, 2003). Esso ha così rappresentato un passo fondamentale verso la contrattualizzazione degli obiettivi in materia ospedaliera tra Stato ed unità operative decentrate, stimolando queste ultime alla definizione delle loro linee strategiche e ad indicare il loro piano di finanziamento. In tal modo *Carte Sanitaire*, SROS e *projet* intrattengono una sorta di relazioni «ricursive», costituendo un processo di pianificazione a cascata e dando coerenza alle strategie dei diversi livelli di governance regionale e locale (Cleveranne, 1996; De Pourville, Tedesco, 2003).

Nonostante gli sforzi considerevoli, in ogni caso, e gli elevati livelli di performance raggiunti dal sistema, la

Tabella 1 - Spesa sanitaria totale - % Pil Paesi del G8

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Australia	8,2	8,4	8,5	8,6	8,8	9,0	9,1	9,1	9,1
Austria	8,2	8,3	7,6	7,7	7,8	7,7	7,6	7,7	7,7
Belgio	8,7	8,9	8,6	8,6	8,7	8,8	9,0	9,1	9,1
Canada	9,2	9,0	8,9	9,2	9,0	8,9	9,4	9,6	9,6
Francia	9,5	9,5	9,4	9,3	9,3	9,3	9,4	9,7	9,7
Germania	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9	10,9
Italia	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	8,3	8,5	8,5
Giappone	6,8	7,0	6,9	7,2	7,4	7,6	7,8	7,8	7,8
Regno Unito	7,0	7,0	6,8	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7	7,7
Stati Uniti	13,3	13,2	13,0	13,0	13,0	13,1	13,9	14,6	14,6

Fonte: Eco-Salute OCSE (2004), 1ª edizione.

spesa sanitaria nell'ultimo decennio è cresciuta molto più rapidamente del PIL e nessun piano formulato per controllarla è stato in grado di bloccare la crescita in maniera definitiva (vedi tabella 1).

Ciò ha influito abbondantemente sulla riconsiderazione dei servizi ospedalieri, sollecitando ulteriori interventi finalizzati a ridisegnare una nuova configurazione del parco ospedaliero, fondata su un maggiore esercizio del controllo attraverso un graduale decentramento di poteri e funzioni che però vengono fortemente messi in discussione per la non troppo dissimulata ingerenza dell'apparato centrale. Si calcola che tra il 1996 ed il 2000 v'è stata una riduzione dell'offerta ospedaliera del 6,4% anche se, come afferma il rapporto della Corte dei conti al Parlamento nel 2002, ancora vi è un'eccedenza di 29.000 posti letto.

In questo senso la seconda riforma ospedaliera del 1996 ha rappresentato il superamento degli ostacoli culturali che hanno impedito in precedenza il trasferimento di poteri ruoli a livello regionale e potrebbe costituire la chiave di volta per porre un freno alla crescita della spesa ospedaliera.

All'interno di ciascuna regione, infatti, sono state create:

— un'*Agenzia regionale d'ospedalizzazione* (ARH), contemperante gli interessi dello Stato e dell'AM ed incaricata di realizzare la politica regionale d'offerta di prestazioni ospedaliere;

— una *Conferenza regionale di sanità*, che raggruppa i rappresentanti del mondo sanitario e sociale — amministratori, professionisti e utenti — con il compito di stabilire le priorità di sanità pubblica della regione che possono essere oggetto dei programmi la cui elaborazione e realizzazione sono coordinati dal prefetto della regione.

L'ARH è una persona morale di diritto pubblico dotata dell'autonomia amministrativa e finanziaria, costituita sotto forma di un gruppo d'interesse pubblico tra lo Stato e gli organismi dell'AM, di cui almeno la CRAM (Cassa regionale di AM) e l'URCAM. In sostanza l'ARH è un'autorità competente per tutto quello che concerne l'ospedalizzazione in ciascuna regione. Essa esercita le funzioni precedentemente affidate ai servizi decentrati dello Stato e dell'AM ed inoltre è investita di nuove funzioni tra le quali spiccano quelle riguardanti gli investimenti per le ristrutturazioni. L'ARH costituisce a tutti gli effetti una nuova istituzione del sistema che, collocata in seno al Ministero della sanità, interfaccia con i diversi attori del sistema francese a livello locale.

Da un lato le ARH hanno consentito di superare il precedente meccanismo del convenzionamento con la definizione di appositi contratti di obiettivi e di mezzi (*contrat d'objectifs et de moyens*), dall'altro, sotto il profilo finanziario alle ARH è stato attribuita parte del potere prima affidato alle CRAM, a detrimento del potere locale esercitato autonomamente dall'AM. Questi contratti in effetti stabiliscono, per ciascuna sfera di attività, le tariffe delle prestazioni ospedaliere e costituiscono uno degli strumenti a corredo della gestione ospedaliera insieme con le procedure di informatizzazione e di accreditamento. La regolazione finanziaria pertanto se inizia a livello nazionale, prosegue a livello regionale.

Anche nell'ambito della pianificazione sanitaria alle ARH sono stati devoluti i poteri e le competenze prima affidati ad altri organi (come si è brevemente accennato sopra a proposito dei SROS) ed in tal senso le ARH hanno rappresentato una versione rinnovata della struttura amministrativa che regge il sistema sanitario francese, concentrando su di sé poteri precedentemente

affidati alle DDASS (Direzioni dipartimentali con funzioni di allocazione delle risorse mediante l'assegnazione budgetaria e controllo sul loro utilizzo) ed alle DRASS (Direzioni regionali, in subordine alle DDASS, con funzione di intervento su ambiti specifici) ma riaffermando la presenza dello Stato in campo sanitario a livello regionale.

Il direttore dell'ARH (8) definisce e dispiega i mezzi per realizzare la politica di pianificazione regionale all'interno di ciascuna regione, disponendo del potere decisionale in materia di autorizzazione delle strutture. In tal modo nell'ambito della pianificazione sanitaria regionale, l'ARH si presenta come un organo decentrato dello Stato che svolge a tutti gli effetti una funzione di sussidiarietà e presidio a livello locale. Non sarebbe corretto, come affermano alcuni autori, ricondurre la presenza delle ARH soltanto ad una forma di decentramento amministrativo che ha investito l'apparato pubblico francese, poiché la loro presenza è giustificata dal fatto che costituiscono nella loro essenza un organo di intermediazione tra le «logiche contrattuali e le logiche che affermano ancora una volta la sovranità dello stato centrale» (Mesatfa, 1999).

Tra i compiti delle ARH rientrano:

— la determinazione dei limiti dei settori sanitari e psichiatrici, nonché l'elaborazione degli schemi regionali d'organizzazione sanitaria;

— il rilascio di autorizzazioni per la costituzione di strutture ospedaliere pubbliche e private, le loro modificazioni, o all'occorrenza la loro chiusura;

— la fissazione delle tariffe delle prestazioni e l'approvazione dei *budget* ospedalieri in base alla dotazione regionale.

La missione delle ARH è destinata a perseguire obiettivi di unità di decisione in merito all'organizzazione ed al

finanziamento dell'offerta ospedaliera, mediante l'avvio delle azioni seguenti:

- la conclusione dei contratti pluriennali;
- l'autorizzazione ed il finanziamento delle strutture ospedaliere;
- la realizzazione di strumenti di adattamento del tessuto ospedaliero;
- la valutazione delle strutture ospedaliere.

Dal punto di vista della compagine organizzativa, le ARH sono rappresentative dei diversi interessi degli attori sociali ed integrano i membri dell'Unione regionale delle casse dell'AM (URCAM), con lo scopo di facilitare il dialogo tra lo Stato e gli organi della stessa AM, proponendo soluzioni concertate per le diverse questioni che rientrano nella loro sfera di responsabilità. È per questo motivo che nell'attuale schema istituzionale il ruolo trasversale delle ARH nasce sotto il riflesso politico condizionato dei Comitati regionali d'organizzazione sanitaria e sociale (CROSS) e si sviluppa con il precisi compiti esecutivi. Ciò giustifica anche il fatto che le ARH siano autonome dal punto di vista gestionale e finanziario. In funzione dei *budget* preesistenti e tenendo conto delle disuguaglianze tra regioni, lo Stato infatti attribuisce alle ARH dei fondi perequativi con lo scopo di ridurre le disparità tra regioni con un eccesso di dotazioni di fondi e regioni con un difetto di dotazioni. Le ARH in tal senso perseguono la missione di vigilare sul raggiungimento degli obiettivi ma la loro funzione è fortemente limitata dal contesto in cui operano, esclusivamente quello ospedaliero, e dalla mancanza di un potere decisionale sul piano delle politiche sanitarie, dove incontrastate, ma forse per poco, agiscono la Conferenza regionale sanitaria (*Conférence régionale de santé*, CRS) e le DRASS.

