

Comitato scientifico

Emidio Di Giambattista (coordinatore)
Procuratore generale della Corte dei conti

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Elio Borgonovi
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche
Università Bocconi di Milano

Sabino Cassese
Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini
Ordinario di economia - Università di Torino

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

Fabio Roversi Monaco
 Rettore - Università di Bologna
Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia
Amministratore Straordinario - U.s.l. RM/10
Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi
Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

Franco Sassi
Coordinatore generale
Redattori capi sezione

Giorgio Fiorentini

George France

Marco Meneguzzo

Antonello Zangrandi

Francesco Zavattaro

Redattori

Giorgio Casati

Mario Del Vecchio

Andrea Garlatti

Alessandra Massei

Corrispondenti esteri

Piero Masia (New York)

Michael Schofield (Manchester)

Gustav Schacter (Boston)

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77
Tel. 06/8073368 - 8073386 - Fax 06/8085817

Redazione

20136 MILANO - Via Balilla, 18
Tel. 02/58363132 - 58363136 - Fax 02/89404523

Pubblicazione

- edita da  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 **Giuseppe Fratini**, Via del Lavoro, 56/a, 00019 Tivoli, Tel. 0774/330259, Fax 0774/330260
- stampata dalla **Grafica Ripoli**, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, Tel. 0774/381700, Fax 0774/381700
- spedita in abbonamento postale 50% - Aut. P.T. Roma
- prezzo di una copia: L. 60.000

— associata all' 

MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 **Sul concetto di azienda sanitaria occorre fare chiarezza**
- Forum sul prontuario terapeutico**
- Il nuovo prontuario farmaco terapeutico: spunti di riflessione a partire dai farmaci antidepressivi**
- 5 **Economia e management nel nuovo prontuario farmaco terapeutico**
di Giovanni Fattore
- 11 **Antidepressivi essenziali: le ragioni del prontuario**
di Lucilla Frattura
- 20 **Un mistero di difficile soluzione**
di Giorgio M. Bressa
- 24 **Note cliniche sui farmaci antidepressivi**
di Enrico Smeraldi
- 28 **La prescrizione di farmaci psicotropi in un servizio psichiatrico pubblico**
di Mauro Percudani e Agostino Contini
Sez. 1^a - **Saggi e ricerche**
- 36 **Mercati e tariffe nella riforma del SSN**
di Mario Del Vecchio
- 45 **Le basi epidemiologiche dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari**
di Armando Muzzi e Giuseppe Cananzi
- 53 **Epidemiologia, management e multidisciplinarietà**
- 57 **La produttività del personale ospedaliero**
di Giuseppe Clerico
Sez. 2^a - **Documenti e commenti**
- 66 **Il nuovo Servizio sanitario toscano**
di Claudio Galanti, Emanuele Giusti e Mario Romeri
- 72 **I flussi finanziari nel Servizio sanitario nazionale**
di E. Borgonovi et al.
- 96 **Leggi finanziarie e processi decisionali in sanità**
di Roberto Alfieri e Roberto Buzzetti
Sez. 3^a - **Esperienze innovative**
- 104 **L'introduzione dei sistemi gestionali nelle aziende sanitarie in Emilia-Romagna**
di Francesco Zavattaro
- 114 **Un progetto di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata**
di Luigi Ablondi, Maria Rita Buzzi, Leonardo Marchesi e Maurizio Poli
Sez. 4^a - **La sanità nel mondo**
- 128 **I mercati sanitari**
di Pedro San Jose Garces
Sez. 5^a - **Sanità e impresa**
- 146 **Il miglioramento della qualità in sanità: il premio europeo Golden Helix Award**
di Manuela Brusoni
- 155 **Un progetto qualità per il servizio sanitario**
di Giovanni Frosi, Achille Brambilla, Franco Prandi
Sez. 6^a - **Biblioteca**
- 162 **Recensioni**
- 165 **Novità bibliografiche**
- 168 **Spoglio riviste**
- 171 **Bibliografia monotematica**
- 177 **Tesi di laurea**
- 182 **Osservatorio: la misurazione della complessità relativa delle procedure di chirurgia generale**
di Carlo Ramponi

SUL CONCETTO DI AZIENDA SANITARIA OCCORRE FARE CHIAREZZA

L'azienda, in quanto forma organizzata di svolgimento di una attività che impiega beni economici (che sono tali perché limitati rispetto ai bisogni), è « strumento » tramite cui la società persegue le finalità dei suoi diversi organismi, finalità che possono essere economiche (nelle imprese costituite per accrescere il valore economico, sinteticamente il profitto) e non economiche (come nel caso delle USL e degli ospedali).

È pertanto male impostato il dibattito rivolto a definire l'azienda sanitaria come « ente strumentale » della Regione o « ente strumentale » tout court.

Essa è fenomeno economico e non è legato a una particolare forma giuridica.

Non si ha azienda semplicemente perché si costituisce una « società per azioni » (o una « azienda speciale », o altro), ma si ha azienda solo se i suoi risultati operativi (livelli quali-quantitativi dei servizi erogati) ed economici (equilibrio economico) dipendono in misura rilevante da fattori controllabili da scelte attuate dai suoi organi. Diversamente non si ha azienda ma solo una « struttura operativa ».

Si ha una azienda se la distribuzione dei poteri decisionali è tale da far dipendere i risultati dalla « qualità del funzionamento interno » (condizioni

interne) e da « regole esterne », vincoli che non devono essere troppo rigidi (il che annullerebbe l'autonomia decisionale) né troppo deboli (il che diminuirebbe lo sforzo degli organi dell'azienda nel ricercare la migliore combinazione dei fattori produttivi).

L'azienda è una entità unitaria e coordinata e non semplice aggregazione di persone e di interessi nella quale si stabiliscono « regole di funzionamento » che creano sinergie, ossia consentono ai portatori di interessi diversi (e che restano diversi) di perseguirli meglio di come lo farebbero separatamente.

Pazienti, medici, infermieri, altri professionisti, fornitori di beni, enti pubblici responsabili della tutela della salute devono trovare nel buon funzionamento della azienda una convergenza di interessi, in quanto possono trovare convenienti e più soddisfacenti risposte ai loro rispettivi interessi. L'azienda è costituita da persone diverse e dalla convergenza di interessi diversi, ma diventa una entità autonoma e distinta da ognuno di essi: diventa un « patrimonio » un « capitale » per l'intera società che, tramite le aziende, organizza risposte ai bisogni di tutti i suoi componenti.

Le aziende sono un « patrimonio » della società, e in quanto tali vanno difese, perché tramite l'aumento del-

la produttività dei beni economici, consentono alla società di soddisfare una maggiore quantità di bisogni.

Esistono differenti classificazioni delle aziende, tra le quali per la peculiarità del sistema sanitario vanno evidenziate:

1) aziende che producono beni (nel caso della sanità servizi) utili a soddisfare un bisogno e li cedono verso il corrispettivo di un prezzo;

2) aziende che ricevono un dato ammontare di ricchezza (in forma di contributi e/o di un fondo sanitario) e con esso devono produrre ed erogare servizi utili senza chiedere un corrispettivo specifico (senza un prezzo per i servizi ceduti);

3) aziende che ricevono un ammontare di ricchezza (in forma di contributi e/o di fondo sanitario) e con tale ammontare « acquistano » presso altre aziende, servizi per conto dei loro assistiti.

Le aziende del primo tipo, che si definiscono anche aziende di produzione o imprese, possono realizzare il loro equilibrio economico principalmente tramite le seguenti politiche:

A) aumento della efficienza tecnico-operativa ed organizzativa interna che riduce i costi;

B) aumento di ricavi tramite un aumento dei prezzi unitari per i servizi prodotti e ceduti;

C) aumento dei ricavi tramite un aumento del volume dei servizi prodotti e ceduti.

In questo caso si parla di aziende di produzione (in senso economico) o di imprese proprio perché l'equilibrio economico può essere ottenuto agendo sui due lati del problema, riduzione dei costi e aumento dei ricavi e perché costi e ricavi sono determinati tramite scambi.

Fanno parte di questa tipologia di aziende gli ospedali o le altre strutture sanitarie (pubblici o privati) ai quali si applica il sistema del «fee for service» ossia del prezzo per ogni servizio erogato, indipendentemente dal fatto che essi siano ospedali «privati for profit», «ospedali privati non profit» o «ospedali di proprietà pubblica».

A parte la motivazione di base diversa e a parte il fatto che i prezzi di cessione dei servizi siano determinati in modo completamente libero, o siano fissati dalle autorità pubbliche tramite un tariffario, o siano fissati in altro modo, il meccanismo economico di base è analogo: all'aumento della quantità e della qualità dei servizi prodotti corrisponde un aumento delle risorse disponibili.

Questo meccanismo se lasciato operare «in modo naturale», è strutturalmente destinato a creare pressioni verso un aumento della spesa sanitaria complessiva (tramite spinte all'aumento dei servizi prodotti) anche se come si spera in Italia con una riduzione o una attenuazione dell'aumento della quota della spesa pubblica.

Le aziende del secondo tipo quelle che ricevono un fondo e devono produrre servizi senza applicare un prezzo, corrispondono grosso modo alle attuali USL. o alle diverse forme di «mutue a gestione diretta dei servizi» presente in forma più o meno pura nei diversi Paesi (esempio HMO Health Maintenance Organization degli USA) possono perseguire l'equilibrio operativo ed economico principalmente tramite le seguenti politiche:

A) miglioramento della efficienza tecnico-operativa ed organizzativa interna;

B) azioni di selezione della domanda di tipo fisiologico (filtri per evitare domande improprie di servizi e prestazioni) o di tipo patologico (code e ritardi nella erogazione dei servizi, burocratizzazione, mancate risposte ai bisogni);

C) ricerca di aumento dei contributi e della quota di fondo attribuita.

Per spingere tali aziende verso le soluzioni positive, aumento della efficienza interna e attivazione di strumenti di selezione «fisiologica» della domanda si usa il meccanismo del «vincolo di budget» ossia del limite di spesa assegnato che però funziona solo se è realistico.

Se invece, come è accaduto in Italia si può dire a partire dalla istituzione del SSN, tale limite è irrealistico (sottostima del fondo), la conseguenza non è il contenimento della spesa, ma la creazione di disavanzi a consuntivo.

Le aziende del terzo tipo rappresentate dalle mutue che non gestiscono direttamente servizi sanitari, dalle assicurazioni e dal modello di future USL che qualcuno vorrebbe fossero semplici acquirenti di servizi, perseguono l'equilibrio principalmente tramite le seguenti politiche:

A) potenziamento della capacità di andare ad «acquistare i servizi» dal migliore offerente;

B) attivazione di azioni di selezione della domanda, ad esempio clausole che delimitano la copertura assistenziale e controllo dei «consumi di servizi sanitari»;

C) innalzamento dei contributi mutualistico dei premi assicurativi, che peraltro trova non poche resistenze.

Tali aziende possono dare un contributo positivo al raggiungimento dell'equilibrio generale solo se, di fronte alle naturali resistenze all'au-

mento dei contributi mutualistici, o dei premi assicurativi, o della quota pro-capite assegnata, secondo le ipotesi per le future USL, sono in grado di sviluppare al proprio interno capacità tecnico-professionali idonee a negoziare «al meglio» i prezzi delle prestazioni prodotte all'esterno, a mettere in competizione differenti strutture di offerta, a controllare che non vi sia un artificioso aumento delle prestazioni.

Ciò può accadere solo se esistono meccanismi di forte responsabilizzazione sul loro equilibrio interno, mentre se si prospettassero forme di interventi pubblici a copertura di eventuali disavanzi (forme assistenziali sul piano dell'economicità) si avrebbero effetti negativi di deresponsabilizzazione del cosiddetto «terzo pagante» poco impegnato a contenere i prezzi unitari e la spesa complessiva.

Definito, seppure sinteticamente, cosa è un'azienda, e identificate le tre diverse tipologie di aziende che si possono avere nella sanità, si tratta di chiarire le condizioni che ne fanno uno strumento efficace e utile e precisamente:

1) l'attitudine a generare potenzialità positive dallo svolgimento coordinato e organizzato delle attività e dall'uso congiunto di risorse;

2) la capacità di generare alternative di comportamento per risolvere i problemi;

3) la propensione ad adattarsi ai cambiamenti dell'ambiente esterno in cui vive.

La partecipazione a numerosi dibattiti, convegni, tavole rotonde lascia intuire che molti discutono di aziende in termini di «modello ideale di azienda» e discutono di «sistema di acquisto-vendita di prestazioni» in termini astratti e altrettanto ideali. In sostanza si ha l'impressione che in molti prevalga, la convinzione, assolutamente infondata, che di per sé l'adozione del modello aziendale e l'introduzione di un sistema di

contrapposizione d'interesse del tipo « le USL ricevono i finanziamenti e acquistano i servizi presso il migliore offerente » possano portare ad un miglioramento ossia ad una riduzione di costi, ad un aumento della qualità, ad una maggiore libertà di scelta dei pazienti.

Ciò non risponde alla realtà in quanto le aziende sono gestite in modo diverso, bene o male, e quindi ci si può attendere il miglioramento del sistema sanitario non dalla introduzione di aziende, dalla cosiddetta aziendalizzazione, ma dalla creazione di condizioni culturali, economiche e operative che aiutino le persone a gestire bene le aziende, ossia condizioni per fare in modo che esse:

1) realizzino una elevata produttività interna;

2) conservino una elevata autonomia decisionale di fronte alle molteplici alternative di azione;

3) siano in grado di rapportarsi alle differenti situazioni con risposte diverse: non sono aziende quelle unità che, a causa di leggi, di norme o di indirizzi obbligatori (dallo Stato o dalle Regioni) sono costrette ad agire nello stesso modo di fronte a situazioni differenti.

Se si vuole veramente che il sistema sanitario sia costituito da aziende, oltre alle norme occorre cambiare anche la logica e i modelli di programmazione che:

— non deve più essere intesa come un insieme di decisioni e di soluzioni « razionali » sovraordinate;

— ma come sistema di «regole» sovraordinate in quanto comuni a molteplici soggetti (gli ospedali, le USL, le assicurazioni, le mutue), ognuno dei quali però conserva una propria autonomia di decisione di azione.

Per favorire l'aziendalizzazione della sanità occorre cambiare anche il metodo della programmazione che non deve più essere per norme « che obbligano o vietano di fare qualcosa », ma per criteri e incentivi che premia-

no i comportamenti coerenti con gli obiettivi generali.

Al riguardo si deve sottolineare che il D.L. vo 502/92 e sue modificazioni è ancora troppo impregnato di logica del passato e di contraddizioni in quanto da un lato afferma l'autonomia e la responsabilità delle Regioni per il governo del sistema e l'autonomia delle « aziende » (USL e ospedali) per la gestione dei servizi e dall'altro mantiene nei confronti delle une (le Regioni) e delle altre (le aziende) una serie eccessiva di vincoli e di indicazioni procedurali.

Particolarmente contraddittoria appare la normativa riguardante il ruolo delle Regioni che formalmente diventano il perno di un nuovo sistema « a forte decentramento » ma che difficilmente potranno esercitare il nuovo ruolo in modo soddisfacente poiché hanno limitati poteri, e soprattutto sono caratterizzate da inadeguate strumentazioni tecniche e da inadeguata professionalità del personale.

Il nuovo modello che accentua la competizione tra le aziende sanitarie rischia di rompere la logica di « sistema sanitario » e di portare verso situazioni non governabili.

Infatti nella sanità occorre maggiore competizione da attuare secondo il modello della «competizione regolata» in quanto il meccanismo della «competizione libera» determinerebbe:

— spinte all'aumento dell'efficienza delle singole aziende;

— spinte a generare elevati « costi sociali » collegati ad una selezione ed esclusione da una reale tutela della salute di ampi gruppi di popolazione;

— elevati rischi che, a causa degli effetti della concorrenza di breve periodo tra le aziende produttrici di servizi, possano essere distrutti patrimoni di conoscenze e di professionalità.

Ad esempio i meccanismi « classici » della concorrenza di mercato possono essere finalizzati a obiettivi di breve periodo e mettere in crisi, ad esempio sottraendo pazienti e dispo-

nibilità di fondi, équipes e strutture di offerta specializzate, magari costruite con il lavoro di anni, che non sono più in grado di sopravvivere sul piano dell'autonomia economica e vengono così distrutte.

Infine si ricorda che le Regioni per governare il sistema e per far funzionare correttamente la competizione hanno bisogno di informazioni numerose e qualificate su costi, qualità dei servizi, comportamenti prescrittivi dei medici, comportamenti dei pazienti, informazioni che attualmente non esistono e che vanno costruite con un duro e lungo lavoro. Senza informazioni esiste il rischio, anzi l'elevata probabilità, di compiere scelte erranee e quindi, di « far cambiare il sistema » in senso negativo (ma nessuno vuole) e non nel senso di un miglioramento (come tutti desiderano e come molti responsabili della sanità promettono).

In conclusione si può dire che oggi in Italia si discute troppo di « aziende sanitarie » in astratto, quando invece il problema reale è di capire che:

— possono esserci aziende gestite bene e aziende gestite male;

— per avere stimoli a gestire bene le aziende occorre che i vincoli esterni non siano troppo forti né troppo deboli;

— si possono avere aziende gestite bene solo se si sviluppano e si diffondono conoscenze, competenze e comportamenti di management ai diversi livelli di responsabilità, da quelli di direzione generale, a quelli di direzione di dipartimenti e di settori di attività, a quelli di direzione di unità operative, a quelli di quadri intermedi.

