

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XIV – N. 54 APRILE-GIUGNO 2005

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** EDITORIALE: Clinical Governance, il contributo di molteplici prospettive
Elio Borgonovi
- 5** Un contributo dei direttori delle aziende sanitarie pubbliche: i sistemi di Clinical Governance
a cura di *Antonello Zangrandi e Elio Borgonovi*

SAGGI

- 11** I meccanismi di governance nelle collaborazioni formali tra pubblico e privato in sanità
Corrado Cuccurullo
- 29** L'innovazione finanziaria per gli investimenti delle aziende sanitarie
Fabio Amatucci, Marta Marsilio
- 45** Uno studio su influenza e vaccinazione antinfluenzale nel 1999-2000 in Italia
Guido Citoni

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 59** Strumenti manageriali per il governo della domanda sanitaria
G. Imbalzano, L. Colonna, A. Negretti, R. Scola, G. Sportelli, A. Nava
- 81** Le sperimentazioni gestionali in sanità: il caso Volterra in Toscana
Raffaele Faillace
- 89** Modelli organizzativi e sistemi operativi di gestione della separazione tra committenza e produzione: un'analisi di 5 realtà aziendali
Valentina Chiarini, Eleonora Corsalini, Emanuele Vendramini
- 109** Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della Regione Toscana
Lino Cinquini, Sabina Nuti, Angelo Boccaccio, Milena Vainieri
- 131** Come difendere i cittadini dalla burocrazia? Il caso dell'esenzione ticket per patologia
P.P. Faronato, A. Carlini, M. Taverna, C. Giordani, C. Dario

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 141** Novità bibliografiche

COLOPHON

COMITATO SCIENTIFICO

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

Luca Anselmi
Ordinario di Economia aziendale - Università di Pisa

Sabino Cassese
Ordinario di diritto amministrativo - Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini
Ordinario di Economia - Università di Torino

Antonio Pedone
Ordinario di Scienze delle Finanze - Università La Sapienza di Roma

Fabio Roversi Monaco
Ordinario di diritto amministrativo - Università di Bologna

FONDATORE E DIRETTORE RESPONSABILE

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

CONDIRETTORE E DIRETTORE SCIENTIFICO

Elio Borgonovi

COORDINAMENTO EDITORIALE

Mario Del Vecchio

COORDINATORI DI SEZIONE

Gianmaria Battaglia

Luca Brusati

Chiara Peverelli

Carlo Ramponi

Rosanna Tarricone

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Silvia Tanno

REDATTORI

Giorgio Casati

Giovanni Fattore

Giorgio Fiorentini

Andrea Garlatti

Alessandra Massei

Marco Meneguzzo

Franco Sassi

Antonello Zangrandi

Francesco Zavattaro

CORRISPONDENTI ESTERI

Michael Schofield (Manchester)

Gustav Schacter (Boston)

DIRETTORE EDITORIALE

Anna Gemma Gonzales

DIREZIONE

00197 Roma - Viale Parioli, 77
Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386
Fax 06 80 85 817
E-mail: sipised@tin.it

REDAZIONE

20135 Milano - Viale Isonzo, 23
Tel. 02.58.362.600
Fax 02.58.362.598
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
Registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
Fotocomposta da SIPIS srl
Stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana - Tivoli (RM) - Tel. e fax 0774.381.700
Spedita in abbonamento postale, c. 1, art. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04)
Prezzo di una copia € 68,00

Clinical Governance, il contributo di molteplici prospettive

ELIO BORGONOVÌ

Mecosan ha come propria «filosofia» di fondo quella di realizzare uno stretto collegamento tra teoria e pratica, sia negli editoriali, sia nelle sezioni, sia nel tipo di articoli/documenti pubblicati. Questo editoriale rappresenta un ulteriore passo in avanti su tale linea, esso infatti nasce in un modo diverso dagli altri. Nei mesi scorsi è stato promosso dalla Divisione Amministrazioni Pubbliche, Sanità e non profit, SDA-Bocconi un Network dei Direttori generali di aziende sanitarie e ospedaliere che si incontrano tre quattro volte all'anno per affrontare «dal vivo» e partendo dall'esperienza, alcuni temi critici, confrontandosi con il mondo della ricerca. Il primo incontro è stato dedicato al tema della Clinic Governance e si è svolto con il seguente metodo:

- breve introduzione da parte dei docenti-ricercatori (stimoli alla discussione);
- ampio dibattito tra i Direttori generali che, oltre a discutere i vari aspetti del problema (punti di accordo o di disaccordo) hanno evidenziato come ognuno di loro lo sta affrontando nella propria realtà (processi e strumenti utilizzati e modalità di coinvolgimento di medici e altri professionisti);
- un pomeriggio di confronto con domande e risposte con due medici scelti che rappresentavano le posizioni, le attese, il pensiero dei «professionisti».

Il Documento qui presentato è il risultato di un dibattito «a tre voci» che, peraltro, si è svolto su uno spartito chiaro e preciso ricordato all'inizio dell'incontro e scritto a lettere cubitali nella sala del dibattito:

tutte le considerazioni dovranno essere finalizzate all'obiettivo di fare analisi e proposte per migliorare il grado di qualità delle risposte ai bisogni di salute dei pazienti.

Le considerazioni sulla efficienza, sul livello dei costi, sulla razionalità organizzativa, sulla autonomia decisionale e responsabilità dovranno essere orientate alla finalità sopra indicata.

E
L
A
L
E
R
I
A
L
E
D
I
T
O
R
I
A
L
E

Un contributo dei direttori delle aziende sanitarie pubbliche: i sistemi di Clinical Governance

a cura di ANTONELLO ZANGRANDI e ELIO BORGONOVÌ

Premessa

Un gruppo di direttori di aziende sanitarie pubbliche del Paese ha aderito al Network della SDA Bocconi che si propone l'obiettivo di approfondire le condizioni in grado di realizzare qualità, efficienza, competenza, appropriatezza, capacità di raggiungere gli obiettivi delle prestazioni all'interno delle aziende pubbliche.

Il primo degli incontri del 2005 è stato dedicato al tema della clinical governance, proprio perchè il rapporto con i professionisti è elemento vitale delle aziende sanitarie.

La rilevanza del governo clinico, quale tema che in questi ultimi tempi ha spesso alimentato un acceso dibattito sui sistemi di tutela della salute a livello nazionale e internazionale, è in genere riferita a due differenti fenomeni:

– da un lato l'insoddisfazione di molti medici che vedono nella azione delle aziende un eccessivo «soffocamento» della autonomia professionale e clinica, la rigidità burocratica a scapito della qualificazione professionale, una eccessiva attenzione alle risorse finanziarie a scapito della qualità dell'assistenza;

– dall'altro la rivendicazione di un ruolo organizzativo, decisionale e gestionale all'interno delle aziende sanitarie pubbliche; un ruolo che «bilanci» il potere del direttore generale, spesso visto come detentore di potere «quasi assoluto» all'interno dell'azienda.

Occorre, dunque, affrontare il tema della clinical governance con un metodo nuovo che sappia cogliere un reale contributo da parte di tutti gli attori.

1. «Clinical Governance»: lo schema concettuale

Tra le tante definizioni di «Clinical Governance», si ritiene di accogliere quella che la identifica come un sistema di regole di funzionamento di una azienda sanitaria tramite cui:

– si riconosce, si rispetta e si valorizza l'autonomia delle conoscenze e professionalità di coloro che hanno la responsabilità dei processi tipici;

– si afferma che tale autonomia deve essere esercitata nel rispetto di condizioni interne ed esterne idonee a garantire la continuità dell'azienda e del sistema generale di tutela della salute.

Gli obiettivi da raggiungere attraverso il governo clinico sono:

– valorizzare l'autonomia professionale;

Al Network Dasp (Direttori delle Aziende Sanitarie Pubbliche) hanno finora aderito: Antonio Aprile, Lionello Barbina, Andrea Belloli, Marco Bonamico, Maria Cristina Cantù, Carmelo Caratozzolo, Cornelio Coppini, Giuseppe De Leo, Stefano Del Missier, Fosco Foglietta, G. Walter Locatelli, Diego Maltagliati, Paolo Menichetti, Luigi Miglio, Fabrizio Oleari, Vincenzo Panella, Giuseppe Pecoraro, Eugenio Porfido, Francesco Ripa di Meana, Nicola Rosato, Paolo Saltari, Oreste Tavanti, Branka Vujovic, Pierluigi Zeli, Franco Zigrino, Giuseppe Zuccatelli.

– favorire una qualità dell'assistenza attenta ai bisogni di salute attraverso un forte orientamento alla responsabilizzazione¹.

Tali obiettivi sono, ovviamente, vincolati da condizioni esterne che devono essere sempre considerate, quali conoscenze scientifiche, leggi, disponibilità di risorse economiche e valori attesi di chi ha bisogni di salute.

I principi di autonomia e responsabilizzazione si traducono, quindi, nelle capacità di definire concrete priorità quando esistono condizionamenti e vincoli esterni.

2. L'autonomia clinica e il decentramento delle responsabilità come processo organizzativo

2.1 Binomio autonomia e responsabilizzazione

Nelle aziende sanitarie i professionisti, i medici in particolare, hanno autonomia clinica, cioè capacità di intervento a favore dei propri pazienti utilizzando le risorse disponibili. Inoltre, essi hanno la tensione professionale ed etica di utilizzare al meglio le risorse limitate rispetto ai bisogni e alla domanda di servizi. L'autonomia clinica va di pari passo, quindi, con uno strutturale decentramento delle responsabilità.

Il sistema che ne deriva consiste nel rendere compatibili e coerenti le politiche della salute (sanitaria di sistema, aziendale) da una parte e l'efficacia, la qualità dei processi assistenziali dall'altra. Come far convivere questa autonomia, che è un valore, con gli obiettivi aziendali? Con la scarsità (reale o presunta) delle risorse? Un equilibrio deve essere trovato in ciascuna realtà.

2.2 Rilettura del ruolo della «Clinical Governance» come processo organizzativo

La «Clinical Governance», quindi, va intesa non solo come sistema di erogazione delle prestazioni utilizzando in modo adeguato le risorse per realizzare prestazioni appropriate e di qualità, ma anche

come processo organizzativo per coinvolgere i professionisti nella gestione dell'azienda in maniera coerente e capace di trovare sintesi tra compatibilità generali del sistema (nazionali e regionali), equilibrio delle singole aziende ed efficacia dei processi assistenziali rivolti ai pazienti.

L'idea non è, quindi, quella di entrare nel merito degli aspetti di efficacia, qualità dei servizi, ma di usare analisi, informazioni per mettere in evidenza le eventuali incongruenze, contraddizioni e possibili spazi di miglioramento.

Ciò significa:

- 1) recuperare un forte orientamento al paziente;
- 2) valutare la sostenibilità degli interventi in rapporto alle risorse finanziarie disponibili;
- 3) favorire la costante ricerca della qualità delle prestazioni e dell'appropriatezza dei processi assistenziali.

Queste considerazioni comportano una riflessione sull'organizzazione del lavoro nelle aziende sanitarie, oltre che sul recupero dei valori connessi alla professione medica e la coerenza degli atteggiamenti individuali: infatti, la organizzazione del lavoro è frutto non solo della specializzazione delle competenze e degli atti normativi (nazionali o regionali), ma anche della volontà e della possibilità di collaborazione tra operatori.

Tutto ciò implica un rilevante e costante sforzo organizzativo.

In linea generale, con il governo clinico si persegue:

- una chiara delega decisionale ai professionisti nell'ambito tecnico-professionale;
- una valorizzazione del loro contributo alla gestione aziendale;
- una assunzione di responsabilità non solo sulla gestione del singolo caso.

1. Per responsabilizzazione si può intendere il processo attraverso cui i professionisti si fanno carico delle proprie azioni; questa accezione è assai diversa da quella di responsabilità di processo «tramite cui si individuano coloro che sono chiamati a rendere conto del mancato raggiungimento degli obiettivi».

3. Ostacoli alla *Clinical Governance*

Di fronte alle sopraccitate condizioni atte a garantire un'efficacia della «*Clinical Governance*», si possono individuare, peraltro, dei vincoli del processo di governo clinico e di sviluppo di sistemi di coordinamento. Questi fanno riferimento principalmente alla difficoltà di misurazione dei risultati anche sotto il profilo clinico, il che comporta autoreferenzialità.

In altri termini l'assenza di misurazioni sistematiche delle prestazioni professionali all'interno delle aziende, la carenza di valutazioni sulla qualità anche professionale, la debolezza di sistemi di confronto (benchmarking) tra le aziende, e ancor di più la mancanza di una tensione al cambiamento² non favoriscono un orientamento ai risultati e al miglioramento continuo.

4. Esperienze in atto

Ci sono delle esperienze di coinvolgimento e responsabilizzazione positiva dei professionisti che indicano la direzione su cui procedere.

Appare determinante sostenere e diffondere esperienze che in molte aziende sono già in atto. Le aziende possono trovare le modalità per favorire il coinvolgimento dei professionisti anche senza ulteriori modificazioni normative. La **tabella 1** presenta un elenco degli strumenti aziendali di «*Clinical Governance*».

- Definizione di percorsi assistenziali
- Protocolli diagnostici e terapeutici
- Dimissioni protette
- Protocolli condivisi tra mmg e specialisti
- Responsabilizzazione dei dirigenti delle unità organizzative
- Costituzione di organi collegiali
- Sperimentazioni di cure primarie
- Decentramento del potere ai dipartimenti
- Decentramento del potere ai distretti
- Sistemi di prevenzione dei rischi e degli errori
- *Audit* clinico

La capacità di misurare la qualità di dare risposta ai bisogni assistenziali è l'elemento che deve essere introdotto nelle aziende per favorire la «*clinical governance*».

È opportuno sviluppare esperienze nelle direzioni di:

- misurazione delle performance cliniche;
- valutazione sistematica dei risultati;
- individuazione di standard di comportamento;
- segnalazione degli errori, ecc.

Tabella 1

Le esperienze di «*Clinical Governance*»

4.1 Imparare dall'esperienze: strumenti rilevanti

Per poter sviluppare una effettiva partecipazione dei professionisti alla vita delle organizzazioni, appare particolarmente rilevante puntare su questi elementi:

- Protocolli/Percorsi diagnostico terapeutici
- Clinical risk management
- Accredimento all'eccellenza

Devono essere, poi, considerati, come già sottolineato, tutti i programmi che permettono le misurazioni delle performance cliniche.

2. Di fronte alle teorie di management secondo cui non è migliorabile ciò che non è misurabile, si può sostenere che è anche migliorabile anche ciò che non è misurabile attraverso misure o indicatori quantitativi a condizione di una forte tensione al cambiamento.

La modifica della struttura organizzativa è un'esperienza da maturare al fine di condividere la responsabilità.

Lo stile e la modalità di esercizio sul fronte dei processi organizzativi promuovono una consapevole e duratura partecipazione dei clinici al governo delle aziende sanitarie pubbliche.

I piani formativi sono determinati su base aziendale come sintesi delle proposte che i livelli decentrati esprimono in connessione con gli obiettivi concordati

Piani annuali e pluriennali devono essere realizzati per sviluppare una costante tensione alla innovazione di processo e di servizio

4.2 Imparare dall'esperienze: possibili mutamenti nella struttura delle responsabilità

È necessario operare attraverso comitati, collegi di direzione o altri organismi che permettano il radicamento delle responsabilità. In questa prospettiva, appare strategico che la condivisione non sia solo collegata alla responsabilità di chi ha la direzione delle strutture complesse o dei dipartimenti, ma anche alla valorizzazione da parte della direzione generale e dei direttori di dipartimento di tutti i dirigenti e della loro potenziale capacità di rispondere in modo appropriato e qualitativamente significativo ai pazienti in forte sintonia con gli obiettivi organizzativi.

4.3 Imparare dall'esperienze: investire in processi organizzativi

Emergono alcuni elementi caratterizzanti: nelle organizzazioni pubbliche è necessario porre attenzione alle condizioni che generano i risultati. Occorre, cioè, investire sugli operatori e migliorare la loro professionalità. Per fare questo è opportuno:

- investire sulla formazione;*
- promuovere iniziative volte all'innovazione, al cambiamento, alla flessibilità e all'integrazione;*
- condividere le strategie;*
- comunicare e coinvolgere i medici e gli altri professionisti;*
- rilevare i risultati e introdurre strumenti di verifica e di misurazione degli stessi.*

5. Interventi per coinvolgere e responsabilizzare i professionisti

Due appaiano le priorità per realizzare un effettivo coinvolgimento dei professionisti nella gestione:

- 1) investire sullo sviluppo professionale degli operatori identificando anche modalità innovative quali la formazione sul campo, stage interni, interscambi tra unità operative;*
- 2) incentivare l'innovazione e promuovere l'accumulo delle conoscenze.*

5.1 Investire sullo sviluppo professionale degli operatori

I progetti di formazione per essere efficaci devono basarsi sui fabbisogni formativi effettivi che derivano da una seria e approfondita analisi delle performance. Lo sviluppo formativo delle professionalità necessita di analisi delle performance, di una responsabilità, distribuita all'interno della organizzazione, che sappia valutare gli effettivi fabbisogni, in considerazione non solo delle strategie aziendali, ma anche dei concreti comportamenti.

La formazione deve essere proposta nelle sue differenti modalità: formazione frontale, distance learning, interscambi, progetti intra-aziendali.

5.2 Incentivare l'innovazione e promuovere l'accumulo delle conoscenze

La ricerca dell'innovazione nell'erogazione delle prestazioni è un valore che è necessario perseguire con grande determinazione.

Per realizzare questo obiettivo appare opportuno rendere maggiormente trasparenti le prassi, sviluppare interscambio tra le aziende, promuovere tra gli operatori occasioni di confronto di esperienze. Prassi simili per bisogni simili rappresentano innanzitutto il forte orientamento alla trasparenza dei comportamenti clinici, la tensione al controllo della variabilità clinica e della autoreferenzialità, ma anche un evidente orientamento all'etica dell'equità e del rispetto dei diritti degli utenti.

È un valore aprirsi alle nuove esperienze, alla ricerca delle migliori possibilità, alla collaborazione sistematica.

6. In conclusione

La «Clinical Governance» è per il miglioramento costante del servizio sanitario. Nel dettaglio:

- la messa in campo di una sempre maggiore responsabilizzazione,*
- lo sviluppo di strumenti di valorizzazione e di indirizzo dell'autonomia clinica,*
- la realizzazione di verifiche sistematiche di risultato*

aumentano il livello di servizio offerto al cittadino.

In altri termini, si vuole che la guida delle azioni sia sempre più capace di erogare prestazioni adeguate al bisogno, con la piena responsabilità di tutti: da chi ha le competenze complessive sulla gestione a chi ha le competenze di ciascun specifico caso.

In sintesi con la «Clinical Governance» si intende ridurre la variabilità nel trattamento dei casi simili, orientare i processi clinici verso la migliore appropriatezza e garantire una qualità della prestazione erogata il più costante possibile nel tempo e nello spazio. In questo tutti possono/devono collaborare.

Al fine di contestualizzare i sistemi di «Clinical Governance» alle singole realtà aziendali, è utile distinguere le loro diverse funzionalità: sistemi per la guida dei clinici (ad esempio, strumenti idonei a motivare e incentivare i clinici), sistemi atti a garantire la funzione dei clinici al governo (ad esempio, sistemi che coinvolgono i clinici) e, infine, sistemi di governo dei clinici (ad esempio, i sistemi di condivisione delle conoscenze tra i clinici).

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4)

l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

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

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

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 secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenz (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno. I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

I meccanismi di governance nelle collaborazioni formali tra pubblico e privato in sanità

CORRADO CUCCURULLO

Recently, many organizations in public health have established partnerships with private-sector organizations (PPPs), creating alliances, coalitions, consortia and other partnerships. PPPs are often seen as offering an innovative method with a good chance of producing the desired outcomes in terms of efficiency and effectiveness. But these partnerships also bring their own problems and controversies, especially with respect their governance. The aim of this paper is to identify relations among governance models and performance of formal PPPs. Based on an analysis of Italian PPP projects, this paper discusses the distinct characteristics of these public-private relationships, and their mechanisms of corporate governance with a special focus on the relationship among stakeholders and management. This includes a critical analysis of (i) partners' decision making and control power and (ii) management autonomy relate to the complex web of accountability emerging from PPP schemes. Furthermore, it includes a discussion of how to improve the corporate governance of these particular PPP schemes.

Note sull'autore

Ricercatore di Economia Aziendale - Università degli Studi Magna Graecia di Catanzaro

L'articolo si basa sul *paper* presentato al Convegno nazionale «I livelli di governo della sanità: finanziamento, assetti istituzionali e management» ed ha ricevuto il premio Giovani Ricercatori 2004 dall'Associazione Italiana Economisti Sanitari.

1. Introduzione

Le collaborazioni tra pubblico e privato (d'ora in poi, per brevità, CPP) dopo una fase sperimentale si avviano verso una progressiva diffusione. Pur essendo il tema delle CPP stato trattato con una varietà di approcci, prospettive, classificazioni, sembra, ancora, mancare una riflessione in chiave economico-aziendale sugli aspetti di *governance*, dato che nelle esperienze avviate si riscontra un maggiore orientamento alla progettazione di sistemi di *governance* in base ad aspetti giuridici senza una valutazione approfondita del loro riflesso sulle condizioni di funzionamento duraturo e sulle performance di tali configurazioni aziendali. La finalità di questo articolo è duplice: chiarire, da un lato, le criticità di governo delle CPP, nonché gli effetti indotti del sistema di *governance* su durabilità e performance; indicare, dall'altro, alcune regole di impostazione del sistema in ottica aziendale.

È bene chiarire, prima di concentrarsi sull'oggetto di studio che esistono tre diverse configurazioni di CPP che, chiaramente, necessitano di meccanismi di *governance* diversi (cfr. Cuccurullo, Tommasetti, 2002: 61-71):

1) le CPP informali, basate su una rete di relazioni di scambio stabili e frequenti ma non strutturate e/o formalizzate da contratti espliciti, fondandosi sulla ricerca di convergenze significative attraverso la negoziazione tra i *partner* di obiettivi concreti, sono governabili mediante meccanismi di tipo sociale¹;

2) le CPP contrattuali, che strutturano le transazioni con carattere frequente e sistematico tra soggetti diversi, sono governabili mediante meccanismi contrattuali;

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Le criticità di *governance* nelle collaborazioni formali tra pubblico e privato
3. I rapporti tra proprietà e management: la prospettiva ristretta di *corporate governance*
4. La prospettiva ampia di *corporate governance*
5. Il concetto ampio di *corporate governance* (segue): un'analisi comparativa dei processi di trasformazione istituzionale a livello internazionale
6. I meccanismi di *governance* impiegabili nelle CPP
7. Alcune riflessioni conclusive sui ruoli di governo aziendale nelle collaborazioni formali

3) le CPP formali, il cui grado di strutturazione delle relazioni è massimo, sono governabili impiegando logiche e strumenti di *corporate governance*.

Il lavoro sintetizza una riflessione concettuale, utilizzando sei casi italiani² per avvalorare le tesi, e si articola nella descrizione delle criticità di *governance* delle CPP formali (§ 2); nell'analisi dei rapporti tra proprietà e management (§ 3); nell'analisi delle tematiche di *corporate governance* in una prospettiva più ampia (§§ 4 e 5); nella descrizione dei meccanismi di *governance* impiegabili nelle CPP (§ 6); infine, in riflessioni conclusive che attengono al miglioramento del sistema di *corporate governance* (§ 7).

2. Le criticità di *governance* nelle collaborazioni formali tra pubblico e privato

Le CPP formali presentano elevati livelli di integrazione e di cooperazione, stabilizzati dalla costituzione di un nuovo soggetto aziendale, che può assumere la formula istituzionale della società mista, della fondazione, dei consorzi e via elencando, di frequente creato per realizzare un progetto, di regola innovativo e complesso.

La costituzione del nuovo soggetto aziendale implica la necessità di governare le relazioni tra i *partner* della CPP al suo interno, a differenza dei sistemi adottati dalle altre configurazioni, consistenti in meccanismi di *governance* informali/sociali e contrattuali, che regolano relazioni, pur intense, ma esterne alla *partnership*. Si tratta, in altri termini, di governare le collaborazioni formali attraverso meccanismi di *corporate governance*.

Il tema della *governance* è diventato centrale nel dibattito scientifico ed in quello culturale in Italia a partire dagli inizi degli anni '90, quando è cominciato il processo di ridefinizione delle regole di *corporate governance*, soprattutto per le imprese e, più in generale, per il mercato dei capitali. In ambito pubblico, l'interesse per il tema è da ricondurre (i) ad una serie di fenomeni di crisi aziendali, che hanno interessato le imprese pubbliche, in gran parte causati da inefficaci ed inefficienti sistemi di controllo e (ii) ai processi di privatizzazione, liberalizzazione e al concorso di capitale privato in ambito pubblico.

Con l'espressione *corporate governance* si intende il governo societario, ma oggi, essendo gli studi sviluppatasi in più ambiti pur seguendo direzioni parallele, con il termine *governance* si intende il sistema di direzione e controllo aziendale, cioè il complesso di regole, economiche e giuridiche, finalizzate a rendere il governo dell'azienda efficace, efficiente e soprattutto corretto ai fini della tutela dei portatori di interesse³.

In questo articolo, ci si limiterà a trattare la *corporate governance* delle CPP nell'accezione economico-aziendale che indica con tale termine: (i) le modalità con cui l'azienda è gestita e (ii) i meccanismi e le condizioni attraverso cui si regolano i rapporti tra i diversi soggetti nell'ottica del perseguimento delle finalità aziendali. La *corporate governance* è un complesso articolato di meccanismi di mercato, istituzionali e normativi, ma in questa sede si impiega la prospettiva del controllo interno in quanto privilegiata nell'approccio economico-aziendale (Del Vecchio, 2001).

L'ampiezza e varietà dei soggetti considerati (Zattoni A., 2000: p. 158), consente di analizzare la *corporate governance* in una duplice prospettiva: una ristretta che circoscrive il tema ai rapporti tra proprietà e management; un'altra ampia che allarga il tema fino a considerare altre tipologie di portatori di interesse, *in primis* prestatori di lavoro e cittadini nel caso delle aziende pubbliche.

3. I rapporti tra proprietà e management: la prospettiva ristretta di *corporate governance*

La prima prospettiva, quella ristretta, ritenendo la proprietà la principale categoria di portatori d'interesse da tutelare, considera la problematica della *corporate governance* esclusivamente circoscritta ai rapporti tra proprietà e management, al rapporto di agenzia che esiste tra questi ruoli⁴, ed è interessata in particolare a:

– l'equilibrio dei poteri, la definizione della sfera di autonomia del management e l'integrazione della visione strategica;

– i riflessi tra sistemi di *governance* e *performance*.

Secondo quest'impostazione, una fondamentale distinzione deve essere fatta tra assetti istituzionali differenti che danno origine a modelli di *governance* differenti e, quindi, a diversi problemi e criticità (figura 1).

Un primo modello si fonda sulla concentrazione del potere del management, anche perché la partecipazione dei diversi membri è tipicamente finanziaria e non c'è un *partner* di riferimento. La principale criticità di *governance* in questo caso consiste nel conflitto di interessi tra manager forti e azionisti numerosi e deboli.

Un secondo modello, non frequente nei casi delle CPP sanitarie, non presenta azionisti di riferimento e il potere del management è debole.

Un terzo modello differisce dal precedente per la presenza di azionisti di riferimento che condizionano il management limitandone l'autonomia decisionale. Di frequente possono costituirsi patti di sindacato, che possano durare nel tempo, che determinano il gruppo dei *partner* che controllano di fatto la CPP.

Un quarto modello (*proprietà*: concentrata; *management*: forte) vede prevalere un'azionista di riferimento, quasi sempre pubblico, che assicura un controllo stabile. La maggiore area di criticità riguarda il conflitto tra azionisti di maggioranza e azionisti di minoranza. A conferma di tali considerazioni si citano i risultati di una recente indagine condotta dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali che evidenzia come le principali criti-

cità per i *partner* privati riguardano la contestabilità degli accordi, in caso di insuccesso e inadeguata *performance*, e la posizione minoritaria nell'ambito delle società di capitale che risulta di scarso interesse se non tutelata da patti parasociali⁵. Tale modello, che vede prevalere un azionista di riferimento, è quello maggiormente diffuso in Italia; prevede per rafforzare l'azionista di riferimento oppure per tutelare gli azionisti di minoranza o altre categorie di partecipanti:

– patti parasociali o meccanismi di designazione dei consiglieri o dell'amministratore delegato, come nei casi: (i) della Fondazione Humanitas di Belluno che prevede che la Presidenza sia sempre appannaggio di consiglieri espressione dei *partner* pubblici, mentre ai *partner* privati è concessa la designazione del vicepresidente; (ii) del Montecatone Rehabilitation Institute (MRI) di Imola che prevede che i *partner* pubblici designino direttamente i propri consiglieri e partecipino paritariamente all'Assemblea per l'elezione dei restanti membri del Consiglio di amministrazione;

– la *golden share*, come ad esempio nel caso della società mista Auxilium Vitae SpA di Volterra in cui su determinate tematiche strategiche l'Asl di Pisa e la Fondazione Maugeiri hanno diritto di veto (figura 2).

Quest'ultimo modello risulta il più diffuso nel caso delle CPP sanitarie, ma per com-

Figura 1
Assetti istituzionali e modelli di *governance*

Frammentata	Proprietà	Concentrata	
<ul style="list-style-type: none"> – Assenza di azionisti di riferimento – Diritto di voto in base alle azioni possedute <p style="text-align: center;"><i>Manager forti e azionisti deboli</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Presenza azionisti di riferimento – Potere di voto concentrato attraverso <i>golden share</i> (*) <p style="text-align: center;"><i>Manager e azionisti forti potenziali conflitti</i></p>		Forte
<ul style="list-style-type: none"> – Assenza di azionisti di riferimento – Restrizioni al diritto di voto (ad es., maggioranze qualificate) <p style="text-align: center;"><i>Manager e azionisti deboli</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Presenza azionisti di riferimento – Diritti di voto proporzionali al possesso azionario, ma presenza di patti di sindacato <p style="text-align: center;"><i>Azionisti di maggioranza forti manager condizionati</i></p>		Debole
			Management

(*) Un esempio di *golden share* è rappresentato dal potere vincolante che l'Azienda UsI di Pisa e la Fondazione Salvatore Maugeiri Clinica del Lavoro e della Riabilitazione posseggono su decisioni di natura strategica, in special modo in riferimento all'aumento del capitale sociale (art. 13 dello Statuto della Auxilium Vitae Spa).

prendere le criticità di *corporate governance* è necessario, a giudizio di chi scrive ed adottando la prospettiva di analisi ristretta, confrontare il potere del management con il potere deliberativo e di controllo esercitato dalla proprietà, come schematizzato nella matrice di **figura 3**.

Il potere del management è più o meno ampio in relazione alle limitazioni delle deleghe e alle attribuzioni di funzioni. Nel **box 1** si descrivono le modalità generali di limitazione delle deleghe e dell'autonomia del management adottate dalle CPP esaminate, mentre nel **box 2** si riportano le attribuzioni tipiche del Consiglio di amministrazione e del Direttore generale.

Il potere deliberativo e di controllo della proprietà, viceversa, dipende dal numero e dalla rilevanza delle deleghe non attribuite.

Nel *primo quadrante* della figura 3 i *partner* hanno funzioni di indirizzo e supervisione delle attività della CPP, mentre il management detiene un alto potere decisionale, frutto di un assetto organizzativo forte; dal punto di vista strategico la visione e la direzione strategica dei differenti *partner* della CPP sono comuni, condivise e coerenti con le scelte strategiche. Un esempio di questa situazione è rappresentata dalla società mista Auxilium Vitae SpA di Volterra (cfr. **box 3**).

Nel *secondo quadrante* i *partner* della CPP fungono da azionisti di riferimento, ma le scelte del management sono svincolate dai loro indirizzi al punto tale che la strategia della *partnership* è perfettamente indipendente. Questa situazione si riscontra nella trasformazione istituzionale degli Irccs, la cui rilevanza richiede una trattazione autonoma che segue nel paragrafo 4, dove si presenta anche il caso significativo (v. **box 7**) del Policlinico Francesco Sforza.

Nel *terzo quadrante* possono verificarsi frequenti casi di conflitto, in virtù della debolezza degli organi di direzione della CPP e possono determinarsi divergenze strategiche che scaturiscono dal mancato allineamento delle visioni di lungo periodo dell'alleanza di ciascuno dei *partner*. Un caso significativo di questa situazione è rappresentato dall'ISMETT di Palermo (**box 4**).

Nel *quarto quadrante* l'ingerenza dei singoli *partner* nella sfera di autonomia del management indebolisce la CPP che non sarà mai foriera di valore aggiunto e la sua direzione strategica sarà il frutto di idee generali ed espressioni di interesse dei singoli membri. Un esempio di questa situazione di conflittualità è rappresentato dall'Ospedale dei Castelli Romani (**box 5**).

Figura 2

Strumenti di *governance* previsti specificamente dagli statuti

	Fondazione Humanitas	Montecatone Rehabilitation Institute (MRI)	Auxilium Vitae Spa
Attività	Assistenza socio-sanitaria alla terza età	Gestione delle attività di riabilitazione per craniolesi e mielolesi	Gestione diretta servizi riabilitativi cardiologici e neurologici
Assetto proprietario	– 50% <i>partner</i> pubblici: Asl, Comune di Belluno e Comuni della Provincia – 50% <i>partner</i> privati: banche ed organizzazioni <i>non profit</i>	– Asl di Imola 64% – Enti locali e Gruppo DESSTONE 36%	– Asl 51% – Cassa di Risparmio di Volterra 31% – Fondazione Maugeri 15% – Comuni di: Volterra 1,33%; Pomarance 0,75%; Castelnuovo 0,27%; Montecatini V. di Cecina 0,23; Montana 0,42%
Composizione del CdA	9 membri (3 designati dall'Asl, 3 dagli ee.IL., 1 dall'Arcivescovado e 2 dai <i>partner</i> privati)	7 membri (2 designati dall'Asl di Imola, 1 dal Comune di Imola e i restanti eletti in seno all'Assemblea societaria) (*)	
Strumenti di governance adottati specificamente	Patti parasociali (Presidenza nelle mani dei soci pubblici)	Patti parasociali (Doppio meccanismo di indicazione membri CdA)	<i>Golden share</i>

(*) In questo modo il controllo dei *partner* pubblici è garantito da un doppio meccanismo, perché da un lato essi designano propri consiglieri direttamente e dall'altro partecipano all'elezione degli amministratori rimanenti con il proprio voto in assemblea.

Alto	Potere deliberativo e di controllo della proprietà	Basso
<ul style="list-style-type: none"> - I <i>partner</i> coordinano il management - Assetto forte - Strategie integrate <p style="text-align: center;">I</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Partner</i> con funzioni di azionisti e piena autonomia del management - Assetto autonomo - Strategia indipendente <p style="text-align: center;">II</p>	Alto
<p style="text-align: center;">IV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meccanismi di gestione del conflitto assenti - Assetto fragile - Strategie generiche 	<p style="text-align: center;">III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meccanismi di gestione del conflitto non efficaci - Assetto debole - Strategie non correlate perfettamente con quelle dei <i>partner</i> 	Basso

L'equilibrio dei poteri tra management e proprietà è determinante del rischio di conflitto tra tali soggetti e, di conseguenza, della probabilità di fallimento della CPP, ovvero del suo funzionamento duraturo, e della sua *performance*, misurata in termini di costi economici ed organizzativi.

Per comprendere, almeno negli aspetti generali e qualitativi, l'impatto che un sistema di *governance* ha sulla *performance* bisogna tener conto, impiegando la teoria delle relazioni di agenzia, dei costi che sorgono in presenza di una relazione contrattuale tra un soggetto – il principale – che delega lo svolgimento di alcune attività e le responsabilità ad un altro soggetto, denominato agente. Secondo tale teoria, l'agente, nel tentativo di massimizzare la propria utilità individuale, sfruttando le asimmetrie informative con il soggetto principale, può adottare comportamenti opportunistici che ledono gli interessi del delegante, spingendo quest'ultimo ad

adottare misure atte a contrastare l'opportunità dell'agente sostenendo:

- *costi di controllo*, relativi alla misurazione dei risultati raggiunti, ai sistemi d'incentivazione, ai sistemi di valutazione delle *performance*;

- *costi di assicurazione*, associati agli atti che l'agente adotta per dimostrare la coerenza dei suoi comportamenti al mandato ricevuto;

- *costi residuali*, associati alle misure per ridurre le divergenze ed appianare i conflitti.

Si tratta di costi economici e non che possono contenersi soltanto attraverso un'adeguata progettazione del sistema di *corporate governance* e principalmente differenziando con chiarezza i ruoli e le funzioni della proprietà e del management.

Una chiara separazione tra i ruoli ed un effettivo potere decisionale del management

Figura 3

Le sfere di autonomia della proprietà e del management

In diversi statuti delle CPP è fatto divieto al Consiglio di amministrazione e al Direttore generale di procedere ad operazioni commerciali, immobiliari e finanziarie di importo superiore ad un determinato valore (spesso fissato in 500.000 euro) in assenza di preventiva autorizzazione dell'Assemblea ordinaria.

A rafforzare tale vincolo esistono poi clausole circa le maggioranze qualificate necessarie per approvare delibere in assemblea.

Altre volte la limitazione è imposta dal fatto che il Consiglio di amministrazione non può delegare al Comitato esecutivo o all'Amministratore delegato le attribuzioni ed i correlati poteri deliberativi in merito a operazioni commerciali e finanziarie di importo superiore ad un valore soglia (circa 100/150.000 euro), tra cui acquisti, vendite o permuta di beni immobili, acquisto o cessione di partecipazioni in altre società o imprese, adesione a consorzi, stipula di contratti immobiliari.

Box 1

Limitazione delle deleghe e dell'autonomia del management

Box 2

Attribuzioni tipiche
del Consiglio di
amministrazione
e del Direttore generale

Il Consiglio di amministrazione ha tutti i poteri di straordinaria amministrazione e di indirizzo dell'amministrazione ordinaria ed in particolare ha il compito di:

- adottare il regolamento interno della società o Fondazione
- approvare il bilancio preventivo, consuntivo e il programma di attività, verificandone l'attuazione
- deliberare su acquisti di eredità, legati, donazioni o altre liberalità e modifiche patrimoniali
- conferire gli incarichi di responsabilità dirigenziale
- approvare le modifiche statutarie
- deliberare in ordine ad ogni attività ritenuta necessaria ai fini del perseguimento degli scopi istituzionali
- svolgere i compiti specificamente assegnatigli dallo statuto (deliberazioni su atti di natura commerciale, immobiliare e finanziaria di determinato importo).

Il Direttore generale ha i poteri di gestione e di ordinaria amministrazione. In particolare è responsabile del raggiungimento degli obiettivi fissati dal Consiglio di amministrazione, della realizzazione dei programmi e dei progetti adottati e dei risultati attesi, nonché della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa della Società/Fondazione, incluse l'organizzazione e gestione del personale.

Box 3

Le società miste: il caso
Auxilium Vitae Spa

Il sistema di *governance* (sfera di autonomia della proprietà e del management) di Auxilium Vitae Spa presenta un assetto forte, con un management autonomo nelle scelte di carattere gestionale e delle linee di ricerca⁽¹⁾ che si iscrivono all'interno della cornice degli indirizzi strategici che i *partner* esplicitano.

Per quanto concerne il riflesso dell'assetto di *governance* sulla *performance* (*governance* e *performance*) la società mista toscana presenta positivi risultati dal punto di vista economico finanziario⁽²⁾, delle prestazioni erogate⁽³⁾, dell'innovazione⁽⁴⁾ e delle risorse umane⁽⁵⁾.

In sintesi, le strategie sono talmente integrate ed il rischio di conflitto tra le parti è talmente basso che la compagine è stata allargata nel 2001 alla Fondazione Maugeri, che ha rilevato il 15% delle azioni della Cassa di Risparmio di Volterra, allo scopo di estendere il campo della ricerca in riabilitazione con nuove attività (riabilitazione pneumologica ed altre) e nuovi mezzi come la telemedicina e l'informatizzazione dei processi diagnostici e assistenziali. La condivisione degli obiettivi di crescita, in una diversa prospettiva, è confermata anche dall'aumento di capitale deliberato nel dicembre 2001.

(1) La ricerca scientifica e lo sviluppo di *partnership* con istituti qualificati di ricerca è stata affidata ad un direttore scientifico, proveniente dall'Istituto S. Raffaele di Milano.

(2) Dal punto di vista reddituale si segnala una progressiva crescita del fatturato e al contempo il conseguimento di un utile sin dal primo anno di costituzione della società. Inoltre, si evidenzia che Auxilium Vitae Spa ha incrementato costantemente i volumi di investimento in apparecchiature sanitarie e attrezzature. Questi risultati complessivi del *network* hanno favorito anche il contenimento della spesa per attività di tipo riabilitativo che l'Asl e gli enti locali sostenevano prima della costituzione della società.

(3) Nel corso del triennio 2000-2002 la società ha aumentato del 30% la dotazione di posti letto, ampliando lo spettro delle attività erogate (sviluppo delle attività nell'ambito della riabilitazione respiratoria, il trattamento dello scompenso cardiaco, l'arteriopatia obliterante, la riabilitazione cardiologica pediatrica).

(4) Nel novembre 2001 è entrata a far parte della compagine sociale la Fondazione Maugeri, istituto di ricerca a carattere scientifico all'avanguardia nel campo della riabilitazione sia in Italia sia in Europa, che ha consentito di avviare un polo riabilitativo polivalente di eccellenza clinica, scientifica e professionale con livelli qualitativi allineati ai principali centri di eccellenza internazionali.

(5) In linea con la programmazione e gli accordi con le organizzazioni sindacali, la società, partita con 50 operatori distaccati dalla Usl 5, ha gradualmente assunto alle proprie dipendenze nuovi operatori, per un totale di 78 unità; di fatto dette assunzioni hanno creato altrettanti nuovi posti di lavoro, in quanto nel contempo si è dato corso al rientro del personale distaccato alla Usl di provenienza, senza dovere utilizzare l'istituto della mobilità, ma garantendo il rientro nella sede di Volterra. L'ulteriore sviluppo delle attività porterà all'assunzione di altre figure professionali, per un totale di 116 unità entro il 2004.

consentono di raggiungere positive *performance* comuni che si ridistribuiscono altrettanto positivamente sui singoli *partner* perché basso è il rischio di conflitto e di fallimento, come nel caso di Auxilium Vitae Spa (**figura 4, quadrante I**).

Se la sfera di autonomia e di potere del management è decisamente più ampia del caso precedente sono bassi i rischi di conflitto e fallimento e la *performance* della *partnership* può non avere correlazione con la *performance* dei singoli *partner*, come nel caso delle Fondazioni Ircs (**quadrante II**).

Al contrario, quando i due requisiti considerati vengono a mancare *performance* e conflitti dipendono da un'estesa varietà di condizioni di contesto, come nel caso dell'ISMETT di Palermo dove la conflittualità nasceva da motivi personali (**quadrante III**).

Nel caso, invece, di totale ingerenza dei *partner* nelle decisioni della CPP ed in presenza di una debolezza dei vertici manageriali è possibile che esista un alto rischio di fallimento della medesima ed una *performance* inadeguata, come nel caso dell'Ospedale dei Castelli Romani (**quadrante IV**).

Non esiste, dunque, un modello di *governance* preferibile in assoluto; è possibile, però, effettuare alcune riflessioni circa le relazioni che intercorrono tra la presenza di un modello e le specifiche *performance* della *partnership*:

a) la presenza di un *partner* di riferimento aumenta l'incentivo al monitoraggio dell'operato del management, ma gli azionisti di

minoranza (nelle CPP sono quasi sempre rappresentati dai *partner* privati) richiederebbero forme di tutela più elevate fino a sfiorare il conflitto e l'uscita, qualora ciò non dovesse verificarsi;

b) gli effetti benefici del monitoraggio diretto da parte degli azionisti di maggioranza possono avere un impatto sulla *performance* più rilevante rispetto ai costi impliciti di minori conflitti.

Alla luce di quanto asserito sembra essere rilevante analizzare il ruolo degli organi di direzione della CPP, individuando:

- i compiti da assegnare;
- la loro composizione;
- la loro struttura organizzativa.

Per quanto concerne il loro compito, esso deve riguardare estesamente la definizione delle strategie, la designazione del management, il controllo della gestione interna, il garantire la qualità delle informazioni fornite ai *partner*.

Per quanto riguarda la composizione, oltre alla rappresentatività dei *partner* e ad un sistema di tutela di quelli minoritari, è auspicabile la presenza negli organi deliberativi di

soggetti indipendenti esterni senza alcuna responsabilità manageriale (amministratori non esecutivi o sorveglianti o controllanti), ma che concorrono alla definizione delle scelte strategiche. I membri indipendenti del Consiglio di amministrazione apportano, per le loro competenze peculiari, un punto di vista autorevole nelle discussioni del Consiglio, favorendo l'approvazione di decisioni coerenti con l'interesse sociale. In particolare, gli amministratori non esecutivi intervengono quando le tematiche trattate dal consiglio inducono a pensare che possa esservi un conflitto d'interesse tra gli amministratori gerenti, la società e gli azionisti. Pertanto è auspicabile che per numero ed autorevolezza essi assumano un peso significativo all'interno di tali organi, con il prioritario compito di monitorare l'operato degli organi deliberativi nel loro complesso e quello dei singoli manager e di intervenire a dirimere i conflitti e prevenire casi di opportunismo. Anche in questa ipotesi è preferibile che tale meccanismo di *governance* sia il frutto di una scelta comune e condivisa tra i *partner* e che sia fissato per statuto sia l'inserimento di tali membri così come i criteri di elezione che devono basarsi almeno sull'indipendenza, sull'as-

L'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad alta specializzazione, *partnership* tra l'università di Pittsburgh e gli Ospedali Civico e Cervello di Palermo, ha conosciuto alla fine del 2002 un periodo di elevata instabilità. Il professor Marino, chirurgo italiano responsabile del Centro trapianti dell'Università di Pittsburgh, nominato Direttore dell'ISMETT nel gennaio del 2003 si è dimesso a seguito di contrasti con i *partner* italiani ed in particolare con il Ministero della salute che finanziava in modo sperimentale l'ISMETT.

A giudizio del professor Marino l'autonomia del management era limitata mentre il Ministero era di parere opposto.

La vicenda ha messo in luce l'inefficacia dei meccanismi di gestione dei conflitti tra i *partner* e l'imperfetta correlazione tra le strategie di *partner* e management.

Box 4

L'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad alta specializzazione di Palermo

Alla fine degli anni '90, riprendendo un progetto elaborato in precedenza, al fine di dotare la vasta area a sud di Roma di un moderno ospedale, che sostituisse i piccoli ospedali della zona, l'Asl dei Castelli Romani pensava di ricorrere al *project finance*.

L'Asl, in concorso con la Regione Lazio, istituì un gruppo di studio coadiuvato dall'Agenzia di Sviluppo Regionale che intraprese la strada della progettazione del partenariato con istituzioni finanziarie e società di costruzione e gestione.

I *partner* pubblici del progetto (Asl e Regione) avevano sul progetto strategie non integrate e tendevano ad assumere atteggiamenti di ingerenza sulla nascente società veicolo.

Dopo due anni di studi, il progetto fu abbandonato per la difficoltà di dettagliare un'idea generale che fosse in grado di attrarre *partner* finanziari e tecnici.

Box 5

L'Ospedale dei Castelli Romani

Alto	Potere deliberativo e di controllo della proprietà		Basso
– Buona <i>performance</i> della CPP e dei singoli <i>partner</i> – Lieve rischio di conflitto e di fallimento	I	– Buona <i>performance</i> della CPP; nessuna correlazione con <i>performance</i> singoli <i>partner</i> – Basso rischio di conflitto e di fallimento	II
– <i>Performance</i> inadeguata della CPP – Elevato rischio di conflitto e di fallimento	IV	– <i>Performance</i> incerta della CPP – Alto rischio di conflitto e di fallimento	III

Alto
Potere del management
Basso

Figura 4
Governance e *performance*

senza di ogni legame tra questi e il management e di ogni interesse e relazione che ne potrebbe ridurre l'autonomia di giudizio sulla strategia, sulla *performance*, sulle nomine, sugli standard di comportamento interno.

Per quanto concerne l'organizzazione, infine, è necessario definire puntualmente la ripartizione delle competenze e delle responsabilità, evitando ambiguità di attribuzione delle funzioni, in modo da assicurare un bilanciamento tra i poteri dei diversi soggetti e da evitare che qualcuno dei *partner* possa detenere un potere illimitato. A tal proposito il corretto funzionamento dell'assemblea è un elemento essenziale per garantire un'effettiva influenza dei *partner* sul governo della CPP.

4. La prospettiva ampia di *corporate governance*

Gli studi condotti sulla *corporate governance* nella prospettiva ristretta hanno condotto ad una serie di indicazioni prescrittive⁶ volte al miglioramento della composizione e del funzionamento del Consiglio di amministrazione, in particolare in riferimento:

- al numero delle riunioni del Consiglio;
- al numero dei consiglieri;
- al bilanciamento della presenza di consiglieri interni ed esterni;
- alla presenza di organi autonomi di *audit*, di valutazione dei dirigenti, di progettazione dei meccanismi retributivi variabili;

– alla qualità, quantità e tempestività delle informazioni fornite ai consiglieri.

Tale approccio orienta la soluzione dei problemi di *corporate governance* alla riduzione dell'accentramento dei poteri e nell'evitare possibili conflitti d'interesse. In questo senso, esso semplifica notevolmente la problematica della *corporate governance*, non attribuendo rilevanza agli interessi di altri soggetti che contribuiscono alla vita economica delle aziende pubbliche. Allargare il tema al complessivo assetto istituzionale, vale a dire (i) i soggetti che partecipano all'attività d'azienda, (ii) i contributi che vi apportano, (iii) le ricompense che ottengono, nonché (iv) la struttura e i meccanismi che connettono e regolano questi elementi (strutture istituzionali)⁷, offre la possibilità di considerare, al fine di individuare gli strumenti istituzionali utili a mantenerli in equilibrio dinamico, questi elementi:

- altre categorie di portatori d'interesse, tra cui i prestatori di lavoro e gli enti pubblici sovraordinati, che risultano importanti ai fini dell'attività economica di un'azienda pubblica;
- le risorse finanziarie e le competenze che essi apportano;
- alcune variabili esterne, come la cultura, le norme, i controlli esterni, che influenzano l'attività economica (figura 5).

Si ritiene che tale concezione allargata meglio si addice allo studio dei casi e dei pro-

Stakeholder	Tipologia collaborazione	Area di indagine
Personale	Società miste, società consortili, costituzione di enti non lucrativi, fondazioni	Forme di tutela del personale trasferito al nuovo soggetto giuridico
Interessi professionali	Tutte	Coinvolgimento nei processi di <i>decision-making</i> ; partecipazione agli organi deliberanti
Istituti creditizi	<i>Project finance</i>	Rapporti di <i>advisoring</i> e finanziamento
Istituti pubblici	Relazioni istituzionali	Logiche di controllo dei gruppi pubblici
Fornitori	Concessione di costruzione e gestione, esternalizzazione, <i>global service</i> , convenzioni di particolare rilevanza	Riduzione dei costi di coordinamento, tutela delle transazioni, rischi associati, meccanismi sociali di governo (accesso limitato, scelta dei <i>partner</i> , sanzioni)
Utenza e collettività	Tutte	Ascolto e coinvolgimento; bilancio sociale in merito ad accessibilità, equità e qualità di servizio

blemi di *corporate governance* delle CPP. La principale conseguenza dell'impiego di tale approccio è che i sistemi aziendali possono essere compresi soltanto collocandoli in specifici contesti culturali e storici (Zattoni A., 2000: p. 164). Ne discende, con riferimento alle aziende pubbliche, che risulta difficile reimpostare il loro modello di *corporate governance*, in quanto ormai cristallizzatosi a seguito di un lungo periodo di sviluppo, né tantomeno risultano automaticamente efficaci provvedimenti legislativi che impongono modificazioni del modello medesimo.

5. Il concetto ampio di *corporate governance* (segue): un'analisi comparativa dei processi di trasformazione istituzionale a livello internazionale

Il collegato ordinamentale alla Legge finanziaria 2002 sulla pubblica amministrazione (PA) delega il Governo ad emanare un decreto legislativo per la trasformazione degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) pubblici in Fondazioni di diritto pubblico di rilievo nazionale, con la partecipazione alla fondazione stessa sia di soggetti pubblici che privati.

La fondazione è ritenuta una formula istituzionale idonea a garantire una gestione sanitaria di tipo privatistico salvaguardando, nel contempo, la missione pubblica che gli Irccs perseguono.

I nuovi enti, che consentiranno di trovare forme alternative alla gestione diretta della ricerca biomedica da parte del soggetto pubblico, dovranno individuare un assetto di

governance che contemperi le esigenze dei diversi portatori di interesse presenti nel settore: Ministero della salute, Regioni, aziende farmaceutiche, utenti.

Le Fondazioni dovranno individuare, inoltre, strumenti e meccanismi di collegamento e sinergia con le altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, e con le università, al fine di elaborare e attuare programmi comuni di ricerca, assistenza e formazione, aggregando scienziati e ricercatori su progetti specifici.

Attraverso la trasformazione della formula istituzionale in fondazioni, gli Irccs dovranno individuare le alternative strategiche per (i) aumentare le risorse disponibili per la gestione e la ricerca tramite il contributo di soggetti privati, (ii) definire gli assetti di *governance* per comporre gli interessi di ciascuna partecipante, (iii) individuare e definire lo sviluppo di attività produttive gestite in *partnership* con i privati, (iv) riunire la rete degli Irccs per aree tematiche di ricerca in una rete che operi uno scambio di conoscenze e di personale.

Nel prevedere la formula della fondazione il collegato alla finanziaria 2002 definisce anche le linee guida per la determinazione dell'assetto di *governance* di tali enti. Infatti, gli Irccs dovranno adeguare il proprio disegno istituzionale al principio di separazione tra le funzioni di indirizzo e controllo, da un lato, e gestione e attuazione dall'altro, garantendo, nell'organo di indirizzo, composto dal consiglio di amministrazione e dal presidente eletto dal consiglio di amministrazione, la presenza maggioritaria di membri designati

Figura 5
Alcune aree di analisi della *governance* degli *stakeholder*

dalle istituzioni pubbliche centrali e locali sulla base di idonei requisiti di professionalità e onorabilità, periodicamente verificati; dell'organo di gestione fanno parte il direttore generale-amministratore delegato, nominato dal consiglio di amministrazione e il direttore scientifico responsabile della ricerca nominato dal Ministero della salute (box 6).

Il caso italiano della trasformazione degli Irccs non è isolato nel panorama internazionale. Attualmente e in modo analogo sono in corso trasformazioni istituzionali di aziende sanitarie, principalmente di strutture ospedaliere, anche in altri Paesi. Tra i diversi casi

esistono similarità, ma anche grandi differenze: due Paesi, in particolare, risultano veramente interessanti per un'analisi comparata dei riflessi sulla *governance* delle trasformazioni in atto, gli USA e la Gran Bretagna.

5.1. Alla ricerca della competitività: il caso statunitense

Negli USA sono in atto attualmente diversi processi di trasformazione della natura proprietaria degli ospedali e delle loro finalità economiche. Tali processi hanno avuto inizio già nel 1970 e sono continuati fino ad oggi, ma negli ultimi anni si è registrato un picco

Box 6

Assetto di *governance* delle fondazioni: il caso della Fondazione Policlinico Francesco Sforza

La fondazione Sforza ha assunto a suo fondamento il modello della fondazione di partecipazione⁽¹⁾. Infatti, lo statuto prevede una diversità di ruoli e di poteri per i suoi componenti. In particolare, i membri della Fondazione si distinguono in:

- fondatori: l'azienda ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP) e l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e l'Ospedale Maggiore di Milano (Policlinico);
- partecipanti istituzionali e non istituzionali. I «partecipanti istituzionali» sono l'Arcidiocesi di Milano, e il Comune di Milano, per mezzo rispettivamente dell'arcivescovo e del sindaco *pro-tempore*, in rappresentanza degli interessi originari degli enti fondatori, con diritto a nominare ciascuno un componente del consiglio di amministrazione. Inoltre possono assumere la qualifica di partecipanti, previa delibera del consiglio di amministrazione adottata con il voto favorevole dei rappresentanti degli enti fondatori, e con motivazione in ordine alla rilevanza dell'apporto che l'aspirante si impegna a fornire alla Fondazione, le Fondazioni bancarie che, condividendo le finalità della Fondazione, contribuiscono alla vita della medesima e alla realizzazione dei suoi scopi con apporti patrimoniali o patrimonialmente valutabili o di particolare valore ideale o rilevanza sociale.

I partecipanti possono operare per il perseguimento delle finalità e degli obiettivi della Fondazione in modo autonomo e indipendente rispetto agli interessi connessi con l'attività svolta all'esterno della Fondazione stessa. Essi dovranno svolgere la propria attività all'interno della Fondazione in modo tra loro coordinato e potranno costituirsi in maniera collegiale; per disciplinare le modalità di svolgimento della propria attività i partecipanti potranno adottare un apposito regolamento, dopo aver acquisito le osservazioni e le valutazioni del consiglio di amministrazione della Fondazione.

La modalità collegiale dovrà essere obbligatoriamente adottata ai fini della designazione dei propri rappresentanti all'interno del consiglio di amministrazione o di altri enti e organismi della Fondazione. In tal senso, i partecipanti esprimono una rosa di nomi (minimo 7), all'interno della quale il consiglio di amministrazione, nel corso della prima seduta, opererà la sua scelta. In caso di cessazione del consiglio di amministrazione e di sua ricostituzione, la rosa dei nomi dovrà essere proposta ai due enti fondatori che opereranno, di concerto, la scelta. I partecipanti potranno, comunque, esprimere un solo componente del consiglio di amministrazione.

(1) La fondazione di partecipazione è un istituto giuridico che costituisce un nuovo modello diffuso e adottato in Italia per gestire iniziative soprattutto nel campo culturale. Negli ultimi cinque anni, ne viene invocata da più parti l'utilizzazione in diversi settori, date le sue caratteristiche di flessibilità e adattamento alle diverse realtà (sanità, ricerca scientifica, assistenza agli anziani e ai disabili, ambiente).

L'elemento che consente di definire una fondazione come fondazione «di partecipazione» e che la differenzia rispetto ai canoni previsti per questo tipo di istituto giuridico ex art. 12 Codice civile, è la previsione, accanto alla figura dei soci fondatori che dotano la fondazione dei mezzi necessari per raggiungere il proprio scopo, di ulteriori categorie di soci detti «partecipanti» che aderiscono, anche successivamente all'atto costitutivo, e contribuiscono mediante la sottoscrizione di quote, con prestazioni di lavoro o con donazioni, alla vita della fondazione.

La fondazione di partecipazione dunque si configura quale strumento di sintesi tra l'elemento patrimoniale tipico dell'istituto della fondazione e l'elemento personale caratteristico invece della formula dell'associazione.

La legittimità dell'istituto giuridico della fondazione di partecipazione è stata messa in dubbio da più parti, poiché si configurerebbe come forma giuridica atipica e in quanto tale violerebbe il principio di tipicità delle persone giuridiche. Tuttavia si possono considerare alcuni elementi di diritto e di fatto che conducono a conclusioni differenti (Bellezza-Florian, 2001):

- l'art. 12 del Codice Civile prevede che possa essere riconosciuta la personalità giuridica sia alle fondazioni (tipiche), sia alle associazioni anch'esse disciplinate, sia ad altre istituzioni di carattere privato che, in quanto definite in via residuale, sono necessariamente atipiche;
- recenti provvedimenti legislativi hanno individuato diverse fondazioni di partecipazione riconducibili all'art. 12 del c.c.. In tali casi si è assistito alla nascita di fondazioni a cui hanno partecipato, successivamente alla loro costituzione, altri soggetti pubblici e privati, individuando così, di fatto, l'istituto della fondazione di partecipazione;
- il regolamento relativo alla costituzione e alla partecipazione a fondazioni da parte del Ministero per i beni e le attività culturali (previsto dal D.L.vo 368/98), che delinea espressamente la Fondazione di partecipazione, ha ricevuto il parere favorevole da parte del Consiglio di Stato (sez. 194/99) e quindi per via estensiva si può presumere l'ammissibilità di tale formula istituzionale anche in settori diversi da quello culturale.

delle conversioni della formula proprietaria⁸. La trasformazione è da mettere in relazione ai processi di ristrutturazione complessiva del sistema per affrontare più efficacemente le dinamiche competitive (Herzlinger, 2004; Cutler, Horwitz, 1998; Aa.Vv., 1999). Tipicamente, gli ospedali che avviano processi di trasformazione istituzionale sono di piccole dimensioni e finanziariamente deboli, incapaci di reggere il considerevole aumento delle pressioni competitive, dovute alla riorganizzazione della concorrenza e alle modificazioni del sistema di finanziamento, conseguenza della crescita della *managed care*⁹. In generale, quindi, strategie difensive e vantaggi di tipo finanziario costituiscono le principali motivazioni delle trasformazioni della formula istituzionale degli ospedali statunitensi. Per la conversione dell'assetto proprietario si sono adottati diversi meccanismi, sinotticamente riportati in **figura 6**.

La trasformazione istituzionale degli ospedali in atto negli USA è un processo inverso a quanto sta avvenendo in Italia, ma in effetti le motivazioni appaiono simili, anche se nel caso americano sembrano essere in gran parte relazionate a vantaggi di tipo finanziario; principalmente si tratta di benefici che riguardano l'accesso al mercato dei capitali, la ricerca di efficienza, il superamento della regolamentazione, il coinvolgimento del management e dei medici nella proprietà.

Nel caso statunitense, l'adozione della forma *for profit* consente un più facile, rapido e meno oneroso accesso al mercato dei capitali. Le strutture ospedaliere hanno bisogno di ingenti fabbisogni di capitale per affrontare la pressione competitiva e con la forma *for profit* possono ricorrere anche all'*equity financing*, quando altre fonti si dimostrano indisponibili o troppo onerose. Sebbene gli ospedali *non profit*, come tutte le ONP, possono accedere a fonti non utilizzabili dal *for profit* come le donazioni defiscalizzate, le restrizioni e i limiti di natura amministrativa possono rendere il ricorso al capitale di debito più oneroso o indisponibile per alcuni progetti. Si tenga presente che l'*equity financing* comporta, in taluni casi, benefici superiori al capitale di debito, e risulta meno rischioso delle emissioni obbligazionarie e della cartolarizzazione. Dal punto di vista dell'impatto

sulla *governance*, l'*equity financing*, nella maggior parte dei casi, riduce i costi di agenzia, associati ad alti livelli di debito¹⁰.

Si tenga conto anche di alcune considerazioni della cultura e della psicologia dei mercati finanziari americani. Per i circuiti e gli operatori finanziari americani, infatti, la presenza di capitale privato nella proprietà (*equity*) degli ospedali favorisce le fusioni ed è considerata una determinante per il consolidamento dell'operazione¹¹. I processi di ristrutturazione del settore sanitario sono valutati, quindi, positivamente dai circuiti finanziari, e pertanto esiste un incentivo non indifferente a modificare la natura proprietaria degli ospedali. La forma *for profit* amplia, di fatto, l'accesso al capitale di debito.

Per quanto riguarda la ricerca di efficienza, la trasformazione è considerata da molti *hospital executives* una strategia difensiva in un contesto più competitivo.

Infine, le trasformazioni sono favorite dai vantaggi finanziari del management e dei medici, che ottengono maggiori retribuzioni e maggior prestigio personale.

5.2 La *governance sociale*: il caso britannico

Il governo britannico ha avviato un processo di trasformazione dei *Public Trust*¹² in fondazioni, allo scopo di rafforzare la *public governance*¹³.

Figura 6
Meccanismi per la trasformazione istituzionale degli ospedali pubblici
Fonte: National Association of Public Hospital and Health Systems, The safety net in transition. Monograph II. Reforming the legal structure and governance of safety net. Health System, 1996

Locazione finanziaria	Il contratto di <i>leasing</i> consente l'uso delle strutture mediante il pagamento di un canone
Fusione	Unione di due o più ospedali mediante incorporazione
Consolidamento	Unione di due o più ospedali in una rete
Vendita	Cessione totale o parziale delle attività per una contropartita monetaria
Chiusura	Cessione delle attività con conseguente perdita del nome
Accordo Interaziendale	Impiego esclusivo di risorse, tipicamente umane
Joint Venture	Collaborazione per condividere rischi e competenze
Public Private Partnership	Collaborazione tra pubblico e privato classica
Affiliazione	Associazione tra due o più ospedali che mantengono proprietà e sistemi di <i>governance</i> separati

Gli obiettivi che, attraverso la trasformazione, si intendono raggiungere appaiono essere sinteticamente quattro:

- il maggiore radicamento sociale e territoriale dei *Trust*;
- una maggiore autonomia decisionale;
- una più ampia autonomia in relazione alla spesa per investimenti;
- una maggiore flessibilità.

Per rafforzare una maggiore partecipazione sociale e un maggiore radicamento territoriale, la trasformazione dei *Trust* in Fondazione comporta la partecipazione di rappresentanti dei cittadini residenti e degli operatori nel Consiglio di amministrazione della Fondazione.

In una visione di carattere politologico e sociologico, fatta propria dal paradigma della *public governance*¹⁴, tale inclusione è considerata come una forma di *accountability* ulteriore nei confronti della comunità di riferimento. Già nel *White Paper* del 1997, il governo Blair affermava di voler costituire sistemi, forme e strumenti di *governance* e *accountability* di tipo diverso che prevedevano, in generale, un sistema di espliciti standard nazionali e una chiara struttura di *accountability*.

La maggiore autonomia decisionale che corrisponderebbe alla trasformazione consiste in un rafforzamento del processo di aziendalizzazione delle amministrazioni pubbliche¹⁵.

In sintesi, la trasformazione istituzionale apporta diversi benefici per diversi *stakeholder* (figura 7).

In conclusione, si può sostenere che le trasformazioni istituzionali si differenziano per la forma del nuovo assetto e per le finalità dell'operazione (figura 8). In particolare:

– negli USA la trasformazione degli ospedali da *non profit* a *profit* si spiega per la maggiore facilità del ricorso a forme di finanziamento; in altri termini, si modifica l'assetto istituzionale, ma non si modifica lo spazio di autonomia gestionale degli ospedali;

– in Gran Bretagna, la trasformazione dei *Trust* in Fondazione è motivata dalla volontà di allargare la composizione degli organi di *governance* ad altre categorie di *stakeholder* (utenza e operatori professionali) e di garantire maggiore flessibilità gestionale; in altri termini, l'assetto muta da pubblico a *non profit* per scopi di tipo politico-sociale;

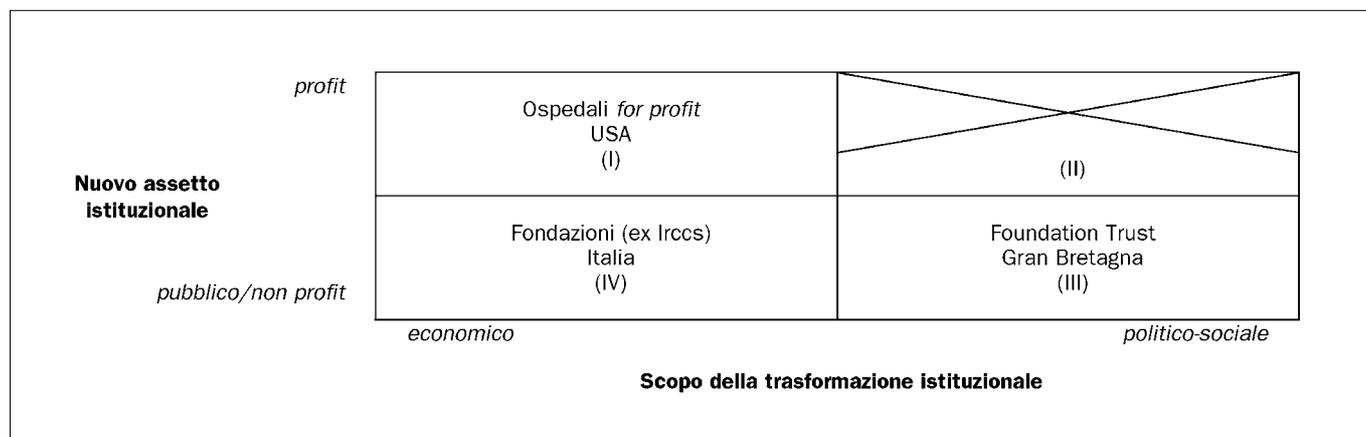
– in Italia, la trasformazione degli Irccs in Fondazioni è motivata dalla volontà di aumentare la flessibilità gestionale, uscendo dai vincoli del sistema di pubblico impiego e delle procedure di acquisto proprie del settore pubblico; in altri termini, l'assetto muta da pubblico a *non profit*, con la costituzione di organi di *governance* precedentemente assenti, per scopi di tipo economico e non per allargare la partecipazione a rappresentanze dell'utenza e dei dipendenti.