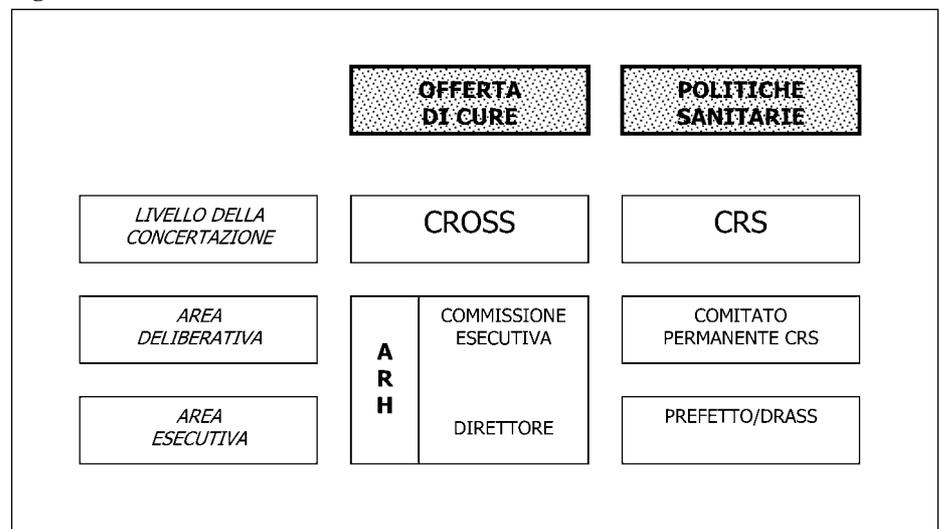
Continuano ad esistere le Casse professionali, composte in pari numero da rappresentanti dei datori di lavoro e dei sindacati, che negoziano con i professionisti della sanità gli onorari e gli strumenti per effettuarne un continuo monitoraggio. Al livello regionale ventidue URCAM, raggruppanti 129 casse primarie sono al momento attive. Le coperture sono attribuite, da una parte, in funzione del settore ospedaliero e ambulatoriale e dall'altra in funzione delle esigenze regionali poiché le ARH ripartiscono in seno alle aree geografiche di loro competenza le dotazioni ospedaliere pubbliche e ben presto anche quelle private.

Ciò ha contribuito allo snellimento della stessa AM che è stata oggetto di una «ripulitura» non trascurabile, considerato che le casse esercitano la mera funzione di esborso finanziario senza per questo divenire delle acquirenti di cure. Il tipo di contrattualizzazione introdotta agisce su più livelli — Stato e Casse, ARH e strutture ospedaliere — senza un completo decentramento attraverso meccanismi di mercato. L'innovazione nelle relazioni tra pagatori, prestatari e utenti interviene al margine, mediante la sperimentazione

delle filiere di cure (Letourmy, 1997, p. XXVII). In questo modo non solo le competenze relative alla gestione degli ospedali sono state sottratte all'AM per essere trasferite all'ARH, ma gli amministratori dell'AM non siedono più nei consigli d'amministrazione degli ospedali pubblici.

All'interno di questo, che è stato definito, con un ossimoro, il processo di «decentramento mediante accentrato» è leggibile un preciso intento dello Stato nel voler guidare direttamente la regolazione del sistema sanitario. Ad esempio è il direttore dell'ARH che, in funzione degli obiettivi nazionali quantificati, negozia il prezzo della giornata con le strutture private e non più la CRAM. Se però la concentrazione dei poteri di pianificazione e di allocazione di risorse in unico organo senz'altro snellisce le procedure ed è stata indicata come la nascita di un'inconfutabile politica regionale per l'ospedalizzazione, la decisione ultima sull'allocazione budgetaria a livello nazionale viene definita dallo Stato. Conseguentemente sembra arduo contraddire quanto i detrattori di questa riforma sostengono, ovvero che la creazione delle ARH costi-

Figura 3



tuisce una vera e propria avocazione da parte dello Stato della «questione sanitaria», giacché il governo orienta l'insieme del sistema sanitario sotto il controllo del Parlamento che, come si diceva prima, approva ogni anno la legge di finanziamento.

Le regioni invece si preoccupano di coordinare, a livello locale, la gestione delle strutture d'offerta. Gli obiettivi di spesa dunque tengono conto delle priorità e sono articolati per regime, per professione ed infine per regione. Di fronte all'eventuale inerzia delle regioni spetta sempre allo Stato procedere per decreto.

L'azione delle ARH può essere illustrata partendo dall'esempio dell'ARH dell'*Île-de-France* (9), anche se questa particolare regione deroga ai principi generali della riforma ospedaliera del 1996. I *budget* delle strutture dell'*Assistance Publique-Hopitaux de Paris* (AP-HP, circa il 60% delle dotazioni degli ospedali pubblici), infatti, sono gestiti da contratti specifici con lo Stato. Sebbene non eserciti una vigilanza finanziaria sulla AP-HP, l'ARH dell'*Île-de-France* accerta tuttavia la concordanza tra gli obiettivi che l'AP-HP negozia con lo Stato e quelle che essa fissa nel quadro del SROS. Alla fine degli anni '90 il totale della spesa sanitaria in *Île-de-France* ammontava a 66 miliardi di franchi che per la maggior parte erano imputabili agli ospedali pubblici o privati partecipanti al servizio pubblico ospedaliero. La regione in questione è del resto sempre risultata sovra-dotata in attrezzature ospedaliere in confronto alle altre regioni francesi, avendo, tanto per rendere l'idea, una dotazione budgetaria pari al doppio di quella della regione meno dotata, la Borgogna. È per tale ragione che si è pensato di riequilibrare questo scarto mediante una contrazione progressiva delle dotazioni regionale, già a partire dal SROS di prima generazione del 1994.

In questo contesto finanziario l'ARH dell'*Île-de-France* ha intrapreso una direzione verso la contrattazione con le strutture ospedaliere nel quadro del SROS degli anni 1999-2004. Attualmente l'ARH instaura dei contratti pluriennali di obiettivi e di mezzi con 16 ospedali pubblici, con modalità che peraltro sono già la regola nelle relazioni tra AM e ospedali privati.

Questi contratti mirano a raggiungere quattro obiettivi (Bureau, Causat, 1998, p. 134):

— lo sviluppo di reti di cura con la medicina territoriale;

— la cooperazione tra strutture ospedaliere, potendosi spingere sino a delle fusioni;

— il rafforzamento delle risorse allocate agli ospedali situati in zone con crescita elevata della popolazione o specializzate in attività di sviluppo;

— l'adattamento delle strutture attraverso un riorientamento delle attività in vista di un miglior controllo dei costi.

La situazione innanzi descritta testimonia dunque come le ARH, pur avendo alleggerito i compiti dello Stato e ricondotto ad unità il processo decisionale in campo ospedaliero escludendo il doppio binario dell'AM locale, che da soggetto decisore diviene soggetto di supporto, confermano la mancanza di convinzione del governo nel volere adottare delle scelte più radicali.

L'atteggiamento altalenante è rimarcato dai nuovi strumenti di politica sanitaria introdotti successivamente alla riforma del 1996 che, se da un lato perseguono il *trend* della regionalizzazione — per esempio i programmi regionali di accesso alla prevenzione e alle cure (PRAPS) e la legge di finanziamento della *Securité Sociale* per il 2000, che ha posto il principio degli accordi regionali di buon utilizzo delle cure per i medici di medicina generale — dall'altro lato, sono segui-

ti da un'intenzionalità politica di perseguire un decentramento che non è in grado di trovare una concreta realizzazione.

È questo il caso, nel 2002, della legge sui diritti del malato e sulla qualità del sistema sanitario che ha introdotto nuovi organi, i *consigli regionali sanitari*, che avrebbero dovuto incarnare un ulteriore ruolo di concertazione in ambito sanitario, sostituendosi alle precedenti conferenze, ai CROSS e ai Comitati per i PRAPS, fungendo da preambolo organizzativo alla costituzione delle agenzie sanitarie regionali. La loro missione avrebbe dovuto consistere nell'analisi dei bisogni di salute della popolazione, nella conseguente formulazione delle priorità di sanità pubblica a livello locale, tenuto conto delle direttive a livello nazionale e dei tratti caratteristici regionali, alla stessa stregua dei nostri piani sanitari regionali. In realtà tali disposizioni sono rimaste lettera morta ed oggi le nuove ipotesi di decentramento prevedono un ulteriore recupero dell'intervento regionale ma richiamano l'intervento dei prefetti nel ruolo di mediatori tra la Stato e regione, sottendendo una irriducibile desiderio del governo centrale a monitorare e a non effettuare un vero e proprio passaggio di consegne in campo sanitario (Servizio Di Studi e Documentazione Dell'assemblée Nationale Santé Publique, 2003).

5. Il finanziamento degli ospedali: dal budget global alla tarification à l'activité

Parallelamente all'incertezza che grava sulle modalità di amministrazione delle politiche ospedaliere che vedono troppi attori messi in gioco e troppi strumenti dispiegati per «mascherare» la continua presenza del governo e degli organi centrali dell'AM, anche sul versante dei finanziamenti della spesa ospedaliera la situazione

non è dissimile. Sebbene, infatti, la scelta di controllare i costi ospedalieri mediante l'introduzione di un sistema tariffario basato sui Drg risalga al 1982, in realtà un accenno applicativo giunge soltanto adesso con le stesse titubanze che accompagnano lo sviluppo delle altre strategie analizzate in questa sede. Se nel sistema italiano il cambiamento di rotta è stato piuttosto repentino, forse eccessivamente, con l'applicazione di uno strumento tariffario che non conosceva una effettiva sperimentazione, i francesi si sono dilungati nelle verifiche di un modello applicativo che sembra non convincerli del tutto, attraverso il PMSI (*Programme de médicalisation du système d'information*), cavalcando tre tappe: la sperimentazione, l'istituzionalizzazione, l'utilizzazione (Rodriguez, 1983; Moisdon, Tonneau, 1996; Vinot, 1998; Lenay, Moisdon, 2003).