Inoltre bisogna sapere, e prevedere, che la competizione, qualora fosse veramente tale, causerebbe la crisi di molte aziende dell'uno e dell'altro tipo sopra ricordate: quindi se si vuole rendere il sistema più competitivo occorre anche preparare ad affrontare le situazioni di Unità sanitarie locali e di ospedali « aziende » che andranno in crisi.

IL NUOVO PRONTUARIO FARMACO TERAPEUTICO: SPUNTI DI RIFLESSIONE A PARTIRE DAI FARMACI ANTIDEPRESSIVI

Con questo Forum *Mecosan* esamina alcuni aspetti della revisione del Prontuario Terapeutico Nazionale effettuata dalla Commissione Unica del Farmaco (CUF). Sulla base delle indicazioni fornite da Governo e Parlamento le specialità medicinali sono state riclassificate in quattro fasce: A con completa gratuità della prescrizione (fatta salva una quota fissa per ricetta di 5.000 lire), B con partecipazione del 50% al prezzo del farmaco da parte del paziente, C con spesa a completo carico del paziente e H che riguarda i farmaci destinati ad un impiego in ambito esclusivamente ospedaliero. *Mecosan* ha chiesto un contributo a 5 « esperti » con esperienze e professionalità diverse, concentrando il dibattito sui farmaci antidepressivi, una categoria sulla quale le scelte operate dalla CUF sono state oggetto di dibattito.

Economia e management nel nuovo prontuario farmaco terapeutico

di Giovanni Fattore
SDA - CeRGAS - Università
« L. Bocconi », Milano

SOMMARIO: Il piano della razionalità economica - Dai modelli di razionalità assoluta alla gestione dei sistemi reali - Conclusioni.

Il piano della razionalità economica

Appare piuttosto chiaro come il lavoro della Commissione Unica per il Farmaco si sia sviluppato anche tenendo conto di aspetti economici, sebbene la Commissione non potesse contare sull'apporto diretto di economisti. L'esistenza di un « problema » economico è d'altra parte scontato per chi è chiamato a rivitalizzare il SSN: se da un lato, infatti, la tutela del diritto alla salute senza discriminazioni di alcun tipo rimane obiettivo del sistema pubblico, dall'altro la scarsità delle risorse disponibili impone delle scelte rivolte sia a recuperare sprechi (inefficienze, servizi inefficaci), sia orientate a operare dolorose scelte di razionamento, ossia decisioni di non offrire alcuni servizi perché, sebbene efficaci, troppo costosi rispetto ai benefici che producono.

Che la CUF sia stata chiamata a fare un'analisi anche economica è d'altronde confermato dall'obiettivo assegnatole dal

Governo: disegnare un Prontuario Terapeutico in grado di ridurre la spesa farmaceutica a circa 10.000 miliardi. Sembra quasi un esercizio di programmazione lineare o di analisi delle decisioni: massimizzare i benefici derivabili dall'assistenza farmaceutica con un vincolo sulle risorse disponibili.

Per la soluzione di questo problema si può pensare ad un modello di riferimento costituito da tre fasi logiche, ognuna delle quali legate ad un criterio decisionale. Il primo criterio consiste nello scartare tutti i farmaci « inefficaci », ossia la cui efficacia terapeutica non è sufficientemente documentata (1). Il secondo criterio consiste nello scegliere, a parità di efficacia terapeutica, il trattamento a costo minore; sembra questo infatti

(1) Si pensi che il direttore del *British Medical Journal* sostiene che soltanto il 15% delle prestazioni sanitarie possono poggiarsi su una documentazione di efficacia considerabile scientifica (Smith 1992).

il criterio seguito dalla CUF nell'includere in fascia C principi attivi simili a quelli collocati in fascia A, ma di costo maggiore. Tuttavia, questo criterio rischia di essere in contrasto con la « razionalità economica complessiva » se non si estende il concetto di « costo » a tutte le risorse modificate dal trattamento farmacologico.

Un esempio può chiarire il punto: un farmaco antidepressivo tricyclico (a basso costo) potrebbe risultare più « oneroso » per la collettività di un farmaco di più recente introduzione se dovesse produrre maggiori costi di monitoraggio e/o di trattamento degli effetti collaterali. È chiaro che la CUF non ha avuto il tempo di impostare serie valutazioni di questo tipo; si può perciò prevedere che alcune delle decisioni prese potranno essere riviste in base alla verifica dei reali comportamenti di « consumo » che si determineranno e quindi anche in funzione di valutazioni economiche più « complete ». Il terzo criterio, che può essere definito di Costo-Efficacia (Weinstein 1979; Borgonovi 1988), è da utilizzarsi solo nel caso che le risorse disponibili non siano sufficienti a finanziare i farmaci della lista risultante dallo sfoltoimento effettuato con i primi due criteri. Questo criterio consiste nell'esprimere dei giudizi espliciti sul rapporto tra risorse consumate (costi) e benefici prodotti (generalmente misurati tramite indicatori di efficacia terapeutica) al fine di definire un ordine di priorità dei diversi trattamenti.

L'obiettivo è definire cosa il Servizio sanitario nazionale possa o non possa finanziare in base alle risorse a disposizione (2). Anche in questo caso un esempio può rivelarsi utile. Supponiamo che esista un farmaco che, rispetto alla migliore alternativa disponibile, sia in grado di migliorare leggermente la sintomatologia di un paziente depresso con una probabilità di uno per mille; supponiamo inoltre che il farmaco costi 10.000 lire per dose giornaliera in più della migliore alternativa disponibile. Si tratta chiaramente di un farmaco efficace, nel senso che se fosse stato effettuato un trial sufficientemente

grande sarebbero state osservate delle differenze statisticamente significative. Ma avrebbe senso rimborsare il farmaco con risorse pubbliche, visto che occorrerebbe trattare 1.000 pazienti ad un costo complessivo giornaliero di 10 milioni di lire per migliorare i sintomi di un solo paziente? Probabilmente no: la società non è così ricca da permettersi interventi così costosi.

A proposito dei farmaci antidepressivi e per quanto sia possibile interpretare dall'esterno il lavoro di una commissione, riteniamo plausibile ricostruire in questo modo la « razionalità » delle scelte fatte dalla CUF.

I farmaci antidepressivi tricyclici (per la maggior parte inclusi nella fascia A) rappresentano lo « standard » per il trattamento della depressione, almeno quando effettuato con risorse pubbliche. Questo perché i tricyclici sono i farmaci antidepressivi a costo (prezzo del trattamento) più basso e perché non esiste sufficiente documentazione clinica per sostenere che gli altri antidepressivi, tutti a costo maggiore, sono più efficaci. È questa probabilmente la motivazione che ha indotto la CUF a escludere tutti i farmaci di « nuova generazione » dalla fascia A (la fascia che contiene i farmaci dispensati totalmente dal Servizio sanitario nazionale). Una giustificazione alternativa potrebbe risiedere nel fatto che questi farmaci sono sì superiori (in termini di tollerabilità), ma hanno un prezzo che non giustifica i maggiori benefici, soprattutto nel caso in cui venissero somministrati come prima scelta. Tra l'altro, proprio la maggiore tollerabilità, ad un costo addizionale abbastanza ridotto, è probabilmente il motivo della decisione di tenere il trazodone e l'amineptina nella fascia A.

(2) Un esperimento per certi aspetti simile, anche se relativo a tutte le prestazioni sanitarie e relativo a un contesto istituzionale completamente diverso, è la definizione di una lista di priorità dei servizi sanitari per i pazienti assistiti da Medicaid (programma di assistenza americano per gli indigenti) nello Stato dell'Oregon (Fattore, 1993; Fattore et al., 1993).

Dai modelli di razionalità assoluta alla gestione dei sistemi reali

I modelli economici, e gli strumenti operativi da essi derivanti, possono essere estremamente utili per informare le scelte di politica sanitaria. Tuttavia, la loro applicazione deve necessariamente tenere conto di alcuni elementi che ne rendono spesso complessa l'« implementazione ». In particolare bisogna tenere in considerazione:

A) che le informazioni disponibili sono limitate e che la loro produzione/raccolta comporta dei costi;

B) che i concetti di « costo » e di « efficacia » sono tutt'altro che semplici e la loro determinazione non è spesso facilmente traducibile in termini operativi;

C) che le relazioni tra gli attori del sistema sanitario sono particolarmente complesse;

D) che qualsiasi modello tende a rappresentare/sistematizzare una parte della realtà utilizzando una sola chiave interpretativa e fornisce quindi elementi informativi e non le decisioni stesse.

A) L'aspetto informativo diventa rilevante nel momento in cui si vogliono rendere operativi dei modelli di riferimento; riconoscerne l'importanza implica sia accettare che il modello di razionalità assoluta (ottimizzante) può essere impossibile o eccessivamente costoso (Simon 1947), sia riconoscere che il disinteresse per la dimensione economica nella definizione del Prontuario non può essere recuperato in pochi mesi, quasi che tutte le informazioni necessarie siano già pronte e « confezionate » per essere utilizzate.

B) Per i non addetti ai lavori sia il concetto di efficacia che quello di costo potrebbero sembrare chiari e inequivocabili: eppure così non è come proprio dimostra il caso della psichiatria. Laddove l'efficacia non si può misurare con indicatori « hard » quale ad esempio la mortalità, l'interpretazione dei risultati dei trials da parte della comunità scientifica e, soprattutto, da parte della generalità dei medici è sottoposta a notevoli elementi di incertezza. Supponiamo che il farmaco A sia

superiore a B in base a un « end-point » primario (ad esempio la scala Hamilton per la depressione); supponiamo inoltre che il farmaco A abbia anche maggiori effetti collaterali. Qual è la terapia « complessivamente » più efficace? Probabilmente dipende dalle « grandezze » dei due effetti, forse anche dalla disponibilità di altri farmaci per alleviare gli effetti collaterali, forse addirittura da elementi di soggettività dello psichiatra e/o del paziente.

Non meno complesso appare il problema dei costi. Il costo che interessa il « decisore pubblico » è solo quello del farmaco? Certamente no. Come illustrato precedentemente, un farmaco che costa poco, ma che richiede esami di monitoraggio e altri farmaci per il trattamento degli effetti collaterali è « costoso » per il SSN. Il costo rilevante non riguarda soltanto il farmaco, ma anche i servizi sanitari indotti dalla terapia. Non solo, esistono costi che rimangono direttamente o indirettamente a carico dei pazienti e che invece andrebbero considerati in una valutazione di tipo sociale. Anche in questo caso non mancano certo metodologie e strumenti (Borgonovi 1988; Drummond 1987), occorre però riconoscere che questo tipo di studi presenta complessità metodologiche, richiedendo quindi tempo e risorse adeguate per produrre risultati utili.

C) Solo recentemente si è iniziato a studiare in maniera integrata i sistemi sanitari sotto profili sociologici, economici e aziendali. È quindi ancora poco diffusa un'analisi dei comportamenti degli attori dei sistemi sanitari che ne legga compiutamente le motivazioni psicologiche, economiche e etiche. Tuttavia, vari contributi mettono in risalto come motivazioni di varia natura condizionano i comportamenti dei diversi attori (Bariletti 1986; Borgonovi 1990; Ferrera & Zincone 1986). Ad esempio, non sempre il medico può o vuole rappresentare soltanto gli interessi del paziente: difficoltà nella trasmissione delle informazioni, conflitti di interesse (economici e non) e finalità non strettamente assistenziali ma legittime (ad esempio didattica e ricerca) inducono relazioni medico-paziente « complesse ». In quanto

elemento fondamentale di queste relazioni, il farmaco è anch'esso soggetto a questa complessità; dovrebbe quindi essere analizzato non soltanto per le sue caratteristiche « tecnologiche », ma anche per quelle relazionali seguendo approcci multidisciplinari.

D) Ogni apporto disciplinare tende inevitabilmente a porsi come dominante: l'economista impone il punto di vista dei modelli « ottimizzanti », l'epidemiologo enfatizza l'esigenza della verifica empirica e il farmacologo lo studio degli aspetti di farmacocinetica e di farmacodinamica. Chiaramente, l'esistenza di apporti diversi, proprio perché costruiti su presupposti e metodologie differenti, porta alla produzione di modelli e proposte operative diverse, a volte in contraddizione tra loro. La gestione dei sistemi reali richiede quindi uno sforzo di bilanciamento tra modelli diversi, con grande attenzione al processo di trasferimento dai modelli astratti alle condizioni concrete.

I punti A e B riportati nel paragrafo precedente sottolineano le difficoltà che si incontrano nel progettare una nuova razionalità nel settore dell'assistenza farmaceutica pubblica, soprattutto quando questa si ponga l'obiettivo di sostituire la vecchia gestione distorta da una serie di comportamenti illeciti: limiti nella raccolta di informazioni e nella determinazione/misurazione dei costi e dell'efficacia hanno sicuramente condizionato l'attività della CUF. L'esistenza di possibili incongruità in alcune delle scelte effettuate non dovrebbe tuttavia suggerire critiche sui criteri stessi, ma quanto piuttosto sulla possibilità di renderli operativi in tempi così brevi e partendo da una realtà con comportamenti così distanti da quelli auspicati.

I punti C e D (il ruolo delle « relazioni nel sistema sanitario e il pericolo degli approcci dominanti) suggeriscono una riflessione diversa, più legata ai rischi di introdurre modelli di razionalità « forte » e « semplicistica » in contesti complessi che sono regolati dal confronto di interessi particolari e a volte conflittuali, e che sono difficilmente governabili senza una

concertazione di interventi anche estremamente diversi tra loro.

Per chiarire come modelli condivisibili se letti in un contesto specifico diventino meno lineari quando osservati sotto prospettive diverse può essere utile riferirsi alle seguenti problematiche.

1) Si è già rilevato come la CUF abbia adottato dei criteri anche economici. Il problema è che la nuova classificazione dei farmaci deve essere gestita da medici che hanno sempre ignorato l'esistenza di un paradigma economico (risorse scarse a fronte di bisogni illimitati), perché nessuno aveva seriamente chiesto loro di farlo. Medici che fino a ieri si sono trovati a prescrivere farmaci di cui non conoscevano il costo si trovano oggi il compito (di fatto affidatogli dal nuovo sistema) di spiegare ai pazienti scelte terapeutiche seguendo ragionamenti economici (ad es.: esiste una crisi della finanza pubblica che ha portato a dover razionare le risorse per la sanità e quindi a non rimborsare più farmaci per i quali il rapporto costi-efficacia non è sufficientemente favorevole). Viene da dubitare che i medici siano veramente in grado di assumere questo ruolo: sembra più probabile che medici e pazienti ignorino la *ratio* delle scelte fatte, accentuando ulteriormente il clima di sfiducia per le istituzioni sanitarie pubbliche.

2) Anche per alcuni farmaci antidepressivi la mancanza di documentazione scientifica in grado di mostrare l'efficacia terapeutica ha probabilmente determinato la non rimborsabilità (l'inclusione nella fascia C). I medici, e in qualche caso i pazienti, hanno così appreso che cosa la comunità scientifica (o parte importante di essa) consideri efficace. All'apparenza sembra un semplice atto di rettifica rispetto alle pratiche passate. In realtà il fatto « traumatico » è che medici e pazienti hanno scoperto da un giorno all'altro che la pratica clinica è ben distante da quella indicata dall'autorità scientifica. Il problema non è nella sostanza delle scelte, ma nel modo in cui esse si riflettono sulle condizioni concrete delle relazioni tra medici e pazienti. L'essere nel giusto (per

esempio avere dei criteri di giudizio in linea con la comunità internazionale) poco toglie al problema di come gestire il « gap » tra prescrizioni di un gruppo di esperti e comportamenti di migliaia di professionisti che sono disorientati da quelle prescrizioni.

3) Parte consistente dei pazienti depressi si trova oggi a pagare completamente dei farmaci che fino a tre mesi fa venivano distribuiti gratuitamente (o con la contribuzione di un ticket); la modifica del regime di rimborsabilità non si è tradotta però in una modifica altrettanto istantanea delle prescrizioni. La conseguenza di questo è stata che molti pazienti si sono trovati a dover pagare interamente la terapia che stavano seguendo (e che probabilmente era stata loro suggerita come la migliore). Anche in questo caso esiste un problema che prescinde dalla disputa scientifica ed economica, e che riguarda il fatto che moltissimi pazienti continueranno a prendere farmaci di nuova generazione e saranno così chiamati a spendere 70.000/140.000 lire al mese per acquistarli. Le nuove regole sembrano troppo distanti dalle vecchie per riuscire ad essere accettate o almeno comprese da medici e pazienti in tempi così stretti.

4) Purtroppo non sono ancora disponibili dati sull'andamento del fatturato dei prodotti e delle aziende del settore farmaceutico. Previsioni sul settore forniscono tuttavia questo tipo di indicazioni: alcune aziende sono in drammatica crisi, altre potrebbero avere straordinari incrementi di fatturato e di profitti. Si può tranquillamente ritenere che la posizione sul mercato delle aziende sia sostanzialmente determinata dalle caratteristiche dei portafogli prodotti: le aziende « vincenti » dovrebbero avere molti prodotti di documentata efficacia a prezzi bassi, mentre quelle « perdenti » dovrebbero avere molti farmaci di efficacia dubbia con prezzi elevati.

Le scelte della CUF dovrebbero essere quindi in grado di riorientare il sistema premiante nella competizione interna al settore farmaceutico verso obiettivi di efficacia terapeutica ed efficienza economica. Se questi dovrebbero essere gli obietti-

vi da conseguire nel lungo periodo, il rischio è che gli effetti di breve possano essere devastanti: non solo perdite di decine di punti percentuali sul fatturato implicano ristrutturazioni radicali e ridimensionamento dei posti di lavoro, ma anche extra-profitti di entità « spropositata » possono essere fonte di inefficienza economica, diventando facilmente oggetto di sprechi (spese « inutili » per ridurre l'utile soggetto a tassazione, investimenti affrettati, ecc., ecc.).