Figura 7

Trasformazioni istituzionali: analisi comparativa delle convenienze degli *stakeholder*

Paese		USA	Gran Bretagna	Italia
Modifica assetto		Da <i>non profit</i> a <i>for profit</i>	Da pubblico a <i>non profit</i>	Da pubblico a <i>non profit</i>
Benefici per	Utenza	Perdita delle finalità caritatevoli	Partecipazione agli organi di governo	Nessuna variazione
	Operatori professionali	Finanziari (retribuzione e premi)	Maggiore autonomia e partecipazione agli organi di governo	Maggiore autonomia
	Azienda	Più opzioni per il <i>capital funding</i>	– Più opzioni per il <i>capital funding</i> – Più flessibilità gestionale (1)	– Più opzioni per il <i>capital funding</i> – Più flessibilità gestionale
	Organi di <i>governance</i>	Nessuna variazione	Allargamento ad altre categorie di <i>stakeholder</i>	Costituzione dell'assetto

(1) La flessibilità gestionale, associata alla forma *non profit*, deriva dall'assenza di vincoli generati dai sistemi pubblici degli acquisti e di gestione delle risorse umane.



6. I meccanismi di *governance* impiegabili nelle CPP

Il contesto Paese e la fase storica condizionano notevolmente il problema della *corporate governance*.

Sebbene risulti preferibile adottare la concezione ampia di *corporate governance* per lo studio delle aziende pubbliche, almeno per considerare le implicazioni derivanti da altre categorie di portatori d'interesse, per la specifica categoria delle CPP formali, il problema oggi maggiormente avvertito in Italia è quello delle sfere dei rapporti tra Consiglio di amministrazione, Direttore generale e Management. In **figura 9**, è riportato uno schema di analisi degli elementi di *governance* che ha due dimensioni rilevanti:

- una verticale, relativa ai rapporti diretti tra questi tre soggetti;
- una orizzontale, relativa ai processi di selezione dei direttori, valutazione delle *performance* e meccanismi retributivi.

Questo schema identifica gli elementi che influenzano la capacità di governo di un'azienda, ma non implica nessuna gerarchia tra essi, né tantomeno assume un punto di partenza. Infatti, in ogni organizzazione diverse fattispecie di funzionamento delle relazioni tra questi elementi possono rendere efficace la *governance*. Tuttavia risulta un utile strumento per analizzare la struttura e identificare efficacemente i problemi di *governance* e le possibili soluzioni alternative in ottica dinamica.

I meccanismi di *governance* si modificano ogniqualvolta si intende rafforzare l'*accountability* e l'efficacia del Consiglio di amministrazione. La *performance* dei Consigli di amministrazione dipende essenzialmente da:

- 1) la struttura dominante;
- 2) la composizione;
- 3) le finalità e le competenze del Consiglio di amministrazione.

Per quanto concerne il primo aspetto, la struttura dominante è rappresentata dalle relazioni tra consiglieri di amministrazione e Direttore generale. Al riguardo emergono due possibili punti di vista:

- a) una chiara e netta separazione dei ruoli e delle competenze tra Consiglio di amministrazione e management rafforza per un verso il monitoraggio e per l'altro l'*accountability*;
- b) una fitta relazione tra i due organi risulta utile a migliorare il coinvolgimento del Consiglio di amministrazione nelle decisioni

Figura 8
Trasformazioni istituzionali: analisi comparativa delle finalità dell'operazione

Figura 9
Capacità di governo di un'azienda: elementi essenziali



strategiche (Daily-Schwenk, 1996, pp.185-208). Si tratta dunque di distribuire i poteri tra Consiglio di amministrazione, Direttore generale e Management con un adeguato bilanciamento. Nel valutare lo *status* della *governance* delle CPP in sanità, attualmente, invece emerge un quadro contraddittorio: esistono casi in cui esiste un elevato livello di interdipendenza tra Consiglio di amministrazione e Direttore generale, quasi un «duopolio», che inibisce un efficace e tempestivo processo decisionale, oppure un'abdicazione del Consiglio di amministrazione, che si limita a ratificare le decisioni del direttore generale.

Per quanto concerne il secondo aspetto, sebbene esista un'ampia letteratura in merito alla composizione del Consiglio di amministrazione che avvalorata la tesi che un Consiglio composto anche da soggetti indipendenti migliori il suo funzionamento e la *performance* aziendale, sembra tuttavia non esservi un nesso causa-effetto tra presenza di «consiglieri esterni» (cd. *outside directors*) e *performance* del Consiglio (Daily-Schwenk, 1996, pp.185-208). Eppure la presenza di membri esterni è una delle principali norme prescrittive dei codici di autoregolamentazione e *governance*. In una CPP sanitaria appare essere più valida la partecipazione in qualità di membri interni di personale medico o di rappresentanti dei professionisti; anzi la loro presenza sembra essere determinante per coniugare aspetti strategici e operativi e quindi per migliorare la *performance* economico-finanziaria (Barnett, Perkins, Powell, 2001: pp.139-154).

Per quanto concerne il terzo aspetto, il Consiglio di amministrazione rappresenta, in base alla teoria dell'agenzia, il *principal*, l'organo chiamato a sostituirsi agli azionisti/finanziatori nei processi decisionali. E, di fatti, la principale funzione del Consiglio di amministrazione è di definire le politiche generali dell'istituzione, le strategie e gli obiettivi di lungo periodo. All'attività di indirizzo strategico si affianca quella di monitoraggio, svolta con costanza durante tutto l'arco dell'anno. Generalmente per il monitoraggio, il Consiglio di amministrazione opera attraverso commissioni interne, a cui possono partecipare anche i «consiglieri esterni», incaricate di svolgere su alcune aree compiti di *audit-*

ing: tipicamente le Commissioni *Auditing* finanziario e *Fundraising* risultano quelle particolarmente più attive durante l'anno. Il ruolo e le attribuzioni di tali commissioni sono identificati con chiarezza negli statuti delle istituzioni, in modo tale da regolamentare con precisione i rapporti con il management, onde evitare il rischio di incongruenti sovrapposizioni tra organi di controllo e organi di gestione.

Le attività operative competono invece al Direttore generale, scelto dal Consiglio su basi autonome generalmente tra personalità non interne all'istituzione (selezione del direttore generale), che deve tradurre gli indirizzi strategici ricevuti in atti di gestione. Questo aspetto risulta disciplinato negli atti regolamentativi delle CPP, che tacciono invece sulla retribuzione del direttore generale e sulla sua composizione. Nessuna *partnership* ha codificato i criteri di incentivazione retributiva in uno specifico regolamento pubblico, lasciando al documento di *budget* la regolamentazione della materia per tutto il management.

7. Alcune riflessioni conclusive sui ruoli di governo aziendale nelle collaborazioni formali

Si è asserito che le strutture di *governance* vadano modificate in ottica dinamica per migliorare efficacia ed *accountability*: si pensi che negli Stati Uniti ogni anno circa l'1% degli ospedali modifica il proprio sistema di *governance*, al fine di incrementare flessibilità ed efficienza del sistema stesso (Barnett, Perkins, Powell, 2001: pp. 139-154).

Ma rispetto alla situazione attuale dei sistemi di governo delle CPP formali si pone l'interrogativo circa quali possano essere preferibili e quali strumenti sia necessario utilizzare.

Sulla *corporate governance* nel settore pubblico in Italia si registra un crescente interesse, ma ancora mancano esperienze consolidate per individuare un modello di riferimento. Appare, comunque, evidente che anche in ambito pubblico, almeno per le CPP, si ripropongono gli stessi problemi e le medesime soluzioni che oggi vengono adottate nel mondo delle imprese.

Il rapporto tra management ed azionisti, sebbene come prospettiva di indagine appaia riduttiva rispetto alla concezione allargata di *corporate governance*, costituisce condizione necessaria anche se non sufficiente, affinché il governo della *partnership* possa dotarsi di un controllo stabile e duraturo garantendo massima trasparenza nell'informativa esterna e tutela degli interessi degli investitori, così come richiesto dai finanziatori privati.

La possibilità di partecipare al governo aziendale, nelle modalità più appropriate, rappresenta una formidabile leva di attrazione di investimenti privati, da garantire, quindi, se s'intendono reperire capitali da una base stabile. La partecipazione al governo d'azienda richiede forme in cui la distribuzione dei poteri sia quanto più equa possibile, anche se sancirla con strumenti legislativo-istituzionali, può non significare automaticamente una propagazione alla reale «vita aziendale». Ulteriori sforzi appaiono tuttavia necessari per completare il passaggio a logiche di *governance* accettabili in un contesto pubblico: nel caso delle aziende pubbliche oltre a tutelare e, ove possibile, garantire il quadro di democrazia societaria, le regole di *good governance* devono favorire una convergenza d'interessi tra i diversi *partner*.

Rispetto, dunque, al rapporto tra i diversi attori del governo aziendale, questo tecnicamente si configura come rapporto «di agenzia»: relazione di natura contrattuale tra il detentore legittimo di un interesse ed emanatore di direttive (*principal*) e un esecutore di tali direttive con mandato *ad hoc* (*agent*). La salvaguardia degli interessi economici della proprietà è assicurata da un corretto rapporto d'agenzia tra Consiglio d'amministrazione e *top management*, in particolare il Direttore generale. Il Consiglio di amministrazione è chiamato a sostituirsi alla proprietà nei processi decisionali d'azienda, adottando i medesimi criteri, mentre il management ha il compito precipuo di tradurre l'indirizzo strategico, fornito dalla proprietà attraverso il Consiglio di amministrazione, in atti gestionali coerenti.

Il settore pubblico, senza dubbio, è ancora indietro rispetto alle *best practices* di governo d'azienda. Per progredire in modo signifi-

cativo, la *governance engineering* deve svilupparsi lungo tre direttrici principali:

- a) l'evoluzione del ruolo del Consiglio di amministrazione e del *top management* secondo un'applicazione più stringente delle logiche del rapporto d'agenzia;
- b) l'allineamento dei criteri di composizione degli organi di governo secondo un'impostazione funzionale al loro ruolo;
- c) l'introduzione di meccanismi, regole, processi e strumenti di governo che assicurino comportamenti gestionali in linea con gli interessi degli azionisti/finanziatori.

a) L'evoluzione del ruolo del Consiglio di amministrazione e del top management

L'evoluzione del ruolo di Consiglio di amministrazione e del *top management* implica per entrambi la definizione di compiti e responsabilità più coerenti con le funzioni di *principal* e di *agent* in rapporto tra loro. In molti casi oggi il Consiglio tende ad attribuirsi prerogative per lo più di «vidimazione formale», altre volte anche di *lobbying*: ciò limita il ruolo del Consiglio oppure si può correre il rischio di una sovrapposizione al management, o ancora il rapporto è definito dai comportamenti adottati dai singoli consiglieri sulla base della propria esperienza.

Il ruolo del Consiglio deve essere più chiaro rispetto alle funzioni d'indirizzo e controllo, proprie di questa figura e consistere principalmente nel:

- fornire al management indirizzi strategici;
- monitorare la *performance* economico-finanziaria dell'istituzione e il rispetto dei principi etici e l'integrità di condotta finanziaria e amministrativa;
- valutare l'operato del management;
- orientare, attraverso il trattamento economico, il comportamento del *top management* in senso favorevole agli obiettivi degli azionisti.

Anche la definizione oggi prevalente del ruolo di Direttore generale tende ad attribuire a tale organo funzioni non proprie della figura dell'*agent*. Infatti, il Direttore generale si trova di solito in una posizione ambigua: alla gestione si associa anche un ruolo di governo.

b) L'impostazione funzionale dei ruoli

Questa situazione di ambiguità e sovrapposizione di ruoli, più facilmente gestibile nelle imprese private, diventa più complessa nelle aziende pubbliche e nelle CPP, in cui il management deve rispondere a una pluralità di *stakeholder*. In questo contesto il Direttore generale o l'Amministratore delegato svolge il delicatissimo ruolo di «cerniera» tra istanze private e pubbliche. L'evoluzione rispetto alla situazione attuale richiede maggiori deleghe di gestione operativa che segnalino in modo inequivocabile la responsabilità istituzionale del Direttore generale, una più efficace protezione da ingerenze esterne nello svolgimento delle proprie funzioni e l'arricchimento delle tradizionali funzioni svolte dal direttore generale con nuove attività.

Alcuni esempi possono chiarire tale affermazione:

- confronto sistematico con il Consiglio di amministrazione sulla missione, le politiche aziendali, le principali scelte strategiche e l'andamento delle attività;
- gestione periodica delle comunicazioni agli *stakeholder* in materia di strategia, obiettivi e risultati d'impresa;
- diffusione interna di un'etica aziendale, mediante la traduzione in azioni coerenti della struttura aziendale.

c) Meccanismi, regole, processi e strumenti di governo

Il terzo intervento di *governance engineering* per realizzare un governo d'azienda moderno riguarda l'introduzione di meccanismi, processi e strumenti di governo che favoriscono nei fatti un corretto funzionamento del rapporto di agenzia. I sistemi di governo devono permettere al consiglio d'amministrazione di svolgere con efficacia il ruolo di *principal* e devono assicurare comportamenti del *top management* in linea con gli interessi degli azionisti. Le principali regole e meccanismi che consentono di implementare nella pratica quotidiana un corretto rapporto d'agenzia comprendono:

- separazione chiara tra la figura di presidente e del Direttore generale;

- costituzione di comitati composti da membri del Consiglio di amministrazione focalizzati sull'analisi dei temi principali del governo aziendale (controllo della *performance* economico-finanziaria, valutazione del management, nomine e remunerazioni del *top management*);

- sistemi di valutazione formale periodica del Direttore generale, dei singoli consiglieri e del Consiglio di amministrazione come organo collettivo; sistemi di remunerazione e incentivi per i consiglieri e per il Direttore generale collegati alla *performance* aziendale.

Note

1. I meccanismi sociali, a cui si fa riferimento, sono le limitazioni di accesso, il consolidamento di una macrocultura, la minaccia di sanzioni collettive. Si rinvia per un approfondimento a Cuccurullo, Tommasetti, (2003): 29-49.
2. I casi studiati e riportati sono relativi alle seguenti CPP: Fondazione Humanitas di Belluno; Montecatone Rehabilitation Institute di Imola; Auxilium Vitae SpA di Volterra; ISMETT di Palermo; Ospedale dei Castelli Romani; Fondazione Policlinico Francesco Sforza di Milano.
3. In un'accezione ancor più ampia, il termine *governance* indica la capacità di indirizzo e di controllo dell'intera struttura economica del Paese e del mercato: anzi negli studi politologici indica l'analisi delle attività dei governi per modellare strutture e processi socio-economici (Mayntz, 1999: pp. 3-22) e lo stile di governo politico meno gerarchico e più cooperativo ed interattivo tra autorità politiche e altri soggetti, in special modo in riferimento a reti decentrate miste pubblico-private (si veda a tal proposito Eljassen-Kooiman, 1993). Esiste poi un'altra accezione del termine *governance* più generale e più economica che indica la modalità di coordinamento delle attività aziendali distinta dai tradizionali meccanismi di gerarchia e mercato (cfr. Williamson, 1987).
4. La teoria delle relazioni di agenzia è tra i principali approcci di analisi impiegati per lo studio del tema della *corporate governance*. Per un approfondimento si vedano Coase R. H. (1937), *The Nature of the firm*, *Economica*, vol 4; Jensen M., Meckling W. (1976).
5. «Pianeta Sperimentazioni Gestionali. Assr: quelle "criticità" ancora da superare», *Il Sole 24 ore Sanità*, 22/6-1/7/02.
6. I principi base della *corporate governance* sono così sintetizzabili: separazione delle funzioni di gestione e controllo; indipendenza ed autonomia dei soggetti con funzioni di controllo; rappresentatività dell'azionariato; tutela delle minoranze; tempestività del controllo e della rendicontazione; chiarezza e completezza dell'informazione; trasparenza posizioni soggettive (compensi e conflitti d'interesse); equilibrio delle funzioni, dei poteri, delle responsabilità, dei compensi; *accountability*; correttezza; *compliance* verso nor-

- me tecniche; efficacia ed efficienza nel gestire e controllare.
7. Sul tema si vedano i contributi di Airoidi, (1993); Airoidi, Amatori, Invernizzi, (1995); Airoidi, Forestieri, (1998).
 8. I dati sono riscontrabili in American Hospital Association, Annual Survey 2001.
 9. Negli ultimi anni, negli Stati Uniti si è imposta l'idea che cure mediche di alta qualità ed al tempo stesso rispondenti al criterio dell'economicità siano possibili mediante offerte integrate nelle quali:
 - a) i pazienti sono seguiti ed assistiti su tutto l'arco del processo di diagnosi e cura;
 - b) gli assicuratori ed i fornitori di prestazioni condividono la responsabilità finanziaria di diagnosi e terapia (cd. modelli *managed care*).
- Al fine di promuovere i modelli *managed care* si vincolano gli assicuratori ad offrire, da soli o in *pool*, una o più «forme particolari d'assicurazione», in cui i fornitori di prestazioni assumono responsabilità budgetarie. In questo modo si introduce l'obbligo di creare una rete d'assistenza integrata, vista come alternativa alla libertà di contrarre.
10. Si veda Jensen-Meckling (1976).
 11. «Remarks at changes in the non for profit status of health care organizations», Atti della Conferenza, 30 ottobre 1996.
 12. I *Trust* sono strutture ospedaliere con autonomia economica, finanziaria, patrimoniale, organizzativa e gestionale.
 13. Il *National Health Service* britannico, oggi, incontra difficoltà in termini di legittimità sociale, dato che le recenti riforme e la riduzione dei trasferimenti finanziari pubblici hanno ridotto il livello qualitativo percepito dall'utenza.
 14. L'interazione con l'ambiente socio-politico riveste un importante ruolo per la Pa, fino ad essere, dal punto di vista aziendale, un aspetto rilevante. Tra i principali compiti del management pubblico, quindi, rientra il governo di *network* complessi, composti da molti differenti attori di varia natura (gruppi politici, sociali, gruppi di pressioni, istituzioni, imprese) che agiscono a vari livelli (nazionale, regionale e locale). La gestione di questi *network* pubblici è una forma di *governance* esterna, più ampia del ristretto controllo amministrativo interno. In sintesi, la *public governance* è un meccanismo di influenza diretta dei processi sociali in *network* complessi formati da molti attori, che, di regola, presentano obiettivi ed interessi configgenti.
 15. Le riforme del management pubblico, in diversi Paesi occidentali, non presentano sostanziali differenze per dimensioni, natura ed approccio. Sembra emergere un comune paradigma, centrato su una cultura orientata ai risultati e su un modello organizzativo decentrato. Questo paradigma, meglio conosciuto come *New Public Management*, è caratterizzato da:
 - decentramento istituzionale ed organizzativo, per incrementare la flessibilità;
 - miglioramento della gestione delle risorse umane;
 - introduzione di sistemi di misurazione e controllo dei risultati e di *accountability*;
 - utilizzo massivo dell'*information technology*;
 - introduzione di meccanismi competitivi e di libera scelta dei cittadini;
 - miglioramento della capacità regolamentativa della Pa;
 - rafforzamento dell'orientamento all'utenza.
- Sul tema si veda, per approfondimenti, OECD, Reforms.

B I B L I O G R A F I A

- AA.VV. (1999), *Privatization of Public Hospitals*, The H.J. Kaiser Family Foundation.
- AIROLDI G. (1993), «Modelli di capitalismo e modelli di impresa», *Economia & Management*, 2.
- AIROLDI G., AMATORI F., INVERNIZZI G. (1995), *Proprietà e Governo delle Aziende Italiane*, Egea, Milano.
- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (1994), *Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- AIROLDI G., FORESTIERI G. (A CURA DI) (1998), *Corporate Governance. Analisi e prospettive del caso italiano*, Etas, Milano.
- ASHER K. (1987), *The politics of privatisation: contracting out Public Services*, MacMillan Education, Londra.
- BARNETT P., PERKINS R., POWELL M. (2001), «On a hiding to nothing? Assessing the corporate governance of hospital and health services in New Zealand 1993-1998», *International Journal of Health Planning and Management*, 16.
- BELLEZZA E., FLORIAN F. (2001), *Il modello delle cattedrali*, Passigli Editori, Firenze.
- BORGONOV I. E. (2000), «Governare l'amministrazione pubblica con il sistema a rete», *Azienda pubblica*, 4.
- CLEMENT J.P., McCUE M.J., LUKE R.D., BRAMBLE J.D., ROSSITER L.F., OZCAN Y.A., PAI C.W. (1997), «Strategic hospital alliance: Impact on financial performance», *Health Affairs*, 16 (6).
- CUCCURULLO C., TOMMASETTI A. (2002), «Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità: configurazioni organizzative e finalità strategiche», *Mecosan*, 11 (44), pp. 61-71.
- CUCCURULLO C., TOMMASETTI A. (2003), «La network governance: il caso del risanamento urbano», *Azienda Pubblica*, vol. 16, fasc. 1-2, pp. 29-49.
- CUTLER D.M., HORWITZ J.R. (1998), «Converting Hospitals from not for profit to for profit status: why and what effects?», Working paper, www.nber.org/papers/w6672.

- DAILY C.M., SCHWENK C. (1996), «Chief executive officers, top management teams, and boards of directors: Congruent or countervailing forces?», *Journal of Management*, 22(2).
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Egea, Milano.
- DEPPERU D. (1995), «Cooperating to compete», in G. Airoldi, F. Amatori, G. Invernizzi, *Ownership and governance: the case of Italian enterprises and public administration*, Egea, Milano.
- DUNCAN W.J., GINTER P.M., SWAYNE L.E. (1992), *Strategic management of Health Care Organizations*, PWS-Kent Publishing Co., Boston.
- ELJASSEN K.A., KOOIMAN J. (1993), *Managing Public Organizations: lessons from contemporary European experience*, Sage, London.
- GALASKIEWICZ J., ZAHEER A. (1999), «Networks of competitive advantage», *Research in the Sociology of Organizations*, 16.
- GOMES CASSERES B. (1994), «Group versus group: How alliance networks compete», *Harvard Business Review*, 72 (4).
- GRANDORI A. (1999), «Il coordinamento organizzativo fra imprese», *Sviluppo & Organizzazione*, 171.
- GRANDORI A. (1997), «An Organizational Assessment of Interfirm Coordination Modes», *Organization Studies*, 18.
- GRANDORI A. (1989), «Reti interorganizzative: progettazione e negoziazione», *Economia e Management*, 7.
- HARRIGAN K.R. (1988), «Strategic alliances and partner asymmetries», *Management International Review*, 28.
- HEALTH CARE ADVISORY BOARD (1995), *Network advantage*, HCAB, Washington.
- HERZLINGER R.E. (2004), *Consumer-Driven Health Care: Implications for Providers, Payers, and Policy-Makers*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- HERZLINGER R.E. (1997), *Market driven health care*, Perseus Book, Cambridge, Ma.
- JARILLO (1988), «On strategic networks», *Strategic Management Journal*, 9 (1), pp. 31-41.
- JENSEN M.C., MECKLING W.H. (1976), «Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure», *Journal of Financial Economics*, 3, pp. 305-360.
- KICKERT W.J.M., KLJN E., KOPPENJAN J. (Eds.) (1997), *Managing complex networks. Strategies for the public sector*, SAGE, London.
- LEGA F. (2002), *Gruppi e reti aziendali in sanità*, Egea, Milano.
- LEGA F. (2001), «Strategie di rete per i sistemi multispecialieri: analisi e valutazione», *Economia & Management*, 2.
- LOMI A. (1991), *Reti Organizzative. Teoria, tecnica ed applicazioni*, Il Mulino, Bologna.
- LORENZONI G. (2000), «Reti di imprese ed imprenditorialità diffusa», in A. Lipparini, G. Lorenzoni (cura di), *Imprenditori e Impresa*, Il Mulino, Bologna.
- MAYNTZ R. (1999), «La teoria della Governance: sfide e prospettive», *Rivista Italiana di Scienza Politica*, (29) 1.
- MENEGUZZO M. (2001), *Managerialità, innovazione e governance*, Aracne, Roma.
- MENEGUZZO M. (2000), «I terreni dell'innovazione organizzativa», in M. Bergamaschi (a cura di), *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, McGraw Hill Italia, Milano.
- MENEGUZZO M. (1996), «Dall'azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie: una prima valutazione della efficacia dei network sanitari», *Mecosan*, (5) 19.
- MENEGUZZO M. (A CURA DI) (1996), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, EGEA, Milano.
- MERCHANT H. (1997), «International joint venture performance of firms in the non-manufacturing sector», in P. Beamish, A. Inkpen (Eds.), *Cooperative Strategies*. Lexington Books, Lexington, MA.
- MOHR J., SPEKMAN R. (1994), «Characteristics of partnership success», *Strategic Management Journal*, 15(2).
- OECD (1995), *Governance in Transition. Public Management Reforms in OECD Countries*, OECD, Paris.
- POWELL W.W. (1990), «Neither market nor hierarchy: network forms of organizing», in B. Staw, L.L. Cummings, *Research in organizational behavior*, JAI, Greenwich (Ct).
- REBORA G., MENEGUZZO M. (1990), *Strategia delle Amministrazioni Pubbliche*, Utet, Torino.
- SAVAS E.S. (1987), *Privatisation. The key to the better government*, Chatam House, London.
- SODA G. (1998), *Reti tra imprese: modelli e prospettive per una teoria del comportamento*, Carocci, Roma.
- WILLIAMSON O.E. (1987), *The economic institution of capitalism: Firms, markets, relational contracting*, Free Press, New York.
- ZATTONI A. (2000), *Economia e governo dei gruppi aziendali*, Egea, Milano.
- ZINN-PROENCA-ROSKO (1997), «Hospital alliance» - Zinn J.S., Proenca J., Rosko M.D., «Organizational and environmental factors in hospital alliance membership and contract management: A resource-dependence perspective», *Hospital & Health Services Administration*, 42 (1).

L'innovazione finanziaria per gli investimenti delle aziende sanitarie

FABIO AMATUCCI, MARTA MARSILIO

Recently, health care agencies have introduced and spread innovative policies to plan and manage financial resources and to finance investments. The smaller margins of autonomy and the increasing control of the Regions have forced health care agencies to pay more attention to the facets of low cost management and to be more responsible about community in order to meet their own institutional objectives. From the traditional activities deriving from the financial model and from the «financial accounting» activities geared to passive management, health care agencies have added the previous «financial operations» activities, able to influence the company's choices in the area of investments, tools and management models of «innovative finance» aimed at easing the productive structures' and its existing investments' reconversion processes.

Note sugli autori

Fabio Amatucci è docente di Relazione Imprese Amministrazioni Pubbliche presso l'Università Bocconi e ricercatore CERGAS

Marta Marsilio è ricercatrice CERGAS, Università Bocconi

Attribuzione

Pur nella condivisione ed elaborazione comune dei contenuti del lavoro, i §§ 1, 3, 4.2, 4.5 e 5 sono attribuibili a Fabio Amatucci, mentre i §§ 2, 4.1, 4.3 e 4.4 sono attribuibili a Marta Marsilio.

1. Introduzione

La riforma del sistema di finanziamento del sistema sanitario nazionale sta inducendo le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere a dedicare sempre maggiore attenzione all'individuazione ed alla messa in atto di modalità innovative di finanziamento degli investimenti, in grado di integrare le risorse finanziarie provenienti dalle Regioni (fondo sanitario regionale in conto capitale) e dai programmi nazionali (Piano poliennale di investimenti, Piano straordinario per le grandi città), spesso con il coordinamento degli stessi organi regionali. In tale contesto gli strumenti di finanza innovativa sembrano costituire le soluzioni più appropriate per coniugare l'elevato fabbisogno finanziario del settore sanitario, a fronte di un ridotto rischio di mercato. Occorre, però, prestare molta attenzione ai rischi e ai pericoli dell'importazione di modelli che presentano a tutt'oggi difficoltà applicative non trascurabili; l'ampia pubblicistica generata dagli strumenti di finanza innovativa non appare sempre del tutto meditata, bensì guidata da eccessivi entusiasmi per tecniche complesse di finanziamento che, se è vero che rappresentano una spinta verso processi di modernizzazione, richiedono il manifestarsi di alcune condizioni preliminari di contesto, nonché di una valutazione ponderata dei rischi ad esse correlate. In queste valutazioni, inoltre, si tende a trascurare l'attività di programmazione finanziaria, concentrando l'attenzione soprattutto sugli *iter* procedurali connessi al reperimento delle risorse per la realizzazione degli investimenti: in mancanza, però, di una corretta valutazione a medio e lungo termine dei progetti di investimento e di una correlata previ-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Gli investimenti sanitari e il sistema di pianificazione e programmazione finanziaria aziendale
3. Indagine empirica: lo sviluppo della funzione finanza nelle aziende sanitarie
4. Analisi dei questionari
5. Conclusioni

sione della dinamica degli incassi e dei pagamenti, della situazione di cassa, attuale e prospettica, un'azienda può incorrere in problemi di liquidità e in momenti di difficoltà nei confronti non solo delle istituzioni finanziarie, ma anche dei propri fornitori e dipendenti (Dallocchio, Salvi, 2004). Di conseguenza assume importanza rilevante lo sviluppo di strategie finanziarie coerenti con le politiche di investimento e con la definizione di *mix* di attività erogate all'utenza e la parallela introduzione di specifici strumenti di supporto in grado di pianificare e programmare i fabbisogni finanziari aziendali.

In questo lavoro si presentano i risultati di una ricerca condotta dagli autori sullo stato della funzione finanza nelle aziende sanitarie, allo scopo di analizzare quali siano le strategie e gli strumenti adottati per la programmazione e gestione delle risorse finanziarie destinate agli investimenti, a quali strumenti di finanza innovativa le aziende ricorrono e quali sono le principali potenzialità e criticità loro correlabili.

2. Gli investimenti sanitari e il sistema di pianificazione e programmazione finanziaria aziendale

La necessità di implementare e diffondere logiche di programmazione e gestione finanziaria nel settore sanitario è in parte riconducibile alla riforma del sistema di finanziamento degli investimenti, che sta determinando profondi cambiamenti nelle prassi operative delle aziende sanitarie, ormai da tempo consolidate.

Fin dalla costituzione del sistema sanitario nazionale, il finanziamento degli investimenti era assicurato dalla attribuzione alle Regioni di una quota capitale del Fondo sanitario nazionale. Si trattava di stanziamenti destinati a finanziare tutti i settori dell'edilizia sanitaria (ospedali, distretti, poliambulatori, residenze sanitarie assistite, comunità terapeutiche protette) con un flusso di risorse continuo e certo che garantiva alle aziende la possibilità di programmare, nel medio-lungo periodo, il piano degli investimenti e di poter avviare le procedure necessarie alla realizzazione dei progetti, con un accettabile grado di sicurezza. Nel 1988, con l'art. 20 della legge 67, si è integrato tale meccanismo con lo

stanziamento di ingenti risorse statali (circa 15.500 milioni di euro) per il finanziamento di un programma decennale di interventi in edilizia e tecnologie sanitarie. L'intervento destinava le fonti ad interventi di natura straordinaria, finalizzati ad integrare le risorse del Fsn, il cui ammontare non permetteva di rispondere alle esigenze di aree territoriali particolarmente deficitarie (dato che il criterio allocativo si basava essenzialmente su base capitarla) e di adeguare le strutture e le tecnologie sanitarie alla continua evoluzione scientifica e alla correlata crescita delle aspettative dei cittadini. Nel 2001, con l'avvio del federalismo fiscale e la relativa riforma del sistema di finanziamento della spesa regionale, sono stati aboliti tutti i trasferimenti erariali in favore delle regioni a statuto ordinario, incluso il fondo sanitario di parte corrente e in conto capitale.

Di conseguenza, la responsabilità sul reperimento delle risorse per gli investimenti sanitari è stata attribuita da un lato alla regione, che vi deve provvedere con lo stanziamento di specifici fondi a valere sul proprio bilancio, dall'altro allo sviluppo di una forte compartecipazione delle aziende sanitarie; le aziende, qualora i fondi stanziati dalla regione e/o da eventuali programmi speciali nazionali non siano sufficienti a coprire il fabbisogno, dovranno reperire risorse integrative attraverso forme di autofinanziamento, quali mutui, avanzi di bilancio, valorizzazione del patrimonio ed eventualmente attraverso il ricorso a forme di finanza innovativa.

Per questo motivo diventa indispensabile che le aziende si dotino di strumenti che siano in grado, da un lato di quantificare in modo accurato il fabbisogno, dall'altro, di individuare e valutare la sostenibilità di ciascuna forma finanziaria di copertura.

Un secondo elemento che incide fortemente sulle dinamiche di pianificazione e programmazione finanziaria delle aziende è la tempistica correlata al ciclo di programmazione e realizzazione di un intervento, ovvero al tempo che intercorre tra l'approvazione del progetto da parte degli organi competenti (Ministero e/o Regione) e il momento in cui il nuovo *asset* entra in funzione. Gli operatori del settore stimano che, rispetto al cronoprogramma iniziale, i tempi di comple-

tamento quanto meno si duplichino¹; ciò implica un correlato incremento dei costi preventivati, la necessità di reperire risorse aggiuntive rispetto a quelle originariamente stanziare e, in ultima istanza, l'impossibilità di assicurare tempestivamente il miglioramento dei livelli quali/quantitativi di servizio per cui l'investimento era stato programmato e finanziato.

Le aziende sanitarie quindi, per fronteggiare la progressiva riduzione delle risorse disponibili indotte dalla riforma del sistema di finanziamento del Ssn e le difficoltà procedurali correlate alla realizzazione di un nuovo investimento, dovranno individuare l'alternativa in grado di massimizzare le risorse finanziarie disponibili, rispetto al costo complessivo dell'investimento, e di assicurare il completamento dell'opera nel rispetto dei tempi previsti.

In tale scenario per le aziende sanitarie assume una valenza strategica rilevante:

- l'adozione di adeguati strumenti di pianificazione e programmazione finanziaria, che consentano di valutare e coordinare le dinamiche finanziarie degli investimenti con i fabbisogni generati dalle attività di gestione ordinaria;

- la scelta della forma di copertura finanziaria che sia in grado di garantire la coerenza tra i flussi finanziari (in entrata ed uscita) generati dall'investimento, minimizzandone il costo per l'azienda.

In particolare, le aziende sanitarie dovranno effettuare la scelta tra le forme più tradizionali di finanziamento, quali mutui, avanzi di bilancio, valorizzazione patrimoniale e il ricorso a strumenti di finanziamento alternativi, quali il *project finance*, il *leasing* finanziario, le società di capitale misto pubblico-privato o altri strumenti innovativi, che comportano un coinvolgimento, con diversi gradi, del settore privato attraverso l'apporto di capitali e/o *know how* scientifico e gestionale (Meneguzzo, 1999a).

Attualmente, gli strumenti di finanza innovativa sono indicati sia da operatori che da esperti del settore come le soluzioni più appropriate per coniugare l'elevato fabbisogno finanziario del settore sanitario e la necessità di garantire in tempi relativamente contenuti una risposta efficace, in termini di

adeguati standard qualitativi e quantitativi (Gatti, Germani, 2002). Da una prima analisi delle esperienze fin ora realizzate, emerge la necessità di prestare molta attenzione alla valutazione ponderata dei vantaggi e dei rischi derivanti dall'applicazione di modelli che presentano ancora difficoltà procedurali e operative non trascurabili. Si tratta di tecniche di finanziamento complesse che, se da un lato possono rappresentare un driver ad alto potenziale verso la realizzazione di processi di modernizzazione del sistema (come sottolineato da un'ampia pubblicistica non sempre del tutto meditata), per un loro pieno successo richiedono il manifestarsi di alcune condizioni preliminari di contesto e lo sviluppo di specifiche competenze aziendali per garantirne una efficiente programmazione e gestione.

3. Indagine empirica: lo sviluppo della funzione finanza nelle aziende sanitarie

L'indagine si è proposta di delineare le principali variabili e le tendenze dello sviluppo della funzione finanza all'interno delle aziende sanitarie pubbliche.

In particolare, la ricerca è stata finalizzata a:

- verificare la presenza, all'interno delle aziende, di una funzione espressamente dedicata alle attività finanziarie;

- individuare quali sono le attività che le aziende sanitarie ricomprendono nella gestione finanziaria e indagare il grado di sviluppo degli strumenti ritenuti di maggiore utilità;

- verificare le modalità di copertura degli investimenti sia attraverso forme tradizionali che innovative;

- indagare le caratteristiche principali degli strumenti di finanziamento cui le aziende ricorrono più frequentemente (mutuo, *leasing* e *project finance*) e la loro coerenza con i sistemi di programmazione finanziaria adottati.

Gli strumenti impiegati nella ricerca sono stati:

- 1) un questionario inviato alla popolazione di riferimento, costituita da tutte le Asl e Ao del Ssn. Il questionario è stato articolato

	AO			ASL			AO + ASL		
	Partecipanti	Universo	Tasso di risposta	Partecipanti	Universo	Tasso di risposta	Partecipanti	Universo	Tasso di risposta
Nord	12	49	24%	38	88	43%	50	137	36%
Centro	6	14	42%	16	41	39%	22	55	40%
Sud	3	34	8%	17	68	25%	20	102	19%
Totale	21	97	21%	71	197	36%	92	294	31%

Tabella 1

Rappresentatività del campione rispetto all'universo per area geografica e tipologia di azienda

in modo da poter indagare, da un lato, la rilevanza delle tematiche finanziarie all'interno delle Asl e Ao italiane (presenza di una apposita funzione organizzativa; attività svolte e competenze presenti, le modalità di funzionamento delle Unità operative che presidiano la funzione finanzia.), dall'altro le tipologie di copertura e gli strumenti di gestione del fabbisogno finanziario generato degli investimenti;

2) interviste di approfondimento ai responsabili della funzione finanzia (o di funzioni ad essa riconducibili), effettuate su alcune aziende del campione che, sulla base dei dati ricavati dall'analisi dei questionari, si sono ritenute particolarmente significative.

L'integrazione dei risultati emersi dall'indagine empirica con gli spunti raccolti dalle interviste ha permesso di effettuare alcune considerazioni sulla replicabilità degli strumenti, sulle principali criticità che ad essi possono essere ricondotti (di natura istituzionale, gestionale, organizzativa, finanziaria), nonché sui limiti e i punti di forza della strutturazione dell'iniziativa.

Tabella 2

Scomposizione del tasso di risposta per area geografica

3.1 La composizione del campione

La somministrazione del questionario è avvenuta nei primi mesi del 2004 all'intero

	Numero	%
Nord	50	54%
Centro	22	24%
Sud	20	22%
Totale	92	100%

universo delle aziende sanitarie del Sistema sanitario nazionale (294 Asl e Ao). La *redemption* è stata di 92 questionari, pari al 31% del totale. Le aziende partecipanti hanno mostrato un rilevante interesse alla ricerca e hanno offerto un notevole contributo, sia in termini di attenzione nella compilazione del questionario, che in termini di disponibilità ad approfondimenti e interpretazione dei dati rilevati.

In termini di rappresentatività del campione rispetto alla popolazione di riferimento, il tasso di risposta è stato scomposto per area geografica (Nord, Centro, Sud) e per tipologia di azienda (Asl, Ao) (**tabella 1**).

Dal punto di vista geografico, la partecipazione delle aziende sanitarie è stata più significativa nelle regioni del Centro e del Nord, con tassi pari rispettivamente al 40% e al 36% dell'universo di riferimento. Più contenuta (19%) la *redemption* delle aziende del Sud.

In termini di tipologie di azienda, le Asl mostrano tassi di risposta nettamente superiori sia su base nazionale (36% Asl contro 21% Ao), che nelle regioni del Nord (43% contro 24%) e del Sud (25% contro 8%).

Concentrando l'analisi solo sulle aziende che hanno aderito alla ricerca, la scomposizione del campione per tipologia e che per area geografica conferma i dati precedenti.

Sotto il profilo geografico, come emerge dalla **tabella 2**, il peso delle aziende del Nord è stato nettamente superiore (54%) rispetto a quelle del Centro (24%) e del Sud (22%).

Quanto alle tipologie di azienda, il peso delle Asl è assolutamente prevalente rispetto alle Ao (**tabella 3**).

4. Analisi dei questionari

I due elementi preliminari di analisi concernono:

- analisi dell'assetto organizzativo della funzione Finanza;
- attività svolte all'interno dell'unità organizzativa.

4.1 Analisi organizzativa della funzione Finanza

La funzione Finanza è articolata in un'autonoma Unità organizzativa solo in 16 aziende (18%) e in sotto-unità del servizio economico-finanziario in altre 11 aziende. Nel 70% dei casi le attività vengono svolte invece dal servizio economico-finanziario (**tabella 4**).

Lo sviluppo contenuto di unità specificamente dedicate alle tematiche finanziarie indica non solo una limitata presenza di professionalità autonome, ma anche la percezione ancora insufficiente della rilevanza delle tematiche finanziarie. Anche dalle interviste di approfondimento, è emerso come gli aspetti finanziari siano caratterizzati, nelle aziende sanitarie, da una sorta di gestione «ad emergenza», nel senso che divengono rilevanti al verificarsi di problematiche legate alla scarsa liquidità o alla mancanza di risorse, soprattutto per la realizzazione degli investimenti.

4.2 Attività svolte dalla funzione Finanza

Un secondo aspetto indagato riguarda il portafoglio di attività che caratterizza la funzione finanza delle aziende sanitarie; in particolare, si è cercato di capire quali sono le attività effettivamente svolte (o per quali attività è previsto uno sviluppo a breve) e le modalità con cui vengono presidiate: se con proprio personale, oppure attraverso il supporto di risorse esterne.

	Numero	%
Asl	71	77%
Ao	21	23%
Totale	92	100%

Tabella 3

Scomposizione del tasso di risposta per tipologia di azienda

Come emerge dalla **tabella 5**, le attività finanziarie svolte nelle aziende sanitarie sono fortemente incentrate sulla gestione ordinaria, con azioni volte alla gestione dei flussi di liquidità generati dall'approvvigionamento e della cessione delle prestazioni e con la correlata attività di programmazione delle risorse e di indebitamento a breve termine, per far fronte ai deficit temporanei di cassa. Meno sviluppate sono invece le attività riconducibili al monitoraggio e alla programmazione di medio-lungo periodo del fabbisogno finanziario aziendale (*audit* finanziario) e ad una gestione dell'indebitamento di lungo periodo, attraverso il ricorso a strumenti di ristrutturazione del debito. La scarsa rilevanza attribuita a tali attività è testimoniata anche dalla mancata volontà di svilupparle nel breve periodo.

Attività di programmazione finanziaria

Quasi la totalità delle aziende che hanno risposto al questionario dichiarano di effet-

Tabella 4

Analisi organizzativa della funzione Finanza

	Numero	%
Autonoma unità organizzativa	71	77%
Sotto-unità organizzativa del servizio economico-finanziario	21	23%
Attività del servizio economico-finanziario	92	100%

Attività	Presenza competenze		Supporto esterno		Sviluppo a breve	
	N.	%	N.	%	N.	%
Audit finanziario	24	27%			2	2%
Indebitamento a breve	69	76%	5	6%	2	2%
Ristrutturazione debito	11	12%	2	2%	7	8%
Programmazione risorse	76	82%	6	7%	4	4%
Gestione liquidità	79	86%				

Tabella 5

Attività svolta dalla funzione Finanza

tuare attività di programmazione delle risorse finanziarie (82, il 90%).

Il processo di programmazione finanziaria si articola in alcune fasi sequenziali e tra loro coordinate quali:

a) la quantificazione e qualificazione dei fabbisogni finanziari della gestione, indotti dalle decisioni economico-reali (sia attività di pianificazione gestionale ordinaria che straordinaria – nuovi investimenti, erogazione di nuovi servizi);

b) l'individuazione delle forme di copertura del fabbisogno;

c) la valutazione della compatibilità dei programmi aziendali con le condizioni di approvvigionamento dei mercati finanziari;

d) la gestione della liquidità.

La programmazione finanziaria dovrebbe quindi consentire, una volta determinato il fabbisogno finanziario dell'azienda e indicati i mezzi con i quali farvi fronte attraverso logiche più o meno sofisticate di *audit*, di indicare le condizioni per la sostenibilità nel lungo periodo dei programmi di sviluppo delle attività e del piano degli investimenti istituzionali (Malanca, 2004).

Dalle interviste di approfondimento, però, è emerso come le aziende riconducano al termine «programmazione» un significato piuttosto lontano da questa definizione: molte aziende, infatti, intendono per programmazione finanziaria la semplice stesura del bilancio di previsione.

Infatti, se solo il 27% delle aziende del campione fanno ricorso ordinario a tecniche di *audit* finanziario, è ragionevole attendersi

che la correlata e attività di programmazione delle risorse non ripecchi il fabbisogno effettivo aziendale e non sia strategicamente proiettata a definire le previsioni per periodi superiori all'arco temporale annuale e a verificare la fattibilità finanziaria dei piani strategici aziendali. Piuttosto, come confermano le evidenze emerse dalle interviste, l'attività programmatoria si traduce spesso in un'attività meramente compilatoria di schemi finanziari precostituiti, per rispondere a fabbisogno informativi imposti (del vertice aziendale o da enti esterni, quali la regione o il ministero).

Queste percezioni sono confermate anche dalla valutazione delle frequenze con cui viene svolta tale attività e dagli effettivi strumenti di supporto impiegati (tabelle 6 e 7).

La scarsa propensione ad una lettura strategica di medio lungo periodo del fabbisogno finanziario emerge infatti dall'analisi degli strumenti impiegati dalle aziende.

Solo il 37% del campione dichiara di avvalersi di un piano finanziario; tale strumento consiste in un prospetto fonti-impieghi, con identificazione della provenienza e della destinazione delle fonti; presenta una copertura temporale medio-lunga (3-7 anni) e si pone la finalità di verificare la compatibilità dei piani strategici con le possibilità di impiego e copertura.

Il 27% utilizza *budget* finanziario, che ha la stessa struttura del piano, ma è caratterizzato da una copertura temporale a breve termine (12 mesi) e prevede tipicamente un aggiornamento trimestrale al fine di verificare le compatibilità dei programmi operativi di esercizio con le possibilità di impiego e copertura. La maggior parte delle aziende (59%) ricorre al *budget* di cassa, ovvero a quello strumento che fornisce una rappresentazione articolata e a cadenza temporale frazionata (un mese, nella maggior parte delle aziende sanitarie) delle entrate e delle uscite di cassa attese dalla dinamica degli accadimenti gestionali.

Inoltre, non si registra un'effettiva coerenza tra strumenti indicati e la frequenza con cui le aziende esercitano l'attività programmatoria.

Circa il 44% delle aziende del campione effettuata una programmazione mensile (contro il 59% che aveva dichiarata di far ricorso al *budget* finanziario), l'11% su base

Tabella 6
Strumenti utilizzati nella programmazione finanziaria

	N.	%
Piano finanziario	34	37
Budget finanziario	24	27
Budget di cassa	54	59

Tabella 7
Frequenza attività programmazione finanziaria

	N.	%
Mensile	40	44%
Trimestrale	10	11%
Annuale	23	25%
In più periodi all'anno	19	20%

trimestrale (rispetto al 27% che ha dichiarato di utilizzare *budget* finanziari), mentre il 45% del campione si limita a verifiche del fabbisogno finanziario una o più volte all'anno (tipicamente in relazione al processo di redazione del bilancio di previsione).

L'ampia varietà delle risposte e le incoerenze registrate tra le dichiarazioni sullo strumento e la cadenza con cui effettuano la programmazione dimostrano ancora una scarsa capacità a correlare il fabbisogno informativo all'utilizzo di adeguati strumenti e il prevalere di un'ottica di analisi di breve periodo.

Ciò nonostante, le interviste effettuate permettono di affermare che vi è un crescente sensibilità e consapevolezza sulla necessità di sviluppare e migliorare i processi di programmazione delle risorse finanziarie e di integrare il monitoraggio del fabbisogno finanziario di breve termine derivante dalle attività di gestione ordinaria, con un più attento processo di pianificazione e programmazione di medio-lungo periodo, soprattutto al fine di verificare e garantire la sostenibilità finanziaria degli investimenti.

4.3 Gli strumenti finanziari per la copertura degli investimenti

L'attivazione di processi di pianificazione e programmazione finanziaria rappresenta una condizione indispensabile ai fini di un'ottimale gestione del ciclo di vita di un investimento: tali attività consentono infatti di individuare il fabbisogno finanziario generato dal nuovo intervento e di ricercare le risorse che per tipologia, ammontare, costo e tempistica di attivazione ne garantiscano la copertura (Dallochio, Salvi, 2004).

Nel recente passato le aziende sanitarie hanno fatto un limitato ricorso a tali tecniche essenzialmente perché le fonti per la copertura degli investimenti erano totalmente stanziati e liquidate da soggetti esterni (Regione o Ministero), con meccanismi di regolazione tali da non consentire alle aziende di prevederle, con un sufficiente grado di certezza i volumi e la tempistica della loro effettiva disponibilità. Attualmente, la recente riforma del sistema di finanziamento del Ssn e la conseguente necessità per le aziende di reperire autonomamente le risorse integrative per il finanziamento degli investimenti, si stanno dimostrando un importante driver per l'intro-

duzione di tecniche e strumenti che consentano alle aziende stesse di effettuare una valutazione comparata della sostenibilità delle alternative finanziarie attivabili.

In **tabella 8** sono sintetizzati i dati relativi ai volumi medi di investimenti programmati dalle aziende del campione nel triennio 2001-2003, classificati per tipologia di intervento.

Gli interventi si concentrano sull'area dell'assistenza ospedaliera, sia per numerosità che per dimensione media dei progetti. Questi dati sono coerenti con la quantificazione del fabbisogno per interventi di edilizia sanitaria effettuata nel 2002 in sede di conferenza Stato-Regioni: con riferimento all'edilizia ospedaliera, le stime, espresse in percentuale sul totale dei posti letto, evidenziavano che circa il 20% dei posti letto dovesse essere sostituito per l'alto degrado degli edifici, il 30% dovesse essere radicalmente ristrutturato e solo il 50% potesse essere mantenuto in esercizio con interventi di adeguamento delle attrezzature e degli impianti.

Rispetto alle forme di copertura del fabbisogno finanziario, è possibile classificare le risorse utilizzate dalle aziende in quattro macro categorie:

- risorse ministeriali, provenienti dall'art. 20 della legge 60/88 o altri programmi nazionali vincolati;
- fondi regionali;
- risorse aziendali (indebitamento e alienazione patrimoniali);
- strumenti finanziari innovativi.

In **tabella 9** è riportata la classificazione degli investimenti programmati dalle aziende del campione rispetto alla tipologia di fonte finanziaria di copertura attivata.

Rispetto agli interventi su strutture deputate all'assistenza territoriale (sedi di distretti, poliambulatori, ecc.), la fonte principale di

Tabella 8
Gli investimenti per
tipologia di intervento

Tipologia di investimento	% su totale progetti	Valore medio investimento
Intervento su struttura territoriale	13%	6.616.780 €
Realizzazione nuova costruzione struttura ospedaliera	41%	97.127.781 €
Ristrutturazione struttura ospedaliera	35%	14.605.288 €
Attrezzature e impianti ospedalieri	12%	8.382.231 €

Tabella 9

La classificazione degli investimenti per tipologia di fonte di copertura

	Ministero	Regione	Autofinanziamento aziendale		Fonti innovative
			Mutuo	Alienazione	
Intervento su struttura territoriale	12,5%	62,5%	–	12,5%	12,5%
Realizzazione nuova costruzione struttura ospedaliera	53,6%	50,0%	21,4%	35,7%	29,0%
Ristrutturazione struttura ospedaliera	41,7%	45,8%	12,5%	16,7%	4,0%
Fornitura di attrezzature e impianti ospedalieri	14,3%	71,4%	0%	14,3%	0%

Numero	Importo medio	Tasso			Durata	Istituto di credito	
		Fisso	Variable	Misto		Cassa depositi	Altri istituti
25	7.648.956	40%	52%	8%	9,48	24%	76%
		Tasso medio 4,95%	Spread medio 0,2275				

Tabella 10

Il ricorso all'indebitamento

finanziamento deriva da stanziamenti regionali, mentre assumono un ruolo meno significativo i fondi ministeriali; quanto alle forme di integrazione attivate dall'azienda, si registra un utilizzo poco significativo sia di interventi di alienazione patrimoniale, che di forme di finanziamento innovative, mentre si sottolinea una totale assenza di ricorso all'indebitamento.

Sul fronte degli interventi di nuova edificazione o ristrutturazione ospedaliera che per loro natura sono più complessi e di importi unitari medi più elevati, le aziende dichiarano di ricorrere ad una molteplicità di fondi e a strumenti finanziari innovativi che consentano di massimizzarne l'impiego. In particolare, a fronte dell'intervento di risorse extra-aziendali per la maggior parte dei progetti, con una prevalenza di quelle ministeriali per interventi di nuova edificazione (53,6%) e di quelli regionali per interventi di ristrutturazione (45,8%), si registra un significativo ricorso sia a fonti di autofinanziamento che, in misura minore, al ricorso a forme di finanziamento innovative.

Rispetto alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere, le aziende concorrono al finanziamento con l'alienazione di edifici non più funzionali all'attività sanitaria (tipicamente le strutture ospedaliere dimesse, che

spesso si trovano locati nei centri storici cittadini e che quindi possono risultare appetibili sul mercato immobiliare), con il ricorso a forme di partecipazione di operatori privati e, in misura inferiore, con indebitamento bancario. L'assunzione di nuovi mutui per la copertura degli investimenti è spesso vincolata alla necessità di rispettare i limiti all'indebitamento previsti del decreto 502/92.

Quanto agli interventi di ristrutturazione, si registra una sostanziale minore adozione di forme di finanziamento innovative (solo il 4% delle aziende vi ricorre) e all'indebitamento.

Un limitato ricorso all'autofinanziamento aziendale e forme innovative di finanziamento è invece riscontrabile nella copertura di investimenti in attrezzature e impianti, dove le risorse sono in prevalenza assicurate dai fondi regionali.

Le forme di autofinanziamento tradizionali: il ricorso all'indebitamento

Rispetto al ricorso all'indebitamento, circa il 27% del campione (25 aziende) ha dichiarato di ricorrervi per il finanziamento degli investimenti programmati (tabella 10).

L'importo medio dei mutui sottoscritti è di circa 7 milioni di euro; il contratto, che nel-

l'88% dei casi ha durata decennale (limite massimo imposto dal Decreto 502/92) prevede, nel 40% dei casi, un indebitamento a tasso fisso con un valore medio di circa 4,95%; il restante è in parte (52%) sottoscritto ad un tasso variabile agganciato all'euribor a 6 mesi (con uno *spread* medio dello 0,22%), in parte con strutture miste (fisse per i primi anni e variabili per la restante durata del contratto). Il riordino dell'assetto organizzativo e funzionale della Cassa depositi e prestiti e la conseguente perdita del monopolio nel finanziamento del settore pubblico si riflette sulla scelta degli istituti di credito cui le aziende sanitarie si rivolgono. Ben il 76% dei mutui è stato contratto con istituti diversi dalla Cassa depositi e prestiti: si tratta di istituti molto radicati sul territorio locale o di istituti di rilevanza nazionale che sono in grado di offrire tassi molto competitivi e soluzioni più flessibili rispetto a quelle standard offerte dalla Cassa depositi (in particolare tra mutui a tasso variabile, solo uno è stato contratto con la Cassa depositi e prestiti).

4.4 Gli strumenti finanziari innovativi

Le operazioni di finanza innovativa cui le aziende sanitarie dichiarano di ricorrere alla copertura per la copertura dei fabbisogni finanziari sono prevalentemente il *leasing* finanziario e il *project finance*, come risulta dai dati riportati in **tabella 11**.

Alcune aziende hanno indicato l'utilizzo di altri strumenti di finanziamento innovativi, in particolare la cartolarizzazione immobiliare e forme di valorizzazione del patrimonio alternative all'alienazione diretta o al conferimento degli stessi all'interno di operazioni di finanza di progetto a titolo di prezzo (come ad esempio il conferimento di immobili in fondi immobiliari). In realtà, in questi casi si tratta di operazioni che hanno interessato *asset* di proprietà delle aziende, ma la cui pianificazione e gestione operativa è avvenuta a livello regionale. Le aziende si sono limitate a conferire gli *asset* alla regione o a società strumentali indicate dalla stessa, ricevendo come controparte il trasferimento delle risorse realizzate, senza quindi una parallela attivazione di processi di valutazione e programmazione interni e senza impatti gestionali aziendali significativi.

Per questo motivo, in questa sede, l'analisi si focalizzerà sui due strumenti gestiti direttamente dalle aziende, il *leasing* e il *project finance*, rispetto ai quali è necessario che le stesse attivino adeguati processi di analisi e valutazione sulla loro sostenibilità e opportunità rispetto alle caratteristiche dell'intervento e ad altre soluzioni praticabili.

Il leasing finanziario

Le aziende che hanno dichiarato di ricorrere al *leasing* sono 40. Per quanto attiene la tipologia di intervento che le aziende hanno deciso di finanziare con tale strumento, possono essere individuate due macro categorie di investimenti:

- in beni standardizzati e a bassa complessità (tipicamente beni mobili quali attrezzature, macchinari, automobili, ecc.), con contratti cd di «full leasing», che includono nel canone un serie di servizi accessori correlati al bene oggetto del contratto (manutenzioni, assicurazioni, ecc.);

- in beni non standardizzati, ad alta complessità progettuale (definibili come *leasing* «immobiliari»); si tratta di interventi «chiavi in mano», che comprendono sia una parte di lavori edili e impiantistici per la ristrutturazione di edifici esistenti o la costruzione di nuove strutture sanitarie, che la fornitura delle tecnologie e delle attrezzature necessarie a rendere la struttura funzionante e dei servizi accessori finalizzati a garantirne la piena operatività per tutta la durata del contratto (manutenzioni, assicurazioni sull'immobile e sulle forniture).

Per le dinamiche che hanno caratterizzato la diffusione del *leasing* in Italia (Anderloni, 2001) e, in particolare nel settore pubblico, attualmente lo strumento è prevalentemente

Tabella 11

Le operazioni di finanza innovativa

Operazione	Presenza competenze		Supporto esterno		Sviluppo a breve			
	N.	%	N.	%	N.	%		
<i>Project finance</i>	33	36%	12	14%	4	4%	4	4%
<i>Leasing</i>	40	43%	40	100%				

utilizzato per finanziare la prima categoria di beni.

Tra le aziende del campione, 35 hanno dichiarato di avvalersi dello strumento per investimenti in beni mobili. Il valore medio dell'appalto è di circa 770.000 euro, per una durata di 5 anni e con un prezzo di riscatto (nel caso al termine dell'operazione l'azienda sanitaria decidesse di esercitare il diritto di opzione) molto basso, pari in media allo 0,2% all'importo complessivo del contratto. All'interno di questa macro-classe, gli investimenti finanziati sono variegati e comprendono impianti per rinnovamento tecnologico, attrezzature e macchine da ufficio, macchinari di laboratorio, autovetture, *call center* aziendali, attrezzature sanitarie (TAC), sistemi di gestione delle immagini PACS, impiantistica (cablaggio strutturato delle strutture ospedaliere), ecc.

Rispetto al *leasing* riconducibile alla seconda tipologia, le aziende del campione che lo hanno sperimentato sono solo 5. Gli interventi hanno importi unitari di dimensioni più significative, comprese in un *range* che varia tra i 6 e i 10 milioni di euro, durate medie di 8-10 anni e il prezzo di riscatto è di norma stabilito in una percentuale che varia tra l'1% e il 2% del valore capitale degli investimenti. Tra gli interventi realizzati vi sono la costruzione di nuove strutture territoriali (ad esempio, un nuovo poliambulatorio) o ospedaliere (tipicamente nuovi reparti o centri specializzati ad alta tecnologia) e interventi di ampliamento e ristrutturazione di strutture sanitarie esistenti. In tutti questi casi, il finanziamento copre sia il costo di realizzazione della struttura (opere edilizie e impiantistiche), che la

fornitura degli impianti e delle tecnologie sanitarie (che in alcuni casi costituiscono la parte preponderante del valore del contratto) e dei relativi servizi accessori.

Le aziende sanitarie non hanno riscontrato nessuna particolare difficoltà nella gestione di tali contratti, soprattutto per i beni mobili; si tratta di contratti ormai standardizzati, la cui diffusione è abbastanza capillare e rispetto ai quali il personale aziendale ha sviluppato competenze tecniche di valutazione e gestione adeguate (il 100% dei progetti è stato realizzato con il solo supporto di professionalità aziendali).

Alcune criticità invece sono ravvisabili nel ricorso al *leasing* immobiliare, strumento che solo di recente è stato introdotto nella prassi operativa del settore sanitario e rispetto al quale le aziende non hanno ancora sviluppato adeguate conoscenze e competenze specialistiche. Ciononostante i successi raggiunti nelle esperienze ad oggi realizzate, stanno stimolando un crescente interesse sulle opportunità connesse all'estensione dell'applicazione del *leasing* finanziario anche ad investimenti di natura più complessa, quali quelli immobiliari. Ad oggi, lo strumento è al vaglio di almeno 10 aziende sanitarie per la ristrutturazione, ampliamento o nuova costruzione di strutture ospedaliere.

Il project finance

In base ai questionari pervenuti, sono 33 le aziende che hanno dichiarato di effettuare operazioni di *project finance*. La precisa compilazione del questionario, supportata da interviste di approfondimento, ha permesso di monitorare tutte le operazioni in oggetto, alcune delle quali ancora in corso (procedura di gara non ancora completata), altre già concluse.

Innanzitutto, l'oggetto delle operazioni effettuate. Come si vede in **tabella 12**, le operazioni riguardano prevalentemente la realizzazione di nuove strutture.

In relazione alla procedura utilizzata, si registra una prevalenza della procedura con promotore, rispetto alla concessione tradizionale (**tabella 13**). Anche dalle interviste effettuate, è emerso come la procedura in oggetto, sebbene sia considerata più dispendiosa in termini di tempi e più complessa in termini procedurali, permette di ottenere, da

Tabella 12

Oggetto delle operazioni di finanza di progetto

	N.	%
Nuova costruzione	22	65%
Ristrutturazione	4	12%
Lavori composti	7	22%

Tabella 13

Procedura utilizzata

	N.	%
Promotore (art. 37 bis, ter, quater)	19	59%
Tradizionale (art. 20, 21)	14	41%

parte del promotore, soluzioni tecniche e gestionali innovative ed originali.

In relazione alla natura dell'opera finanziata, rispetto alle 33 operazioni analizzate, la prevalenza è per le opere ospedaliere (**tabella 14**). In alcuni casi (7 operazioni) la realizzazione è resa possibile solo attraverso una operazione mista, in cui l'equilibrio dell'operazione si ottiene dalla gestione integrata di una struttura ospedaliera e di una struttura ricettiva.

Come visto in precedenza, uno degli elementi critici dell'operazione di *project finance* è rappresentato dal prezzo. Contrariamente a quanto si è portati a ritenere, le operazioni analizzate mostrano come un prezzo in denaro a favore del concessionario non sempre sia una condizione necessaria per attivare una operazione di *project finance*; ben 12 operazioni non prevedono alcun prezzo finanziario (**tabella 15**). Anche con il supporto delle interviste, è emerso che, spesso, soprattutto nelle operazioni in cui è presente il promotore, questi preferisce, a titolo di prezzo, un diritto di superficie, o di proprietà, su un bene immobile dell'azienda sanitaria che non svolge più funzioni di pubblico interesse; la condizione, naturalmente, è che sia possibile una variazione d'uso dell'immobile, al fine di legarlo ad attività commerciali e/o ricettive (non necessariamente funzionali all'attività sanitaria).

Quando, invece, il prezzo è in denaro, nelle 20 operazioni analizzate, esso mostra importi molto differenti in relazione al valore dell'investimento (**tabella 16**).

Considerazioni sulle condizioni per lo sviluppo di strumenti finanziari innovativi

In una fase che può ancora essere considerata di «introduzione» della finanza innovativa nel settore sanitario in Italia, l'analisi e il confronto tra le diverse esperienze concluse o in atto può rappresentare un'importante opportunità: nel medio periodo, infatti, l'effetto «moltiplicatore» interno alla pubblica amministrazione, nonché le sinergie sviluppate attraverso l'aumento di competenze e di conoscenze potranno svolgere un ruolo determinante nella «modellizzazione» e sistematizzazione di queste iniziative, garantendo non solo un abbattimento dei costi e una semplificazione nella fase di gestione della procedura

di gara e durante il periodo contrattuale, ma anche in una loro maggiore diffusione all'interno del sistema pubblico.

Le operazioni di finanza innovativa realizzate dalle aziende del campione per la realizzazione di investimenti complessi (rispetto al *leasing*, limitiamo l'analisi a quelle immobiliari) presentano alcuni tratti caratteristici comuni:

- elevata complessità, tecnica, economica, contrattuale;
- progressiva estensione dell'intervento di operatori privati nell'ambito di progetti integrati e complessi;
- dimensione variabile dell'iniziativa.

In relazione al primo punto, la costruzione di una operazione di finanza innovativa comporta inevitabilmente il sostenimento di costi – economici, organizzativi, gestionali, politici – di grande rilevanza. Il processo di valutazione delle alternative spesso supportato dall'apporto di consulenti esterni o di una commissione interna appositamente costituita; la

	N.	%
Ospedaliere	24	72%
Di supporto	2	6%
Promiscue	7	21%

Tabella 14
Operazioni di *project finance* per natura

	N.	%
In denaro	20	60%
Diritti di godimento o proprietà	13	40%

Tabella 15
Operazioni di *project finance* per natura

	N.	%
Da 0 a 25%	8	40%
Da 25% a 50%	6	30%
Da 50% a 75%	4	20%
Oltre 75%	2	10%

Tabella 16
Percentuale del prezzo sul valore dell'opera

pianificazione delle diverse fasi di gara; la continua negoziazione con gli interlocutori privati, in relazione agli aspetti economico-finanziari, legali, tecnici, contrattuali; la costruzione di un equo piano di ripartizione dei rischi; la definizione di griglie di valutazione che permettendo la scelta di *partner* affidabili; la costruzione di un sistema di penali e garanzie sufficientemente equilibrato, sono tutti elementi che hanno un forte impatto sulla struttura organizzativa dell'azienda, in quanto coinvolgono diverse unità funzionali e il cui costo, anche se non direttamente quantificabile, è sicuramente molto significativo.

Di conseguenza l'investimento per realizzare una operazione di finanza innovativa è giustificato solo in presenza di operazioni particolarmente complesse e comunque non prima di averne accuratamente verificato la convenienza, rispetto alle possibili opzioni alternative (tipicamente quella interna, che prevede il ricorso all'indebitamento bancario e al tradizionale appalto di lavori) cercando di tenere in considerazione non solo i costi diretti, ma confrontando anche i costi «di strutturazione» dell'iniziativa.

Un secondo elemento, che accomuna le esperienze nel settore sanitario, è la rilevante estensione del grado di partecipazione degli operatori privati. Le esperienze analizzate permettono di affermare che, in Italia, un modello puro di operazione finanziaria, (ossia con il mero coinvolgimento finanziario da parte dell'operatore privato), sia esso *project finance* o *leasing* finanziario, lascia il posto a forme di *public private partnership*, caratterizzate da un coinvolgimento più ampio del soggetto privato, a seconda del grado di maggior efficienza che lo stesso può garantire rispetto ai costi sostenuti e agli standard quali/quantitativi assicurati dalla gestione aziendale interna.

Con riguardo al *leasing* finanziario, tale tendenza si sta traducendo nell'evoluzione sempre più decisa a forme di *leasing* immobiliare «chiavi in mano» che, replicando il concetto di *full leasing* applicato a beni standardizzati, includono nel contratto di finanziamento anche tutti i servizi accessori che sono strettamente funzionali a mantenere in perfetta e continua efficienza la struttura, gli impianti, le tecnologie e le attrezzature che costituiscono l'oggetto principale del contratto.

Rimangono al momento invece esclusi dal contratto tutti i servizi accessori all'attività prettamente sanitaria e di assistenza al paziente (gestione pulizie, mensa, gestione laboratori, ecc). Starà all'azienda valutare se sia più conveniente gestirle con personale interno o (come avviene nella maggior parte dei casi), appaltarle a soggetti specializzati esterni, magari con contratti di *global service*.

Con riferimento al *Project finance*, la tendenza che si sta registrando è un crescente ricorso a modelli di tipo BOSLT (ossia *Build, Operate, Subsidize, Lease, Transfer*), dove al soggetto privato può spettare la gestione di una estrema varietà di servizi di supporto: manutenzione ordinaria e straordinaria dell'edificio e degli impianti e delle aree verdi; servizi amministrativi (*reception*; servizio unico prenotazioni; centro contabile; procedure e rilevazioni informatizzate); servizi alberghieri di carattere industriale (mensa per degenti e personale; pulizia e sanificazione; lavanderia; raccolta, stoccaggio e smaltimento rifiuti, anche speciali; trasporti interni, vigilanza; gestione del calore); servizi di supporto all'attività sanitaria (fornitura e manutenzione della strumentazione e delle tecnologie mediche – sale operatorie, laboratorio, diagnostica per immagini – magazzino ospedaliero, logistica di beni, farmaci e presidi sanitari e non sanitari; farmacia, disinfezione); servizi commerciali: parcheggi, bar, ristorante, noleggio aree per attività commerciali. Di conseguenza, l'equilibrio economico-finanziario dell'opera si basa su:

- acquisto di tutte le attività di supporto da parte dell'azienda sanitaria (opere cosiddette a tariffazione diretta sulla pubblica amministrazione), attraverso la corresponsione di un canone (da cui il termine *lease* nel modello di riferimento);
- versamento di un prezzo, spesso rilevante, a favore del concessionario (*subsidy*);
- gestione diretta, da parte del concessionario delle attività commerciali, con tariffe sugli utenti, o affitto di spazi commerciali a favore di soggetti privati.