La prima fase è cominciata nel 1982, sviluppandosi in una sorta di semiclandestinità con un team di progetto molto ridimensionato e l'arruolamento volontario di alcuni ospedali, malgrado il ministero spingesse per accelerare i tempi. La seconda tappa, dal 1996, ha utilizzato i risultati intermedi della sperimentazione, puntando ai raggruppamenti per patologia con lo strumento dei GHM (*groupe homogène de malades*) consolidandosi nella valutazione delle attività ospedaliere mediante il calcolo dei punti ISA (*Indice synthétique d'activité*) per ciascun ospedale ed nella pubblicazione annuale di una studio nazionale dei costi. In questa fase si è abbandonata la finalità ispirata all'idea di un controllo generalizzato dei costi, per approdare ad una logica esclusiva di programmazione, più in linea con il sistema di finanziamento già esistente che, attraverso dei coefficienti calcolati sul punteggio ISA, permette di correggere e aggiustare l'assegnazione annuale delle risorse agli ospedali pubblici. In

questo modo l'ARH attua un'allocatione budgetaria per i ricoveri per acuti MCO (Medicina, Chirurgia, Ostetricia) basata su meccanismi di quasismercato. Lega in modo automatico le variazioni della dotazioni finanziarie ospedaliere alla posizione del valore del loro punteggio ISA confrontato con il valore regionale di riferimento. Il PMSI può essere considerato uno strumento di regolazione suscettibile di perdere i suoi effetti benefici se non coniugato con un adeguato processo di pianificazione, in cui la dimensione politica ricopre senz'altro il ruolo maggiore. La regolazione mette sul campo degli strumenti miranti a stabilire una correlazione tra la performance degli ospedali e la ripartizione delle risorse, servendosi appunto del PMSI come strumento di valutazione delle performance. La pianificazione dal canto suo, partendo dai limiti che gravano sulla spesa sanitaria ha la funzione di apportare un contributo di razionalizzazione organizzativa (Lenay, Moisdon, 2000).

Attualmente un nuovo obiettivo si profila all'orizzonte, ovvero il passaggio dal finanziamento per dotazione globale ad una tariffazione all'attività mediante l'utilizzazione dei GHM. Anche in questo caso è previsto un utilizzo graduale dello strumento poiché per i primi anni la remunerazione a tariffa dovrebbe integrare il meccanismo precedente basato sulle dotazioni globali.

Dal 1985, infatti, sia gli ospedali pubblici sia gli ospedali privati sono finanziati mediante una meccanismo prospettico, *budget* globale, basato sul volume delle attività erogate nell'anno precedente che costituisce la cosiddetta dotazione globale ospedaliere, destinata a coprire la parte più imponente dei costi di gestione, nonostante il *budget* degli investimenti segua una via del tutto autonoma. In tal senso i Ministri del bilancio della previdenza

e della sanità fissano un obiettivo previsionale di evoluzione delle spese degli ospedali sottoposti al *budget*. Il sistema in questione ha sostituito quello precedente di «giornata di ricovero», come era in Italia prima della riforma del '92, poiché gli effetti inflazionistici, dovuti all'inutile allungamento delle durate del ricovero, avevano contribuito in passato ad una forte crescita delle spese ospedaliere.

La specificità del sistema è rappresentata dall'integrazione della dotazione annuale mediante un tasso di evoluzione, *taux directeur annuel* (10) con la doppia finalità di consentire una politica perequativa tra le diverse regioni, e di destinare a loro favore un margine di manovra per l'espletamento di funzioni particolari o complementari, derivanti dalle specificità della programmazione sanitaria. L'ammontare, infatti, è assegnato alle regioni tenendo conto di diversi fattori tra cui principalmente rilevano gli orientamenti fissati, dopo il 1991, dai SROS, le esigenze della popolazione e la riduzione delle disparità finanziarie. È poi compito delle ARH allocare le risorse ad ogni singolo ospedale sulla base dei *project d'établissement* e dei contratti d'obiettivo e di mezzi. Nel tempo il tasso si è comunque dimostrato insufficiente e poco adatto a far fronte al reale aumento dei costi di gestione ospedaliere, soprattutto con riferimento agli aumenti connessi alle retribuzioni del personale. A ciò va aggiunto che si è dimostrato non essere compatibile con le strategie intraprese annualmente anche a livello centrale come interventi di ristrutturazione, *budget* supplementari, finanziamento di nuove attività contrattate con le direzioni locali etc. Anzi verosimilmente ha contribuito all'allargamento dello scarto e delle disparità locali in termini di finanziamento della spesa ospedaliere (Engel, Moisdon, Ton-

neau, 1992; Moisdon, Tonneau, 1996; Lenay, Moisdon, 2003).

Sul versante delle cliniche private convenzionate, invece, il meccanismo di finanziamento chiama in causa le casse locali dell'AM, poiché il convenzionamento è rappresentato da un accordo locale tra il singolo ospedale privato e le casse, nell'ambito di ciascun dipartimento in ambito geografico. Nel tempo si è quindi configurato anche in questo settore un percorso a due vie. Da un lato figurano gli ospedali pubblici il cui controllo spetta allo Stato e soltanto di recente è mediato, come visto in precedenza, dalle ARH, dall'altro le cliniche private che, essendo soggette ad un tipo di remunerazione calcolata attraverso la tariffazione commisurata alle giornate di ricovero nei limiti della copertura nazionale, sono controllate dalle casse locali di AM.

Tale sistema, discutibile per gli effetti positivi trascurabili sul piano finanziario, non ha permesso un'allocatione delle risorse adatta alla domanda e agli eventuali incrementi di produttività dei differenti ospedali. Il margine degli aggiustamenti di dotazione finanziaria è, infatti, molto ristretto in ambito pubblico, mentre nel contesto privato, proprio in virtù del tipo di finanziamento «a tariffa», incentiva delle rendite di posizione, laddove le cliniche private decidono di specializzare la produzione fornendo prestazioni più remunerative.

La coesistenza dei due sistemi genera così due principali effetti distortivi:

— il finanziamento consistente nell'attribuzione di un *budget* globale, essendo legato in modo molto debole all'attività realizzata attraverso un fattore correttivo basato sul *casemix* regionale (Punteggio ISA), conduce sia alla costituzione di rendite di posizione, sia alla mancanza di adeguati finanziamenti per le strutture più attive,

ovvero quelle che coprono un ventaglio di specialità maggiori;

— il livello di *forfait* ancorato all'attività effettivamente svolta per le cliniche private varia all'interno del territorio e rischia di sfociare o, come nel caso precedente, a rendite di posizione oppure a dei sottofinanziamenti per quanto concerne talune attività. Inoltre, non solo i due meccanismi non sono né paragonabili né compatibili, ma frenano le cooperazioni necessarie tra due settori la cui coniugazione è necessaria per la ricomposizione del paesaggio ospedaliero francese.

Anche in questo caso però l'assetto sembra essere davanti ad una svolta epocale poiché il Governo, mirando ad un utilizzo proficuo della raccolta di informazioni del PMSI, si è impegnato ad intraprendere un'armonizzazione delle modalità di finanziamento che dovrebbe decollare nel 2004. I benefici attesi da questo cambiamento dovrebbero essere di tre tipi:

— una dinamizzazione delle strutture di cura, in particolare pubbliche poiché, divenendo più semplice il modo di finanziamento, si consente una migliore responsabilizzazione degli attori e crea un'incitazione ad adattarsi;

— un'equità di trattamento nei due settori;

— lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di controllo di gestione all'interno degli ospedali pubblici e privati.

Si tratta, in buona sostanza, di capitalizzare il patrimonio di conoscenze messe a punto dal PMSI, anche se ciò non condurrà almeno nel breve periodo a modifiche dei ruoli dei finanziatori (governo, AM e pazienti) degli ospedali e delle cliniche. A ciò va aggiunto che tali innovazioni dovrebbero consentire una razionalizzazione dei comparti della spesa ospedaliera, come la ricerca e le attività d'insegna-

mento clinico che, essendo le attività maggiormente costose, continueranno a fruire di finanziamenti specifici.

6. Conclusioni

Nel quadro delineato, la ricerca di fattori strategici che possano ricondurre ad unità il sistema, pur mantenendo la levatura e le performance attuali, emerge come l'esigenza prioritaria che il sistema francese si trova a dover affrontare.

La criticità che maggiormente rileva è il difficile coordinamento tra lo Stato e l'impianto dell'*Assurance Maladie* che si ripercuote sull'intera organizzazione del settore sanitario anche se viene rispettato appieno il principio di democraticità e rappresentatività negli organi decentrati. Questo si scontra però con la prerogativa che i sistemi basati sul sistema assicurativo dovrebbero, meglio dei sistemi basati sul criterio fiscale, soddisfare le esigenze dell'utenza in modo più immediato e meno politicizzato. Ciò in forza di un rapporto contrattuale che distingue il legame tra contribuente e casse assicuratrici rispetto al legame che intercorre tra cittadino e Stato in sistemi come quello italiano, ad esempio, dove il rapporto tra utenza e strutture sanitarie è maggiormente istituzionalizzato e burocratizzato. Il nocciolo della questione consiste proprio nella situazione che si è venuta a creare, con la pressante ma anche necessaria ingerenza del governo, per far fronte ad una crescente spesa sanitaria e con la conseguente dicotomia di poteri generata dalla compresenza di una moltitudine di attori istituzionali, non sempre a garanzia del buon funzionamento del sistema. Anzi in questo caso è lampante che la replica di organi sia sintomo di malessere organizzativo che appesantisce la struttura aggravandone la situazione finanziaria.