Conclusioni

Il nuovo Prontuario sembra rispondere a un modello di razionalità condivisibile, soprattutto se messo in relazione alla crisi finanziaria del SSN. Il nuovo prontuario deve tuttavia essere valutato anche in funzione dei comportamenti reali che si registrano nel SSN e della varietà di interessi che coinvolgono il settore farmaceutico. Se visto da questa prospettiva, l'impatto del nuovo Prontuario Terapeutico appare eccessivamente drammatico, tanto drammatico che sembra realistico il rischio che possa avere il sopravvento una reazione di rigetto: pazienti, medici e aziende farmaceutiche si sono trovate di fronte a nuove regole del gioco che difficilmente sono riuscite (e riescono) a comprendere pienamente. Parte della « drammaticità » delle nuove regole deriva da due aspetti che sono stati trascurati nella politica farmaceutica di questi ultimi mesi: il tempo e la molteplicità degli strumenti di intervento.

Era (ed è) necessario più tempo per compiere delle scelte che sono estremamente complesse perché coinvolgono competenze diverse e riguardano l'analisi comparata di migliaia di specialità. Il problema del tempo riguarda anche un altro aspetto fondamentale: quello della gestione del cambiamento. Forse si poteva arrivare agli stessi risultati definendo una progressione temporale, in modo da lasciare « tempo » agli attori interessati (pazienti, medici e aziende) per prepararsi e adeguarsi al nuovo sistema.

Il secondo aspetto che sembra essere stato trascurato nella politica farmaceutica

di questi ultimi mesi è il riconoscimento che il prontuario è uno soltanto degli strumenti di governo della spesa farmaceutica e una soltanto delle leve su cui agire per una nuova politica industriale del settore. Regimi articolati di compartecipazione alla spesa, meccanismi di responsabilizzazione economica dei prescrittori, definizione di nuovi criteri per la registrazione dei farmaci, regolazione del sistema di diffusione delle informazioni medicoscientifiche, politiche di diffusione della verifica e revisione della qualità dell'assistenza farmaceutica, sono solo alcuni degli altri strumenti che dovrebbero essere maggiormente utilizzati, secondo logiche integrate, per governare l'assistenza farmaceutica pubblica. Come per altri settori della sanità italiana, anche quello farmaceutico necessita di una strategia complessiva, fondata sul riconoscimento della complessità e sul rifiuto di approcci ideologici nella ricerca di soluzioni concrete ai problemi.

BIBLIOGRAFIA

- BARILETTI A. (1984), *Modelli economici delle transazioni sanitarie e loro implicazioni finanziarie*. Economia Pubblica, 3.
- BORGONOV E. (1988), *L'impiego dell'analisi costi-benefici e dell'analisi costi-efficacia nell'allocatione delle risorse*. In Meneguzzo M. et al., « La programmazione ed il controllo nelle strutture sanitarie ». Mc Graw Hill, Milano.
- BORGONOV E. (1990), *Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale*. In Borgonovi E. (a cura di), « Il controllo economico nelle aziende sanitarie sanitarie », Egea, Milano, 1990.
- DRUMMOND M.F., STODDART G.L., TORRANCE G.W. (1987), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press.
- FATTORE G. (1993), *Il Piano dell'Oregon: quando il razionamento diventa esplicito, caso didattico della Scuola di Direzione Aziendale*, Università « L. Bocconi ».
- FATTORE G., MENEGUZZO M., TARRICONE R. (a cura di) (1993). *Proposte di finanziamento dell'assistenza sanitaria nell'Oregon*, **Mecosan**, 1993, 5.
- FERRERA M. & ZINCONE G. (1986), *La salute che noi pensiamo*. Bologna, Il Mulino.
- SIMON H.A. (1947), *Administrative Behavior*, New York.
- SMITH R. (1992), *The ethics of ignorance (editorial)*, J. of Med. Ethics, 18: 117-8, 134.
- WEINSTEIN M.C. & STASON W.B. (1977), *Foundation of Cost-Effectiveness Analysis for Health and Medical Practice*, New England Journal of Medicine, 296: 716-721.

Antidepressivi essenziali: le ragioni del prontuario

di Lucilla Frattura

Unità di Psichiatria - Consorzio
Mario Negri Sud

SOMMARIO: Premessa - Antidepressivi triciclici - Antidepressivi di seconda generazione - Antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina - Altri antidepressivi - Conclusioni.

Premessa

Le recenti scelte della Commissione Unica per il Farmaco (CUF) hanno suscitato polemiche anche a proposito degli psicofarmaci. Il principale rimprovero mosso alla commissione riguarderebbe lo spostamento dei cosiddetti antidepressivi serotoninergici in fascia C, nonché la complessiva sottrazione di farmaci alla pratica medica.

Nella tabella 1 (pag. 16) sono riportati gli antidepressivi, distinti per principi attivi, compresi nel prontuario e la loro allocazione alle diverse fasce in base alle linee-guida seguite dalla commissione (tabella 2, pag. 17). Quest'ultime si fondano essenzialmente su quattro concetti:

- dimostrazione dell'efficacia clinica documentata da studi clinici controllati
- rapporto benefici-rischi dei farmaci
- accettabilità dei farmaci da parte degli ammalati
- economicità del ciclo terapeutico.

La maggior parte dei triciclici (così detti per la configurazione chimica della molecola), alcuni principi attivi di « seconda generazione » (mianserina, trazodone, viloxazina, etoperidone) e un inibitore delle monoaminoossidasi (tranilcipromina) sono stati compresi nella fascia A. Antidepressivi come la fluoxetina, nonché molecole come l'adenometionina e l'oxitriptofano sono stati collocati in fascia C a causa dell'elevato rapporto tra costi e benefici. La recente riduzione del prezzo della fluvoxamina accordata dalla industria produttrice farà sì che anche questo principio attivo di seconda generazione venga inserito tra i farmaci gratuiti.

A nostro avviso, le scelte della commissione sono state corrette. Cercheremo di illustrarne i motivi.

Antidepressivi triciclici

Numerosi studi clinici controllati condotti negli ultimi 30 anni hanno dimostrato che i triciclici sono superiori al placebo nel trat-

tamento di pazienti con episodi depressivi medio-gravi singoli o appartenenti ad una sindrome depressiva ricorrente (o depressione maggiore) o a una sindrome affettiva bipolare (o disturbo bipolare di tipo depressivo) (Bellantuono et al., 1993).

In tali condizioni i triciclici vanno considerati farmaci di prima scelta.

Nelle condizioni di depressione cosiddetta reattiva, nella distimia, o in depressioni secondarie ad altre condizioni mediche l'efficacia degli antidepressivi *in generale* è controversa. In tali condizioni, l'uso di benzodiazepine si è dimostrato efficace al pari dei triciclici e superiore al placebo e con minori rischi di effetti collaterali (Saraceno et al., 1993; Bellantuono & Tansella, 1993).

Gli studi clinici di comparazione tra differenti triciclici hanno mostrato una sostanziale equivalenza antidepressiva.

Nella pratica clinica, la scelta del principio attivo da usare va effettuata sulla base della risposta del paziente a precedenti trattamenti e del profilo degli effetti collaterali che può essere diverso tra i diversi principi (tabella 3, pag. 18). Pur tuttavia la scelta rimane empirica, data la variabilità osservata nella risposta clinica dei pazienti.

Per un uso razionale viene raccomandato di usare quei triciclici con il profilo rischi/benefici più documentato (imipramina, clomipramina, amitriptilina).

Antidepressivi di seconda generazione

Più recentemente sono stati introdotti sul mercato antidepressivi con profilo farmacologico-clinico e tossicologico differente da quello dei triciclici, definiti per questo « antidepressivi di seconda generazione », o anche « antidepressivi atipici o non-triciclici » (amineptina — che dal punto di vista della struttura chimica è un triciclico — fluoxetina, fluoxamina, mianserina, minaprina, paroxetina, sertralina, trazodone, viloxazina).

La possibilità di usarli come farmaci di prima scelta dovrebbe fondarsi su dei van-

taggi di tali farmaci rispetto ai triciclici: maggiore efficacia antidepressiva; minore latenza d'azione; migliore tollerabilità; minore pericolo nella intossicazione acuta. In realtà sebbene il pericolo nella intossicazione acuta sia minore per la minore cardiotoxicità, non è stata ancora dimostrata una efficacia antidepressiva superiore ai triciclici. Il profilo degli effetti collaterali, diverso da quello dei triciclici, non è ancora bene conosciuto anche se vi sono dati, se pur controversi, che fanno supporre un profilo degli effetti collaterali più favorevole rispetto ai triciclici (tabella 4, pag. 18).

Le indicazioni degli antidepressivi di seconda generazione sono pertanto quelle dei triciclici. Vanno pertanto considerati farmaci di seconda scelta da utilizzare nei casi in cui un trattamento con triciclici sia controindicato o a rischio (pazienti glaucomatosi, con ipertrofia prostatica, cardiopatici, epilettici) (Saraceno B., 1990).

Antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina

Dal punto di vista farmacologico alcune tra le nuove molecole antidepressive (fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram) sono definibili « inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Selective Serotonine Re-uptake Inhibitors, SSRI). La loro proposta come farmaci di prima scelta nel trattamento della depressione si baserebbe su tre loro caratteristiche:

- a) la selettività dell'azione sulla ricaptazione della serotonina;
- b) la efficacia antidepressiva pari a quella dei triciclici e superiore al placebo;
- c) la minore frequenza di effetti collaterali rispetto ai triciclici.

Tuttavia la letteratura più recente ha messo in discussione la certezza di queste affermazioni sulla base di obiezioni di tipo farmacologico e clinico. Va inoltre considerato l'aspetto economico di questi nuovi farmaci.

1) Obiezioni farmacologiche

L'attività di questi farmaci sulla ricap-

tazione della serotonina sembra verificarsi esclusivamente in « acuto », ovvero nel tempo immediatamente successivo alle prime somministrazioni del composto. La risposta clinica è apprezzabile solo dopo diversi giorni di trattamento, allorché l'attività di blocco del re-uptake non è più evidenziabile. In altri termini, non è dimostrabile alcuna correlazione fra blocco del re-uptake e risposta clinica (Leonard, 1992); non è ancora chiaro con quale meccanismo questi farmaci favoriscono il miglioramento del quadro depressivo.

Ciò è però vero anche per gli altri antidepressivi, triciclici e non-triciclici, in quanto tutti gli antidepressivi interagiscono con neurotrasmettitori di tipo monoaminergico (noradrenalina, dopamina, serotonina).

— L'esistenza di sottosistemi monoaminergici con distribuzioni e funzioni diverse e la scoperta di numerosi recettori dello stesso sistema con effetti neuronali e comportamentali anche di tipo opposto, rendono poco utile tentare di attribuire un ruolo globale ad un sistema monoaminergico piuttosto che ad un altro.

— A causa delle strette relazioni anatomicofunzionali tra i sistemi, variazioni in uno producono modificazioni adattative negli altri sistemi creando nuovi equilibri nella loro relazione. Un trattamento cronico induce modificazioni di tipo diverso nei vari recettori monoaminergici.

— In ogni caso, considerando le molteplici e complesse interazioni fra i diversi sistemi neurotrasmettitoriali, l'analisi del ruolo di ciascun singolo mediatore fornisce informazioni molto limitate sui meccanismi biologici della depressione e sul meccanismo d'azione degli antidepressivi (Garattini & Samanin, 1988).

2) Obiezioni cliniche

La fluvoxamina, la fluoxetina e la paroxetina sono i SSRI più studiati. In una revisione della letteratura, Kasper e collaboratori concludevano che gli studi disponibili dimostravano che questi SSRI erano efficaci quanto i triciclici di riferimento, amitriptilina e imipramina (Kasper et al., 1992). Più recentemente il problema della

efficacia e della maneggevolezza clinica degli antidepressivi serotoninergici è stato posto da Song e collaboratori (Song et al., 1993): in una metanalisi di 63 studi clinici controllati, hanno confrontato l'efficacia e la tollerabilità di sertralina, fluoxetina, fluvoxamina, e paroxetina con quella dei triciclici. Il gruppo trattato con gli SSRI non presentava differenze statisticamente significative rispetto a quello trattato con i triciclici per quanto riguarda l'efficacia antidepressiva e il tasso di pazienti che avevano sospeso prematuramente il trattamento (a causa di effetti collaterali o di inefficacia).

Le conclusioni degli autori erano, pertanto, che la mancanza di evidenze di una maggiore efficacia degli SSRI rispetto ai triciclici e il loro notevole costo comportava che l'adozione di questi farmaci come trattamenti di prima scelta della depressione doveva essere considerata *prematura*.

Gli studi analizzati presentavano molteplici limiti metodologici che ne rendevano i risultati insoddisfacenti già quando valutati singolarmente. La tabella 5 (pag. 19) riassume i requisiti metodologici da osservare per valutare l'efficacia di un farmaco antidepressivo mediante lo strumento dello « studio clinico controllato ».

a) I pazienti selezionati erano estremamente eterogenei: alcuni presentavano un episodio di depressione reattiva breve che probabilmente si sarebbe risolto spontaneamente anche senza trattamento farmacologico; altri erano affetti da sindromi depressive persistenti ed erano già stati trattati farmacologicamente senza successo. Non si può escludere che la eterogeneità clinica dei gruppi randomizzati e la presenza di pazienti che risultavano precedentemente « non-responders » ai triciclici, introducesse un errore sistematico a svantaggio dei triciclici.

b) Le dimensioni dei campioni in studio sono molto basse (7 studi sui 63 inclusi nella metanalisi seguivano più di 100 pazienti; solo 1 più di 400). Esistono delle regole per stabilire le dimensioni dei campioni in studio. Il dimensionamento del campione andrebbe fatto a priori, prima cioè dell'inizio dello studio, sulla base della differenza che si vuole vedere tra i gruppi

in esame. Ad esempio, se si vuole vedere una differenza di 5% e 10% tra trattamenti assumendo una percentuale di « pazienti non responders » del 20% per il farmaco più efficace e una significatività pari a $p < 0,05$, per ciascun braccio di trattamento bisognerà avere 1250 e 300 pazienti rispettivamente (in altre parole, più piccola è la differenza che si vuole vedere e maggiore deve essere il campione).

c) L'analisi viene condotta sull'intera popolazione randomizzata (includendo anche i pazienti che hanno sospeso il trattamento = intention to treat analysis) e non sui soggetti che hanno completato le settimane di terapia previste dal protocollo pazienti.

La quota di pazienti dropout negli studi di 6 settimane inclusi nella metanalisi di Song varia tra il 10% e il 54% dei pazienti randomizzati (mediana 28%). Includere una quota così rilevante di pazienti che non trovano accettabile l'assunzione del farmaco influisce seriamente sulla valutazione complessiva dell'efficacia del trattamento, che viene così impropriamente « gonfiata » (in modo diverso nei gruppi a confronto, in funzione ad esempio della diversa proporzione di soggetti che sviluppa effetti collaterali importanti o fastidiosi).

d) La maggior parte degli studi si riferisce a trattamenti della durata di 4-6 settimane, durata nettamente inferiore a quella considerata raccomandata (4-6 mesi). Essendo la depressione una condizione che evolve nel tempo non ha senso nella storia della malattia valutare l'efficacia di un farmaco per un tempo breve.

e) La valutazione dei pazienti veniva effettuata con la scala sintomatologica di Hamilton. La differenza tra punteggi medi alla scala riportata dai gruppi in studio veniva assunta come misura dell'efficacia antidepressiva. La definizione di « pazienti responders », laddove veniva data, corrispondeva ad una riduzione del 50% del punteggio iniziale alla scala di Hamilton. Un problema comune che si ha con le scale sintomatologiche è che difficile definire esattamente cosa venga misurato e quale sia la corrispondenza tra punteggio ad una scala e reale stato dei pazienti.

Il vero indicatore da considerare sarebbe la proporzione di pazienti « non responders » al trattamento nel periodo considerato. Dal punto di vista metodologico, è molto diverso confrontare differenze di punteggio ottenute con due trattamenti, piuttosto che la proporzione di « non responders » residui al termine dello studio. Il confronto tra medie, infatti, richiede una numerosità dei campioni di pazienti in studio molto inferiore.

f) Molti degli studi condotti in anni recenti, di valutazione di un « nuovo » antidepressivo includono tuttora un gruppo placebo. L'adozione di questa strategia sperimentale, sulla cui eticità la maggioranza degli autori non sembra interrogarsi, sembra avere l'unico scopo di sottolineare differenze marginalissime tra i gruppi.

g) Gli effetti collaterali degli SSRI sono sicuramente diversi da quelli dei triciclici ma non per questo vanno giudicati di minore entità: come evidenziato dalla metanalisi di Song et al., il numero dei pazienti che sospendevano l'assunzione dei farmaci a causa degli effetti collaterali è praticamente uguale nei trattati con triciclici e con SSRI.

Gli stessi autori suggeriscono che la pretesa maggiore sicurezza di questi composti non è dimostrata da dati sugli effetti a lungo termine del trattamento.

3) Considerazioni economiche

Il costo di questi farmaci è nettamente superiore a quello dei triciclici. Nella tabella 6 (pag. 19) sono indicati i costi mensili della terapia con alcuni antidepressivi.