In questo modello il rischio è che, considerato che la redditività degli interventi in sanità non è per sua natura in grado di consentire l'applicazione di un modello puro di finanza di progetto, si richieda, oltre al contributo

pubblico, l'affiancamento all'opera di molte iniziative a maggiore redditività che consentano un equilibrio tra livelli di redditività e di rischio, in grado di garantire la sostenibilità di lungo periodo dell'economicità del progetto. In questo modo l'azienda si impegna per un periodo che può variare in media tra i 20 e 30 anni con uno stesso operatore affidandogli la gestione di tutti i servizi non sanitari a fronte del pagamento di un canone che ne copra i costi. Il rischio è che senza adeguati strumenti di monitoraggio, verifica e revisione degli standard dei servizi (con costi di transazione e di informazione elevati), l'azienda perda di fatto il controllo su un'importante area di attività che, per quanto accessoria, influenza in maniera determinante anche l'efficienza e qualità delle prestazioni sanitarie.

In relazione all'ultimo punto – le dimensioni dell'iniziativa – le esperienze analizzate dimostrano come le operazioni di finanza innovativa possano essere utilizzate indipendentemente dalle dimensioni, ma siano invece correlate a:

- efficacia gestionale dell'amministrazione pubblica che promuove l'iniziativa;
- aperto confronto tra differenti ruoli e finalità, sfruttando quelle sinergie di risorse finanziarie e competenze gestionali in grado di sostenere lo sviluppo di nuovi investimenti infrastrutturali;
- validità intrinseca del progetto, legato ad effettivi bisogni della collettività di riferimento.

4.4 Punti di forza e condizioni per l'applicabilità di strumenti di finanza innovativa nel sistema sanitario italiano

La valutazione complessiva delle iniziative permette di individuare alcuni elementi ritenuti essenziali per una operazione di successo.

Innanzitutto, il coinvolgimento di tutte le forze istituzionali, sociali, politiche, economiche fin dalla fase iniziale dell'iniziativa, per facilitare la creazione di un elevato grado di consenso preventivo. Di conseguenza, nel rapporto con gli *stakeholder* territoriali con cui le aziende sanitarie sono chiamate a relazionarsi, è necessario promuovere:

- la creazione di una rete di tutte le aziende presenti sul territorio, al fine di facilitare lo scambio di esperienze, la diffusione di modelli innovativi, la condivisione di strumenti e teorie di riferimento;

- il coinvolgimento di tutti gli attori economici privati: Associazioni industriali, Sindacati, ordini professionali, imprese di produzione;

- la responsabilizzazione del sistema bancario e creditizio, che ha potuto raggiungere determinati risultati economici e reddituali grazie alla crescita del territorio di riferimento.

Un ruolo fondamentale è sicuramente svolto dall'attività di comunicazione, finalizzata alla informazione ed alla diffusione dell'iniziativa presso la collettività locale e presso i rappresentanti della vita politica, economica e sociale.

La consapevolezza che la costruzione e, soprattutto, il mantenimento del consenso sull'iniziativa sia essenziale per l'operazione in oggetto dovrebbe spingere i promotori a coinvolgere tutti i possibili attori, cercando di coordinare e conciliare i loro interessi. Il coinvolgimento attraverso l'adeguata informazione e la mediazione degli interessi permette, in molti casi, una accelerazione dei tempi di realizzazione dell'iniziativa, riducendo il rischio di situazioni di stallo dovute ad intralci burocratici. In molti casi, è opportuno consultare i principali esponenti della comunità politica ed industriale locale, nonché i sindacati, al fine di renderli partecipi sia nella fase definitoria del progetto, sia nella fase di realizzazione.

Questa attività di mobilitazione e sostegno del consenso deve essere inoltre supportata da iniziative finalizzate a garantire la massima trasparenza e linearità delle procedure; fra queste particolarmente significative risultano la definizione a priori dei parametri valutativi per l'aggiudicazione della gara, l'estrazione pubblica dei membri delle varie Commissioni e la comunicazione a tutti gli attori coinvolti di eventuali variazioni avvenute in corso d'opera.

In secondo luogo, l'iniziativa deve inserirsi all'interno di una chiara strategia dell'azienda pubblica interessata (Meneguzzo, 1999). In particolare, i casi di successo sono

riconducibili a quelle esperienze in cui l'operazione è stata percepita come uno stimolo alla crescita culturale, in cui esiste un piano di sviluppo di lungo periodo, in cui l'operazione individuata sia vista come una delle modalità di realizzazione di opere pubbliche, solo dopo un'attenta valutazione dei rischi che esso comporta e dove sia stata fatta un'analisi comparata tra i diversi strumenti a disposizione dell'azienda (operazione di *leasing*, ricorso all'indebitamento bancario attraverso l'accensione di un mutuo, emissione obbligazionaria, dismissione di patrimonio immobiliare, ecc.).

Tuttavia, si ritiene che il vero fattore critico per il successo di un'operazione finanziaria innovativa sia da rinvenire nell'approccio culturale dei diversi soggetti che intervengono nell'iniziativa.

Come evidenziato, il *project finance*, il *leasing*, si basano su una *partnership* tra amministrazione pubblica, imprese di produzione private, istituti di credito, in cui si ha una equa ripartizione di ruoli e di rischi, attraverso un processo di negoziazione ed apprendimento, nel rispetto delle esigenze e delle finalità istituzionali dei diversi soggetti coinvolti.

La composizione ad unità dei diversi interessi può derivare solo dalla definizione di regole comportamentali basate su valori comuni e generalmente accettati, su valori etici, sulla definizione di strategie di comportamento e di modelli competitivi che permettano l'ottenimento di risultati «a somma maggiore di zero», e sullo sviluppo di un sistema di opportunità (servizi infrastrutturali, sviluppo tecnologico e scientifico, opportunità economiche), la cui realizzazione deve essere demandata alla collaborazione congiunta di tutti gli attori sociali costituenti l'ambiente di riferimento.

Le esperienze analizzate insegnano che, in assenza, nel tessuto imprenditoriale, finanziario ed economico di riferimento, della condivisione di determinati valori, basati sulla responsabilità sociale dei soggetti coinvolti, gli sforzi e le energie dedicate alla realizzazione di un'operazione finanziaria innovativa complessa risulteranno vani.

5. Conclusioni

Dall'indagine e dalle interviste effettuate è emersa una attenzione crescente verso le tematiche di natura finanziaria. Tuttavia, si ritiene che vi siano ancora ampi margini di crescita e un forte fabbisogno formativo, al fine di superare alcune incoerenze, spesso rilevanti.

Una conferma, in tal senso, si ottiene dalla lettura integrata dei dati del questionario.

Ad esempio, incrociando le risposte relative alla programmazione finanziaria con quelle relative alle operazioni di *project finance*, emergono dati preoccupanti: tra le aziende che effettuano operazioni di *project finance*, ben 5 non hanno una programmazione delle risorse finanziarie e ben 4 la effettuano con cadenza solo annuale. Una mancata programmazione delle risorse da parte dell'azienda sanitaria, infatti, potrebbe comprometterne la capacità di versare il canone di gestione a favore del concessionario; dalla puntualità di pagamento del canone dipende, essenzialmente, la capacità del concessionario di rimborsare il debito agli istituti bancari.

Sempre con riferimento alle aziende che effettuano operazioni di finanza innovativa, emerge che:

- 4 aziende non hanno una specifica unità organizzativa Finanza;
- solo 24 aziende effettuano una preventiva attività di valorizzazione del proprio patrimonio immobiliare.

L'analisi dei dati, supportata anche da interviste specifiche, non solo manifesta una ancora insufficiente sensibilità alle tematiche finanziarie, ma evidenzia spesso un rischio di improvvisazione di molte operazioni innovative; senza, infatti, una preventiva valutazione dell'impatto finanziario a medio-lungo termine, in assenza di una valutazione strategica integrata del proprio patrimonio immobiliare, in mancanza di una attenta simulazione della sostenibilità del pagamento del canone di gestione, le operazioni di *project finance* attivate rischiano di essere spinte più da elementi di tendenza e novità che non da reali esigenze e motivazioni sostanziali.

Si è detto che le politiche di gestione finanziaria, all'interno delle aziende sanitarie, sono prevalentemente orientate all'attività di

investimento; le variabili che le aziende sanitarie, nella scelta dello strumento da utilizzare per la realizzazione degli investimenti, devono tenere in considerazione in quanto determinati nell'influenzare le dinamiche finanziarie generate dall'investimento sono:

- la difficoltà procedurale e i correlati tempi previsti per il completamento dell'opera e della sua entrata in funzionamento;
- la tipologia e natura di opera da realizzare;
- i costi complessivi dell'operazione.

In relazione alla complessità procedurale, tra gli strumenti di finanziamento, il *project finance* presenta le maggiori difficoltà, legate, attualmente, alla ancora limitata conoscenza del fenomeno. Sicuramente di più agevole applicazione sembrano essere:

- il mutuo, che, per il crescente ventaglio di opzioni, di intermediari finanziari abilitati ad erogarlo, di condizioni offerte presenta un elevato grado di flessibilità e che per l'utilizzo reiterato negli anni da parte delle aziende sanitarie rientra tra le conoscenze consolidate dei responsabili di gestione finanziaria;
- il *leasing*, mutuato senza eccessive difficoltà dal settore privato, in cui rappresenta una opzione di rilevante interesse. La capacità di garantire assoluta certezza nei tempi e nei costi di realizzazione e di poter modulare e frazionare il pagamento dell'opera durante la durata del contratto, a partire dall'entrata in funzione della struttura, induce una drastica riduzione dell'incertezza sulle dinamiche dei flussi finanziari aziendali e aumenta la possibilità di effettuare una programmazione effettivamente coerente del fabbisogno di risorse e dell'individuazione delle strategie e strumenti di copertura più adeguate per farvi fronte.

Le accennate difficoltà procedurali del *project finance* sono probabilmente ascrivibili alla carenza di iniziative confrontabili ed esperienze specifiche; nel medio periodo, invece, è verosimile attendersi che l'aumento del numero di operazioni di *project finance* all'interno del settore della sanità e lo sviluppo di economie di esperienza e di apprendimento favoriranno la standardizzazione dello strumento e, di conseguenza, l'abbattimento dei costi.

In relazione al tipo di opera da realizzare, la scelta della forma di finanziamento dipenderà, principalmente, dalla redditività attesa del progetto e dal grado di rischio associato alla realizzazione e gestione dello stesso. Un grado crescente di redditività attesa suggerisce l'adozione rispettivamente del mutuo, del *leasing* e del *project finance*.

Una lettura in chiave prospettica dei dati analizzati e delle interviste effettuate induce a ritenere che, nel medio periodo (3-5 anni), si assisterà a:

- 1) una crescita sostanziale di operazioni di rinegoziazione del debito, soprattutto attraverso strumenti derivati (*swap*). Attualmente, il livello dei tassi di interesse e le previsioni in merito alle sue evoluzioni, almeno a breve termine, stanno spingendo molti enti locali a rivedere debiti contratti anche da pochi anni, a tassi piuttosto elevati; questo processo molto probabilmente coinvolgerà anche le aziende sanitarie;
- 2) un notevole aumento delle operazioni di *project finance*, da parte delle aziende sanitarie, favorito, in particolare, da alcune recenti modifiche del quadro normativo di riferimento;
- 3) un sostanziale aumento nel ricorso ad operazioni di *leasing* finanziario per la realizzazione di nuove strutture o la ristrutturazione e l'ammodernamento tecnologico di strutture esistenti, grazie ad alcune modifiche normative e al recepimento dello strumento come soluzione per il finanziamento di nuovi piani di investimento sanitari da parte di alcune Regioni.

Rispetto ad altre operazioni innovative, non direttamente oggetto dell'indagine svolta, si prevede un'evoluzione contenuta di operazioni di cartolarizzazione sul patrimonio immobiliare a fronte invece di una sostanziale crescita per le operazioni di cartolarizzazione dei crediti, soprattutto quelli vantati dai fornitori nei confronti del sistema sanitario regionale. In entrambi i casi, i costi di strutturazione dell'operazione, il numero di attori coinvolti, le competenze richieste inaspriscono le difficoltà di implementazione dell'operazione da parte di una singola azienda; solo il ricorso ad operazioni in pool, tra diverse aziende, o la regia delle regioni sembrano consentire, attraverso la genera-

zione di economie di scala, il raggiungimento di soglie di convenienza economico-finanziaria.

È inoltre prevedibile un crescente ricorso ad operazioni di finanziamento integrate con il settore *non profit* o attraverso assetti istituzionali *non profit* (fondazione, associazione). La possibilità di emissione obbligazionaria «di solidarietà» (titoli obbligazionari, a tasso fisso, non convertibili), consentita al settore *non profit* (D.L.vo 460/97 e D.M. 8 giugno 1999, n. 328) apre scenari interessanti di sperimentazione, ad oggi non ancora recepiti dal settore sanitario.

Si ritiene, comunque, che il pieno sfruttamento delle opportunità legate al ricorso a strumenti finanziari richieda il soddisfacimento di alcune condizioni di fondo. Innanzitutto, le *aziende sanitarie devono dotarsi di profili professionali adeguati per valutare*

attentamente le caratteristiche dei singoli strumenti e l'economicità e sostenibilità di ciascuno di essi nel lungo periodo.

In secondo luogo, è necessaria una valutazione ponderata degli assetti di *governance*, basata sul corretto equilibrio tra le diverse parti coinvolte, sulla ripartizione dei rischi tra i diversi attori, sull'integrazione di interessi spesso contrapposti, su logiche di scambio e di collaborazione tra aziende sanitarie pubbliche ed operatori privati

Note

1. Tali ritardi sono ascrivibili essenzialmente a due fattori: il ritardo con cui sono spesso liquidate le fonti di finanziamento in conto capitale stanziato dal governo centrale o regionale, che rallentano lo stato di avanzamento dell'opera, e le criticità correlate all'applicazione delle procedure previste dalla normativa sui lavori pubblici.

B I B L I O G R A F I A

- ANDERLONI L. (1998), *Manuale del leasing*, Egea, Milano.
- BRUGGER G. (1975), *La funzione finanziaria nell'impresa*, Angeli, Milano.
- CAPPELLINI G., GATTI S. (1997), «Il settore del project finance in Italia», *Economia & Management*, 6.
- DALLOCCIO M. (2004), *Finanza d'azienda*, Egea, Milano.
- DRAETTA U., VACCÀ C. (a cura di) (1997), *Il project financing: caratteristiche e modelli contrattuali*, Milano, EGEA.
- GATTI S., GERMANI A. (2002), «Le applicazioni del project finance nel settore sanitario: stato dell'arte e prospettive di utilizzo in Italia», *Economia & Management*.
- GIANNESI E. (1982), *L'equazione del fabbisogno di finanziamento nelle aziende di produzione e le possibili vie di soluzione*, Giuffrè, Milano.
- LOMBRANO A., LONGO F. (a cura di) (1999), *La gestione patrimoniale dei comuni*, Milano, Egea.
- MALANCA M. (2004), «Il finanziamento degli investimenti in sanità: il caso dell'Ao di Parma», *Mecosan*, 49.
- MENEGUZZO M. (1999a), «Dal Piano straordinario poliennale alla finanza di progetto. Modalità innovative di finanziamento degli investimenti delle Asl negli anni '90», *Mecosan*, 29.
- VACCA A., SOLUSTRI C. (2003), *Il project financing per le opere pubbliche*, Simone editore, Napoli.

Uno studio su influenza e vaccinazione antinfluenzale nel 1999-2000 in Italia

GUIDO CITONI

Influenza is an yearly epidemic disease, widespread and very costly for communities, both in terms of lives lost and of direct and indirect costs due to losses of days of work. Influenza vaccination is the prevailing strategy to reduce the impact of the disease: the study of its effectiveness at the national level may reserve, nonetheless, undesirable surprises. These are the findings of our analysis for Italy, based on the Survey on Health Conditions conducted by the Central Statistical Office (Istat) in the season 1999-2000: we fail in showing, for immunised people, both a decrease in the risk of contracting flu and in the utilisation of health care services when ill.

Note sull'autore

Guido Citoni è Professore Associato presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia - Università «La Sapienza» - Roma

Ringraziamenti

Si ringrazia la Regione Emilia-Romagna, che ha finanziato il progetto di ricerca: «Le informazioni su efficacia e costo-efficacia degli interventi nella definizione dei livelli essenziali di assistenza», nell'ambito del quale, all'interno della Sezione di Igiene del Dipartimento di medicina sperimentale e patologia, è stato elaborato questo lavoro. Ringrazio inoltre un anonimo referee per utili commenti

1. Introduzione

Numerosi studi documentano ormai con chiarezza che le epidemie influenzali sono estremamente costose per le collettività nazionali. La prima fonte di preoccupazione sono, ovviamente, le numerose vite perse tra i gruppi di popolazione a rischio, ma diventano potenzialmente molto importanti, in periodi di stringenti vincoli di bilancio, gli aggravati di costi, sia per quanto riguarda le ospedalizzazioni e gli altri servizi sanitari, sia, indirettamente, per le ricadute produttive dei giorni lavorativi persi.

In questa luce, la vaccinazione antinfluenzale, già gratuita, in Italia per i gruppi a rischio e per gli anziani, viene suggerita come strategia globale per difendere la popolazione dal rischio influenzale. È pertanto importante andare ad analizzare la sua efficacia pratica a livello di collettività, come conferma e supporto dell'efficacia clinica, ben documentata mediante *trial* diagnostici e studi di piccoli campioni.

A tale scopo è disponibile l'importante campione dell'Indagine multiscopo sulle condizioni di salute della collettività, condotta dall'Istat nel 1999-2000, che formula domande sia sull'effettuazione della vaccinazione, sia sull'aver contratto influenza, accanto a tutte le variabili necessarie per la stima del consumo di servizi sanitari, ed anche per la valutazione dello stato di salute fisico ed emotivo.

Naturalmente non si vuole sopravvalutare l'importanza della suddetta base informativa: infatti una ovvia critica di fondo al lavoro potrebbe essere la non idoneità dell'indagine stessa a discriminare gli individui che abbiano contratto una vera influenza da coloro che

SOMMARIO

1. Introduzione
2. L'epidemia influenzale del 1999-2000
3. Stima del costo sociale dell'influenza
4. Un tentativo di valutazione economica della vaccinazione antinfluenzale
5. Conclusioni

invece hanno contratto altri malanni di stagione, simili negli effetti all'influenza stessa. D'altra parte, sono necessarie ipotesi forti per inficiare la validità, almeno parziale, dei dati a disposizione: in primo luogo dovremmo ipotizzare generalizzata la prassi dell'autodiagnosi, senza che il medico curante abbia l'opportunità di confermare la presenza o meno dell'influenza (naturalmente non mediante analisi di laboratorio ma in base al quadro clinico), in secondo luogo dovremmo ipotizzare che la presenza di malattie simili all'influenza sia molto eterogenea tra gruppi di popolazione differenti, ed in particolare tra i gruppi dei vaccinati e dei non vaccinati¹, in terzo luogo dovremmo escludere la presenza simultanea di più ceppi influenzali sul territorio in un dato periodo di tempo, di cui solo uno è quello soggetto a vaccinazione e infine dovremmo ipotizzare assenza di errori nelle modalità di somministrazione e nella tempistica della stessa vaccinazione.

Con la cautela del caso, pertanto, un'analisi sia dell'epidemiologia influenzale, sia dei suoi costi, sia, infine, dei vantaggi connessi alla vaccinazione, ha costituito l'obiettivo di questo lavoro, riservando qualche sorpresa proprio per quanto riguarda l'efficacia pratica della vaccinazione.

Le metodologie impiegate sono state sia descrittive che analitiche, ma i risultati sono stati in genere concordanti e tali da suggerire qualche cautela nella difesa a spada tratta non tanto del mantenimento della copertura vaccinale per i gruppi a rischio e per gli anziani quanto per la sua potenziale estensione anche a soggetti in età adulta o giovanile.

La parte finale del lavoro suggerisce che, essendo il 1999-2000 associato a fenomeni pandemici e peculiari, potrebbe essere utile una ripetizione delle domande nella prossima indagine multiscopo del 2004-2005 per valutare se i risultati fossero almeno parzialmente diversi riguardo alla efficacia pratica della vaccinazione.

2. L'epidemia influenzale del 1999-2000

Una analisi epidemiologica ci mostra che²:

1. Il numero di coloro che sono vaccinati è di circa 7.831.917, ovvero il 13,7% della popolazione. La percentuale di vaccinati sa-

le con l'età a partire dalla gioventù (oltre 14 anni), è influenzata in modo irregolare dal sesso, è maggiore nel nord-est e minore nelle isole e risente fortemente da fattori di rischio di cui il principale è la concomitante presenza di malattie respiratorie croniche (nella classe degli oltre 65 anni i malati cronici che sono vaccinati ammontano a circa il 59%).

2. Il numero di coloro che invece hanno contratto influenza nella stagione 1999-2000, è pari, nel campione, a 2.355.352, pari al 4,1% della popolazione; se si tiene presente che il dato appena riportato si riferisce alla popolazione campionaria, riportata all'universo, che aveva contratto l'infezione nelle ultime 4 settimane precedenti l'intervista e si ipotizza che il periodo di durata dell'epidemia influenzale sia approssimativamente di 16 settimane³, otteniamo una incidenza annuale del fenomeno influenzale pari a $4 * 4,1\% = 16,4\%$ ⁴. Tale stima è in linea con quanto calcolato ad esempio da Pregliasco *et al.* (1999) o, per anni più recenti con la sorveglianza attuata dal Ministero della salute.

3. La frequenza dell'influenza per classe di età è riportata nella **tabella 1**: essa è sostanzialmente stabile, ad eccezione della prima classe, fino a 14 anni, che supera di oltre una volta e mezza quella delle altre classi di età. Ciò è probabilmente dovuto proprio alla carenza di vaccinazione nelle più giovani classi di età, e viceversa alla diffusa presenza di vaccinazione nelle ultime. Preoccupa soprattutto l'elevata percentuale di bambine con influenza e concomitante presenza di malattie respiratorie croniche (96,4%); queste ultime sono sempre associate ad una maggiore frequenza dell'evento influenza, per qualsiasi classe di età, e in modo irregolare rispetto al sesso.

4. La frequenza dell'influenza non è omogenea sul territorio nazionale: in testa è il nord-est, con incidenza pari al 18,12%, seguito dal centro (17,84%), dal nord-ovest (17,32%), dalle isole (16,36%) e dal sud (13,24%). Ancora più evidente è la differenziazione su base regionale, anch'essa riportata nella tabella 1: si va da un minimo di 10,2% della Campania, ad un massimo nella provincia di Trento 23,12%.

5. Esistono dei vaccinati che contraggono comunque l'influenza: tale percentuale è del

17,64% dei vaccinati, e del 14,7% degli influenzati.

3. Stima del costo sociale dell'influenza

L'obiettivo di questa parte del lavoro è pervenire alla stima dei costi diretti e indiretti dell'epidemia influenzale del 1999-2000, presa come rappresentativa di epidemie moderate-forti, e con la specificità di essere abbastanza «precoce», cioè con incidenza già rilevante nelle ultime settimane dell'anno 1999.

A tale scopo sono state necessarie numerose assunzioni.

Costi indiretti: la metodologia di stima, per quanto riguarda i costi indiretti, è consistita in una valorizzazione, col metodo del capitale umano, dei giorni di lavoro persi per malattia: una migliore definizione delle giornate perse da coloro che non avevano altre malattie acute oltre all'influenza, nelle ultime 4 settimane, ha portato a stimarle in numero pari a 5.478.976. Si sono utilizzati per la loro valorizzazione, i redditi da lavoro *netti* stimati dalla Banca d'Italia per l'anno 2000, distinti a seconda delle varie categorie professionali di appartenenza del lavoratore, e considerando una annualità composta di 220 giornate lavorative; si è ottenuto un valore per ammalato⁵ delle giornate perse di € 79,87, che sommato all'universo, fornisce una stima di 342.077.900 €, corrispondente ad oltre 650 miliardi delle vecchie lire. Ricordiamo, inoltre, che tale valore è la perdita netta per i cittadini, e che *lordizzando* tale importo, per tenere conto di quanto versato come imposte e contributi, cioè parlando in termini di *costo del lavoro*, l'ammontare quasi raddoppia. Un analogo lavoro, con ulteriori correzioni⁶, per tenere conto del fatto che l'influenza non era la sola malattia sperimentata nelle ultime 4 settimane, si è fatto per coloro con influenza ed altre malattie (ad esempio si sono distinti i traumatizzati, che hanno ricevuto un coefficiente di abbattimento maggiore): la stima per questo gruppo, risulta di 1.471.964 giornate lavorative perse, e la corrispondente valorizzazione è pari a 66,78 € per ammalato, per un valore totale aggregato *netto* di 93.568.840 €. Si è infine calcolato, in via conservativa, ed in attesa di migliore specificazione, un valore

	Percentuale
<i>Per classe di età</i>	
Meno di 14 anni	25,6
Da 14 a meno di 21 anni	13,8
Da 21 a meno di 31 anni	14,9
Da 31 a meno di 55 anni	14,6
Da 55 a meno di 65 anni	16,2
65 anni e più	15,8
<i>Per regione</i>	
Piemonte	15,2
Valle d'Aosta	19,6
Lombardia	19,2
Bolzano	18,6
Trento	23,1
Veneto	16,4
Friuli-Venezia Giulia	19,6
Liguria	11,8
Emilia-Romagna	19,0
Toscana	18,2
Umbria	21,8
Marche	16,9
Lazio	17,2
Abruzzo	16,9
Molise	20,9
Campania	10,2
Puglia	13,4
Basilicata	12,4
Calabria	18,2
Sicilia	15,6
Sardegna	18,6

netto imputato della giornata non lavorativa persa a letto sia per i lavoratori che non, pari a 10 €: poiché le giornate a letto, al netto di quelle lavorative, sono state, per i due gruppi, rispettivamente di 7.803.060 e di 2.612.824, cioè in totale 10.415.884, la rispettiva valorizzazione porta a 104.158.840 € persi.

In totale, dunque, la perdita di giornate lavorative è stata pari a 6.950.940, e quella di redditi netti più redditi imputati è stimabile in 539.805.580 €, corrispondente ad oltre 1000 miliardi delle vecchie lire.

Costi diretti: la metodologia di calcolo è stata molto differenziata a seconda del tipo di spesa.

– Visite mediche generiche e specialistiche: nel campione degli influenzati il numero

Tabella 1
Percentuale di influenzati per classe di età e per regione

massimo di visite pro-capite effettuato nelle ultime 4 settimane è pari a 2. Per quanto riguarda le visite private si è pertanto distinta l'ultima visita, per la quale si disponeva della risposta relativa alla spesa effettiva effettuata, distinta a seconda del tipo di visita (generica, cardiologica, otorino, ecc.)⁷, dalla prima visita, per la quale si poteva ricavare il tipo di visita effettuata, ma non la spesa effettiva: quest'ultima è stata stimata calcolando la media tra individui delle spese effettuate per le ultime visite, distinte a seconda della tipologia di visita. Per le visite pubbliche e accreditate, la cui spesa media era molto spesso insignificante, si è invece preferito non distinguere tra prime ed ultime visite, e di utilizzare sempre la tariffa standard per visita specialistica di € 20,66 e di € 10,33 per quelle generiche⁸. I risultati differenziati tra i due gruppi dei soli influenzati e di coloro che, oltre all'influenza, hanno avuto qualche altra patologia acuta⁹, sono i seguenti:

- 1) solo influenzati: spesa media per visita 11,95 €¹⁰, per un totale di 82.938.712 €;
- 2) influenzati ed altro: spesa media per visita 17,76 €, per un totale di 43.962.272 €.

La spesa totale per i due gruppi risulta quindi pari a 126.900.984 €.

– Spese per guardia medica, accessi al pronto soccorso non seguiti da ricovero: ipotizzando una tariffa per accesso simile a quella utilizzata per le visite specialistiche pubbliche, cioè di 20,66 €, si sono stimati, per i due gruppi visti sopra, gli importi di spesa per accesso/visita, rispettivamente di 32,44 € e di 27,59 € per il primo, e di 29,49 € e 26,91 € per il secondo. Passando ai valori aggregati, otteniamo: 8.718.180 €; 7.621.556 € per il primo gruppo e di 4.326.772 €; 6.607.620 € per il secondo¹¹. La spesa totale per questa voce è quindi di 27.274.128 €.

– Spese per assistenza domiciliare: utilizzando la consueta tariffa per visita di 20,66 €, otteniamo: per il gruppo dei soli influenzati una spesa media per prestazione di 173,87 €, ed una totale di 8.545.940 €, per gli influenzati a patologia multipla, invece, 173,99 €¹² e una spesa totale di 6.734.108 €. Il totale per i due gruppi ammonta dunque a: 15.280.048 €.

– La spesa per ospedalità – a differenza di altri studi che tentano di imputare, in base ai consumi rilevati da medici curanti in un campione di influenzati (Lucioni *et al.*, 2001), l'importo per i Drg specifici di ricovero – in assenza di informazioni sulle diagnosi di ricovero nel campione Istat, si rifà al più tradizionale indicatore del costo medio per giornata di degenza: moltiplicato per la degenza individuale degli influenzati negli ultimi 3 mesi ci fornisce l'importo cercato¹³. L'importo, ricavato da dati dell'Assr¹⁴, è di 510 €, ed i risultati sono¹⁵:

- 1) gruppo dei soli influenzati: 4377,2 € per individuo, e importo totale 166.136.221 €;
- 2) gruppo degli influenzati a patologia multipla: 4247,5 € per individuo, importo totale 123.791.081 €.

La spesa totale ospedaliera attribuibile a casi di influenza è quindi di: 289.927.302 €.

– La penultima voce da attribuire è quella per accertamenti diagnostici. La metodologia, in questo caso è stata semplificata rispetto all'imputazione delle visite, pur utilizzando ancora le risposte sul costo effettivo sostenuto dagli utenti per l'ultimo accertamento effettuato: essendovi spesso importi trascurabili e non corrispondenti al costo effettivo dell'esame per quanto riguarda gli accertamenti pubblici, ed essendo inoltre impossibile risalire dall'ultimo accertamento effettuato alla natura pubblica/accreditata o privata dei precedenti¹⁶, si è preferito calcolare, sulla base dell'ultimo accertamento effettuato, il costo medio per accertamento, indifferente pubblico/accreditato o privato, distinto solo per tipi di accertamento (sangue, urine, tac, ecc.). Tali importi medi sono stati moltiplicati per il numero di accertamenti di ogni tipologia effettuati dagli utenti, pervenendo ai seguenti risultati:

- 1) soli influenzati: 5,32 € per accertamento pro capite¹⁷, 36.942.248 € in totale;
- 2) patologia multipla¹⁸: 9,96 € pro capite, 24.681.484 € in totale.

I risultati totali sono quindi di una spesa per accertamenti pari a 61.623.732 €.

– Per i farmaci, purtroppo, non è stato possibile effettuare alcuna attribuzione, perché l'indagine indaga solo se si sono utilizzati, ma non il tipo e la quantità. Si è dunque deci-

so, in via preliminare, di adottare stime esterne: il già citato studio di Lucioni *et al.* (2001) fornisce un costo medio per paziente pari a 9,65 €, che esteso ai nostri influenzati stimati, pari come si è detto, a circa 9.421.408, porta ad una valorizzazione di 90.916.587 €.

Tirando le somme, la stima dei costi diretti ed indiretti dell'influenza in Italia è pari a 611.922.781 + 539.805.580 = 1.151.728.361 €, pari a circa 2230 miliardi delle vecchie lire. Per visualizzare meglio, ciò comporta che ogni influenzato fa spendere al servizio sanitario l'equivalente di 64,95 €, mentre genera mancata produzione¹⁹, al netto di imposte e contributi, per 57,30 €.

4. Un tentativo di valutazione economica della vaccinazione antinfluenzale

La letteratura sull'efficacia economica della vaccinazione antinfluenzale è ormai ricca, anche se i dati originali campionari su cui sono basati gli studi sono molto meno numerosi.

Un classico sono i vari studi effettuati sul campione dell'*Office of Technology Assessment* statunitense (OTA, 1982): si mostrava, utilizzando dati su 150 milioni di dosi vaccinali somministrate nel periodo 1971-1977, che la vaccinazione era addirittura a costo efficacia 0 o negativo per il gruppo di anziani, a costo efficacia crescente al diminuire dell'età, ma tale da non evidenziare mai un costo superiore a 258 \$ per anno di vita salvato, se non si teneva conto delle maggiori spese sanitarie future per coloro che la stessa vaccinazione aveva «salvati»²⁰. Un analogo studio condotto per il Canada (cfr. Helliwell, Drummond, 1988) quantificava i costi della vaccinazione in Ontario in circa \$ CAN 7,54 a persona, mentre i rispettivi benefici monetari risultavano essere superiori e pari a \$ CAN 11,4 a persona. Una rassegna, condotta da Jefferson e altri (1996), mostrava, basandosi su 6 studi, che il costo per anno di vita in buona salute guadagnato grazie alla vaccinazione, era per la popolazione generale pari in media a

136 \$²¹. Qualche perplessità sull'efficacia della vaccinazione, anche da un punto di vista economico, comincia però a sorgere presso qualificate strutture di ricerca: se infatti, ancora nel 1996 una rassegna sull'efficacia della vaccinazione condotta dal NHS *Centre for Reviews and Dissemination* dell'Università di York, raccomandava la vaccinazione per tutti gli *over 65* e non solo per gli alti rischi, un recente studio (Allsup *et al.*, 2003), condotto nell'ambito dell'*Health Technology Assessment* (HTA) *Programme* del NHS, perviene a conclusioni antitetiche, suggerendo che la vaccinazione degli *over 65* sani non risulta associata a minori costi per il NHS inglese²².

4.1 Il concetto teorico

Essendo la vaccinazione antinfluenzale di carattere facoltativo, è plausibile ipotizzare che l'individuo vi ricorra in base ad un calcolo strettamente individualistico: se i benefici della stessa sono superiori ai costi l'individuo si assicurerà, altrimenti varrà il contrario.

Possiamo scrivere la condizione analitica che rende conveniente la vaccinazione:

$$C_v^s \leq \Delta VQALY's_v + \Delta CIN_v$$

cioè i soggettivi²³ costi diretti (costo dose vaccinale e somministrazione) ed indiretti (tempo perso ed eventuali effetti collaterali) della vaccinazione C_v^s , devono essere minori o al più uguali ai benefici, composti da due componenti: la prima, denominata $\Delta VQALY's_v$, rappresenta i benefici derivanti dal valore dei QALY's aggiuntivi²⁴, cioè dalla monetizzazione del guadagno in quantità e qualità della vita derivante dall'aver effettuato la vaccinazione, al netto di possibili effetti collaterali della stessa, la seconda, ΔCIN_v , invece, rappresenta le minori spese per servizi sanitari effettuate dall'individuo perché la vaccinazione ha eliminato o ridotto gli effetti dell'influenza.

Scendendo più in dettaglio sulla componente $\Delta VQALY's_v$ ²⁵ essa può essere scritta come:

$$\left\{ \left[\pi_{VNI}^s \cdot h_S \cdot 1 + \pi_{VIN}^s \cdot \pi_{VNM}^s \cdot h_{VIN}^s \cdot GM + \pi_{VIN}^s \cdot \pi_{VNM}^s \cdot h_S \cdot (1 - GM) + \pi_{VIN}^s \cdot \pi_{VM}^s \cdot h_M \cdot 1 \right] - \left[\pi_{NI}^s \cdot h_S \cdot 1 + \pi_{IN}^s \cdot \pi_{NM}^s \cdot h_{IN}^s \cdot GM + \pi_{IN}^s \cdot \pi_{NM}^s \cdot h_S \cdot (1 - GM) + \pi_{IN}^s \cdot \pi_M^s \cdot h_M \cdot 1 \right] \right\} \cdot VA^s$$

in cui VA^s è il valore soggettivo dell'anno di vita in buona salute, che può essere ottenuto, ad esempio con una stima del potenziale lavorativo (capitale umano) o della disponibilità a pagare, le π esprimono probabilità, anche questa volta soggettive, il cui argomento è nel pedice: VNI rappresenta l'essere vaccinato non influenzato, VIN l'essere vaccinato influenzato, VNM l'essere vaccinato e influenzato ma senza esiti mortali, VM l'essere vaccinato e influenzato e morire e corrispondentemente NI, IN, NM, M, sono le analoghe condizioni per i non vaccinati, le h esprimono indici di stato di salute, che per ipotesi si assumono non soggettivi²⁶: il pedice S indica lo stato di perfetta salute, convenzionalmente pari ad 1, l'M indica lo stato di morte, convenzionalmente pari a 0, e VIN, IN, rappresentano lo stato di malattia temporaneo degli influenzati, vaccinati o no; nella formula, infine, 1 rappresenta l'orizzonte convenzionale per una malattia che si ripresenta ogni anno, e cioè 1 anno di vita aggiuntivo, mentre GM rappresenta i giorni di malattia con influenza, espressi in 365esimi di anno.

In pratica, fatte le opportune sostituzioni e semplificazioni²⁷, avremo la seguente espressione:

$$\Delta\pi_{NI}^s + \Delta h_{INM} + \Delta\pi_{INM}^s$$

in cui:

$\Delta\pi_{NI}^s = \pi_{VIN}^s - \pi_{NI}^s$ è l'aumento di QALY's dovuti alla diminuzione della probabilità di contrarre l'influenza se vaccinati

$\Delta h_{INM} = [\pi_{VIN}^s \cdot \pi_{VNM}^s \cdot (h_{VIN}^s - 1) - \pi_{IN}^s \cdot \pi_{NM}^s \cdot (h_{IN}^s - 1)] \cdot GM$ è l'aumento di QALY's dovuto alla attenuazione dell'influenza se vaccinati, ponderato con le rispettive probabilità

$\Delta\pi_{INM}^s = \pi_{VIN}^s \cdot \pi_{VNM}^s - \pi_{IN}^s \cdot \pi_{NM}^s$ è l'aumento di QALY's dovuto alla diminuzione della probabilità di morte se vaccinati, ponderato con la probabilità di contrarre influenza.

Per fare un esempio, se la diminuzione della probabilità di influenza, partendo da un'incidenza del 20%, diminuisce di un quarto con la vaccinazione, portandosi al 15%, il primo termine varrà 0,05; se inoltre la probabilità di non avere esiti mortali dell'influenza, passa con la vaccinazione, dal

98% al 99% e se l'indice di qualità della vita, per i giorni in cui si è malati, è pari a 0,9, cioè al 90% della perfetta salute, il secondo termine varrà 0,00006; infine, il terzo termine, con le probabilità suddette, varrà - 0,0475²⁸. L'effetto totale sui QALY's sarà dunque 0,00256; se noi volessimo monetizzare tale guadagno di qualità della vita, dovremmo ad esempio ipotizzare, sulla base della teoria del capitale umano, che un anno di vita in buona salute possa valere 20000 €, il che ci dà un guadagno individuale per la vaccinazione di 51,2 € appena superiore al prevedibile costo, e senza tenere conto dei possibili risparmi di spesa sanitaria connessi alla vaccinazione: l'individuo quindi si vaccinerà. Naturalmente, qualora la perdita di qualità della vita non si risolva né in diminuzioni della produttività né in perdita di capacità di consumo, l'ipotizzato valore della stessa può essere inferiore.

Il problema è, a questo punto, quello di andare a stimare, con dati campionari, in media, quali sono le singole componenti della convenienza a vaccinarsi: qui purtroppo le cose si complicano.

4.2 La probabilità di contrarre influenza se vaccinati

La nota dolente di questo studio è che non siamo riusciti, a differenza di molti studi precedenti, ad evidenziare netti guadagni – in termini di minore probabilità di contrarre l'influenza – ottenibili grazie alla vaccinazione.

In primo luogo, non sembra esservi una diminuzione dell'incidenza dell'influenza, grazie alla vaccinazione: gli *odds ratio*²⁹, cioè il rapporto tra influenzati e non influenzati nel gruppo dei vaccinati sono sempre più alti che in quello dei non vaccinati, per gran parte dei sottocampioni disponibili. Tali valori sono riportati nella **tabella 2**.

Si potrà argomentare che gli odds così calcolati risentono di molti fattori confondenti, da depurare per conoscere l'effetto della sola vaccinazione antinfluenzale: purtroppo anche una serie di regressioni logistiche³⁰ non sembrano indicare, se non in specifici casi, effetti significativi di riduzione dell'incidenza. Regredendo, infatti, la variabile dicotomica «influenza nelle quattro settimane precedenti» su una serie di variabili³¹ si sono ot-

tenuti risultati scoraggianti, riassunti nella prima parte della **tabella 3**.

Come si vede solo in un caso, quello del campione di tutti gli intervistati nei mesi invernali, si è ottenuta una sostanziale costanza della probabilità di contrarre influenza grazie alla vaccinazione, ma con nessuna significatività statistica; questi dati derivano dalla differente capacità dei singoli campioni di discriminare tra casi di influenza effettiva e casi di influenza solo presunta: la minore probabilità che hanno gli influenzati vaccinati in-

tervistati in inverno di contrarre influenza rispetto a quelli intervistati in estate è infatti dovuta al fatto che la vaccinazione può essere efficace solo nei casi di influenza vera, a ridosso del periodo epidemico invernale e non sui casi di influenza ritardata o simili³².

Per farci una ragione di questi risultati abbiamo inoltre condotto la stessa regressione logistica sulla sola popolazione «non a rischio», intesa come il gruppo di individui che non avendo patologie croniche³³, po-

Sottocampione di popolazione	Odds ratio vaccinati	Odds ratio non vaccinati
Tutta la popolazione	0,214382	0,194637
Solo anziani (ultra 65)	0,213876	0,166847
Solo intervistati a dicembre e marzo	0,394009	0,365977
Solo anziani intervistati a dicembre e marzo	0,407422	0,350688
Solo anziani a rischio per malattie concomitanti (*) intervistati a dicembre e marzo	0,523816	0,366193

Tabella 2

Odds ratio del contrarre influenza in vari campioni di popolazione, distinto tra individui vaccinati e non vaccinati
(*) Si veda la nota 32

Tutti gli individui		
Campione utilizzato	Variatione dell'odds ratio se vaccinati (1)	Significatività (2)
Campione generale	1,063	< 1%
Campione con tutti gli over 65	1,104	< 1%
Campione con over 65 intervistati in inverno (3)	1,084	< 1%
Campione con tutti gli intervistati in inverno	1,000	> 86%
Campione con anziani a rischio intervistati in inverno	1,383	< 1%
Solo individui non a rischio		
Campione utilizzato	Variatione dell'odds ratio se vaccinati	Significatività
Campione generale	1,020	< 1%
Campione con tutti gli over 65	1,017	= 1%
Campione con over 65 intervistati in inverno	0,976	< 1%
Campione con tutti gli intervistati in inverno	0,948	< 1%

Tabella 3

Probabilità di contrarre influenza

(1) Il dato si legge come un aumento della probabilità di contrarre influenza se superiore all'unità od una diminuzione se inferiore all'unità.

(2) Assumendo la soglia del 5%, un valore superiore alla soglia indica la scarsa attendibilità del risultato. L'adattamento globale delle regressioni è comunque sempre risultato non molto elevato, dato non sorprendente con dati sezionali, ma anche tale da lasciar supporre una casualità del fenomeno influenza od anche una non perfetta identificazione dei fattori di rischio.

(3) Quarto trimestre del 1999 e primo trimestre del 2000.

trebbe, teoricamente fare a meno della vaccinazione: paradossalmente proprio su questo gruppo la vaccinazione risulta essere efficace. Infatti dalla tabella 3 in cui sono presentati nella seconda parte i risultati per i soli individui non a rischio³⁴, si evidenzia che per i campioni intervistati in inverno³⁵, sia di tutte le età che di soli *over 65*, la vaccinazione si dimostra efficace; ciò significa che, per gli individui a rischio non è efficace, proprio il contrario di quello che avremmo desiderato: una possibile chiave interpretativa del fenomeno è che, pur essendo analoga tra gli individui a rischio e quelli non a rischio la proporzione di individui che, in base alla propria esperienza passata ritengono di essere «soggetti» all'influenza³⁶, tra gli individui a rischio è maggiore la paura e quindi, proprio per questo, la percentuale di coloro che tendono a vaccinarsi.

L'unica strada aperta è dunque quella di ricorrere alla letteratura esterna per inferire un valore attendibile della diminuzione della probabilità di contrarre influenza. Si ricorda, a tale scopo, che una recente metanalisi (Vilari, Manzoli, Boccia, 2004) ha mostrato una efficienza clinica media del 22%, ma che tale risultato dipende dalla qualità degli studi, diminuendo al crescere della qualità dello studio e dall'età, risultando meno elevata nei soggetti più anziani³⁷. Decideremo, pertanto di adottare come stima quella del 20% di casi evitati.

4.3 La variazione della qualità della vita con l'influenza

L'indagine Istat fornisce indici dello stato fisico ed emozionale calcolati mediante la metodologia dello SF-12³⁸, che tiene conto, per quanto riguarda lo stato fisico, dell'andamento generale della salute, del dolore, delle limitazioni del proprio ruolo e della capacità di effettuare attività fisica, mentre, per quanto riguarda lo stato emotivo, considera le dimensioni: vitalità, le attività sociali, l'influenza dello stato emotivo sulla performance lavorativa e sulla concentrazione e infine la calma o serenità e lo scoraggiamento o tristezza. Per potere calcolare i QALY's, come si è detto, è necessario che la scala sulla quale viene espressa la qualità della vita, sia di tipo intervallo (ogni distanza uguale tra due valori corrisponde alla stessa differenza tra

qualità della vita) ed espressa nello spazio 0-1: si è resa necessaria, pertanto, una riponderazione, effettuata su dati del campione generale, per ricondurre i punteggi calcolati dall'Istat alla scala 0-1³⁹. In tal modo, considerando l'orizzonte temporale dello stato di malattia pari a 5 giorni in media, il miglioramento del valore dell'indice in seguito alla vaccinazione moltiplicato per 5/365 esprimerà direttamente il valore dei QALY's guadagnati.

Anche in questo caso, però il miglioramento dell'indice in seguito alla vaccinazione è tutt'altro che scontato: per tenere conto dei possibili effetti confondenti sullo stesso, si è deciso di calcolare regressioni in cui la variabile dipendente è appunto l'indice dello stato di salute e le variabili esplicative sono – ad eccezione del numero di altri familiari che hanno contratto l'influenza – quelle già considerate per la stima logistica della probabilità di contrarre l'influenza oltre a variabili che esprimono l'aver contratto malattie acute recentemente o avere malattie croniche in corso⁴⁰.

Le regressioni, condotte separatamente per l'indice di stato fisico, per l'indice di stato emotivo e per una combinazione lineare dei due con pesi paritari hanno mostrato che:

- l'indice di stato fisico risente *negativamente* dall'aver fatto una vaccinazione, a riprova che i vaccinati sono evidentemente mediamente più malandati e che quindi non si è riusciti a depurare sufficientemente dallo stato di rischio;

- l'indice di stato emotivo risente invece *positivamente* dall'aver effettuato la vaccinazione, perché questa, evidentemente, conferisce una maggiore tranquillità;

- l'indice aggregato, come saldo dei due risulta lievemente negativo.

Per capire meglio, però, se la vaccinazione riesce comunque a migliorare lo stato di salute, si è ritenuto di dover segmentare il campione in due gruppi, gli influenzati e i non influenzati: l'ipotesi posta è che, se nel passaggio da non influenzato ad influenzato, l'effetto della vaccinazione sull'indice se negativo si attenua e se positivo si accresce, ciò è evidenza di un'attenuazione dello stato di malessere generato dall'influenza ottenuto grazie alla vaccinazione stessa; inoltre, laddove

l'effetto della vaccinazione sia positivo mentalmente per i non influenzati, c'è eventualmente da considerare anche tale effetto che può durare addirittura un anno.

Andando ad analizzare dapprima il campione contenente i soli anziani, abbiamo che l'effetto negativo della vaccinazione sullo stato fisico passa da $-0,0085$ a $-0,0069$, corrispondente ad un guadagno in QALY's dato dalla differenza tra i due e pari a $0,0016 * 5/365$, che, nell'ipotesi di valorizzazione in base al capitale umano⁴¹, moltiplicato per un reddito medio di 20000 € ⁴² dà un guadagno di circa $0,43 \text{ €}$. Similmente si può procedere per lo stato emotivo, che passa da $0,0064$ a $0,0126$ con un guadagno di $0,0062 * 5/365$, pari ad $1,69 \text{ €}$. Se infine ritenessimo di dover tenere conto dello stato di tranquillità emotiva che conferisce la vaccinazione ai non influenzati per tutto il corso dell'anno, avremo questa volta un valore consistente, pari a $0,0064 * 20000 = 128 \text{ €}$ ⁴³. Risultati leggermente attenuati si ottengono tenendo conto dell'indice aggregato di salute fisica e mentale, per le prime due componenti, con somma pari a $1,04 \text{ €}$, mentre la componente relativa alla salute globale dei non influenzati, essendo negativa, non consente di inferire altro che una compensazione tra benefici emotivi e fisici.

Una simile analisi, ripetuta sul campione di tutti gli intervistati nel periodo invernale (quarto trimestre 1999 e primo del 2000), porta alle seguenti conclusioni: nel passaggio dallo stato di non influenzati a quello di influenzati, l'effetto della vaccinazione è tale che l'indice dello stato fisico rimane sostanzialmente stazionario⁴⁴, e la sua valorizzazione è quindi trascurabile, mentre l'indice dello stato emotivo mostra addirittura un peggioramento (valorizzazione $-1,38 \text{ €}$), a riprova che il miglioramento dello stato emotivo se vaccinati riguarda prevalentemente i soggetti anziani⁴⁵.

La conclusione è che anche in questo caso l'evidenza empirica non consente di spezzare una lancia a favore della vaccinazione: i guadagni di qualità della vita per gli anziani, pur se presenti, sono di valore insignificante, mentre per gli altri gruppi di età i guadagni scompaiono del tutto, dando luogo a peggioramenti della qualità di vita.

4.4 La diminuzione della probabilità di morte se vaccinati

L'indagine campionaria non ci consente di affrontare questo problema. I risultati riportati in letteratura sono estremamente variabili, in quanto l'efficacia della vaccinazione varia a seconda dell'intensità dell'epidemia influenzale, della copertura vaccinale e della corretta individuazione dei ceppi influenzali: vengono riportate stime che variano da meno dell' $1/10000$ a circa lo $0,7\%$.

Si considerino poi i nostri dati epidemiologici, che vedono l'incidenza del fenomeno influenzale, nella popolazione vaccinata e non, pari al $16,4\%$, la percentuale di vaccinati pari al $13,7\%$ e ipotizzando una efficacia del vaccino pari al 20% , otteniamo una incidenza dell'influenza tra i non vaccinati pari al $16,86\%$ e pari al $13,48\%$ tra i vaccinati. Se, come ipotizzano stime generose, la mortalità per influenza è pari allo $0,4\%$, e anche ipotizzando un valore alto per la riduzione della mortalità grazie alla vaccinazione, pari allo $0,5\%$, l'applicazione della formula ci dà:

$$0,1348 * 0,996 - 0,1686 * 0,991 = -0,0328$$

Sottraendo tale valore dal primo termine calcolato come differenza tra le probabilità di non contrarre influenza se vaccinati (complemento ad uno di $0,1348$) e di non contrarla se non vaccinati (pari al complemento ad uno di $0,1686$), e pari a $0,0338$, otteniamo il valore di $0,001$; moltiplicando tale valore per 20000 € , otteniamo un valore di 20 € .

Sommando infine questo valore al guadagno di circa 1 € ottenibile dal secondo termine relativo alla qualità della vita, otteniamo un vantaggio netto della vaccinazione antinfluenzale di soli 21 € , appena sufficiente per giustificarla grazie ai soli suoi effetti sullo stato di salute individuale. Ne concludiamo che, in un sistema sanitario in cui l'individuo ha costi 0 al momento del consumo, e quindi non paga eventuali costi aggiuntivi se contrae l'influenza, la vaccinazione antinfluenzale non obbligatoria a pagamento è un'alternativa al limite della convenienza individuale: infatti la prospettiva di guadagnare 21 € dalla stessa, se confrontata con una stima dei probabili costi⁴⁶ presso il medico di base di circa $10,39 \text{ €}$ la rende conveniente, ma se si ipotizza una somministrazione a pagamento

da parte di un medico od infermiere già la convenienza viene meno.

4.5 La diminuzione dei consumi se vaccinati ed influenzati rispetto ai non vaccinati influenzati

Infine, come sintetizzato dalla componente ΔCIN_V , potrebbe essere argomentato che, pur non diminuendo l'incidenza dell'influenza, la vaccinazione ne riduce le complicazioni, portando a minori costi di cura; anche tale affermazione, però, allo stadio attuale dell'analisi, non sembra essere suffragata completamente dalla realtà campionaria.

Utilizzando il modello impiegato per la stima dei costi dell'influenza e ipotizzando che le tariffe dei servizi non siano differenti tra influenzati vaccinati e non, otteniamo che i costi indiretti e diretti sono a volte pesantemente maggiori per gli influenzati vaccinati che per gli influenzati non vaccinati; volendo considerare, infatti il campione dei soli influenzati che nel mese precedente non hanno avuto altre malattie acute⁴⁷, otteniamo:

– *Costi indiretti*: Occorre dapprima fare una breve premessa metodologica: poiché il totale dei costi indiretti deriva dalle giornate lavorative perse e dalle giornate passate a letto, ma le prime sono sperimentate raramente dai vaccinati, che essendo in primo luogo anziani sono già pensionati, si pone un problema concettuale⁴⁸: o noi calcoliamo l'ammontare dei costi per giornate lavorative perse solo tra coloro che lavorano, vaccinati o meno, oppure dobbiamo tenere conto di tutti i vaccinati e non vaccinati, che lavorino o no. Nel primo caso il valore medio per gli influenzati non vaccinati è di 256,2 € per le giornate perse e di 26,9 € per le giornate a letto⁴⁹, mentre il valore medio per ammalato dei vaccinati è rispettivamente di 359,9 € e di 35,2 €. Nel secondo caso, invece, si deve dividere il valore totale dei redditi persi per il numero totale di influenzati non vaccinati e di influenzati vaccinati, ottenendo, per gli influenzati non vaccinati 52,86 € per le giornate di lavoro perse e 18,66 € per le giornate a letto, mentre per gli influenzati vaccinati le giornate lavorative perse valgono 33,99 € e quelle perse a letto 24,35 €;

– *Spesa totale per visite*⁵⁰: Valore medio per ammalato non vaccinati: 24,86 €, Valore medio per ammalato vaccinati: 18,30 €;

– *Spesa per accessi alla guardia medica*: Valore medio per ammalato non vaccinati: 28,25 €, Valore medio per ammalato vaccinati: 56,91 €;

– *Spesa per pronto soccorso*⁵¹: Valore medio per ammalato non vaccinati: 8,57 €, Valore medio per ammalato vaccinati: 6,90 €;

– *Spesa per ricoveri*: Valore medio per ammalato non vaccinati: 1353,32 €, Valore medio per ammalato vaccinati: 1546,74 €;

– *Spesa per assistenza domiciliare*: Valore medio per ammalato non vaccinati: 35,99 €, Valore medio per ammalato vaccinati: 107,22 €;

– *Spesa per accertamenti diagnostici*: Valore medio per ammalato non vaccinati: 40,48 €, Valore medio per ammalato vaccinati: 52,41 €.

Come si vede, solo nel caso delle visite mediche e degli accessi al pronto soccorso i vaccinati sembrano spendere in media di meno dei non vaccinati: il saldo tra tutti gli effetti, escludendo quello dei farmaci, non inclusi al momento nella valutazione, è comunque tale da evidenziare una maggiore spesa pro-capite per i vaccinati ed è largamente influenzato dal dato sulle ospedalizzazioni, contrario a molte aspettative, e che vede appunto i vaccinati consumare molto di più.

Tali dati riflettono ancora, però, il differente stato di rischio ed altri effetti confondenti; si è deciso, pertanto, di esaminare mediante regressioni – in cui variabili dipendenti sono le varie voci di spesa e le esplicative sono quelle già considerate per la stima logistica della probabilità di contrarre l'influenza più variabili che esprimono la presenza di malattie croniche ed altre malattie acute oltre l'influenza – se la vaccinazione in sé costituisca fattore che diminuisca le singole voci di spesa se influenzati.

I risultati sono però in gran parte conformi a quanto delineato sopra⁵², con due distinguo. In primo luogo sembra che il contributo della vaccinazione alla diminuzione della spesa per visite mediche sia fittizio: infatti il coefficiente della variabile vaccinazione nell'equazione esplicativa delle spese per visite mediche è di segno positivo⁵³. Al contrario la regressione mette in evidenza che il contri-

buto della vaccinazione alla spesa per accertamenti è negativo, cioè diminuisce la spesa, di circa 2,29 €. Per tutto il resto vengono confermati i segni, ovunque positivi, indizio di aumenti di spesa, tranne che per gli accessi al pronto soccorso, dove la vaccinazione fa guadagnare oltre 15 €.

5. Conclusioni

Il nostro studio, pur evidenziando l'importanza dell'influenza come malattia sociale, non è però riuscito a mostrare una netta convenienza per quanto riguarda l'effettuazione di vaccinazioni antinfluenzali. Infatti, non si riesce ad evidenziare, all'interno del campione Istat, né una diminuzione della probabilità di contrarre l'influenza se vaccinati, né una diminuzione delle spese sanitarie in seguito all'attenuazione dello stato di malattia se influenzati. Risulta, invece, in alcuni casi un flebile miglioramento nella qualità della vita e quindi un guadagno di QALY's in seguito alla vaccinazione, anche se ottenuto, in gran parte, grazie all'importazione di stime esterne.

Pertanto, il passaggio da stime di efficacia teorica, o da stime basate su piccoli campioni, spesso controllati, alla popolazione campionaria italiana, riserva la sgradita sorpresa di una efficacia pratica trascurabile, almeno nell'annata presa in considerazione.

È possibile che tale risultato sia dovuto alla peculiarità dell'epidemia influenzale indagata, tipica di un anno di particolare virulenza e con ceppi influenzali parzialmente nuovi?

Per rispondere a tale domanda è chiaramente necessario effettuare una nuova indagine su di un anno diverso, come potrà essere il 2004-2005: ci auguriamo che la nuova indagine multiscopo programmata per quegli anni mantenga la possibilità di indagare su tali temi, ripresentando nel questionario le domande relative alle vaccinazioni antinfluenzali.

Note

- In particolare, per evidenziare una ridotta efficacia della vaccinazione dovremmo avere una forte correlazione positiva tra probabilità di essere vaccinato e probabilità di contrarre malattie simili all'influenza: sembra che l'età possa costituire la principale determinante di entrambe e quindi analisi a parità di età non dovrebbero essere viziate da tale inconveniente.
- Ulteriori dati sono disponibili a richiesta presso l'autore.
- Si vedano, ad esempio, gli articoli di Gasparini *et al.* (2003) e Montomoli *et al.* (2003).
- In 16 settimane, infatti, sono compresi 4 periodi (di 4 settimane ciascuno), che vanno quindi moltiplicati per la frequenza rilevata in ogni settimana: tale procedimento verrà ripetuto in continuazione e d'ora in avanti nel testo elimineremo questa ripetizione.
- Il numero di ammalati considerato, naturalmente, è quello dei soli occupati che evidenziano assenze dal lavoro.
- Sostanzialmente coefficienti di abbattimento del numero di giornate di assenza, calcolati come rapporto tra giornate medie di assenza tra persone con sola influenza e persone con patologia multipla.
- La spesa era raggruppata per classi, e si è utilizzato come valore stimato quello centrale di classe.
- Tale scelta è stata motivata dal fatto che visite a costo 0 o quasi per l'individuo, non è detto non abbiano un costo per la società, almeno pari alla relativa tariffa minima.
- Per costoro si è reso necessario un abbattimento dei consumi, cioè del numero delle visite effettuate imputabili ad influenza, e si è scelto di mantenere, come costo medio della visita, quello sperimentato dai soli influenzati, per evitare che la differente patologia avesse un impatto sui costi unitari.
- Tali valori sono coerenti con quanto stimato da Lucioni *et al.* (2001), che forniscono una stima di 24.184 lire 1999.
- In questo caso non vi sono stati coefficienti di abbattimento, perché l'utilizzo pro-capite era minore nel gruppo con patologie multiple.
- Per questo gruppo, la correzione, consiste sostanzialmente nell'uso di un coefficiente che rende uguale ai soli influenzati il consumo di assistenza domiciliare e quindi la spesa individuale.
- Per il momento è stato utilizzato il costo medio per tutta l'Italia, ma si prevede di differenziarlo a seconda della regione di appartenenza dell'individuo.
- Agenzia per i servizi sanitari regionali.
- Nell'interpretazione dei risultati è necessaria cautela: infatti, la durata media di degenza risulta essere in media nel campione pari a 7,5 giorni, dato superiore a quello valido nel caso di assistenza per soli acuti; in esso è quindi compresa anche la lungodegenza, che di fatto può avere un costo per giornata di degenza decisamente inferiore. L'importo globale è quindi probabilmente, al momento sovrastimato. Non vi sono, inoltre state correzioni perché il consumo degli influenzati a patologia multipla è inferiore a quello dei soli influenzati.
- Vi sono utenti che nell'arco delle 4 settimane svolgono fino a sei tipi di accertamento.
- Questa volta il costo è non comparabile con quello stimato da Lucioni *et al.* (2001), perché questi ultimi dividono le analisi del sangue a seconda della tipologia e noi no, ed includono analisi diverse dalle nostre.
- Questa volta sono stati calcolati dei coefficienti di abbattimento sintetici, che nondimeno presentano una netta differenza nei costi medi tra i due gruppi.
- O consumi per quanto riguarda i redditi imputati.
- Includendo questi ultimi costi, il massimo costo per anno di vita salvato, relativo alla popolazione ad alto

- rischio tra i 45 e i 64 anni, risultava essere di 4150\$, ancora sostanzialmente accettabile (cfr. Perez-Tirse, Gross, 1992).
21. I dollari sono espressi ai prezzi del 1993 e si utilizza un tasso di incidenza del 13,8%.
 22. La stima del costo incrementale per anno di vita guadagnato risulta pari a 244000 £ sterline, mentre quella del costo pincrementale per QALY guadagnato è addirittura di 304000 £ sterline.
 23. Differenziati cioè tra individuo ed individuo, ed indicati nelle formule con l'apice s.
 24. I QALY's (Quality Adjusted Life Years) rappresentano gli anni di vita aggiustati per tenere conto della qualità della vita stessa: in pratica essi si ottengono moltiplicando gli anni di vita guadagnati per il loro indice qualitativo, ottenuto con varie metodologie e sempre compreso tra il valore 1 (perfetta salute) ed il valore 0 (morte). Se quindi un individuo, grazie alla vaccinazione, guadagna 10 anni di vita, e in questi anni ha una qualità di vita pari al 90% della perfetta salute (indice 0,9), i QALY's guadagnati saranno $10 \cdot 0,9 = 9$. Si veda, ad esempio Broome (1993).
 25. La metodologia proposta è sostanzialmente simile a quella proposta da Cutler, Richardson (1998).
 26. Tale ipotesi è certamente forte ma serve a semplificare la trattazione: infatti, in presenza di effetti collaterali della vaccinazione individualizzati, l'indice h ne risente, sia per i sani che per gli influenzati, il tutto per un certo numero di giorni; noi riterremo tali effetti collaterali trascurabili o comunque incorporati negli indici h stessi.
 27. Ricordiamo inoltre che le probabilità di influenza e non influenza, quelle di esiti mortali e non, trattandosi di eventi incompatibili, sono complementi ad 1 tra loro.
 28. Il valore negativo del terzo termine, apparentemente controintuitivo, si spiega per l'effetto di composizione dovuto alle ponderazioni con la minore probabilità di contrarre influenza dei vaccinati: essendo questo effetto il più rilevante, nella composizione sopravanza gli altri effetti.
 29. L'*odds ratio* di un trattamento è il rapporto tra la frequenza con la quale un evento si verifica in un gruppo di pazienti e la frequenza con la quale lo stesso evento si verifica in un gruppo di pazienti di *controllo*; per estensione definiamo come *odds ratio* la frequenza di casi di influenza in una popolazione o sottogruppo della stessa (nel nostro caso i sottogruppi sono quello dei vaccinati e quello dei non vaccinati) rispetto alla frequenza di individui che non la contraggono. In tal senso l'*odds ratio* è vicino al concetto di rischio relativo, cioè la probabilità di contrarre la malattia (o sua incidenza), dato dal rapporto tra casi segnalati e popolazione a rischio.
 30. La regressione logistica è un metodo di stima multivariato, cioè un metodo che fa dipendere una variabile (chiamata dipendente) da una serie di variabili esplicative: esso si impiega quando la variabile dipendente (nel nostro caso l'aver contratto o meno l'influenza) è di tipo dicotomico, cioè ha solo due valori, quello corrispondente al non verificarsi dell'evento e quello relativo al verificarsi dell'evento.
 31. Le variabili esplicative sono di tipo individuale, di caratteristiche socio-economiche, di stili di vita, di stato di salute, di rischio. Nel dettaglio esse sono: trimestre di rilevazione, numero dei componenti familiari, numero di altri componenti familiari che hanno contratto influenza nello stesso periodo, classe di età, sesso, stato civile, titolo di studio, condizione professionale, posizione nella professione, settore lavorativo, reddito, regione di residenza, invalido, malato cronico a rischio, fumatore, presenza del riscaldamento nell'abitazione, frequenza con cui vede: figli, nipoti, genitori, fratelli, altri parenti, amici, essersi recato: al cinema, al museo, a concerti, a spettacoli sportivi, in discoteca, in luoghi di culto, indice di stato fisico, indice di stato emotivo, vaccinazione antinfluenzale.
 32. I risultati sul campione generale, infatti, sono dovuti ad una composizione tra effetti sulla parte di intervistati invernali a relativamente ridotta probabilità di contrarre influenza se vaccinati, e effetti sulla parte estiva di intervistati per i quali vi è una sostanziale inefficacia della vaccinazione.
 33. Definite come bronchite cronica, asma, diabete, infarto, angina od altre malattie cardiache.
 34. Naturalmente è esclusa l'ultima riga relativa al campione di malati a rischio.
 35. E quindi eliminando il fattore confondente delle influenze estive.
 36. In termini dello schema teorico precedente, segnalano, vaccinandosi, di avere una probabilità soggettiva π_{IV} di contrarre influenza elevata.
 37. Quest'ultimo risultato, tra l'altro, risulta confermato dal nostro studio, e desumibile dalla stessa tabella proposta, in cui gli anziani mostrano variazioni dell'odds ratio più sfavorevoli dei campioni che includono anche i più giovani.
 38. Lo SF-12 appartiene alla famiglia di indici Short Form (SF-36, SF-12, SF-6D) che deducono la qualità della vita mediante una analisi multiattributo, cioè di varie dimensioni dello stato di salute, ognuna più o meno compromessa. Sia lo SF-36 (Ware J., 1992), che la sua ulteriore aggregazione SF-12 (così chiamato perché pone solo 12 quesiti all'intervistato), sono basati su otto dimensioni (Funzionalità fisica, Limitazioni di ruolo fisiche, Dolore, Salute generale, Energia e Vitalità, Attività sociali, Limitazione di ruolo emotiva, Salute mentale) e su di un punteggio aggregato – calcolato mediante un apposito algoritmo e imputato in modo distinto per gli aspetti fisici e mentali – che va da 0 (salute pessima) a 100 (ottima). Anche per questo indice è stata studiata una versione abbreviata SF-6D (con dimensioni Funzionalità fisica, Limitazioni di ruolo fisiche, Dolore, Energia e Vitalità, Funzionalità sociale, Salute mentale) ed una procedura di aggregazione, che permette di ottenere un solo punteggio di qualità della vita, nello spazio 0-1 (Brazier *et al.*, 2002).
 39. L'ipotesi posta è che colui che nel campione evidenziava il peggior stato di salute veniva considerato con livello dell'indice pari a 0,1, cioè del 10% superiore a quello di morte (l'assunzione fatta non è comunque cruciale ed influenza in modo minimo i risultati).
 40. Sono state tentate differenti specificazioni con risultati fondamentalmente comparabili.
 41. Nel caso degli anziani tale ipotesi incontra però forti obiezioni essendo i pensionati non produttori di reddito.