Contenere la spesa sanitaria garantendo un'offerta qualitativamente elevata è un obiettivo difficile da raggiungere e lo diventa ancor più se non si procede ad una semplificazione delle relazioni intercorrenti tra gli attori del sistema, traguardo che il governo francese sembra perseguire con parecchie difficoltà, di ordine politico e soprattutto radicate nella profonda convinzione che le scelte decisionali spettino al livello centrale.

A ciò si aggiunge che la proliferazione di attori, i cui compiti talvolta si sovrappongono piuttosto che integrarsi, causa un allungamento dei tempi decisionali che si riflettono a loro volta negativamente sull'operatività delle unità produttive con un inutile dispendio di risorse. Il decentramento istituzionale, o per esso una più consapevole *déconcentration*, sembrano, tra tutti, lo strumento più adeguato ai fini di una attribuzione delle competenze ma anche di ripartizione delle risorse, poiché in grado di ricomporre a livello locale i contrastanti interessi tra governo, garante dei processi decisionali in ambito sanitario ed AM, ossatura finanziaria del sistema.

L'istituzione delle ARH, in parte, ha già permesso dei passi in avanti sul piano della razionalizzazione e del controllo dei costi ospedalieri, riconoscendo che la regione costituisce il livello più idoneo per la riorganizzazione del sistema può fungere da interfaccia tra governo e strutture di cura. Certo al momento è presente un divario tra il settore ambulatoriale ed il settore ospedaliero poiché la maggior parte degli sforzi si sono concentrati su quest'ultimo, mentre sul primo l'organizzazione della regolazione su scala regionale resta ancora troppo poco sviluppata, pur risultando giustificata dal fatto che sembrano proprio le regioni, con una loro consapevolezza maggiore delle problematiche del territorio e della popolazione residente, ad essere

i soggetti più idonei ad occuparsene. La regionalizzazione è sentita come una soluzione non più rinviabile in virtù del fatto che una concezione globale della sanità presuppone di prendere in considerazione il carattere trasversale delle politiche attivate ed esige un coordinamento dei differenti attori implicati. Nel caso francese tale approccio trasversale sottende l'idea di una sinergia tra le azioni di sanità pubblica e le politiche di offerta sanitaria oltre che a ricoprire una funzione surrettizia nei confronti dei rapporti tra Stato ed AM, già ampiamente dimostrata dall'azione amalgamante e costruttiva svolta dalle ARH.

È per questo che una prossima mossa si ravvisa nell'evoluzione di queste ultime in Agenzie regionali sanitarie (ARS) che assicurerebbero al sistema una svolta in termini di efficacia, legittimità e trasversalità dell'azione amministrativa. In prospettiva il direttore delle ARS avrebbe un'effettiva capacità decisionale ed estensione di poteri; il consiglio di amministrazione, quale organo deliberante, riuscirebbe a ad accorpare secondo criteri egualitari, Stato, AM e Regione. Al tempo stesso spetterebbe ad un organo trasversale di orientamento, di concertazione e di valutazione, quale può essere il neoistituito consiglio regionale sanitario (CNS) il compito di analizzare i bisogni sanitari della popolazione, l'esame di dati epidemiologici e di orientamento, creando gli spazi di manovra per il direttore delle ARS. Pur non trattandosi di un vero decentramento ma di una mera traslazione di poteri e responsabilità dal centro alla periferia, tale evoluzione permetterebbe anche una maggiore spinta in termini di *accountability* da parte dei soggetti, sia politici sia dell'AM, una visione integrata degli strumenti di programmazione ed un migliore sfruttamento sinergico degli strumenti operativi di cui il sistema francese, pe-

raltro dispone già. La messa in opera del PMSI a supporto degli strumenti di contrattazione che le agenzie pongono in essere con i direttori degli ospedali dovrebbe in tal senso generare una maggiore razionalizzazione nell'utilizzo e quindi nell'allocazione delle risorse, soprattutto se fatta seguire dall'implementazione di un sistema di *reporting* che configuri un quadro strutturato dei costi di gestione rispetto al mero adempimento contabile che ancora sembra essere in uso. Un'evoluzione in tal senso si ravvisa nell'implementazione di una *tarification à l'activité* basata essenzialmente sul percorso del paziente, strumento che richiede una forte integrazione tra territorio e assistenza ospedaliera non ancora attuata a causa delle criticità rilevate. Un cambiamento di tale portata avrebbe la funzione di responsabilizzare maggiormente l'insieme di attori presenti, incoraggiare una loro costruttiva collaborazione, estendere il campo dell'innovazione nella gestione delle cure e favorire un'effettiva presa in carico da parte del sistema sanitario, non più frammentato, ma coeso nel servizio al paziente.

(1) Il lavoro di raccolta, iniziato nel 1999 in occasione di un soggiorno all'ESSEC, presso la *Chaire de la Santé* coordinata dal professor Gérard Viens, è frutto di una serie di colloqui sostenuti con alcuni tra i maggiori esperti, accademici e non, in ambito sanitario, cui si è affiancata contestualmente la raccolta di atti e documenti emanati negli ultimi quattro anni in Francia con riferimento all'*Assurance Maladie*, al decentramento delle politiche sanitarie ed alla gestione degli ospedali.

(2) È illuminante a questo proposito il *dossier d'information* redatto dal Servizio di studi e documentazione dell'Assemblée nationale SANTÉ PUBLIQUE (29 settembre 2003), Nota: *la régionalisation de la politique de la santé*.

(3) L'organizzazione della *Sécurité Sociale* riunisce l'insieme dei regimi legali quali la malattia, la famiglia e la vecchiaia ed ancora oggi rimane agganciata a principi garanti i lavorato-

ri e le loro famiglie contro i rischi di ogni natura, suscettibili di ridurre o sopprimere la loro capacità di guadagno, anche se gli interventi legislativi a partire dagli anni '70, hanno mirato ad una generalizzazione della protezione sociale e all'assoggettamento obbligatorio dei cittadini residenti alle assicurazioni sociali.

(4) *Rapport sur les relations entre l'Etat et l'assurance maladie* del 2 dicembre 2002 a cura di Roland Ruellan Conseiller maître presso la Corte dei Conti e coordinatore del *Groupe de travail de la Commission des comptes de la sécurité sociale* in www.sante.gouv.fr/html/actu/gouvrap/gouvrap.pdf.

(5) Sostanzialmente i beneficiari non devono più pagare le visite mediche, le medicine rimborsabili, gli esami di laboratorio e le spese ospedaliere. Come avviene per tutte le assicurazioni complementari anche CMU complementare può essere gestita, sia dalla Cassa d'AM, sia da altri organismi come una mutua, un'assicurazione o un istituto di previdenza.

(6) I dati provengono da un documento della Corte dei conti (2004).

(7) È il direttore del *Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie*.

(8) Ciascuna ARH è composta da un direttore e da una commissione esecutiva di cui fanno parte sia rappresentanti dello Stato sia rappresentanti dell'AM.

(9) Rapport d'orientation stratégique per la costruzione del SROS dell'Ile-de-France 1999-2004, A.R.H. d'Ile-de-France, Gennaio 1999.

(10) Questo particolare tasso esiste dal 1979 e permette degli aggiustamenti. In teoria ogni ospedale ha diritto ad una parte aggiuntiva rispetto al *budget* dell'anno precedente per far fronte a spese straordinarie come ad esempio le spese di copertura degli anni precedenti (cfr. Moïsdon, Tonneau, 1992).