Per il calcolo della dose giornaliera Miselli e collaboratori hanno fatto riferimento alle dosi minime o intermedie raccomandate (Miselli, 1993).

Va detto che per gli antidepressivi triciclici la dose piena va raggiunta progressivamente e può essere anche 4-6 volte superiore a quella indicata nella tabella per l'imipramina. Tuttavia, assumendo come costo mensile medio di una terapia con triciclici la somma di lire 16000, il rapporto triciclici-altri antidepressivi può arrivare fino a 1/4 se l'altro antidepressivo è la fluo-

xetina alla dose minima giornaliera di 20 mg al giorno.

Il costo di questo farmaco, alla dose di 20 mg al giorno, è di lire 2229 per paziente contro le 540 lire di imipramina alla dose di 150 mg al giorno. Messori, Rampazzo e Martini (Società Italiana Farmacisti Ospedalieri, SIFO) hanno calcolato che il costo della terapia semestrale di un ipotetico gruppo di 100 pazienti trattati con fluoxetina è di circa 40 milioni di lire contro i circa 14 milioni di lire che si spenderebbero se i pazienti fossero trattati con clomipramina, amitriptilina o imipramina. In base ai risultati di una loro metanalisi condotta su 16 studi clinici controllati di confronto tra fluoxetina e triciclici, hanno calcolato che su 100 pazienti trattati con fluoxetina possono essere prevenuti 5,9 fallimenti terapeutici (intesi come pazienti che sospendono lo studio per insorgenza di effetti collaterali o per inefficacia) rispetto a quanto accadrebbe a 100 pazienti trattati con triciclici. Ciò avrebbe un vantaggio dal punto di vista del rapporto tra costi ed efficacia soltanto se il prezzo della fluoxetina si riducesse a lire 1279 per giorno per paziente (pari a lire 15350 per una confezione di 20 capsule da 20 mg contro il costo attuale di lire 26750) (Messori et al., dati non pubblicati).

Gli SSRI sono stati proposti anche per altre indicazioni: disturbo da attacchi di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi dell'alimentazione, disturbi di personalità, alcolismo.

Tuttavia la documentazione disponibile sulla loro efficacia è ancora molto scarsa per giustificarne un uso clinico (Kasper S. et al., 1992).

Altri antidepressivi

L'efficacia antidepressiva di composti quali l'adenometionina e oxitriptofano resta controversa a causa della scarsità di studi clinici controllati eseguiti con questi farmaci. Nella maggior parte degli studi disponibili, inoltre, si riscontrano notevoli limiti metodologici che rendono le conclusioni quanto mai insoddisfacenti (Bellantuono & Tansella, 1993).

Conclusioni

Ci pare che la breve disamina del profilo dei farmaci antidepressivi, di prima e seconda generazione, consenta di guardare con favore alle scelte della CUF che, per la prima volta nel nostro paese, considera contemporaneamente il rapporto benefici-rischi dei farmaci, la economicità del ciclo terapeutico e gli aspetti che favoriscono la compliance da parte del paziente.

Tale contemporaneità dei criteri permette infatti di formulare scelte in una logica di sanità pubblica, ossia in una logica ove la rilevanza epidemiologica, il vantaggio clinico e l'ottimizzazione della spesa stiano fra loro in relazione equilibrata. Si tratta, come è ovvio, di un equilibrio instabile in quanto in ogni momento scelte di mercato (riduzione dei prezzi, aumento del contenuto delle confezioni) o nuove evidenze farmacologiche (nuove dimostrazioni di efficacia, nuove evidenze sugli effetti collaterali o sulle controindicazioni) possono « spostare » il giudizio su di un farmaco favorendone l'ingresso nella fascia dei farmaci essenziali o, al contrario, determinandone l'uscita.

Ci pare infine di grande rilievo culturale il fatto che la metodologia dello studio clinico controllato sia stata assunta come il « razionale » di riferimento per un organismo delegato a scelte di sanità pubblica, quale appunto è la CUF.

BIBLIOGRAFIA

- BELLANTUONO C, TANSELLA M. (1993), *Gli psicofarmaci nella pratica terapeutica*. 3^a edizione. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- GARATTINI S., SAMANIN R. (1988), *Biochemical hypotheses on antidepressant drugs: a guide for clinicians or a toy for pharmacologists?* Psychological Medicine; 18: 287-304.
- LEONARD B.E. (1992), *Pharmacological Differences of Serotonin Reuptake Inhibitors and Possible Clinical Relevance*. Drugs; 43 (Suppl. 2): 3-10.
- KASPER S, FUGERE J, MOLLER J. (1992), *Comparative efficacy of antidepressants*. Drugs; 43 (Suppl. 2): 11-23.
- MESSORI A., RAMPAZZO R., MARTINI N., *Impact of meta-analysis on drug reimbursement regulations: the Italian case of fluoxetine*.
- MISELLI M. (a cura) (1993), *Prontuario dei costi delle terapie farmacologiche*. Farmacie Comunali Riunite, Reggio Emilia.
- SARACENO B. (a cura) (1990), *Uso razionale degli psicofarmaci*. Farmacie Comunali Riunite, Reggio Emilia.
- SARACENO B., TOGNONI G., GARATTINI S. (1993), *Critical Questions in Psychopharmacology*. In: Sartorius N., de Girolamo G., Andrews G., Allen German G., Eisenberg L. (ed.) « Treatment of mental disorders. A review of effectiveness ». World Health Organization, Geneva.
- SONG F., FREEMANTLE N., SHELDON T.A., et al. (1993), *Selective serotonin reuptake inhibitors: meta-analysis of efficacy and acceptability*. British Medical Journal; 306: 683-7.

Tabella 1 - Antidepressivi nel prontuario

PRINCIPI ATTIVI	FASCIA	
<i>derivati triciclici</i>		
amineptina	A	
amitriptilina	A	
butriptilina	A	
clomipramina	A	
desipramina	A	
dibenzepina	A	
dosulepina	C	elevato costo/beneficio
imipramina	A	
lofepramina	C	elevato costo/beneficio
melitracene	A	
nortriptilina	A	
opipramolo	A	
trimipramina	A	
<i>derivati biciclici</i>		
fluoxetina	C	elevato costo/beneficio
paroxetina	C	elevato costo/beneficio
sertralina	C	elevato costo/beneficio
viloxazina	A	
<i>derivati tetraciclici</i>		
maprotilina	C	elevato costo/beneficio
mianserina	C	elevato costo/beneficio
<i>derivati ciclici</i>		
trazodone	A	
<i>derivati monociclici</i>		
etoperidone	A	
fluvoxamina	C*	elevato costo/beneficio
minaprina	C	elevato costo/beneficio
<i>inibitori selettivi della monoamino ossidasi</i>		
tranilcipromina	C	elevato costo/beneficio
<i>inibitori della monoamino ossidasi di tipo a</i>		
tolaxatone	C	elevato costo/beneficio
<i>altri antidepressivi</i>		
ademiotionina	C	elevato costo/beneficio
oxitriptofano	C	elevato costo/beneficio

Fonte: Ministero della sanità, Commissione unica per il farmaco, Gazzetta Ufficiale 31 dicembre 1993.

* Passerà in fascia A a causa della riduzione di prezzo.

Tabella 2 - Linee guida seguite dalla CUF nella selezione dei farmaci da inserire nel prontuario nazionale

I criteri utilizzati per individuare categorie omogenee di farmaci sono i seguenti:

1. rapporto benefici-rischi dei farmaci:

- 1.1 efficacia del farmaco documentata da studi clinici controllati, nell'allungare la durata di vita o nel migliorare la qualità di vita o nel correggere parametri patologici;
- 1.2 rilevanza per gravità o per diffusione della patologia a cui si rivolge il farmaco;
- 1.3 importanza degli effetti tossici rispetto ai benefici attesi.

2. utilizzazione dei farmaci da parte degli ammalati

- 2.1 accettabilità del trattamento;
- 2.2 caratteristiche della formulazione del farmaco in relazione alla sua facilità di assunzione soprattutto nel caso di trattamento cronico.

3. economicità del ciclo terapeutico:

- 3.1 costo dei farmaci in relazione al raggiungimento degli obiettivi di cui ai punti 1 e 2;
- 3.2 determinazione di un costo massimo per ciclo terapeutico quando all'interno della categoria vi sia disomogeneità di costo, ma equivalenza terapeutica rispetto ai punti 1 e 2;
- 3.3 restrizioni nella prescrizione (registri USL) quando il farmaco sia valido per indicazioni specifiche, ma si presti ad un uso improprio.

La classificazione dei farmaci è stata effettuata utilizzando il cosiddetto sistema « Anatomico, Terapeutico, Chimico » (ATC), in quanto corrispondente alla banca dati disponibile presso il Ministero della sanità. Ove necessario si è proceduto a sottoclassificazioni per fare in modo che all'interno di una « categoria omogenea » i farmaci fossero comparabili per struttura chimica, attività biologica, meccanismo d'azione, efficacia clinica, sicurezza del trattamento e/costo del ciclo terapeutico.

Pertanto i tre gruppi A, B, C, previsti dalla legge, sono stati così caratterizzati:

Gruppo A - Farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche

Comprende farmaci rivolti al trattamento di gravi patologie per i quali esiste una soddisfacente ed accreditata efficacia. L'efficacia è stata valutata in base ai seguenti parametri:

- 1) aumento dell'aspettativa di vita;
- 2) riduzione delle complicanze invalidanti indotte dalla malattia;
- 3) miglioramento della qualità di vita.

Criteri aggiuntivi di preferenza per l'inclusione sono considerati:

- minore incidenza di effetti tossici a parità di efficacia;
- costo inferiore a parità di efficacia e tossicità.

Gruppo B - Farmaci diversi da quelli di cui alla lettera A di rilevante interesse terapeutico

Comprende farmaci rivolti al trattamento di patologie meno gravi di quelle considerate nel gruppo A per i quali la documentazione esistente fornisce dati significativamente favorevoli per parametri clinici e funzionali.

La modificazione di tali parametri non è necessariamente correlata ad un aumento dell'aspettativa di vita e/o ad una riduzione delle complicanze invalidanti.

Criteri aggiuntivi di preferenza per l'inclusione sono considerati:

- minore incidenza di effetti tossici a parità di efficacia;
- costo inferiore a parità di efficacia e tossicità.

Gruppo C - Farmaci che non rientrano nei gruppi A e B.

Fonte: Ministero della sanità, Commissione unica per il farmaco, Gazzetta Ufficiale 31 dicembre 1993.

Tabella 3 - Effetti indesiderati più comuni degli antidepressivi triciclici

<i>A carico del Sistema nervoso centrale</i>	sonnolenza, astenia, riduzione della performance psicomotoria e cognitiva
<i>A carico del sistema cardiovascolare</i>	ipotensione ortostatica, disordini del ritmo della frequenza e della conduzione
<i>A carico del Sistema nervoso autonomo</i>	secchezza delle fauci, stipsi, disturbi dell'accomodazione, difficoltà della minzione
<i>Altri</i>	nausea, variazioni ponderali, modificazioni della libido, disturbi dell'eiaculazione.

Tabella 4 - Effetti indesiderati degli Antidepressivi di seconda generazione

	PIÙ FREQUENTI	MENI FREQUENTI	RARI
Amineptina	ansia irrequietezza tremori insonnia	gastralgie nausea secchezza delle fauci stipsi variazioni ponderali dipendenza ed abuso	reazioni epato-biliari febbre eosinofilia reazioni cutanee
Fluoxetina	nausea irritabilità	cefalea tremori insonnia sudorazione diarrea	vomito diminuzione della libido
Fluvoxamina e paroxetina	nausea irritabilità	cefalea tremori sedazione sudorazione diarrea vomito	
Mianserina	sonnolenza sedazione	tremori vertigini	discrasie ematiche alterazione delle transaminasi
Minaprina	disturbi del sonno ansia irritabilità	turbe digestive gastralgie	lipotimie
Sertralina	nausea diarrea stipsi	cefalea secchezza delle fauci insonnia vertigini tremori astenia disturbi dell'eiaculazione	
Trazodone	sonnolenza sedazione alterazione della performance psico-motoria e cognitiva	vertigini disturbi gastrointestinali cefalea secchezza delle fauci ipotensione tachicardia	priapismo impotenza inibizione dell'eiaculazione ematuria
Viloxazina	nausea vomito	secchezza delle fauci vertigini cefalea stipsi sonnolenza diminuzione ponderale	emicranie convulsioni

Modificato da: Bellantuono C., Tansella M., 1993.

Tabella 5 - Requisiti metodologici per valutare l'efficacia degli antidepressivi

<ul style="list-style-type: none"> — campione di pazienti omogeneo — numero di pazienti dimensionato in base alla potenza dello studio — uno o più « gruppi di controllo » trattati con trattamento di riferimento (o standard), e/o con placebo — randomizzazione dei trattamenti (attribuzione casuale di ogni paziente in studio al gruppo sperimentale o al gruppo controllo) — condizione di doppia cecità (né il paziente né lo sperimentatore devono sapere a quale gruppo è stato allocato il paziente) — periodo di osservazione e di trattamento tra i 4 e i 6 mesi — impiego di dosaggi adeguati di antidepressivo (dai 150 ai 300 mg di amitriptilina o equivalenti) — parametri multipli per la valutazione dell'efficacia terapeutica — evitare la somministrazione, durante lo studio, di altri psicofarmaci e/o di altri interventi — adeguata analisi statistica dei dati
--

Tabella 6 - Costo mensile della terapia con alcuni antidepressivi

PRINCIPI ATTIVI	DOSAGGIO GIORNALIERO (*)	COSTO MENSILE
<i>derivati triciclici</i>		
imipramina	2 conf 25 mg	5400
desipramina	2 cpr 25 mg	6780
trimipramina	1 cpr 100 mg	7050
trimipramina	3 cpr 25 mg	8490
clomipramina	1 cpr 75 mg	9450
amitriptilina	2 conf 25 mg	9600
clomipramina	2 conf 25 mg	13170
nortriptilina	2 cps 25 mg	10800
butriptilina	3 cps 25 mg	14040
dotiepina	1 conf 75 mg	14550
amineptina	1 cpr 100 mg	16050
lofepramina	2 cpr 70 mg	19400
<i>derivati biciclici</i>		
fluoxetina	1 cps 20 mg	66870
<i>derivati tetraciclici</i>		
maprotilina	1 cpr 75 mg	15150
mianserina	2 cpr 100 mg	43300
<i>derivati ciclici</i>		
trazodone	2 cpr 100 mg	40000
<i>derivati monociclici</i>		
fluvoxamina **	2 cpr 50 mg	49700
minaprina	2 cpr 100 mg	43300

Modificato da: Miselli M. (a cura) *Prontuario dei costi delle terapie farmacologiche*. Farmacie comunali riunite, Reggio Emilia 1993.

(*) Per il calcolo della dose giornaliera si è fatto in genere riferimento alle dosi minime raccomandate:

- conf = confetti;
- cpr = compresse;
- cps = capsule.

(**) Prezzo al 31 dicembre 1993.

Un mistero di difficile soluzione

di Giorgio M. Bressa
Università Sacro Cuore - Docente di Psichiatria geriatrica, Roma

Credo che sia particolarmente importante affrontare subito l'enigma che proviene dal titolo. Qual'è l'enigma di difficile soluzione?

È uno dei tanti che affligge l'Italia dei nostri giorni, controversa nel passaggio tra il vecchio e il nuovo e tormentata dal dubbio di dover buttare a mare tutto quello che fa parte del sistema precedente. Ma il sistema precedente è ancora operativamente attivo e non si può buttare se non al prezzo elevatissimo di disconoscere e delegittimare ogni operazione che proviene dagli anni passati. Il mistero incomprensibile è quello che avvolge le scelte che la CUF (Commissione del farmaco), ha recentemente compiuto con la pretesa legittima di ridurre le spese sanitarie in Italia. Pretesa corretta, ma spacciata come necessità urgente che, pur di fare in fretta, ha assunto criteri spesso non comprensibili, basati più sul metodo della casalinga di far quadrare il bilancio che non su quello dei manager di trovare soluzioni corrette.

In quanto medico che esercita la professione, ma soprattutto in quanto psichiatra, ho potuto e dovuto valutare attentamente la situazione che si è venuta creando nei pazienti, negli utenti dopo che nell'arco di pochi giorni hanno dovuto fare i conti con la stretta adottata dalla Commissione.

La « psichiatria » è una scienza complessa, sempre al limite tra l'empirismo e la dimostrazione del rapporto causa-effetto, tra ipotesi o conferme della propria credibilità. Fortunatamente però si è dovuta dibattere da circa quaranta anni, tanto poco anziana è la psicofarmacologia, tra un numero relativamente ridotto di farmaci attivi sui disturbi che la caratterizzano.

Fortuna non indifferente perché da sempre sostengo che nell'armamentario di un medico che decidesse di andare ad esercitare la psichiatria in una impossibile isola deserta sarebbero sufficienti quattro soli farmaci per poter pensare di poter curare tutte le patologie possibili che venissero alla sua osservazione: un ansiolitico, due antidepressivi ed un neurolettico.

Esistono infatti tre categorie essenziali di psicofarmaci, e sono sufficienti per la gestione di un intero ospedale psichiatrico.

Nel caso degli antidepressivi possono essere necessarie due molecole in quanto le controindicazioni che definiscono un gruppo ne rendono necessari due. E gli altri? Non certamente inutili, ma sicuramente di appoggio e di sostituzione, perché non tutti presentano la stessa reattività, ma in qualche maniera non determinanti.

Questa valutazione, paradossale ed aprioristica, forse, necessita di una spiegazione ulteriore per poterci guidare alla comprensione del mistero insolubile di cui al titolo.