42. Il valore è simile sia al reddito medio europeo nel 2002 (20515 €) sia a quello italiano dello stesso periodo.
43. Naturalmente, però, per simmetria, andrebbe a questo punto calcolata la perdita di benessere fisico conferita dalla vaccinazione ai non influenzati, se non la riteniamo tutta spiegata da errori nella stima dello stato di rischio e invece in parte dovuta a controindicazioni ed effetti collaterali: il suo valore, pari a - 170 € potrebbe più che compensare, anche se preso solo in parte, il guadagno emotivo.
44. Da - 0,0015 a - 0,0014.
45. L'indice di stato salute globale evidenzia un valore, come per gli anziani, lievemente attenuato.
46. Si riporta la stima di Montomoli *et al.* (2003).
47. Tale scelta consente di attribuire, ad esclusione delle malattie croniche in atto, il più possibile all'episodio influenzale i costi sanitari, ma naturalmente comporta l'inconveniente di dover considerare solo un ridotto numero di individui, pari a 4603 nel campione, che riportato all'universo corrisponde a circa 1.788.000 individui.
48. Si tratta del problema dei valori mancanti (*missing*), poiché coloro che rispondono sono sempre solo un sottoinsieme del totale degli influenzati, vaccinati o meno.
49. Si noti che vi può essere sovrapposizione tra le giornate perse per lavoro e quelle passate a letto; infatti le giornate a letto, per gli occupati, sono un sottoinsieme di quelle lavorative perse. L'ipotesi è che la gravosità per i compiti abituali della giornata a letto si cumuli al reddito lavorativo perso.
50. In questa, come nelle successive categorie di spese, si pone il problema dei dati mancanti, che però considereremo secondo la prima strategia, cioè omettendoli dai calcoli: i valori, dunque, rappresentano le medie solo tra coloro che hanno risposto.
51. Per quanto riguarda le spese di pronto soccorso, ricoveri e assistenza domiciliare, esse sono riportate su base trimestrale, mentre il numero di influenzati è sulle 4 settimane: si è reso necessario, pertanto, moltiplicare il numero degli influenzati per un fattore pari a 3,25.
52. Bisogna tenere presente, però, che nella stima delle regressioni per pronto soccorso, ospedali e assistenza domiciliare, non potendo tenere conto del numero effettivo di influenzati nel corso dei tre mesi presi a base per i consumi delle tre voci suddette, è probabile, qualora i vaccinati siano popolazione a rischio e quindi più probabilmente tale da ricorrere a quelle prestazioni nel periodo che va al di là delle quattro settimane prese a base per definire lo stato di influenzato o meno, che vengano attribuiti consumi maggiori proprio ai vaccinati e quindi i coefficienti delle tre variabili siano sovrastimati per questo gruppo.
53. L'adattamento statistico però è in questa equazione abbastanza scadente.

B I B L I O G R A F I A

- ALLSUP S., GOSNEY M., HAYCOX A. *et al.* (2003), «Cost-benefit evaluation of routine influenza immunisation in people 65-74 years of age», *Health Technology Assessment*, 7 (24).
- BRAZIER J., ROBERTS J., DEVERILL M. (2002), «The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36», *Journal Health Economics*, 21, pp. 271-292.
- BROOME J. (1993), «QALY», *Journal of Public Economics*, 50, pp. 149-167.
- CUTLER D., RICHARDSON E. (1998), «The value of health: 1970-1990», *American Economic Review*, 88 (2), pp. 97-100.
- GASPARINI R., LUCIONI C., LAI P. *et al.* (2003), «Valutazione benefici-costi della vaccinazione antinfluenzale negli anziani in Liguria», *PharmacoEconomics - Italian Research Articles*, 5 (1), pp. 23-30.
- HELLIWELL B., DRUMMOND M. (1988), «The costs and benefits of preventing influenza in Ontario's elderly», *Canadian Journal of Public Health*, 79, pp. 175-179.
- JEFFERSON T., MUGFORD M., GRAY A. *et al.* (1996), «An exercise on the feasibility of carrying out secondary economic analyses», *Health Economics*, 5, pp. 155-165.
- LUCIONI C., COSTA B., SESSA A. (2001), «I costi dell'influenza in Italia», *Farmeconomia e percorsi terapeutici*, 2 (1), pp. 11-18.
- MONTOMOLI E., POZZI T., ALFONSI V. *et al.* (2003), «Valutazione benefici-costi della vaccinazione antinfluenzale negli anziani in due stagioni epidemiche a confronto nella provincia di Siena», *PharmacoEconomics - Italian Research Articles*, 5 (1), pp. 31-38.
- NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION (1996), «Influenza Vaccination and Older People», *Effectiveness Matters*, 2 (1), University of York, www.york.ac.uk/inst/crd/em21.htm.
- OTA, US CONGRESS (1982), *Cost Effectiveness of influenza vaccination*, Government Printing Office, Washington D.C.
- PEREZ-TIRSE J., GROSS P. (1992), «Review of Cost-Benefit Analyses of Influenza Vaccine», *PharmacoEconomics*, 2 (3), pp. 198-206.
- PREGLIASCO F., MENSI C. (1999), *Sistema di sorveglianza delle infezioni respiratorie acute e dell'influenza. Relazione finale. Stagione 1998/1999*, Istituto di Virologia Università degli Studi di Milano, www.virologia.unimi.it/influenza.
- VILLARI P., MANZOLI L., BOCCIA A. (2004), «Methodological quality of studies and patient age as major sources of variation in efficacy estimates of influenza vaccination in healthy adults: a meta-analysis», *Vaccine*, 22 (25-26), pp. 3475-3486.
- WARE J., SHERBOURNE C. (1992), «The MOS 36-item Short Form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection», *Medical Care*, 30, pp. 473-483.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste; 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito. Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file. La copia cartacea va spedita a: Redazione Mecosan, CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano. La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12
La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti. Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici). Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**
1.1. Gli attori del processo
Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

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

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

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 secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenz (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno. I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

Strumenti manageriali per il governo della domanda sanitaria

G. IMBALZANO, L. COLONNA, A. NEGRETTI, R. SCOLA, G. SPORTELLI, A. NAVA

Availability of relevant data is a basic condition to involve General Practitioners (MMG) in the decisional processes and make them accountable for the use of resources. The Local Health Authority (ASL) of Lodi, used two databases, one focused on healthcare expenditure the other on demographic information about a community of about 217.305 inhabitants, to set up a new reporting system. For each of the 182 MMG of Lodi county the cost (total and per patient) of clinical interventions was estimated and data presented and discussed in district meetings with all MMGs involved. The goal of the project is to make possible a negotiation between MMGs and ASL about the use of resources and improve the appropriateness of medical prescriptions.

Note sugli autori

Giuseppe Imbalzano è il Direttore sanitario della Asl. Lorenzo Colonna è Direttore dipartimento servizi sanitari di Base.

Anna Negretti - Servizio farmaceutico territoriale.
Renato Scola, Antonio Nava - Controllo di Gestione Azienda Ospedaliera.

Giancarlo Sportelli è Responsabile di Distretto.

1. Premessa

L'Azienda sanitaria locale della Provincia di Lodi, di seguito chiamata Asl di Lodi, nasce il 1° febbraio 2002 a seguito dello scorporo dei presidi ospedalieri e alla conseguente costituzione dell'Azienda ospedaliera della provincia di Lodi.

La Direzione strategica, coerentemente con la *mission* aziendale, ha assunto come obiettivo strategico prioritario il governo clinico della domanda sanitaria. Presupposto per la realizzazione dell'obiettivo indicato è la disponibilità di un adeguato strumento informativo in grado di rilevare le caratteristiche della domanda e dell'offerta sanitaria della popolazione residente nel territorio dell'Asl di Lodi. La conoscenza delle dinamiche della domanda e dell'offerta rappresenta la condizione fondamentale per avviare un intervento di governo del sistema sanitario locale, per sviluppare un'azione di coinvolgimento e valorizzazione dei Medici di medicina generale (Mmg), figure dominanti del sistema sanitario, con cui avviare un confronto finalizzato alla valutazione delle risorse impiegate, all'individuazione di appropriati percorsi di trattamento e alla messa in atto di possibili azioni migliorative, in un quadro di forte integrazione con le strutture sanitarie del territorio.

Obiettivo del presente lavoro è di documentare, l'esperienza avviata dall'Asl di Lodi i cui risultati possono fornire un utile contributo al confronto su queste tematiche.

2. Il ruolo del medico di medicina generale

La medicina generale è posta, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, al centro del

SOMMARIO

1. Premessa
2. Il ruolo del medico di medicina generale
3. Il progetto
4. Il sistema informativo: la banca dati assistiti
5. Dalla banca dati assistiti alla scheda informativa del Mmg
6. L'analisi del reporting e la comunicazione
7. Gli incontri con i Mmg
8. Considerazioni conclusive

sistema di cure primarie il quale «provvede a fornire servizi di promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione e rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale e il primo elemento di un processo continuo d'assistenza sanitaria» (WHO, 1978).

Al Medico di medicina generale competono quindi responsabilità di: medicina preventiva individuale e familiare, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, assistenza primaria, assistenza programmata a domicilio, continuità assistenziale, integrazione con i distretti e le strutture ospedaliere (Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con la medicina generale).

Il Mmg si colloca nel sistema sanitario attraverso un rapporto contrattuale di convenzionamento (non di dipendenza) con il Ssn, che si basa su una convenzione nazionale e su accordi regionali e aziendali e prevede una remunerazione costituita da: una quota capitolaria per iscritto; retribuzioni per prestazioni di particolare impegno professionale, per assistenza domiciliare programmata, per assistenza domiciliare integrata; premi o incentivi legati al raggiungimento di obiettivi concordati con l'azienda sanitaria di riferimento; rimborsi per il rispetto di standard ambulatoriali o per l'utilizzo di fattori produttivi.

Liberalmente scelto dal cittadino in base ad un rapporto fiduciario, il Mmg è chiamato a prendersi carico in modo complessivo del paziente, a tradurre i bisogni sanitari in domanda effettiva e quindi in consumi di prestazioni e a coordinare tutti gli eventi sanitari che riguardano i suoi assistiti: fornendo assistenza di base; prescrivendo farmaci; indirizzando verso ambiti di diagnosi e cura specialistici ospedalieri, attuando programmi di *screening*, prevenzione, informazione ed educazione sanitaria. L'attività della medicina generale è caratterizzata dalla presenza di funzioni:

- di produzione: erogazione diretta di cure primarie;
- di governo della domanda: indirizzo verso prestazioni che rispettino la condizione d'appropriatezza clinica, degli ambiti di cura, organizzativa ed economica (soluzioni che massimizzino il rapporto efficacia-costi, ottimizzazione dell'uso delle risorse in un

contesto di risorse definite e di bisogni crescenti).

Invecchiamento della popolazione, incremento delle patologie cronico-degenerative, de-ospedalizzazione, riduzione degli accessi impropri alle strutture di secondo livello, crescente attenzione verso gli ambiti di cura territoriali, sono soltanto alcuni degli elementi che rendono necessario lo sviluppo e il potenziamento delle cure primarie in generale e del ruolo e delle attività del Mmg in particolare.

A tal fine, la medicina generale e le Asl hanno adottato e continuano ad implementare configurazioni organizzative (medicina in associazione in rete, di gruppo, nuclei di cure primarie, medicina nel distretto) e strumenti di gestione (sistemi informativi e di programmazione e controllo) che responsabilizzano i Mmg rispetto all'utilizzo delle risorse e siano di guida per il governo della domanda. Si inseriscono in questa prospettiva i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, le linee guida che coinvolgono e integrano il Mmg con le strutture di ricovero e cura, con l'Asl di riferimento e con le strutture specialistiche.

Dai Piani socio sanitari e dagli accordi regionali per la medicina generale, emergono quattro possibili configurazioni del ruolo del Mmg (Heller, Tedeschi, 2004):

- ruolo tradizionale: libero professionista non responsabilizzato in modo particolare sui consumi sanitari dei propri assistiti o sulle prestazioni erogate direttamente e «isolato» rispetto agli altri attori del sistema sanitario;
- ruolo di *gatekeeper-focus* su governo della domanda: Mmg informato, attraverso un sistema di *reporting* predisposto dall'Asl, e dunque responsabilizzato rispetto ai consumi e all'appropriatezza delle prestazioni ricevute dagli assistiti;
- ruolo d'integratore di cure primarie: il Mmg svolge sia funzioni di *gatekeeping*, sia di produzione diretta, anche specialistica;
- ruolo di fornitore di cure primarie: Mmg produttore sia di cure primarie sia di specialistica, può operare integrandosi con altre professionalità, non viene responsabilizzato rispetto ai consumi.

Con particolare riferimento alla Regione Lombardia, si evidenzia come il Piano socio sanitario regionale (Pssr) 2002-2004 preveda tre possibili configurazioni del Mmg: 1) principalmente come *gatekeeper*; 2) integratore di cure primarie nelle realtà in cui sono operativi i Gruppi di cure primarie; 3) fornitore di cure primarie anche se in realtà tale ruolo risulta poco diffuso.

Appare quindi chiara, in relazione alla *mission* istituzionale delle Asl lombarde di programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni, la definizione delle priorità rispetto ai fabbisogni e all'allocazione delle risorse, la verifica della qualità dei servizi, promozione dell'appropriatezza e all'enfasi posta dal Pssr sul governo della domanda, la rilevanza delle azioni promosse dalle Asl per coinvolgere la medicina generale nel sistema d'analisi dei bisogni e di programmazione e controllo e per stabilire relazioni continue e strutturate con i Mmg al fine di rendere concreto il governo della domanda.

2.1 I Mmg nell'Asl di Lodi

Nell'Asl della Provincia di Lodi operano 182 Medici in convenzione, di cui 155 Medici di medicina generale (Mmg) e 27 Pediatri di libera scelta (Pls), che forniscono assistenza sanitaria a circa 217.305 cittadini. I Mmg esercitano la loro professione in regime di convenzione con la Asl di Lodi, secondo gli articolati del vigente Contratto nazionale di categoria (D.P.R. 270/2000 e D.L. 229/99) (**tabella 1**).

Il territorio della Asl è articolato in tre Distretti socio-sanitari costituiti ciascuno da ambiti territoriali (34 totali), comprensivi di uno o più Comuni (62 totali).

I Medici di medicina generale dell'Asl costituiti in forma associativa sono 86 su un totale di 155 (55%). Questi esercitano la pro-

pria attività in forma associata, a seguito della costituzione di *forme associative per la medicina generale*, regolamentate dall'ACN e riconosciute dalla Asl con atto deliberativo. Le finalità delle forme associative sono quelle previste dall'art. 40 del D.P.R. 270/2000: facilitare il rapporto tra Mmg e cittadino; incrementare il livello qualitativo e maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate; realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza; perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei Mmg con i servizi distrettuali; realizzare forme di maggior fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei Mmg.

Le forme associative (**tabella 2**) dei Mmg dell'Asl di Lodi sono così caratterizzate:

- 13 Mmg sono associati in 5 associazioni di *medicina di gruppo*. I medici esercitano in ambulatori ubicati in una sede unica; i singoli studi sono collegati da una rete informatica che consente la condivisione di dati e informazioni tra i singoli medici; l'orario di ricezione della sede unica è più ampio rispetto al minimo convenzionale (6 ore giornaliera). Almeno un ambulatorio è aperto ogni mattina e ogni pomeriggio, per 5 giorni/settimana. Almeno un ambulatorio medico rimane aperto fino alle ore 19.00;

- 63 Mmg sono associati in 12 gruppi di *medicina in associazione*: i medici esercitano

Mmg	155
Pls	27
Assistiti	217.305
Distretti	3
Ambiti territoriali	34
N. Comuni	62
Presidi ospedalieri	4
Presidi ospedalieri P.L.	740

Tabella 1

Asl della Provincia di Lodi

Forme associative				
Medicina di gruppo		Medicina in associazione		Medicina in rete
N. medici	N. associazioni	N. medici	N. gruppi	N. medici
13	5	63	12	10

Tabella 2

Forme associative dei Mmg

nei rispettivi ambulatori. L'insieme degli ambulatori garantisce un orario minimo giornaliero di 6 ore. Almeno un ambulatorio è aperto ogni mattina e ogni pomeriggio, per 5 giorni/settimana e rimane aperto fino alle ore 19.00;

– 10 Mmg sono associati in forma mista d'associazione *medicina in rete/medicina in associazione*: i medici esercitano nei rispettivi ambulatori, l'insieme degli ambulatori garantisce un orario minimo giornaliero di 6 ore. Almeno un ambulatorio è aperto ogni mattina e ogni pomeriggio, per 5 giorni/settimana, almeno un ambulatorio rimane aperto fino alle ore 19.00. Gli ambulatori di 3 Mmg del gruppo sono collegati da una rete informatica che consente la condivisione di dati e informazioni tra i singoli medici.

I Mmg si rapportano con l'Asl Attraverso i loro organismi istituzionali: *Comitato aziendale (CA)*: costituito da rappresentanti dell'Asl e rappresentanti delle Ooss.

Le funzioni del CA sono quelle previste dall'art. 11 del D.P.R. 270/2000, fra cui le più rilevanti sono: trattativa sindacale e definizione accordi aziendali; pareri su deroghe al massimale; pareri sulle ricusazioni; variazioni degli ambiti; individuazioni zone disagiate.

Comitato di distretto (C.d.D): in ogni distretto è costituito il comitato distrettuale composto dal Direttore di distretto e da 3 Mmg eletti dai Mmg del distretto. Le funzioni sono quelle previste dagli artt. 14 e 15 *bis* del D.P.R. 270/2000 e dagli accordi regionali del 2002: di monitoraggio dell'Assistenza primaria a livello territoriale, finalizzato all'ottimizzazione dei rapporti tra Mmg, Pls, Specialisti territoriali ed ospedalieri e operatori distrettuali, per l'erogazione dell'assistenza più appropriata al cittadino.

Nell'Asl di Lodi sono attivi gruppi di lavoro relativi alla definizione di linee guida e PDTA condivisi (diabete, ipertensione, BPCO) e per la realizzazione di una commissione con funzioni di supporto alla direzione generale con il compito di esaminare e proporre adeguate soluzioni ad eventuali cause di disservizio e conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio.

3. Il progetto

Per realizzare un' incisiva azione di governo della domanda sanitaria l'Asl di Lodi ha sviluppato e approvato uno specifico progetto, per la cui definizione e realizzazione ci si è avvalsi della consulenza del CERGAS dell'Università Bocconi.

Il progetto prevede la costituzione di un gruppo di lavoro aziendale nel quale agiscono in forma integrata le competenze aziendali necessarie alla gestione dell'iniziativa. Il gruppo di lavoro è costituito dal responsabile delle Uu.Oo. di Controllo di gestione, Servizi sanitari di base, Servizio farmaceutico e Responsabile di distretto.

3.1 Obiettivi del progetto

Gli obiettivi del progetto sono:

- mappatura del processo di programmazione e controllo per la medicina di base attraverso l'implementazione del sistema informativo, della progettazione e della diffusione del *reporting* e definizione di linee guida di riferimento per l'analisi;
- costruzione e implementazione degli strumenti tecnici di supporto al citato processo (scheda informativa, reportistica);
- implementazione di un sistema di governo clinico per la valutazione e il miglioramento dell'appropriatezza delle risorse per il governo del sistema.

La realizzazione degli obiettivi avviene attraverso la definizione e condivisione con i Mmg/Pls della metodologia di analisi, la realizzazione di un percorso di formazione dei Mmg coinvolti nel progetto mediante momenti seminariali e la definizione di meccanismi incentivanti legati al processo.

Il progetto si propone di sviluppare e di sperimentare un modello di governo clinico per la medicina generale specifica per il territorio, in particolare si intende realizzare un concreto ed operativo strumento che possa contribuire: al governo clinico della domanda in sanità e al miglioramento dell'uso delle risorse.

La realizzazione del progetto nei suoi aspetti metodologici ed operativi aderisce ai principi contenuti nell'accordo regionale su governo clinico tra Regione Lombardia e Oo.Ss. dei Medici di medicina generale e Pe-

diatri di libera scelta, in particolare si considerano quali punti di forza irrinunciabili:

- la valorizzazione dell'autonomia e delle capacità di gestione nell'ambito del governo clinico dei Mmg e Pls;
- il coinvolgimento e l'integrazione fra medici specialisti delle strutture erogatrici e di quelle delle cure primarie;
- il costante confronto (Asl, Comitati aziendali, Comitati distrettuali) finalizzato alla condivisione sia degli strumenti tecnico/operativi che dei contenuti del progetto, sino all'applicazione della metodologia;
- chiara esplicitazione degli obiettivi e delle modalità di perseguimento.

3.2 Le fasi del progetto

Il progetto, si articola nelle seguenti fasi:

a) analisi degli attuali strumenti di Programmazione e controllo per la Medicina generale e progettazione del sistema di responsabilizzazione anche economica:

ci si propone di rappresentare lo stato dell'arte in tema di programmazione e controllo delle attività dei Mmg, con la finalità di analizzare il processo di definizione delle strategie, l'insieme degli obiettivi ed i meccanismi di controllo anche dei livelli d'utilizzo delle risorse dei Mm;

b) costruzione di linee d'indirizzo strategiche per il piano annuale - definizione del documento programmatico per l'accordo decentrato ex capo VI del D.P.R. 270/00:

la seconda fase si concentra sulla definizione di linee d'indirizzo per la concertazione di un documento che identifichi gli obiettivi e, nello specifico, gli interventi/azioni finalizzati al miglioramento e/o consolidamento della situazione rilevata per i Mmg e di distretto. In particolare si intende presentare una serie di obiettivi possibili e concordati cui correlare gli strumenti d'analisi e controllo maggiormente efficaci per il loro raggiungimento;

c) costruzione di un sistema di strumenti per il governo clinico e per la valutazione dell'appropriatezza della domanda sanitaria:

la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni, soprattutto nelle organizzazioni professionali, richiede un momento di esplicitazione e di forte condivisione dei criteri che stanno alla base dei comportamenti. In

particolare, strumenti come linee guida aziendali, elaborate dai professionisti che poi le dovranno applicare, sono particolarmente efficaci per lo sviluppo del governo clinico a livello aziendale. Nello specifico, possono essere considerati strumenti per il governo clinico: le linee guida, i percorsi assistenziali, il sistema di *reporting* qualitativo (indicatori sanitari), il monitoraggio periodico dei consumi relativi alle variabili oggetto di analisi;

d) organizzazione di momenti seminariali:

il coinvolgimento dei Mmg nel processo di programmazione, acquisto e controllo dell'Azienda sanitaria comporta anche la definizione di momenti dedicati alla conoscenza del sistema e alla presentazione degli strumenti manageriali che l'azienda intende utilizzare nel governo della domanda e nella massimizzazione del rapporto costo-efficacia. Questa fase prevede l'organizzazione di specifici e concordati eventi seminariali a livello distrettuale con il coinvolgimento attivo della Direzione aziendale e delle Organizzazioni sindacali;

e) definizione sistema del reporting di supporto:

il processo di responsabilizzazione prevede la predisposizione e la discussione di *report* contenenti indicatori che misurino le risorse impiegate e le attività svolte dai Mmg, singoli ed associati. La definizione di tale sistema rappresenta per i Mmg un momento particolarmente complesso sia nella declinazione operativa (costruzione del *report*) che della discussione ed analisi del dato (finanziario e sanitario). Questa fase si pone come obiettivo quello di realizzare un efficace sistema di *reporting* volto alla responsabilizzazione dei Mmg in coerenza con gli obiettivi identificati nell'accordo aziendale decentrato. Questa fase operativa richiede, più di altre, un forte coinvolgimento e una attiva collaborazione con i Mmg/Pls, finalizzata a testare gli strumenti proposti e a valutarne la reale efficacia. Si ritiene, inoltre, sia fondamentale concordare la metodologia di analisi in modo da definire un approccio comune.

In particolare, la gestione dell'innovazione in medicina generale richiede il coinvolgimento anche di *opinion leader* dei Mmg. La discussione dei dati e il relativo processo di

responsabilizzazione deve avvenire mediante un coinvolgimento attivo dei coordinatori delle forme associative presenti sul territorio e la parallela apertura al confronto con le Oo.Ss.

Si ritiene di particolare importanza prevedere e garantire la valorizzazione di tre momenti:

– *momento professionale*: avente come obiettivo la definizione dei criteri e degli indicatori per la valutazione delle performance (es. criteri per la definizione dell'appropriatezza di alcune tipologie di prestazioni diagnostiche);

– *momento gestionale*: avente come obiettivo la definizione del contributo che ogni Mmg/forma associativa può dare al miglioramento dell'appropriatezza prescrittivi in relazione allo storico ed alla tipologia di pazienti assistiti;

– *momento sindacale*: per la definizione di un sistema premiante legato al raggiungimento dei risultati concordati nel momento gestionale.

3.3 La ricerca del consenso

Lo sviluppo del progetto e la successiva realizzazione richiedevano necessariamente l'avvio di un serrato confronto nel CA per ottenere il consenso da parte delle Oo.Ss. dei Mmg.

Il progetto, sia nella fase di predisposizione sia nei successivi stati d'avanzamento, è stato illustrato alle Oo.Ss. dei Mmg. La strategia adottata per ottenere il consenso e la collaborazione si è sviluppata attraverso una diffusa azione di informazione. In particolare, sono stati presentati la metodologia progettuale, il sistema informativo di supporto e il percorso operativo che prevedeva la predisposizione e l'invio di uno specifico *reporting* ad ogni Mmg, cui seguivano degli incontri con la finalità di valutare, analizzare e individuare i bisogni sanitari degli assistiti. L'aspetto fortemente critico del progetto era costituito dagli incontri, individuali e/o di gruppo, con i Mmg. La finalità degli incontri è attuare con ogni Mmg l'analisi del *report* e costruire una comune metodologia di lettura dei bisogni dei propri assistiti per rilevare eventuali criticità e definire interventi appropriati.

Le Oo.Ss. hanno assunto un atteggiamento di condizionata disponibilità in attesa di valutare il progetto nel corso del suo svolgersi.

Più operativo è stato il confronto avviato con i rappresentati di distretto finalizzato a testare il *reporting* diretto ai Mmg. Sono stati certamente utili i consigli e le osservazioni formulate dai medici circa l'utilità delle informazioni, la difficoltà di lettura e le modalità di presentazione.

4. Il sistema informativo: la banca dati assistiti

Il sistema informativo aziendale ha rappresentato un punto di forza per lo sviluppo ed il successo del progetto aziendale.

La disponibilità di un DWA aziendale composto da specifici *datamart* quali: assistenza farmaceutica territoriale, farmaci del File F, all'assistenza ospedaliera ricoveri ordinari e dh, specialistica, ambulatoriale, consultoriale, psichiatrica, già consolidati e utilizzati in Asl (Frignani, Imbalzano, Nava, 2004) ha permesso di utilizzare efficaci strumenti tecnici e un patrimonio informativo rilevante e strutturalmente già disposto verso le finalità del progetto. Inoltre il DWA aziendale integrato con il *database* delle esenzioni e dell'anagrafica assistiti ha consentito all'Asl di Lodi di generare la banca dati assistiti.

4.1 La banca dati assistiti

La banca dati assistiti (B.d.A) nasce come progetto della Regione Lombardia e sviluppa la metodologia sperimentata dall'Asl di Pavia nel corso del 2001, finalizzata all'individuazione di una serie di patologie croniche rilevate attraverso l'applicazione di specifici criteri di inclusione (Agnello, Cerra, Lottaroli, 2002).

Il progetto regionale¹ della B.d.A, sviluppato con la collaborazione di alcune Asl Lombarde costituite in gruppo di lavoro regionale, nasce con l'obiettivo primario di costruire una mappa descrittiva della distribuzione sulla popolazione di patologie croniche con forte impatto socio-economico. Le informazioni raccolte andranno a costituire una mappa epidemiologica delle patologie sulla popolazione, che sarà successivamente utilizzata per costruire una banca dati assistiti,

per ogni Asl e su base regionale, dalla quale sarà possibile tracciare per ciascun assistito la storia clinica con associata la spesa indotta dalla farmaceutica, dalla specialistica ambulatoriale, ricoveri, assistenza domiciliare, protesica, ecc.

La metodologia prevede che ciascuna patologia debba essere identificata andando a verificare la presenza tra gli assistiti di alcuni criteri specifici. I criteri utilizzati sono l'esenzione per patologia, l'uso di tipiche categorie di farmaci, il ricorso al ricovero o alla specialistica ambulatoriale, in modo da rappresentare oggettivamente la presenza della patologia. La ricerca dei criteri identificativi di ciascuna patologia non è casuale ma segue un ordine predefinito, stabilito in base al maggiore peso in termini di assorbimento di risorse. Le fonti utilizzate per la rilevazione dei criteri di inclusione sono: l'anagrafe degli assistiti, archivio degli assistiti con esenzione dal pagamento delle prestazioni, archivio delle prescrizioni farmaceutiche Ssn, schede di dimissione ospedaliera (Sdo), schede di dimissione ospedaliera extra Regione, file F, prestazioni di specialistica ambulatoriale. Sono state individuate n. 12 classi di patologie croniche e due ulteriori insiemi che raggruppano i pazienti (altro non utente) che non hanno avuto nessun contatto con il

Ssr, e pazienti (altro) non in carico per le patologie croniche esaminate ma con consumi sanitari. La disponibilità della banca dati assistiti consente di effettuare analisi specifiche circa le caratteristiche epidemiologiche della popolazione dell'Asl di Lodi in relazione alla domanda sanitaria, con particolare riferimento al consumo di farmaci, prestazioni specialistiche ambulatoriali, ospedalizzazione. A titolo esemplificativo si riportano alcuni *report* rilevabili dalla B.d.A e prodotti dall'Asl di Lodi (**tabelle 3, 3.1, 3.2 e grafici 1 e 1.1**)

5. Dalla Banca dati assistiti alla scheda informativa del Mmg

Coerentemente con gli obiettivi del progetto l'Asl di Lodi si proponeva di governare, in collaborazione con i Mmg, la domanda sanitaria del territorio provinciale. Si trattava quindi di sviluppare un sistema informativo focalizzato sul Mmg ed in grado di fornire un quadro informativo originale ed esauriente sui consumi dei propri assistiti in relazione al quadro epidemiologico e demografico specifico confrontato con la dimensione territoriale. Il Gruppo di lavoro ha progettato e realizzato un sistema di *reporting* con un significativo valore aggiunto sia per il Mmg sia per

Tabella 3
Assistiti Asl Lodi
popolazione assistita
classificata per patologie
croniche

	Condizione prevalente	%	Totale	F	% F	M	% M
1	Deceduti	0,86%	1.878	938	0,85%	940	0,88%
2	Trapiantato	0,05%	109	35	0,03%	73	0,07%
3	Insufficienti renali cronici (comprensivo di coloro che necessitano dialisi)	0,24%	515	190	0,17%	325	0,31%
4	HIV positivo ed AIDS conclamato	0,20%	445	120	0,11%	325	0,31%
5	Neoplastici	2,82%	6.131	3.425	3,09%	2.706	2,54%
6	Diabetici	3,28%	7.118	3.432	3,10%	3.686	3,46%
7	Cardiovascolopatici	17,42%	37.858	21.829	19,69%	16.029	15,06%
8	Broncopneumopatici	0,80%	1.732	764	0,69%	968	0,91%
9	Gastroenteropatici	0,54%	1.183	454	0,41%	729	0,68%
10	Neuropatici	1,07%	2.317	1.190	1,07%	1.127	1,06%
11	Malattie autoimmuni	0,19%	417	353	0,32%	64	0,06%
12	Malattie endocrine e metaboliche	1,25%	2.725	2.026	1,83%	699	0,66%
13	Altro (parto)	0,76%	1.660	1.660	1,50%		
14	Altro (purché consumatore)	52,67%	114.451	58.478	52,75%	55.972	52,59%
15	Altro (purché non consumatore)	17,84%	38.766	15.969	14,40%	22.797	21,42%
		100,00%	217.305	110.863	51,02%	106.440	48,98%

Patologia	N. assistiti	Costi					% risorse	% assistiti
		Farmaci	Farmaci file +H	Ricoveri	Ambulatoriale	Totale		
Deceduti	1.878	1.089.816	100.158	10.281.634	719.849	12.191.457	5,96%	0,86%
Trapiantati	109	4.233.523	1.200.391	15.861.589	3.939.967	25.235.470	12,33%	0,05%
Insufficienti renali cronici (comprensivo di coloro che necessitano di dialisi)	515	929.781	10.997	1.787.519	4.380.621	7.108.918	3,47%	0,24%
HIV positivo ed AIDS conclamato	445	190.352	1.675.692	537.824	388.228	2.792.095	1,36%	0,20%
Neoplastici	6.131	5.563.696	1.176.969	17.955.156	3.814.341	28.510.161	13,93%	2,82%
Diabetici	7.118	5.235.857	83.580	7.894.395	2.012.555	15.226.387	7,44%	3,28%
Cardiovascolopatici	37.858	19.115.496	280.444	28.890.022	7.610.085	55.896.046	27,31%	17,42%
Broncopneumopatici	1.732	831.273	74.299	1.058.236	329.617	2.293.425	1,12%	0,80%
Gastroenteropatici	1.183	637.683	394.906	635.804	375.957	2.044.350	1,00%	0,54%
Neuropatici	2.317	1.142.963	334.770	1.902.714	620.848	4.001.295	1,95%	1,07%
Malattie autoimmuni	417	78.477	56.812	138.101	119.720	393.111	0,19%	0,19%
Malattie endocrine e metaboliche	2.725	1.494.791	6.901	920.048	608.460	3.030.200	1,48%	1,25%
Altro (parto)	1.660	64.782	6.890	3.122.554	773.217	3.967.444	1,94%	0,76%
Altro (purché consumatore)	114.451	7.515.373	653.640	20.820.158	13.027.664	42.016.835	20,53%	52,67%
Altro (purché non consumatore)	38.766			0		0	0,00%	17,84%
Totale	217.305	48.123.863	6.056.449	111.805.754	38.721.127	164.579.398	100,00%	100%
% assistiti con patologia	29%	23,51%	2,96%	54,62%	18,92%			

Tabella 3.1

Assistiti Asl Lodi popolazione assistita classificata per patologie croniche. Costi sanitari

L'Asl capace di stimolare la curiosità dei singoli professionisti sanitari e, nel contempo, facilitare il confronto fra Mmg e Asl rispetto all'obiettivo del governo della domanda sanitaria: un *reporting* focalizzato sulle caratteristiche degli assistiti e sui bisogni di salute espressi. Si è operato per spostare la prospettiva di analisi e valutazione dai costi al percorso di cura, alla appropriatezza e alla modalità d'offerta delle prestazioni sanitarie.

La *scheda informativa del Mmg* è stata progettata e creata dal gruppo di lavoro attraverso un confronto interno che ha visto l'integrazione e la collaborazione di differenti competenze professionali. Inoltre attraverso l'organizzazione di incontri di verifica con i rappresentanti dei Comitati di distretto sono stati coinvolti i Mmg. Con i rappresentanti di distretto è stata testata la scheda informativa, sono stati definiti i *report*, è stata verificata l'utilità informativa ed il grado di interpretabilità della scheda.

L'informazione consolidata che i Mmg ricevevano trimestralmente dall'Asl si limitava ad una articolata reportistica sulle prescri-

zioni farmaceutiche del Mmg e con indicatori di confronto sui costi per assistito pesato rispetto alla media Asl e Dipartimentale.

Obiettivo dichiarato della *scheda informativa del Mmg* è di fornire un quadro informativo compiuto sugli assistiti evidenziando le variabili che condizionano la domanda, (quadro epidemiologico e anagrafico degli assistiti) e documentare, attraverso un graduale percorso conoscitivo, i consumi dei pazienti, ed in quale misura l'offerta è prescritta/ generata dal Mmg o da altri soggetti del servizio sanitario nazionale (specialisti ospedalieri, privati ecc). In questo modo si intende fornire ad ogni Mmg una maggiore conoscenza sui propri assistiti e mettere in relazione la variabile epidemiologica con i consumi sanitari, per evidenziare le possibili criticità. Il *reporting* è stato concepito per facilitare il confronto fra l'Asl ed i singoli medici con l'obiettivo di compiere una comune analisi sulla situazione esistente per responsabilizzare il Mmg sulla domanda espressa dagli assistiti e definire obiettivi comuni verso il governo clinico della domanda.

5.1 La struttura della scheda informativa

La *scheda informativa del Mmg* è strutturata in quattro sezioni (**tabella 4**): la sezione, che comprende i *report 1/A; 1; 1.1; 1.2*, evidenzia il quadro epidemiologico, secondo il criterio già descritto per generare la banca dati assistiti. Viene evidenziata la dimensione quantitativa e demografica degli assistiti, l'assorbimento di risorse (valori assoluti e %) articolati per classi di patologie degli assistiti relativamente ai consumi della farmaceutica, alle prestazioni specialistiche e ai ricoveri, viene indicato lo scostamento dalla media Asl. Attraverso questo primo blocco di informazioni si dà modo al Mmg di conoscere le caratteristiche dei propri assistiti per patologia e per struttura demografica e di apprezzare gli scostamenti rispetto alla media Asl (**tabella 4, 4.1, 4.2, 4.3**).

La seconda sezione (*report 2; 2.1; 2.2; 2.3*) è la più consistente e sviluppa l'informazione sulla spesa farmaceutica. Partendo da una informazione macro sui volumi di spesa prescritti dal singolo medico si riportano alcuni indicatori generali con indici di scostamento temporali e spaziali rispetto alla dimensione distrettuale e generale dell'Asl (**tabella 4, 4.4**).

L'analisi viene sviluppata per ATC² sino al livello quattro per gruppi terapeutici omogenei e per principio attivo.

Le sezioni tre e quattro della scheda recuperano l'informazione sulle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale generate dagli assistiti in particolare per i ricoveri (*report 3; 3.1; 3.2*) sono rappresentate le seguenti variabili: la struttura di erogazione della prestazione se appartenente all'Asl di

Tabella 3.2
Patologie e risorse utilizzate

Patologia	% risorse	% assistiti
Deceduti		
Trapiantato		
Insufficienti renali cronici (comprensivo di coloro che necessitano di dialisi)	26,50%	2,63%
HIV positivo ed AIDS conclamato		
Neoplastici		
Diabetici		
Cardiovascolopatici		
Broncopneumopatici		
Gastroenteropatici	41,08%	17,86%
Neuropatici		
Malattie autoimmuni		
Malattie endocrine e metaboliche		
Altro (parto)		
Altro (purché consumatore)	32,41%	61,46%
Altro (purché non consumatore)	0,00%	18,07%

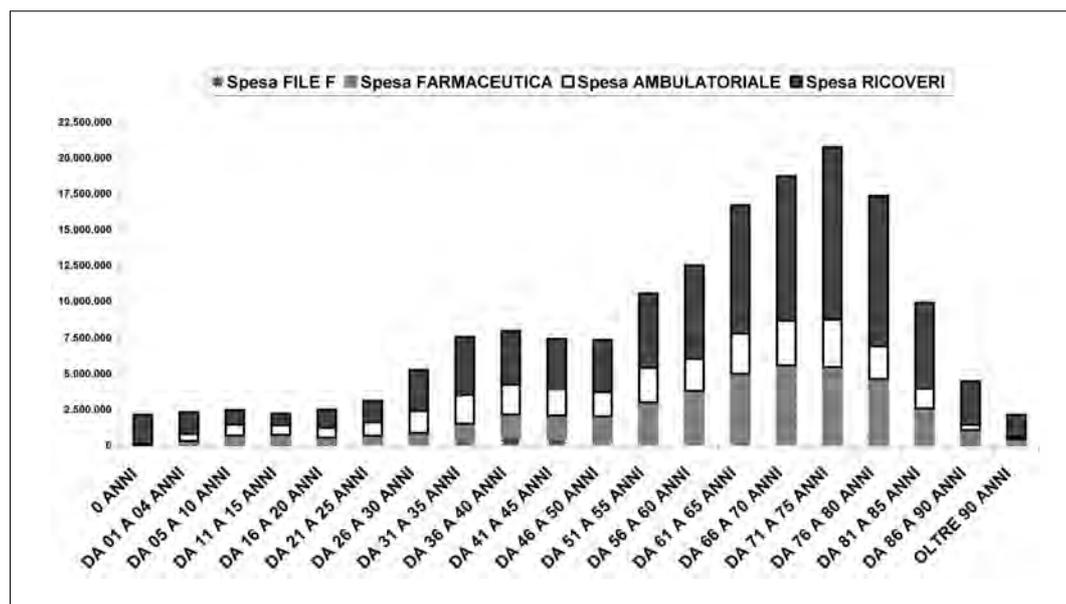


Grafico 1
Distribuzione della spesa per fasce di età

Grafico 1.1

Distribuzione della spesa farmaceutica per Mmg

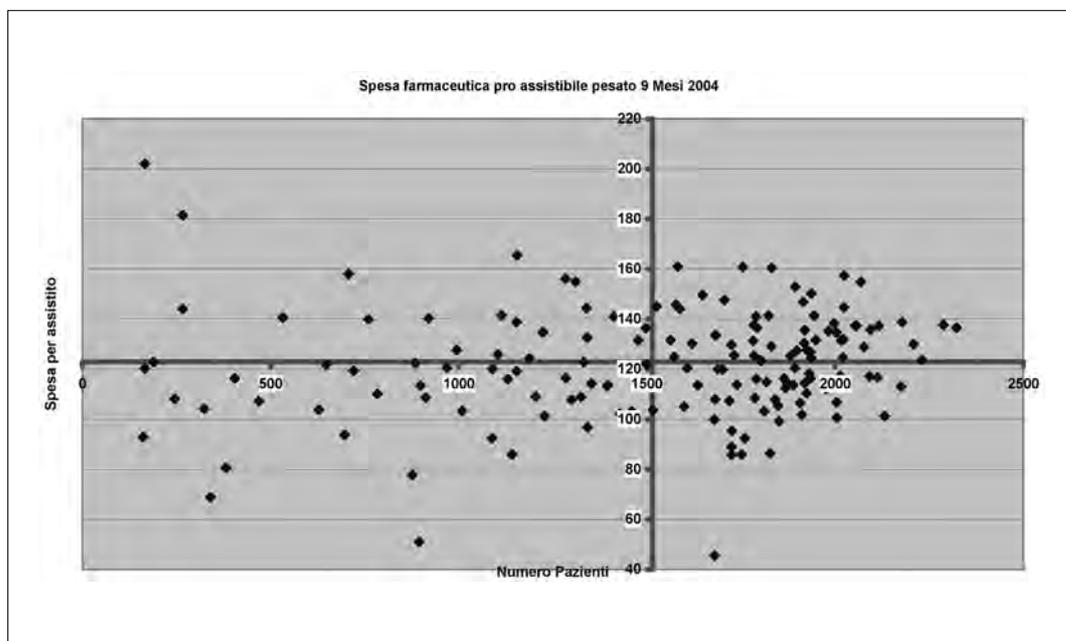


Tabella 4

Scheda informativa Mmg report 1/A

Decodifica	N. assistiti	Costi farmaci	Costi farmaci file v. F.	Costi ricoveri	Costi ambulatoriale	Costi totale	% risorse	% assistiti	Costo medio assistito
Defunto	4	3.366	1.348	39.164	271	44.149	3,60%	0,30%	11.037
Trapiantato	1	6.486	0	191.162	3.377	201.025	16,40%	0,08%	201.025
Insufficienti renali cronici (+ dializzati)	1	0	0	0	144	144	0,01%	0,08%	144
HIV positivo ed AIDS conclamato	5	736	23.956	13.844	4.522	43.057	3,51%	0,38%	8.611
Neoplastici	9	8.247	21.168	85.698	13.419	128.532	10,49%	0,68%	14.281
Diabetici	37	27.539	3.992	58.908	8.829	99.268	8,10%	2,82%	2.683
Cardiovascolopatici	108	64.724	0	110.826	24.914	200.465	16,36%	8,22%	1.856
Broncopneumopatici	22	11.480	1.799	14.716	5.025	33.019	2,69%	1,67%	1.501
Gastroenteropatici	15	12.482	8.711	2.554	3.971	27.719	2,26%	1,14%	1.848
Neuropatici	6	6.865	0	2.626	1.813	11.304	0,92%	0,46%	1.884
Malattie autoimmuni	4	3.761	5	3.941	759	8.466	0,69%	0,30%	2.116
Malattie endocrine e metaboliche	16	17.678	0	940	4.698	23.316	1,90%	1,22%	1.457
Parto	17	1.015	0	30.022	8.043	39.080	3,19%	1,29%	2.299
Altro	864	75.802	1.414	176.382	112.404	366.002	29,86%	65,75%	424
Altro non utente	205	0	0	0	0	0	0,00%	15,60%	0
MMG Codxxx Totale assistiti	1.314	240.181	62.393	730.783	192.188	1.225.545	100%	100%	933
% assistiti con patologia	22,75%							ASL →	777
								V % ASL	20,05%

Tabella 4

Contenuti del *report* della scheda informativa del Mmg

N. report	Titolo	Contenuti del report	Fonte
1/A	ASSISTITI-PATOLOGIE-RISORSE- COSTO MEDIO ASSISTITO	Il <i>report</i> indica il numero di assistiti e le relative patologie cronico-degenerative, sia principali che secondarie (i criteri di inclusione degli assistiti nelle categorie patologiche, individuati a livello regionale, fanno riferimento all'esenzione, ai ricoveri, alle visite specialistiche e all'utilizzo di farmaci). Le categorie <i>ALTRO</i> e <i>ALTRO NON UTENTE</i> fanno riferimento rispettivamente a pazienti affetti da altre patologie rispetto a quelle individuate in ambito regionale e a pazienti che, per l'anno in esame, non hanno avuto contatti con il Ssr. Per ogni patologia e sul totale assistiti vengono evidenziati: la spesa farmaceutica, di file F, per ricoveri e ambulatoriale, il costo medio assistito e il confronto con il costo medio assistito dell'Asl.	DoA (banca dati assistiti) dell'Asl. I dati sono riferiti ai «consumi» degli assistiti a prescindere dal prescrittore, cioè a tutti gli eventi sanitari che hanno riguardato gli assistiti nell'anno preso in considerazione.
1	COMPOSIZIONE ASSISTITI-PATOLOGIA	Dettaglio del numero assistiti del Mmg/Pls suddiviso per patologia principale e per sesso e confronto con i dati Asl.	
1.1	COMPOSIZIONE ASSISTITI-PATOLOGIA PER ETÀ	Il <i>report</i> evidenzia il dettaglio del numero assistiti del Mmg/Pls suddiviso per patologia principale, sesso e fasce d'età e indica lo scostamento della percentuale di assistiti per ogni fascia d'età rispetto alla media Asl.	
1.2	COMPOSIZIONE ASSISTITI-PATOLOGIA E RISORSE CONFRONTO ASL	Si riportano i dati relativi al numero degli assistiti suddiviso per patologia principale e alle risorse consumate dai pazienti per farmaceutica, ricoveri e prestazioni ambulatoriali. Si rileva inoltre, per ogni voce di spesa, il confronto rispetto alla media Asl.	
2	SPESA FARMACEUTICA-CONFRONTO INDICATORI GENERALI	Nel <i>report</i> vengono evidenziati gli indicatori generali (spesa farmaceutica per assistibile pesato, valore medio prescrizione e numero di prescrizioni per assistibile pesato) per cui si riscontra uno scostamento rispetto alla media generale Asl/distretto.	Datawarehouse Asl. I dati sono ricavati dalle prescrizioni di farmaci effettuate dal Mmg.
2.1	SPESA FARMACEUTICA PER GRUPPO TERAPEUTICO ATC livello 1	Si individuano, a livello ATC1, in quali classi si manifesta lo scostamento: i parametri valutati sono il valore medio della prescrizione e il numero di prescrizioni per assistibile pesato. Già a livello 1 ATC è possibile motivare tali dati sulla base di quanto emerge dalla composizione patologia/età degli assistiti (si vedano i <i>report</i> N. 1 e N. 1.1).	
2.2	SPESA FARMACEUTICA MMG/PLS PER ATC livello 3	Viene analizzato il dettaglio della prescrizione per gruppi omogenei (liv. 3 ATC): si analizzano in particolare 4 aree ATC (AO2B, C, JO1, MO1A), critiche dal punto di vista della spesa generale (Asl e Regione). Eventualmente tale procedimento può essere ampliato ad altre aree ATC che risultano essere critiche dal punto di vista della spesa per il singolo medico considerato. Il parametro considerato è la spesa per assistibile pesato che viene calcolata per alcune molecole specifiche (denominate «molecole marker») all'interno delle classi ATC monitorate. Le molecole <i>marker</i> sono state individuate in base alla rilevanza nella spesa generale Asl e alla aderenza a linee guida di utilizzo condivise a livello nazionale e internazionale (farmaci di 1 ^a e 2 ^a scelta). Il parametro spesa pro assistibile pesato viene confrontato con l'analogo calcolato per il distretto di appartenenza del medico e il dato generale Asl. Viene poi verificata la correlazione fra la prescrizione farmaceutica, composizione patologia/età degli assistiti (si veda il <i>report</i> N. 1) e il dettaglio dei ricoveri/ambulatori per aree specifiche (si vedano i <i>report</i> N. 3 e N. 4).	
2.3	SPESA FARMACEUTICA MMG/PLS PER COMUNE AMBULATORIO E PER ATC livello 3	Sulla base delle prime 30 molecole oggetto della spesa farmaceutica del singolo medico viene effettuato un confronto con l'analogo del distretto di appartenenza; anche tale dato viene motivato sulla base della composizione patologie/età degli assistiti e dai dati ricoveri/ambulatori (si veda l'analisi dei <i>report</i> N. 3 e N. 4)	
3	RICOVERI ORDINARI PER STRUTTURA DI EROGAZIONE	Dettaglio per Mmg/Pls dei ricoveri ordinari dei propri assistiti con indicazione del tipo di struttura erogante (Ao di riferimento rispetto al territorio dell'Asl di Lodi, Ao in Regione, strutture private accreditate, strutture extra-regione).	
3.1	RICOVERI ORDINARI PER STRUTTURA DI EROGAZIONE E MODALITÀ INVIO	Il <i>report</i> rileva le modalità di invio dei pazienti ricoverati (distinguendo tra ricoveri programmati, non programmati, programmati con preospedalizzazione, TSO) e il tipo di struttura erogante.	Datawarehouse Asl: i dati sono ricavati dall'elaborazione delle Sdo validate dalla Regione e riferiti ai «consumi» degli assistiti a prescindere dal prescrittore.
3.2	RICOVERI ORDINARI E DAY HOSPITAL PER DRG	Il <i>report</i> rileva il numero di ricoveri, suddivisi tra ordinari e <i>day hospital</i> , e caratterizza i ricoveri LEA.	
4	PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER DISCIPLINA/PROVENIENZA/EROGATORE (ANALITICO)	Dettaglio delle prestazioni ambulatoriali ricevute dagli assistiti raggruppate per disciplina e suddivise rispetto alla provenienza (medico di base, specialista, altro, accesso diretto) e alla tipologia di struttura erogante.	Datawarehouse Asl: dati ricavati dall'elaborazione delle Prestazioni ambulatoriali validate dalla Regione riferiti ai «consumi» degli assistiti a prescindere dal prescrittore.
4.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER PROVENIENZA EROGATORE (SINTESI)	Il <i>report</i> propone la sintesi delle prestazioni ambulatoriali ricevute dagli assistiti con riferimento alla provenienza (medico di base, specialista, altro, accesso diretto) e alla tipologia di struttura erogante.	
4.2	VISITE SPECIALISTICHE PER DISCIPLINA	Il <i>report</i> evidenzia il dettaglio delle visite specialistiche cui si sono stati sottoposti gli assistiti raggruppate rispetto alla disciplina e alla provenienza (medico di base, specialista, altro, accesso diretto).	

Patologia principale	Totale	%	F	M	% Asl	Delta Asl
Defunti	4	0,3%	2	2	1,01%	- 0,70%
Trapiantati	1	0,1%		1	0,05%	0,03%
Insufficienti renali cronici (+ dializzati)	1	0,1%		1	0,32%	- 0,24%
HIV positivo ed AIDS conclamato	5	0,4%	1	4	0,20%	0,18%
Neoplastici	9	0,7%	6	3	1,05%	- 0,37%
Diabetici	37	2,8%	23	14	2,98%	- 0,16%
Cardiovascolopatici: ipertesi	40	3,0%	29	11	2,02%	1,02%
Cardiovascolopatici: cardiopatici	65	4,9%	33	32	8,42%	- 3,47%
Cardiovascolopatici: vasculopatici	3	0,2%	1	2	0,27%	- 0,04%
Broncopneumopatici	22	1,7%	12	10	0,89%	0,79%
Gastroenteropatici: epatopatici/enteropatici	10	0,8%	5	5	0,62%	0,14%
Gastroenteropatici: gastropatici (ulcerosi)	5	0,4%	2	3	0,42%	- 0,04%
Neuropatici: epilessia	4	0,3%	1	3	0,28%	0,03%
Neuropatici: Parkinson	2	0,2%		2	0,08%	0,07%
Malattie autoimmuni: artrite reumatoide	1	0,1%		1	0,08%	- 0,01%
Malattie autoimmuni: lupus eritematoso sistemico	1	0,1%	1		0,03%	0,05%
Malattie autoimmuni: sclerosi sistemica	1	0,1%	1		0,01%	0,07%
Malattie autoimmuni: tiroide di Hashimoto	1	0,1%	1		0,06%	0,02%
Malattie endocrine e metaboliche: ipo ed iperparatiroidismo	1	0,1%	1		0,01%	0,06%
Malattie endocrine e metaboliche: ipotiroidismo congenito ed acquisito	11	0,8%	9	2	0,34%	0,50%
Malattie endocrine e metaboliche: nanismo ipofisiario	1	0,1%		1	0,03%	0,05%
Malattie endocrine e metaboliche: ipercolesterolemie familiari e non	3	0,2%	2	1	0,37%	- 0,14%
Parto	17	1,3%	17		0,77%	0,53%
Altro	864	65,8%	495	369	61,46%	4,30%
Altro non utente	205	15,6%	72	133	18,07%	- 2,47%
	1.314		714	600		

Tabella 4.1

Scheda informativa Mmg
report 1
Composizione assistiti per
patologia e scostamento
Asl

riferimento o ad altre Asl, se pubbliche o private; le modalità di invio (chi prescrive/genera il ricovero) ed infine le cause del ricovero rilevabili dal Drg, distinti per regime di ricovero ordinario e Dh e se appartenenti alla classe ai LEA. Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali (report 4; 4.1; 4.2) si evidenzia, per ogni branca specialistica, il numero di prestazioni erogate, il prescrittore e la struttura sanitaria di erogazione (tabelle 4.6, 4.7).

6. L'analisi del reporting e la comunicazione

Il processo di produzione della scheda informativa è stato accompagnato da una serie di incontri di verifica con i rappresentan-

ti di distretto. È stata simulata la lettura del reporting e sono emerse alcune criticità, in particolare: una bassa responsabilizzazione rispetto ai ricoveri e alle prestazioni ambulatoriali utilizzate dagli assistiti, una forte attenzione sulla spesa farmaceutica, una difficoltà di lettura e interpretazione delle informazioni epidemiologiche. Di conseguenza, per accrescere la capacità di comprensione del report, si è concordato di sviluppare un percorso formativo specifico e, soprattutto, di integrare la scheda informativa del Mmg con una sintetica nota di analisi e commento sui contenuti del report, in modo da facilitarne la comprensione ed evidenziare le informazioni più significative.

Questa scheda, definita *scheda analisi*, è stata predisposta in modo tale da (tabella 5)

costituire lo strumento di comunicazione attraverso il quale guidare la riflessione del Mmg, iniziare il confronto raccogliendo le valutazioni e considerazioni sulla analisi e lettura effettuata dall'Asl e dettagliare un reciproco impegno sulle cose da fare attraverso la definizione di interventi azioni finalizzati al miglioramento e/o consolidamento della situazione rilevata.

Per non appesantire e complicare il reporting, oltre che per aderire alle richieste emerse nel corso degli incontri con i rappresentanti di distretto, si è concordato di approfondire il commento e l'analisi della

Totale assistiti	Da 1 a 4 anni	Da 5 a 14 anni	Da 15 a 44 anni	Da 45 a 64 anni	Da 65 a 74 anni	Oltre 74 anni
1.314	2	79	782	313	94	44
% età	0,2%	6,0%	59,5%	23,8%	7,2%	3,3%
% età - Asl -	3,6%	8,7%	41,3%	26,2%	10,6%	8,7%
Delta	-3,5%	-2,7%	18,3%	-2,4%	-3,5%	-5,3%

spesa farmaceutica. Per la restante reportistica ci si è limitati a fornire un commento sintetico sulla composizione degli assistiti per patologia, sul consumo di prestazioni ambulatoriali specialistiche e di ricovero

Tabella 4.2

Scheda informativa Mmg report 1.1. Distribuzione assistiti per classi d'età e scostamento Asl

Tabella 4.3

Scheda informativa Mmg report 1.2. Distribuzione assistiti - costi e scostamento Asl

Patologia principale	Assistiti	Costo farmaceutica	Costo assistito	Delta Asl	Costo ricoveri	Costo assistito	Delta Asl	Costo ambulatoriali	Costo assistito	Delta Asl
Defunti	4	3.366	841	61,58%	39.164	9.791	82,26%	271	68	-78,75%
Trapiantati	1	6.486	6.486	15,89%	191.162	191.162	1630,57%	3.377	3.377	8,89%
Insufficienti renali cronici (+ dializzati)	1	0	0	-100,00%	0	0	-100,00%	144	144	-97,79%
HIV positivo ed AIDS conclamato	5	736	147	-54,46%	13.844	2.769	167,54%	4.522	904	-6,87%
Neoplastici	9	8.247	916	-13,07%	85.698	9.522	57,30%	13.419	1.491	105,25%
Diabetici	37	27.539	744	-18,66%	58.908	1.592	50,74%	8.829	239	-12,58%
Cardiovascolopatici: ipertesi	40	23.524	588	10,24%	48.681	1.217	77,09%	9.241	231	7,81%
Cardiovascolopatici: cardiopatici	65	40.501	623	2,06%	50.002	769	-6,50%	13.972	215	10,19%
Cardiovascolopatici: vascolopatici	3	699	233	-58,28%	12.143	4.048	7,03%	1.701	567	31,07%
Broncopneumopatici	22	11.480	522	-6,59%	14.716	669	-11,39%	5.025	228	27,06%
Gastroenteropatici: epatopatici/enteropatici	10	9.001	900	74,41%	128	13	-97,69%	3.734	373	18,27%
Gastroenteropatici: gastropatici (ulcerosi)	5	3.481	696	-4,02%	2.426	485	-27,65%	238	48	-80,20%
Neuropatici: epilessia	4	6.056	1.514	173,23%	0	0	-100,00%	810	202	-15,52%
Neuropatici: Parkinson	2	809	404	-71,95%	2.626	1.313	-23,58%	1.003	502	123,70%
Malattie autoimmuni: artrite reumatoide	1	1.703	1.703	213,11%	0	0	-100,00%	364	364	31,69%
Malattie autoimmuni: lupus eritematoso sistemico	1	120	120	-38,63%	0	0	-100,00%	162	162	-40,62%
Malattie autoimmuni: sclerosi sistemica	1	1.898	1.898	179,47%	1.991	1.991	194,09%	153	153	-45,68%
Malattie autoimmuni: tiroide di Hashimoto	1	40	40	-84,53%	1.950	1.950	500,32%	81	81	-68,75%
Malattie endocrine e metaboliche: ipo ed iperparatiroidismo	1	248	248	2,48%	0	0	-100,00%	93	93	-76,56%
Malattie endocrine e metaboliche: ipotiroidismo congenito ed acquisito	11	2.014	183	-13,18%	940	85	-69,49%	3.748	341	28,06%
Malattie endocrine e metaboliche: nanismo ipofisiario	1	14.001	14.001	38,90%	0	0	-100,00%	243	243	19,82%
Malattie endocrine e metaboliche: ipercolesterolemie familiari e non	3	1.416	472	4,35%	0	0	-100,00%	614	205	7,89%
Parto	17	1.015	60	63,52%	30.022	1.766	-5,79%	8.043	473	4,50%
Altro	864	75.802	88	-6,67%	176.382	204	2,66%	112.404	130	16,50%
Altro non utente	205	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%
	1.314	240.181	183	-5,78%	730.783	556	31,60%	192.188	146	0,65%

	2004	2003	2002
Al mese di (ultima data contabile considerata)	MARZO	DICEMBRE	DICEMBRE
Spesa farmaceutica medico	62.385,32	238.276,00	188.497,44
Spesa totale distretto	4.269.923,94	15.498.194,66	14.571.045,90
N. prescrizioni medico	1.959	7.711	6.119
Prescrizioni totali distretto	146.215	534.175	525.353
Prescrizioni totali Asl	350.556	1.278.976	1.284.824
N. assistibili medico	1.336	1.272	1.193
N. assistibili pesati medico	1.375,57	1.314,50	1.224,08
N. assistibili pesati (distretto)	105.196,77	104.600,83	102.446,64
N. assistibili pesati (Asl)	238.162,48	237.828,90	234.296,61
1) Spesa farmaceutica pro assistibile	46,68	187,32	158,05
2) Spesa farmaceutica pro assistibile pesato	45,35	181,27	153,99
2) Spesa farmaceutica pro assistibile pesato (distretto)	40,59	148,17	142,23
2) Scostamento (distretto)	11,70%	22,30%	8,30%
2) Spesa farmaceutica pro assistibile pesato (Asl)	42,58	153,49	149,14
2) Scostamento (Asl)	6,50%	18,10%	3,30%
3) Valore medio prescrizione	31,85	30,9	30,81
3) Valore medio prescrizione (distretto)	29,2	29,01	27,74
3) Scostamento (distretto)	9,00%	6,50%	11,10%
3) Valore medio prescrizione (Asl)	28,93	28,54	27,2
3) Scostamento (Asl)	10,10%	8,30%	13,30%
4) Numero prescrizioni per assistibile pesato	1,42	5,87	5
4) Numero prescrizioni per assistibile pesato (distretto)	1,39	5,11	5,13
4) Scostamento (distretto)	2,50%	14,90%	- 2,50%
4) Scostamento (Asl)	- 3,20%	9,10%	- 8,80%
4) Numero prescrizioni per assistibile pesato (Asl)	1,47	5,38	5,48

Tabella 4.4

Scheda informativa Mmg
report 2
Spesa farmaceutica
indicatori

evidenziando gli scostamenti rispetto alla media Asl e le modalità prescrittive. Sono stati evidenziati e commentati gli indicatori considerati maggiormente significativi per rappresentare l'azione del Mmg e degli assistiti.

6.1 Analisi della spesa farmaceutica: metodologia adottata

È stata effettuata un'analisi retrospettiva sulla spesa farmaceutica relativa all'anno 2003 per ognuno dei 155 Mmg operanti nel territorio dell'Asl di Lodi.

Sono stati utilizzati i dati amministrativi del *datawarehouse* Asl, relativi alle prescrizioni farmaceutiche a carico del Ssn (in totale 1.278.976), rilevate per gli assistiti dell'Asl della Provincia di Lodi.

Sulla base dei dati di spesa farmaceutica dell'anno 2003, confermati anche nel primo trimestre 2004, sono state evidenziate le aree ATC liv. 1 più critiche a livello generale Asl, sia in termini di spesa (**grafico 2**) che di numero di prescrizioni (**grafico 2.1**). Successivamente, tenendo conto sia della realtà locale dell'Asl di Lodi, che delle sollecitazioni regionali per il controllo della spesa farmaceutica territoriale³ sono state identificate quattro aree ATC critiche:

- 1) A02B Farmaci antiulcerosi;
- 2) C Cardiovascolare;
- 3) J01 Antibatterici per uso sistemico;
- 4) M01A antinfiammatori/antireumatici.

All'interno delle suddette aree sono stati individuati alcuni principi attivi (ATC liv. 5), da qui in poi denominati *molecole-marker* (PA), che sono stati monitorati in termini quantitativi di spesa pro assistibile pesato. La scelta è stata fatta in funzione di diversi parametri, quali la rilevanza delle molecole nella spesa generale dell'Asl di Lodi (le molecole dovevano essere presenti nell'elenco delle prime 30 molecole oggetto della spesa locale), l'aderenza a linee guida ministeriali (Direzione generale per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza, 2002-2003) o condivise a livello internazionale (Direzione generale per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza, WHO International Society of Hypertension ISH, 2003), anche secondo criteri di costo/efficacia (farmaci di prima e seconda scelta), infine, la disponibilità sul mercato per almeno uno dei PA all'interno dello stesso gruppo ATC omogeneo, del farmaco generico (al fine di verificare il grado di prescrizione dei farmaci non coperti da brevetto). La **tabella 6** mostra, per ognuna delle molecole *marker* individuate con i criteri sopra riportati, il numero di prescrizioni, il valore di spesa e la quantità di confezioni erogate a carico del Ssn nel corso di tutto il 2003.

Quale indicatore dell'esposizione della popolazione al farmaco considerato, è stato calcolato il valore di spesa per PA/assistibile

Strutture di ricovero	N. casi	N. casi	Valore	Valore	Pazienti	Pazienti
	2003	2002	2003	2002	2003	2002
Extra Asl in Regione	159	151	649.398	334.097	103	119
AO della Provincia di Lodi	23	19	61.980	44.781	21	18
Extra Regione	7	6	24.390	44.634	7	6
Totale	189	176	735.768	423.512		

Tabella 4.5

Scheda informativa Mmg
report 3

Ricoveri ordinari per
struttura di erogazione

Drg: codice e descrizione	Drg LEA	N. casi	N. casi	N. casi
		D.H.	Ord.	Totale
373 Parto per via vaginale, senza CC			14	14
410 Chemioterapia, senza leucemia acuta come diagnosi secondaria		3	11	14
465 Assistenza riabilitativa con anamnesi positiva per tumore maligno come diagn. second.		13		13
503 Interventi su ginocchio senza dia. principale di infezione		2	6	8
359 Interventi su utero ed annessi non per tumore maligno, senza CC		2	5	7
381 Aborto con dilatazione e raschiamento con aspirazione o isterotomia		6	1	7
012 Malattie degenerative del sistema nervoso			6	6
039 Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	LEA	5	1	6
371 Parto cesareo, senza CC			6	6
266 Trapianti cute e/o asportazione tess. escl. ulcera cutanea o cellulite, senza CC		5		5
006 Decompressione del tunnel carpale	LEA	2	2	4
167 Appendicectomia senza diagnosi principale complicata, senza CC			4	4
... Altri ...				
Totale		63	189	252

Tabella 4.6

Scheda informativa Mmg
report 3.2

Ricoveri ordinari e Dh per
Drg

Prescrittore	Strutture conv. Asl	A.O.	Extra Regione	In Regione	Totale
Accesso diretto		10		86	96
Altro	124	144		26	294
Medico di base	289	1.670		9.854	11.813
Non disponibile			34	41	75
Specialista	4	1.178		4.625	5.807
Totale	417	3.002	34	14.632	18.085

Tabella 4.7

Scheda informativa Mmg
report 4.1

Prestazioni ambulatoriali
per provenienza ed
erogatore

N. report	Titolo	Analisi del reporting da parte dell'Asl	Valutazione e analisi del reporting da parte del MMG	Interventi/azioni finalizzati al miglioramento e/o consolidamento della situazione rilevata
1-1/A	COMPOSIZIONE ASSISTITI-PATOLOGIA	Il numero di assistiti è di 1.314 unità . Rispetto al quadro epidemiologico si rilevano i seguenti scostamenti rispetto alla media Asl: maggiori pazienti nella classe altro; minori pazienti cardiopatici e nella classe altro non utente .	Si prende atto dei dati, anche se non ci si ritrova con il numero di ulcerosi pari a 5.	Si concorda di istituire un flusso informativo finalizzato alla periodica verifica delle caratteristiche epidemiologiche degli assistiti, a rilevare compiutamente e tempestivamente le variazioni. Ci si impegna a valutare e analizzare congiuntamente il reporting nella consapevolezza del rilevante contributo che i Mmg/PLS possono offrire alla individuazione dei bisogni sanitari della popolazione, alla definizione di politiche e procedure finalizzate a garantire un percorso di cura appropriato, ad erogare processi uniformi di assistenza per tutti gli assistiti e al miglioramento dell'uso delle risorse.
1.1	COMPOSIZIONE ASSISTITI-PATOLOGIA PER ETÀ	La COMPOSIZIONE ANAGRAFICA si caratterizza, rispetto alla media Asl, per la minore presenza di pazienti in età pediatrica ed un incremento nelle raggruppamenti 15-44 anni +18%; ed una minore presenza nelle restanti fasce .	Si prende atto dei dati.	
1.2	COMPOSIZIONE ASSISTITI-PATOLOGIA E RISORSE CONFRONTO ASL	L'assorbimento complessivo di risorse da parte dei pazienti si rileva uno scostamento del +20% rispetto al costo medio Asl di cui -5% nella spesa farmaceutica; +31% per ricoveri; 0,65% specialistica ambulatoriale . In particolare le patologie che presentano uno scostamento maggiore rispetto alla media Asl sono: trapiantato, HIV, neoplastici, diabetici .	I ricoveri sono programmati/stabiliti, nella maggior parte dei casi da altri, non dal Mmg. 1/6 della spesa è dovuto alla presenza di un trapiantato tra i pazienti.	
2	SPESA FARMACEUTICA-CONFRONTO INDICATORI GENERALI	Si rileva scostamento incrementale vs Asl e distretto di appartenenza per gli indicatori generali spesa per ass.le pes., valore medio ricetta e n. prescrizioni.	Problema indicazione «suggerita» su ricette: difficoltà a ricordarsi ogni volta.	
2.1	SPESA FARMACEUTICA PER GRUPPO TERAPEUTICO ATC livello 1	A liv. 1 ATC si rileva scostamento rispetto alla media Asl per i parametri valore medio ricetta e n. di prescriz. per ass.le pes. nelle classi ATC A e H; si rileva scostamento rispetto all'Asl per n. di prescriz. Nelle classi J, M; scostamento solo per valore medio ricetta nelle classi L, C.		
2.2	SPESA FARMACEUTICA MMG/PLS PER ATC livello 3	Lo scostamento rilevato nella classe H risulta dovuto a prescrizione relative a somatotropina, correlate alla tipologia di pazienti trattati; nella classe L pesano sulla spesa farmaceutica le prescrizioni di interferoni e fattori di crescita, correlati alla popolazione di pazienti neoplastici. Analizzando il dettaglio della classe A pesano sulla spesa farmaceutica le prescrizioni di ipoglicemizzanti orali e quelle dei PPI (per cui si rileva notevole scostamento per spesa pro ass.le pes. sia vs Asl e distretto), pur a fronte di una popolazione riconosciuta ulcerosa di 5 soggetti: si presume quindi che tali farmaci vengano prescritti in prevenzione del sanguinamento gastrico in nota 1: verificare con il medico.	La spesa per ipoglicemizzanti orali è elevata ma tra i miei pazienti vi sono 33 diabetici. Molte prescrizioni sono indotte (soprattutto per gli inibitori di pompa).	