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1997), «Les réformes des systèmes de santé. Spécificités et convergences, Dossier», *Actualité et dossier en Santé publique*, 18, Mars, pp. I-XXXII.
- ARGACHA J., DAUBOS J. (1998), «La réforme budgétaire en 1998», *Gestions Hospitalières*, 378, p. 461.
- AGUZZOLI F., ALIGON A., COM-RUELLE A., FREROT L. (1999), «Choisir d'avoir un médecin référent», *Question d'économie de la santé*, 23, CREDES, Paris.
- BARATTA N. (1998), «Le système de santé mis en réseaux: quand? comment?», *Décision santé*, 136, pp. 14-18.
- BÉRESNIACK A., DURU G. (1997), *Economie de la santé*, Masson, Paris.
- BOCOGNANO A., COUFFINHAL A., GRIGNON M., MAHIEU R., POLTON D. (1998), «Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé», *Question d'économie de la santé*, 15, CREDES, Paris.
- BOCOGNANO A., DUMENISNIL S., FREROT L., LE FUR P., SERMET C. (1999), «Santé. soins et protection sociale en 1998», *Question d'économie de la santé*, 24, CREDES, Paris.
- BUCHMUELLER T.C., COUFFINHAL A. (2004), *Private health insurance in France*, OECD Health working paper.
- CHEVALLIER J. (1997), «La gestion publique à l'heure de la banalisation», *Revue française de Gestion*, 115, pp. 26-37.
- CUEILLE S., RENUCCI A. (2000), «Responsabilisation des acteurs dans les hôpitaux publics français et management: analyse des dernières réformes juridiques», *Revue politiques et management public*, vol. 18, 2, pp. 43-67.
- DE POUVOURVILLE G. (1996), «Hôpitaux : la double contrainte», *Revue française de Gestion*, 109, pp. 72-79.
- DE POUVOURVILLE G., TEDESCO J. (2003), «La contractualisation interne dans l'établissements hospitaliers publics», *Revue française de gestion*, 29, 146, pp. 205-218.
- ENGEL F., MOISDON J.C., TONNEAU D. (1992), «Contrainte affichée ou contrainte réelle?», *Analyse de la régulation du système hospitalier public français*, Cahier 1 Ecole des mines, Paris.
- GIBIER H. ET AL. (1998), «Demain, la sécurité privée», *L'Expansion*, 582, pp. 55-70.
- GODFRIED M. (1997), *Textes de droit hospitalier*, Presses Universitaires de France, Paris.
- GUYOMARCH A. (1999), «"Public service", "Public management" and the "modernization" of french public administration», *Public administration review*, vol. 77, 1, pp. 171-193.
- HOORENS D. (1998), «L'investissement dans les hôpitaux publics», *Gestions Hospitalières*, 378, pp. 565-567.
- LATTES G., PAURICHE (1997), «Dépenses de santé et réforme de l'assurance-maladie», *France Portrait Social*, pp. 65-82.
- LAUNAY G. (1999), «De la gestion des services "territoriaux" au management des compétences médicales», *Gestions Hospitalières*, 382, pp. 24-26.
- LENAY O., MOISDON J.C. (2000), *Croître à l'abri de la gestion? Le cas du système hospitalier public français*, Cahier de recherche, Ecole de mines de Paris, Centre de gestion Scientifique.
- LENAY O., MOISDON J.C. (2003), «Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité», *Revue française de gestion*, 29, 146, pp. 131-141.
- LECLERCQ M., GEUZE F. (1998), «Une nouvelle approche du management hospitalier», *Gestions Hospitalières*, 379, pp. 629-633.
- LETOURMY A. (1997), «Les réformes des systèmes de santé, l'Etat providence et la santé publique. Un point de vue», *Actualité et dossier en Santé publique*, 18, Mars, pp. XXV-XXVII.
- MAJNONI D'INTIGNANO B. (1997), *La protection sociale*, Edition de Fallois, Paris.
- MERLIERE Y., KIEFFER R. (1997), *Le contrôle de gestion de l'hospital*, Masson, Paris.
- MESATFA N. (1999), «Le système hospitalier avant et après les ordonnances du 24 avril 1996», *Santé publique*, 11, 1, pp. 49-55.
- MICK S., NAIDITICH M., BOURGUEIL Y. (1997), «De l'observation à la décision, Dossier», *Actualité et dossier en Santé publique*, 19, Juin, pp. XXI-XXX.
- MOISDON J.C., TONNEAU D. (1996), «L'hôpital public et sa tutelle: la concurrence sous administration», *Revue française de Gestion*, 106, pp. 80-91.
- MOUGEOT M. (1986), *Le système de santé: centralisation ou décentralisation?*, Economica, Paris.
- MOUGEOT M. (1994), *Système de santé e concurrence*, Economica, Paris.
- MOUGEOT M. ET AL. (1999), *Régulation du système de santé*, La documentation française, Paris.
- PRADEAU F. ET AL. (1999), «Qu'est que les ARH feront de l'accréditation?», *Gestions hospitalières*, 382, Janvier.
- RAIKOVIC M. (1998), «Politique de santé: la mue de l'hôpital public», *Décision Santé*, 136, pp. 6-10.
- RODRIGUEZ J.M. (1983), «Le projet de Médicalisation du Système d'Information: méthode, définition, organisation», *Gestions hospitalières*, 224, Mars.
- RUPPRECHT F. ET AL. (1999), «Evaluation de l'efficience du système de soins français», dans M. Mougeot, *Régulation du système de santé*, La documentation française, Paris, pp. 151-162.
- SCHWEYER F. (1998), «La régulation régionale du système hospitalier: Pilotage par l'Etat ou territorialisation?», *Politiques et management public*, Vol. 16, 3, sep. 1998, pp. 42-68.
- SYNTHÈSE DE L'ETUDE RÉALISÉE PAR LA SOCIÉTÉ SANESCO À LA DEMANDE DU CRÉDIT LOCAL DE FRANCE-DEXIA (1998), «Analyse

- rétrospective de l'investissement des hôpitaux publics et construction de scénarios d'évolution (1998-2010)», *Gestions Hospitalières*, 378, pp. 558-564.
- TROMBERT-PAVIOT B., RUSH P., MENNERAT F., RODRIGUES J.M. (1997), «Effet des AP DRGs des séjours d'hospitalisation complète de la base national des coûts», *Journal d'économie médicale*, 3-4, pp. 147-154.
- XIII^{ème} JOURNÉES PHARMACEUTIQUES HOECHST MARION ROUSSEL HÔPITAL (1998), *Supplément au Pharmacien hospitalier*, 33, 135, pp. 3-23.
- VIENS G. (1993), «Pour un véritable logique d'entreprise dans les établissements de soins», *Décision Santé*, pp. 37-38.
- VIENS G. (1994), *Gérer la qualité et les risque à l'hôpital*, Esf Editeur.
- VINOT D. (1998), «De l'usage interne des points ISA», *Gestions Hospitalières*, 379, pp. 634-640.
- RAPPORTI**
- SERVIZIO DI STUDI E DOCUMENTAZIONE DELL'ASSEMBLÉE NATIONALE SANTÉ PUBLIQUE, *Dossier d'information* (29 settembre 2003), Nota: la régionalisation de la politique de la santé.
- HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE (1998), Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités, rapport du groupe de travail dirigé par Jean-Claude Saily.
- HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE (1994), *La santé en France 1994*.
- HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE (2002), *La santé en France 2002*.
- COUR DES COMPTES (2002), *Rapport annuel au Parlement sur la Sécurité sociale* (et années antérieures).
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE (2000), *Quel système de santé à l'horizon 2020?*
- DEBROSSE D., PERRIN A., VALLANCIEN G. (A CURA DI), *PROJET HOPITAL 2007*, Mission sur «La modernisation des statuts dell'hôpital public et de sa gestion sociale».
- RUELLAN, ROLANDE (2002), *Rapport sur les relations entre l'État et l'assurance maladie*, Groupe de travail de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Biblioteca

Sezione 6^a

Costo dell'abbonamento per l'anno 2004: € 226,00

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere in via automatica, ai sensi del D.L.vo 9 ottobre 2002, n. 231, gli interessi di mora, nella misura mensile del tasso legale pubblicato all'inizio di ogni semestre solare sulla Gazzetta Ufficiale. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovutole, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuarne il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento, sempre anticipato, dell'abbonamento, potrà essere effettuato mediante:

- c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- bonifico bancario (SANPAOLO IMI, Ag. n. 59 Roma, cod. BBAN: A 01025 03282, c/c 100000000178), con eventuali spese di commissione bancaria a carico dell'abbonato.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2004 è fissato in:

€ 226,00 per l'abbonamento ordinario

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

- per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%
- per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%
- per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%
- per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari di norma al prezzo del fascicolo dell'annata in corso, fatte salve eventuali campagne promozionali.

Il prezzo dell'abbonamento 2004 per l'estero è fissato come segue: € 226,00 per l'Europa unita; € 326,00 per il resto del mondo (spese postali incluse).

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.

ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556)	€ 205,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 205,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 205,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 205,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 205,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 205,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 205,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 205,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 205,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 205,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 226,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 226,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 2.126,70, anziché € 2.502,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

FABRIZIO GIANFRATE

**Economia
del settore farmaceutico**

Il Mulino
Bologna, 2004
pagg. 249, € 18,50

I farmaci rappresentano la prestazione sanitaria più utilizzata e diffusa nella collettività e sono oggetto di una domanda crescente in funzione dell'invecchiamento della popolazione e della ricerca di benessere da parte di una società sempre più informata e decisionale. Il testo analizza le principali dinamiche economiche del settore, il mercato farmaceutico e le sue peculiarità e anomalie — basti pensare al fatto che le medicine sono pagate dallo Stato, ma chi le prescrive non le paga, come pure chi le utilizza —, l'industria e la sua struttura, i meccanismi di competizione, il rapporto intrinseco con welfare e assistenza sanitaria e il ruolo cruciale dell'innovazione come determinante primaria del suo sviluppo e dei benefici sanitari e socioeconomici.

INDICE: 1. CENNI DI ECONOMIA DELLA SANITÀ - 2. IL SETTORE FARMACEUTICO - 3. VALUTAZIONE ECONOMICA DEL FARMACO - 4. MERCATI E IMPRESE - 5. RICERCA E SVILUPPO - 6. MARKETING E COMUNICAZIONE - 7. INNOVAZIONE, RISORSE FINANZIARIE E POLITICHE INDUSTRIALI - 8. SCENARI FUTURI.