E per fare questo utilizzeremo anche dei parametri di costi sociali delle malattie psichiatriche, oltre che dei parametri della clinica.

I disturbi di ansia sono presenti in circa il 20 per cento della popolazione mondiale e sono soprattutto presenti tra la popolazione giovanile e quella degli anziani. Il livello di invalidità sia permanente che temporanea che possono provocare è abbastanza variabile ma piuttosto significativa. Il disturbo da attacchi da panico ad esempio, può ridurre il potenziale di affermazione professionale anche fino al 50 per cento ed oltre, ma rarissimamente viene considerato nelle pratiche di riconoscimento della invalidità in quanto è di difficile dimostrazione. Intendo qui per difficile dimostrazione il fatto che, contrariamente ad altre malattie di eguale origine biologica, manca la possibilità di documentare con strumenti la presenza del disturbo. A poco valgono le testimonianze del paziente e quelle del medico e dei parenti, perché il rigore settecentesco di alcuni codici civili richiede l'inoppugnabilità della prova dimostrata, cosa che raramente la psichiatria, se non nel caso tragico della schizofrenia e della demenza, può proporre. Ed inoltre vige sempre la concezione che sia possibile simulare un disturbo psichiatrico, per cui può anche bastare una prova contraria per annullare tutte quelle a favore.

Questi disturbi da ansia sono normalmente trattabili con una terapia a base di ansiolitici o, spesso meglio, con antidepressivi a prescindere dalla presenza o meno del sintomo depressione.

Esiste quindi una larga fascia di individui che deve ricorrere, proprio malgrado,

a questi farmaci che peraltro godono del vantaggio non indifferente di avere un prezzo basso perché sul mercato da almeno un decennio, e di conseguenza poco valorizzate sotto l'aspetto economico. Ed inoltre il paziente tende a pagarseli, in quanto continua a temere la stigmatizzazione sociale che affligge il cosiddetto « malato di mente » o supposto tale, per cui affronta più volentieri la spesa piuttosto che sentirsi nel ghetto dei reietti in cui lo potrebbe spingere il medico di famiglia o lo stesso farmacista all'atto della richiesta o della presentazione di una ricetta medica.

Normale quindi, con passività degna di altre intenzioni che il nuovo prontuario terapeutico non si sia neppure posto il problema di come situare e dove collocare questa categoria di farmaci. Ovviamente nella schiera dei derelitti, nella fascia C, quella dei ricchi, dei farmaci superflui o di quelli che comunque curano disturbi che, provenendo dai turbamenti dell'animo o da mancanza di volontà, non hanno bisogno di ricevere cure, quando basterebbe un minimo di capacità di reazione.

Mi piacerebbe che i superstiti leggessero con attenzione le nuove ipotesi eliopatogene di alcuni disturbi di ansia, dove si dimostra in modo inequivocabile come la maggior parte di questi disturbi prende origine da anomalie genetiche, trasmesse non tanto come ineluttabilità del disturbo quando come propensione, come disponibilità, che viene attivata dai modelli di vita, dallo stress negativo, dai fenomeni sociali e dall'educazione. In questo caso metterebbero immediatamente in atto una reale rivoluzione dell'approccio a queste malattie, partendo dalle modalità di insegnamento universitario, fino a giungere, attraverso la divulgazione di notizie ed informazioni corrette, all'aggiornamento della classe medica. Così facendo potrebbero limitare l'abuso, l'uso scorretto, l'autodiagnosi e l'autoprescrizione, contenendo in modo automatico la spesa sanitaria per questa categoria di farmaci e permettendo ai pazienti di poter essere curati attraverso le facilitazioni del Sistema sanitario nazionale.

A questo gravissimo elemento di incomprendimento ha comunque contribuito e con-

tinua a contribuire il profondo equivoco che contraddistingue i disturbi della sfera dell'ansia: mistificazioni, anomalie di carattere, disagi psicologici o che altro?

Essenzialmente malattie, così come il diabete o l'ipertensione o l'ulcera gastrica.

Ma quanto tempo passerà ancora prima che si possa giungere ad una valutazione corretta e ad un giudizio finalmente obiettivo? Molto, ma non disperiamo.

Nessuno si permette di criticare un diabetico o un ulceroso che assume farmaci, anche per tempo prolungato, anzi sarebbe un fenomeno sociale negativo il fatto che gli venissero fatti degli addebiti.

All'ansioso invece si rimprovera in prima istanza la mancanza di volontà e subito dopo la probabile origine psicologica, del suo disturbo. Paghi quindi, economicamente e moralmente, la propria debolezza.

Al versante opposto appartiene invece il trattamento con i farmaci neurolettici, propri del trattamento della psicosi schizofrenica, malattia devastante già chiamata *dementia praecox*.

È la disfatta della ragione e del pragmatismo, il disturbo che devasta la mente ed il cervello, è che non è praticamente contenibile. Onore quindi agli sconfitti: ammalati di schizofrenia che possono ottenere alcuni privilegi sociali e materiali propri dei più deboli o degli impotenti. È meno complesso il riconoscimento civile della propria invalidità, si può sperare nella pensione, anche con l'accompagnamento, si può essere assolti in un tribunale penale anche per fatti gravissimi e si ottiene la pietà del consorzio civile. Ed inoltre, secondo la CUF non si pagano i farmaci. Giustissimo, naturalmente ed assolutamente ovvio. Ma dove sta il razionale che guida questo criterio di discriminazione al limite tra la pietà, la solidarietà e l'arbitrio? Naturalmente sta nel fatto che chiunque riesce ad intuire, dietro i discorsi inconcludenti e deliranti di uno schizofrenico un brandello di realtà, un margine minimo di attaccamento alla vita quotidiana, uno spezzone di vitalità. E di conseguenza non è possibile giudicarlo e bisogna arrendersi all'evidenza. Ed è questa una tristissima condizione che

si rifà allo stesso Freud, che indottrinando il mondo stabiliva che le psicosi non potevano risentire del benefico effetto della psicanalisi.

Questo sentimento pietistico, passivo ed indolente ha tragicamente strumentalizzato la maggior parte dell'opinione pubblica e drammaticamente il mondo accademico e quello della ricerca. Questo mondo è stato fermo per più di un decennio, non producendo neppure una molecola attiva contro la schizofrenia. Ed ora che qualcosa si potrebbe forse muovere in modo positivo, esiste un sacrosanto timore che il prezzo particolarmente elevato di alcuni farmaci nuovi in via di commercializzazione rischi di bloccare la loro utilizzazione. Questi nuovi farmaci, come ad esempio il risperidone e la clozapina, hanno dei prezzi elevati anche perché la ricerca è costosissima, tenuto conto delle caratteristiche dei pazienti e la gravità dei loro disturbi.

Pochi hanno eccepito di fronte al costo economico di nuove molecole contro la cefalea o contro l'AIDS: sono stati usati due pesi e due misure, partendo dall'ipocrito assunto che queste due malattie rappresentino un peso sociale di diversa caratura. In realtà soffre di schizofrenia circa l'uno per cento della popolazione mondiale e ne soffre da sempre, da quando sono nati gli studi epidemiologici. Normale quindi che, tenuto conto del basso costo economico delle vecchie molecole antischizofreniche esistenti sul mercato o della passiva pietà che accompagna il disturbo sia lecito pensare che la loro collocazione in fascia A sia un fatto dovuto e necessario. Per i nuovi neurolettici si vedrà, ma certamente gli alti prezzi di collocazione sul mercato internazionale rappresenteranno un ostacolo quasi insormontabile in Italia e sicuramente un limite pesante per la ricerca e lo sviluppo di ulteriori loro evoluzioni da parte dell'industria farmaceutica.

L'altra categoria di farmaci di cui armarsi in partenza per l'isola deserta è quella degli antidepressivi. La rappresentazione della depressione del mondo è particolarmente elevata e gravosa: essa è molto vicina al venti per cento della popolazione mondiale e si distribuisce in modo alta-

mente democratico, irrispettosa di caratteristiche economiche, sociali o culturali. Recentemente, in Italia, si è assistito ad una straordinaria diffusione della disponibilità emotiva verso questa malattia grazie a testimonianze di personaggi illustri, trasmissioni radiotelevisive e libri o giornali. Si è quindi contribuito in maniera rilevante ad aiutare a superare la stigmatizzazione sociale ma si è ancora molto lontani dall'accettare questo disturbo. Ecco è in grado di trasformare letteralmente la vita di un individuo, la sua proiezione nel futuro e la sua disponibilità sociale. Il rischio maggiore insito nella malattia, da cui il suo elevatissimo costo economico, è l'andamento, caratterizzato da elevate possibilità di ricaduta e dal possibile esito in suicidio. La stragrande maggioranza dei suicidi commette l'atto perché affetto da malattia depressiva, indipendentemente dalla presenza di fatti che possano costituire l'apparente episodio scatenante. Infatti la malattia può essere in agguato a causa della trasmissione genetica e di conseguenza gli apparenti fenomeni causali possono essere dei semplici detonatori di una bomba sempre pronta all'esplosione.

Il trattamento della malattia depressiva (e del suo opposto, cioè l'eccitamento maniacale, egualmente rischioso) ha subito nel corso degli ultimi sette anni una evoluzione significativa.

Infatti si è passati dal trattamento dei singoli episodi alla ricerca di una terapia che potesse in qualche maniera prevenire che gli episodi si presentassero o si ripresentassero. Una evoluzione importante, che ha voluto imporre la regola della prevenzione a quella della semplice cura casuale.

Si sono quindi sviluppate in maniera straordinaria le ricerche tese ad identificare i meccanismi biochimici in grado di causare la malattia per giungere a meglio determinare le cause della depressione. E moltissimo è stato fatto in questo senso, fino a giungere ad ipotizzare che nella malattia la serotonina, uno dei tanti trasmettitori che consentono la comunicazione tra i miliardi di cellule del cervello svolgesse un ruolo fondamentale nella malattia depressiva. Di conseguenza si sono sviluppati i

farmaci attivi nella normalizzazione della funzione serotoninergica, con incalcolabili costi di ricerca. Ciò ha ovviamente determinato un dislivello tra il costo dei farmaci vecchi di trent'anni, seppure validissimi, ma con spese promozionali pari a zero, ed i nuovi, molto impegnativi economicamente seppure non sempre validi.

Secondo i criteri misteriosi che hanno animato la CUF sono stati quindi privilegiati i farmaci mantenuti a prezzo basso rispetto a quelli innovatori, meglio tollerati, dotati di spettro più ampio, ma più cari. E questo prescindendo dalla validità assoluta dalla efficacia dimostrata, ma solo ad un criterio cieco ed opinabile di costo di terapia pro die. Parametro sacrosanto, ma che preso da solo contrasta il buon senso. Il clinico si è quindi trovato nella condizione di negare al paziente il farmaco ritenuto più idoneo nella sua condizione, soprattutto nell'ottica della prevenzione o del controllo a lungo termine della malattia, pur di non mettere il paziente a disagio di non potersi permettere economicamente la cura.

Gravissima incongruenza, solo in parte riparata dalla possibile riammissione di una di queste sostanze (che appartengono, al gruppo dei cosiddetti SSRI e che comprendono paroxotina, fluvoxamina, sertralina e fluoxetina) nel gruppo elitario, quello rim-

borsabile. Il criterio del prezzo economico come condizione di mutuabilità rischia di togliere al nostro paese ogni possibilità di competizione con il resto del mondo quanto a ricerca e sviluppo di nuovi farmaci, impresa che presenta dei costi e degli impegni che devono poter essere riconosciuti. L'alternativa è quella di diventare ancora di più schiavi di chi, altrove e con un impegno riconosciuto dalle autorità governative, profonde investimenti destinati alla salute dell'uomo.

In conclusione, se dovessi, novello Robinson, partire per un ipotetico nuovo mondo in cui vigono le nostre regole ministeriali, mi doterei solo di un antidepressivo di vecchia, seppur valida origine e di un neurolettico, lasciando a casa ansiolitici e antidepressivi moderni.

Forse riuscirei anche a tenere sotto controllo una buona parte dei disturbi psichici che troverei, ma avrei dovuto abiurare mio malgrado allo sviluppo della scienza ed al bene dei pazienti.

Scelta difficile e dolorosa per chi, lasciando da parte la missione del medico, non riesce a non tenere sott'occhio quello che la scienza suggerisce nel tentativo di evolvere. Sarebbe come non portare un antibiotico solo perché non riconosciuto mutuabile in un paese noto per il rischio di malattie infettive.

Note cliniche sui farmaci antidepressivi

di Enrico Smeraldi

Dipartimento
di Scienze neuropsichiche
Ospedale San Raffaele - Milano

La scelta recente di non includere tutte le nuove molecole dotate di effetto antidepressivo, peraltro già entrate nell'uso clinico, quali gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI), nella fascia A del nuovo Prontuario farmaceutico, è stata fundamentalmente motivata dalla convinzione che le nuove molecole avrebbero, a fronte di un costo molto più elevato, un'efficacia clinica praticamente equiparabile (e quindi sovrapponibile e/o sostituibile) a quella dei farmaci antidepressivi classici, cioè i triciclici.

Purtroppo, anche nella cultura psichiatrica attuale resiste ancora la convinzione che i triciclici rappresentino la terapia farmacologica d'elezione della depressione. Questo pregiudizio, che più frequentemente nasce da una scarsa conoscenza delle nuove molecole ad azione antidepressiva, si basa in buona parte anche sulla consuetudine consolidata da decenni di utilizzo clinico dei triciclici da parte degli psichiatri e quindi dalla mancanza di una analoga esperienza nell'uso dei nuovi farmaci.

È verosimile pensare che nel ragionamento che ha condotto alla scelta di discriminare le nuove molecole antidepressive, relegandole nella fascia C, siano venute a mancare alcune considerazioni fondamentali sia sulle caratteristiche farmacodinamiche e farmacocinetiche che caratterizzano in modo peculiare i nuovi principi attivi, sia una più attenta e approfondita riflessione sui fattori e le concettualizzazioni che l'utilizzo clinico delle molecole antidepressive implica e significa.

Gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (fluvoxamina, sertralina, paroxetina, citalopram, fluoxetina), svolgono la loro azione antidepressiva facilitando la neurotrasmissione serotoninergica.

La maggiore o minore specificità della loro azione è regolata dalla debole o assente incidenza che le molecole hanno sui meccanismi di reuptake delle altre monoamine cerebrali. In altre parole, quindi, queste molecole, non incidendo sul reuptake, avendo una bassa affinità per i recettori di altri neurotrasmettitori e mancando alcuni di essi (fluvoxamina, paroxetina) di metaboliti attivi, hanno poco o nessun ef-

fetto sulla funzione neuronale di altre monoamine. Questa è una delle fondamentali differenze di queste molecole da tutti i triciclici usati la cui via metabolica porta viceversa alla formazione di metaboliti attivi che, conservando un'azione antidepressiva altrettanto potente, arrivano a possedere una specificità di profilo monoaminergico differente dalla molecola primitiva.

Questo comporta che un triciclico, originariamente di profilo proserotoninergico possa divenire prevalentemente pronadrenergico, ma che soprattutto questa sua componente mista non sia mai precisamente prevedibile a priori per le quote di variabilità interindividuale geneticamente determinate che regolano il metabolismo dei farmaci.

I disturbi gastrointestinali, imputabili ad un effetto centrale della serotonina, in particolare la nausea e il vomito, sono i più frequenti effetti collaterali dei farmaci SSRI che, tuttavia, ove siano presenti e non rappresentino la causa principale di interruzione del trattamento, vengono generalmente ridotti da incrementi gradualmente dei dosaggi terapeutici. Questi farmaci sono, viceversa, praticamente privi degli effetti collaterali di tipo cardio-vascolare ed anticolinergico che rappresentano la controindicazione principale dei farmaci triciclici. Ciò rende quindi di prima scelta l'indicazione di questi farmaci nei pazienti cardiopatici, portatori di patologie quali il glaucoma ad angolo chiuso, ipertrofia della prostata ed in generale nei pazienti anziani nei quali molte condizioni somatiche possono più facilmente essere co-associate alla patologia psichiatrica, con la conseguente necessità di considerare attentamente il problema delle interazioni farmacologiche.

Gli studi clinici di valutazione dell'efficacia antidepressiva degli SSRI, confrontata con triciclici e placebo nelle popolazioni cliniche con depressione maggiore, hanno ormai largamente dimostrato una risposta terapeutica sovrapponibile ai triciclici e superiore a quella del placebo (1, 2, 3, 4, 5).

Una precisazione è assolutamente necessaria quando si introduce il concetto di efficacia clinica. Il concetto di effetto anti-

depressivo è infatti molto complesso. Esso non corrisponde, per esempio, ad un unico meccanismo di azione, considerato che i differenti farmaci utilizzati nella pratica clinica come antidepressivi, pur condividendo l'efficacia clinica misurabile in termini di riduzione della intensità sintomatologica, non hanno gli stessi meccanismi agendo evidentemente su substrati recettoriali o neurotrasmettitoriali diversi. Allo stesso modo, farmaci come gli stessi SSRI, che hanno in comune la capacità di blocco selettivo del reuptake della serotonina, hanno invece caratteristiche cliniche (oltre a quella antidepressiva) differenti in termini di capacità sedativa o disinibente.

Analogamente le molecole ritenute dotate di effetto antidepressivo si mostrano utili anche in situazioni cliniche differenti dalla depressione incidendo non soltanto sui meccanismi patogenetici della depressione. Dunque, in realtà, è probabile che lo stesso meccanismo farmacodinamico induca effetti terapeutici differenti quando si confronti con quadri patologici differenti.