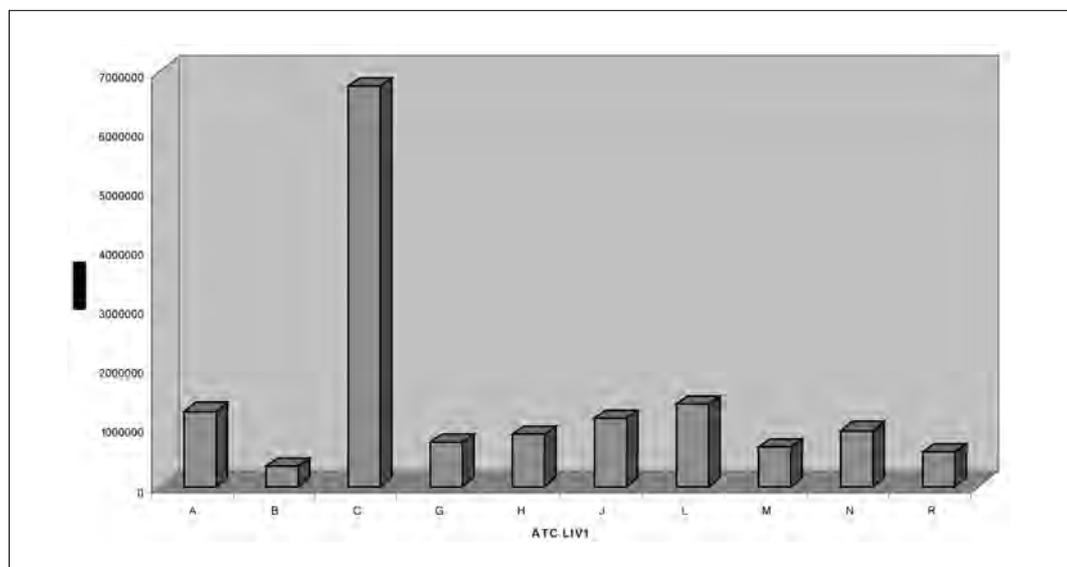
Tabella 5

Scheda analisi Mmg

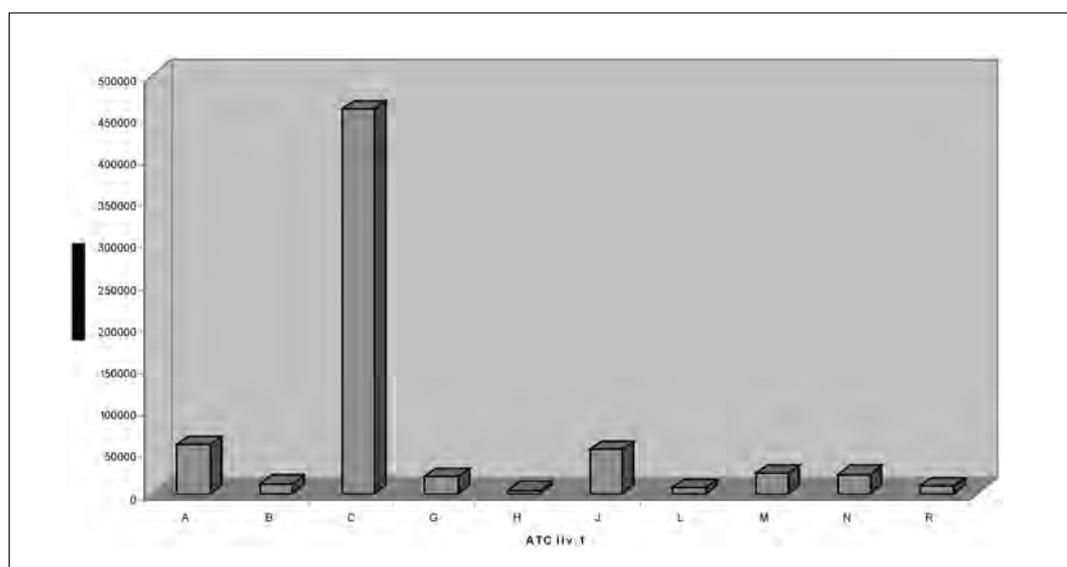
pesato per ognuna delle molecole *marker* individuate. Il valore è stato calcolato per ogni singolo Mmg sulla base delle prescrizioni e degli assistiti, oltre che a livello distrettuale e generale dell'Asl di Lodi (**grafico 2.2**).

La spesa farmaceutica in A02B è ascrivibile principalmente alle prescrizioni di farmaci inibitori di pompa protonica (PPI), che nel corso di pochi anni hanno soppiantato

quasi completamente gli altri farmaci del gruppo. Nella classe ATC C, la criticità della spesa è dovuta principalmente alla cronicità dei trattamenti: si è fotografato l'andamento generale delle prescrizioni fino al dettaglio del singolo principio attivo (ATC liv. 5) ma l'analisi quantitativa è stata effettuata sui soli farmaci antipertensivi e in particolare su due gruppi terapeutici rappresentativi rispet-

**Grafico 2**

Spesa farmaceutica 2003 dell'Asl di Lodi per aree ATC liv. 1

**Grafico 2.1**

Numero di prescrizioni 2003 dell'Asl di Lodi per aree ATC liv. 1

tivamente di un trattamento di prima e seconda linea gli ACE-inibitori e gli inibitori dell'angiotensina. Per enalapril e valsartan sono state considerate anche le formulazioni di associazione con i diuretici, in quanto le recenti linee guida di trattamento sull'ipertensione raccomandano come alternativa al farmaco in monoterapia le combinazioni farmacologiche *very low dose*.

Analogamente, nella classe ATC J01 si è effettuata una rilevazione generale della prescrizione, mentre è stata monitorata in termini di spesa pro assistibile pesato l'amoxicilli-

na, una penicillina ad ampio spettro d'attività antibatterica disponibile sul mercato sia come farmaco generico che in associazione con acido clavulanico (specialità farmaceutiche coperte da brevetto).

Nella classe M01A è stato monitorato l'andamento prescrittivo dei due coxib più prescritti nell'arco del 2003 (rofecoxib e celecoxib), confrontato con diclofenac, un FANS non selettivo, a brevetto scaduto, che per caratteristiche farmacocinetiche può rappresentare una delle principali alternative terapeutiche ai coxib (Direzione generale per

MATERIALI

PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

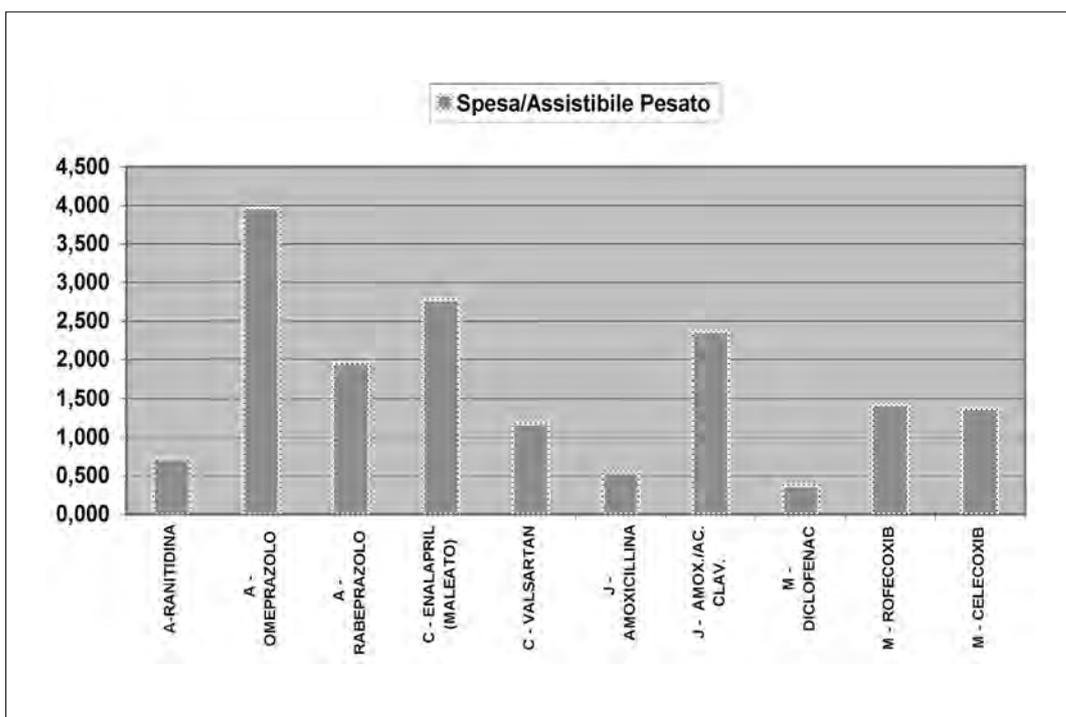
Tabella 6

Molecole Markers 2003 Asl di Lodi

Principio attivo	Quantità confez.	Spesa	Prescrizioni
A02B - Farmaci per il trattamento dell'ulcera			
A - RANITIDINA	16.594,00	170.700,34	9.686,00
A - OMEPRAZOLO	40.284,00	944.371,50	22.160,00
A - RABEPRAZOLO	23.988,00	465.134,67	13.577,00
C09 - Antipertensivi (ad azione sul sistema renina-angiotensina)			
C - ENALAPRIL (MALEATO)	59.375,00	662.395,12	26.798,00
C - VALSARTAN	9.853,00	280.759,85	4.996,00
M01A - Farmaci antinfiammatori/antireumatici			
M - DICLOFENAC	17.464,00	88.853,75	12.750,00
M - ROFECOXIB	11.125,00	340.040,69	7.916,00
M - CELECOXIB	12.750,00	326.727,25	8.926,00
J01 - Antibatterici per uso sistemico			
J - AMOXICILLINA	28.459	129.154,13	22.831
J - AMOXICILLINA/ACIDO CLAVULANICO	32.562	564.179,61	26.757

Grafico 2.2

Valori generali Asl di Lodi del parametro spesa farmaco per assistibile pesato dei principi attivi monitorati nelle aree ATC critiche



la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza, 2002-2003).

6.2 Metodologia dell'analisi

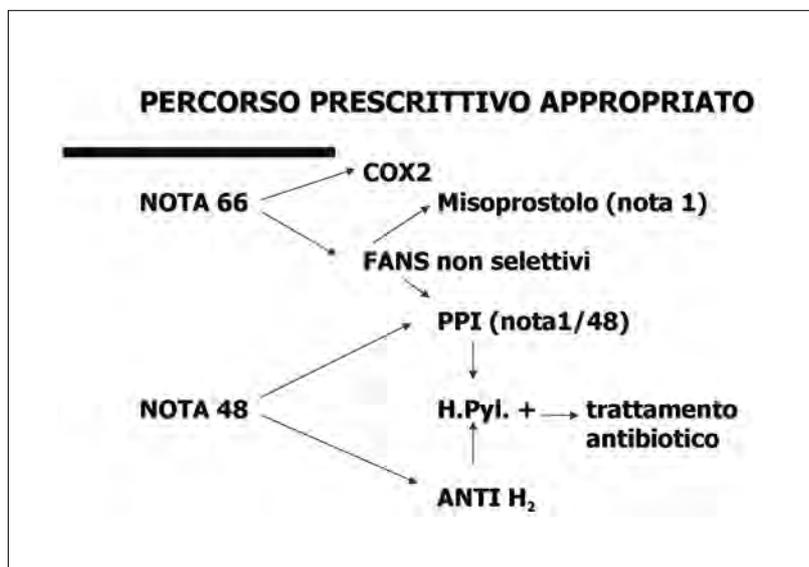
L'analisi dei dati sulla farmaceutica è stata effettuata utilizzando le seguenti fonti di dati, riportate nella scheda informativa Mmg:

- prescrizione farmaceutica Ssn dei Mmg/Pls (2003);
- anagrafica degli assistiti per patologia e classe d'età (2003);
- ricoveri e prestazioni ambulatoriali (Schede Sdo 2003).

L'analisi della reportistica farmaceutica per singolo medico viene effettuata individuando in primo luogo eventuali scostamenti dalla media dell'Asl e del distretto di appartenenza per gli indicatori generali (spesa farmaceutica per assistibile pesato, valore medio prescrizione e numero di prescrizioni per assistibile pesato). Successivamente si individuano le aree ATC livello 1 critiche in termini di scostamento dalla media Asl/distretto sia per numero di prescrizioni per assistibile pesato (parametro che può indicare una criticità in termini di iperprescrizione) che per valore medio prescrizione (ad indicazione di un atteggiamento culturale del medico che privilegia i farmaci più costosi). In seguito si analizza la prescrizione per gruppi terapeutici omogenei a livello ATC 3 (con il dettaglio ad ATC liv. 5 del principio attivo). Questa metodologia è utilizzata per l'analisi delle quattro aree monitorate a livello generale Asl ed eventualmente è applicabile su altri gruppi ATC, oggetto di scostamento per il singolo medico, che lo richiedano.

Il valore di spesa per PA/assistibile pesato, calcolato sulla base delle prescrizioni del singolo medico, viene confrontato con l'analogo dell'Asl e del distretto di appartenenza e in seguito viene giustificato o meno sulla base delle informazioni provenienti dall'epidemiologia dei pazienti e dai dati relativi a ricoveri/visite ambulatoriali/esami.

Per alcune aree ATC specifiche è possibile incrociare dati di consumo relativi a note limitative⁴ (note CUF) con il dato epidemiologico dei pazienti, per rilevare l'appropriatezza prescrittiva. Un esempio di tale possibilità è rappresentato dall'incrocio dei dati di con-



sumo relativi ai farmaci antiulcerosi erogati a carico del Ssn nell'ambito delle note CUF 1 e 48 e quelli relativi agli antinfiammatori erogati nell'ambito della nota 66 (tabella 7). Il numero delle prescrizioni dei farmaci della categoria ATC A02B viene confrontato con quello degli antinfiammatori (M01A) e, solo nell'ambito della nota 48, anche con il numero di prescrizioni degli antibiotici in J01 indicati per l'eradicazione dell'*Helicobacter Pylori*. Viene inoltre verificata l'eventuale correlazione fra la quantità di farmaci consumata e il numero di assistiti riconosciuti dall'analisi epidemiologia come gastropatici ulcerosi.

Per ogni Mmg è stata completata l'analisi del proprio *report*, i cui risultati sono sinteticamente riportati nella scheda analisi (tabella 5).

7. Gli incontri di valutazione con i Mmg

L'incontro con i Mmg per la discussione dei contenuti della scheda informativa ha costituito un passaggio estremamente critico poiché ha consentito all'Asl di Lodi di avviare un confronto diretto con tutti i Mmg e di apprezzarne la disponibilità e la motivazione. La gestione degli incontri ha rappresentato, pur con le criticità emerse, un forte momento di interazione e di verifica rispetto agli obiettivi attesi. In sostanza, si entrava nel vivo del progetto, si iniziava a costruire la rete

Tabella 7

La figura illustra le associazioni possibili fra farmaci prescritti nell'ambito delle note CUF 1, 48 e 66. La correttezza del percorso prescrittivo è verificata per ciascun Mmg, incrociando i dati di consumo di farmaci delle aree ATC A02B, M01A e J01 (per gli antibiotici previsti nella terapia eradicante di *H. Pyl.*)

di relazioni con i singoli Mmg finalizzata alla analisi delle caratteristiche dei propri assistiti attraverso la valutazione del *reporting* che, per la prima volta, offre una fotografia globale integrando i dati di consumo con informazioni di carattere epidemiologico e demografico.

Il tutto allo scopo di ottenere un maggiore coinvolgimento del Mmg nel governo della domanda mediante una condivisione di percorsi terapeutici e migliorando l'appropriatezza prescrittiva.

In una prima fase gli incontri sono stati organizzati in forma individuale. Questa modalità è stata contestata dalle Oo.Ss. in quanto ritenuta eccessivamente formale, inoltre veniva percepita come un esame ed una verifica dell'operato dei Mmg, creando non poco imbarazzo psicologico nei confronti dei professionisti che ancora non conoscevano a fondo gli obiettivi del progetto. Per evitare fraintendimenti e superare le tensioni che si erano create, gli incontri sono proseguiti a piccoli gruppi, di quattro o cinque medici, nelle sedi dei distretti di appartenenza. In questo modo, non solo si è migliorato il clima e la disponibilità, ma la presenza di più medici ha favorito il confronto senza rinunciare alle finalità degli incontri. Si è manifestata una spontanea esigenza, un forte bisogno di confrontarsi e di verificare i propri comportamenti. Allo stato attuale gli incontri hanno consentito di coinvolgere circa il 70% dei Mmg dell'Asl di Lodi.

In generale, l'atteggiamento con cui il medico si presentava agli incontri, soprattutto nella fase iniziale, era di diffidenza e preoccupazione, prevaleva un comportamento di difesa e di giustificazione del proprio operato. Non era stata ben compresa la funzione della scheda informativa e, nell'ambito della discussione, emergeva una difficoltà oggettiva ad essere propositivi. Progressivamente l'atteggiamento dei medici è cambiato, si è compreso che l'incontro non aveva alcuna funzione fiscale o impositiva, ed è stata apprezzata la possibilità di disporre di informazioni più articolate sui propri assistiti. Inoltre, da un numero significativo di medici, è stata rimarcata la positiva opportunità di confronto tecnico scientifico con i colleghi oltre che con l'Asl. Pur volendo coinvolgere il Mmg in una discussione globale sul suo

comportamento curativo attraverso l'analisi del *reporting*, è emerso che la discussione della prescrizione farmaceutica ha avuto una forte rilevanza e frequentemente ha monopolizzato l'incontro, a dimostrazione che il Mmg conosce le criticità di questo settore e che è sottoposto ad una forte pressione sui costi della spesa farmaceutica. Per quanto riguarda gli eventi sanitari relativi ai ricoveri e alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, il Mmg si ritiene poco coinvolto, ritiene di incidere in misura minima sul governo della domanda.

Le Oo.Ss. dei Mmg hanno manifestato una forte preoccupazione: evitare che venisse lesa l'autonomia professionale. Rilevante è la preoccupazione di difendere l'operato dei colleghi anche di fronte a reiterate assicurazioni circa gli obiettivi del progetto.

Per ogni Mmg l'incontro si concludeva con una indicazione operativa riportata nella scheda di analisi. Di fatto con il completamento della parte A e B della *scheda analisi* (tabella 5) si chiudeva questa prima fase del progetto e nel contempo si ponevano le basi per l'avvio di una fase successiva più avanzata per la realizzazione del governo della domanda.

8. Considerazioni conclusive

Considerata la natura del progetto e l'attuale stato d'avanzamento, è possibile compiere alcune considerazioni di tipo metodologico e prospettare alcune indicazioni operative.

In primo luogo, occorre considerare che il progetto è giunto ad un punto di non ritorno, nel senso che un disimpegno, un abbandono, una caduta di tensione da parte dell'Asl avrebbe conseguenze negative in termini di credibilità e di capacità di sostenere e gestire progetti complessi e di primaria rilevanza per le finalità istituzionali dell'azienda.

Quindi, occorre essere in grado di valutare criticamente il percorso intrapreso, se necessario rivedere le modalità operative e gli obiettivi intermedi, ma comunque continuare a mantenere alta la tensione progettuale. In sintesi, occorre essere *flessibili ma coerenti*: flessibili nel metodo, dimostrando di saper cogliere e innovare il processo a fronte di oggettive necessità, ascoltare le richieste e le

esigenze, ma coerenti nel perseguire l'obiettivo definito.

Un passaggio critico è determinato dalla ricerca del consenso formale e sostanziale da parte dei Mmg. Questa fase va costruita attraverso un laborioso e impegnativo processo che deve trovare il diretto impegno da parte della direzione strategica aziendale nel proporre il progetto, chiarire gli obiettivi, esplicitare il percorso operativo e tutelare il progetto nel suo sviluppo attraverso la costante verifica dello stato d'avanzamento e intervenire per mantenere alto il livello di partecipazione.

È stato sottovalutato l'impatto anche psicologico dei Mmg generato dal confronto sia individuale che di gruppo. È emersa la necessità di accompagnare il processo con un piano di formazione finalizzato a facilitare la comprensione della reportistica e a fornire maggiori strumenti interpretativi dei fenomeni rilevati. Un aspetto, costituito dal sistema informativo, nel corso del progetto è stato rivisto, arricchito e potenziato rispetto al fabbisogno dei destinatari. Il sistema informativo è focalizzato sul Mmg dove le informazioni primarie sono date dalle caratteristiche (epidemiologiche e demografiche) degli assistiti e la loro relazione con gli eventi sanitari e risorse assorbite. Il sistema informativo si è dimostrato un punto di forza rilevante che può/deve essere continuamente affinato, migliorato, personalizzato in relazione alle singole esigenze del Mm: una risorsa, che va oltre il progetto ed è disponibile per le esigenze di chiunque operi in ambito sanitario. Da parte dei Mmg sono scaturite indicazioni di lavoro: è stata valutata positivamente l'opportunità di mantenere un costante confronto fra i Mmg e Asl sulla appropriatezza prescrittiva, la necessità di costruire un organico rapporto con gli specialisti ospedalieri per definire protocolli comuni circa le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche ambulatoriali.

In particolare, il confronto con i medici ha permesso di individuare aree ATC particolari

in cui la prescrizione è indotta prevalentemente dallo specialista, a dimostrazione che il governo della spesa farmaceutica deve coinvolgere sia gli specialisti dell'ospedale che quelli del territorio. In questa ottica in futuro l'Asl di Lodi attiverà delle commissioni terapeutiche miste in collaborazione con la locale Azienda ospedaliera (medici territoriali e specialisti ospedalieri) al fine di promuovere e favorire l'appropriatezza di utilizzo del farmaco e il governo della spesa.

Consolidata questa prima fase occorre avviare una fase progettuale più avanzata in cui è indispensabile individuare le criticità nella domanda sanitaria e definire percorsi di miglioramento specifici per ogni Mm, con l'attuazione di un processo di monitoraggio del percorso clinico con le forme associative maggiormente evolute mediante la predisposizione di una scheda informativa *ad hoc*.

Infine va considerato che il progetto, sia nella fase di stesura sia in quella di attuazione, ha costituito un forte stimolo all'integrazione delle competenze Asl.

Note

1. Il servizio della Regione Lombardia qualità e appropriatezza dei servizi sanitari, nel corso del 2002, ha avviato in collaborazione con sei Asl Lombarde un gruppo di lavoro per definire i criteri di rilevazione delle patologie croniche secondo la metodologia messa a punto nell'Asl della Provincia di Pavia. Nel corso del 2003 è stata avviata la sperimentazione per la costituzione della BDA in tutte le Asl della Regione.
2. ATC - Classificazione anatomica terapeutica chimica: sistema di classificazione internazionale alfa-numerico dei farmaci a cura del Nordic Council on Medicines, raccomandato dal WHO e aggiornato in Italia dal Ministero della salute.
3. Nota regionale D.G. sanità del 12 marzo 2004 Prot. H1.2004-0017082): rivolta alle Aziende sanitarie suggerisce degli indicatori sentinella da analizzare in un'ottica di approccio metodologico al controllo della spesa farmaceutica.
4. Note CUF (oggi note AIFA): si tratta della definizione di particolari limitazioni prescrittive, rispetto alle indicazioni d'uso registrate, per l'erogabilità a carico del Ssn di alcuni farmaci.

B I B L I O G R A F I A

- Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con la medicina generale*, D.P.R. n. 270 del 28 luglio 2000.
- AGNELLO M., CERRA C., LOTTAROLI S. (2002), *Il governo della domanda nei sistemi socio sanitari. Un metodo di mappatura della patologia cronica e dei consumi sanitari*, Documento Asl Pavia.
- DIREZIONE GENERALE PER LA VALUTAZIONE DEI MEDICINALI E LA FARMACOVIGILANZA DEL MINISTERO DELLA SALUTE (A CURA DI) (2001), *Clinical Evidence*, vol. 1.
- DIREZIONE GENERALE PER LA VALUTAZIONE DEI MEDICINALI E LA FARMACOVIGILANZA DEL MINISTERO DELLA SALUTE (A CURA DI) (2002-2003), *Guida all'uso dei farmaci*, voll. 1, 2.
- FRIGNANI A., IMBALZANO G., NAVA A. (2004), «Il Data Warehouse a supporto delle decisioni in sanità. Il caso dell'Asl di Lodi», *Mecosan*, 49, pp. 85-98.
- HELLER L., TEDESCHI P. (2004), «Scelte regionali per il governo della medicina generale», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano.
- REGIONE LOMBARDIA (2002), *Piano socio sanitario regionale 2002-2004*.
- TEDESCHI P., TOZZI V. (A CURA DI) (2004), *Il governo della domanda*, McGraw-Hill, Milano.
- VENDRAMINI E. (2001), *Il sistema incentivante*, in F. Longo, E. Vendramini (a cura di), *Il budget e la medicina generale*, McGraw-Hill, Milano.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978), *The Alma Ata Declaration on primary health care*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), International Society of Hypertension (ISH), (2003), «Statement on management of hypertension», *J. Hyp.*, 21(11), pp. 1983-1992.

Le sperimentazioni gestionali in sanità: il caso Volterra in Toscana

RAFFAELE FAILLACE

More than ten years ago the Italian National Health Service began to explore the possibility of public private cooperation in the provision of health services. After some initial difficulties the program developed under regional responsibility. Volterra experience here described is very interesting for different reasons. The first one is that Toscana region is well known for his strong pro public attitude and, in principle, not favorable to cooperation. The second one is the original involvement of a large set of institutions representing local communities. Finally, Volterra case shows how health care services could help local social and economic development.

Note sull'autore

Raffaele Faillace è Direttore generale del Dipartimento Salute della Regione Calabria, già Direttore del Progetto «Auxilium Vitae»

1. Premessa

L'istituto delle sperimentazioni gestionali in sanità, in regime di Ssn, fa la sua prima apparizione nel 1991 con la legge n. 412, art. 4 comma 6. La finalità dichiarata è quella della ricerca di modelli di governo orientati alla efficienza attraverso la realizzazione di collaborazioni con privati.

Successivamente l'art. 9 bis del decreto legislativo n. 502 del 1992 ha ripreso il tema individuando come «missione» delle sperimentazioni gestionali due obiettivi di fondo: il primo è quello della ricerca di modelli di governo più efficienti della spesa sanitaria ed il secondo è quello del miglioramento della qualità dell'assistenza.

L'introduzione di tali «novità» nella gestione dei servizi sanitari non è stata cosa da poco. Su tale decisione ampio ed a tratti aspro è stato il dibattito politico. Tant'è che il 502 aveva espressamente previsto che il numero delle sperimentazioni non dovesse essere superiore alle 9 unità, singolarmente autorizzate dalla conferenza Stato-Regioni, incaricata peraltro di valutarne l'andamento ed i risultati.

Il D.L.vo n. 229 del 1999 riprende la tematica all'articolo 10 con una formulazione che, se da un lato tende ad ampliare il numero delle sperimentazioni, dall'altro evidenzia la preoccupazione di «contaminazioni» negative che potrebbero derivare dalla presenza dei privati nella gestione dei servizi sanitari pubblici.

Da tale preoccupazione deriva il potenziamento del ruolo della conferenza Stato-Regioni cui viene attribuito il compito di «autorizzare» i programmi di sperimentazione proposti dalle Regioni.

SOMMARIO

1. Premessa
2. Il contesto
3. Il fabbisogno
4. La sperimentazione gestionale
5. I risultati
6. Attualità e prospettive

Una svolta sull'argomento è costituita dalla legge n. 405/2001, art. 3. Essa ha attribuito alle regioni il potere di «adottare» i programmi di sperimentazione, dandone solo comunicazione ai ministeri competenti e redigere, successivamente, una relazione annuale sui risultati. Tale legge conferma l'applicazione dell'articolo 9 *bis* ma, ed è questa la novità più importante, fino alla adozione di specifiche leggi regionali. Si tratta di un punto di arrivo del tutto naturale, conseguente alla riforma del titolo V della costituzione.

Dunque, dalle iniziali preoccupazioni derivanti dalla partecipazione dei privati alla gestione di rami di attività della sanità si è giunti ad una posizione più pragmatica: quella di riconoscere la competenza delle regioni e demandare ad esse la formalizzazione dei programmi delle sperimentazioni più opportune e coerenti con i rispettivi piani sanitari.

A tali conclusioni si è giunti probabilmente anche sulla base di due considerazioni. La prima è quella che, nonostante la limitazione prevista dal 9 *bis* del 502 e le preoccupazioni del 229, erano comunque realizzate nel paese molte iniziative di sperimentazioni gestionali, favorite anche da quella autonomia imprenditoriale delle aziende sancita dal 229 e dai relativi statuti aziendali. In secondo luogo si è dovuto prendere atto che con la svolta federalista era pressoché impossibile limitare tali esperienze a pochissimi casi, addirittura da autorizzarsi e validare centralmente.

Le ultime modifiche introdotte al D.L.vo. n. 229/99 non hanno modificato la natura né il quadro generale di riferimento del modello di sanità che quindi continua ad essere caratterizzato da un servizio sanitario pubblico a carattere universalistico e gestito finanziariamente dalla contribuzione pubblica.

A fronte di tali certezze si tratta di considerare pragmaticamente le sperimentazioni che sono state realizzate per comprenderne la portata e soprattutto ricavarne utili indicazioni per stimolare, nel quadro del servizio sanitario pubblico e universalistico, ulteriori iniziative in grado di meglio realizzare le due finalità che il legislatore ha individuato per le sperimentazioni gestionali: la maggiore efficienza ed economicità nello svolgimento delle attività e lo sviluppo qualitativo dei servizi.

A tale scopo viene in soccorso l'indagine svolta dall'Agenzia dei servizi sanitari regionali (Assr) pubblicata nel settembre 2003. Essa ha preso in considerazione 146 progetti di sperimentazione gestionale provvedendo, tramite una commissione *ad hoc*, ad una specifica ed approfondita valutazione. Tale lavoro risulta di particolare interesse poiché dalla varietà delle esperienze possono trarsi spunti assai significativi per sviluppare iniziative sperimentali.

Il caso della sperimentazione di Volterra relativa al centro di riabilitazione multispecialistica «Auxilium Vitae» nel programma delle sperimentazioni esaminate appare di particolare spessore e significato. Non a caso essa è stata considerata fra le tre più importanti sperimentazioni gestionali esistenti.

Significativa è altresì la circostanza che tale sperimentazione sia stata realizzata in Toscana, regione notoriamente impegnata in una forte affermazione del carattere pubblico del servizio sanitario.

2. Il contesto

Volterra è un comune al centro della Toscana di circa 11.000 abitanti, pressoché equidistante da Pisa, Siena e Firenze, con una forte tradizione sanitaria che, nel secolo scorso, ne aveva fatto un punto di riferimento per l'Italia centrale nell'ambito della psichiatria, con punte di oltre 6.000 ricoverati nell'ex Ospedale psichiatrico.

Cento anni di convivenza con un struttura sanitaria di tali dimensioni, ancorché in progressiva dismissione dal 1978, hanno interferito profondamente sulla struttura economica e sociale della città, determinando lo sviluppo di un cultura sanitaria e una sensibilità alle problematiche del settore in ogni cittadino della zona.

L'esperienza psichiatrica ha reso naturale per Volterra il riferimento a un bacino di utenza multizonale tanto che nel 1963 era già iniziata l'attività di riabilitazione neurologica, con 60 p.l. e nel 1990 è iniziata l'attività di riabilitazione cardiologia in regime di degenza (32 p.l.), unica struttura di questo tipo nell'Italia centrale.

L'Azienda Usl 5 di Pisa (di cui oggi l'ospedale di Volterra fa parte) ha saputo cogliere l'importanza di questo patrimonio cultura-

le e ha intrapreso una programmazione sanitaria in cui la città è stata posta come centro di riferimento dell'Italia centrale nel campo della riabilitazione (c.d. «polo riabilitativo»).

Il progetto di realizzazione di un Centro di riabilitazione multispecialistico nasce quindi dalla precisa volontà di individuare nuove direzioni di sviluppo per l'Ospedale di Volterra in alternativa all'imponente riduzione dei servizi a cui lo stesso sembrava inevitabilmente destinato.

L'ospedale sarebbe infatti andato incontro ad una pesante ridimensionamento secondo i parametri indicati sia dalla legge finanziaria in vigore per l'anno 1996 (L. n. 549 del 28 dicembre 1995), che dal Piano sanitario regionale (Psr), 1996/1998 della Regione Toscana (Psr) nonché della programmazione predisposta, per l'anno 1996, dalla stessa Azienda Usl 5 di Pisa mediante il suo principale documento di pianificazione annuale, il Piano attuativo locale (Pal).

La realizzazione di un Polo multispecialistico per le attività di riabilitazione, di eccellenza, in grado di soddisfare le esigenze di un bacino di utenza anche sovregionale, ha invece offerto tangibili garanzie del permanere del presidio ospedaliero e, al contempo, ha realizzato i concreti presupposti per il suo sviluppo in quanto lo ha riqualificato anche come principale erogatore delle prestazioni correlate alle attività di riabilitazione.

Per queste ultime, infatti, sono di fondamentale supporto alcuni servizi quali la diagnostica per immagini, l'ortopedia, il laboratorio di analisi chimico cliniche nonché l'insieme della consulenze offerte dagli specialisti degli ulteriori reparti ospedalieri.

Il progetto è nato inoltre con l'intento di operare una riconversione in attività produttive del ricco patrimonio immobiliare, proveniente dall'ex Ospedale psichiatrico (pervenuto alla proprietà dell'Azienda Usl mediante trasferimento dai Comuni) quale alternativa alla sua dismissione, generalizzata e frazionata.

Il requisito strutturale per ipotizzare tale soluzione è stato fornito dalla presenza di alcuni padiglioni inutilizzati, ma facilmente ristrutturabili, ove era possibile identificare non soltanto nuovi reparti di degenza, ma anche spazi per strutture di supporto.

La scelta di pianificare nuove forme di collaborazione con altri enti, quali la costituzione di società a capitale misto pubblico-privato (ex art. 9 *bis* D.L.vo n. 502/92) per la gestione delle attività di riabilitazione, è stata ulteriormente stimolata e supportata da alcune considerazioni:

– la Usl 5 incontra rilevanti difficoltà nel reperire dal suo bilancio adeguate risorse economiche da destinare ad un'incisiva politica di sviluppo e di miglioramento dei servizi sanitari e delle attività connesse;

– la città di Volterra è al centro del territorio designato per l'offerta di prestazioni erogabili da parte del Polo multispecialistico di riabilitazione;

– nell'area ospedaliera insistono ampi spazi esterni utilizzabili per i percorsi riabilitativi, per le aree di terapia occupazionale, per attività sportive e di tempo libero;

– i reparti di riabilitazione neurologica (operativa dal 1963 - una delle prime sedi in Italia) e di riabilitazione cardiologica (operativa dal 1990 e ancora l'unica struttura pubblica di questo tipo non solo in Toscana, ma nell'Italia Centrale) garantiscono attività consolidate da esperienze pluriennali.

3. Il fabbisogno

Il decremento della mortalità generale ed il contestuale innalzamento dell'aspettativa di vita registratosi negli ultimi anni in Italia, così come in altri paesi industrializzati, si accompagna all'incremento della popolazione anziana ed al conseguente aumento dell'espressività di molte patologie invalidanti che ad essa si correlano. Ciò, unitamente ad altre cause quali i traumatismi e la maggiore aspettativa rispetto alla qualità della vita, rende ragione del progressivo incremento della domanda di riabilitazione. Le attività di riabilitazione hanno così progressivamente assunto una «priorità d'intervento» all'interno dei Piani sanitari nazionali.

Il numero di casi che necessitavano di riabilitazione tra i residenti della provincia di Pisa e delle province limitrofe (Livorno, Siena e Grosseto) è stato stimato elaborando dati statistici dell'Istat e del dipartimento di Scienze neurologiche dell'Università degli studi di Firenze. Ciò ha consentito una iniziale previsione delle necessità riabilitative di

un'ampia zona della Toscana (si veda **tabella 1**).

Il bisogno di prestazioni di riabilitazione è particolarmente consistente soprattutto per gli esiti di chirurgia ortopedica, cardiaca e toracica, per malattie reumatologiche e respiratorie, per esiti di eventi cerebrovascolari, alcune malattie congenite o acquisite correlate a gravi disabilità.

Una conferma, seppur indiretta, delle necessità riabilitative del territorio considerato era data dall'indice di attrazione esercitato, negli anni precedenti, dalle attività in regime di degenza registrato nei reparti di riabilitazione già operativi a Volterra. Infatti, in tali reparti, la percentuale dei ricoveri di residenti sul territorio di altre province superava il 60% e si attestava a valori intorno al 4% per il flusso di utenza di altre Regioni.

Fu presa in considerazione anche la domanda di prestazioni di riabilitazione muscolo scheletrica che, nel 1997, era pervenuta a strutture specialistiche regionali da parte di cittadini residenti sul bacino di utenza aziendale (n. 185 ricoveri pari ad un valore economico di L. 1.158.000.000).

Il bisogno di riabilitazione, riportato a livello nazionale, ha una dimensione particolarmente rilevante, a fronte di una scarsa disponibilità di strutture pubbliche capaci di dare risposte adeguate.

Ciò ha ulteriormente rafforzato la scelta progettuale per un Polo riabilitativo in grado di proporsi, per particolari patologie, quale struttura capace di accogliere l'utenza proveniente non solo dalla Toscana, ma anche da un bacino sovraregionale.

4. La sperimentazione gestionale

Il progetto prevedeva il conferimento ad una Spa delle attività di riabilitazione che fino a quel momento la Usl aveva effettuato direttamente e l'ingresso di *partner* economicamente forti e sensibili alle esigenze locali, quali la Fondazione dell'Istituto di credito cittadino.

Il progetto è divenuto un fulcro della programmazione aziendale per l'intera Zona dell'Alta Val di Cecina e parte integrante del Piano attuativo locale 1997 dell'Azienda Usl che è stato ratificato dalla Conferenza dei sindaci e giudicato conforme al Psr dalla Giunta regionale Toscana.

Al contempo, per valutare le varie possibilità di costituzione di una società a capitale misto per la gestione delle riabilitazioni, neurologica e cardiologica, fu nominato un gruppo di lavoro, i cui componenti furono congiuntamente individuati dalla Usl e dalla Fondazione.

Tabella 1

Patologie	Incidenza 1/100.000	Prevalenza 1/100.000	Casi attesi					
			Pisa	Livorno	Siena	Grosseto	Toscana	Italia
Trauma cranico	200	800	770	675	500	436	7.040	114.537
Para/tetraparaplegia	3	123	13	12	9	8	123	1.718
Cerebrovasculopatie	150	600	578	506	375	327	5.280	85.903
Epilessia	50	650	193	169	125	109	1.760	28.634
Parkinson	20	200	77	67	50	44	704	11.454
Sclerosi	5	50	19	17	13	11	176	2.863
Demenze	50	1600	193	169	125	109	1.760	28.634
Sindrome di Down	2	50	9	7	5	4	70	1.145
Lombalgie gravi		300	1.155	1.012	750	654	10.560	171.512
Artrosi/osteopatie		15256	58.736	51.474	38.140	33.258	537.011	8.721.945
Malattie cardiache		3830	14.746	12.922	9.575	8.49	134.816	2.189.634
Malattie respiratorie		5270	20.290	17.781	13.175	11.489	185.504	3.012.891
Fratture testa femore		50	193	169	125	109	1.760	28.585
Totale			96.972	84.980	62.967	54.907	886.564	14.399.455

La complessità organizzativa, derivante dalla compartecipazione di più soggetti, pubblici e privati, alla realizzazione del Polo di riabilitazione, ha reso inoltre necessario studiare le possibili forme giuridiche per il definitivo concretizzarsi dell'intero progetto. Il gruppo di lavoro ha preso in considerazione anche le possibili collocazioni immobiliari delle attività riabilitative e lo studio di fattibilità per il passaggio alla eventuale gestione consortile del Polo.

Un'importante tappa nella realizzazione del progetto si è registrata nel 1997 quando, con proprio decreto, il Ministro della sanità ha indicato il presidio ospedaliero di Volterra quale sede per un «Polo di riabilitazione multispecialistico» le cui strutture «saranno da realizzare o da ristrutturare a cura e spese dell'Inail».

Il riconoscimento del presidio ospedaliero di Volterra quale Polo di riferimento per un bacino di utenza sovregionale ha, quindi, consentito all'Azienda Usl di richiedere alla Regione Toscana la pronta adozione di un provvedimento legislativo che autorizzasse sia la gestione in forma societaria delle riabilitazioni esistenti (ex art. 9 *bis* del D.L.vo n. 502/92) sia l'attivazione dei primi posti letto di Riabilitazione muscolo-scheletrica.

Il progetto ha quindi assunto la seguente connotazione:

1) *forma giuridica*: società mista, con la maggioranza assoluta delle azioni in mano agli enti locali ed alla Usl 5 e una rilevante partecipazione della Fondazione Cassa di risparmio di Volterra; lo strumento ha consentito successivamente l'ingresso di altri *partner* privati (Fondazione Maugeri) che hanno apportato il loro *know-how* nel campo scientifico e della ricerca;

2) *oggetto sociale*: gestione diretta in regime di degenza di servizi di riabilitazione cardiologici e neurologici; svolgimento di attività di impresa nel settore dei servizi sanitari in generale, da realizzarsi anche mediante adesione e partecipazione a consorzi con altre strutture analoghe;

3) *fondamento giuridico*: art. 11 codice civile, art. 4, comma 6, L. 412/91, art. 9 *bis* D.L.vo 502/92, delibera Giunta regionale Toscana n. 994/98;

4) *gestione*: affidata al Consiglio di amministrazione e all'Amministratore delegato;

un'apposita convenzione tra Usl 5 e Spa regola le prestazioni sanitarie (guardia medica, radiologia, laboratori, farmacia ecc.) e parasanitarie (supporti amministrativi e tecnici) nonché i rapporti di dare/avere per i servizi resi e per le attività di degenza;

5) *direzione sanitaria*: affidata alla Usl 5;

6) *acquisizione beni/servizi*: rispetto al sistema pubblico la Spa, come soggetto privato, ha una maggiore flessibilità burocratica che facilita il sistema degli acquisti; la società, se lo ritiene opportuno, può comunque subentrare nei contratti che la Usl stipula con i suoi fornitori, previo consenso di questi ultimi;

7) *Personale*: inizialmente è stato utilizzato il personale della Usl 5 che già prestava servizio nei reparti di riabilitazione mediante accordi con le organizzazioni sindacali che hanno avuto un ruolo di forte partecipazione e di condivisione del progetto. L'intesa ha consentito di garantire la continuità del servizio di assistenza e il mantenimento del suo livello qualitativo, e nel contempo il mantenimento dello status giuridico di dipendente pubblico; è stato quindi siglato un accordo commerciale a termine tra la Usl 5 e la Spa, recepito anche dalla delibera della regione Toscana n. 994/98. Gradualmente la società si è dotata di personale proprio mediante assunzione alle sue dirette dipendenze, garantendo il ritorno alla Usl di tutto il personale che ne aveva fatto richiesta, oppure l'assunzione di quello che hanno optato per continuare a lavorare nella società.

Le informazioni relative alla composizione sociale sono fornite nel **box 1**.

5. I risultati

La società ha iniziato la sua attività il primo maggio 1999. I risultati programmati sono in linea con quelli perseguiti ed ottenuti in questi primi anni di attività.

Attività

La società ha iniziato con 55 posti letto, di cui 30 di riabilitazione cardiologia e 25 di riabilitazione neurologica; nel 2001 la regione Toscana ha autorizzato l'ampliamento a 85 posti letto, di cui 15 di neuroriabilitazione di

Box 1

Informazioni relative alla composizione sociale

La Società è stata costituita nel novembre 1998 con un capitale sociale di lire 5.686.000.000, così suddivisi:

- AZIENDA USL 5 DI PISA, socio al 51%; ha effettuato il conferimento in natura delle attività di riabilitazione già in essere, per un valore di lire 2.900.000.000
- FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI VOLTERRA: socio al 46% ha effettuato un conferimento in denaro di lire 2.615.420.000
- COMUNE DI VOLTERRA: socio all'1,33% ha effettuato un conferimento in denaro di lire 75.624.000
- COMUNE DI POMARANCO: socio al 0,75% ha effettuato un conferimento in denaro di lire 42.645.000
- COMUNE DI CASTELNUOVO V.C.: socio al 0,27% ha effettuato un conferimento in denaro di lire 15.352.000
- COMUNE DI MONTECATINI V.C.: socio al 0,23% ha effettuato un conferimento in denaro di lire 13.078.000
- COMUNITÀ MONTANA: socio al 0,42% ha effettuato un conferimento in denaro di lire 23.881.000

Le percentuali degli Enti locali della zona, che detengono in tutto il 3% del capitale, sono state ripartite sulla base della popolazione residente.

Nel 2001 la FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI ha chiesto di entrare a far parte della società; ciò è stato realizzato grazie alla disponibilità della Fondazione Cassa di Risparmio di Volterra, che ha ceduto al nuovo socio il 15% delle proprie azioni.

Nel dicembre 2001 è stato deliberato l'aumento di capitale – connesso alla realizzazione della foresteria – pari a euro 998.320.

3° livello (gravi cerebrolesioni acquisite) e 40 di riabilitazione neurologica.

I posti letto sono tutti attivi e i tassi di utilizzazione nel 2004 sono risultati essere:

- riabilitazione neurologica cod. 56 97,10
- riabilitazione per gravi cerebrolesioni acquisite cod. 75 97,41
- riabilitazione cardiologia cod. 56 89,96

Investimenti

Nella **tabella 2** si riportano gli investimenti strutturali e in attrezzature, impianti, macchinari fatti nel corso degli anni dalla Società.

In particolare tra le attrezzature è da segnalare l'acquisto in riabilitazione cardiolo-

gia di un ecografo e di una centrale di monitoraggio completa di registratore e ricevitore telemetrico, il rinnovo della strumentazione per la palestra ed il reparto di riabilitazione neurologica e l'acquisto delle attrezzature per l'attivazione della riabilitazione di 3° livello.

Gli interventi strutturali hanno riguardato la messa a regime del reparto di riabilitazione neurologica di 3° livello e l'ampliamento del 2° livello che sono stato effettuati nel rispetto dei requisiti della L. reg. n. 8/99 sull'accREDITAMENTO istituzionale.

Personale

In linea con la programmazione e gli accordi con le organizzazioni sindacali, la società, partita con 50 operatori distaccati dalla Usl 5, ha gradualmente assunto alle proprie dipendenze nuovi operatori, per un totale ad oggi di oltre 130 unità.

Di fatto le assunzioni hanno creato altrettanti nuovi posti di lavoro in quanto nel contempo si è dato corso al rientro del personale distaccato alla Usl di provenienza, senza dovere utilizzare l'istituto della mobilità ma garantendo il rientro nella sede di Volterra.

Tabella 2

Investimenti della società

Anno	Totale investimenti
1999	383 milioni di lire
2000	643 milioni di lire
2001	695 milioni di lire
2002	281 migliaia di euro
2003	167 migliaia di euro
2004	250 migliaia di euro

La **tabella 3** che riporta l'andamento del personale nel corso degli anni.

Foresteria

Si è conclusa la costruzione di una Foresteria di circa 60 posti, per un investimento complessivo di oltre 6 miliardi di cui 900 milioni di lire ottenuti con finanziamento a fondo perduto mediante il patto territoriale della Provincia di Pisa.

La foresteria entrerà in funzione entro breve tempo e sarà dotata anche di due appartamenti domotizzati allo scopo di preparare gli utenti ed i familiari ad una buona organizzazione domiciliare.

Produzione

I dati relativi alla produzione e alla redditività della società sono richiamati dalla **tabella 4**.

6. Attualità e prospettive

Al suo 6° anno di attività la Società registra una «buona salute» così come dimostrano i dati della **tabella 4**.

In particolare:

– sono andati a regime i programmi stabiliti quanto alle specialità ed al numero di posti letto;

– la struttura ha superato la verifica della Commissione regionale per l'accreditamento;

– il Psr 2002/2004 e quello recentemente varato (2005/2007) considerano la sperimentazione pienamente riuscita e prevedono forti azioni di sviluppo della società per la costruzione di un grande centro di eccellenza riabilitativa.

La creazione di tale centro di eccellenza, come accennato, avrebbe dovuto realizzarsi in collaborazione con Inail, che, per effetto del decreto del Ministero della sanità del 1997, ha attivato in Volterra, nella stessa area ospedaliera un primo nucleo di 30 p.l. di cento autorizzati dalla Regione, di riabilitazione muscolo-scheletrica. In virtù dello stesso decreto, Inail era tenuta a realizzare a sue spese le strutture necessarie per la creazione del «Polo di riabilitazione multispecialistica», cioè un vero e proprio nuovo ospedale della riabilitazione ove collocare le attività Inail, quelle della Spa Auxilium Vitae oltre ad altre attività riabilitative e di ricerca. In tale prospettiva, l'Inail aveva acquistato dalla Asl 5 tre edifici da ristrutturare per un valore di 7.3 miliardi di lire.

Coerentemente era stato predisposto, nel 2002, e presentato alla Regione così come richiesto dal Psr un progetto comune Inail, Auxilium Vitea Spa, Asl 5 di Pisa.

Ad oggi, purtroppo, si registra un grave ritardo nella prosecuzione di tali progetti. Inail è oggetto di costanti sollecitazioni da parte degli enti locali, dell'Asl 5 e della stessa Regione Toscana a realizzare l'investimento per far nascere un nuovo e moderno ospedale

Anno	N. totale personale impiegato	Di cui personale proprio
1999	50	17
2000	54	37
2001	78	75
2002	100	94
2003	111	105
2004	123	120
2005	131	128

Tabella 3
Personale della società

Anno	Fatturato	Utile al netto delle imposte	Note
1999	Lire 4.354.739.000	Lire 177.054.950	Va precisato che il volume di attività è riferito ad un periodo di soli 8 mesi (maggio-dicembre '99) su 55 posti letto
2000	Lire 6.702.529.580	Lire 106.070.086	Per un periodo di 12 mesi su 55 posti letto
2001	Lire 7.836.619.465	Lire 48.256.508	Per un periodo di 12 mesi
2002	Euro 5.474.181	Euro 226.086	Per un periodo di 12 mesi
2003	Euro 5.821.527	Euro 43.154	Per un periodo di 12 mesi
2004	Euro 7.070.000 (*)	Euro 230.000 (*)	Per un periodo di 12 mesi

Tabella 4
Produzione e redditività della società
(*) Stima

della riabilitazione che costituisca il centro di eccellenza riabilitativa per la Toscana e non solo.

A fronte della battuta di arresto delle iniziative con Inail, la Società ha ritenuto ugualmente di procedere al proprio sviluppo. Ciò in tre direzioni:

a) *sviluppo di altri rami di attività riabilitativa*. Entro il 2005 verrà attivato un nuovo reparto di riabilitazione respiratoria inizialmente con 20 p.l. e successivamente con 30 p.l. Il reparto sarà dotato di 6 p.l. di sub-intensiva (area di ventilazione). Si tratta di una specialità riabilitativa praticamente assente nelle strutture pubbliche toscane e non solo toscane;

b) costante qualificazione delle attività attraverso l'acquisizione di personale qualificato, metodologie di lavoro aggiornate, e lo stretto collegamento con le strutture ospedaliere dell'Asl 5, dell'Azienda universitaria ospedaliera di Pisa e con altri centri riabilitativi della Toscana. Con questi ultimi si sta realizzando un Cup unificato per l'alta specialità (gravi cerebrolesioni acquisite);

c) *la ricerca*. Nei mesi scorsi la Società, anche su impulso dell'Assessore regionale al Diritto alla salute, ha promosso un accordo con la Scuola superiore S. Anna di Pisa da cui è scaturito un ambizioso programma di ricerca. Tale programma si articola in 4 linee di ricerca:

– l'introduzione della *robotica e della mecatronica* quale ausilio al monitoraggio delle condizioni dei pazienti ed alla riabilitazione,

– *la domotica* che si prefigge di creare le condizioni e gli ausili per una efficace organizzazione della vita familiare,

– *la teleriabilitazione* per creare una rete di assistenza in tempo reale ed al domicilio dell'utente,

– *la bioingegneria* con l'utilizzazione di protesi di stimolazione elettrica (FES, neuroprotesi, ecc.).

Tale impostazione delle attività di ricerca si prefigge di offrire il massimo supporto tecnologico per migliorare i risultati della assistenza nel breve momento, ma soprattutto in una prospettiva futura.

Non è secondaria in tale impostazione l'ambizione di stimolare la nascita di aziende produttrici (*spin-off*) o investimenti di aziende esistenti per prodotti nuovi che le linee di ricerca pongono in evidenza.

Costituisce, quest'ultima, una prospettiva di grande interesse per lo sviluppo economico del territorio. La riuscita di una tale operazione starebbe a dimostrare che la sanità praticata ai livelli più avanzati può generare sviluppo ed aprire prospettive innovative assai rilevanti.

In provincia di Pisa esistono molte condizioni favorevoli a tale approdo:

– la presenza di strutture universitarie e di alti studi. La Scuola superiore S. Anna di Pisa gestisce un avanzato centro di ricerca di ragguardevoli dimensioni;

– la presenza di piccole e medie imprese dinamiche e innovative;

– istituti di credito e relative fondazioni interessati ad un impiego delle risorse finanziarie in iniziative che possano generare sviluppo;

– un orientamento assai deciso delle istituzioni locali e regionali verso le innovazioni in sanità ed in economia.

Modelli organizzativi e sistemi operativi di gestione della separazione tra committenza e produzione: un'analisi di 5 realtà aziendali

VALENTINA CHIARINI, ELEONORA CORSALINI, EMANUELE VENDRAMINI

Organizational design and management control are two of the most important functions of health management. This article is focused on the analysis of 5 case studies in the Emilia Romagna region on how the Department of Primary care is designed from an organizational point of view and how the responsibility centres are set from a management control point of view. The analysis shows that each single HA followed a specific pathway and the same organizational structure (the primary care department) is perceived differently. Besides this differentiation some interesting conclusions can be drawn and they are linked to the steering process of the General practitioners (GPs) and specifically their network (Primary Care Trusts or Groups).

Note sugli autori

Valentina Chiarini - Boehringer-Ingelheim
Eleonora Corsalini - Ausl Piacenza
Emanuele Vendramini è Ricercatore economia aziendale Università Cattolica del Sacro Cuore - Piacenza

Attribuzione articolo

Pur essendo frutto del lavoro congiunto degli autori, è possibile attribuire i §§ 1, 2 e 5 ad Emanuele Vendramini, i §§ 3 e 4 ad Eleonora Corsalini e Valentina Chiarini

1. Premessa ¹

La devoluzione sanitaria sancita dal punto di vista legislativo dalla riforma del titolo V della Costituzione rappresenta la ratifica di un processo avviato oramai da diversi anni che ha portato le singole regioni a definire modelli propri di organizzazione e gestione dell'assistenza sanitaria (territoriale e non).

Le novità forse più importanti sono rappresentate dall'evoluzione degli assetti organizzativi ed in particolare la diffusione di sistemi operativi (in particolare sistemi di programmazione e controllo) con la finalità di incrementare il livello d'efficacia ed di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, logiche di governo clinico ad esempio) ². In particolare proprio il tema dei percorsi e delle logiche di gestione della patologia rafforzano le logiche che vogliono nella centralità del paziente-utente la parola d'ordine in quasi tutte le Asl italiane (Vendramini, 2004).

In particolare recentemente si è cominciato a riflettere sulla tipologia delle risposte fornite ai pazienti, attraverso una più attenta analisi dei loro bisogni: proprio guardando alla domanda si è evidenziato come il Ssn si fosse storicamente concentrato sul momento acuto della patologia, la domanda si è sviluppata sempre di più sul lato della cronicità soprattutto in conseguenza all'aumentata età media della popolazione (Longo, 2001; Casati, 2002; Tarricone, 2005).

In alcune Regioni, in particolare in Emilia-Romagna, queste valutazioni hanno portato all'adozione sul territorio di un modello

SOMMARIO

1. Premessa
2. La nuova organizzazione territoriale delle Asl: ruoli e funzioni
3. Presentazione delle cinque realtà aziendali
4. Sintesi comparativa dei risultati
5. Riflessioni conclusive

organizzativo che vede come protagonisti il Distretto socio-sanitario ed il Dipartimento di cure primarie, nell'ottica del rafforzamento della funzione territoriale (Lega, Vendramini, 2001). Nei Piani sanitari regionali dell'Emilia-Romagna (con particolare riferimento al terzo Psr) si definisce chiaramente i compiti e le responsabilità del Distretto e del Dcp, attribuendo al primo la funzione di committenza ed al secondo quella di produzione, lasciando invece alle Ausl le modalità organizzative, le forme di coordinamento ed i sistemi operativi ritenuti maggiormente efficaci nelle differenti realtà aziendali.

In particolare, il presente contributo, alla luce delle sperimentazioni gestionali avviate dal 2001 in regione Emilia-Romagna, intende analizzare l'assetto organizzativo del Dipartimento delle cure primarie (struttura organizzativa e dei sistemi operativi la struttura dei centri di responsabilità) di 5 realtà aziendali.

Le Aziende considerate sono state scelte poiché caratterizzate da numerosi elementi comuni, quali una popolazione di riferimento con *trend* demografici negativi ed un alto indice di vecchiaia. Inoltre tutte e cinque le Ausl mostrano una simile distribuzione dei cittadini: 80.000 abitanti in media per ogni Distretto con presenza di realtà sia cittadine che montane.

2. La nuova organizzazione territoriale delle Asl: ruoli e funzioni

L'ampliamento delle capacità organizzative e programmatiche delle Asl italiane in termini di possibilità ha comportato un profondo ripensamento della configurazione dei Servizi territoriali incentrato sulla separazione tra committenza e produzione, cambiamento ancora in atto dal punto di vista organizzativo il distretto è una forma d'integrazione che si basa su logiche di integrazione orizzontale, caratterizzata cioè da una responsabilità per aree complessive di bisogni o di domanda, che implica una delega quasi totale delle funzioni di coordinamento e integrazione dalle varie macrostrutture aziendali al Distretto. In particolare esso si configura come centro per l'erogazione dell'Assistenza primaria, filtro della domanda delle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali e come

base dell'osservatorio epidemiologico per la valutazione dei bisogni della popolazione e della conseguente programmazione sanitaria.

La logica che è sottostante alla definizione della struttura organizzativa denominata Dipartimento delle cure primarie è relativa alla volontà di separare, per ridurre l'auroreferenzialità del dover controllare l'appropriatezza della produzione distrettuale. In tal senso il Dcp è responsabilizzato sul processo di erogazione delle prestazioni di Assistenza primaria (infermieristica, medicina generale, assistenza ambulatoriale, domiciliare, farmaceutica, residenziale e semiresidenziale, pediatrica e consultoriale). In questo modo al Distretto spetta il compito di dare risposta completa alla domanda (su cui si concentra il *focus* organizzativo), progettando percorsi sul territorio e trasversali tra questo e l'ospedale al fine di offrire all'utente una risposta integrata (funzione di committenza e governo clinico).

Il Distretto è parte integrante della Direzione aziendale ed i suoi compiti sono:

- monitorare, analizzare e programmare i consumi sanitari del proprio territorio;
- realizzare l'integrazione tra i Servizi territoriali che dipendono da diverse Uu.Oo.;
- garantire l'integrazione socio-sanitaria (con Adi, Rsa, Case protette, Strutture semi-residenziali);
- coordinare le attività di promozione della salute (Lega, Vendramini, 2001).

Con la separazione della funzione di committenza da quella di produzione si configura una matrice, assetto tipico in sanità. Le domande di ricerca che caratterizzano il presente lavoro sono quindi: quale è l'assetto organizzativo delle strutture territoriali nei casi analizzati? In particolar modo quale è la struttura organizzativa e quali i sistemi organizzativi del territorio?

In letteratura non sono molti i contributi relativi all'assetto organizzativo del cosiddetto «mondo territoriale» alla luce della separazione tra la funzione di committenza e di produzione³.

In particolare tre sono le tematiche devono essere prese in considerazione nel momento in cui viene avviata una analisi dell'assetto

organizzativo del territorio in Emilia-Romagna:

- 1) il rapporto tra Distretto e Dipartimento delle cure primarie;
- 2) la allocazione ed il governo dei fattori produttivi;
- 3) la gestione dei Nuclei delle cure primarie.

In merito al rapporto tra distretto e dipartimento delle cure primarie risulta importante sottolineare come il concetto di dipartimento richiami una struttura organizzativa unica a livello aziendale. Una delle prime variabili oggetto di analisi dei casi aziendali sarà proprio la numerosità dei dipartimenti: unico a livello aziendale oppure il Dcp come funzione di produzione del distretto e quindi inserito in un rapporto biunivoco (uno a uno) con il distretto stesso?

In questa seconda fattispecie l'analisi deve concentrarsi sul rapporto gerarchico tra Distretto e Dcp. Il Direttore di distretto è gerarchicamente superiore al direttore del Dcp? Ed in caso di risposta affermativa l'ipotesi di partenza relativa alla separazione tra committenza e produzione è da considerarsi ancora valida?

Sembrirebbe che il modello puro di separazione tra le due funzioni spinga verso un Dcp unico che raccoglie, o meglio, definisce i vari distretti contratti interni di committenza e sulla base dei quali poi definisce la propria linea di produzione.

In merito alla allocazione dei fattori produttivi la riflessione è legata alla attribuzione di risorse (personale, spazi, ecc.) al Dcp. Il distretto quindi verrebbe svuotato di perso-

nale che verrebbe destinato alla funzione di produzione dipartimentale. L'analisi intende capire, soprattutto facendo riferimento al processo di *budget*, quali scelte sono state effettuate dalle aziende.

La gestione dei Ncp risulta essere un tema particolarmente complicato in quanto a queste forme organizzative di carattere funzionale si richiede da un lato di partecipare ai progetti di governo clinico e di governo della domanda (ponendosi di fatto sul versante della committenza e quindi distrettuale), dall'altro di ripensare l'erogazione di servizi e prestazioni (Adi e presa in carico di pazienti diabetici ad esempio) con una chiara dipendenza organizzativa e gestionale dal Dipartimento delle cure primarie.

Interpretare le scelte aziendali in tema di responsabilità di governo dei Ncp, di gestione delle relazioni con i loro coordinatori è evidentemente una delle variabili maggiormente significative per comprendere le logiche e le strategie adottate.

3. Presentazione delle cinque realtà aziendali

3.1 Metodologia della ricerca

Il presente lavoro si configura come una *survey*, vale a dire una rilevazione diretta mediante analisi di documenti ed interviste *ad personam* ai responsabili delle articolazioni organizzative interessate. Nella **tabella 1** si riportano i principali documenti esaminati per ogni Ausl.

L'analisi si è focalizzata principalmente sulla natura del Dcp (distrettuale o sovradi-

Documenti	AUSL Piacenza	AUSL Modena	AUSL Bologna Città	AUSL Bologna Sud	AUSL Forlì
Piano strategico	X				
Piano programmatico	X				
Piano delle azioni	X	X			
Atto aziendale	X	X			X
Organigrammi	X	X		X	X
Architetture dei CdR			X	X	X
Schede di <i>budget</i>	X		X		
Manuali organizzativi		X	X		
Documenti interni aziendali	X	X	X	X	

Tabella 1
Documenti analizzati
per ciascuna Ausl

strettuale), sul modello dei Cdr adottato, sui rapporti tra Distretto socio-sanitario e Dipartimento di cure primarie (d'ora innanzi Dcp), nonché sulla natura dell'interfaccia aziendale per i Nuclei di cure primarie (d'ora in poi Ncp).

3.2 Azienda Usl di Piacenza

La struttura organizzativa del territorio

Per quanto riguarda l'organizzazione del territorio, l'Azienda Usl di Piacenza è suddivisa in quattro Distretti. Come si evince dall'organigramma aziendale (**figura 1**), i Distretti dipendono direttamente dalla Direzione generale.

L'Azienda assegna un ruolo forte al Distretto: esso è gerarchicamente sovraordinato alle Uu.Oo. territoriali, le quali sono sottoarticolazioni dell'U.O. Assistenza primaria. Quest'ultima, come il Distretto, è definita Struttura complessa, mentre le Uu.Oo. territoriali sono Strutture semplici. Strutture complesse sono pure il Dcp, il Dipartimento di salute mentale, il Dipartimento di sanità pubblica, e l'U.O. Integrazione socio-sanitaria, trasversali a tutti e quattro i Distretti.

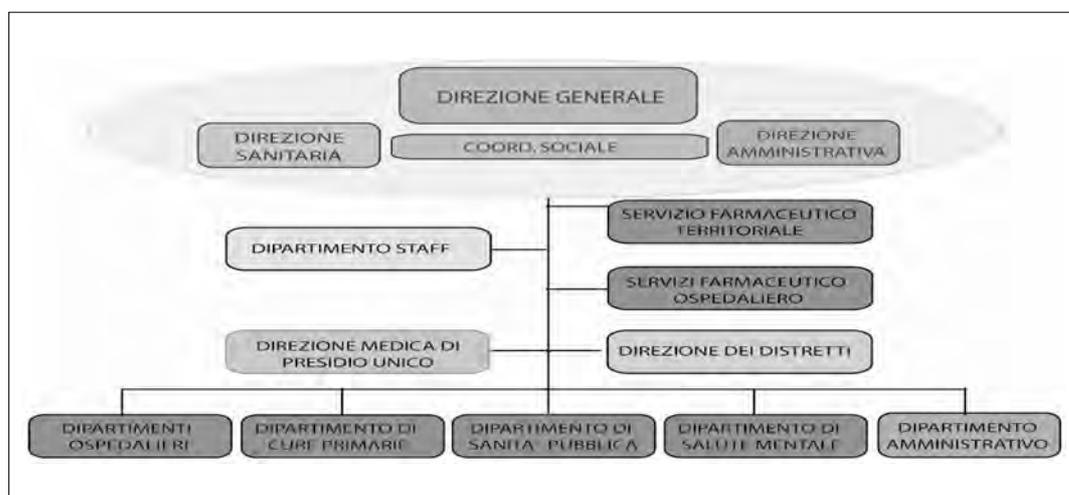
La separazione delle funzioni di committenza e produzione è avvenuta da tempo ma, in tutti i Distretti (tranne quello Urbano), la responsabilità delle due attività ed i due *budget* collegati sono in capo ad un'unica persona: il Direttore di distretto.

Ai fini della presente indagine, risulta interessante osservare la sperimentazione avviata nel Distretto urbano in cui l'Azienda ha deciso di operare concretamente la distinzione tra le due funzioni. La committenza è sempre stata vista come una funzione afferente alla Direzione generale: con la sperimentazione avviata nel Distretto urbano si è voluto dare una parziale delega di funzione e di potere per quanto riguarda l'attività di committenza. Il peso strategico di questa attività programmatrice si evidenzia nel forte legame con la responsabilità primaria dei vertici aziendali: definire, con il Piano strategico, la «rotta» da seguire anche e soprattutto tenendo in debito conto le esigenze della popolazione di riferimento. Ci si è resi finalmente conto che la committenza serve a spostare l'attenzione dalla singola prestazione alla «presa in carico» del paziente-utente.

Operativamente, nel Distretto urbano è stata attuata una forte scissione tra le due funzioni territoriali primarie, attribuendo la gestione dei fattori produttivi al capo della Struttura complessa Assistenza primaria. La responsabilità finale della produzione territoriale è in capo al Dcp (nella persona del Direttore sanitario).

Il clima è di forte collaborazione e concertazione: la negoziazione del *budget* avviene tra Direzione generale, Direttore di distretto e Responsabile della Struttura complessa Assistenza primaria, in modo estremamente dialettico. Al primo vengono assegnati solo

Figura 1
Organigramma aziendale



obiettivi «di committenza», ovvero di qualità, innovazione, sviluppo e di raggiungimento generale degli obiettivi territoriali; al secondo sono attribuiti obiettivi «di produzione», quindi quantitativi e monetari. Anche se organizzativamente parlando il Distretto è gerarchicamente sovraordinato alla Struttura complessa Assistenza primaria, la gestione diretta delle risorse economiche è totalmente in capo a quest'ultima. Si riporta l'organigramma relativo al territorio nella **figura 2**.

L'architettura dei Cdr ed il processo di budget

Da questo quadro emerge un ruolo abbastanza «debole» del Distretto; tuttavia, nell'ambito della negoziazione, è proprio lui a «guidare il gioco». È grazie ai dati d'analisi della domanda che si decide di affidare determinati obiettivi di produzione, con contestuale assegnazione di risorse.