Il significativo richiamo all'«etica del sistema», contenuto nel Piano sanitario nazionale 2003-2005, spinge a riflettere sulla situazione che vive oggi la medicina. L'istanza economica, infatti, influenza sempre di più il funzionamento e le scelte dei sistemi di tutela sociale della salute, venendo ad affiancarsi e, spesso, a confliggere con la classica impalcatura ippocratica cui ha fatto riferimento la medicina per oltre due millenni. Il rapporto medico-paziente va dunque oggi non superato, ma ri-connotato all'interno delle «organizzazioni» che erogano servizi sanitari, le quali diventano esse stesse agenti morali e devono perciò darsi un'etica che tenga conto della necessità di ottimizzare le risorse disponibili, ma che continui a mettere al centro dell'attenzione il paziente e faccia in modo che nessuna esigenza collettiva, nessuna contingenza economica possa limitare il «dovuto ontologico» di ogni persona.

INDICE: PARTE PRIMA. LA CORNICE DI RIFERIMENTO CONCETTUALE E METODOLOGICA - 1. IL CONTESTO CULTURALE DELLO SVILUPPO DELLA BIOMEDICINA - 2. OPERATORI SANITARI COME AGENTI MORALI - 3. TEORIE DELLA GIUSTIZIA IN SANITÀ - 4. METODOLOGIE DI ANALISI DEI PROBLEMI ETICI NELLA SANITÀ - PARTE SECONDA. QUESTIONI APPLICATIVE - 1. SISTEMI-SANITÀ: UNA LETTURA ETICA «INTEGRATA» - 2. L'ETICA DELL'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE IN SANITÀ - 3. LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE NELLA SANITÀ AZIENDALIZZATA - 4. ETICA ORGANIZZATIVA NEI SERVIZI SANITARI - APPENDICI: DOCUMENTI DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA - ORIENTAMENTI BIOETICI PER L'EQUITÀ NELLA SALUTE, 25 MAGGIO 2001 - SCOPI, LIMITI E RISCHI DELLA MEDICINA, 14 DICEMBRE 2001 - DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO, 18 DICEMBRE 2003.

ANTONIO G. SPAGNOLO
DARIO SACCHINI
ADRIANO PESSINA
MICHELE LENOCI

**ETICA E GIUSTIZIA
IN SANITÀ**
**Questioni generali, aspetti
metodologici e organizzativi**

McGraw-Hill
Milano, 2004
pagg. 399, € 26,00

NICOLA FALCITELLI
MARCO TRABUCCHI
FRANCESCA VANARA
(a cura di)

RAPPORTO SANITÀ 2004
L'appropriatezza in sanità:
uno strumento per migliorare
la pratica clinica

Il Mulino
Bologna, 2004
pagg. 350, € 27,00

Il problema dell'appropriatezza investe ambiti diversi, non solo nell'area clinica ma anche etica, organizzativa ed economica. La tematica è di grande rilievo per la crescita del sistema sanitario italiano, che forse per troppo tempo ha trascurato di analizzare a fondo il significato, gli obiettivi ed i mezzi del proprio operare. Appropriatezza vuol dire ricerca della maniera migliore di agire per il bene del cittadino ammalato. Forse proprio l'importanza dell'argomento rende difficile l'acquisizione di un consenso allargato, che permetta agli operatori dei vari livelli e competenze di parlare lo stesso linguaggio e quindi di comportarsi in maniera sinergica. Il volume affronta il tema da diversi punti di vista contemporaneamente sul piano teorico e pratico.

INDICE: PARTE PRIMA. ASPETTI NORMATIVI, ECONOMICI E DI QUALITÀ - LA RICERCA UMANA SENZA FINE DI CIÒ CHE SERVE PER LA SALUTE (STEFANO GOVONI) - APPROPRIATEZZA ED EPISTEMIOLOGIA DELLA COMPLESSITÀ (ENRICO MATERIA E GIOVANNI BAGLIO) - L'APPROPRIATEZZA IN SANITÀ: IL QUADRO DI RIFERIMENTO LEGISLATIVO (RENATO BALDUZZI) - APPROPRIATEZZA E RISORSE POTENZIALMENTE LIBERABILI (FRANCESCA VANARA) - L'APPROPRIATEZZA TRA STORIA E ATTUALITÀ, TRA CULTURA MEDICA ED ESIGENZE GESTIONALI (G.F. GENSINI, A. CONTI, A.A. CONTI) - LA FORMAZIONE ALL'APPROPRIATEZZA (GIOVANNI RENGÀ) - PARTE SECONDA. STRUMENTI DI MISURA ED ESPERIENZE - L'APPROPRIATEZZA «TEMPORALE» DELLE PRESTAZIONI SANITARIE (ANGELA TESTI E ELENA TANFANI)

- L'UTILIZZO DI PRUO PER LA VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI (LUCA LATTUADA E IVANA BURBA) - VALUTARE L'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI: LA METODOLOGIA APPRO (E. MATERIA, G. BAGLIO, A. FILOCAMO, R. DI DOMENICANTONIO E G. GUASTICCHI) - ALLA RICERCA DELL'APPROPRIATEZZA: IL PUNTO DI VISTA DEGLI EROGATORI (TOMMASO LANGIANO E SONYA J. MARTIN) - L'APPROPRIATEZZA NELL'ASSISTENZA ALLE PERSONE FRAGILI (R. ROZZINI, S. ALBINI E M. TRABUCCHI) - VALUTARE E GESTIRE L'APPROPRIATEZZA CLINICA, ORGANIZZATIVA ED ECONOMICA PER CREARE VALORE SANITARIO. IL CASO DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (C. MUNIZZA, P. BOLLINI, M. BIANCO, S. NIEDDU E S. PAMPALLONA) - APPROPRIATEZZA DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA: PROPOSTA PER UNA NUOVA DEFINIZIONE (G. RECCHIA, P. RIZZINI, M. ERCOLANI, D. COSENTINO E S. CASTAGNA) - L'APPROPRIATEZZA NEI SERVIZI SOCIALI (LUCIANO DI PIETRA).

Gli autori presentano l'adattamento della Balanced scorecard alle regole di funzionamento della sanità pubblica italiana, offrendo alla direzione aziendale un nuovo strumento di management, utile per formulare, comunicare e implementare le strategie, ottenere feedback strategico e ridefinire obiettivi. La Bsc, pur preservando il ruolo centrale delle rilevazioni economico-finanziarie, permette di collegare la performance operativa a breve termine con gli obiettivi strategici a lungo termine, articolandosi su quattro dimensioni diverse: economico-finanziaria; paziente/cliente; processi aziendali interni; apprendimento e crescita. Particolarmente utile è l'allineamento delle aree di interesse strategico — i dipartimenti gestionali — su nuove tendenze, distogliendole dai tradizionali obiettivi a breve termine. La Bsc consente all'organizzazione di tradurre la strategia in termini operativi, fornendo una griglia di riferimento comprensibile a tutti i membri dell'organizzazione.

INDICE: PARTE PRIMA. PRINCIPI, METODI E STRUMENTI - 1. CHE COS'È LA BALANCED SCORECARD - 2. LE DETERMINANTI DELLA BALANCED SCORECARD - 3. COME APPLICARE LA BALANCED SCORECARD - PARTE SECONDA. IL CONTESTO ORGANIZZATIVO-GESTIONALE E IL CASO AZIENDALE - 1. LA STRATEGIA - 2. L'ORGANIZZAZIONE - 3. IL BUDGET - 4. IL PERSONALE - 5. LA QUALITÀ - 6. IL CASO AZIENDALE.

EUGENIO VIGNATI
PAOLO BRUNO

BALANCED SCORECARD
IN SANITÀ
Un nuovo sistema
di management per tradurre
la strategia in azione

FrancoAngeli
Milano, 2004
pagg. 183, € 17,50

ANTONIO BARRETTA

**L'unità delle diversità.
La «dimensione sovraaziendale»
del controllo di gestione
nelle aziende sanitarie**

CEDAM
Padova, 2004
pagg. 208, € 18,00

L'unità e la diversità rappresentano due aspetti la cui conciliazione appare cruciale in diversi ambiti pubblici di attività economica. Con il termine unità si intende descrivere il processo di aggregazione interaziendale che sta interessando un numero sempre più rilevante di settori economici pubblici. Con il termine diversità si intende sottolineare l'esistenza di peculiarità riconducibili a ciascun organismo aziendale facente parte di un aggregato interaziendale. L'integrazione di queste due dimensioni nelle aziende sanitarie offre uno strumento di analisi e gestione per il controllo aziendale.

INDICE: PARTE PRIMA. L'INQUADRAMENTO TEORICO - 1. AZIENDE SANITARIE ED ATTIVITÀ DI CONTROLLO - 2. EVOLUZIONE DELLO SCENARIO E CORRELATO CAMBIAMENTO DEL CONTROLLO DI GESTIONE NELLE AZIENDE SANITARIE - PARTE SECONDA. L'ANALISI EMPIRICA: IL CONTROLLO DI GESTIONE NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA TOSCANA - 1. STRUTTURA DELLA RICERCA SUL CAMPO - 2. RISULTATI OTTENUTI.