Nell'impiego pratico dei farmaci antidepressivi, il ragionamento guida alla scelta di una molecola in alternativa ad un'altra dovrebbe porsi al di là della semplice concettualizzazione di efficacia clinica derivata dagli studi clinici controllati i quali definiscono semplicemente una molecola come antidepressiva se si dimostra in grado di ridurre la sintomatologia depressiva in modo significativamente diverso da una sostanza inerte, con un effetto equiparabile a quello delle altre molecole già note per il loro effetto antidepressivo.

Di conseguenza quanto viene rilevato in ambito clinico pratico non è la pura attività farmacologica in sé, bensì l'interazione tra il farmaco, le sue caratteristiche interindividuali di biodisponibilità ed il substrato psicopatologico con cui il farmaco si misura. In questo senso, nella pratica clinica quotidiana il medico utilizza nella scelta dei farmaci una serie di fattori aggiuntivi che sfuggono alla semplice valutazione derivabile dalla ricerca psicofarmacologica.

Uno degli esempi paradigmatici di quanto detto parte dalla considerazione che gli

SSRI, oltre ad avere una globale maggior tollerabilità rispetto ai tricyclici, hanno anche una bassa tossicità ai sovradosaggi (soprattutto per i nulli effetti di cardiotoxicità). Questo rende questi farmaci molto interessanti in considerazione del fatto che l'ideazione suicidaria, presente quasi sempre nella depressione maggiore, costituisce il rischio principale per i soggetti malati e che i trattamenti farmacologici sono uno dei mezzi più frequentemente ed immediatamente utilizzabili dai pazienti nella messa in atto di comportamenti suicidari.

Inoltre, l'ipotesi del ruolo giocato dai sistemi serotoninergici nel determinare i comportamenti suicidari è stata confermata dal punto di vista delle conoscenze di tipo biologico riguardanti il suicidio. Infatti, già dai primi anni '70 sono stati evidenziati ridotti livelli di acido 5-idrossiindolacetico, metabolita terminale della serotonina, sia nei reperti autoptici di soggetti depressi deceduti per suicidio (6), che in studi condotti in vivo sul liquor di pazienti depressi che avevano manifestato comportamenti auto ed eteroaggressivi (7, 8). In questo senso i farmaci che agiscono aumentando i livelli di serotonina, sia per la loro bassa tossicità, sia per il substrato serotoninergico connesso al suicidio, sono da preferire sistematicamente ogniqualvolta siano presenti quei fattori di rischio che predicano una più alta probabilità che un suicidio possa essere attuato (maggiore impulsività del soggetto, connessa anche con tratti o disturbi di personalità, una storia di pregressi tentati suicidi nello stesso soggetto o una familiarità positiva per suicidio nei parenti).

Un altro esempio paradigmatico di come le informazioni degli studi clinici controllati vadano integrate con quelle di studi controllati che tengano conto del quadro psicopatologico coinvolto è quello che recentemente ci sta derivando dall'utilizzo degli SSRI nel trattamento delle depressioni deliranti.

Queste forme di depressione, sono considerate rispetto a quelle non deliranti, meno responsive al trattamento con tricyclico e con neurolettico da soli, ma responsive all'associazione antidepressivo-neurolettico

o in alternativa alla terapia elettroconvulsivante. In uno studio molto recente (9) la fluvoxamina da sola ha dimostrato di avere una efficacia clinica non solo sulla componente depressiva, ma anche sulla componente psicotica del tutto comparabile a quella dell'associazione di un triciclico con un neurolettico (desimpipramina associata ad aloperidolo) e nettamente superiore a quella dell'associazione fluvoxamina-aloperidolo e della desimipramina da sola.

Questa acquisizione riveste una importanza notevole quando si pensi alla possibilità di non utilizzare il neurolettico in queste forme di depressione considerate più gravi dal punto di vista psicopatologico, considerata la maggiore vulnerabilità agli effetti collaterali della serie extrapiramidale e a lungo termine al rischio di discinesie tardive dei neurolettici che i soggetti con disturbo dell'umore hanno rispetto a quelli con disturbi schizofrenici (10, 11).

La elevata tollerabilità mostrata nelle fasi acute di terapia antidepressiva, pare essere conservata anche in trattamenti prolungati, e ciò appare un presupposto di maneggevolezza utile per un trattamento preventivo che debba implicare una completa accettazione da parte del paziente che debba assumere in cronico un trattamento farmacologico.

Gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina stanno di fatto assumendo un particolare interesse anche nel trattamento a lungo termine dei disturbi unipolari in alternativa a quello con i triciclici o ai sali di litio.

Recentemente sono stati acquisiti importanti risultati in questo senso proprio con la fluvoxamina. In uno studio condotto in una popolazione clinica di soggetti unipolari, trattati a lungo termine con sali di litio e fluvoxamina quest'ultima si è dimostrata più efficace dei primi nella prevenzione delle nuove ricorrenze (12). Questo risultato, che dovrebbe essere validato in studi di follow up prolungati e con l'utilizzo tentativo di altre molecole selettive del reuptake della serotonina, ha grandi implicazioni pratiche oltre che teoriche. Infatti la terapia preven-

tiva è il punto cardine del trattamento di un disturbo dell'umore ed in quanto tale necessita uno specifico approfondimento delle variabili cliniche e biologiche che sono implicate.

Il trattamento a lungo termine dei disturbi unipolari necessita l'utilizzo di farmaci che incidano riducendo le ricorrenze (cioè i nuovi episodi) senza peggiorare quella che è considerata l'evoluzione naturale della malattia e cioè l'accorciamento dei cicli nel tempo. Viceversa, i triciclici che sono stati tentativamente utilizzati come trattamento cronico dei disturbi unipolari in alternativa ai sali di litio non sono scervi da questo rischio, essendo stato riportato per loro, così come per i neurolettici, uno specifico effetto di accorciamento dei cicli di malattia che si realizza con una minore durata delle fasi di malattia ma anche dei periodi di normotimia tra un episodio e l'altro (13).

In conclusione, per quanto detto appare abbastanza evidente la riduttività della scelta operata con l'esclusione delle nuove molecole dalla fascia A del nuovo prontuario farmaceutico. Gli antidepressivi dovrebbero essere studiati in termini comparativi non soltanto per quanto riguarda l'efficacia clinica ma anche per quanto riguarda ciò che attiene al recupero di una adeguata qualità di vita. In questo senso, viceversa, mancano dati dai trial farmacologici che hanno come unico obiettivo la valutazione dell'efficacia clinica e della tollerabilità delle nuove molecole e non possono fornire indicazioni utili su ciò che sia ottimale per i singoli pazienti, derivabile invece dalla esperienza della pratica clinica.

BIBLIOGRAFIA

1. STARK P., HARDISON D. (1985), *A review of multicenter controlled study of fluoxetine vs imipramine and placebo in outpatients with Major Depressive Disorders*. J Clin Psychiatry, 46 (suppl. 3): 53.
2. WILDE M.I., PLOSKER S.L. and BENFIELD P. (1993), *Fluvoxamine. An update review of its pharmacology and therapeutic use in depressive illness*. Drugs, 46 (suppl. 5): 895-924.

3. RACAGNI G. (1992), *Paroxetina. Profilo farmacologico e clinico*. Fondazione Giovanni Lorenzini Medical Science Foundation.
4. LUO H., RICHARDSON J.S. (1993), *A pharmacological comparison of citalopram, a bicyclic serotonin selective uptake inhibitor, with traditional tricyclic antidepressant*. Int Clin Psychopharmacol, 8: 3-12.
5. REINBER F.W., CHAMINARD G., COHN C.K., et al. (1990), *Antidepressant efficacy of sertraline: a double-blind placebo and amitriptyline controlled multicenter comparison study in outpatients with Major Depression*. J Clin Psychiatry, 51 (suppl. 12B): 18-27.
6. LLOYD K.J. (1974), *Serotonin and 5HIAA in discrete areas of brainstem of suicide victims and control patients*. Adv. Biochem Psychopharmacol, 11: 387-398.
7. VAAN PRAG H.M. (1991), *Serotonergic dysfunction and aggression control*. Psychol Med 21: 15-19.
8. ASBERG M., TRASKMAN M., THOREN P. (1976), *5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor?* Arch Gen Psychiatry 33: 1193-1197.
9. BELLINI L., GASPERINI M., GATTI F., FRANCHINI L., SMERALDI E. (1993), *A double-blind study with fluvoxamine vs desipramine combined with placebo or haloperidol in delusional depression: preliminary results*. Submitted for publication in Neuropsychobiology.
10. SMERALDI E., CAVALLARO R., DI ROSA M. et al. (1991), *Prevalence and risk factors of involuntary movement disorders in a neuroleptic treated population: a comparison between schizophrenic spectrum and non-schizophrenic spectrum population*. Schizophrenia Res, 4(3): 367-368.
11. MUKHERJEE S., ROSAN A.M., CARACCI G. et al. (1986), *Combination of lithium carbonate and haloperidol in schizoaffective disorder: a controlled study*. Arch Gen Psychiatry 36: 327-333.
12. FRANCHINI L., GASPERINI M., SMERALDI E. (1993), *A 24 months follow-up study of unipolar subjects: A comparison between lithium and fluvoxamine*. Presentato al Congresso CINP « Critical issues in the treatment of affective disorders » Parigi, 10-12 marzo 1994.
13. KUKOPULOS A., REGINALDI D., LADDOMADA P. et al. (1980), *Course of the manic-depressive cycle and changes caused by treatments*. Pharmakopsychiatr Neuropsychopharmacol, 13: 156-167.

La revisione del prontuario terapeutico: la prescrizione di farmaci psicotropi in un servizio psichiatrico pubblico

di Mauro Percudani
e Agostino Contini

*Servizio di Psichiatria
Ospedale G. Fornaroli - USL 72
Magenta (MI)*

La revisione del Prontuario terapeutico recentemente operata dalla Commissione unica del farmaco impone di riconsiderare i criteri di prescrizione, finora fondati unicamente su valutazioni di opportunità clinica, in modo da tener adeguato conto dei vincoli di natura economica.

L'obiettivo diventa quello di individuare linee guida che permettano di rispondere alle richieste ed ai bisogni dell'utente nel rispetto sia dei criteri di economicità della prescrizione sia delle esigenze cliniche di efficacia e tollerabilità del farmaco.

Rispetto ai farmaci psicotropi la revisione del Prontuario porta alle seguenti considerazioni:

i) la conferma dell'esclusione dalla rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale degli ansiolitici benzodiazepinici e degli ipnotici di largo consumo, posti, senza esclusioni, in classe C;

ii) la presenza in classe A e quindi la completa rimborsabilità dei principali e più utilizzati farmaci antipsicotici per la terapia dei disturbi schizofrenici e schizofrenosimili attualmente presenti sul mercato italiano;

iii) la scelta di dividere l'ampia categoria dei farmaci antidepressivi, impropriamente definiti così essendo oggi indicati anche in altre patologie psichiatriche oltre alla depressione, inserendone solo alcuni in categoria A e lasciando gli altri a completo carico del paziente, cioè in categ. C;

iv) la scelta di inserire nella categoria B, in cui la metà del costo del farmaco è a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'altra metà a carico del paziente, solo pochi composti psicotropi; in particolare alcune benzamidi (sulpiride, levosulpiride, amisulpiride) e solo in alcune specifiche formulazioni che rappresentano una bassa percentuale di prescrizioni.

La sede operativa da cui gli Autori intendono esaminare le conseguenze dei provvedimenti in discussione è il Centro Psico-Sociale dell'USL/72 della Lombardia, che opera ed ha competenza su un territorio di circa 95.000 abitanti.

Secondo il Progetto obiettivo regionale per la tutela socio sanitaria dei malati di

mente, approvato nel 1984 come legge della Regione Lombardia, e successivamente aggiornato nel 1988 e nel 1993, il Centro Psico-Sociale è il presidio sanitario in cui si realizza la presa in carico del paziente attraverso la programmazione ed il coordinamento delle attività ambulatoriali psichiatriche (visite mediche specialistiche, somministrazioni farmacologiche), delle attività psicoterapiche, delle attività riabilitative e di risocializzazione, delle attività domiciliari.

Nel 1993 i pazienti in carico al Centro sono stati 830 di cui 332 giunti per un primo contatto. Il totale degli interventi è stato di 14.582 di cui 6.152 visite mediche specialistiche.

Sebbene una elevata quota delle risorse del Centro sia legata alla gestione delle psicosi croniche, dovendo farsi carico di un territorio ove è stato chiuso l'Ospedale Psichiatrico referente per la zona negli anni precedenti all'approvazione della legge 180, le caratteristiche dell'invio da parte dei medici di base sta modificando i tratti dell'utenza tipica. Su 332 nuovi casi giunti nel 1993 solo nel 7.2% è stata posta diagnosi di disturbo schizofrenico o schizofrenosimile, mentre una diagnosi di disturbo affettivo, all'interno della quale si inseriscono la maggior parte delle diverse forme di depressione, è stata posta nel 27.6% dei casi ed una diagnosi di disturbo nevrotico, all'interno della quale una parte è comunque rappresentata da forme depressive, nel 34.2% dei casi (vedi tabella 1).

Ciò pare coerente con le informazioni che giungono dalle più recenti indagini epidemiologiche. Esse dimostrano che l'incidenza e la prevalenza della depressione è in aumento.

Sebbene non esistano studi epidemiologici attendibili e rilevanti in Italia, i dati presenti nella letteratura internazionale evidenziano un rilevante fenomeno di sanità pubblica. In Gran Bretagna i medici di famiglia diagnosticano 2 milioni di casi di depressione ogni anno (West 1992); cioè a circa un paziente su otto che si presenta dal medico può essere diagnosticata una sindrome depressiva, e probabilmente un'uguale quantità non viene riconosciuta. Ne-

gli Stati Uniti la probabilità di sviluppare una sindrome depressiva nel corso della vita è stata valutata dalle più recenti analisi epidemiologiche essere del 23% (Johnson et al., 1992).

A ciò si aggiunga che la vendita di farmaci antidepressivi è aumentata negli ultimi cinque anni più che per qualunque altra categoria di farmaci, e che l'industria farmaceutica ha investito negli ultimi dieci anni quasi ogni suo sforzo, rispetto ai composti psicotropi, in questa categoria di farmaci. In Italia negli ultimi 5 anni sono entrati in commercio 4 nuovi antidepressivi (attualmente collocati in fascia C) che si sono presentati come una « nuova generazione » nel trattamento della depressione;

L'ampio gruppo dei farmaci antidepressivi attualmente presente sul mercato italiano può essere in grandi linee suddiviso in due categorie:

1. Farmaci antidepressivi di prima generazione. - Rientrano in questa categoria: i) gli *antidepressivi triciclici* così definiti per le caratteristiche chimiche della molecola, e ii) gli *inibitori delle monoamine ossidasi (IMAO)*, che prendono il nome dal loro meccanismo d'azione. Sono farmaci introdotti sul mercato negli anni '50, di dimostrata efficacia clinica sui disturbi depressivi e, per alcuni di essi, di dimostrata efficacia anche in altre patologie quali il disturbo ossessivo-compulsivo e il disturbo da attacchi di panico. Dal punto di vista strettamente farmacologico questi farmaci hanno un meccanismo d'azione assai aspecifico e per questo motivo presentano una bassa tollerabilità. Sono carichi di effetti secondari e per questo sconsigliati per alcune categorie di pazienti, quali gli anziani ed i soggetti con patologie internistiche associate. Il loro costo sul mercato è assai basso (vedi tabella 2).

2. Farmaci antidepressivi di seconda generazione. - Rientrano in questa categoria:

i) gli *antidepressivi atipici*, così detti per le caratteristiche chimiche della molecola; introdotti sul mercato negli anni '70, la loro efficacia sulla depressione è dimostrata con trials clinici controllati per quanto su campioni di pazienti assai inferiori rispetto ai triciclici. La loro efficacia non

è stata dimostrata su altre patologie. Rispetto ai farmaci di prima generazione presentano minori effetti collaterali; sono farmaci di medio costo (vedi tabella 2);

ii) gli *inibitori del reuptake della serotonina (SSRI)*, così definiti per il meccanismo d'azione selettivo sul blocco della serotonina; di recente introduzione sul mercato, la loro efficacia è dimostrata sia sui disturbi depressivi seppur con campioni sperimentali ancora inferiori rispetto ai triciclici che su altre patologie quali il disturbo ossessivo compulsivo, il disturbo da attacchi di panico e la bulimia; dal punto di vista farmacologico presentano una elevata specificità d'azione e per questo ridotti effetti collaterali; sono farmaci ad elevato costo (vedi tabella 2).

I farmaci antidepressivi di seconda generazione sono considerati di prima scelta in soggetti con patologie internistiche concomitanti e nei soggetti anziani.

Le considerazioni che seguono si riferiscono alla prescrizione di farmaci psicotropi alla luce delle problematiche connesse con la specificità della nostra sede operativa e sulla base delle evidenze di letteratura:

i) Le decisioni della CUF segnano una continuità rispetto alla situazione precedente per quanto riguarda i farmaci ansiolitici ed ipnotici. Sono queste terapie a costo medio-basso: una terapia ansiolitica con diazepam ad un dosaggio di 10 mg die costa 17.700 lire per 30 giorni, con alprazolam ad un dosaggio di 1.5 mg die 40.500 lire per 30 giorni. Una terapia ipnotica con triazolam ad un dosaggio di 0.25 mg die costa 11.700 lire per 30 giorni, con temazepam ad un dosaggio di 20 mg die costa 18.750 lire per 30 giorni.