L'architettura dei Cdr che ne risulta è abbastanza interessante. La Struttura complessa Assistenza primaria è un Cdr, articolato nelle Strutture semplici che coordina. Il Distretto è anch'esso un Cdr (di pari grado rispetto a quello della Struttura complessa) che:

– presenta finalità di raggiungimento degli obiettivi economici delle unità organizzative di cui si compone e che integra;

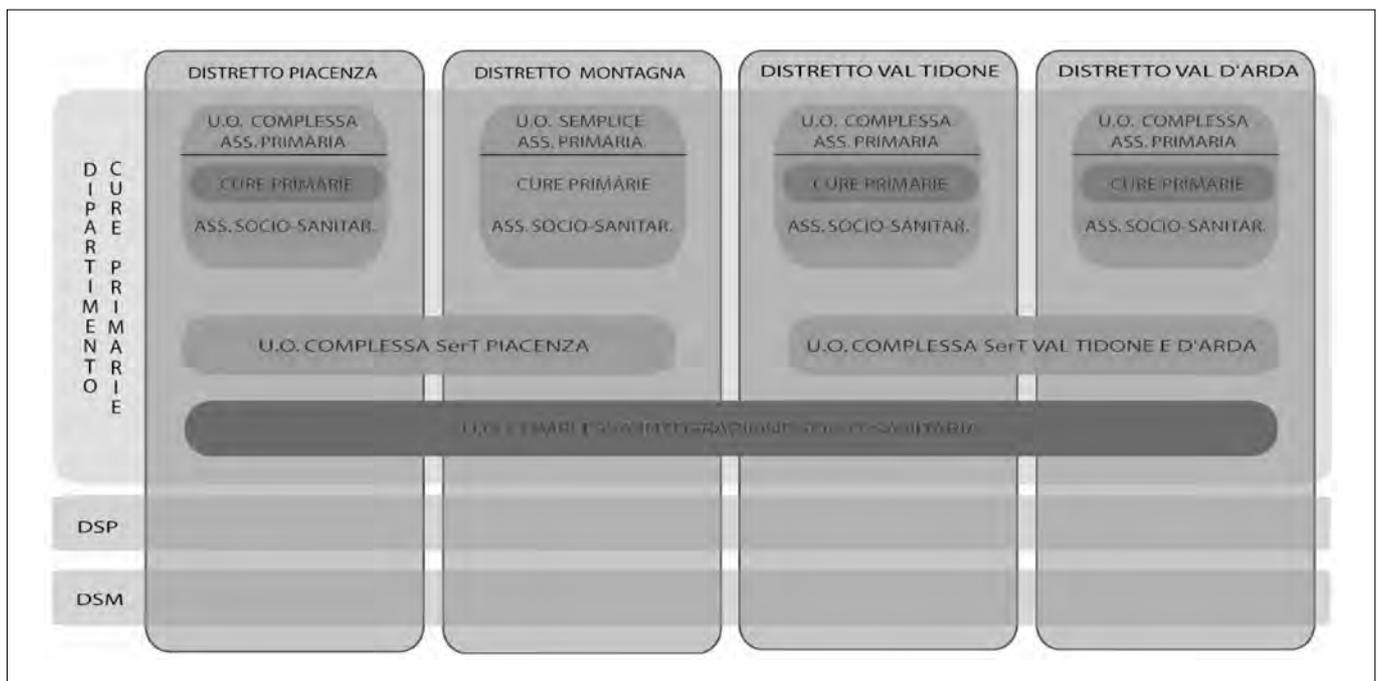
– presenta obiettivi «di committenza», svuotati di consistenza quantitativa e caricati di valenze qualitative.

Tuttavia, per il 2004 il Distretto urbano non ha avuto una scheda *budget* di committenza: il Direttore di distretto risponde alla Direzione del «buon funzionamento», coordinamento ed integrazione delle attività che vengono espletate all'interno del suo territorio di riferimento, non avendo però alcuna responsabilità specifica. Trovandosi all'inizio della sperimentazione, la Direzione generale della Ausl di Piacenza ha preferito non delegare, mantenendo in capo a se stessa la responsabilità piena della committenza territoriale.

In questo quadro, il Distretto urbano rimane comunque un Cdr, risultante dalla sommatoria dei Cdr presenti al proprio interno.

Negli altri Distretti la situazione è molto diversa: i *budget* di produzione (insieme ad obiettivi di coordinamento) sono in capo ai Direttori di distretto, che, quindi, gestiscono direttamente le risorse economiche necessa-

Figura 2
Organigramma del territorio



rie all'erogazione delle prestazioni assistenziali.

Dal modello sembra emergere come la volontà dell'Ausl di Piacenza sia quella di fare una «committenza territoriale» e non distrettuale. In altri termini, l'obiettivo è quello di creare una figura sovradistrettuale, trasversale ai quattro Distretti, che commissioni l'erogazione di prestazioni sanitarie per tutto il territorio. Essa sarebbe la responsabile unica del *budget* di committenza e assegnerebbe «a cascata» gli obiettivi ai Distretti, attraverso il raggiungimento dei quali perseguirebbe le finalità strategiche che solo al lei competono.

L'Azienda crede che la committenza a livello aziendale, intesa come lettura dinamica del bisogno, possa permettere di individuare le simmetrie e le asimmetrie del territorio di riferimento, al fine di omogeneizzare il trattamento dei pazienti nei vari distretti e di raggiungere importanti sinergie.

Sul versante della produzione si riscontra lo stesso orientamento accentratore: la funzione di produzione è ufficialmente presidiata dal Dipartimento di cure primarie, il cui responsabile è responsabile «in solido» della erogazione delle prestazioni territoriali. L'Azienda ha dunque pensato ad un Dcp sovradistrettuale: al pari del Dipartimento di salute mentale ed a quello di sanità pubblica, esso è trasversale rispetto ai quattro Distretti. Il Direttore del Dcp è gerarchicamente sovraordinato ai responsabili delle Strutture complesse di Assistenza primaria e funge da coordinatore ed integratore delle attività di produzione sul territorio: il Dcp è un Cdr e il suo *budget* risulta dalla sommatoria dei *budget* di produzione dei vari Distretti. Dal punto di vista delle responsabilità organizzative l'attuale e temporaneo responsabile del Dcp è il Direttore sanitario: è su di lui che ricade la responsabilità ultima. Nella realtà, però, il Dcp sembra svuotato di qualsiasi funzione di gestione diretta dei fattori produttivi appare inoltre come il Direttore del distretto urbano ha, ad oggi, rapporti di collaborazione sia con il Dcp che con la Struttura complessa Assistenza primaria: si viene così a creare una complessa rete organizzativa che assomiglia ad una «matrice nella matrice», in cui il Distretto gioca un ruolo chiave, fungendo da perno, ma risulta svuotato di qualsiasi responsabilità ufficiale.

La realtà piacentina offre un esempio di quanto articolata possa essere la struttura territoriale di una Asl. Il caso in esame presenta dunque notevoli spunti di riflessione. Innanzitutto sembra pregevole la volontà di omogeneizzare l'offerta sul territorio attraverso l'istituzione della «committenza territoriale», che, attraverso l'opportuna analisi dei bisogni, riuscirebbe a dare un quadro onnicomprensivo della domanda rivolta all'Azienda per fornire un'adeguata risposta. Questo aiuterebbe anche a raggiungere una maggiore equità nel trattamento dei pazienti. La realizzazione di un progetto tanto ambizioso, tuttavia, richiederà sicuramente diverso tempo, sia per gli strumenti tecnici di cui necessita sia per il cambiamento culturale da cui deve essere accompagnata.

In questo modo non sembrano apparire definite puntualmente le funzioni del Distretto, visto che non è prevista una sua responsabilità diretta né riguardo la committenza né circa la produzione. Inoltre, crediamo che il rischio maggiore di questo impianto organizzativo sia la possibile deresponsabilizzazione dei Direttori di distretto, esautorati di un potere formale sulle risorse economiche e con obiettivi non sempre concreti e definiti puntualmente.

Per quanto riguarda il Dcp sovradistrettuale, si vuole sottolineare il rischio di rendere eccessivamente complessa l'organizzazione adottando questa soluzione, alla luce della realizzazione della «committenza territoriale»: si potrebbe infatti appesantire troppo il cambiamento, caricandolo di esagerate complicazioni. Le attuali Strutture complesse di Assistenza primaria, presenti in ogni Distretto, assomigliano molto a Dcp distrettuali e, di fatto, quello del Distretto urbano svolge le stesse identiche funzioni: anzi, probabilmente riesce a presidiare in modo più efficace i fattori produttivi affidati, rispetto a quanto farebbe un unico Dcp (che ha un solo punto di riferimento per la committenza).

Probabilmente l'accentramento dei poteri e delle responsabilità non può avvenire su entrambi i «lati»: o si realizza la committenza unica, lasciando la responsabilità della produzione distrettuale, o si sposa il modello centrato sul Dcp, che vede questo ultimo protagonista indiscusso del territorio, lasciando la committenza a livello distrettuale.

3.3 Azienda Usi di Modena

La struttura organizzativa del territorio

Per quanto riguarda la struttura organizzativa adottata, bisogna sottolineare come anche l'Ausl di Modena assegni un ruolo organizzativo forte ai Distretti: essi sono gerarchicamente sovraordinati alle Uu.Oo. territoriali (tra cui l'U.o. Cure primarie) e, rispondono unicamente al Direttore generale. Il territorio della Ausl modenese è articolato in sette Distretti.

L'Azienda si trova attualmente in una fase di forte sperimentazione per quel che concerne le attività territoriali: l'implementazione dello schema distrettuale sul territorio ha comportato, inevitabilmente, il cambiamento del *modus operandi* delle Uu.Oo. interessate, abituate da sempre a ragionare in senso funzionale. La riorganizzazione secondo i Distretti ha proprio quale obiettivo primo il ridisegno delle articolazioni organizzative aziendali secondo i percorsi assistenziali ed i processi di cura, spesso trasversali rispetto al tradizionale schema funzionale.

La sperimentazione sopra accennata riguarda la costituzione del Dcp con riferimento ai soli Distretti di Modena e Castelfranco Emilia.

Il Dcp è sovradistrettuale (solo per i due Distretti interessati), così come lo sono anche il Dipartimento di salute mentale ed il Dipartimento di sanità pubblica, unici per tutto il territorio.

In questo contesto il Distretto deve assicurare alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi ed alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sanitaria, mediante:

- il concorso e la collaborazione, in relazione al proprio bacino di popolazione, alla complessiva valutazione aziendale dei bisogni ed alla conseguente definizione dei servizi necessari (*funzione di committenza*);

- l'erogazione diretta nell'ambito dei Dipartimenti cure primarie o l'acquisizione esterna di prestazioni e servizi di I livello o di base, in riferimento ai programmi aziendali definiti e nel rispetto delle risorse disponibili (*funzione di produzione*);

- lo sviluppo della continuità e dell'integrazione dei processi di cura, coordinando i soggetti erogatori di prestazioni; a questo proposito è bene sottolineare come l'integrazione si sviluppi in tre direzioni: quella tra le varie attività sanitarie territoriali, quella tra le attività sanitarie territoriali ed ospedaliere ed infine quella tra il complesso delle attività sanitarie e quelle socio-assistenziali di competenza degli enti locali (*funzione di integrazione*)⁴.

Ad oggi, ai Distretti di Modena e Castelfranco è assegnata in pieno la funzione di committenza, mentre la funzione di produzione è presidiata interamente dal Dcp, che gestisce direttamente i fattori produttivi attraverso le articolazioni territoriali da esso coordinate e dirette (**figura 3**).

Tuttavia, il rapporto tra Distretti e Dcp non è totalmente paritario: di fatto, i primi sono sovraordinati al secondo ed orientano il loro operato attraverso l'affidamento delle risorse economiche necessarie all'erogazione delle prestazioni sanitarie territoriali (**figura 4**).

La creazione del Dcp è vista come funzionale al graduale superamento dell'impostazione burocratica rigida ed alla conseguente adozione di una visione di più ampio respiro



Figura 3
Il Dipartimento delle cure primarie unico tra: Distretti di Modena e di Castelfranco Emilia

che consideri fondamentali (dal punto di vista organizzativo e delle responsabilità) i processi/percorsi assistenziali. In questo senso è previsto l'avviamento dei Ncp, in cui dovrebbe articolarsi il Dcp: questi elementi sono un ottimo mezzo per responsabilizzare anche i Mmg ed i Pls sugli obiettivi aziendali e per iniziare a ragionare «per processi» anche con questi attori.

La collaborazione con i Mmg a Modena è sempre stata particolarmente attiva: storicamente i Medici di base sono ben disposti a cooperare con le strutture territoriali della Asl, tanto che la Adi e gli altri servizi assistenziali possono vantare ottimi livelli di appropriatezza ed efficacia.

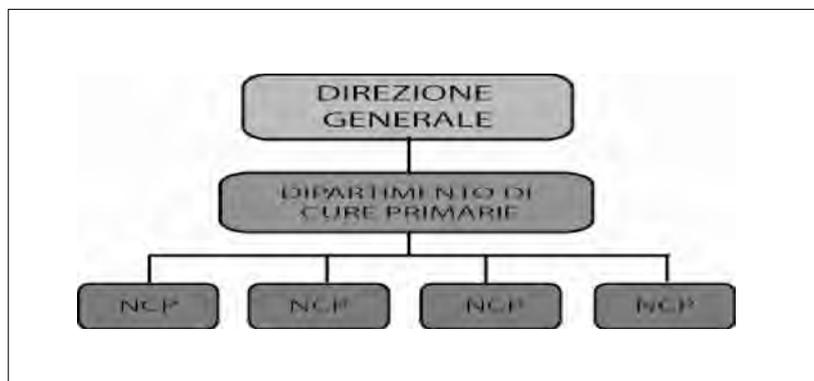
L'architettura dei Cdr ed il processo di budget

Ufficialmente il Dcp riceve i suoi obiettivi di *budget* (*budget* di produzione) dai due Direttori di distretto. Di fatto, il processo di *budget* in uso prevede che anche il Responsabile del Dcp sieda al tavolo di negoziazione con la Direzione generale insieme ai Direttori di distretto: in questo contesto si decidono, in base ai dati di analisi della domanda e agli studi effettuati sul territorio (compiti dei Distretti), quante e quali risorse destinare alla produzione.

Ne deriva che il Dcp è un Cdr articolato secondo le Uu.Oo. territoriali che presidia ed a cui affida «a cascata» gli obiettivi di produzione. È utile sottolineare come nei Distretti non interessati dalla sperimentazione siano le Uu.Oo. Cure primarie ad assegnare gli obiettivi di produzione alle altre Uu.Oo. territoriali.

Figura 4

Il rapporto Dcp e Nuclei delle cure primarie



I Distretti (così come il Presidio ospedaliero, il Dipartimento di salute mentale ed il Dipartimento di sanità pubblica) sono invece delle macroarticolazioni, cioè Cdr di livello sovra ordinato, composti da tanti Cdr di primo livello. Quindi, il Dcp costituisce una componente, una sotto articolazione dell'insieme delle responsabilità economiche del Distretto. Questo ultimo, infatti, risponde alla Direzione aziendale del raggiungimento di diverse tipologie di obiettivi:

- di committenza;
- di produzione (anche se in via indiretta);
- trasversali, in comune con il Presidio ospedaliero;
- di integrazione tra le attività territoriali ed ospedaliere;
- di coordinamento con le attività gestite dai comuni (il Direttore di distretto è responsabile della costituzione di diversi documenti, tra cui Pat e Pal).

Si delinea un'organizzazione molto chiara e coerente, che assegna al Distretto un ruolo chiave, sia dal punto di vista organizzativo, sia dal punto di vista gerarchico. Il Dcp funge da «mediatore»: la sua attività di recepimento di obiettivi «alti» e traduzione degli stessi in micro-obiettivi più operativi nell'ambito della negoziazione distrettuale con le Uu.Oo. territoriali assomiglia molto al compito espletato da un Centro di negoziazione.

Con l'inserimento, in questo disegno, dei Ncp il sistema assume la sua declinazione completa e coerente: gli obiettivi dei Nuclei, definiti dal Dcp in coerenza con il suo *budget* e quello di Distretto, serviranno ad orientare le attività dei Mmg e dei Pls, anche loro formalmente responsabilizzati sul perseguimento delle finalità generali di Azienda.

I punti di forza di un tale schema organizzativo sono evidenti. Innanzitutto la chiarezza e la semplicità dichiarate sono anche realmente ricercate e raggiunte: si tratta di un modello «quasi puro», che accentra in mano al Distretto la responsabilità delle attività territoriali. Affidando la gestione diretta dei fattori produttivi al Dcp, il Distretto si trova liberato dalle funzioni più operative e più tecniche e può così dedicarsi completamente alla gestione strategica del territorio, concentrandosi sull'analisi della domanda e sulla composizione del bisogno espresso dalla po-

polazione di riferimento. Esso è fortemente responsabilizzato sugli obiettivi strategici d'Azienda, il cui raggiungimento dipende anche da una efficiente ed efficace gestione della produzione (ovvero dall'appropriatezza): ecco perché è il Direttore di distretto ad assegnare ufficialmente gli obiettivi al Dcp. Quest'ultimo risponde direttamente al «suo» Direttore dei risultati conseguiti e risulta, in questo modo, egualmente responsabilizzato ed orientato (anche se solo rispetto ad una parte di Azienda). I costituendi Ncp, nell'espletamento delle loro funzioni, saranno indirizzati sulla scia del Dcp, e quindi della comune filosofia aziendale. La coerenza sembra quindi essere la vera forza di questo impianto.

3.4 Azienda Usl Bologna Città

La struttura organizzativa del territorio

L'Azienda Usl Bologna Città negli ultimi 10 anni ha subito numerose modifiche e rior-

ganizzazioni, tra cui le più recenti risalgono alla fine del 2003. La legge regionale 21 del 2003 ha infatti istituito l'Ausl unica di Bologna come risultante delle ex Ausl Bologna Città, Bologna Sud e Bologna Nord. Tuttavia all'epoca della presente indagine le tre realtà aziendali continuano a mantenere le proprie strutture organizzative e le proprie peculiarità, poiché l'Atto aziendale della nuova Ausl unica di Bologna è stato definito solo nel febbraio 2005.

L'Azienda Usl Bologna Città al momento dell'unificazione presentava 2 Distretti derivanti dalla fusione dei precedenti 5 corrispondenti ai quartieri storici della Città. I Distretti dipendevano direttamente dalla Direzione generale. Il Presidio ospedaliero (con 2 Stabilimenti), il Servizio infermieristico tecnico ed i Dipartimenti di salute pubblica, salute mentale e cure primarie erano invece gerarchicamente dipendenti dalla Direzione sanitaria. Tutte queste 7 articolazioni erano definite «Macrogestioni» (figure 5 e 6).



Figura 5
Organigramma aziendale
(sintesi)



Figura 6
Organigramma con focus
sulla Direzione sanitaria

La nuova struttura organizzativa adottata nel 2001 prevedeva la netta separazione dell'attività di committenza da quella di produzione. In questo modo i responsabili della committenza avrebbero potuto supportare meglio le decisioni strategiche aziendali per il posizionamento dell'Ausl nell'arena competitiva provinciale. L'elemento che caratterizzava maggiormente l'Ausl Bologna Città era infatti il superamento da parte del Distretto del doppio ruolo di committente e produttore, o meglio l'applicazione del modello di *commissioning*. Tale scelta era coerente con il Psr 1999-2001 che intendeva per *committenza* la definizione di servizi necessari per rispondere ai bisogni di salute della popolazione di un determinato territorio e lo strumento indispensabile per la programmazione e per *produzione* la garanzia di modalità omogenee di erogazione e fruizione dei Servizi sanitari, caratterizzati da integrazione e tempestività sull'intero territorio 5.

Al Distretto era affidato il governo della domanda, l'integrazione dei processi di cura, la committenza e la produzione esterna di prestazioni sanitarie (es. Case di cura accreditate, Cup), mentre il Dcp si doveva occupare della gestione delle risorse assegnate e della produzione interna.

In particolare era di responsabilità del Dcp la produzione dei Servizi territoriali richiesti a livello distrettuale e la garanzia d'equità d'accesso per tutta la popolazione, indipendentemente dal Distretto di afferenza. Il Di-

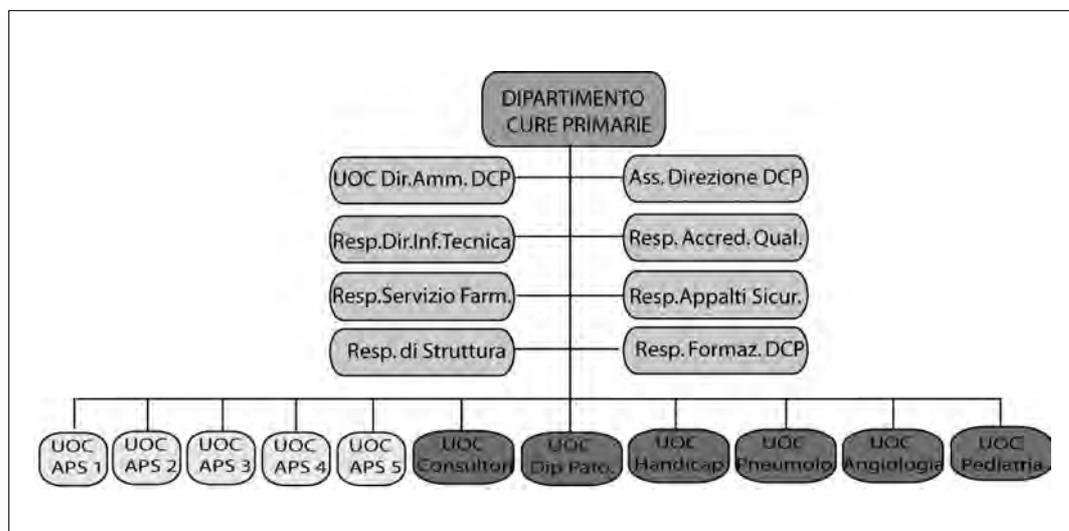
stretto era pertanto la funzione aziendale responsabile della definizione del *case-mix* del Dcp, il quale costituiva invece la funzione di produzione. I Distretti erano organizzati al proprio interno per macroaree, ovvero con un Responsabile dei servizi erogati per ogni fascia di popolazione (es. minori, adulti, anziani, ecc.).

Il Dcp era unico per tutta l'Azienda ed era articolato al proprio interno in diversi Servizi, secondo un modello prettamente funzionale. Accanto all'Assistenza primaria, infatti, esistevano altre attività di competenza del Dcp, quali le attività consultoriali, di Pediatria di comunità, di Angiologia, di Pneumotisiologia, di Supporto per le dipendenze patologiche e per l'handicap adulti (figura 7).

Relativamente all'Assistenza primaria, questa a partire dal 2001 era stata organizzata per Zone, ovvero luoghi di sviluppo delle *équipe* territoriali in cui operavano accanto ai Mmg ed ai Pls, gli specialisti, gli infermieri, le ostetriche, gli assistenti sanitari e sociali. Le Zone erano state definite in base a criteri territoriali e gestionali: i loro confini ricalcavano infatti quelli dei 5 quartieri storici della Città, anche se con alcuni accorgimenti per rispettare i criteri volti alla ricerca di economie di scala, di scopo e di governabilità. In questo modo era stato possibile mantenere un forte legame con il territorio e le sue organizzazioni amministrative e sociali.

Nell'ambito di ciascuna Zona, la Medicina generale era organizzata in Ncp, ovvero

Figura 7
La struttura
del Dipartimento
delle cure primarie



organizzazioni per l'Assistenza primaria territoriale in cui i medici convenzionati condividono un legame funzionale su alcuni aspetti organizzativi e gestionali. Ogni Zona comprendeva 4-5 Ncp di circa 15 medici ciascuno. Il numero di medici per Ncp era stato determinato in modo da avere da un lato una massa critica sufficiente per poter diffondere un diverso approccio culturale ai rapporti tra gli stessi medici convenzionati e l'Ausl e, dall'altro, una complessità organizzativa facilmente gestibile. Inoltre, nella costituzione dei Ncp era stata data grande enfasi alla nascita delle forme associative previste dal Psr 1999-2001, quali la medicina di rete e di gruppo⁶. Delle 5 Zone create 3 avevano dimensioni molto simili, mentre le altre 2 avevano estensioni rispettivamente maggiori e minori della media; in totale comprendevano 21 Ncp con 305 Mmg e circa 40 Pls. Le Zone (indicate dal 2001 come Uu.Oo. di Assistenza primaria e specialistica) avevano pertanto dimensioni quantitative e di complessità simili a quelle dei singoli Dcp delle altre Ausl a carattere provinciale presenti in Regione.

Al momento della nascita dell'Ausl unica, l'Ausl Bologna Città era pertanto arrivata ad avere Uu.Oo. di Assistenza primaria e specialistica con tutte le competenze necessarie per gestire gli aspetti professionali del rapporto Mmg-Ausl. Era infatti presente in ciascuna di esse un Comitato di zona costituito da un Responsabile organizzativo, un Referente medico, un Referente informativo, un Referente infermiere ed un Referente amministrativo, oltre che ai Rappresentanti di ciascun Ncp della Zona. I 5 Responsabili organizzativi partecipavano poi al tavolo di con-

fronto del Gruppo di assistenza di base presieduto dal Direttore del Dcp (figura 8).

Così facendo era possibile per l'Azienda:

- avere un'interfaccia con il territorio unica e completa;
- ridurre i momenti di confronto interno a due soli livelli (tra Referenti Ncp/Comitati di zona e tra Responsabili organizzativi di zona/Gruppo di assistenza di base);
- attuare sul territorio interventi il più possibile omogenei ed integrati.

Alla luce di tutto ciò si può dunque notare come per l'Assistenza primaria l'integrazione non fosse garantita tanto dalla struttura organizzativa (basata su un modello funzionale a canne d'organo), quanto dai sistemi operativi implementati e questo ovviamente dimostra grande maturità nel processo di aziendalizzazione.

Uno degli obiettivi fondamentali per cui era stato istituito il Dcp era proprio quello di migliorare l'integrazione tra tutti i Servizi territoriali rispetto alla precedente organizzazione. Con l'assetto scelto a partire dal 2001 la responsabilità operativa sulla produzione di prestazioni sanitarie a livello territoriale era in capo al Dcp: mentre con i 5 Distretti preesistenti l'Azienda poteva al massimo «coordinare» le attività di produzione dei vari ambiti territoriali, con il Dcp poteva «gestirle direttamente» ed integrarle *ex-ante* a partire dalla loro programmazione. In tal senso si può notare come la scelta di creare un unico Dcp fosse sicuramente coerente con l'obiettivo d'integrazione e di maggiore equità d'accesso ai Servizi per la popolazio-

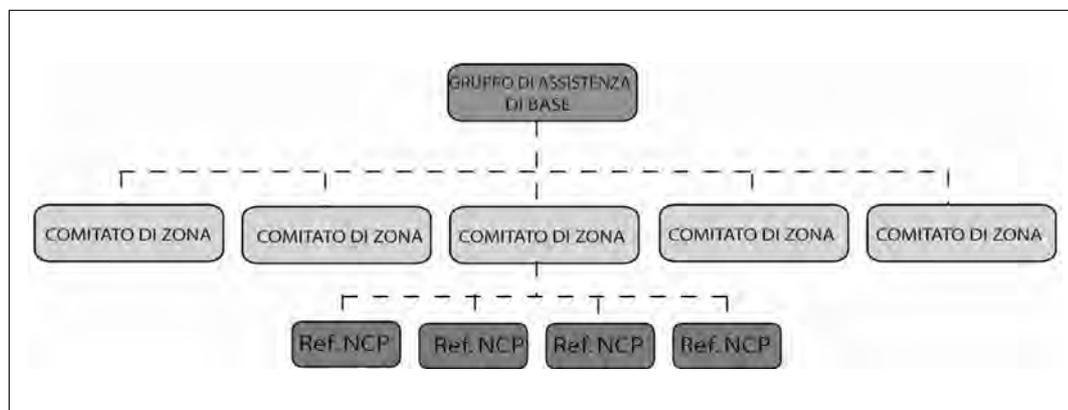


Figura 8
Il governo delle cure primarie

ne, individuato tra i valori di riferimento dello stesso Dcp⁷.

Il Dcp aveva pertanto un ruolo rilevante e strutturale all'interno dell'Azienda, a cui si affiancava l'attività più prettamente di *commissioning* svolta dai 2 Distretti (uno orientato soprattutto verso le attività a carattere più sanitario e l'altro verso quelle a forte connotazione socio-sanitario). Nonostante la collocazione dei Distretti in *staff* alla Direzione generale (quasi come tecnostruttura) si era riusciti a conferire loro abbastanza forza, grazie soprattutto al ruolo giocato nella definizione del *budget* del Dcp. Nel recepire le indicazioni per il modello distrettuale imposte dal D.L.vo 229/99, l'Ausl Bologna Città aveva infatti scelto di rafforzare la stretta collaborazione tra Distretti e Dcp, puntando prevalentemente sui sistemi operativi piuttosto che sui rapporti gerarchici.

Il modello organizzativo scelto dall'Ausl Bologna Città era pertanto centrato sul Dcp e garantiva:

- una netta separazione dell'attività di committenza da quella di produzione;
- una chiara linea di responsabilità sulla produzione dei servizi territoriali in capo al Dcp;
- un unico interlocutore aziendale per la Medicina generale;
- il rafforzamento dell'attività di committenza dei Distretti anche verso i Presidi ospedalieri (se pur col supporto della Direzione generale);
- il pieno sfruttamento delle sinergie tra le articolazioni territoriali preposte alla funzione di produzione, al fine garantire maggiore appropriatezza ed equità nell'accesso alle cure focalizzandosi sulla centralità del paziente-utente nei percorsi assistenziali.

L'architettura dei Cdr ed il processo di budget

Alla struttura organizzativa indicata in **figura 5** e **figura 6** si sovrapponeva senza significative discrepanze il piano dei Cdr: nello specifico i Distretti ed il Dcp erano Cdr di pari livello, i primi con *budget* di committenza ed il secondo con *budget* di produzione. Nel momento in cui i Distretti elaboravano il Piano delle azioni per l'anno futuro, cioè il documento aziendale in cui si definivano le

azioni da attuare per ogni fascia di popolazione, gli obiettivi da raggiungere, gli indicatori da considerare per monitorarne il raggiungimento ed i valori di riferimento per ogni indicatore, discendevano quasi automaticamente gli obiettivi di *budget* per il Dcp. Il Dcp riceveva così dal Direttore generale e dai Distretti il proprio *budget* e lo declinava a sua volta per le 5 Uu.Oo. di assistenza primaria e specialistica e per gli altri servizi alla proprie dipendenze. In questo modo i sistemi operativi utilizzati permettevano di mantenere comunque il Distretto in una posizione forte rispetto al Dcp, nonostante l'assenza di dipendenza gerarchica tra i due e l'allocazione dei fattori produttivi in capo al Dcp.

Al momento dell'unificazione delle 3 Ausl non esistevano sotto alle Zone ulteriori Cdr, poiché il processo di implementazione dei Ncp non era arrivato a tradurre alcun accordo tra l'Ausl ed i sindacati dei Mmg in forme di responsabilizzazione economica per i Ncp. Gli Accordi integrativi aziendali per la Medicina generale erano quindi l'unico strumento a disposizione per la responsabilizzazione dell'attività dei medici convenzionati. Tale accordo a Bologna Città era normalmente firmato dal Direttore generale con i sindacati dei medici, ma si lasciava ampio spazio di partecipazione e delega al Dcp.

Gli Accordi integrativi aziendali si sono più volte rivelati uno strumento non sufficientemente forte ed efficace su cui far leva per integrare strutturalmente il personale convenzionato (Mmg, Pls, medici specialisti) con quello dipendente dell'Azienda, poiché non sono obbligatori e non riescono ad arginare la tendenza dei sindacati a focalizzarsi più sugli obiettivi personali del singolo Mmg che non su quelli del Ncp. Per inserire nel modo più organico possibile la Medicina generale nella programmazione aziendale, l'Ausl Bologna Città aveva pertanto utilizzato meccanismi concertativi e di confronto con i rappresentanti sindacali, tecnico-scientifici e gestionali di ciascun nucleo. In particolare erano previsti cicli gestionali che coinvolgevano i Comitati di zona ed il Gruppo di assistenza di base: ogni ciclo di incontri comprendeva una riunione preparatoria di Dipartimento e 5 riunioni di Zona, a cui si affiancavano quelle periferiche dei singoli Ncp. Ciò permetteva di contemperare la

complessità della realtà da gestire (oltre 300 Mmg) con la fattibilità di un meccanismo operativo di tipo concertativo.

3.5 Azienda Usl Bologna Sud

La struttura organizzativa del territorio

Dal punto di vista organizzativo, l'Ausl Bologna Sud aveva scelto di gestire il rapporto committenza vs produzione seguendo «alla lettera» le indicazioni del Psr 1999-2001: in particolare era stato costituito a livello distrettuale il Dipartimento delle cure primarie, gerarchicamente subordinato al Distretto (**figura 9**).

Ai Distretti era affidata l'attività di committenza: il loro contributo era quindi incentrato sull'analisi dei bisogni di salute della popolazione e sulla proposta di possibili soluzioni per il governo della domanda. Tuttavia, alla committenza concorrevano anche tutte le altre macrostrutture aziendali, ciascuna per il proprio ambito di competenza. Le decisioni finali erano poi in capo alla Direzione generale, soprattutto per alcune tematiche come i Contratti di fornitura con i Presidi ospedalieri e le altre Ausl. Solo relativamente al governo delle Dimissioni protette ed dell'attività specialistica i Distretti avevano una autonomia decisionale abbastanza forte.

Complessivamente il Distretto si poteva quindi definire come un organo di supporto alla Direzione generale per le decisioni aziendali di *commissioning*, in grado di fun-

gere anche da raccordo con le altre macrostrutture aziendali.

Contemporaneamente, ciascun Distretto era anche responsabile dell'attività del relativo Dcp, nato intorno al 2002 con funzioni operative e di produzione, ovvero con i compiti di:

- 1) governo funzionale delle risorse;
- 2) integrazione gestionale e professionale socio-sanitaria;
- 3) governo clinico;
- 4) realizzazione dei percorsi diagnostico terapeutico.

Ogni Dcp era organizzato al proprio interno per Aree: l'Area dei Ncp, quella socio-sanitaria e quella sanitaria (**figura 10**). La prima si occupava delle attività di assistenza farmaceutica, ostetrica, infermieristica, sociale, riabilitativa, medica di base e pediatrica, oltre che della continuità assistenziale. L'Area socio-sanitaria gestiva i Servizi residenziali e semi-residenziali per gli anziani e l'handicap adulto, nonché i Servizi per le dipendenze patologiche. L'Area sanitaria infine si occupava della Specialistica ambulatoriale, delle Attività consultoriali, della Neuropsichiatria infantile e del Recupero funzionale.

L'area dei Ncp era in corso d'implementazione al momento dell'unificazione ad evidenziare questo aspetti vi era la non completa autonomia/responsabilità gestionale dei Ncp. Nel periodo 2001-2002 sono stati pro-

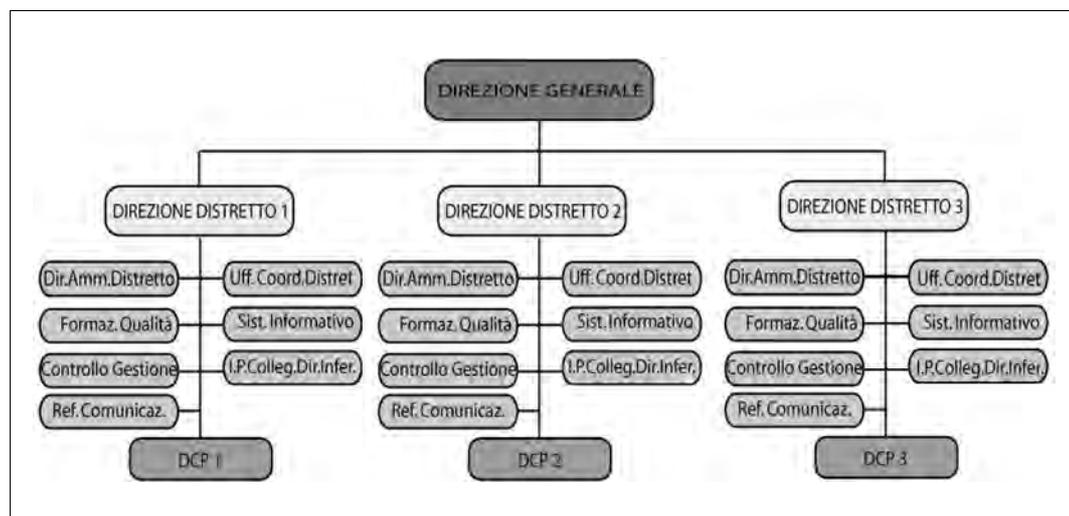


Figura 9
Organigramma aziendale
con focus specifico
sul distretto e i Dcp

**Figura 10**

La microorganizzazione del distretto e del Dipartimento delle cure primarie

mossi a livello aziendale alcuni progetti interessanti con i Ncp, quali l'Adi ed il controllo della spesa farmaceutica, affiancati entrambi dalla *reportistica* per singoli Mmg e per Ncp. Così come percorsi di formazione per i Mmg, nati con la collaborazione dei Medici ospedalieri: ciò a dimostrazione di una buona collaborazione ed integrazione tra ospedale e territorio.

I Ncp a Bologna Sud erano più grandi di quelli della città: erano infatti costituiti da 10 a 30 Mmg, alcuni dei quali partecipavano a forme di medicina in associazione. Le diverse dimensioni dei Nuclei tenevano conto delle differenti esigenze presenti in una realtà non urbana come quella dei Comuni a Sud di Bologna. In particolare si era riscontrata una maggiore difficoltà nell'individuare i Referenti dei Ncp per i vari progetti (referenti gestionali, tecnico-scientifici, etc.) all'interno di Nuclei troppo ristretti.

Per quanto riguarda invece l'interfaccia aziendale, si può notare come il personale strutturato dell'Ausl confluiva solo funzionalmente nei Ncp, a volte anche in modo non esclusivo in uno o più Nuclei.

Con questo modello organizzativo i Dcp assumevano quindi le vesti di interlocutori tra le relative Uu.Oo. distrettuali ed i Mmg, sia per costituzione dei Nuclei, che per il coordinamento dell'offerta delle stesse Cure primarie. Parallelamente, l'Ausl delegava al Distretto la gestione integrata della programmazione e della produzione dei Servizi sanitari territoriali. In questo modo l'introduzione dei Dcp non aveva richiesto un assetto organizzativo molto differente da quello presente prima del 2002, evitando di mettere in discussione la posizione già forte riconosciuta al Distretto. Per esempio, nell'ipotesi del-

l'eventuale istituzione di un solo Dcp trasversale a tutta l'Azienda, si sarebbe sicuramente messo in crisi il ruolo del Distretto; d'altro canto una scelta di questo tipo avrebbe potuto portare l'Ausl ad una maggiore chiarezza nell'attribuzione delle responsabilità di committenza e produzione. Le scelte fatte sembrano comunque coerenti con il contesto aziendale pre-esistente, poiché il modello organizzativo adottato richiedeva proprio un'Azienda con:

- una dimensione ed un numero di Distretti abbastanza ridotti in modo da evitare un'eccessiva duplicazione del numero di Dcp;
- un assetto organizzativo pregresso che avesse già attribuito al Distretto un ruolo centrale nel sistema decisionale;
- una buona collaborazione tra Ausl e Mmg;
- un assetto socio-demografico non particolarmente complesso.

L'architettura dei Cdr ed il processo di budget

Per quanto concerne l'architettura dei Cdr, i Distretti ed i Dcp erano Cdr di pari grado con un *budget* di committenza i primi e di produzione i secondi. Essendo i Dcp l'unica articolazione dei Distretti, si era scelto di non creare un Cdr di II livello con sotto un solo Cdr di I livello per evitare di mettere in piedi due tavoli di negoziazione separati, ovvero quello tra la Direzione generale ed il Distretto (per gli obiettivi di governo della domanda e di produzione) e quello tra il Distretto ed il Dcp (per la declinazione degli obiettivi di produzione). Si era deciso pertanto di organizzare un unico tavolo di *budget*, a cui far sedere da una parte la Direzione generale e dall'altra il Direttore di distretto con accanto il Direttore del proprio Dcp.

3.5 Azienda UsI Forlì

La struttura organizzativa del territorio

Dal punto di vista organizzativo l'Azienda è articolata in 4 macroaree: il Distretto, il Dsp, il Presidio ospedaliero ed il Dipartimento amministrativo (**figura 11**). Ciascuna di queste è a sua volta organizzata in Diparti-

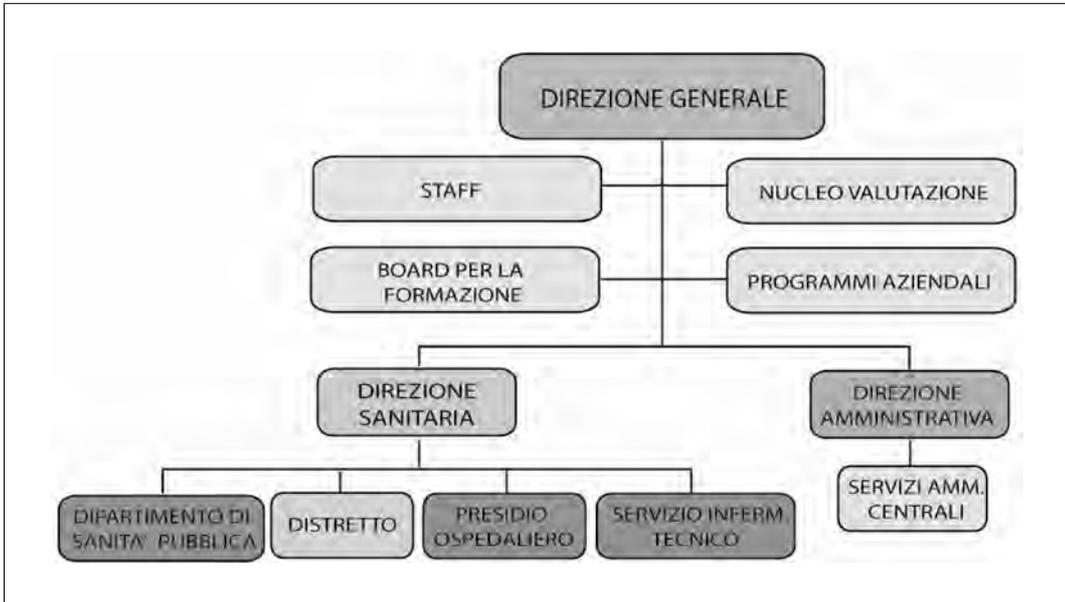


Figura 11
Ausl Forlì,
organigramma aziendale

menti, ovvero in Uu.Oo. complesse, a loro volta suddivise in Uu.Oo. semplici secondo criteri di affinità o d'interdipendenza. Trasversalmente a queste macroaree opera il Servizio infermieristico tecnico-ostetrico e della riabilitazione, con funzioni di coordinamento del personale sanitario non medico.

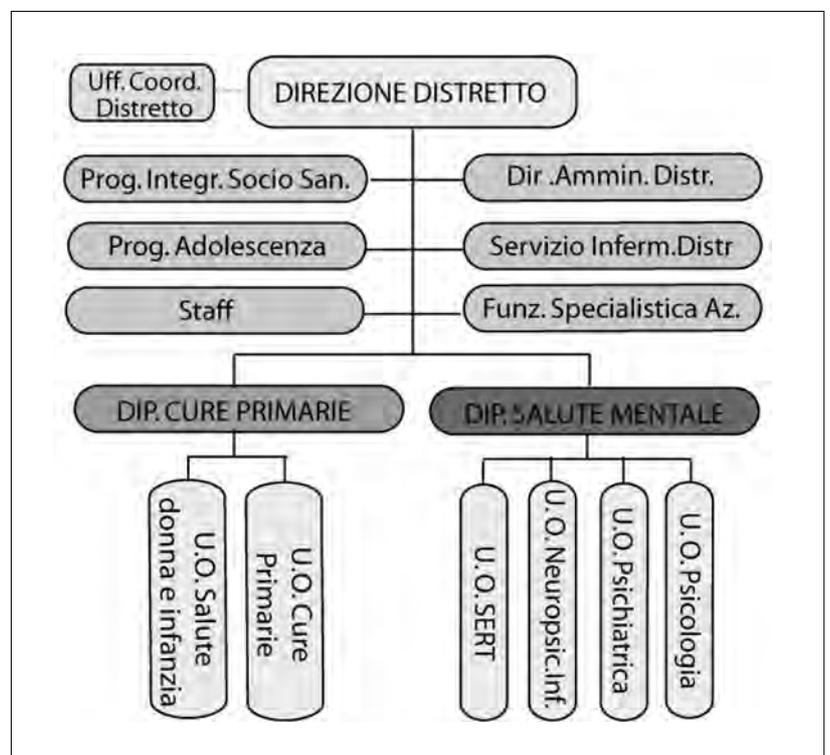
In posizioni gerarchicamente dipendenti dal Distretto si trovano il Dcp ed il DSM. Quest'ultimo è collocato alle dipendenze del Distretto perché, essendo unico in Azienda e svolgendo attività a forte impatto territoriale, deve necessariamente coordinarsi con esso (figura 12).

Il Distretto è unico per tutta l'Azienda e, se ciò da un lato può semplificare alcune dinamiche tra la Direzione generale, il Distretto ed il Dcp, dall'altro potrebbe creare alcune sovrapposizioni negli ambiti d'azione di ciascuna articolazione. La scelta di istituire un solo Distretto ed un solo Dcp e Dsm per tutta l'Azienda comporta infatti per il Distretto sia responsabilità di supporto alla Direzione strategica e di committenza (per ambiti d'azione specifici), che di produzione in quanto sovraordinato al Dcp.

Il Direttore generale è quindi titolare dell'attività di committenza e, in base alle indicazioni fornite dalla Regione, dalla Conferenza sociale sanitaria territoriale e dalle istanze della popolazione di riferimento, deve organizzare la risposta dell'Azienda sul

territorio. Tuttavia, essendo il territorio dell'Ausl coincidente con i confini geografici del Distretto, l'attività di committenza riguarda necessariamente anche lo stesso Direttore di distretto. A Forlì questa sovrapposizione è stata parzialmente risolta attribuendo

Figura 12
Ausl Forlì,
organigramma del distretto



al Direttore di distretto ambiti di competenza propri, diversi da quelli della Direzione generale.

In particolare, il Direttore generale si occupa della committenza verso i Dipartimenti del Presidio ospedaliero, mentre il Direttore di distretto governa la domanda della specialistica attraverso la stipula di Contratti di fornitura con i privati accreditati e gestisce i rapporti con le strutture socio sanitarie. Si tratta cioè di settori che hanno da sempre una forte ricaduta sul territorio, su cui pertanto il Direttore di distretto riesce ad intervenire con maggior autorevolezza che non altrove.

Per quanto riguarda il Dcp, questo nasce con lo scopo di tutela della salute dei cittadini affetti da malattie croniche e di alcune popolazioni *target*, quali l'infanzia, l'età evolutiva, le donne, gli anziani ed i disabili fisici. Il Dcp persegue dunque l'integrazione della Medicina generale nelle attività distrettuali, utilizzando a questo scopo l'opportunità rappresentata dalla stipula degli accordi aziendali. Garantisce a tal fine l'istituzione e lo sviluppo dei Nuclei di cure primarie, formati essenzialmente dai Mmg e dai Pls che costituiscono, in prospettiva, la rete clinica dello stesso Dcp⁸.

Il modello di riferimento a cui tende il Dcp è quello a matrice previsto dal Psr 1999-2001, in cui i Ncp dovrebbero essere dei Cdr aziendali con un proprio *budget*. Tuttavia tale organizzazione non è ancora stata realizzata poiché, nonostante una forte adesione dei Mmg ai progetti di associazionismo per la Medicina di base (70%), è ancora molto difficile la gestione delle relazioni tra Ausl e sindacati. A tal proposito, l'Ausl ha cercato di semplificare i rapporti con il Comitato tecnico dei Mmg e con i Nuclei, negoziando con il Comitato non solo gli Accordi integrativi per la Medicina generale, ma anche la cornice generale degli obiettivi di *budget* per i Nuclei. In questo modo l'Azienda ha evitato di *bypassare* i sindacati nella definizione degli accordi con i Nuclei, facilitandone l'attuazione.

In ogni Ncp è presente un coordinatore ed un referente del sistema informativo per gestire in modo più mirato i rapporti con l'Ausl a seconda del proprio settore di responsabilità e mantenere un equilibrio più stabile all'interno dello stesso Nucleo.

L'interfaccia aziendale per i Ncp è rappresentata invece dal Direttore del Dcp, affiancato volta per volta dai facilitatori richiesti dalla specifica situazione.

I Ncp nati nell'Ausl di Forlì hanno dimensioni estremamente variabili, che vanno dai 25 Mmg in città ai 5 nelle vallate del comprensorio forlivese. I Ncp presenti a Forlì si sono formati sulla base di affinità personali tra i Mmg o di adesione alla medesima forma associativa, e non sulla base di criteri geografici. Tuttavia l'attività di questi Nuclei risente molto del contesto cittadino e sembra essere più difficoltosa rispetto a quella dei Ncp di Provincia. Tra questi ultimi, infatti, ve ne sono 2 che addirittura gestiscono direttamente dei *Country Hospital*, dimostrando grandi capacità di organizzazione e di collaborazione.

Gli stessi rapporti tra i Ncp ed il Dsm sono più semplici nei Comuni del comprensorio che non in città, poiché gli psichiatri in città operano secondo l'articolazione territoriale dei quartieri che non coincide con quella dei Nuclei.

La struttura organizzativa complessiva dell'Ausl di Forlì è quindi riconducibile ad un modello centrato sul Distretto (Modello 1), simile a quella adottata anche dall'Ausl Bologna Sud. Nel caso di Forlì, però, il tutto è semplificato dalla scelta strategica di istituire un solo Distretto ed un solo Dcp per tutta l'Azienda. Questo elimina tutta una serie di problematiche, quali la collocazione del Dcp rispetto al Distretto e la definizione del numero di Dcp per ogni Distretto; d'altra parte, però, la separazione delle attività di committenza e produzione rischia di essere ancora più labile se non viene presidiata con opportuni sistemi di P&C. Gli equilibri di forza interni all'Azienda sembrano infatti essere abbastanza spostati verso il Distretto, che funge da fulcro per l'attività di committenza, produzione, supporto alla Direzione aziendale e da interfaccia con gli enti locali.

L'architettura dei Cdr ed il processo di budget

Le 4 macroaree indicate in **figura 11** sono delle strutture organizzative complesse che esercitano funzioni di committenza e/o di produzione nel proprio ambito specifico di competenza. Il responsabile di ciascuna ma-

macroarea presidia la gestione complessiva delle risorse e del personale assegnati, assicurando l'efficienza allocativa tra i diversi Dipartimenti in cui ogni struttura è articolata. Nel processo di programmazione questi Responsabili hanno il duplice ruolo di supportare la Direzione generale nella definizione degli obiettivi per ogni macroarea e di ripartire poi tali obiettivi per ciascuna U.O. complessa. In questo modo le Macroaree sono simili a CdN, poiché non hanno veri e propri obiettivi di produzione, se non quelli legati al raggiungimento dei risultati operativi attesi da ciascun Dipartimento. I Cdr in senso stretto sono invece le Uu.Oo. complesse per le quali viene predisposta una scheda di *budget*, ovvero:

- il Dcp, il Dsm, il Programma di integrazione socio sanitaria, l'Ufficio di specialistica ambulatoriale aziendale (macroarea distretto);

- l'Area di igiene e salute pubblica, l'Area tutela salute degli ambienti di lavoro e sicurezza, l'Area epidemiologia e comunicazione (macroarea Dsp);

- tutti i Dipartimenti ospedalieri (macroarea presidio ospedaliero).

Le principali fasi del processo di *budget* sono rappresentate dalla:

- definizione da parte della Direzione generale delle linee di indirizzo per gli obiettivi e le risorse di ciascuna macroarea (ciò viene fatto in collaborazione con i 4 responsabili delle suddette articolazioni e sulla base delle proposte per il governo della domanda fornite dal Direttore di distretto);

- declinazione delle linee guida aziendali in obiettivi di *budget* per ogni Cdr di I livello;
- negoziazione degli obiettivi di ciascun Cdr a livello della propria macroarea, in modo da garantire la coerenza dell'intera macroarticolazione con gli obiettivi aziendali;
- presentazione alla Direzione generale dei risultati negli incontri di negoziazione gestiti dai responsabili di macroarea;
- aggregazione delle informazioni negoziate e definizione del *budget* di ciascuna articolazione.

Si tratta pertanto di un processo di *budget* chiaro e condiviso, ma ancora di tipo *top down*, probabilmente utilizzato per supportare la transizione verso un modello dipartimentale in cui gli stessi Dipartimenti siano in grado di fare proposte per la produzione ed i consumi alla Direzione aziendale.

4. Sintesi comparativa dei risultati

I risultati emersi dalla presente indagine sono stati sinteticamente raccolti nella **tabella 2**.

È opportuno ricordare che l'Ausl di Piacenza e l'Ausl di Modena si trovano ancora in una fase sperimentale, sia per quanto riguarda la separazione delle funzioni di committenza e produzione tra Distretto e Dcp, che per quanto concerne l'istituzione dei Ncp. In particolare, nell'Ausl di Piacenza la sperimentazione riguarda un solo Distretto (il più grande), mentre nell'Ausl di Modena sono coinvolti due Distretti.

Tutte le Aziende considerate, se pur con modalità e tempi differenti, hanno recepito il principio di separazione delle funzioni, al-

Elementi analizzati	Ausl Piacenza	Ausl Modena	Ausl Bologna Città	Ausl Bologna Sud	Ausl Forlì
Numero Distretti	4	7	2	3	1
Natura Dcp	Sovra distrettuale	Sovra distrettuale	Sovra distrettuale	Distrettuale	Distrettuale
Modello organizzativo (*)	Focus su Dcp	Focus su Distretto	Focus su Dcp	Focus su Distretto	Focus su Distretto
Ruolo del Dcp nel sistema di P&C	Cdr II	Cdr II/Cdn	Cdr II	Cdr	Cdr
Interfaccia Ausl per Ncp	Non ancora definita	Non ancora definita	Comitato di zona	Dcp	Dcp

Tabella 2

Risultati dell'analisi dei cinque casi aziendali
(*) Lega, Vendramini, 2001

leggerendo il Distretto dalle attività più tecniche ed operative di produzione interna a vantaggio delle attività di analisi della domanda e di gestione strategica del territorio. Esso diventa dunque fortemente responsabilizzato sugli obiettivi strategici d'Azienda, il cui raggiungimento dipende anche da una efficiente ed efficace gestione della produzione, ovvero dall'appropriatezza.

Relativamente alla natura del Dcp, emerge in modo chiaro la tendenza alla sovradistrettualità, ovvero all'istituzione di un Dipartimento trasversale a più Distretti. Infatti solo l'Ausl di Bologna Sud ha optato per un vero modello di Dcp distrettuale, (con un Dcp per ciascuno dei tre Distretti); nell'Ausl di Forlì, essendoci un unico Distretto, il rapporto Distretto-Dcp è risultato automaticamente 1:1.

La costituzione di un unico Dcp trasversale a tutta l'Azienda punta a sfruttare a pieno le sinergie tra le articolazioni territoriali preposte alla funzione di produzione, nonché a garantire maggiore appropriatezza ed equità nell'accesso alle cure. Inoltre, tale impostazione consente di focalizzare l'attenzione sui processi e sui percorsi assistenziali, recuperando così la centralità del paziente-utente.

Per quanto riguarda il modello organizzativo adottato, nessuna delle Aziende considerate sembra applicare il modello a matrice ed i principali orientamenti riscontrati si focalizzano soltanto sull'archetipo a centralità del Distretto o del Dcp.

Le Aziende che hanno scelto di attribuire un ruolo forte al Distretto (Ausl di Modena, Ausl Bologna Sud, Ausl di Forlì) di fatto sottomettono gerarchicamente il Dcp al Distretto. L'Ausl di Piacenza e l'Ausl di Bologna Città hanno invece conferito un ruolo forte al Dcp, e dunque una significativa responsabilità sulle attività territoriali. Tuttavia, mentre la prima azienda si trova ancora in fase di sperimentazione, la seconda presenta un assetto organizzativo più consolidato e maturo, che le consente di separare in modo netto committenza e produzione.

Quanto al ruolo del Dcp nel sistema di Programmazione e Controllo, risulta evidente che in tutte le realtà analizzate esso assuma dignità di Cdr con un proprio *budget* operativo, anche in quelle Aziende che hanno optato per l'assetto organizzativo con *focus* distret-

tuale: questo conferma l'adesione al modello di separazione delle funzioni.

Relativamente all'ultimo aspetto indagato, l'interfaccia aziendale per i Ncp, troviamo che il continuo e costante monitoraggio dei rapporti con i Ncp risulti cruciale per ogni Ausl, al fine di raggiungere una visione del territorio unica e completa ed al fine di attuare sul medesimo interventi il più possibile omogenei ed integrati. Nelle tre Aziende in cui i Nuclei sono stati già avviati il referente è tipicamente il Dcp; la sola Ausl di Bologna Città ha costituito cinque Comitati di zona all'interno del Dcp che fungono da mediatori tra Ncp ed Azienda.

5. Riflessioni conclusive

La presente ricerca evidenzia dunque come i modelli agiti siano a volte molto differenti, pur partendo dalle medesime riflessioni ed assunti. Per le Direzioni aziendali si tratta, infatti, di cercare di contemperare due istanze: la necessità di omogeneità ed aderenza al modello teorico identificato tipicamente a livello regionale e la domanda di contestualizzazione che il territorio richiede.

L'analisi sottolinea anche come in alcune Aziende non sia stata ancora delineata l'interfaccia con i Mmg, mentre in altre sia stata identificata nel Dipartimento di cure primarie. In particolare, la domanda a cui ogni Azienda dovrebbe rispondere è relativa alle implicazioni che la definizione del Dcp o del Distretto comporta nell'interpretazione del ruolo dei Mmg. Se il Dcp è la struttura organizzativa deputata all'esercizio della funzione di produzione, anche i Mmg devono essere responsabilizzati sulla produzione e quindi su quanto prescrivono direttamente, depurando tutta la prescrizione indotta e quindi definendo con loro obiettivi legati alla loro produzione. Si ritiene però sottolineare come, per stessa constatazione dei Mmg, la loro produzione di prestazioni erogate in regime di ricovero o prestazioni ambulatoriali sia particolarmente bassa, 30-40% (i ricoveri avvengono per accesso diretto, tramite guardia medica, ecc.). Evidentemente il responsabilizzare i Mmg sulla loro produzione diretta equivale a sancire la loro non centralità rispetto al sistema e forse anche l'opportunità

o meglio il rapporto costo efficacia di sviluppare progetti con loro.

Viceversa una responsabilizzazione dei Ncp sui consumi dei loro assistiti indipendentemente da chi abbia effettivamente indotto la prestazione mira a riportare al centro del sistema il Mmg, coinvolgerlo nel processo di governo della domanda, ricerca dell'appropriatezza di quelle prestazioni che vengono richieste da quelli che sono i suoi assistiti. Evidentemente questa seconda logica di responsabilizzazione può avvenire proprio grazie alle logiche associative dei Ncp che facilitano la condivisione di criteri comuni e che abbiano come obiettivo la riduzione dell'eterogeneità dei comportamenti e delle risposte.

In realtà un efficace processo di responsabilizzazione dovrebbe temperare le due logiche definendo quindi per i Mmg una doppia linea di responsabilizzazione: con il Dcp per la produzione e con il Distretto per la committenza ed il governo clinico (adottando di fatto il modello parallelo (Lega, Vendramini, 2001)).

In realtà analizzando i casi aziendali e più in generale la realtà delle aziende sanitarie locali la sensazione che emerge è che la strategia deliberata parta dall'intento di responsabilizzare complessivamente i Mmg sui consumi dei propri assistiti, ma che poi all'interno delle Aziende si modelli organizzativi particolarmente frammentati in cui i rapporti con la medicina generale siano suddivisi in una molteplicità di Unità, ciascuna responsabile di una parte del processo (farmaceutica, adi, convenzione, progetto diabete, vaccinazioni, ecc.). Evidentemente una non chiara attribuzione della funzione di governo della medicina generale non può che ridurre l'efficacia delle azioni.

Alla luce dell'analisi dei casi aziendali e delle riflessioni sopra riportate emerge che lo scenario che caratterizzerà i prossimi anni, anche alla luce dei dettami della nuova convenzione, sarà quello delle definizioni di strumenti e modello di micro progettazione organizzativa della Medicina generale (*governance* interna ed esterna dei nuclei ad esempio) e dei sistemi operativi che governino complessivamente la medicina generale, dalla farmaceutica ai ricoveri, dall'Adi ai percorsi diagnostico-terapeutici, in un'ottica

di sempre maggiore integrazione e considerazione delle future Utap (Ncp strutturali) come veri e propri Centri di responsabilità aziendali. I Ncp verranno quindi ad essere considerati dei Cdr integrati nel sistema di *budget* aziendale e parteciperanno con una propria scheda *budget* al processo di definizione degli obiettivi facendo quindi parte della funzione di programmazione e controllo aziendale.

Ringraziamenti

Si intende ringraziare vivamente tutti coloro che hanno mostrato interesse e disponibilità per la realizzazione del presente lavoro ed in particolare:

- per l'Ausl di Piacenza il dottor Filippo Celaschi, Responsabile dell'U.O. Controllo di Gestione; il dottor Graziano Dainese, Direttore del Distretto Urbano;
- per l'Ausl Modena il dottor Giorgio Mazzi, Direttore sanitario; il dottor Ubaldo Bonacorsi, Responsabile del Servizio Controllo di Gestione; la Dottoressa Maria Luisa De Luca, Direttore del Dipartimento di Cure Primarie; il Dottor Lenzotti, Responsabile del Coordinamento delle Macrostrutture;
- per l'Ausl Unica Bologna il dottor Gabriele Cavazza, Direttore sanitario dell'ex Ausl Bologna Città; il dottor Saverio Di Ciommo, Direttore del Distretto di Casalecchio di Reno dell'ex Ausl Bologna Sud; la dottoressa Raffaella Stiassi, Direttore dell'U.O. Assistenza Primaria e Specialistica Zona Navile dell'ex Ausl Bologna Città; il dottor Fausto Trevisani, Direttore del Dipartimento di Cure Primarie dell'ex Ausl Bologna Città;
- per l'Ausl Forlì la dottoressa Ester Spinuzzi, Direttore sanitario; la dottoressa Romana Bacchi, Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica; il dottor Lucio Boattini, Direttore di Distretto; la dottoressa Elisa Ponti, dell'U.O. Controllo di gestione.

Note

1. L'indagine è stata effettuata nell'ottobre 2004, momento in cui due delle cinque aziende risultavano formalmente fuse in un'unica realtà metropolitana (L. reg. n. 21 del 20 ottobre 2003), ma mantenevano ancora le proprie peculiarità originarie.
2. Si fa riferimento ai contenuti del rapporto OASI del Cergas Bocconi soprattutto del 2002, 2003 e 2004.
3. In questo lavoro si intende fare riferimento ai modelli definiti da Lega, Vendramini (2001).
4. Manuale organizzativo Ausl Modena, 2004.
5. Manuale organizzativo dipartimento cure primarie, 2003.
6. Manuale organizzativo dipartimento cure primarie, 2003.
7. Manuale organizzativo dipartimento cure primarie, 2003.
8. Atto di organizzazione e funzionamento aziendale, 2001.

B I B L I O G R A F I A

- AA.VV. (2001), *Modelli di riferimento per l'organizzazione dei Servizi sanitari territoriali*, Ce.R.G.A.S.
- ANESSI PESSINA E., BARDASSI P. (2001), «Il sistema di budget nell'Asl Città di Bologna: caratteristiche fondamentali e innovazioni in corso», *Mecosan*, 38, pp. 59-87.
- BORGONOVÌ E., MENEGUZZO M. (a cura di) (1993), *La gestione strategica dei servizi pubblici locali*, AIM, Milano.
- BERGAMASCHI M., CANTÙ E. (2000), «Sviluppo del modello organizzativo dipartimentale nelle strutture ospedaliere», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- CASATI G., VICHI C. (2003), *Il percorso del paziente in ospedale*, McGraw-Hill, Milano.
- CASSAVIA G., MANZI O. (2002), «Il Distretto sanitario», *Mondo Sanitario*, pp. 1-12.
- DEL VECCHIO M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- FATTORE G., LONGO F. (2003), «Le tendenze evolutive nei sistemi regionali: analisi di alcuni Piani sanitari rappresentativi», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- GALLETTI A., LAZZARATO M., LONGO F., TEDESCHI P., ZANZI R. (2000), «Strumenti per il governo della Medicina generale: modalità di gestione degli accordi in Emilia-Romagna», *Mecosan*, 35, pp. 9-24.
- HELLER L., TEDESCHI P. (2003), *Scelte regionali per il governo della medicina regionale*, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- LA ROVERE L., LONGO F., SAVORANI G., TEDESCHI P., TREVISANI F., ZIGONI S. (2001), «La riorganizzazione della Medicina generale presso l'Ausl di Bologna Città: riflessioni e prospettive (anni 1999-2000)», *Mecosan*, 39, pp. 139-159.
- LEGA F. (1999), «Lineamenti di progettazione macro-organizzativa per le Aziende sanitarie locali», *Salute e Territorio*, 116.
- LEGA F., VENDRAMINI E. (2001), «Committenza vs produzione dei servizi sanitari: analisi e valutazioni e dei possibili assetti organizzativi di riferimento», *Sanità Pubblica*, 12.
- LONGO F. (a cura di) (1998), *Asl distretto, medico di base*, Egea, Milano.
- MINTZBERG H. (1979), *The structuring of Organisation*, Prentice Hall.
- SCHILARDI G., LOGIEFO F. (2004), «Il Dipartimento di cure primarie come modello organizzativo del distretto», *Mondo Sanitario*, 3-4, pp. 2-7.
- TARRICONE R. (2005), *La valutazione economica per la gestione delle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- VENDRAMINI E. (2000), «L'evoluzione della struttura organizzativa sul territorio», in M. Bergamaschi (a cura di), *Economia delle imprese pubbliche (Economia e gestione delle aziende di servizi sanitari)*, Egea, Milano.
- VENDRAMINI E. (2004), *Il sistema di budget per le Aziende sanitarie pubbliche*, McGraw-Hill, Milano.
- VENDRAMINI E. (2002), «Strumenti manageriali per il governo della Medicina generale: analisi di 11 accordi decentrati», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano.

Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della Regione Toscana

LINO CINQUINI, SABINA NUTI, ANGELO BOCCACCIO, MILENA VAINIERI

The introduction of accrual accounting in health care units has deeply changed accounting systems and the accounting information delivered. Only in recent times the opportunity of accrual accounting to provide information on financial performance of the local units begins to be appreciated and tested. The paper shows the pathway followed by Tuscan Regional Health Authority to value new accrual accounting information, with a particular focus on the appropriate choice and building of the balance sheet ratios able to represent the economic and financial dynamic in local units properly.

Note sugli autori

Lino Cinquini, Sabina Nuti, Angelo Boccaccio, Milena Vainieri operano nel Laboratorio di Ricerca e Formazione «Management e Sanità» della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana. Lino Cinquini (l.cinquini@sssup.it) è Professore ordinario della Scuola Superiore Sant'Anna e componente del Comitato Scientifico, Sabina Nuti (snuti@sssup.it) è Direttore, Angelo Boccaccio (a.boccaccio@sssup.it) e Milena Vainieri (vainieri@sssup.it) sono ricercatori a contratto.

Attribuzione e ringraziamenti

Pur nella loro unitarietà di progettazione e sviluppo metodologico, le parti del lavoro risultano così attribuibili: §§ 1 e 3 Lino Cinquini, §§ 2 e 6 Sabina Nuti, § 4 Angelo Boccaccio, § 5 Milena Vainieri. Gli Autori desiderano ringraziare il referee anonimo per i suggerimenti ricevuti.

1. Premessa

L'introduzione della contabilità economico-patrimoniale nelle aziende sanitarie ha comportato un cambiamento profondo nell'interpretazione della dinamica gestionale delle aziende e nell'evoluzione dell'impiego dell'informazione derivante dalla contabilità. Tuttavia, anche in relazione alle difficoltà del percorso di introduzione e consolidamento dei nuovi sistemi contabili, solo da poco tempo il linguaggio dei bilanci economico-patrimoniali comincia ad essere considerato anche per le potenzialità che offre di analisi e valutazione della gestione delle aziende sanitarie.

Questo articolo illustra il percorso seguito in Toscana per valorizzazione dell'informazione economico-patrimoniale ai fini della valutazione delle performance delle aziende sanitarie. L'esperienza presenta la prospettiva metodologica con cui è stato affrontato il problema di un'adeguata interpretazione ed analisi dei bilanci, che tenesse conto delle caratteristiche della gestione e di alcune specificità dei meccanismi di finanziamento ed investimento che in esse si riflettono. Più che soffermarsi sui risultati ottenuti, di cui sono riportati alcuni esempi, l'analisi si focalizza sul problema dell'individuazione di quegli indici, proposti dalla letteratura economico-aziendale o specificamente costruiti in conformità ad essa, che possono essere adatti a rappresentare adeguatamente la performance economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche e le relative specificità in logica di *benchmarking*.