I progressi della medicina e della ricerca genetica hanno prodotto profonde trasformazioni nell'approccio alla salute, alla malattia, alla cura ed alla morte; sempre più spesso si discute a proposito del fondamento etico di scoperte scientifiche e loro ricadute, dell'agire quotidiano dei professionisti della sanità, del ruolo della comunicazione mediatica, del senso che viene attribuito al concetto di salute nei diversi contesti culturali. Il libro è un contributo alla riflessione circa il ruolo che il servizio pubblico è chiamato a svolgere per favorire lo sviluppo dei principi di autonomia e di tutela della persona nell'ambito della salute, in un momento di grande rivisitazione dei temi etici. Si propone il frutto di un lavoro pluriennale sperimentato nel contesto territoriale di quattro Aziende sanitarie toscane (Arezzo, Firenze, Grosseto, Massa e Carrara) allo scopo di individuare strategie comunicative ed educative di promozione della salute e di costruzione della consapevolezza del diritto all'informazione. Particolare attenzione è stata rivolta a fasce deboli della popolazione quali anziani, immigrati, minori ed adolescenti.

INDICE: 1. IL PROGETTO E IL PERCORSO - 2. BIOETICA E COMITATI ETICI; UN DIBATTITO IN CORSO - 3. LA COMUNICAZIONE DI SALUTE CON I CITTADINI IMMIGRATI - 4. LA COMUNICAZIONE CON I CITTADINI ANZIANI: IL RUOLO DEL COMITATO ETICO - 5. VALORI RELAZIONALI ED EDUCATIVI NELLA COMUNICAZIONE SANITARIA CON I GIOVANI CITTADINI - 6. IL RUOLO DI «MEDIATORI» NELLA COMUNICAZIONE DI SALUTE: IL CASO DEGLI INSEGNANTI - 7. RESPONSABILITÀ, COMUNICAZIONE E SALUTE: UNA SFIDA - 8. ETICA E COMUNICAZIONE PER LA SALUTE NELL'ERA DELLA COMUNICAZIONE PUBBLICA E DI MASSA.

ANNA MARIA BERTAZZONI
ANTONIO DE ANGELI
(a cura di)

Etica, comunicazione e salute

FrancoAngeli
Milano, 2004
pagg. 136, € 13,00

MARCO BOBBIO

**Giuro di esercitare la medicina
in libertà e indipendenza**

Einaudi,
Torino, 2004
pagg. 289, € 15,00

Il colossale mercato della sanità — nei suoi vari aspetti di intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo — tende a corrompere molti addetti ai lavori. Università e istituti di ricerca, medici e ricercatori, politici e amministratori, giornalisti ed editori rinunciano di fatto a difendere la centralità dell'ammalato per privilegiare l'interesse dell'industria e delle corporazioni. I conflitti di interesse si stanno diffondendo in modo tale da creare allarme da parte degli osservatori più attenti ai diritti della sanità pubblica. Il volume di Marco Bobbio descrive e approfondisce la problematica con particolare attenzione al mondo del farmaco, i cui prodotti sono spesso considerati beni di consumo anziché strumenti di salute. Il predominio del marketing si traduce in una distorsione delle conoscenze, che l'Autore evidenzia con competenza, lucidità e chiarezza.

INDICE: 1. INTRODUZIONE: LA PROFESSIONE MEDICA È IN VENDITA? - 2. COME UNA PENNA O UNA CENA POSSONO MINARE L'INTEGRITÀ DI UN MEDICO - 3. COME I RICERCATORI SONO IN OSTAGGIO DELLO SPONSOR - 4. COME L'INFORMAZIONE SCIENTIFICA È CONDIZIONATA DA INTERFERENZE ECONOMICHE - 5. COME UN ARTICOLO «INDIPENDENTE» NASCE NELL'UFFICIO MARKETING - 6. COME I GARANTI DELLA PROFESSIONE GARANTISCONO IN REALTÀ I PROFITTI - 7. COME FAR PRESCRIVERE UN CERTO FARMACO A MILIONI DI PAZIENTI - 8. COME VIENE AFFRONTATO IN ITALIA IL CONFLITTO TRA MEDICI E INDUSTRIA - 9. COME DISINQUINARE UN MERCATO SUBDOLO E SUBALTERNO.

SPOGLIO RIVISTE

Meccanismi di mercato

B. MEIJBOOM, J. DE HAAN, P. VERHEYEN
Networks for integrated care provision: an economic approach based on opportunism and trust
Health Policy, Vol. 69, Issue 1, 2004, pp. 33-43

FEDERICO JORIO
Il fondo perequativo ed i livelli essenziali di assistenza
Sanità pubblica e privata, 4, 2004, pp. 373-401

F. DOUGLAS SCUTCHFIELD, CAROL IRESON, LAURA HALL
The voice of the public in the public health policy and planning: the role of the public judgment
Journal of public health policy, Vol. 25, 2, 2004, pp. 197-205

Sistemi di finanziamento

E. FORSBERG, R. ALXELSSON, B.A. RNETZ
The relative importance of leadership and payment system. Effects on quality of care and work environment
Health Policy, Vol. 69, Issue 1, 2004, pp. 73-83

E. VAN DOORSLAER, X. KOOLMAN
Explaining the differences in income-related health inequalities across European Countries
Health Economics, Vol. 13, 7, 2004, pp. 609-628

D. CHERNICHOVSKY, S. MARKOVITZ
Aging and aggregate costs of medical care: conceptual and policy issues
Health Economics, Vol. 13, 6, 2004, pp. 543-562

CAROLYN HUGES TUOHY, COLLEEN M. FLOOD, MARK STABILE
How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations
Journal of health politics & law, Vol. 29, 3, 2004, pp. 359-396

Economia del farmaco

S. BERTOZZI, J.-P. GUTIERREZ, M. OPUNI, N. WALKER, B. SCHWARTLANDER
Estimating resource needs for HIV/AIDS health care services in low-income and middle income countries
Health Policy, Vol. 69, Issue 2, 2004, pp. 189-200

MARK J.C. NUIJTEN, JOSZEF KOSA
Pricing of pharmaceuticals. Assessing the pricing potential by a pricing matrix model
The European journal of health economics, Vol. 5, 2, 2004, pp. 110-115

ISMO LINNOSMAA, RAINE HERMANS, TARU HALLINEN
Price-cost margin in the pharmaceutical industry. Empirical evidence from Finland
The European journal of health economics, Vol. 5, 2, 2004, pp. 122-128

LAURA MAGAZZINI, FABIO PAMMOLLI, MASSIMO RICCABONI
Dynamic competition in the pharmaceuticals. Patent expiry, generic penetration and industry structure
The European journal of health economics, Vol. 5, 2, 2004, pp. 175-182

MARY O. OLSON
Managing delegation in the FDA: reducing delay in new-drug review
Journal of health politics, policy & law, Vol. 29, 3, 2004, pp. 397-430

JOHN H. BARTON
TRIPS and the global pharmaceutical market
Health affairs, Vol. 23, 3, 2004, pp. 146-154

Valutazione economica dell'attività sanitaria

K.O. AKOSAH, S. CAROTHERS

Short-term aggressive disease management programs for heart failure: effect on drug utilization, clinical outcomes and costs
Disease management & Health outcomes, Vol. 12, 4, 2004, pp. 221-227

C.R. FLOWERS, D. VEENSTRA

The role of cost-effectiveness analysis in the era of pharmacogenomics
PharmacoEconomics, Vol. 22, 8, 2004, pp. 481-493

L. KENNEDY, A. CRAIG

Global registries for measuring pharmacoeconomic and quality-of-life outcomes: focus on design and data collection, analysis and interpretation
PharmacoEconomics, Vol. 22, 9, 2004, pp. 551-568

A.M. BAYOUMI

The measurement of contingent valuation for health economics
PharmacoEconomics, Vol. 22, 11, 2004, pp. 691-700

Analisi dei sistemi sanitari

T. ASHTON, J. CUMMING, J. MCLEAN

Contracting for health services in a public health system: the New Zealand experience
Health Policy, Vol. 69, Issue 1, 2004, pp. 21-31

D. RETZLAFF-ROBERTS, C.F. CHANG, R.M. RUBIN

Technical efficiency in the use of health care resources: a comparison of OECD countries
Health Policy, Vol. 69, Issue 1, 2004, pp. 55-72

K. DAVIS, S.R. COLLINS

U.S. health policy: time for action on the uninsured
Health Policy, Vol. 69, Issue 2, 2004, pp. 135-137

SERGI JIMENEZ-MARTIN, JOSÉ M. LABEAGA, MAITE MARTÍNEZ-GRANADO

An empirical analysis of the demand for physician services across European Union
Health Policy, Vol. 69, Issue 2, 2004, pp. 151-157

F. MASTRILLI

Ruolo attuale e prospettive degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico
Organizzazione sanitaria, anno XXVII, 3-4, 2003, pp. 5-15

POL DE VOS, HARRIE DEWITTE, PATRICK VAN DER STUYFT

Unhealthy european health policy
International journal of health services, Vol. 34, 2, 2004, pp. 255-269

Programmazione e organizzazione del lavoro

M. GRECO

L'evoluzione delle professioni sanitarie non mediche nel processo di riordino del sistema sanitario
Organizzazione sanitaria, anno XXVII, 3-4, 2003, pp. 40-47

M. D'INNOCENZO, A. LETO, M. MUSOLINO

Il ruolo e il contributo dell'infermiere per il rinnovamento del sistema sanitario italiano
Organizzazione sanitaria, anno XXVII, 3-4, 2003, pp. 48-51