Questi farmaci hanno un'efficacia clinica certa e documentata sul sintomo ansia ed insonnia; tuttavia il loro utilizzo clinico trova un'indicazione incerta all'interno di protocolli definiti per disturbi specifici e l'eventuale indicazione è ristretta a periodi di tempo limitati anche per prevenire il notevole rischio di dipendenza che essi comportano. La prescrizione di tali farmaci, che avviene principalmente ad opera di agenzie non specialistiche, non rispetta ta-

li criteri e ne è ampiamente documentato l'abuso, in particolare sotto forma di prescrizioni indefinitamente protratte. In questo senso il loro inserimento in fascia C non sembra creare particolari problemi in quanto una corretta prescrizione è indicata per periodi di tempo limitati e quindi non comporta particolari oneri per il paziente; anzi il vincolo economico può costituire un parziale deterrente rispetto al rischio di abuso. Una eccezione all'interno della classe delle benzodiazepine, può essere considerato l'alprazolam, che alcune ricerche documentano efficace nel disturbo da attacchi di panico e ben tollerato dai pazienti (Noyes et al., 1988). Tenuto conto dei notevoli effetti collaterali che rendono sgradevole e talora clinicamente controindicata l'assunzione degli antidepressivi triciclici, il suo inserimento in fascia A o B potrebbe essere proposto per la diagnosi specifica.

ii) Anche riguardo ai farmaci antipsicotici, le decisioni della CUF non producono effetti rispetto alla pratica consolidata. I farmaci considerati standard nel trattamento della schizofrenia rientrano in categoria A. Sono farmaci a costo medio-basso: 30 giorni di terapia con aloperidolo ad assunzione orale ad un dosaggio di 6 mg die costa 26.400 lire, nella formulazione decanoato ad assunzione parenterale una volta ogni 28 giorni, 100 mg di terapia costano 13.900 lire.

Questi trattamenti sono prevalentemente prescritti in ambienti specialistici e si inseriscono all'interno di progetti terapeutici più complessi. La loro efficacia è ben documentata sia a breve che a lungo termine. Frequentemente l'assunzione di questi farmaci conduce a notevoli effetti collaterali che da un lato possono creare disabilità, dall'altro possono richiedere l'associazione di altri farmaci per contrastarli. A questo riguardo, il trattamento dei disturbi schizofrenici con molecole non ancora in commercio in Italia ma già in commercio in altri Paesi europei (clozapina, risperidone) ha dimostrato una maggior efficacia per lo meno in alcune aree sintomatologiche ed una maggior tollerabilità (Claus et al., 1992). Per motivi diversi, per il costo della ricerca e per il protocollo terapeutico che devono

seguire, questi farmaci hanno un costo circa 20 volte superiore a quello delle terapie oggi di riferimento. Sarà interessante osservare la collocazione che questi farmaci prenderanno nel contesto sanitario italiano.

iii) Rispetto ai farmaci antidepressivi, la scelta della CUF sembra sostenuta dalle seguenti considerazioni: che i farmaci di più recente introduzione sul mercato, ed esclusi dalla categoria A, hanno un costo per giornata di terapia superiore di circa 10 volte rispetto al costo di farmaci da molti anni presenti sul mercato; che i nuovi farmaci non hanno dimostrato una efficacia superiore a quelli vecchi e che anzi le conferme sperimentali sono documentate su un numero ancora inferiore di pazienti.

Dal punto di vista clinico un farmaco della categoria degli antidepressivi viene prescritto ad un paziente che soffra di un disturbo dell'umore, di un disturbo da attacchi di panico e di alcuni disturbi fobici, di un disturbo ossessivo compulsivo, di bulimia.

La scelta del trattamento è condizionata da diversi parametri:

L'efficacia del trattamento. - Riguardo ai disturbi dell'umore vi sono sufficienti evidenze sperimentali (trials randomizzati, controllati contro placebo) per definire attivi nel trattamento dell'episodio di depressione maggiore sia i farmaci di prima che di seconda generazione (Boyer and Feighner, 1991). Tuttavia il campione di pazienti trattato con farmaci di seconda generazione è ancora inferiore a quello dei pazienti trattati con antidepressivi triciclici ed IMAO. Le sperimentazioni di confronto con farmaci delle diverse categorie non hanno evidenziato differenze significative in termini di risposta a favore dei farmaci di seconda generazione (Kasper et al., 1992; Song et al., 1993). Rispetto alla rapidità d'azione viene riferito che i farmaci di seconda generazione avrebbero un minor tempo di latenza (che per i triciclici è considerata di circa 20 giorni), ma tali dati devono essere confermati su campioni significativi di pazienti. Rispetto all'efficacia a lungo termine è necessario fare alcune considerazioni. Un recente Con-

sensus Meeting dell'OMS (1989) stabilisce in 6 mesi il periodo minimo per una terapia di mantenimento dopo un episodio di depressione maggiore. Tuttavia vi è il problema della terapia profilattica per i casi di depressione ricorrente.

I dati oggi disponibili sui trattamenti a lungo termine ci dicono che un trattamento continuativo per 5 anni riduce significativamente il rischio di ricadute (Kupfer et al., 1992). I dati a disposizione sui trattamenti a lungo termine sono quasi esclusivamente con farmaci antidepressivi di prima generazione (imipramina, amitriptilina, fenelzina). Per i farmaci di seconda generazione vi sono solo pochi studi, su campioni ristretti di pazienti, per periodi non superiori ad un anno (Altamura and Percudani, 1993).

Riguardo al trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo vi sono evidenze sperimentali favorevoli al trattamento in acuto sia riguardo alla terapia con clorimipramina, un antidepressivo triciclico, che con i farmaci SSRI. Tuttavia, non esiste ancora un sufficiente campione di pazienti valutati con follow-up per il trattamento di questo disturbo (Tortora Pato and Zohar, 1991).

Il trattamento standard del disturbo da attacchi di panico è rappresentato dalla terapia con un antidepressivo di prima generazione. La maggioranza dei dati a disposizione si riferiscono alla terapia con imipramina, un antidepressivo triciclico e fenelzina, un IMAO non in commercio in Italia (Ballanger, 1986). Tuttavia alcune evidenze sull'efficacia degli SSRI sono disponibili; il campione sperimentale è però ancora inferiore a quello disponibile per imipramina e fenelzina (Boyer et al., 1991).

Riguardo alla bulimia nervosa, il trattamento farmacologico elettivo è costituito dai farmaci SSRI (American Psychiatric Association, 1989). I farmaci antidepressivi di prima generazione sono sconsigliati in questa patologia per il loro effetto antiistaminergico che causa un frequente aumento di appetito (Rockwell et al., 1983).

Il management del trattamento. - Nel periodo di trattamento successivo alla terapia dell'episodio acuto di depressione

maggiore un elevato numero di pazienti sospende l'assunzione. I dati a disposizione ci dicono che nella fase di profilassi tra il 25 ed il 50% dei pazienti o sospende spontaneamente o altera in modo significativo lo schema terapeutico prescritto (Prien, 1987). Ciò avviene principalmente per due motivi: per la sfiducia o per il pregiudizio rispetto al trattamento farmacologico e per la presenza di effetti secondari disturbanti della terapia in corso. Rispetto agli effetti collaterali vi sono notevoli differenze tra antidepressivi di prima o di seconda generazione. A causa della aspecificità del loro meccanismo d'azione e dei conseguenti effetti sulla biologia cerebrale, gli antidepressivi triciclici e gli IMAO presentano importanti problemi di tollerabilità (Cookson, 1993). La tossicità cardiovascolare, gli effetti anticolinergici, gli effetti antiistaminici, gli effetti neuroendocrini, l'aumento della soglia convulsiva, rendono questi farmaci da un canto controindicati nei soggetti anziani, nei cardiopatici, in soggetti con glaucoma o con ipertrofia prostatica, negli epilettici, dall'altro sgradevoli a causa di effetti collaterali quali la stipsi, la secchezza delle fauci, i disturbi dell'accomodazione visiva, l'alterazione del ciclo mestruale, la perdita della libido, l'aumento ponderale. Quest'ultima è una delle cause più frequenti di mancata compliance, specialmente in soggetti di sesso femminile. Tra i farmaci di seconda generazione, i SSRI pur non essendo privi di effetti secondari, quali nausea, cefalea, diarrea, riduzione di appetito, sono comunque meglio tollerati e più sicuri nella prescrizione al paziente anziano o nel paziente con patologie concomitanti (Cookson, 1993).

Il costo del trattamento. - Se si considera il costo per giornata di terapia, il trattamento con farmaci SSRI è dalle 10 alle 15 volte più costoso che il trattamento con i farmaci di prima generazione, mentre il trattamento con farmaci antidepressivi atipici è dalle 3 alle 10 volte più costoso. Tuttavia all'interno della valutazione dei costi di un trattamento devono essere compresi altri parametri.

Nell'impostazione di una terapia profilattica a lungo termine con antidepressivi

di prima generazione è necessario uno screening generale che comprenda la valutazione della funzionalità cardiaca, epatica, neuroendocrina. E nel corso della terapia è più probabile che si debbano ripetere tali valutazioni che non con antidepressivi di seconda generazione. Inoltre è possibile debbano essere prescritti altri farmaci di supporto alla terapia a causa degli effetti collaterali.

Vi sono poi altri aspetti: la valutazione del costo relativo al deterioramento della qualità della vita nel corso del trattamento e la valutazione del costo del rischio di scarsa compliance del paziente. Non vi sono a disposizione trials che valutino i trattamenti antidepressivi tenendo presenti anche questi parametri. Ciò è una grave mancanza in un momento in cui le variabili economiche assumono tanta importanza in sanità.

Una valutazione delle terapie antidepressive prescritte presso il nostro Servizio ha evidenziato come gli antidepressivi triciclici siano di gran lunga i farmaci più prescritti a pazienti ricoverati presso il reparto di degenza, in genere sofferenti di forme depressive psicotiche gravi, e complessivamente più prescritti anche a livello ambulatoriale. Invece un'indagine sulle terapie antidepressive prescritte a soggetti giunti per la prima volta presso l'ambulatorio nei primi 6 mesi del 1993, ha messo in evidenza il dato, per noi sorprendente, che il 64.4% delle prescrizioni di farmaci antidepressivi è stato di farmaci antidepressivi attualmente collocati in fascia C (nella quasi totalità farmaci SSRI) contro il 35.6% di prescrizioni di farmaci collocati in fascia A. Una prescrizione così estesa di antidepressivi SSRI merita un ulteriore approfondimento: se da un lato essa sembra confermare l'esistenza di motivi clinici quali quelli sopra menzionati, che rendono in taluni casi preferibile l'utilizzo degli antidepressivi SSRI, dall'altro appare come una conferma della scarsa abitudine ad effettuare nella valutazione dei criteri prescrittivi anche valutazioni di tipo economico. Gli psichiatri del Servizio, pur essendo consapevoli del fatto che gli antidepressivi SSRI sono più costosi, hanno manifestato inva-

riabilmente una grossa sorpresa quando veniva loro sottoposta la tabella allegata (tabella 2) sul costo differenziale delle terapie.

In conclusione, i provvedimenti adottati dalla CUF, rendono necessaria per un Servizio di psichiatria che operi nel Servizio sanitario nazionale una revisione delle modalità di prescrizione solo rispetto ai trattamenti con farmaci antidepressivi. Riguardo a questi, in assenza di valutazioni di confronto fra le diverse terapie che comprendano aspetti più complessi che la semplice efficacia clinica, l'indicazione dell'utilizzo dei farmaci di prima generazione come prima scelta appare corretta e coerente con la letteratura disponibile e riprende le indicazioni dell'OMS su questo tema (Wexler and Nelson, 1993). D'altro canto, appare auspicabile che venga riconsiderata l'importanza della prescrizione di altri antidepressivi, attualmente in fascia C, nei seguenti casi: i) controindicazioni specifiche, ii) effetti collaterali che interferiscano con la compliance, iii) indicazioni diagnostiche specifiche.

L'esclusione dal Prontuario senza alcuna possibilità di parere da parte dello specialista dei farmaci antidepressivi SSRI crea di fatto una difficoltà rispetto alle esigenze cliniche ed alle possibilità terapeutiche nel campo della psicofarmacologia.

Si apre dunque il problema di identificare strategie di prescrizione che al contempo garantiscano il principio dell'assunzione di responsabilità del medico rispetto al costo del trattamento ed il principio del diritto del paziente ad una cura adeguata. Uno strumento ancora poco sviluppato nella realtà clinica, eppure sostenuto da chi si occupa di qualità in sanità, è quello dei protocolli terapeutici: identificare alcune linee guida a cui i medici di un Servizio debbano adeguarsi e che siano corrispondenti alle evidenze di letteratura e alle necessità del contesto socio-economico. La terapia antidepressiva ci pare un buon esempio di come questo strumento potrebbe rappresentare una risposta alla complessità delle problematiche poste da una corretta e scientificamente adeguata prescrizione di farmaci nella pratica. L'antidepressivo triciclico come prima scelta quando non vi

siano controindicazioni specifiche e la possibilità di prescrivere farmaci di nuova generazione quando vi fossero problemi legati alla tollerabilità o alla specificità del quadro clinico. Dunque, strumenti inseriti nel contesto più generale di responsabilizzazione dello specialista rispetto alle terapie prescritte. A nostro parere, responsabilizzazione anche economica: la gestione di un budget finanziario per la scelta delle terapie all'interno di un singolo Centro potrebbe rappresentare un vincolo in garanzia sia delle scelte terapeutiche del medico che delle esigenze economiche della comunità.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1989), *Task force on the treatments of psychiatric disorders*. Vol. 1 American Psychiatric Press, Washington.
- ALTAMURA A.C., PERCUDANI M. (1993), *The use of antidepressants for long-term treatment of recurrent depression: rationale, current methodologies, and future directions*. Journal of Clinical Psychiatry, 54 (suppl. 8): 29-37.
- BALLANGER J.C. (1986), *Pharmacotherapy of the panic disorders*. J. Clin. Psychiatry, 47: 6: 27-32.
- BOYER W.F., FEIGHNER J.P. (1991), *The efficacy of selective serotonin re-uptake inhibitors in depression*. In: Feighner and Boyer eds: « Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors ». John Wiley and Sons, pp. 89-108.
- BOYER W.F., MCFADDEN G.A., FEIGHNER J.P. (1991), *The efficacy of selective serotonin re-uptake inhibitors in anxiety and obsessive-compulsive disorder*. In: Feighner and Boyer eds.: « Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors ». John Wiley and Sons, pp. 89-108.
- CLAUS A., BOLLEN J., DE CUYPER H. et al. (1992), *Risperidone versus haloperidol in the treatment of chronic schizophrenic in patients: a multicentre double-blind comparative study*. Acta Psychiatr Scand 85: 295-305.
- COOKSON J. (1993), *Side-effects of antidepressants*. Br. J. Psychiatry, 163 (suppl. 20): 20-24.
- KASPER S., FUGER J., MÖLLER H.J. (1992), *Comparative Efficacy of Antidepressants*. Drugs 43 (suppl. 2): 11-23.
- KUPFER D.J., FRANK E., PEREL J.M. et al. (1992), *Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression*. Arch. Gen. Psychiatr 49: 769-773.
- JOHNSON J., WEISSMAN M.M., KLERNAN G.L. (1992), *Service utilisation and social morbidity associated with depressive symptoms in the community*. Journal of the American Medical Association, 267: 1478-1483.
- NOYES R., DUPONT R.L., PECKNOLD J.C. et al. (1988), *Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter trial. II. Patients acceptance, side effects, and safety*. Arch Gen Psychiatry, 45: 423-428.
- PRIEN R.F. (1987), *Long-term treatment of affective disorders*. In: Meltzer H.Y., ed. « Psychopharmacology: the third generation of progress ». New York, NY, Raven Press; pp. 1051-1058.
- ROCKWELL K.W.J., EVERETT H., ELLINWOOD J.R. et al. (1983), *Psychotropic drugs promoting weight gain: health risks and treatment*. South Med J 76: 1407.
- SONG F., FREEMONTLE N., SHELDON T.A., et al. (1993), *Selective serotonin reuptake inhibitors: meta-analysis of efficacy and acceptability*. British Medical Journal 306: 683-687.
- TORTORA PATO M., ZOHAR J. (eds) (1991), *Current treatments of obsessive-compulsive disorder*. American Psychiatry Press, Washington.
- WEXLER B.E., CRAIG-NELSON J. (Who Scientific Group Project) (1993), *The treatment of Major Depressive Disorders*. International Journal of Mental Health, 22, 2: 7-41.
- WEST R. (1992), *Depression*. London: Office of Health Economics.
- WHO MENTAL HEALTH COLLABORATING CENTERS (1989), *Pharmacotherapy of depressive disorders: a consensus statement*. J. Affective Disord 17: 197-198.