SOMMARIO

1. Premessa
2. Logica di *benchmarking* mediante analisi dei bilanci in sanità: possibilità e limiti
3. Specificità della gestione delle aziende sanitarie e bilancio economico-patrimoniale
4. Un modello di analisi del bilancio economico-patrimoniale delle aziende sanitarie per il data *benchmarking*
5. Impiego degli indici: problematiche interpretative e confronto tra le Aa.Ss. della Regione Toscana
6. L'esperienza della Regione Toscana: dal data *benchmarking* sui bilanci al sistema di valutazione della performance

2. Logica di *benchmarking* mediante analisi dei bilanci in sanità: possibilità e limiti

Il termine *benchmarking* è ormai diventato di uso comune in molti contesti: ma quale è il suo preciso significato?

L'*American Productivity and Quality Center* lo definisce nei seguenti termini: «*benchmarking* is a systematic and continuous measurement process: a process of continuously measuring and comparing an organization's business processes against business process leaders anywhere in the world to gain information which will help the organization to improve its performance» (Watson, 1995).

Si tratta quindi di un sistema che permette a più organizzazioni di confrontarsi sui risultati conseguiti attraverso un insieme concordato di misure. Esso rappresenta pertanto uno strumento che, con continuità e sistematicità, permette a ogni organizzazione che aderisce, di confrontare i propri risultati con quelli di altre organizzazioni che svolgono processi simili. In tale modo è possibile individuare i differenziali di risultato rispetto alle organizzazioni che presentano la performance di maggiore successo, e focalizzare la tipologia e l'entità dei punti di debolezza della gestione in cui cercare il miglioramento della propria performance¹.

Le metodologie di *process benchmarking* nascono dal mondo delle imprese. Esse furono formalizzate originariamente dalla Xerox Corporation per far fronte alla crescente concorrenza giapponese degli anni '70. Si definiscono appunto di *benchmarking* perché sono volte all'identificazione di un *benchmark*, ossia di un processo di riferimento, che per la sua performance costituisca il modello per i processi di riorganizzazione delle aziende. Si tratta di metodologie che hanno permesso alle imprese di scoprire una *nuova cultura fondata sul confronto*, superando la logica della pura concorrenza e individuando le imprese eccellenti da cui imparare, così da migliorare i processi con risultati non soddisfacenti.

Per implementare un sistema di *benchmarking* è necessario che più organizzazioni si accordino per individuare in primo luogo su quali processi chiave impostare l'analisi di confronto. Quindi è necessario che siano definite, e da tutte le organizzazioni accetta-

te, le modalità con cui i dati e le misure devono essere rilevate, nonché il soggetto preposto alla elaborazione dei dati. Molto spesso questa funzione viene svolta da agenzie esterne quali le Università o gli enti di ricerca che in questo modo, oltre che fornire un servizio, si riservano un campo privilegiato su cui costruire la conoscenza e l'apprendimento sull'evoluzione dei processi di miglioramento in atto nelle aziende.

Nel caso di un confronto basato sulle performance economico-finanziarie desumibili dai bilanci aziendali, è possibile più correttamente parlare di *data benchmarking*.

A differenza del *process benchmarking*, dove l'oggetto di confronto è la sequenza di attività di un processo aziendale simile secondo una logica di apprendimento dalle *best practices* e trasferimento mediante reingegnerizzazione del processo, nel *data benchmarking* oggetto di valutazione comparativa è la performance di un processo, di una funzione o aziendale: in quest'ultimo caso si tratta di confrontare, sulla base di un *set* di indicatori condiviso, le diverse dimensioni di performance sintetiche desumibili ed eventualmente attribuire dei punteggi per giungere ad una valutazione quantitativa sintetica per ogni azienda².

Gli obiettivi perseguibili attraverso questo percorso, per un sistema sanitario regionale, possono essere molteplici:

– in primo luogo superare la prospettiva tradizionale di osservazione dei risultati, tesa a considerare le prestazioni rese «all'interno e all'indietro», ossia osservando la performance raggiunta in logica incrementale rispetto al passato, valutando il *trend* di miglioramento conseguito sempre considerando solo i risultati interni del passato, con il rischio di definire obiettivi di miglioramento potenzialmente inficiati da pregressi livelli di inefficienza ed inefficacia. Nel *benchmarking* le organizzazioni modificano la prospettiva di osservazione dei risultati e delle proprie prestazioni, guardando «all'esterno e in avanti». Esse, infatti, confrontano le loro performance con quelle conseguite da altre realtà. Si tratta quindi di un confronto con l'esterno, che espone l'organizzazione ad una verifica immediata e oggettiva degli spazi di miglioramento individuati e delle soluzioni adottate, e «in avanti» in quanto il con-

fronto si fa rispetto non al passato ma ad una soluzione adottata da altre organizzazioni che, potenzialmente, può portare a risultati di eccellenza;

– inoltre, in assenza di un sistema di mercato che «giudica» l'operato delle organizzazioni in termini di efficacia e di efficienza, il confronto costituisce un importante processo che consente una valutazione dell'operato delle aziende e contribuisce a fornire input per il miglioramento; il *benchmarking* appare uno strumento di particolare efficacia nel sistema sanitario soprattutto per alimentare e mantenere «vitale» nel tempo la rete regionale tra diverse aziende e per fornire indicazioni sui processi di natura prettamente gestionale. In questo campo infatti, in mancanza di standard di riferimento validi in assoluto (che, per inciso, non avrebbero nemmeno senso) e di un contesto competitivo tradizionale «di mercato», è fondamentale per ciascuna Azienda Sanitaria poter contare su un sistema di informazioni trasversali che permetta loro di confrontarsi con altre realtà e conoscere prassi e soluzioni maggiormente valide adottate dalle altre istituzioni operanti nello stesso campo. In altri termini, contribuisce fortemente a far superare l'autoreferenzialità di ciascuna azienda e a permettere agli operatori di aprirsi alla cultura del confronto come fonte di apprendimento e di miglioramento;

– un terzo aspetto, non trascurabile, è costituito dalla spinta che la realizzazione di un sistema di *benchmarking* sui bilanci economico-patrimoniali determina nei confronti dello sviluppo di modalità più accurate ed uniformi di rilevazione tra le aziende del sistema. L'attendibilità dei confronti poggia, infatti, sulla presenza di un sistema di rilevazione contabile condiviso con l'applicazione degli stessi «principi contabili», che garantisca sempre di più l'uniformità nel trattamento delle informazioni e nell'elaborazione dei dati per la contabilità generale. Questo problema si pone, in particolare, relativamente ad alcune specificità presenti nelle gestioni e nelle rappresentazioni contabili delle aziende sanitarie per quanto riguarda la contabilizzazione delle sterilizzazioni e l'omogeneità tra le diverse aziende del contenuto delle voci di bilancio rispetto ai rispettivi piani dei conti e procedure contabili³. Più ampiamente, una

più consapevole e deliberata considerazione dei principi contabili di redazione del bilancio di esercizio consentirebbe di aumentare il grado di attendibilità delle voci, in particolare di quelle stimate, ed il grado di confrontabilità. A questo fine occorrono, oltre l'*omogeneità formale* riconducibile a criteri di omogenea redazione secondo schemi uniformi, anche l'*omogeneità sostanziale*, attinente alla corretta applicazione di principi valutativi, l'*attendibilità*, che concerne la possibile presenza di politiche di bilancio miranti ad alterare le risultanze contabili e la *completezza*, relativa alla presenza nei documenti esaminati di tutti i valori utili per svolgere le elaborazioni ed i confronti⁴. Non è un caso che la Regione Toscana stia percorrendo questo processo di armonizzazione contabile parallelamente allo sviluppo di logiche valutative di *benchmarking* sui bilanci economico-patrimoniali⁵;

– un ultimo aspetto, infine, riguarda le potenzialità di impiego del *data benchmarking* economico-finanziario per un monitoraggio a livello regionale delle performance complessive di sistema e di ogni singola azienda (relativamente alla dimensione economico-finanziaria) per finalità da un lato di governo della sanità regionale, dall'altro di valutazione del top management delle aziende. È evidente che queste finalità non possano non essere integrate nell'ambito di un sistema multidimensionale di valutazione delle aziende sanitarie, nel quale *anche* la dimensione economico-finanziaria assume una sua rilevanza relativa.

Il *benchmarking* sui dati finanziari è da alcuni anni in forte sviluppo nell'area pubblica⁶, proprio in quanto strumento che può fornire, coerentemente con l'evoluzione della contabilità, informazioni comparate fondamentali per il perseguimento di obiettivi di cambiamento e di innovazione nei comportamenti delle amministrazioni pubbliche.

3. Specificità della gestione delle aziende sanitarie e bilancio economico-patrimoniale

L'introduzione della contabilità economica nelle aziende sanitarie ha costituito un processo di transizione non solo tecnico-con-

tabile e di *reporting*, ma anche di cultura aziendale e manageriale, che è stato affrontato in modo differenziato per tempo e modalità nei diversi sistemi sanitari regionali, come è stato documentato nei rapporti dell'OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende sanitarie italiane del Cergas Bocconi) pubblicati negli ultimi anni⁷.

Sotto il profilo culturale, questo passaggio aziendale ha posto al centro dell'attenzione una dinamica dei valori economico-finanziari che segue i principi delle rilevazioni delle operazioni aziendali finalizzate a determinare un risultato economico di esercizio ed un connesso capitale di funzionamento, producendo informazioni contabili che consentono una valutazione dell'*economicità della gestione* nelle sue diverse dimensioni (equilibrio economico, patrimoniale, finanziario e monetario)⁸.

Sotto il profilo manageriale la contabilità economico-patrimoniale ha fornito alle direzioni aziendali e regionali un nuovo strumento di elaborazione dei dati economico-finanziari, in grado di cambiare profondamente la qualità informativa dei dati contabili sulla base dei quali assumere decisioni rilevanti per la vita e lo sviluppo dei sistemi sanitari.

In tale prospettiva risulta essenziale chiarire in che misura si riflettono sui prospetti derivanti dalla contabilità economico-patrimoniale le peculiarità delle gestioni delle aziende sanitarie, dipendenti dai meccanismi di finanziamento degli specifici sistemi sanitari regionali, in quanto questa consapevolezza può migliorare l'interpretazione delle dinamiche economiche, patrimoniali, finanziarie e monetarie nel contesto dell'azienda sanitaria. Ciò al fine di non traslare meccanicamente schemi di analisi del bilancio economico-patrimoniale e relative interpretazioni provenienti dall'esperienze di imprese *for-profit* operanti sul mercato, che possono essere fuorvianti nel contesto delle aziende sanitarie, per cercare invece di massimizzare il valore aggiunto informativo che da tale contabilità può derivare anche nel contesto della produzione della salute.

Con riguardo alla Regione Toscana, un primo fondamentale aspetto che influisce sull'interpretazione dell'equilibrio economico delle «Aziende sanitarie locali» (Asl) è costituito dalla mancanza di correlazione tra

valore e volume delle prestazioni erogate e ricavi iscritti nel conto economico. I ricavi dell'Azienda Usl infatti non sono causati da un processo di scambio monetario con i cittadini in relazione ai servizi erogati ma sono determinati e concessi dall'Amministrazione regionale in relazione al numero di abitanti corretto da alcuni parametri specifici quali l'anzianità media della popolazione, le caratteristiche geografiche, epidemiologiche ecc.; solo una parte esigua dei ricavi (compensazioni da mobilità attiva) si collega alle prestazioni effettivamente erogate a soggetti non residenti. Diversamente avviene per le «aziende ospedaliere» (Ao) del sistema sanitario, i cui ricavi sono costituiti dalle tariffe delle prestazioni ospedaliere (valorizzate sulla base del sistema di Drgs).

Si tratta di un problema generalmente presente nell'interpretazione dell'equilibrio economico delle aziende pubbliche, che limita il contenuto informativo del conto economico rispetto a quello delle imprese, nel senso che non è in grado di dar ragione dell'efficacia delle prestazioni in quanto non esiste un mercato capace di valorizzarle⁹.

Un altro elemento di peculiarità delle informazioni della contabilità economico-patrimoniale nelle aziende sanitarie è costituito dalle politiche di «sterilizzazione degli ammortamenti», conseguenti alle previsioni delle Linee guida predisposte dalla Ragioneria generale dello Stato successivamente alla definizione degli schemi di bilancio ministeriali delle aziende sanitarie (D.M. 20 ottobre 1994) (Ragioneria generale dello Stato, 1995). Mediante questa operazione, in presenza di investimenti effettuati mediante contributi in conto capitale da parte della Regione, si fa transitare da Conto economico il valore del contributo equivalente al valore della quota di ammortamento di tali investimenti, in modo da neutralizzare l'effetto sul risultato di questi ammortamenti. Contestualmente si riduce il valore nel netto patrimoniale del contributo in conto capitale, che pertanto si azzererà al termine del periodo di ammortamento. Come è stato osservato (Santesso, Sòstero, 1999), questa previsione altera significativamente l'interpretazione dei bilanci d'esercizio delle aziende sanitarie, deteriorandone il contenuto informativo

rispetto al consumo dei fattori produttivi a lungo ciclo di utilizzo.

Inoltre, l'interpretazione dei risultati dell'analisi finanziaria, monetaria e della struttura finanziaria non può prescindere dai vincoli che la Regione od enti sovraordinati pongono all'autonomia decisionale delle aziende (si pensi ad esempio ai limiti di indebitamento autonomo e di ricorso ad anticipazioni del tesoriere da parte delle aziende) e dalle conseguenze di comportamenti regionali sulle politiche finanziarie delle aziende sanitarie (si pensi ai tempi di erogazione dei finanziamenti correnti o in conto capitale ed agli effetti che ciò comporta sui tempi di dilazione dei pagamenti verso i fornitori).

Malgrado queste ed altre differenze nella gestione di queste aziende, l'analisi delle condizioni di equilibrio della gestione mediante il bilancio economico-patrimoniale rimane uno strumento di governo fondamentale per il management aziendale. Non si tratta di ottenere una valutazione di natura contabile e formale sull'andamento gestionale dell'azienda quanto invece di avere indicazioni sui risultati ottenuti, sull'impatto di decisioni, di politiche e di scelte adottate dalla direzione sul consumo delle risorse, al fine di aumentare la consapevolezza e la competenza del management nella guida della propria azienda. Certamente non appare molto significativa un'analisi delle determinanti della redditività condotta solo in termini economico-finanziari ma permane di rilevante interesse lo studio, ad esempio, della composizione e della dinamica dei costi, della struttura delle fonti di finanziamento e della tipologia degli impieghi, nonché le modalità di gestione dei flussi finanziari adottate. Queste informazioni, opportunamente correlate ad un insieme di altri parametri di natura sanitaria, qualitativa e fisico tecnica, potranno rappresentare la base portante del processo di valutazione della performance¹⁰ di queste aziende, ossia della loro capacità di perseguire gli obiettivi assegnati dall'amministrazione regionale operando uniformemente ai principi prima illustrati.

In questo senso l'orientamento normativo, sia a livello regionale che nazionale, relativo al sistema di contabilità delle Aziende sanitarie e ospedaliere evidenzia, quale finalità del bilancio d'esercizio, la medesima che il le-

gislatore prevede per la generalità delle imprese, ossia che la redazione del bilancio di esercizio si ponga, quale obiettivo principale, la rappresentazione chiara, corretta e veritiera del risultato economico e della situazione patrimoniale e finanziaria dell'azienda¹¹.

Con queste premesse, lo sforzo da compiere è di identificare una riclassificazione dei bilanci e la predisposizione di alcuni indici che mantengano una loro significatività anche nel contesto delle Aziende sanitarie e che consentano di compiere utilmente dei confronti spaziali e temporali degli andamenti delle loro gestioni.

4. Un modello di analisi del bilancio economico-patrimoniale delle aziende sanitarie per il *data benchmarking*

L'adozione della contabilità economico-patrimoniale orientata alla redazione del bilancio di esercizio ha evidenziato la necessità di definire uno schema di bilancio standard, adattando il modello civilistico alle specificità delle aziende sanitarie. Il D.I. del 20 ottobre 1994, modificato dal D.I. del 2002, ha predisposto uno schema uniforme di bilancio (composto dallo Stato patrimoniale e dal Conto economico), di piano dei conti e linee guida ministeriali. Ogni Regione, avendo la delega, ha ridefinito il sistema contabile attraverso linee guida regionali. La Regione Toscana ha definito con la delibera della giunta regionale n. 1091/96 e successive modifiche il passaggio dalla contabilità finanziaria a quella generale, al contempo individuando gli schemi di bilancio per le aziende sanitarie toscane.

Al pari delle imprese private, anche nelle aziende sanitarie il bilancio deve fornire una rappresentazione veritiera e corretta della dinamica economico-finanziaria aziendale. Per questo la sua redazione deve essere realizzata applicando quei criteri e principi definiti dalla prassi contabile consolidata (principi dell'ordine dei dottori commercialisti) e sanciti dalle norme giuridiche civilistiche: i principi generali di chiarezza, veridicità e correttezza del bilancio ed i principi specifici di prudenza, competenza, continuazione di attività, continuità dei criteri di valutazione ed iscrizione di utili realizzati.

Punto di partenza dell'analisi degli equilibri aziendali delle aziende sanitarie mediante il bilancio è la *riclassificazione*, necessaria per assegnare ai prospetti di «Stato patrimoniale» e «Conto economico» quella struttura che li renda adatti a consentire un'interpretazione del patrimonio e del reddito di esercizio nell'ambito dell'analisi economico-finanziaria della gestione. La costruzione di una serie di indici calcolati sulla base dei prospetti riclassificati consente, infatti, quell'operazione di ritrasformazione delle cifre in dinamiche economico-finanziarie diretta a evidenziare il grado di raggiungimento degli equilibri gestionali.

I modelli di riclassificazione di Stato patrimoniale, Conto economico e rendiconto finanziario, di seguito riportati, costituiscono la rivisitazione in ambito sanitario dei modelli proposti in letteratura¹² e sono stati realizzati a partire dagli studi condotti dall'*Osservatorio di Change Management in sanità dalla Scuola superiore Sant'Anna*¹³ e successivamente approfonditi nell'ambito del progetto di valutazione e valorizzazione della performance delle aziende sanitarie toscane.

Tabella 1
Stato patrimoniale riclassificato

Impieghi	Fonti
Immobilizzazioni materiali	Mezzi propri
Immobilizzazioni immateriali	Risultato economico d'esercizio
Immobilizzazioni finanziarie	Patrimonio netto
Totale attivo fisso	Debiti finanziari
Rimanenze	Debiti commerciali
Liquidità differite	Debiti verso altre istituzioni
<i>Crediti attività istituzionale</i>	Debiti diversi
<i>Crediti diversi</i>	Debiti per TFR
<i>Crediti finanziari</i>	Fondi per rischi ed oneri
<i>Attività finanziarie</i>	Totale passivo consolidato
<i>Ratei e risconti attivi</i>	Debiti finanziari
Liquidità immediate	Debiti commerciali
<i>Cassa</i>	
<i>Istituto tesoriere</i>	
<i>C/C postale</i>	Debiti verso altre Istituzioni
Totale attivo circolante	Debiti diversi
	Ratei e risconti passivi
	Totale passivo corrente
TOTALE IMPIEGHI	TOTALE FONTI

4.1 La riclassificazione dello Stato patrimoniale

La riclassificazione dello Stato patrimoniale si basa sul modello generalmente proposto in dottrina che utilizza i criteri di liquidità per gli impieghi e i criteri di esigibilità per le fonti, come illustrato nella **tabella 1**.

Nel prospetto di riclassificato, sopra riportato, dal lato delle fonti nel passivo consolidato sono state inserite le voci di debito di bilancio che hanno esigibilità superiore ai 12 mesi. Nelle passività correnti, invece, sono individuate le posizioni debitorie inferiori all'anno.

La stessa logica è seguita anche nella sezione degli impieghi: così nell'attivo fisso si inseriscono, oltre alle immobilizzazioni, tutti i crediti con scadenza superiore ai 12 mesi; nell'attivo circolante, invece, sono incluse le voci con esigibilità entro i 12 mesi, graduate in base alla liquidità. Per i fondi nel passivo ed i ratei e i risconti sono state fatte delle considerazioni ad hoc per le aziende sanitarie anche sulla base della lettura delle Note Integrative: i fondi per rischi ed oneri sono collocati nelle passività consolidate, i ratei ed i risconti sono stati considerati congiuntamente¹⁴.

Gli obiettivi conoscitivi dell'analisi finanziaria dello Stato patrimoniale sono applicabili anche alle Aziende sanitarie; i profili del grado di indebitamento, della situazione finanziaria, della correlazione tra scadenza delle fonti e scadenza degli impieghi rappresentano anche per la gestione delle aziende sanitarie e dell'Ente regionale sovrastante elementi informativi fondamentali per l'orientamento delle decisioni gestionali ed il giudizio a consuntivo della gestione svolta.

4.2 La riclassificazione del conto economico

La riclassificazione del conto economico, come già detto, è operazione propedeutica all'analisi del risultato di esercizio. L'individuazione del modello di riferimento deve pertanto tener conto del particolare significato assunto dai ricavi nelle aziende sanitarie, come ricordato nel paragrafo precedente.

Dato che i ricavi non rappresentano nelle Asl il corrispettivo di un servizio offerto, il confronto ricavi-costi non può essere inter-

pretato come verifica della presenza di condizioni di efficienza ed efficacia nell'impiego delle risorse rispetto al valore creato e riconosciuto dal mercato, quanto piuttosto come capacità di mantenimento dei livelli di consumo di risorse aziendali nell'ambito dei livelli di risorse assegnate e di quelli dei servizi da assicurare ai cittadini.

Il modello di riclassificazione di conto economico scelto è quello a costi e ricavi della produzione ottenuta con l'evidenziazione del «valore aggiunto», specificatamente elaborato per le aziende sanitarie (Cinquini, Miolo Vitali, Nuti, 2002: p. 40).

Nel riclassificare il conto economico si sono introdotte due modifiche che tengono conto di due fenomeni:

- 1) le sterilizzazioni;
- 2) i contributi straordinari di esercizio che le aziende ricevono prima di deliberare il bilancio annuale.

Come in precedenza osservato, la normativa vigente riconosce alle aziende sanitarie la possibilità di sospendere l'incidenza sul reddito di esercizio («sterilizzare») di alcuni costi connessi all'ammortamento, in particolare di quelli relativi alle immobilizzazioni finanziate con risorse regionali specificatamente vincolate alla realizzazione di tali investimenti. La *ratio* di questa scelta è da individuarsi sostanzialmente nell'assenza di autonomia decisionale da parte della direzione aziendale nella scelta di investimento: infatti, si tratta di politiche di spesa decise a livello regionale e pertanto l'aspetto economico dell'investimento (ammortamento) non grava sul risultato annuale dell'azienda di cui la direzione è responsabile¹⁵.

L'acquisizione del bene da parte dell'azienda determina, in termini di bilancio, l'iscrizione del cespite fra le immobilizzazioni e, parallelamente, all'interno del patrimonio netto aziendale andrà ad essere iscritta una specifica voce «Fondi per investimenti», che accoglierà il valore dei contributi regionali assegnati. Sul piano economico (reddito esercizio) la tecnica contabile usata per sterilizzare questi costi è quella di capitalizzare fra i ricavi il valore complessivo degli ammortamenti effettuati che si riferiscono alle voci di investimento sopra individuate, andando contestualmente a ridurre di pari im-

porto il relativo fondo del patrimonio netto¹⁶.

In termini di equilibrio economico, un problema che sorge riguarda gli effetti che tale sterilizzazione produce sulla remunerazione dei fattori produttivi pluriennali: i «ricavi di periodo» dovrebbero, in condizioni di equilibrio, essere in grado di assicurare la remunerazione di tutti i fattori produttivi (recupero dei costi sostenuti per la loro acquisizione ed utilizzo). Il recupero del costo degli investimenti, in particolare, è realizzato attraverso il processo di ammortamento: si addebita nel conto economico quella quota parte del valore economico del bene che esprime la partecipazione del fattore pluriennale alla produzione dei servizi sanitari erogati in quell'anno. La sterilizzazione di questa quota, apparentemente, impedirebbe la remunerazione di questa tipologia di investimenti sospendendo la loro incidenza sul reddito di esercizio. In realtà, la tecnica contabile prevede la remunerazione annuale del fattore pluriennale (quota di utilizzo) attraverso il ricorso a fondi regionali appositamente stanziati in bilancio nel Patrimonio netto. Tuttavia il meccanismo della sterilizzazione offusca la trasparenza del risultato economico.

Il problema rispetto alle capitalizzazioni per sterilizzazioni riguarda anche l'entità delle somme contabilizzate come ricavi: spesso le aziende non effettuano le sterilizzazioni nei limiti previsti (valore complessivo dei fondi stanziati dalla regione), ma utilizzano questa voce per presentare risultati economici meno negativi «gonfiando» l'entità del risultato di esercizio.

Per questa ragione, essendo la riclassificazione del conto economico effettuata a fini di analisi gestionale con l'obiettivo di definire uno strumento da impiegare nella valutazione dell'economicità dell'azione del management aziendale, i ricavi della gestione caratteristica sono stati depurati dalle capitalizzazioni relative agli investimenti sterilizzati per evitare che il risultato annuale risultasse alterato.

Con riferimento ai contributi annuali straordinari, si tratta di risorse aggiuntive «straordinarie» deliberate, prima dell'approvazione del bilancio di esercizio, al fine di incrementare il valore della produzione e

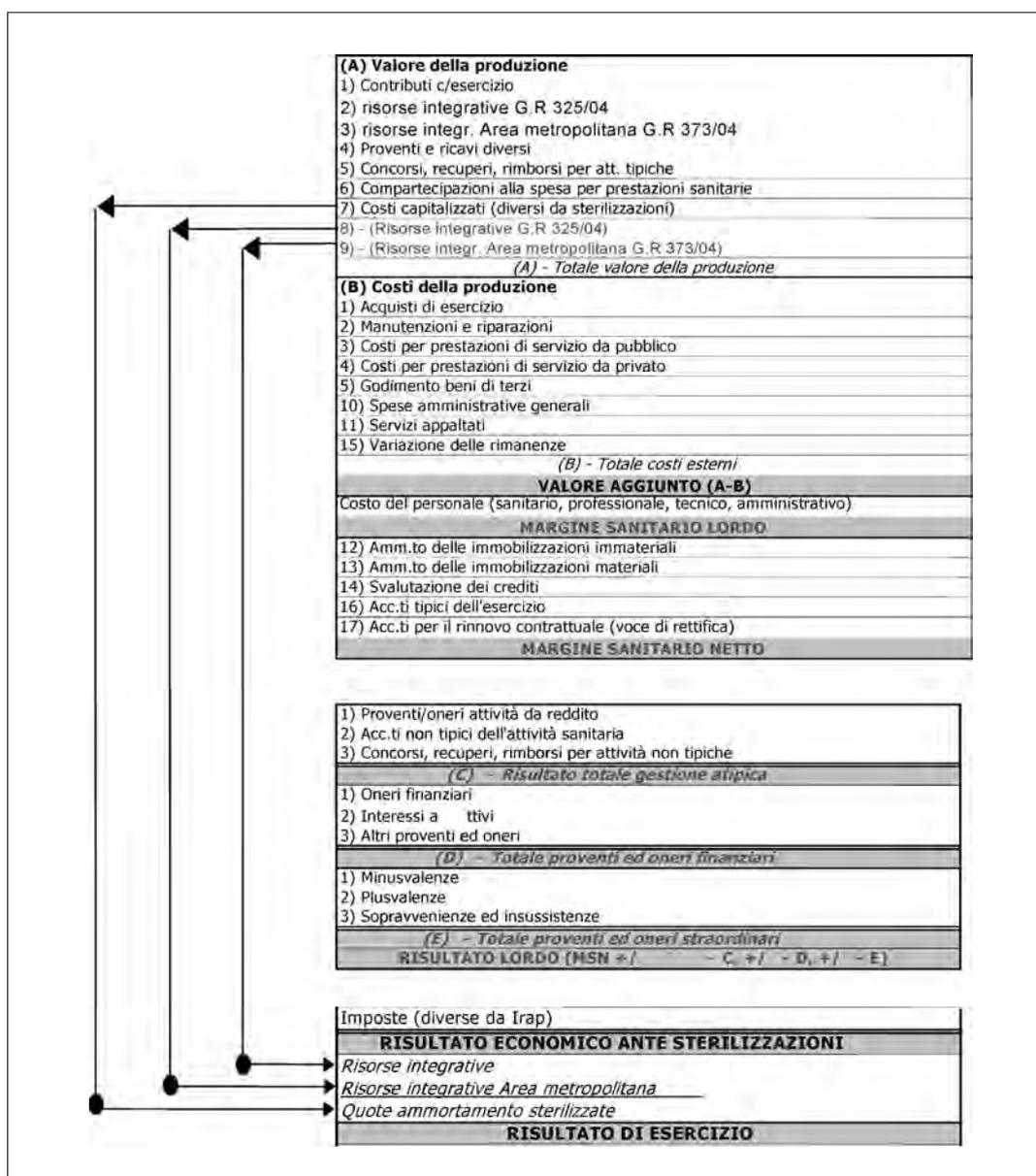
presentare un risultato annuale meno negativo.

Pertanto nel modello riclassificato tanto le sterilizzazioni che i contributi straordinari in conto esercizio¹⁷ sono stati scorporati dai costi capitalizzati (inseriti nel valore della produzione) e riproposti dopo il risultato di esercizio rilevante ai fini gestionali con il solo scopo di effettuare la riconciliazione con il reddito finale. In questo modo tali poste non incidono su alcuno dei risultati del riclassifi-

cato che saranno utilizzati per la costruzione degli indici economici.

La logica adottata in questo schema di riclassificazione è quella di individuare gli elementi reddituali raggruppati in base alle seguenti aree della gestione aziendale: operativa/caratteristica (sanitaria in senso stretto); atipica; finanziaria; straordinaria e fiscale. La riclassificazione del Conto economico evidenzia cinque margini anteriori ed intermedi rispetto al risultato netto (figura 1).

Figura 1
Modello riclassificato



Valore aggiunto – dato dalla differenza fra valore della produzione (individuato al netto dei costi capitalizzati per sterilizzazioni e dei contributi straordinari in c/esercizio) e costi della produzione relativi ai fattori acquisiti da economie esterne. Questo margine esprime la capacità della gestione aziendale di coprire i propri costi interni (personale e ammortamenti), successivamente remunerare il capitale di credito (area finanziaria), infine sostenere i costi connessi con la gestione fiscale;

Margine sanitario lordo (Msl) – esprime la capacità di remunerare i costi connessi agli ammortamenti e accantonamenti, oltre che degli altri fattori (capitale di credito) e delle altre gestioni;

Margine sanitario netto (Msn) – è il risultato dell'attività tipica dell'azienda sanitaria, ossia l'utile operativo relativo alla gestione sanitaria. Questo margine individua la capacità della gestione di contenere i costi dell'attività tipica entro i limiti delle risorse disponibili (valore produzione);

Risultato lordo (RI) – manifesta il risultato complessivo aziendale al lordo delle imposte;

Risultato ante sterilizzazioni (Ras) – riporta ciò che corrisponderebbe al risultato d'esercizio se non fosse prevista la sterilizzazione degli ammortamenti e l'assegnazione delle risorse straordinarie deliberate a fine esercizio per integrare il bilancio. Questo risultato esprime la capacità della gestione di realizzare l'attività aziendale sostenendo costi in equilibrio con le risorse disponibili. In ottica economico-aziendale questo sarebbe il risultato da analizzare, perché l'azienda deve sempre operare con l'obiettivo della remunerazione di tutti i fattori produttivi, quindi anche i beni oggetto di sterilizzazione.

4.3 Il rendiconto finanziario

A completare il quadro dei documenti di bilancio riclassificati, presentiamo il modello di rendiconto finanziario adottato nel sistema di valutazione delle performance economico-finanziarie in logica di *data benchmarking*.

Questo prospetto facilita nella individuazione degli indicatori da impiegare nell'analisi dell'equilibrio finanziario dell'azienda che abbiano la caratteristica di rivelare la ca-

pacità della gestione di produrre «cash flow», aspetto sempre molto critico per le aziende sanitarie: il pagamento dei debiti con tempi di dilazione accettabili¹⁸, la disponibilità di liquidità per far fronte agli impegni gestionali nel loro complesso e più in generale la creazione di situazioni di tensione finanziaria sono aspetti della gestione che andrebbero meglio indagati nelle aziende sanitarie per capire i margini che il management ha per governare questi fenomeni.

Il modello di rendiconto adottato, partendo dal risultato d'esercizio calcola in modo indiretto i flussi monetari, evidenziando, attraverso risultati intermedi, dove è stata assorbita o generata la liquidità aziendale e quanta liquidità nel suo complesso ha prodotto/assorbito la gestione (**tabella 2**).

Il rendiconto finanziario utilizzato evidenzia i seguenti risultati:

– Flusso di Ccn da gestione reddituale – esprime la liquidità potenziale aziendale prodotta dalla gestione reddituale complessiva;

– Flusso di cassa gestione reddituale – spiega la variazione di liquidità determinata in relazione alla variazione del capitale circolante;

Tabella 2
Rendiconto finanziario

Risultato d'esercizio	
-/+ ammortamenti ed accantonamenti	
	Flusso di Capitale circolante netto (CCN) da Gestione reddituale
-/+ variazione crediti	
-/+ variazione debiti	
-/+ variazione scorte	
	Flusso di cassa Gestione reddituale
ATTIVITÀ di INVESTIMENTO	
-/+ variazioni immobilizzazioni materiali	
-/+ variazioni immobilizzazioni immateriali	
-/+ variazioni immobilizzazioni finanziarie	
ATTIVITÀ di FINANZIAMENTO	
-/+ Variazione passività commerciali a m/l termine	
-/+ Variazione passività finanziarie a m/l termine	
-/+ Variazione passività altre Istituzioni a m/l termine	
-/+ variazione passività diverse a m/l termine	
-/+ variazione debiti verso SUMAI	
-/+ variazione fondi	
-/+ variazione mezzi propri	
	Flusso di Cassa netto aziendale
Risultato d'esercizio	
	Liquidità netta di fine anno

– Flusso di cassa netto aziendale – rappresenta la liquidità prodotta/assorbita dalla gestione annuale;

– Liquidità netta di fine anno – misura lo *stock* di liquidità complessivamente a disposizione alla fine dell'anno.

4.4 Determinazione degli indici e dei flussi

Le aziende sanitarie, come le altre tipologie di aziende, devono operare seguendo la logica di efficienza, efficacia ed economicità, ciascuna delle quali esprime una specifica condizione di equilibrio della gestione aziendale.

Il conseguimento e il mantenimento di questi equilibri è presupposto indispensabile per il permanere nel tempo dell'azienda senza che sia necessario il sistematico ricorso ad altre economie.

Il grado di raggiungimento dei tre equilibri è verificato attraverso un'adeguata lettura dei documenti di bilancio riclassificati sopra descritti (Conto economico riclassificato, Stato patrimoniale riclassificato e Rendiconto finanziario): da essi possiamo verificare quante e quali risorse (sia in termini di costi con il C.E. che di liquidità con il R.F.) sono state assorbite/generate e da quale area della gestione, come l'azienda finanzia i propri investimenti, il grado di esposizione verso terzi e i costi connessi alla struttura finanziaria scelta, l'entità dell'esposizione a breve verso le banche e infine il grado di correlazione fra capitale di investimento e di finanziamento. Lo strumento utilizzato in letteratura, come noto, per realizzare questo tipo di analisi è rappresentato dagli indici di bilancio (*ratios*) che sono una misura sintetica per indagare gli equilibri aziendali nel tempo e nel confronto interaziendale di settore.

Nel paragrafo successivo saranno approfondite le scelte degli indici presenti nel modello di *data benchmarking* in oggetto, individuati partendo dall'analisi della letteratura aziendale e contestualizzati in ambito sanitario.

Nel confronto dei risultati dell'analisi influiscono alcune condizioni che hanno condotto alla determinazione dei bilanci aziendali nel momento di passaggio dalla contabilità finanziaria a quella economica e che ancora oggi producono effetti distorsivi nella

determinazione dei prospetti annuali di bilancio:

– la determinazione del patrimonio aziendale nel momento di costituzione delle aziende sanitarie e gli effetti che questo ha prodotto sulla veridicità dell'attivo patrimoniale e sul piano economico degli ammortamenti realizzati annualmente;

– l'assenza di «regole di comportamento» da seguire nella contabilizzazione di alcune voci cui consegue la disomogeneità di alcune rilevazioni contabili e di alcuni aggregati di costo;

– la disomogeneità nella contabilizzazione e nella scelta di metodi di valutazione.

Questi sono solo alcuni dei problemi che rendono difficile effettuare un confronto interaziendale regionale fra le diverse aziende sanitarie, criticità che solo parzialmente un'attenta lettura della nota integrativa e le informazioni aziendali riescono a superare. Peraltro è opportuno sottolineare come la redazione di una nota integrativa con più attenzione ai contenuti esplicativi dei contenuti delle voci di bilancio rappresenti anch'essa una lacuna da colmare velocemente.

In questa direzione, si è mossa la Regione Toscana che attraverso un tavolo di lavoro regionale e con il supporto esterno di esperti ha redatto i principi contabili specifici per le aziende sanitarie e contemporaneamente certificato i bilanci delle aziende sanitarie pilota che hanno partecipato al progetto sperimentale¹⁹.

L'adozione di principi contabili per la compilazione dello Stato patrimoniale e la decisione di avviare un processo di revisione dei patrimoni aziendali entro il 2005 per arrivare nel 2006 a presentare bilanci veritieri sul piano patrimoniale ed economico, contribuiscono a superare quelle criticità che rendevano il *benchmarking* interaziendale difficile da realizzare.

Per i problemi generali che un confronto interaziendale ad oggi presenta, il modello di *benchmarking* proposto, soprattutto per quanto attiene alle analisi degli equilibri patrimoniali e finanziari, deve essere letto per le potenzialità che esprime in termini di confronto nel momento in cui l'applicazione dei principi contabili consentirà di disporre di bilanci redatti con criteri omogenei.

5. Impiego degli indici: problematiche interpretative e confronto tra le Aa.Ss. della Regione Toscana

Per poter leggere ed interpretare i bilanci in modo sintetico si ricorre ad indici di bilancio che analizzino l'aspetto patrimoniale, economico e finanziario della gestione.

In letteratura gli indici sono distinti in base all'obiettivo dell'analisi cui sono preposti: esistono indicatori patrimoniali, finanziari ed economici, a seconda che riguardino la situazione patrimoniale, la situazione finanziaria e la situazione reddituale. Il loro significato va ricercato nell'ambito di una lettura sistematica; infatti la gestione aziendale si compone di diversi aspetti, ma va analizzata nella sua unitarietà. Nella **figura 2** si riporta lo schema del processo di analisi economico-finanziaria di bilancio.

5.1 Indici di struttura patrimoniale

L'analisi dell'equilibrio patrimoniale ha come obiettivo quelli di esprimere un giudizio sulla *solidità patrimoniale* dell'azienda sanitaria; in altri termini, si cerca di capire se le fonti di finanziamento scelte sono le più adeguate per finanziare le attività aziendali e più in generale se l'azienda risulta essere eccessivamente indebitata o, diversamente, presenta un equilibrato rapporto fra capitali propri e mezzi di terzi.

La facilità con cui l'accesso al credito è concesso all'azienda ed una contenuta onerosità della propria struttura finanziaria sono le principali e immediate prerogative di una solida struttura patrimoniale.

L'analisi dell'equilibrio patrimoniale nelle aziende sanitarie, come in qualsiasi altra realtà aziendale, non può prescindere dalle politiche di investimento intraprese dall'azienda nel corso degli anni, per le ricadute che queste hanno nello sviluppo e nel mantenimento della solidità patrimoniale.

La solidità e la solvibilità dell'azienda sono due facce della stessa medaglia, ossia della capacità aziendale di far fronte ai propri impegni nei tempi previsti dagli accordi contrattuali: *la solidità* rappresenta il presupposto strutturale (equilibrio patrimoniale), mentre *la solvibilità* esprime il presupposto dinamico di questa capacità (equilibrio finanziario), vale a dire la presenza di un'equi-

librata sincronizzazione fra entrate e uscite finanziarie.

Gli indicatori presenti in letteratura sono numerosi. Tuttavia per lo svolgimento di una comparazione dei bilanci delle aziende sanitarie in Regione Toscana, si sono selezionati degli indicatori a nostro avviso particolarmente rilevanti per i caratteri strutturali di tali aziende:

– *Coefficiente di rinnovo degli investimenti*: calcolato come la percentuale dei nuovi investimenti materiali sul totale delle immobilizzazioni materiali valorizzate al costo storico;

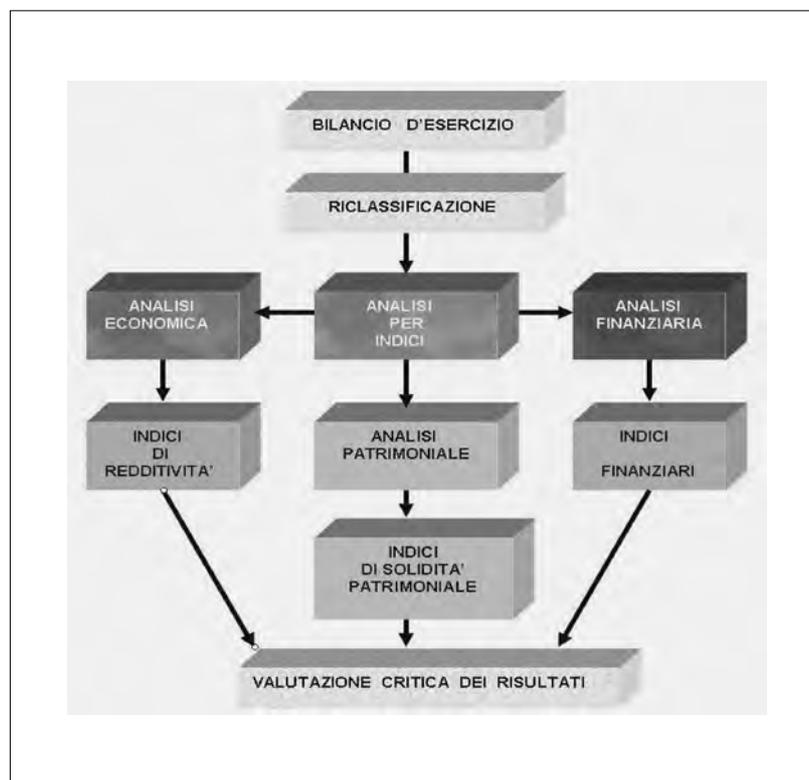
– *Tasso di obsolescenza*: calcolato dal rapporto fra ammortamenti globalmente effettuati (accumulati nel Fondo ammortamento) e il costo storico dei beni, con riferimento alle immobilizzazioni materiali sanitarie (voci A.III e A.IV dello Sp);

– *Indice di disponibilità*: rapporto fra Attivo circolante e Passivo corrente²⁰.

Di seguito viene riportata una breve descrizione di tali indicatori.

Figura 2

Processo di analisi economico-finanziaria di bilancio



Coefficiente di rinnovo degli investimenti materiali

La considerazione di questo indicatore nel sistema degli indici patrimoniali ha l'obiettivo di mantenere alta l'attenzione nelle aziende sanitarie sulle problematiche del rinnovo delle immobilizzazioni. L'aver circoscritto l'analisi a quelle materiali si giustifica con la considerazione che ad esse sono riconducibili gli investimenti in tecnologia sanitaria, politica necessaria per mantenere alta la qualità dei servizi sanitari offerti, anche se da sola non sufficiente. Oggi la medicina può definirsi un settore ad alto contenuto tecnologico, dove la capacità di diagnosi e di cura sono strettamente correlate alla disponibilità dei moderni mezzi messi a disposizione dalla tecnologia esistente. La propensione dell'azienda ad investire in questo senso è un indicatore *proxy* della volontà di mantenere costante i livelli qualitativi dei servizi offerti, oltre ad essere tale indicatore un'importante chiave di lettura degli equilibri economici: la realizzazione di nuovi investimenti va ad aumentare non solo i costi direttamente legati all'investimento (ammortamento annuo), ma anche quelli relativi ad altre attività di gestione ad esso collegate²¹.

Tasso di obsolescenza

L'inserimento di questo indice ha motivazioni simili a quelle presentate per il quoziente precedente: se il coefficiente di rinnovo degli investimenti è sintomatico della ca-

pacità prospettica di adeguarsi agli standard tecnologici offerti dalla moderna tecnologia sanitaria, l'indicatore in oggetto misura l'attenzione dell'azienda ad operare con strumentazione fisico sanitaria non obsoleta ed efficace. In altri termini, l'indicatore misura quanto delle strumentazioni sono state già ammortizzate.

La sua importanza è da riconnettersi all'attività di programmazione: indica la necessità di prevedere un piano di rinnovo degli investimenti tanto più urgente quanto più l'indice è vicino all'unità.

Sul piano dell'equilibrio economico questo rappresenta anche un campanello di allarme su un possibile aumento dei costi, connesso al rinnovo degli investimenti²².

Indice di disponibilità

L'indice mette in relazione le disponibilità a breve di liquidità con gli impegni di eguale scadenza. L'impiego di risorse nell'attivo circolante (liquidità, crediti a breve e scorte) dovrebbe essere finanziato prevalentemente con il passivo corrente, perché solo il normale ciclo di rientro dei crediti a breve riesce a produrre liquidità temporalmente compatibile con il ciclo di rimborso dei debiti a breve scadenza²³. I valori di equilibrio dell'indice sono quelli superiori all'unità, ovvero si richiede che nel complesso solo una parte dell'attivo circolante sia impiegato per il rimborso degli impegni a breve; questo per avere un *margin*e di sicurezza che tenga conto di poste che sebbene presenti nel circolante presentano situazioni di difficile realizzazione in termini monetari: si pensi ad alcune voci di credito²⁴ o alle scorte.

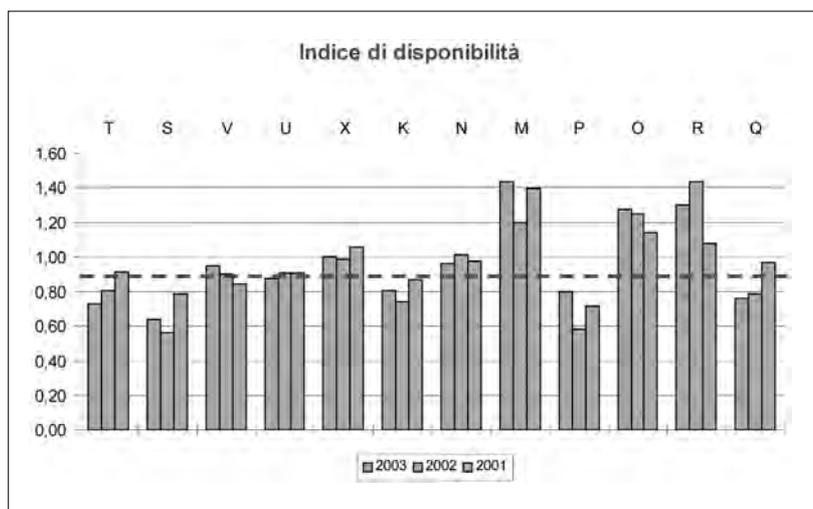
Pur con le problematiche sopra espresse, l'indicatore può mantenere una capacità di rivelare la presenza o meno di equilibrio nell'ottica di confronto tra aziende propria del *benchmarking*.

Riportiamo in figura 3 i valori di tale indice per le Aziende sanitarie locali della Regione Toscana nel triennio 2001-2003 (tratteggiato il valore medio del 2003).

Da tali rappresentazioni si possono trarre delle indicazioni sul *trend* e sul posizionamento delle aziende (reciprocamente tra loro e/o rispetto ad un valore di riferimento dell'indicatore). Inoltre, a livello Regionale, risulta evidente il grado di criticità della strut-

Figura 3

Indice di disponibilità per le Asl della Regione Toscana (triennio 2001-2003)



tura finanziaria per il sistema delle aziende sanitarie.

5.2 Indici di liquidità

La liquidità esprime la solvibilità a breve dell'azienda, cioè la capacità di far fronte, in ogni momento ai pagamenti dovuti.

L'equilibrio finanziario esiste se l'azienda è in grado di disporre della liquidità necessaria per pagare alle diverse scadenze i propri impegni.

Alcuni interessanti indici di liquidità possono essere costruiti facendo riferimento al prospetto del *rendiconto finanziario* che analizzando le entrate e uscite finanziarie cerca di spiegare come si è generata la liquidità attraverso la gestione oppure evidenzia le cause che hanno prodotto un assorbimento di liquidità.

L'impiego del rendiconto finanziario per l'analisi della gestione delle aziende sanitarie costituisce un'importante innovazione negli strumenti di valutazione economico-finanziaria applicati a tali aziende, che deriva dall'introduzione della contabilità economico-patrimoniale.

Accanto al rendiconto, sono stati introdotti alcuni quozienti di liquidità che evidenziano se l'azienda si trova o meno in una situazione di tensione finanziaria, calcolati mettendo in correlazioni i tre prospetti di bilancio riclassificati (Stato patrimoniale, Conto economico e Rendiconto finanziario):

– *Indice di elasticità finanziaria*: calcolato come rapporto tra il capitale circolante netto e il valore della produzione;

– *Indice di durata media dei debiti*: dato dal rapporto fra debiti commerciali e gli acquisti di beni e servizi moltiplicato per 360 giorni;

– *Indice di generazione di risorse finanziarie*: è calcolato come rapporto fra il «Flusso di Ccn da Gestione reddituale» derivato dal rendiconto finanziario e il «Valore della produzione».

Indice di elasticità finanziaria

Il capitale circolante netto misura il margine residuo di attivo corrente al netto degli impegni a breve dell'azienda. In questo senso è segnaletico della capacità della gestione aziendale di produrre liquidità (immediata

o differita) disponibile a breve termine. La considerazione al denominatore del valore della produzione rappresenta una ponderazione che consente la comparazione relativa fra le aziende sanitarie. L'indicatore è stato scelto anche in quanto impiegato a livello internazionale nelle aziende sanitarie²⁵.

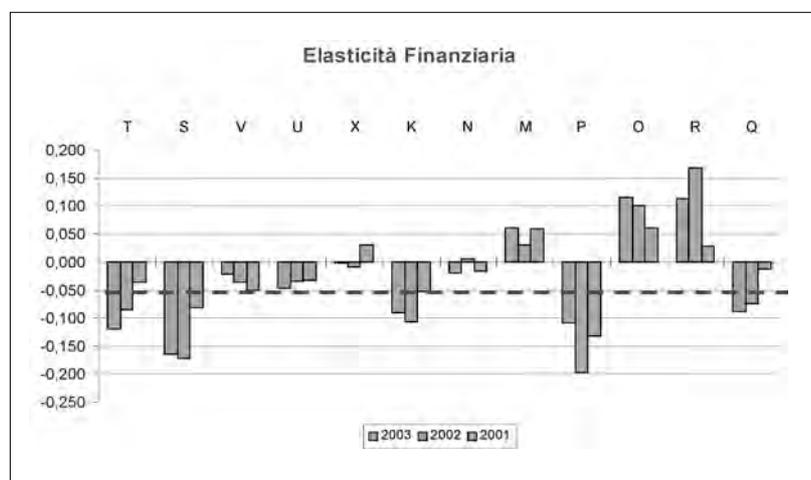
Riportiamo in **figura 4** i valori di tale indice per le aziende sanitarie locali della Regione Toscana nel triennio 2001-2003 (tratteggiato il valore medio del 2003).

Anche questa rappresentazione conferma la criticità dell'aspetto finanziario con un valore negativo dell'indicatore per la maggioranza delle aziende sanitarie toscane.

Indice di durata media dei debiti

L'indice traduce in termini di numero di giorni il rapporto tra lo *stock* di debiti rilevati a fine anno rispetto al totale dei costi che generano indebitamento di fornitura durante l'anno. Tale risultato esprime la durata media dell'indebitamento, ovvero il tempo medio di pagamento dei debiti. Le voci di debito considerate nel calcolo dell'indice sono quelle inserite nello stato patrimoniale nelle voci: «deb. v/fornitori» e «debiti diversi»; al denominatore sono inseriti i costi della produzione caratteristica (voce B del conto economico riclassificato) al netto dei costi per prestazioni di servizio da pubblico²⁶ e della «variazione delle rimanenze». L'indice esprime la durata media con cui sono pagati i debiti verso fornitori ed evidenzia il potere contrattuale dell'azienda. L'indicatore esprime il grado di correttezza dei rapporti con i fornitori da

Figura 4
Indice di elasticità finanziaria per le Asl della Regione Toscana (triennio 2001-2003)



parte dell'azienda pubblica sanitaria: pagamenti oltre tre mesi dalla fatturazione esprimono una patologia della dilazione di pagamento in quanto possono indurre le aziende fornitrici in stato di crisi di liquidità gravi. Infatti, sul tema la legge 833/78 all'art. 50 (1° comma, n. 8) integrata con la direttiva CEE 2000/35, già recepita in Italia con il D.L.vo 231/2002, fissa il tempo di dilazione massimo per il pagamento delle fatture in sanità pari a 90 giorni²⁷.

Indice di generazione delle risorse finanziarie

Ricordiamo che il Flusso di Ccn è una grandezza finanziaria che emerge direttamente dal rendiconto finanziario. Tale flusso è un indicatore *proxy* delle risorse finanziarie prodotte o assorbite (se negativo) dalla gestione reddituale; non rappresenta il risultato finale in termini di variazione della liquidità, perché non sono considerate le variazioni attive e passive connesse con altri movimenti di grandezze patrimoniali come i debiti, crediti, scorte ed immobilizzazioni. La scelta di considerare questa grandezza per l'analisi della liquidità prodotta è stata incentivata dall'utilizzo a livello internazionale di questo indice specificatamente nel contesto sanitario²⁸.

Riportiamo in **figura 5** i valori di tale indice per le Aziende sanitarie locali della Regione Toscana nel triennio 2001-2003 (tratteggiato il valore medio del 2003), da cui si

evince il generale peggioramento dal 2001, seppure con *trend* positivo negli ultimi due anni della serie.

5.3. Indici economici

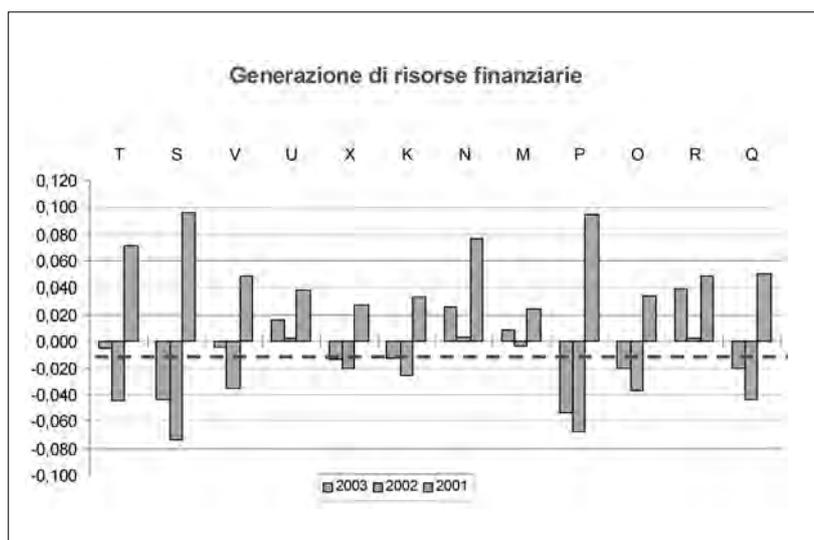
L'analisi dell'equilibrio economico aziendale cerca di valutare la capacità del soggetto economico di realizzare la gestione secondo criteri di economicità; in altri termini, di conseguire un fatturato che superi i costi sostenuti per la sua realizzazione, che sia quindi suscettibile di offrire una remunerazione adeguata ai fattori utilizzati ed un compenso proporzionale ai risultati raggiunti al soggetto economico per conto del quale l'attività si svolge (Giannessi, 1979: pp. 40 e segg.). Questa definizione nel caso delle aziende sanitarie deve essere contestualizzata per considerare sia la loro *mission*, ma anche e soprattutto la particolare tipologia di azienda che esse rappresentano.

La prima considerazione da fare riguarda il soggetto economico che nel caso delle aziende in oggetto è pubblico, rappresentando l'azienda lo strumento impiegato dallo Stato per garantire ai cittadini la realizzazione di un diritto costituzionalmente garantito. L'immediata conseguenza di tale specificità (*soggetto economico pubblico*) riguarda proprio un aspetto importante del significato di equilibrio economico. L'azienda è chiamata ad erogare servizi sanitari di qualità per migliorare e garantire un miglioramento della salute dei cittadini (*mission*), ma certamente non a garantire un compenso al soggetto economico.

Quindi, l'equilibrio economico per le aziende sanitarie consiste nell'erogazione dei servizi socio-sanitari impiegando al massimo di efficienza le risorse assegnate per la loro realizzazione in sede di programmazione.

Per le aziende sanitarie l'equilibrio globale della gestione si ritiene raggiunto quando complessivamente i ricavi uguagliano i costi sostenuti per il loro conseguimento. L'analisi dell'equilibrio economico che ha lo scopo di verificare sia l'adeguata remunerazione dei fattori produttivi che l'efficienza del loro impiego, viene realizzata ai fini manageriali suddividendo l'indagine rispetto alle singole aree della gestione caratteristica, accessoria, finanziaria, straordinaria, tributaria. L'analisi effettuata in Regione Toscana ha cercato di

Figura 5
Indice di generazione di risorse finanziarie per le Asl della Regione Toscana (triennio 2001-2003)



recuperare queste specificità, individuando pochi indicatori che risultassero significativi per indagare il grado di raggiungimento dell'equilibrio economico della gestione. Gli indicatori prescelti intendono spiegare le condizioni di equilibrio sia rispetto all'area sanitaria che al complesso della gestione. Essi sono:

– *Incidenza sul valore della produzione del risultato operativo (I.R.O)*: l'indice è calcolato come rapporto fra il margine sanitario netto (*risultato operativo*) e il valore della produzione;

– *Incidenza sul valore della produzione del risultato operativo sterilizzato (I.R.O.S)*: rispetto all'indice precedente la differenza riguarda il numeratore, che è dato dalla somma fra margine sanitario netto e quote di ammortamento sterilizzate. Si tratta cioè del margine sanitario netto che risulterebbe senza la rettifica operata sulle sterilizzazioni nel conto economico riclassificato;

– *Indice di compensazione*: calcolato come rapporto tra saldo della mobilità attiva e mobilità passiva relativa all'attività ospedaliera, ambulatoriale e di riabilitazione e il totale dei costi della produzione;

– *Incidenza del risultato ante-sterilizzazione*: calcolato come rapporto fra il risultato economico ante sterilizzazioni e il valore della produzione;

– *Return on investment*: espresso come rapporto fra margine sanitario netto e capitale investito. Tale indice è calcolato solo con riferimento alle Aziende ospedaliere (Ao).

Di seguito una breve descrizione di tali indicatori.

Incidenza sul valore della produzione del risultato operativo

Individuato dal rapporto fra *margine sanitario netto* e *valore della produzione*, l'indice esprime nell'azienda sanitaria la capacità della gestione sanitaria di contenere i costi della produzione tipica entro i limiti delle remunerazioni assegnate (Asl) o i contributi tariffari connessi all'attività erogata (Ao).

Questo indicatore non tiene conto degli effetti dei contributi integrativi di bilancio e soprattutto delle capitalizzazioni connesse

con le sterilizzazioni, ovvero di quei costi sui quali l'alta direzione aziendale non ha potere decisionale esclusivo. Riportiamo in **figura 6** i valori di tale indice per le aziende sanitarie locali della Regione Toscana nel triennio 2001-2003 (tratteggiato il valore medio del 2003).

Pur nella permanente negatività dell'indicatore si osserva un generale miglioramento dal 2002 al 2003 che potrebbe, se confermato, essere interpretabile nel senso di un progressivo recupero di efficienza nelle gestioni aziendali del sistema regionale.

Incidenza sul valore della produzione del risultato operativo sterilizzato (I.R.O.S)

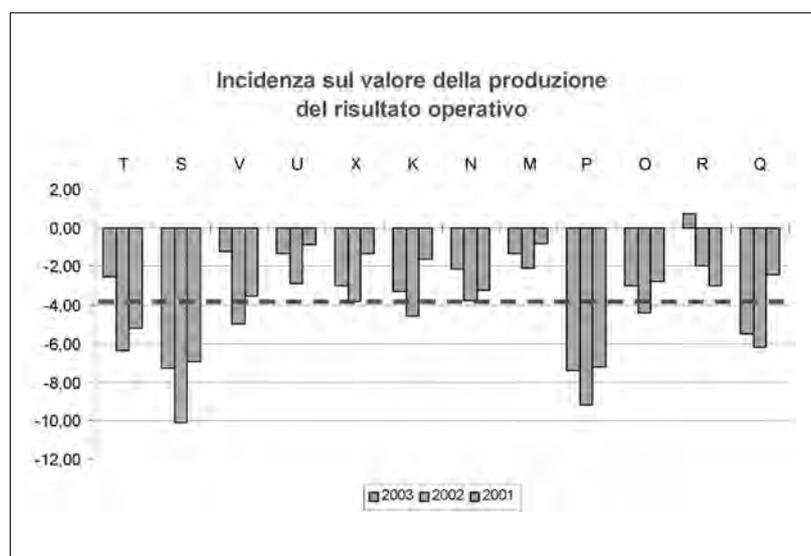
In più rispetto al precedente, questo indice misura l'effetto positivo (incrementale) sul margine sanitario netto prodotto dalla capitalizzazione degli ammortamenti sterilizzati.

Indice di compensazione

Questo rapporto, calcolato come saldo fra mobilità attiva e passiva relativa all'attività ospedaliera, ambulatoriale e di riabilitazione e il totale dei costi della produzione esprime l'attrazione o la fuga di risorse, in termini percentuali sul totale dei costi della produzione.

Il quoziente considera la mobilità sia in compensazione regionale che quella connessa alla fatturazione attiva e passiva che intercorre direttamente fra le aziende sanitarie²⁹.

Figura 6
Indice di incidenza sul valore della produzione del risultato operativo (triennio 2001-2003)



Incidenza del risultato ante-sterilizzazioni

Questo indice esprime la capacità del management di realizzare l'attività aziendale sostenendo costi in equilibrio con il complesso delle risorse disponibili.

Il risultato economico ante sterilizzazioni considera l'effetto delle gestioni non caratteristiche (poste economiche legate ad operazioni atipiche, – es. oneri e proventi finanziari – o straordinarie – es. plusvalenze/minusvalenze –) e delle imposte, sul risultato complessivo aziendale ante sterilizzazioni

Riportiamo in **figura 7** i valori di tale indice per le aziende sanitarie locali della Regione Toscana nel triennio 2001-2003 (tratteggiato il valore medio del 2003).

Si osserva l'effetto «stabilizzatore» del risultato operato dalle gestioni extracaratteristiche, rispetto all'andamento dell'incidenza sul valore della produzione del risultato operativo.

Return on investment

Questo indice esprime l'efficienza con la quale è utilizzato il capitale investito nell'azienda.

Nelle Ao l'esistenza di un sistema di tariffazione delle prestazioni (Drgs) che lega i ricavi correnti al volume dell'attività svolta, rende significativo il calcolo di questo indice, diversamente dal caso delle Ausl dove i ricavi sono quasi del tutto scollegati dal volu-

me delle prestazioni erogate e legati a parametri diversi (quota capitaria).

Rimane da rilevare, però, nell'interpretazione dell'indice come le tariffe corrispondenti ai Drgs non sono assimilabili ai prezzi di mercato (espressione del valore riconosciuto alle prestazioni offerte), ma siano dei costi standard costruiti.

Nonostante queste limitazioni, la necessità dell'Ao di mantenersi a livelli di eccellenza nell'offerta sanitaria e di garantire adeguate strutture di ricerca (in quanto costituenti anche poli universitari), rende necessario l'attuarsi di continui investimenti. Per queste ragioni, il ROI va interpretato come indice che sintetizza la capacità dell'azienda di valorizzare anche economicamente i propri investimenti.

5.4. Problematicità degli indici e osservazioni conclusive

Rispetto alle caratteristiche strutturali e di funzionamento delle aziende sanitarie esistono alcune criticità relative agli indicatori di bilancio indicati.

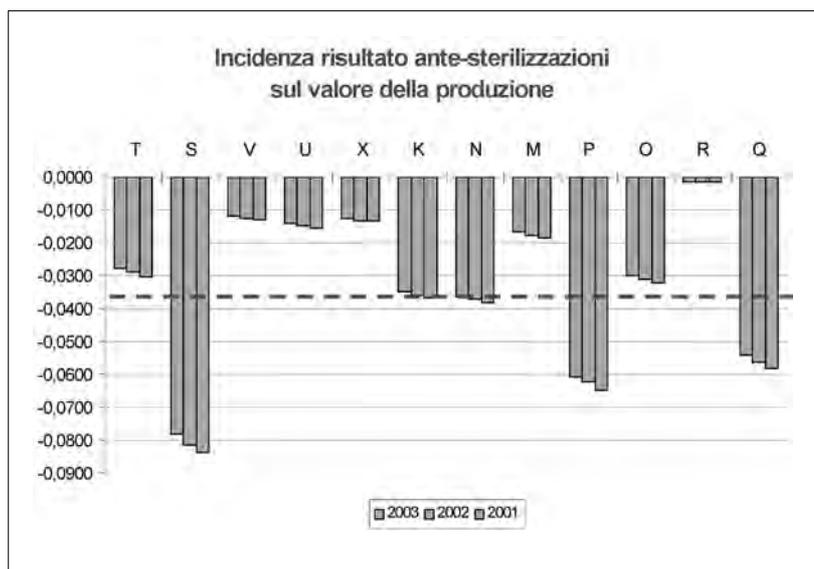
In particolare, le problematiche degli indicatori patrimoniali menzionati possono essere raggruppate in due grandi categorie:

1) La necessità di un confronto con le altre realtà aziendali dello stesso settore: per esprimere un giudizio sulla solidità o sulle politiche di investimento è essenziale il confronto fra aziende del sistema sanitario in cui l'azienda opera. Ai fini dell'interpretazione del valore degli indici non esistono, infatti, dei riferimenti in letteratura o in normative che indichino «standard» da raggiungere.

2) L'attendibilità e l'omogeneità dei criteri adottati nella valorizzazione e contabilizzazione delle voci di bilancio. Il confronto fra le aziende sanitarie può essere effettuato in modo corretto solo se le aziende seguono gli stessi criteri nell'iscrizione delle voci in bilancio. Questa criticità è legata soprattutto alla possibilità di corretta interpretazione degli indici relativi alle politiche di investimento. Come in precedenza ricordato, la Regione Toscana e le aziende sanitarie hanno intrapreso una strada di omogeneizzazione attraverso la formulazione e l'adozione di principi contabili adattati al contesto sanitario. Inoltre un altro passo importante verso la

Figura 7

Indice di incidenza risultato ante sterilizzazioni sul valore della produzione (triennio 2001-2003)



confrontabilità è dato dalla certificazione dei bilanci che è uno degli obiettivi delle Aass nei prossimi anni.

Per quanto riguarda l'analisi finanziaria attraverso l'utilizzo del Rendiconto finanziario e degli indici indicati in precedenza la scelta della determinazione dei flussi secondo il metodo indiretto, se da un lato permette la correlazione di voci del Conto Economico con quelle dello Stato Patrimoniale (vedi modello nel precedente paragrafo), dall'altro lato però non è adatto a supportare la gestione quotidiana della tesoreria.

Un'ultima annotazione, dovuta alla peculiarità del meccanismo di finanziamento del sistema sanitario regionale, è relativa all'indice di dilazione dei debiti. La dilazione dei debiti dovrebbe essere confrontata con un altro indicatore: la dilazione dei crediti. La contestuale considerazione dei crediti assume un significato particolare per le aziende sanitarie: le Aass non sono nelle condizioni di poter contrattare la loro dilazione, in quanto il principale creditore è la Regione. Nel sistema sanitario infatti la Regione rappresenta per le aziende, al tempo stesso, il principale socio fondatore e fonte di ricavi di esercizio.

Alcune brevi considerazioni a conclusione dell'indagine presentata:

– l'analisi di bilancio in ottica di *data benchmarking*, proprio per le finalità assegnate, è opportuno che sia effettuata da un soggetto esterno alle aziende che svolga un ruolo di «agenzia» *super partes* in grado di fornire suggerimenti e considerazioni per comprendere, in logica di confronto, i fattori determinanti le condizioni di equilibrio della gestione³⁰;

– la scelta di basare tutte le analisi esclusivamente sui dati di bilancio, escludendo quelli extracontabili, è coerente rispetto agli obiettivi enunciati: non è opportuno basare l'indagine e il confronto su dati forniti dall'azienda e non verificabili, ma l'analisi si è fondata su quelli desumibili da documenti ufficiali dell'azienda. Il problema della validazione ufficiale dei dati (di bilancio o di altra provenienza), in una logica di *benchmarking*, è di fondamentale importanza per la condivisione dell'iniziativa. Il confronto interaziendale (volto a far emergere le «best

practices») ha avuto un suo momento importante nella discussione dei risultati con le singole aziende. Questo ha consentito di realizzare una lettura degli andamenti gestionali più efficace, recuperando quel contenuto informativo che di per sé il Bilancio e la Nota integrativa non possono garantire;

– l'ottica di *benchmarking* che ha orientato la lettura dei dati a confronto, rappresenta il tentativo di far emergere le eventuali *best practices* presenti nel contesto regionale toscano ponendosi come strumento di *knowledge management* per il sistema; inoltre, l'emersione di criticità di sistema e/o della specifica azienda, offre la possibilità di un importante confronto costruttivo.