T.L. MARK, J. SWAIT

Using stated preference and revealed preference modeling to evaluate prescribing decisions
Health Economics, Vol. 13, n. 6, 2004, pp. 563-573

Controllo di gestione e sistemi informativi

JOHN NIXON, PHILIPPE ULMANN, JULIE GLANVILLE, STÉPHANIE BOULENGER, MICHEAL DRUMMOND, GÉRARD DE POUVOURVILLE

The European Network of Health Economic Evaluation databases (EURO NHEED) Project
The European journal of health economics, Vol. 5, 2, 2004, pp. 183-187

ADAM OLIVER, ELIAS MOSSIALOS, RAY ROBINSON

Health technology assessment and its influence on health-care priority settings
International journal of technology assessment in health care, Vol. 20, 1, 2004, pp. 1-10

Innovazione tecnologica

J. PIVIK, E. RODE, C. WARD

A consumer involvement model for health technology assessment in Canada
Health Policy, Vol. 69, Issue 2, 2004, pp. 253-268

FRANS RUTTEN

Health technology assessment and policy from the economic perspective
International journal of technology assessment in health care, Vol. 20, 1, 2004, pp. 67-70

WALTER W. HOLLAND

Health technology assessment and public health: a commentary
International journal of technology assessment in health care, Vol. 20, 1, 2004, pp. 77-80

Altro

FUMIE YOKOTA, KIMBERLY M. THOMPSON

*Value of information literature analysis: a review of applications
in health risk management*

Medical Decision Making, Vol. 24, 3, 2004, pp. 287-298

DENNIS J. MAZUR

Law and ethics: the principles of the law of negligence

Medical Decision Making, Vol. 24, 3, May-June, 2004, pp.
319

TESI DI LAUREA

Tesi di laurea presentata all'Università «Ca' Foscari» di Venezia. Corso di laurea in Economia e commercio. A.A. 2003-2004. Relatore: Giuseppe Marcon. I correlatore: Enzo Rullani. II correlatore: Giampaolo Zanardi

L'EVOLUZIONE DELLA GOVERNANCE PUBBLICA IN UNA PROSPETTIVA POLITICA ED ORGANIZZATIVA

di Lorenzo Dorigo

Ipotesi

Il carattere «globale» del cambiamento che ha ispirato il movimento di riforma del *New Public Management* implica la tendenza della Pa a convergere verso insiemi di nuovi e più uniformi modi di governo della Pa. Ciò tuttavia non dovrebbe pregiudicare la possibilità di pervenire anche alla definizione di soluzioni locali differenziate a seconda dei diversi contesti amministrativi considerati. I motivi dell'affermarsi di tale concezione, idonea a prefigurare sia una visione innovativa dei processi decisionali interni alla Pa che un diverso ruolo del *management* pubblico, derivano per lo più dall'evoluzione normativa e istituzionale intercorsa nei decenni all'interno delle diverse realtà nazionali.

Quadro di riferimento

Le cause del cambiamento, la sua portata e la sua profondità, nella prospettiva di teorie ed iniziative di riforma riconducibili al *New Public Management*, possono essere utilmente indagate anche mediante un approccio di tipo politico, finalizzato in particolare alla ricostruzione delle diverse fasi evolutive della moderna teoria della *governance* politica, che, in termini generali, può essere definita come quell'insieme di attività intraprese dalle autorità politiche nel tentativo di modellare le strutture e i processi socioeconomici nazionali. L'analisi e la comprensione del ciclo evolutivo della moderne attività di *governance* politica si rivelano essenziali allo scopo di facilitare l'identificazione delle origini teoriche delle due distinte (e per certi aspetti contrapposte) «traiettorie» di modernizzazione della pubblica amministrazione adottate, in diverse forme e con diversa incidenza, nei paesi occidentali nel corso dell'ultimo ventennio, il managerialismo pubblico e la *public governance*. Allo stesso tempo a queste due logiche di riforma delle strutture e dei processi amministrativi è possibile far corrispondere distinte competenze di natura organizzativa e manageriale.

Ricerca e discussione

Allo scopo di pervenire ad una lettura coerente con gli aspetti storico-evolutivi dei diversi contesti normativi ed istituzionali presenti nelle democrazie occidentali, si articola la

ricerca sull'evoluzione delle attività di *governance* politica in tre fasi distinte. In una prima fase, dal secondo dopoguerra fino alla fine degli anni '60, si è assistito al graduale affermarsi del paradigma fondamentale della *governance*, caratterizzato dall'applicazione di teorie prescrittive della pianificazione, consistenti in una formulazione delle politiche pubbliche fondata su logiche razionali di tipo *top-down* e in una loro attuazione da parte degli enti e delle agenzie pubbliche. La seconda fase, a partire dagli anni '70, va interpretata come l'immediata conseguenza dei ripetuti fallimenti generati dall'intervento pubblico nei vari settori dell'economia e si contraddistingue per lo spostamento dell'attenzione sulla profonda trasformazione intervenuta negli studi sui processi decisionali pubblici. Piuttosto che concentrarsi sul «soggetto» della direzione politica ovvero il governo, e la sua capacità o incapacità di guidare i processi socioeconomici, in questo periodo si pone particolare enfasi sull'«oggetto» del controllo politico e sulle conseguenti problematiche di governabilità delle politiche pubbliche, assumendo una prospettiva di ricostruzione delle politiche «dal basso», cioè a partire da un'analisi dei processi e dalle strutture operanti nella fase di implementazione. Ne sono seguiti studi che hanno contribuito a mettere in discussione le basi stesse del paradigma fondamentale della *governance* politica: l'assunto secondo cui lo Stato, anche qualora incontri resistenze da parte dei gruppi destinatari delle sue iniziative, costituisca il fulcro del controllo della società. La disillusione in merito alla possibilità di praticare un'efficace attività di direzione e controllo politico accentrato ha indirizzato gli studi verso forme alternative di governo della società (o *societal governance*), inaugurando una terza ed importante fase evolutiva della *governance*, verso un'ulteriore differenziazione dei modelli. In un primo tempo si è, infatti, assistito alla progressiva diffusione del «modello di mercato», praticato con insistenza nel corso degli anni '80 e '90, soprattutto nei paesi di cultura anglosassone, e contraddistinto, da un lato, dal ricorso a frequenti interventi di privatizzazione ed esternalizzazione di servizi pubblici, riducendo dimensioni e incidenza degli apparati pubblici centrali e, dall'altro, dall'introduzione di principi e tecniche di *business administration* mutuati dalla gestione delle imprese. Soltanto in un secondo momento, con riferimento soprattutto ai paesi nord-europei, è emerso con una certa evidenza un orientamento allo sviluppo di forme cooperative orizzontali di autoregolazione sociale nella formulazione ed implementazione dei corsi d'azione pubblici, sviluppando strutture a rete fra soggetti pubblici e privati (*policy network*). Rispetto alle tradizionali forme a rete adottate per l'attuazione delle politiche, funzionanti sulla base di modelli direzionali di controllo gerarchico, i «nuovi» *policy network* ed il relativo «modello partecipativo» di *governance* sociale hanno dato vita a nuove modalità di coordinamento delle interazioni politiche e sociali, fondate sul mutuo aggiustamento degli interessi, sulla condivisione degli obiettivi, sulla ricerca del consenso e sullo sviluppo di capacità di governo interattivo. Così, mentre al modello di *governance* del mercato può principalmente ricondursi la «traiettoria» di modernizzazione della pubblica amministrazione del managerialismo di derivazione anglo-statunitense, secondo un approccio scientifico guidato dal criterio di convenienza economica, il modello della *governance* partecipativa è costruito sulla base di logiche propriamente dette di *public governance*. Le tesi innovative sostenute dagli autori della *public governance* confluiscono sulla necessità di abbracciare una nuova prospettiva di studio del *management* pubblico, per arricchire tale concetto piuttosto che riproporlo in semplici termini di principi di *business management*. Particolare enfasi viene posta sullo sviluppo di nuove capacità manageriali per la gestione delle relazioni fra organizzazione e insieme di reti complesse che ne costituiscono l'ambiente socio-politico di riferimento. L'elevato grado di complessità, diversità e dinamismo di tale ambiente rende meno prevedibili e controllabili definizione e perseguimento degli obiettivi. Circa le logiche del managerialismo pubblico caratterizzate dall'attenzione per efficienza ed efficacia dei processi operativi interni, l'idea di *governance* contrappone il rispetto dei principi di legittimità ed equità dell'azione politico-amministrativa.

Le competenze del *manager* pubblico si rivelano così essere soprattutto di natura politica, più aperte allo svolgimento di un «ruolo imprenditoriale» e di gestione dei processi negoziali fra i diversi attori, nonché di ricerca e promozione del consenso. Ne deriva una maggiore attenzione alla «responsabilità per la *performance* del sistema», piuttosto che alla *performance* del singolo ente pubblico, sia rispetto all'azione politico-amministrativa complessivamente realizzata che alla qualità dell'ordine politico-amministrativo. In sintesi, all'attore pubblico dovranno conferirsi per lo più responsabilità di *network management* durante le fasi di formulazione ed attuazione dei processi socio-politici, agendo contemporaneamente da intermediatore e facilitatore nelle attività di scambio di risorse e informazioni fra soggetti pubblici e privati, promuovendo processi interorganizzativi di tipo cooperativo basati sulla reciproca fiducia e sulla condivisione degli obiettivi.