6. L'esperienza della Regione Toscana: dal data benchmarking sui bilanci al sistema di valutazione della performance

L'analisi e la riclassificazione dei bilanci in *benchmarking* a supporto dei processi decisionali e gestionali del management delle aziende sanitarie Toscane e della Regione è un'attività svolta dalla Scuola superiore Sant'Anna sin dal 1999, anno di costituzione dell'Osservatorio di *Change Management in Sanità*. Questo Osservatorio si è proposto, quale obiettivo prioritario, di instaurare un legame con le Aziende Usl e ospedaliere toscane in qualità di struttura vocata a svolgere ricerca applicata, attenta a monitorare i miglioramenti gestionali introdotti nei diversi contesti aziendali.

Lo sviluppo delle attività dell'Osservatorio nel corso degli anni, sia in ambito formativo che nella ricerca sulle tematiche di management sanitario ha permesso di costituire nel 2004 presso la Scuola superiore Sant'Anna, in collaborazione con la Regione Toscana, il Laboratorio di ricerca e formazione «Management e Sanità». Questa struttura ha progettato un sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane che ha incluso la misurazione dei risultati economico-finanziari in un sistema *multidimensionale* dove accanto alla capacità aziendale di permanere in condizioni di equilibrio in termini reddituale, patrimoniale, finanziario e monetario sono considerate altre variabili altrettanto strategiche per il buon andamento della gestione aziendale.

Per la misurazione e la rappresentazione dei risultati nel sistema di valutazione della performance sono state proposte sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario (vedi **tabella 3**).

Queste sono:

– *La valutazione dei livelli di salute della popolazione.* Pur sapendo che questa tipologia di misure, quali la mortalità nel primo anno di vita o la mortalità per diverse patologie, si muove lentamente nel tempo e che un miglioramento registrato oggi spesso è determinato da scelte gestionali effettuate in anni precedenti, è stato ritenuto opportuno inserire nel sistema almeno tre indicatori di sintesi,

con l'obiettivo di mantenere focalizzata l'attenzione dei manager sul fine ultimo di ogni sforzo fatto, ossia sul miglioramento del livello di salute della popolazione, pur tenendo conto che l'andamento di tali misure dipende anche da fattori ambientali fuori dal controllo dell'azienda.

– *La valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale.* Le aziende sanitarie toscane rispondono, infatti, non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale che opera in logica di squadra, per valorizzare le sinergie e per garantire accesso e equità a tutti i cittadini della regione. In questo senso è importante

Tabella 3

Valutazione delle performance

INDICATORI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A)	CAPACITÀ PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)
A1 Mortalità infantile A2 Mortalità tumori A3 Mortalità per malattie circolatorie	B1 La costituzione e il funzionamento del CORD B2 Attivazione e conoscenza del SUP B3 Tempi di attesa per 7 prestazioni ambulatoriali B4 Consumo di farmaci per il controllo del dolore B5 Estensione ed adesione allo screening
VALUTAZIONE SANITARIA (C)	VALUTAZIONE ESTERNA (D)
C1 Valutazione della capacità di governo della domanda C2 Valutazione di efficienza delle attività di ricovero C3 Valutazione di efficienza pre-operatoria C4 Valutazione di appropriatezza C5 Valutazione della qualità clinica C6 Valutazione del rischio clinico	D1 Valutazione percorso oncologico colon-retto D2 Valutazione medicina di base D3 Valutazione attività ambulatoriale D4 Valutazione attività diagnostica D5 Valutazione dei servizi di prevenzione D6 Conoscenza URP D7 Presa in carico del paziente nel percorso oncologico da parte di MMG
VALUTAZIONE INTERNA (E)	VALUTAZIONE EFFICIENZA OPERATIVA E DINAMICA ECONOMICO-FINANZIARIA (F)
E1 Tasso di risposta all'indagine di clima E2 Tasso di assenteismo E3 Tasso di infortuni dei dipendenti E4 Valutazione delle condizioni di lavoro per i responsabili E5 Valutazione del management per i responsabili E6 Valutazioni delle condizioni di lavoro per i dipendenti E7 Valutazione del management per i dipendenti E8 Valutazione dell'evoluzione aziendale E9 Valutazione attività di formazione	F1 Valutazione di posizionamento equilibrio economico F2 Valutazione di tendenza equilibrio economico F3 Valutazione di posizionamento finanziario F4 Valutazione di tendenza finanziario F5 Valutazione di posizionamento patrimoniale F6 Valutazione di tendenza patrimoniale F7 Valutazione servizi interni F8 Valutazione del budget F9 Costo medio del personale (più indicatore della formazione) F10 Governo della spesa farmaceutica F11 Indice di compensazione

che le aziende siano attente e capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali, ossia di applicare le delibere regionali nei tempi e nei modi da queste indicati.

– *La valutazione clinico sanitaria.* In questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario per le attività dell'ospedale, del territorio e della prevenzione.

– *La valutazione esterna.* In questa dimensione viene considerata la valutazione dei servizi sanitari data dai cittadini. Si considera in questa dimensione anche l'efficacia dei processi di comunicazione esterna delle aziende sanitarie.

– *La valutazione interna.* In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati quindi necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati. Inoltre in questa dimensione sono oggetto di valutazione il funzionamento dei servizi interni (controllo di gestione, approvvigionamenti, sistema informativo...) e la capacità di utilizzo da parte dell'azienda degli strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo, formazione, comunicazione interna...).

Il sistema di valutazione della performance è stato sperimentato in quattro aziende pilota (Ausl 3 di Pistoia, 5 di Pisa, 8 di Arezzo e presso l'azienda Ospedaliero universitaria pisana) nel 2004 e successivamente adottato dalla Regione quale sistema di riferimento a supporto dei processi di valutazione complessiva sia dell'operato dei direttori generali, sia dell'andamento delle aziende oggetto di analisi³¹.

In un sistema sanitario come quello toscano, che punta più alla cooperazione tra gli attori del sistema che alla competizione, è stato importante pianificare e sviluppare un sistema condiviso tra le aziende e tra queste e la

Regione, che fosse trasparente e chiaro nel metodo e nelle finalità, capace di monitorare non solo la capacità delle aziende a permanere in condizioni di equilibrio economico finanziario, ma anche di perseguire gli obiettivi strategici definiti a livello sia di sistema sanitario regionale che aziendale. A tal fine quindi è stato importante prevedere un sistema capace di considerare altre tipologie di risultati, significativi per perseguire gli obiettivi di miglioramento dello stato di salute e di benessere dei cittadini, quali ad esempio la qualità dei servizi erogati e la capacità di soddisfare i cittadini. Il progetto quindi, fin dal suo primo avvio, è stato vissuto come una sfida per tutto il sistema regionale, non come uno strumento per dare il «voto» al management e alle aziende, ma come un'opportunità per poter capire, crescere ed apprendere, un mezzo a disposizione della Regione (ma anche del management aziendale) per supportare il governo del sistema sanitario nel suo complesso e nelle sue specifiche unità di erogazione, una modalità per valorizzare ciò che vale perché eccellente e per migliorare ciò che i numeri indicano come area di criticità e di debolezza.

La finalità del sistema consiste nel fornire un quadro di sintesi dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie, utile non solo alla valutazione della performance conseguita, ma soprattutto necessario per la valorizzazione e comunicazione dei risultati ottenuti. Mediante il processo di valutazione della performance, costruito a partire dalla esperienza di *benchmarking* sui bilanci economico-patrimoniali, si è inteso quindi proseguire verso una sempre maggiore valorizzazione delle *best practices* delle aziende sanitarie, mediante la quale i manager e le organizzazioni nel loro complesso abbiano la continua opportunità di apprendere e di crescere.

Note

1. Cfr. McNair, Leibfried (1992): pp. 1-52.
2. Sulla distinzione tra *process benchmarking* e *data benchmarking* si vedano Foot (1998); Madg, Curry (2003); Ball, Bowerman, Hawksworth (2000).
3. Cfr. Anessi Pessina (2001): pp. 203 e ss. e (2003): pp. 193 e ss.
4. Su questi aspetti Invernizzi, Molteni (1990): pp. 90-94 e Terzani (1996).

5. Sono stati recentemente emanati i primi principi contabili con la delibera G.R.T. n. 1343 del 20 dicembre 2004 e decreto G.R.T. n. 8102 del 24 dicembre 2004.
6. Cfr. Marconi (2001). Per gli enti locali si veda Padovani, Romagnoli (2003).
7. Il D.L.vo n. 502/1992 ha sancito il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale per le Asl e le Ao. Nelle ipotesi del legislatore, la nuova disciplina contabile doveva entrare in vigore già nel 1995, tuttavia solo nel 2002 il processo di transizione contabile può ritenersi concluso con l'adeguamento contabile della Regione Sicilia e della p.a. di Bolzano (Anessi Pessina, Pinelli, 2003). Sul passaggio dalla contabilità finanziaria a quella economico-patrimoniale nelle aziende sanitarie si veda anche Rossi, Scanabucci (1999).
8. Nelle aziende, l'economicità può essere intesa come la capacità di raggiungimento di efficacia ed efficienza tali da garantire all'azienda condizioni di funzionalità, durevolezza, autonomia e sviluppo protratte nel tempo, ossia condizioni di equilibrio economico a valere nel tempo (Giannessi, 1961: pp. 1025-1038). Le due fondamentali dimensioni della performance aziendale, efficienza ed efficacia, riguardano rispettivamente la capacità di impiego razionale dei fattori produttivi per la realizzazione di determinati volumi di attività e la capacità di scegliere e di raggiungere prefissati obiettivi. In questa prima accezione, l'economicità si configura come «metodo di azione», «condizione di funzionamento» (adeguata efficacia ed efficienza) rispetto al fine costituito dall'equilibrio economico. In un'altra accezione, l'economicità può essere intesa come attitudine dell'azienda ad offrire permanentemente adeguata remunerazione a tutti i fattori produttivi, tendendo a coincidere con il concetto di equilibrio economico durevole (cfr. Cavalieri, 2000: pp. 231-233; Sòstero, 2003: pp.1-5). Nella pubblica amministrazione che fornisce beni collettivi o individuali sottratti al meccanismo del mercato, l'economicità va intesa come «capacità mantenuta nel lungo periodo di soddisfare i bisogni considerati di pubblico interesse dalla comunità facendo affidamento su un flusso di ricchezza "fisiologico", ossia considerato economicamente sopportabile e socialmente accettabile dalla comunità stessa» Borgonovi (1996), p. 154.
9. Sòstero (2003): pp. 40-47. «In definitiva – scrive l'Autore – salvo che per l'efficienza del processo produttivo, l'equilibrio economico delle aziende pubbliche (diverse da Stato, Regioni ed Enti locali) dipende da variabili esogene, giacché queste aziende:
 - hanno limitate capacità di manovrare i volumi di domanda da soddisfare,
 - non hanno margini di negoziazione sui trasferimenti che ricevono per l'attività svolta.
 In questi casi, quindi, l'equilibrio economico viene a dipendere in modo determinante dalle decisioni delle aziende pubbliche di livello sovraordinato» (p. 47).
10. Si rinvia a quanto diremo nel § 6. Sulle modalità con cui realizzare il processo più ampio di valutazione dei risultati nelle aziende di servizi di pubblica utilità si veda tra gli altri: Rebora (1999); Gori, Vittadini (1999); Vedung (1997); Pointer, Orlikoff (2002).
11. Si veda in proposito Rea (1998).
12. Per un approfondimento del tema dell'analisi di bilancio, tra i molti Autori che si sono occupati dell'argomento ricordiamo: Caramiello (1993); Ferrero *et al.* (1998); Marchi, Paolini, Quagli (1997), Sòstero, Ferrarese (2000); Pavarani (a cura di) (2002).
13. Vedi Cinquini, Miolo Vitali, Nuti (a cura di) (2002).
14. In particolare per quanto riguarda i ratei ed i risconti si è deciso di considerare congiuntamente i ratei ed i risconti nell'ambito delle liquidità differite (quelli attivi) e nel passivo corrente (quelli passivi), senza procedere ad una loro differenziata evidenziazione e collocazione. Per quanto riguarda i fondi essi sono stati collocati tra le passività consolidate in quanto sulla base delle Note integrative è emerso che si tratta prevalentemente di fondi accantonamenti per il personale in servizio, fondi accantonamenti per il personale in quiescenza e, in alcuni casi, fondi accantonamenti per cause civili.
15. Non si tratta di una vera e propria deroga dai Principi contabili, nel senso che il PC n. 16 prevede una sorta di sterilizzazione dei contributi a fondo perduto erogati alle imprese. La differenza rispetto a quanto proposto dal PC n. 16 sta eventualmente nella scelta di un metodo di sterilizzazione diverso rispetto a quelli in esso previsti.
16. Questa tecnica contabile produce di fatto una copertura anticipata rispetto alla manifestazione del risultato economico di un componente negativo di reddito con il netto patrimoniale.
17. Con riferimento al bilancio 2003 i contributi straordinari si riferiscono alle risorse integrative erogate alle aziende sanitarie con le delibere G. reg. 325/04 e 373/04.
18. Ricordiamo che oggi anche la normativa europea impone alle aziende sanitarie tempi di dilazione massimi di 90 giorni, oltre ai quali i fornitori possono addebitare interessi di mora automatici senza nemmeno effettuare la messa in mora del debitore.
19. Tra queste ricordiamo le Aziende sanitarie locali di Siena e di Pistoia.
20. Questo indice, nelle analisi di bilancio, ha anche una valenza finanziaria connessa alla solvibilità a breve termine.
21. Ci riferiamo, ad esempio, ai costi di manutenzione dell'investimento, all'aumento di costi generali o specifici connessi con il suo utilizzo.
22. In generale, rispetto al tema degli investimenti aziendali è in corso di valutazione con il dipartimento regionale l'opportunità di inserire altri indici che misurino la capacità del management di realizzare gli investimenti programmati, secondo i costi e le scadenze stabilite.
23. La scelta di inserire questo quoziente e non altri nel panel di valutazione è da riconnettersi al suo utilizzo in ambito sanitario a livello internazionale; ad esempio, realtà come l'Ontario (Canada) lo hanno stabilmente inserito nei loro modelli di *Balanced scorecard* applicati agli ospedali.
24. I crediti cui si fa riferimento sono crediti nei confronti della Regione verso cui l'azienda ha scarso potere contrattuale.
25. Cfr. «Hospital report 2001 - Acute care» of the Canadian Institute for Health Information (<http://www.hospitalreport.ca>).

26. Rispetto ai costi per prestazioni da servizio pubblico l'unica voce che non è stata esclusa riguarda la spesa farmaceutica, perché si intende misurare i tempi di dilazione delle aziende sanitarie verso le aziende private.
27. L'art. 50 (1° comma, n. 8) aveva stabilito «che i contratti per la fornitura di beni e servizi non possono essere stipulati con dilazioni di pagamento superiori a 90 giorni». La successiva Direttiva della CEE 2000/35 in materia di ritardi di pagamento nelle «transazioni commerciali», recepita con il D.L.vo 9 ottobre 2002 n. 231, nel fissare le nuove regole non ha modificato né cancellato espressamente la sopra citata regola speciale. Il termine di 90 giorni ad oggi è quindi considerato tassativo e applicabile anche facendo ricorso all'art. 7 (nullità) del D.L.vo 231/2002 in quanto se è vero che fornitore e Servizio sanitario nazionale (Ssn) possono accordarsi sia sulle date del pagamento (ma da contenersi entro il termine massimo dei 90 giorni) sia sulle conseguenze del ritardato pagamento (in termini di entità degli interessi, di concorrenza degli stessi, ecc.) debbono, però, fare attenzione a non stringere accordi annullabili dal giudice (anche d'ufficio) perché gravemente iniqui; tali, ad esempio, potrebbero essere considerati gli accordi più favorevoli per il Ssn, ma che si discostano dai principi generali voluti dal legislatore e che, indirettamente, si atteggiano a strumenti di finanziamento del Ssn a «spese» del fornitore.
28. Vedi nota 29.
29. Le voci di riferimento sono puntualmente riportate nel piano dei conti delle aziende sanitarie, vedi decreto GRT n. 8102 del 24 dicembre 2004.
30. Nel Regione Toscana questo compito è stato affidato al Laboratorio management e sanità della Scuola superiore Sant'Anna e Regione Toscana.
31. Attualmente (primo semestre 2005) il sistema è in fase di implementazione in tutte le aziende sanitarie territoriali toscane. Nel secondo semestre del 2005 l'implementazione sarà estesa alle aziende ospedaliere universitarie della Regione.

B I B L I O G R A F I A

- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (a cura di) (2001) (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- ANESSI PESSINA E., PINELLI N. (2003), «L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione: sistemi di contabilità generale e di programmazione e controllo», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- BAGNOLI L. (1998), «Il bilancio di esercizio nell'azienda sanitaria: una lettura critica», *Revisione contabile*, 19.
- BALL A., BOWERMAN M., HAWKSWORTH S. (2000), «Benchmarking in local government under a central government agenda», *Benchmarking: An International Journal*, vol. 7, n. 1, pp. 20-34.
- BATTAGLIA G., LEONI G. (2000), «L'analisi per quozienti di bilancio nelle aziende sanitarie pubbliche: il caso della Regione Piemonte», *Mecosan*, 36.
- BORGONOV E. (1996), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- CARAMIELLO C. (1993), *Indici di bilancio*, Giuffrè, Milano.
- CAVALIERI E. (2000), «La valutazione dell'equilibrio economico: la redditività aziendale», in Cavalieri E., Ferraris Franceschi R., *Economia Aziendale*, vol. I, Giappichelli, Torino.
- CINQUINI L., MIOLO VITALI P., NUTI S. (a cura di) (2002), *La dinamica economico-finanziaria delle aziende sanitarie toscane*, Franco Angeli, Milano.
- FERRERO G., DEZZANI F., PISONI P., PUDDU L. (1998), *Le analisi di bilancio. Indici e flussi*, Giuffrè, Milano.
- FOOT J. (1998), *How to Do Benchmarking: A Practitioners Guide*, Inter Authorities Group, Epsom.
- GIANNESI E. (1961), «Interpretazione del concetto di azienda pubblica», in *Saggi di economia aziendale e sociale in memoria di Gino Zappa*, Giuffrè, Milano.
- GIANNESI E. (1979), *Appunti di economia aziendale*, Pacini, Pisa.
- GORI E., VITTADINI G. (1999), *Qualità e valutazione nei servizi di pubblica utilità*, Etaslibri, Milano.
- INVERNIZZI G., MOLteni M. (1990), *Analisi di bilancio e diagnosi strategica*, Etaslibri, Milano.
- MADG H., CURRY A. (2003), «Benchmarking: achieving best value in public-sector organisations», *Benchmarking: An International Journal*, vol. 10, n. 3, pp. 261-286.
- MARCHI L., PAOLINI A., QUAGLI A. (1997), *Strumenti di analisi gestionale*, Giappichelli, Torino.
- MARCONI P. (2001), «La diffusione del benchmarking nelle amministrazioni pubbliche», in <http://www.businessinternational.it/Pubblicamministrazione/intervento%20marconi%20convegno%20benchmarking%2021-11-01.ppt>.
- MCNAIR C.J., CMA, LEIBFRIED K.H.J. (1992), *Benchmarking: A tool for continuous improvement*, Edizioni John Wiley & Sons, New York, Usa.
- PADOVANI, ROMAGNOLI (2003), «I principi contabili per il benchmarking: l'analisi economico finanziaria comparata proposta dall'osservatorio bilanci & servizi enti locali», in *Dalla contabilità finanziaria informazioni preziose per il controllo strategico: un modello di analisi*, Azienditalia, 4 (inserto).
- PAVARANI E. (a cura di) (2002), *Analisi finanziaria*, McGraw-Hill, Milano.
- POINTER D., ORLIKOFF J. (2002), *Getting to great - Principles of health care organization governance*, Jossey Bass, San Francisco.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (1995), *Linee di guida per il bilancio delle Aziende sanitarie*, Roma.
- REA M.A. (1998), *Le aziende sanitarie pubbliche*, Giappichelli, Torino.

- REBORA G. (1999), *La valutazione dei risultati nelle amministrazioni pubbliche*, Guerini e Associati, Milano.
- ROSSI S., SCANABUCCI L. (1999) «La valutazione delle performance delle aziende sanitarie attraverso il bilancio», *Economia Pubblica*, vol. 29, fasc. 6.
- SANTESSO E., SÒSTERO U. (1999), «La sterilizzazione degli ammortamenti: alcune riflessioni critiche», *Mecosan*, 30.
- SÒSTERO U. (2003), *L'economicità delle aziende*, Giuffrè, Milano.
- SÒSTERO U., FERRARESE P. (2000), *Analisi di bilancio*, Giuffrè, Milano.
- TERZANI S. (1996), *Le comparazioni di bilancio*, Cedam, Padova.
- VEDUNG E. (1997), *Public policy and program evaluation*, Transaction publisher, New Jersey.
- WATSON G.H. (1995), *Il Benchmarking*, Franco Angeli, Milano.

Come difendere i cittadini dalla burocrazia? Il caso dell'esenzione ticket per patologia

P.P. FARONATO, A. CARLINI, M. TAVERNA, C. GIORDANI, C. DARIO

A study conducted by Treviso Healthcare Structure has demonstrated that in certain specialities, up to 30% of appointments were for patients to obtain exemption from payment for medication. In many cases the pathology, which is object of exemption, had already been diagnosed during hospitalization and is included in the Hospital Discharge File (H.D.F.). The aim of the project is to use the electronic format of this file to certify the pathologies which are exempt from payment. The results attained to date are shorter waiting lists and a more straightforward procedure for patients to obtain an «exemption card». After the first few months of the project 4 out of 10 patients no longer need to have specialist appointments to obtain exemption.

Note sugli autori

Pietro Paolo Faronato è Direttore Distretto Ulss 9 - Treviso
Antonio Carlini, Ufficio Statistica Ulss 9 - Treviso
Maila Taverna e Carlo Giordani sono borsisti presso Ulss 9 - Treviso
Claudio Dario è Direttore Generale Ulss 9 - Treviso

1. Introduzione

Un'azienda che offre servizi deve domandarsi non solo quali sono le esigenze dell'utente ma anche quale è la modalità migliore per soddisfarle. Un'azienda sanitaria deve a maggior ragione porre grande attenzione al *come* eroga i propri servizi, oltre che a *quali* e *in che quantità*; gli utenti sono infatti malati e dunque persone svantaggiate, psicologicamente e/o fisicamente più deboli. In particolare gli anziani, che costituiscono la fascia di popolazione più disagiata, con frequenti problemi di mobilità, sono coloro che necessitano anche di maggiori cure.

Ciononostante troppo spesso l'*iter* che un cittadino deve compiere per ottenere l'assistenza cui ha diritto è inutilmente complesso e si compone di molti passaggi burocratici che hanno l'effetto di allungare ulteriormente i già consistenti tempi d'attesa dovuti alle liste dei pazienti.

Il progetto «Come difendere i cittadini dalla burocrazia? Il caso dell'esenzione ticket per patologia» realizzato dall'Ulss 9 di Treviso nell'anno 2004 si è proposto di affrontare proprio questo problema: nel caso specifico si è cercato di ridurre il disagio degli utenti che necessitano del tesserino di esenzione ticket per patologia cronica. Il progetto evidenzia come la semplificazione del percorso che l'utente deve compiere per avere l'esenzione possa avere come conseguenza una riduzione delle liste d'attesa. Il percorso più semplice per l'utente è dunque anche il migliore per l'azienda, esattamente come accade nella matematica e nella fisica: le leggi più semplici sono quelle che descrivono in modo più efficace il fenomeno in osservazione.

SOMMARIO

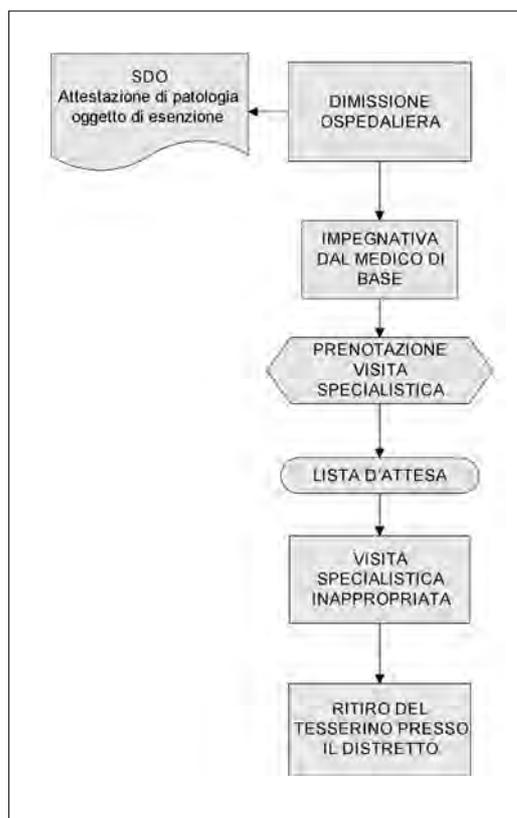
1. Introduzione
2. Il problema
3. Gli obiettivi specifici del progetto
4. Il percorso sviluppato dall'Ulss 9 - Treviso
5. La strategia adottata
6. I risultati
7. Conclusioni e prospettive

Il progetto si inserisce all'interno di un piano aziendale che adotta la gestione per progetti come metodologia per il raggiungimento dei propri obiettivi. Esso fa dunque parte di un più ampio insieme di progetti avviati dall'Ulss 9 nel 2003-2004 e rispecchia fedelmente le linee programmatiche che l'azienda si è data, che possono essere così sintetizzate:

- la persona è al centro non solo come riferimento generale, ma come concreto orientamento di tutta l'organizzazione;
- l'azienda è unica: si devono orientare i percorsi verso un'omogeneità di risposte in tutte le articolazioni organizzative e questo indipendentemente dalla struttura che eroga direttamente la prestazione;
- l'obiettivo generale dell'azienda nel triennio (2003-2005) è quello di erogare prestazioni di assistenza sanitaria così come definito dalla programmazione regionale, secondo *parametri di efficienza ed efficacia*, orientando l'organizzazione alla centralità ed unicità di ciascuna persona ed all'unicità dell'azienda.

Figura 1

L'iter che un paziente doveva compiere per ottenere il tesserino di esenzione



Il progetto «Come difendere i cittadini dalla burocrazia? Il caso dell'esenzione ticket per patologia» ha realizzato in modo semplice, efficace e poco costoso un cambiamento di processo che ben si inquadra nel perseguimento da parte dell'azienda del miglioramento continuo della qualità, posto come elemento fondamentale nello stesso atto aziendale dell'Ulss 9.

2. Il problema

La normativa nazionale (D.M. 28 maggio 1999, n. 329 e successive modifiche) e regionale che regola il rilascio dell'esenzione ticket per patologia prevede che ai cittadini affetti da patologia cronica, per avere accesso gratuito alle prestazioni di cui necessitano, sia rilasciato un certificato attestante la forma morbosa, redatto da un medico specialista di una struttura pubblica.

Un'indagine preliminare condotta presso l'Azienda sanitaria Ulss 9 di Treviso aveva messo in evidenza come, in alcune branche specialistiche (quali cardiologia e oncologia), fino al 30 % delle visite specialistiche fosse finalizzata al rilascio del certificato di esenzione. In un rilevante numero di casi, la patologia oggetto di esenzione era già stata diagnosticata durante un ricovero presso uno dei presidi ospedalieri dell'Ulss, ma, per diverse ragioni, al momento della dimissione non era stato compilato e consegnato al paziente il certificato necessario al rilascio dell'esenzione. Il cittadino era quindi costretto a prenotare ed effettuare una visita specialistica, con la conseguenza di un notevole disagio per sé e dell'erogazione di prestazioni prive di valore aggiunto, che finivano unicamente per allungare le liste d'attesa. Il diagramma di flusso di **figura 1** mostra il tortuoso percorso che doveva fare il paziente prima della realizzazione del progetto in questione.

L'idea alla base del progetto è stata quella di utilizzare la Sdo (Scheda di dimissione ospedaliera) come documento atto a certificare le patologie oggetto di esenzione. Tale scelta è giustificata dal fatto che, ai sensi del D.M. 28 dicembre 1991, la Sdo è a tutti gli effetti *parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale*.

In questo modo si evita al paziente la visita specialistica e il percorso potrebbe ridursi ad un unico passaggio: il ritiro del tesserino presso il distretto (**figura 2**).

Il progetto si è prefisso, dunque di affrontare e risolvere, per quanto possibile, il problema dal punto di vista del cittadino che è costretto ad effettuare percorsi tortuosi, farraginosi e spesso inutili per poter usufruire di prestazioni o di diritti che non solo gli spettano, ma che il sistema dovrebbe fornirgli nel modo più semplice ed immediato.

Nel nostro caso, il mancato utilizzo di un'informazione contenuta nella Sdo (codifica, fra le diagnosi di dimissione, di una patologia che dà diritto ad esenzione) causava una ridondanza di percorsi, con conseguente perdita di tempo e spreco di risorse.

La situazione di partenza da cui è scaturita la necessità di sviluppare tale progetto risultava piuttosto problematica:

Lunghe liste d'attesa

Da parte dell'utenza molteplici erano le proteste per le lunghe liste d'attesa.

Impossibilità di ottenere dagli specialisti una compilazione sistematica della modulistica

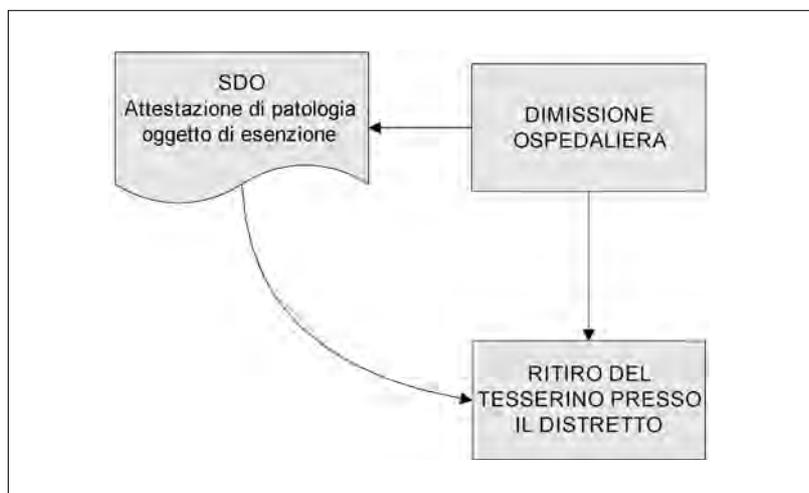
Questo fenomeno si spiega per più motivi:

- mancanza di un sistema informatico diffuso;
- elevato numero di dimissioni;
- compilazione ritardata delle Sdo, che avviene solitamente dopo la dimissione del paziente;
- non sufficiente apertura di una segreteria di reparto.

2.1 I dati

Nel 2003 il numero di assistiti dell'Azienda Ulss 9 di Treviso che ha ricevuto almeno una esenzione ticket per patologia è stato di 11.633¹. Di questi, ben 4.365 (38%) avevano avuto, nel corso dell'anno precedente, almeno un ricovero ospedaliero nella cui Sdo era presente un codice di dimissione che dava diritto all'esenzione.

Con una diversa gestione dei dati amministrativi, 38 esenzioni su 100 potrebbero



teoricamente essere rilasciate evitando la visita specialistica e tutto ciò che questa comporta.

La **tabella 1** illustra i dati relativi alle esenzioni ticket per patologia rilasciate dall'Ulss 9 nel corso del 2003.

I dati consentono di stilare la graduatoria delle patologie che hanno maggior peso sulle 16.117¹ esenzioni rilasciate. La **tabella 2** evidenzia come quattro patologie rendano conto da sole di circa il 70% delle esenzioni rilasciate e che, in un notevole numero di casi, la codifica era già presente in una Sdo.

Se consideriamo la popolazione suddivisa in fasce d'età (**tabella 3**), è possibile osservare che il 47% degli assistiti con esenzione rilasciata nel 2003 ha età superiore ai 65 anni.

Un progetto di revisione dei flussi informativi, quindi, va a incidere sulla trafila burocratica proprio della fascia d'età più debole e in misura non trascurabile, nelle età più avanzate (**tabella 3** e **figura 4**).

3. Gli obiettivi specifici del progetto

L'obiettivo principale del progetto è la semplificazione del processo attraverso il

Figura 2
L'iter che compie ora il paziente dimesso dall'ospedale per ottenere il tesserino di esenzione

Tabella 1
Quadro generale

N. esenti	Esenzioni rilasciate	N. dimessi con codice esenzione	% dimessi su esenti
11.633	16.117	4.365	38%

Codice patologia	Descrizione	% su totale esenzioni ticket (16.117)	Esenzioni ticket rilasciate	Dimessi	% dimessi su esenzioni	
Patologie più frequenti	31	Malattia ipertensiva	32,5%	5.231	1.005	19%
	02	Affezioni sistema circolatorio	20,4%	3.284	1.044	32%
	48	Patologie neoplastiche	9,8%	1.573	799	51%
	13	Diabete mellito	7,0%	1.131	303	27%
21	Insufficienza cardiaca	0,6%	102	71	70%	
23	Insufficienza renale cronica	0,5%	73	39	53%	
08	Cirrosi epatica	0,6%	100	51	51%	
24	Insufficienza respiratoria cronica	0,9%	137	64	47%	

Tabella 2

Dettaglio esenzioni per patologia

quale un cittadino ottiene il tesserino di esenzione. A corollario di tale obiettivo principale ci sono questi altri obiettivi:

- evitare inutili disagi all'utente;
- eliminare gli accessi ambulatoriali inappropriati causati dalle richieste di esenzione ticket per patologie già diagnosticate in ospedale;
- ridurre le liste d'attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali togliendo visite prive di valore aggiunto;
- evitare che sia il cittadino (o un suo familiare o delegato) ad effettuare personalmente le tappe burocratiche necessarie per il percorso di salute;

- evitare inutili duplicazioni di informazioni una volta che, all'inizio del percorso, l'informazione relativa al bisogno di salute del cittadino si sia generata;
- sburocratizzare i percorsi.

La **tabella 4** mostra l'incidenza, calcolata per i reparti di cardiologia e oncologia, delle visite evitabili (finalizzate all'esenzione per pazienti già precedentemente ricoverati) sul totale delle visite. Eliminando questa tipologia di visite ci si aspetta che i tempi di attesa si riducano della stessa percentuale², per cui sono calcolati i tempi d'attesa previsti riducendo i tempi d'attesa attuali della percentuale di incidenza.

Figura 3

Distribuzione delle esenzioni 2003 per fasce d'età

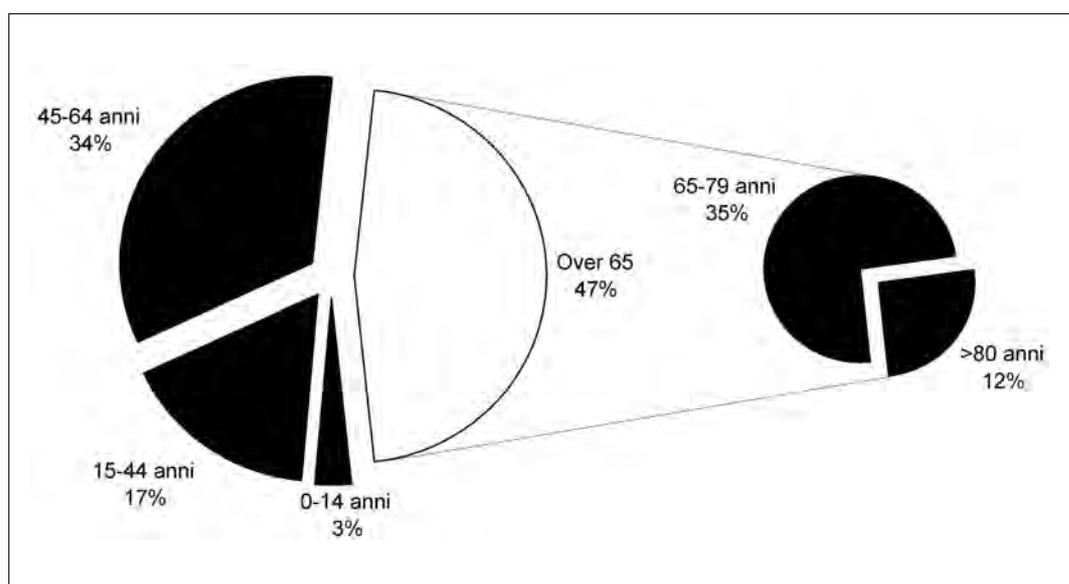


Tabella 3
Esenzioni per fasce d'età

Fascia d'età (anni)	N. assistiti con esenzione rilasciata nel 2003	% su totale esenti (11.633)	Dimessi	% dimessi su esenzioni
0-14	293	3%	137	47%
15-44	1.953	17%	575	29%
45-64	3.968	34%	1.276	32%
65-79	4.064	35%	1.566	39%
> 80	1.355	12%	716	53%

Figura 4

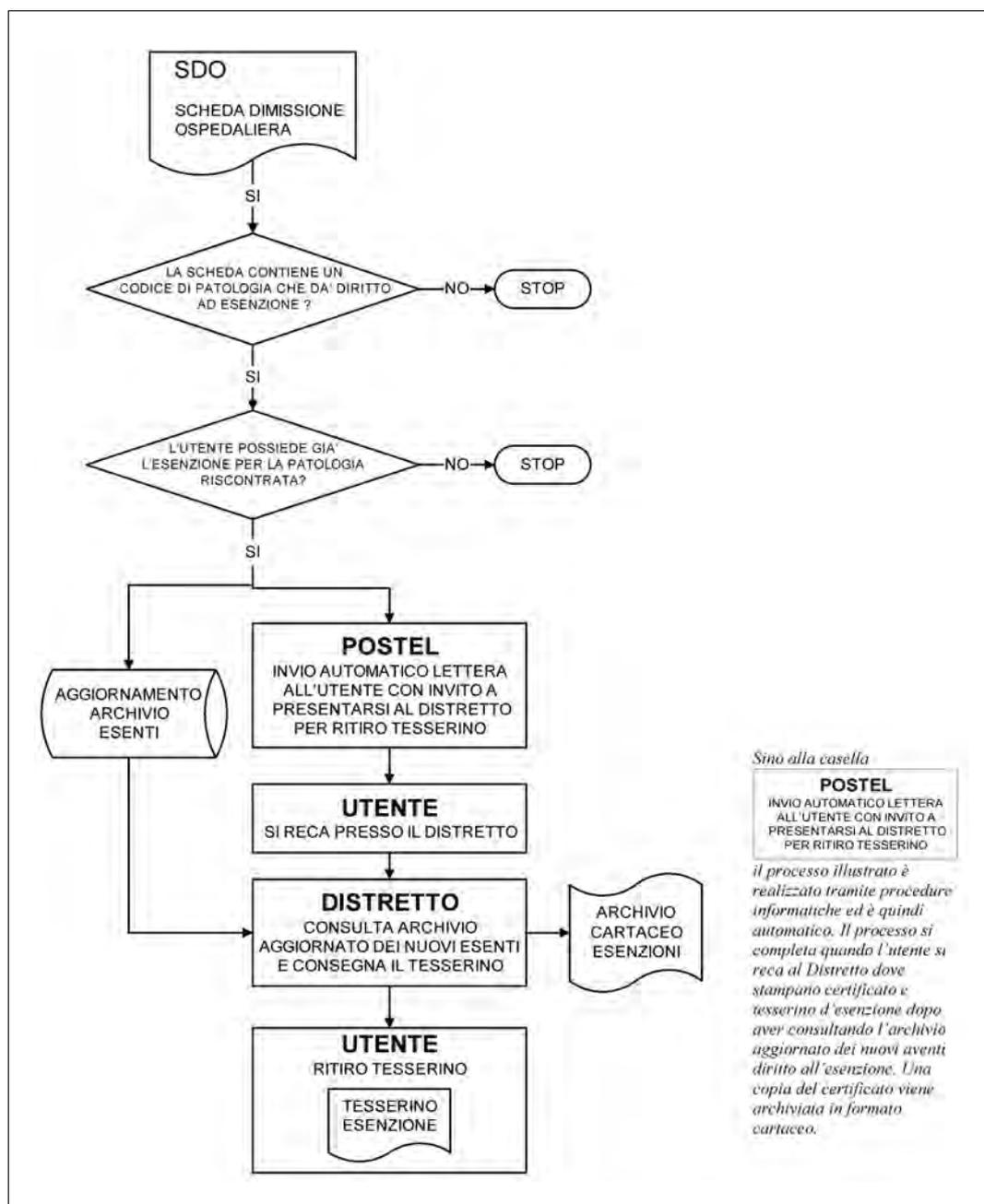


Tabella 4

Incidenza delle visite evitabili sul totale visite 2003 (Cardiologia e Oncologia)

(*) Il valore di 7.861 si riferisce alle visite dei poliambulatori dove di fatto si effettuano le visite a scopo di esenzione

Visite specialistiche	N. visite evitabili	N. visite totali	% incidenza	Tempi d'attesa attuali	Tempi d'attesa previsti
Cardiologica	1.517	7.861 (*)	19,3%	60 gg	48 gg
Oncologica	604	3.606	16,7%	20 gg	17 gg

I dati della **tabella 4** riguardano solamente due reparti, ma è opportuno considerare che il progetto incide, sia pur in modo meno evidente, su altre tipologie di visite. La stima della riduzione dei tempi d'attesa è consistente se si considera che essa è dovuta solamente ad un cambiamento di procedura per il rilascio dei tesserini di esenzione.

4. Il percorso sviluppato dall'Ulss 9 - Treviso

Come detto in precedenza l'idea alla base del progetto è stata quella di utilizzare la Sdo come documento che certifichi le patologie oggetto di esenzione.

L'idea iniziale era quella di inviare il tesserino di esenzione direttamente a domicilio dell'utente, una volta verificata e certificata con la Sdo la patologia oggetto di esenzione. Tuttavia la normativa sulla privacy pone dei vincoli precisi sulla gestione dei dati sensibili; in particolare è richiesto il consenso scritto da parte dell'utente per la trasmissione via posta di essi.

La procedura ha previsto che ciascuna sede distrettuale fosse collegata con il *database* centralizzato delle Sdo. Una procedura informatica estrapola mensilmente dall'archivio delle Sdo i nomi degli assistiti per i quali, all'interno della scheda di dimissione, vi era un codice di dimissione che desse diritto ad una esenzione non già in possesso dell'utente.

In automatico, tramite POSTEL, viene inviata ad ogni cittadino interessato, una lettera nella quale si comunica il diritto all'esenzione, con l'invito a recarsi presso la più vicina sede distrettuale per ritirare il tesserino attestante il diritto.

Gli operatori del distretto possono consultare in tempo reale l'archivio dei nuovi esenti, stampare il certificato di esenzione, recante in calce il codice della cartella clinica cui fa riferimento, e consegnare all'interessato il

tesserino attestante l'esenzione assieme alla lista delle prestazioni fruibili in regime di esenzione. La **figura 4** illustra il diagramma di flusso descritto.

Per ora l'applicazione di tale processo interessa i cittadini residenti e assistiti dall'Azienda Ulss 9, ricoverati presso gli Ospedali di Treviso ed Oderzo che, tra i motivi del ricovero, abbiano avuto una o più patologie che danno diritto all'esenzione ticket. Tale procedura è però facilmente esportabile in qualsiasi altra azienda sanitaria e, una volta implementata, ha costi minimi di mantenimento.

5. La strategia adottata

Il progetto è stato gestito e condotto secondo la metodologia GPMO (Gestione dei progetti mirata agli obiettivi). Si è prevista cioè una pianificazione dettagliata delle attività, una individuazione delle milestone (pietre miliari) con relativo diagramma di Gantt. Con questa metodologia è possibile monitorare lo stato di avanzamento del progetto e dunque prevedere manovre correttive nel caso il progetto non progredisca secondo le tappe ed i tempi previsti.

Senza andare nel dettaglio delle attività pianificate riportiamo qui di seguito le *milestone* del progetto.

1. Costituzione del Gruppo di Progetto

Il Gruppo di Progetto si compone di personale multidisciplinare: Servizio flussi informativi e statistica, personale del CED e dei Distretti. La formalizzazione del gruppo è avvenuta a marzo 2004. Il Gruppo di lavoro si è riunito settimanalmente per aggiornarsi su quanto svolto volta per volta. Nel complesso il Gruppo di lavoro è stato operativo per un totale di circa 360 ore lavorative.

2. Definizione delle procedure per l'identificazione degli utenti cui spedire a domicilio il tesserino di esenzione

Questa fase ha riguardato in via preliminare l'estrapolazione a partire dalle anagrafiche aziendali dei nominativi estrapolati e dei relativi indirizzi, che si è sviluppata con controlli incrociati. Questa importante fase ha occupato un mese e si è conclusa a metà aprile 2004.

3. Approntamento dei sistemi informatici di estrazione e stampa

Questa fase si è conclusa nella fine di aprile 2004. I sistemi informatici approntati hanno permesso di estrarre i dati dall'archivio delle Sdo (Schede di dimissione ospedaliera) contenenti le patologie che danno diritto ai cittadini interessati di avere un tesserino che attesti l'esenzione dalle prestazioni relative.

4. Definizione del contratto con Postel

Questa fase si è realizzata nella fine di aprile 2004. In automatico, tramite POSTEL, viene inviata ad ogni cittadino interessato, una lettera nella quale si comunica il diritto all'esenzione, con l'invito a recarsi presso la più vicina sede distrettuale per ritirare il tesserino attestante il diritto.

5. Spedizione sperimentale dei tesserini

Questa fase ha determinato l'adeguatezza del progetto a quelle che sono le norme vigenti in merito alla *privacy*. Questa penultima fase è stata avviata ad agosto 2004, con

un mese di ritardo rispetto a quanto pianificato.

6. Spedizione a regime

La fase di spedizione a regime del percorso semplificato per l'ottenimento dei tesserini è iniziata a metà settembre ed ha da subito raccolto il favore degli utenti. Si presume che significativi risultati si possano monitorare a partire dai primi sei mesi di operatività a regime del nuovo percorso.

Il diagramma di Gantt (**figura 5**) illustra le tempistiche con cui è stato pianificato il progetto. Tale pianificazione è stata complessivamente rispettata.

Per dare una spinta all'avvio di questo processo è stata avviata anche una campagna di comunicazione con distribuzione di depliant informativi per l'utente che illustrasse la novità introdotta (vedi **figura 6**).

Il piano strategico di comunicazione è stato sviluppato in modo tale da permettere all'utenza di conoscere ed apprezzare l'iniziativa sviluppata dall'Azienda sanitaria e i benefici che apportava all'utenza è stata così strutturata. Dal punto di vista della comunicazione esterna sono stati:

- 1) pubblicati degli articoli sui giornali locali che hanno contribuito a creare la consapevolezza dell'avvio concreto del progetto,
- 2) esposti dei manifesti descrittivi nei distretti socio sanitari e nei centri di prenotazione,
- 3) distribuiti dei depliant informativi (si veda **figura 6**).

	mar-04	apr-04	mag-04	giu-04	lug-04	ago-04	set-04
Definizione del gruppo di progetto (CED, Distretti, DMO)							
Definizione delle procedure per l'identificazione degli Utenti cui spedire a domicilio il tesserino di esenzione							
Approntamento dei sistemi informatici di estrazione e stampa							
Definizione contratto con Postel							
Spedizione sperimentale tesserini							
Spedizione a regime							

Figura 5

Figura 6



A livello di comunicazione interna, invece, si è proceduto con un'informazione cartacea veicolata ai dipendenti con foglio aziendale inserito e distribuito nel cedolino della paga.

6. I risultati

Pur essendo trascorsi solamente tre mesi dalla piena operatività della procedura, è possibile fare un primo bilancio in base ai dati sin qui raccolti.

In **tabella 5** viene riportato il numero di esenzioni rilasciate con la nuova procedura (tramite Sdo) raffrontato con il numero di modifiche apportate all'archivio degli esenti. Questa seconda voce corrisponde ad inserimenti di:

- nuovi esenti;
- nuove esenzioni per esenti già registrati;
- rinnovi di esenzioni già registrate.

I dati della tabella si riferiscono esclusivamente al periodo 1 settembre-31 dicembre 2004. Va considerato che la piena implemen-

tazione della nuova procedura risale al settembre 2004.

È opportuno considerare che la percentuale di copertura della nuova procedura è senz'altro sottostimata in quanto il numero di modifiche all'archivio comprende rinnovi di esenzioni sui quali la nuova procedura non può incidere. Stimando attorno al 10% il peso di questa ultima voce sul totale delle modifiche all'archivio la copertura è meglio stimata attorno al 40%, dato in linea con le previsioni fatte a inizio progetto (38%).

Il miglioramento atteso ed in parte già realizzato è, oltre alla maggiore funzionalità del sistema e della qualità fornita e percepita, quello di un risparmio di tempo e di energie per il cittadino e per la sua famiglia dovuto alla semplificazione e alla snellezza dei percorsi e delle procedure. La nuova procedura produrrà effetti anche sulle liste di attesa, non prevedendo visite non necessarie, con benefici per l'intero sistema.

7. Conclusioni e prospettive

I primi risultati del progetto sono in linea con le previsioni e evidenziano come a 4 pazienti su 10 viene risparmiata la visita specialistica necessaria all'ottenimento dell'esenzione ticket. Tale risultato si traduce, come detto, in uno snellimento delle liste d'attesa,

Tabella 5

Esenzioni nel periodo settembre-dicembre 2004

N. di esenzioni rilasciate con la nuova procedura	N. di modifiche all'archivio esenti	% di copertura della nuova procedura
4.147	11.306	37%

la cui entità è, al momento, difficile da valutare, ma che stiamo monitorando.

Il progetto, come da noi attuato, appare ampiamente trasferibile, dal momento che tutte le Aziende Ulss hanno un archivio informatizzato delle Sdo.

Stiamo attualmente valutando, mediante un espresso quesito posto al Garante della *privacy*, la possibilità di far pervenire il tesserino di esenzione direttamente al domicilio dell'Utente, evitandogli, così, anche il fastidio di recarsi presso la sede distrettuale.

Si segnala inoltre che tale progetto si inserisce in un filone aziendale più ampio che riguarda la Telemedicina. È da sottolineare tuttavia che l'implementazione di un sistema interamente digitale, che consenta una gestione informatica dei documenti, comporta un complesso studio di fattibilità dei flussi documentali esistenti nonché un'analisi degli aspetti tecnici, organizzativi e legali.

In ambito sanitario tali tecnologie permettono l'implementazione di un sistema di vali-

dazione, cifratura, trasmissione, estrazione e conservazione dei documenti, in grado di replicare internamente ed efficacemente la gestione cartacea degli stessi.

Un esempio è fornito dai progetti ESCAPE sviluppati dall'Azienda Ulss 9 di Treviso con il supporto della Regione Veneto nell'ambito dei progetti di informatizzazione cui si rimanda per ulteriori informazioni (www.ulss.tv.it).

Note

1. Si consideri che il numero di esenzioni rilasciate è maggiore del numero esenti in quanto molti assistiti ne hanno ricevuto più d'una.
2. Questo tipo di analisi prende come modello uno studio effettuato dalla Regione Emilia-Romagna pubblicato nel maggio 2003, disponibile in Internet all'indirizzo: <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm>, DOSSIER 79 - 2003 dal titolo «Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed ECO_COLOR_DOPPLER e impatto sui tempi d'attesa», pagine 20 e 21.

B I B L I O G R A F I A

ANDERSON E.S., CASONATO G., GRUDE K.V., HAUG T. (1992), *Leadership, innovazione, risultati*, Coopers & Lybrand.

ULSS 9 DI TREVISO (2003), «Atto Aziendale».

ULSS 9 DI TREVISO (2003), «PAL (Piano attuativo locale) 2003-2005».

www.parlamento.it, «Tutela delle persone e di altri sog-

getti rispetto al trattamento dei dati personali», legge 31 dicembre 1996, n. 675.

www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm, DOSSIER 79 - 2003 «Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed ECO_COLOR_DOPPLER e impatto sui tempi d'attesa», pagine 20 e 21.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4)

l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

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

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

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 secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenz (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno. I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Lorenzo Cuocolo

LA TUTELA DELLA SALUTE TRA NEOREGIONALISMO E FEDERALISMO. PROFILI DI DIRITTO INTERNO E COMPARATO

GIUFFRÉ - LUIS UNIVERSITY PRESS, ROMA, 2005, PP. 382 € 38,00

Questo manuale pone l'attenzione all'ordinamento italiano soprattutto nella prospettiva dei rapporti tra diritto alla salute e forma di Stato, alla luce delle recenti riforme costituzionali e amministrative, e soprattutto della legge costituzionale n. 3 del 2001, che ha profondamente modificato il riparto di competenze tra Stato e regioni. Non mancano riferimenti ai processi di riforma in corso, che oscillano tra regionalismo e federalismo, in bilico su un crinale pericoloso, al di là del quale si degrada nella disuguaglianza e nel sacrificio dei principi unitari che reggono e devono reggere l'ordinamento costituzionale italiano.

INDICE 1. LA TUTELA DELLA SALUTE NELL'ORDINAMENTO ITALIANO: TECNICHE DI ATTUAZIONE E STRUMENTI NORMATIVI A CONFRONTO - 2. STRUMENTI E TECNICHE DI REGOLAZIONE NEL NUOVO ASSETTO COSTITUZIONALE. IN PARTICOLARE: LA LEGISLAZIONE ESCLUSIVA DELLO STATO E QUELLA CONCORRENTE STATO-REGIONI - 3. I LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI CONCERNENTI I DIRITTI CIVILI E SOCIALI CHE DEVONO ESSERE GARANTITI SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE: RICOSTRUZIONI TEORICHE - 4. TECNICHE DI REGOLAZIONE E GIUSTIZIABILITÀ DEI LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI - 5. I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SANITARIA E FARMACEUTICA - 6. IL DIRITTO ALLA SALUTE TRA DISPORRE E PROVVEDERE: IL NODO DELLE FUNZIONI AMMINISTRATIVE, GLI INTERESSI NAZIONALI E GLI STRUMENTI DI COORDINAMENTO TRA LIVELLI DI GOVERNO - 7. LA TUTELA DELLA SALUTE NEL DIRITTO COMPARATO ED EUROPEO

Ermeneia, Aiop - Associazione italiana ospedalità privata

OSPEDALI & SALUTE - SECONDO RAPPORTO ANNUALE 2004

FRANCO ANGELI, MILANO, 2005, PP. € 20,00

Il rapporto «Ospedali & Salute» compie due anni e ribadisce il suo obiettivo di presidiare culturalmente un ambito molto significativo per il Paese, che coinvolge più di 11 milioni di persone, 621 mila dipendenti e 43,3 miliardi di spesa pubblica. Ma soprattutto che genera un'«esperienza sociale» estesa e contemporaneamente delicata, basata sulle risposte specialistiche ai bisogni di analisi, di cura, di intervento, a tutela e a promozione della salute delle persone.

Il tema viene analizzato sotto un duplice punto di vista: quello dell'offerta dei servizi e quello delle opinioni, delle valutazioni e delle propensioni dei cittadini, anche grazie ad un'apposita indagine congiunturale del rapporto tra famiglie italiane e ospedalità (sulla base di un campione nazionale rappresentativo di più di 4.000 unità). Il vantaggio di un rapporto annuale è quello di mettere sotto osservazione costante l'evoluzione di un settore, con particolare riferimento all'ospedalità privata accreditata, impegnata a consolidare il peso oggettivo, la qualità delle prestazioni e il ruolo percepito dai cittadini. E questo malgrado i limiti posti allo sviluppo della componente privata attraverso i vincoli di budget e del numero massimo di prestazioni consentite. Anche il Rapporto 2004 registra, nella popolazione italiana, un atteggiamento volto a considerare l'offerta di servizi ospedalieri come un sistema misto pubblico/privato, nell'ambito del quale esercitare le proprie scelte, sulla base di un'adeguata informa-

zione, oggi peraltro avvertita come insoddisfacente. Una maggiore opportunità di alternative distribuite sul territorio presenta tuttavia un'inevitabile contropartita in termini di costi aggiuntivi, di cui il cittadino risulta consapevole e per i quali si dichiara disponibile ad assumersi, in maniera non marginale, le responsabilità conseguenti. Inoltre per la prima volta vengono definiti degli Indici sintetici di performance del sistema, con particolare attenzione per il progressivo riequilibrio tra servizi forniti dalla componente pubblica e servizi predisposti dalla componente privata. Assecondare la crescita di un sistema ospedaliero misto costituisce l'obiettivo di riferimento dell'Aiop, cui l'esercizio annuale del rapporto intende contribuire.

INDICE PRESENTAZIONE - PARTE PRIMA - IL PRESIDIO DEL RAPPORTO PUBBLICO/PRIVATO - 1. UN SISTEMA SOTTO SFORZO. 1.1 LA CRESCITA RELATIVA DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA. 1.2 LA TENSIONE VERSO IL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI. 1.3 L'ESTENDERSI DI UNA LOGICA DI SISTEMA. 1.4 IL CONTRIBUTO POSITIVO ALLA SPESA OSPEDALIERA. 1.5 UNA COMPETIZIONE IMPERFETTA. 1.6 LA SCELTA OSPEDALIERA COME DIRITTO INCOMPIUTO. 1.7 UN INDICATORE SINTETICO DI OFFERTA DEI SERVIZI - 2. COMPORTEMENTI E GIUDIZI IN CRESCITA DA PARTE DEL CITTADINO. 2.1 IL SISTEMA MISTO COME PUNTO DI RIFERIMENTO. 2.2 L'OSPEDALE COME OPZIONE «FORZATA». 2.3 IL VALORE GUIDA DELL'INFORMAZIONE PER POTER SCEGLIERE. 2.4 LA DECISIONE DI PERSEGUIRE I PROPRI ORIENTAMENTI. 2.5 L'ACCETTAZIONE DEGLI ONERI A FRONTE DELLA LIBERTÀ DI SCELTA. 2.6 DUE INDICATORI PER LA DOMANDA DI OSPEDALITÀ - PARTE SECONDA. LA CONGIUNTURA FAMIGLIE ITALIANE E OSPEDALITÀ - 1. UN PERCORSO SELETTIVO NEL CONSUMO DEI SERVIZI OSPEDALIERI. 1.1 COSTANZA DI ACCESSO, MAGGIORI PRESTAZIONI RICHIESTE. 1.2 L'OSPEDALE PUBBLICO SOTTO CASA, L'OSPEDALE PRIVATO FUORI COMUNE. 1.3 L'AUMENTO DELLA FIDELIZZAZIONE NEL PRIVATO - 2. L'ESPERIENZA GUIDA LA VALUTAZIONE. 2.1 SODDISFAZIONE STABILE NEL PUBBLICO E SODDISFAZIONE IN CRESCITA NEL PRIVATO ACCREDITATO. 2.2. IL LENTO FORMARSI DI UNO ZOCCOLO DI QUALITÀ. 2.3 UN RAFFORZAMENTO DEI PERCORSI CONOSCIUTI. 2.4 L'AUMENTO DI CONSAPEVOLEZZA SULLE POSSIBILITÀ DI SCELTA. 2.5 IL PERMANERE DI UNA QUOTA DI NON CONOSCENZA DELLE OPPORTUNITÀ A DISPOSIZIONE - 3. L'AFFERMARSI DI UNA CULTURA DI SISTEMA. 3.1 IL RICHIAMO DEL VALORE DEL PRIVATO. 3.2 COMPORTEMENTI E REALTÀ A CONFRONTO. 3.3 LA SPACCATURA TRA OSPEDALE IDEALE E OSPEDALE ALTERNATIVO. 3.4 L'ACCETTAZIONE DEGLI ONERI DERIVANTI DALLA LIBERTÀ DI POTER SCEGLIERE - PARTE TERZA. GLI INDICATORI STATISTICI - 1. I DATI DI STRUTTURA. 1.1 GLI ISTITUTI PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI. 1.2 I POSTI LETTO. 1.3 LE APPARECCHIATURE - 2. I DATI DI ATTIVITÀ. 2.1 GIORNATE DI DEGENZA E TASSO DI UTILIZZO. 2.2 TIPOLOGIE DI RICOVERI E DIMESSI. 2.3 I DRG PIÙ DIFFUSI. 2.4 ATTIVITÀ PER MAGGIORI CATEGORIE DIAGNOSTICHE. 2.5 ATTIVITÀ PER DISCIPLINA - 3. I DATI DI PERSONALE. 3.1 L'ANDAMENTO DEGLI ADDETTI NEL TEMPO. 3.2 LA SITUAZIONE DEGLI ADDETTI PER TERRITORIO - 4. I DATI DI SPESA. 4.1 L'ANDAMENTO DEI FLUSSI NEL TEMPO. 4.2 SPESA SANITARIA A CONFRONTO - PARTE QUARTA. L'OSPEDALITÀ NELLA STAMPA QUOTIDIANA - 1. UNA MINORE ATTENZIONE PER I TEMI DELLA SANITÀ - 2. LA SPESA OSPEDALIERA AL CENTRO DELL'ATTENZIONE - 3. LE REGIONI STRETTE TRA BISOGNI IN CRESCITA E RISORSE IN DIMINUZIONE - 4. LA NOVITÀ DELL'AGENZIA NAZIONALE DEL FARMACO E LO SFORZO DI CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA - 5. IL RINNOVO DEI CONTRATTI CONFERISCE PESO AL TEMA DEL PERSONALE - 6. I TEMI-CHIAVE DEL DISAGIO PSICHICO E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA - 7. NOTIZIE DI MALASANITÀ IN DIMINUZIONE - 8. UNA BATTUTA D'ARRESTO SUL FRONTE DELLA «SANITÀ INTEGRATIVA» - ALLEGATI. 1. LA METODOLOGIA DELL'INDAGINE DI CAMPO - 2. INDICE DELLE TABELLE STRUTTURALI - 3. LE TABELLE DI DETTAGLIO SULLA CONGIUNTURA FAMIGLIE ITALIANE E OSPEDALITÀ

Guido Giarelli

**MEDICINE NON CONVENZIONALI E PLURALISMO SANITARIO.
PROSPETTIVE E AMBIVALENZE DELLA MEDICINA INTEGRATA**

FRANCO ANGELI, MILANO, 2005, PP. 336, € 24,00

Una trasformazione sociale profonda sta avvenendo nell'assistenza sanitaria americana nel corso degli ultimi anni: sempre più persone, e medici, si rivolgono a quella che ha cominciato ad essere chiamata medicina alternativa e complementare. Le questioni che questo nuovo fenomeno sanitario e sociale solleva sono molteplici. A livello clinico, come cambia il modo di concepire l'incontro terapeutico? Come si trasforma la relazione medico-paziente? A livello organizzativo: come si modifica la divisione del lavoro in una nuova e più comprensiva concezione dell'assistenza sanitaria? A livello di sistema sanitario: quali effetti produce la medicina integrata?

INDICE PRESENTAZIONE DI MARY RUGGIE - PREFAZIONE DI GUIDO GIARELLI - 1. RITORNO AL FUTURO: IL RIEMERGERE DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI. 1.1 DESCRIZIONI: UN FENOMENO SOCIALE DI RILEVANZA INTERNAZIONALE. 1.2

CLASSIFICAZIONI: UN UNIVERSO POLIMORFO DAGLI INCERTI CONFINI. 1.3 CAUSAZIONI: INSODDISFATTI O CREATIVI? - 2. BIO-MEDICINA E MEDICINE NON CONVENZIONALI TRA ERGONOMIA E PLURALISMO SANITARIO. 2.1 I SISTEMI SANITARI ALL'EPOCA DEL PLURALISMO COMPETITIVO. 2.2 IL FENOMENO DEL SETTARISMO E IL SORGERE DELL'ORTODOSSIA MEDICA. 2.3 IL CONSOLIDAMENTO DELL'EGEMONIA BIOMEDICA E LE MEDICINE «MARGINALI». 2.4 DUE CASI DI PROFESSIONALIZZAZIONE DELL'ORTODOSSIA: OSTEOPATIA E CHIROPRACTICA. 2.5 LA CRISI DELLA BIO-MEDICINA E IL MOVIMENTO PER LA SALUTE OLISTICA - 3. FORME E PROBLEMI DELLA NUOVA MEDICINA INTEGRATA. 3.1 DALL'OSTILITÀ ALL'INTEGRAZIONE: GLI ATTEGGIAMENTI DELLA COMUNITÀ MEDICA. 3.2 FORME DI INTEGRAZIONE NEL CONTESTO OSPEDALIERO. 3.3 FORME DI INTEGRAZIONE NEL CONTESTO TERRITORIALE. 3.4 I TRE LIVELLI-PROBLEMA DELL'INTEGRAZIONE - 4. LA DIMENSIONE CLINICA DELL'INTEGRAZIONE: RIPENSARE L'INCONTRO TERAPEUTICO. 4.1 UNA MEDICINA INTEGRATA EVIDENCE-BASED? 4.2 LA VALUTAZIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE. 4.3 TRA CONSUMERISMO E PARTNERSHIP TERAPEUTICA. 4.4 MALPRACTICE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO. 4.5 UN CONSENSO INFORMATO OBBLIGATORIO PER LE MNC? - 5. LA DIMENSIONE ORGANIZZATIVA DELL'INTEGRAZIONE: VERSO UNA NUOVA DIVISIONE DEL LAVORO SANITARIO. 5.1 LA DIVISIONE GERARCHICA DI TIPO PROFESSIONALE. 5.2 L'ESPANSIONE DEL CONTINUUM DEL LAVORO SANITARIO. 5.3 IL COMMUNITY HEALTH CARE MANAGEMENT. 5.4 L'ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALE E INTERDISCIPLINARE - 6. LA DIMENSIONE STRUTTURALE DELL'INTEGRAZIONE: UN SISTEMA SANITARIO A «PLURALISMO GESTITO»? 6.1 IL PROBLEMA DELLA LEGITTIMAZIONE DELLA MEDICINA INTEGRATA. 6.2 REGOLAMENTAZIONE STATALE O AUTOREGOLAMENTAZIONE PROFESSIONALE? 6.3 OPINIONE PUBBLICA, MASS MEDIA E NUOVI MOVIMENTI SOCIALI. 6.4 COMPLESSO SANITARIO-INDUSTRIALE E MERCIFICAZIONE DELLE MNC - 7. IL DIBATTITO SULLA VALUTAZIONE SCIENTIFICA DELLE MNC E IL PROBLEMA DELLA FORMAZIONE MEDICA. 7.1 STAKEHOLDER E POLITICA DELLA RICERCA SULLE MNC. 7.2 IL METODO SPERIMENTALE È APPLICABILE ALLE MNC? 7.3 SFIDE METODOLOGICHE E DOMANDE DI RICERCA. 7.4 DALLA GERARCHIA ALLA «CASA DELLE EVIDENZE»: VERSO UN PLURALISMO METODOLOGICO? 7.5 LA SFIDA DELLA FORMAZIONE MEDICA INTEGRATA - 8. CONCLUSIONI. L'INTEGRAZIONE AMBIVALENTE - POSTFAZIONE DI MARCO BIOCCHA, IL CASO ITALIANO: QUALE MEDICINA INTEGRATA. APPENDICI: ELENCO DELLE INTERVISTE EFFETTUATE - SCHEDE INFORMATIVE SULLE MEDICINE NON CONVENZIONALI

AA.VV.

LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA - METODOLOGIE E STRUMENTI DI VALUTAZIONE PER LE REGIONI E LE AZIENDE SANITARIE

FORMEZ, MILANO, 2005, PP. 251

Il volume che qui si presenta ripercorrere le tappe di una attività formativa, realizzata dal Formez, nell'ambito dei Fondi strutturali 2000-2006. Nello specifico, il percorso è quello relativo alla sola attività di «Formazione alla programmazione sanitaria», l'iniziativa nel mese di aprile 2003 e terminata nel mese di marzo 2004, mirata, in particolare, a diffondere e approfondire conoscenze e strumenti di programmazione sanitaria, rivolta ad un gruppo di dirigenti e funzionari degli Assessorati alla sanità delle Regioni. Dal percorso è scaturito un quadro aggiornato della programmazione e degli strumenti da adottare che si ritiene utile condividere con tutti gli attori interessati.

INDICE 1. LE LINEE DI TENDENZA DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA - 2. UNA METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE EX ANTE DEGLI INVESTIMENTI IN SANITÀ - 3. IL SISTEMA DI INDICATORI - 4. IL SISTEMA DI MONITORAGGIO DI PROGRAMMI E PROGETTI

Costo dell'abbonamento per l'anno 2005: € 250,00

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 2005 è fissato in:

€ 250,00 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 2005 per l'estero è fissato come segue: € 250,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 350,00, per il resto del mondo (più spese postali).

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)	€ 226,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 226,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 226,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 226,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 226,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 226,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 226,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 226,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 226,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 226,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 250,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 250,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 250,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 2.558,50, anziché € 3.010,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.