Tabella 1 - Diagnosi cliniche (%) su nuovi casi giunti nel 1993 presso il CPS USL 72 - Magenta (MI)

Diagnosi (ICD 10)	%
Schizofrenia, Sindrome schizotipica e Sindromi Deliranti	7.2
Sindromi affettive	27.6
Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	34.2
Disturbi della personalità	10.5
Sindromi di natura organica	4.6
Ritardo mentale	7.2
Sindromi dovute all'uso di sostanze psicoattive	4.6
Sindromi e disturbi emotivi e comportamentali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza	2.6
Sindromi associate ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici	1.3

Tabella 2 - Collocazione per fasce nel Prontuario Terapeutico (Gazzetta Ufficiale 31 dicembre 1993) dei principali farmaci antidepressivi e relativi costi

Antidepressivo	fascia	dose/die	costo 30 gg terapia
<i>Triciclici</i>			
Imipramina	A	75 mg	8100 lire
Clorimipramina	A	75 mg	9450 lire
Nortriptilina	A	75 mg	12700 lire
Amitriptilina	A	75 mg	14400 lire
Trimipramina	A	100 mg	7065 lire
Desipramina	A	75 mg	10170 lire
Butriptilina	A	75 mg	14040 lire
<i>IMAO</i>			
Tranilcipromina (+ Perfenazina)	C	27,4 mg	13100 lire
<i>Atipici</i>			
Amineptina	A	200 mg	32100 lire
Trazodone	A	150 mg	29850 lire
Viloxazina	A	300 mg	33750 lire
Maprotilina	C	75 mg	15150 lire
Mianserina	C	60 mg	43300 lire
Dotiepina	C	150 mg	29100 lire
Minaprina	C	200 mg	43300 lire
<i>SSRI</i>			
Fluoxetina	C	20 mg	66900 lire
Fluvoxamina	C	100 mg	49700 lire
Paroxetina	C	20 mg	92750 lire
Sertralina	C	50 mg	73700 lire

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

MERCATI E TARIFFE NELLA RIFORMA DEL S.S.N.

di Mario Del Vecchio

SDA - CeRGAS - Università « L. Bocconi » - Milano

SOMMARIO: Premessa - La remunerazione delle prestazioni nel 502 - Una ipotesi di meccanismo tariffario - Quali tariffe, quali obiettivi, quali soggetti.

The recent reform of the Italian National Health Service has clearly emphasized the role of price mechanisms in the regulation and funding of the overall system. At the same time, however, the reform bill has not clarified the extent to which such mechanisms should be introduced and the areas of relations they are supposed to cover. This paper discusses the feasibility of what seems to be an overextended application of price mechanisms in relation to regional autonomy and the national objective of enhancing public-private competition. The option for a centrally-defined fee schedule as opposed to a strategy based on decentralized contracts is also discussed.

Premessa

Il 1994 rappresenta un anno di fondamentale importanza per il SSN, in quanto, essendo terminata con la pubblicazione del D.L.vo n. 517/93 la definizione del testo di base della riforma, si apre la fase di attuazione normativa della riforma stessa (decreti a livello centrale e normative regionali). Per comprendere appieno l'importanza delle decisioni che a tutti i livelli verranno assunte non è sufficiente richiamarsi genericamente all'importanza che la fase attuativa riveste in tutti i processi di riforma (1), ma occorre partire dalle caratteristiche specifiche che contraddistinguono il D.L.vo n. 502/92 e in particolare il suo elevato grado di indeterminazione.

Si è già avuto modo di osservare in un precedente articolo (2) come la riforma non sia riuscita a definire un preciso modello di funzionamento del sistema sanitario, ma abbia soltanto indicato alcuni elementi di modifica-

zione rispetto all'assetto precedente, lasciando sostanzialmente aperto il problema di come tali elementi dovrebbero poi combinarsi in un quadro coerente (più o meno lontano dal modello della L. n. 833). Non si intende qui discutere se tale « apertura » sia il frutto di una strategia deliberata tesa a enfatizzare l'autonomia regionale o piuttosto il risultato delle difficoltà incontrate nel processo politico di definizione di una vera e propria riforma compiuta, ciò che importa notare è che esiste uno specifico rischio di avviarsi concretamente a una « riforma senza principi ». Se da parte dei diversi attori coinvolti vengono introdotti singoli e rilevanti elementi di riforma, riguardanti sia gli assetti istituzionali che i meccanismi di funzionamento, senza aver preventivamente definito una ipotesi di funzionamento complessivo, il rischio è quello che alla fine del processo di riforma il sistema non avrà un sufficiente grado di coerenza per poter funzionare efficacemente ovve-

ro che il suo funzionamento complessivo sarà il risultato, non esplicitamente preordinato, della capacità di alcuni elementi rispetto ad altri di condizionare i comportamenti effettivi.

Il tema che si vuole affrontare in questo articolo è quello del ruolo dei sistemi di tariffazione delle prestazioni nell'impianto della riforma e dei criteri che dovrebbero essere alla base della loro introduzione. I motivi che spingono a proporre alcune riflessioni su tale tema possono essere brevemente riassunti nei seguenti punti:

- a) l'introduzione e la diffusione di meccanismi di pagamento e finanziamento basati sulle prestazioni erogate rappresentano un elemento di sostanziale novità rispetto ai meccanismi consolidati di funzionamento del nostro sistema per cui la base di conoscenze e competenze è oggettivamente più ristretta relativamente ad altri aspetti presenti nella riforma;
- b) se è sufficientemente chiaro

che nel nuovo assetto i meccanismi di tariffazione giocheranno un ruolo di maggior rilevanza rispetto al passato, non è ancora altrettanto chiaro, al di là di alcuni generici richiami alle virtù del mercato e della competizione, quali siano gli scopi prevalenti che a tali meccanismi si vogliono assegnare;

c) la scelta tra diverse opzioni possibili nell'impianto e nel grado di diffusione di meccanismi tariffari, lungi dall'essere una mera questione tecnica può rappresentare una vera e propria scelta di assetto complessivo (elemento di condizionamento rilevante per il funzionamento effettivo del sistema) che merita un adeguato dibattito.

La remunerazione delle prestazioni nel 502

Un elemento che caratterizza la riforma, in sintonia con la tendenza generalizzata riscontrabile nei paesi dotati di Servizio sanitario nazionale a introdurre elementi di mercato, è indubbiamente il ruolo più rilevante attribuito al sistema dei prezzi all'interno dei più complessivi meccanismi di regolazione del sistema. Pare opportuno in via preliminare riassumere brevemente quali siano le indicazioni contenute nel decreto circa il sistema dei prezzi cercando di distinguere gli aspetti ivi esplicitamente e specificamente richiamati da quelli che risultano in un certo senso impliciti nel disegno di insieme, per poi analizzare quale sia l'interpretazione che sembra emergere in alcuni provvedimenti correlati alla riforma che trattano esplicitamente del problema.

Il richiamo diretto del decreto al sistema dei prezzi è contenuto nell'art. 8 ai commi 5, 6 e 7, qui di seguito riportati in forma sintetica.

« *L'Unità sanitaria locale assicura ai cittadini le prestazioni... contemplate dai livelli di assistenza... Allo scopo si avvale dei propri presidi,*

nonché delle aziende e degli istituti ed enti di cui all'art. 4 (sostanzialmente aziende ospedaliere e presidi ospedalieri), delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, e dei professionisti. Con tali soggetti l'Unità sanitaria locale intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa, con l'eccezione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta... Con decreto del Ministro della sanità... sono stabiliti i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni... Fermo restando... le Regioni e le Unità sanitarie locali per quanto di propria competenza adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate ».

Il testo consente di formulare alcune prime osservazioni che intendono evidenziare i punti di maggior rilevanza per comprendere le indicazioni contenute nella riforma non tanto sul piano giuridico quanto su quello dei possibili concreti meccanismi di funzionamento.

Si afferma il principio che l'Unità sanitaria locale (USL) è il soggetto istituzionalmente delegato ad assicurare i livelli di assistenza e nel perseguire tale propria missione aziendale (ragion d'essere dell'azienda) può, nell'ambito della propria autonomia e rispetto alle proprie convenienze, utilizzare le proprie strutture o acquisire le prestazioni da altre aziende dotate di finalità diverse. Da questo punto di vista appare sufficientemente chiaro che la riforma non intende cambiare la natura di fondo delle USL, anche se enfatizza il ruolo di

altri soggetti erogatori di prestazioni sanitarie.

Per quanto riguarda i rapporti con le aziende e i soggetti del settore privato in senso stretto, sul piano specifico dei sistemi di remunerazione, non sembra esservi alcuna radicale modifica poiché anche il meccanismo delle convenzioni prevedeva sostanzialmente la corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa, con l'importante qualificazione che sembra però implicito il tentativo di spostarsi verso una definizione di prestazione più vicina al risultato finale dell'attività. Sul piano generale, come verrà più avanti analizzato, va comunque segnalato che il tema della remunerazione dei soggetti privati difficilmente può essere disgiunto da quello della regolazione generale dei rapporti tra Servizio sanitario nazionale e settore privato di offerta (regolazione dell'apporto integrativo, rispetto delle compatibilità finanziarie, ruolo dell'accreditamento).

La modificazione più importante riguarda le aziende pubbliche, rappresentate in larga parte dalle aziende ospedaliere (escludiamo per il momento le USL, rimandando al punto successivo), che potrebbero sperimentare una notevole trasformazione dei loro meccanismi di finanziamento abbandonando la tradizionale formula basata sui fattori impiegati nella produzione dei servizi, va comunque tenuto presente che il meccanismo tariffario non rappresenta per tali aziende l'unico sistema di finanziamento in quanto è previsto dallo stesso decreto il mantenimento di una quota di finanziamento indistinto (fino all'80% dei costi, art. 4, comma 7) e che di tale quota si dovrà tenere esplicitamente conto nella determinazione delle tariffe medesime.

Il sistema di finanziamento delle USL non sembra essere direttamente chiamato in causa rispetto al meccanismo tariffario sia perché nei passi

riportati questo si applica ai rapporti che la stessa Unità sanitaria locale intrattiene con altri soggetti erogatori sia perché la definizione dei criteri di finanziamento è demandata alle singole Regioni (art. 2) che potranno decidere se e fino a che punto utilizzare il criterio della remunerazione delle prestazioni. È necessario a questo proposito comunque sottolineare come le scelte effettuate di assetto istituzionale (dimensioni delle USL e definizione delle loro finalità aziendali) e i criteri di finanziamento prevalenti nel rapporto Stato-Regioni (pro-capite con responsabilizzazione su eventuali sfondamenti) renderanno maggiormente probabile l'adozione da parte delle Regioni di modalità di finanziamento delle USL tesi a garantire l'equità e la responsabilizzazione sui livelli complessivi di spesa (parametri tendenzialmente capitari).

Se dal piano dei rapporti interaziendali (tra soggetti istituzionali che rimangono comunque distinti anche nel caso in cui appartengano al medesimo gruppo pubblico) si passa a quello dei meccanismi di funzionamento intraziendale, una particolare attenzione merita l'ipotesi secondo cui tra i soggetti « coinvolti » nel meccanismo tariffario rientrino anche specifiche parti della stessa USL (i propri presidi). È necessario ribadire che non si vuole qui entrare nel merito dell'interpretazione giuridica, del problema cioè se con la dizione « tali soggetti » si intendano tutti quelli menzionati precedentemente, se un presidio sia identificabile con un « soggetto » o se la dizione presidio sia riferibile ai soli presidi ospedalieri in quanto rappresentano le sole parti dell'azienda Unità sanitaria locale cui viene attribuita autonomia economico-finanziaria (art. 4, comma 9), ma va chiarito che dal punto di vista sia della teoria che della pratica aziendale tale ipotesi ha poco senso poiché mina il concetto stesso di azienda.

Semplificando drasticamente, si può affermare che un'azienda viene istituita quando si intende affidare a un soggetto dotato di un certo grado di autonomia e responsabilità il perseguimento di alcuni fini tramite il coordinamento dei processi che al suo interno avvengono. Rispetto all'alternativa di costituire una sola azienda regionale variamente articolata per aree geografiche o linee di prodotto, la scelta di istituire delle aziende USL, può essere giustificata quindi solo se si ritiene che il perseguimento delle finalità complessive di chi rappresenta in un certo senso la proprietà (Regione), con tutte le prerogative che ciò comporta, siano meglio raggiunte tramite l'operare di soggetti che ricercano autonomamente un proprio equilibrio, pur all'interno di quell'insieme di relazioni di gruppo poste a tutela dell'interesse comune. La possibilità per le USL di essere aziende, di avere cioè un grado adeguato di autonomia nel definire come raggiungere, in un ambiente dato, i propri obiettivi istituzionali verrebbe sicuramente meno qualora si imponesse loro l'obbligo di un trasferimento di risorse, secondo criteri predeterminati, a parti così rilevanti (si pensi ai presidi ospedalieri) della loro stessa organizzazione. Sembra davvero un controsenso aver aumentato la dimensione media dell'USL, aver mantenuto una loro significativa responsabilità nella produzione dei servizi, aver posto l'accento sul modello aziendale per poi ridurre il loro ruolo nei confronti di parti rilevanti del loro stesso sistema di produzione dei servizi a quello di semplice « ufficiale pagatore ».

È importante chiarire che quanto detto non esclude assolutamente che le Regioni, nel quadro delle proprie politiche e priorità, possano utilizzare sistemi di finanziamento delle USL basati sulle prestazioni (anche se si ritiene improbabile tale scelta), ma occorre avere ben presente che tali

meccanismi costituiscono per le aziende delle condizioni di ambiente rispetto alle quali operare le proprie autonome scelte. In altre parole, viene qui richiamato il principio della distinzione tra fonti, che si determinano e attengono alla sfera delle relazioni che l'azienda intrattiene con l'ambiente, e impieghi, i quali attengono ai processi interni dell'azienda e in quanto tali rientrano normalmente nella propria sfera di autonomia.

Se passiamo dai richiami espliciti al sistema del pagamento delle prestazioni al ruolo che tale meccanismo assume rispetto all'intero impianto della riforma un punto di partenza obbligato sembra essere la nuova modalità di riparto del Fondo sanitario nazionale. Il principio dell'assegnazione per quote capitarie (anche se con alcuni aggiustamenti e una certa gradualità) e della responsabilizzazione delle Regioni su eventuali sfondamenti pone, in presenza di fenomeni di migrazione sanitaria, il problema della compensazione tra diverse Regioni. È abbastanza logico ipotizzare che tali compensazioni assumeranno sempre meno la forma implicita degli aggiustamenti forfettari per affidarsi sempre più a criteri espliciti basati su un sistema di tariffe.

Un discorso in parte analogo può essere fatto per quanto riguarda la mobilità tra diverse USL della stessa Regione, se tiene l'ipotesi di fondo precedentemente espressa di un criterio di finanziamento tendenzialmente capitario. Se l'aumento delle dimensioni medie delle USL dovrebbe rendere tecnicamente più fattibile l'adozione di tale criterio (minori scostamenti rispetto alla spesa storica e minore mobilità da compensare), la vera spinta dovrebbe comunque provenire dalla necessità che le Regioni avranno (soprattutto quelle di maggiori dimensioni) di trasferire a livelli inferiori del sistema la responsabilità sui livelli di spesa complessiva e da questo punto di vista i sistemi di

finanziamento procapite hanno degli indubbi vantaggi (accettabilità, equità, trasparenza).

Una ulteriore pressione per la diffusione dei sistemi di pagamento per prestazione proviene da alcune dinamiche che seppur non tutte organicamente inserite nella riforma sono ad essa collegate. Ci riferiamo al ruolo crescente che le diverse leggi finanziarie hanno assegnato all'utente nel finanziamento dei servizi sanitari. La forma più tradizionale e consolidata è quella dei ticket sulle prestazioni di diagnostica e specialistica ambulatoriale, ma quella che qui ha maggiore rilevanza è relativa al pagamento totale delle prestazioni fino a un certo importo (franchigia) da parte della maggioranza degli utenti (3). Il punto importante da notare è che, anche se all'interno dei limiti posti dalla franchigia, si tratta di un vero e proprio mercato in cui l'utente dovrebbe pagare l'intero costo della prestazione ricevuta e svilupparsi una competizione tra i diversi attori del sistema di offerta per assicurarsi le risorse addizionali in tal modo immesse nel circuito sanitario. La stessa logica, in termini però di opzione lasciata agli utenti, è presente nell'area delle prestazioni erogate in regime di degenza con la possibilità da parte dell'utente di utilizzare le camere a pagamento (dal 5% al 10% dei posti letto) a fronte del pagamento di una retta giornaliera in relazione alla qualità alberghiera e di avvalersi del ricovero in regime libero-professionale (pagamento di una somma forfettaria comprensiva di tutte le prestazioni ricevute).

Una ipotesi di meccanismo tariffario

Avendo fin qui brevemente considerato le aree implicitamente o esplicitamente interessate dai meccanismi di pagamento per prestazione è opportuno, ai fini di un giudizio com-

pletivo, analizzare quali siano gli indirizzi applicativi che sembrano emergere nel dibattito istituzionale. Il punto di riferimento obbligato è la bozza di decreto del Ministro della sanità (in applicazione dell'art. 8, comma 6 del decreto di riforma) attualmente in discussione in sede di Conferenza Stato-Regioni. Sebbene il decreto applicativo debba determinare i criteri generali per la fissazione delle tariffe con specifico riferimento ai rapporti esplicitamente richiamati al comma 5 dell'art. 8 (aree esplicite di applicazione nella terminologia qui adottata), è facilmente ipotizzabile che l'impianto prescelto finirà inevitabilmente per influenzare tutte le aree coinvolte nei meccanismi tariffari. I punti principali contenuti nella bozza di decreto possono essere sintetizzati come segue (4).

Per quanto riguarda gli ambiti di applicazione viene affermato che le tariffe rappresentano la remunerazione che le USL corrispondono ai « soggetti erogatori » e tra questi vengono esplicitamente menzionati i presidi gestiti dalle USL stesse. Alcune perplessità su tale scelta sono già state precedentemente discusse.

L'identificazione di ciò che si intende per prestazione ai fini del pagamento è un punto particolarmente delicato, soprattutto nel caso dell'assistenza in regime di ricovero (per l'altra grande area di prestazioni, quelle ambulatoriali, la definizione delle prestazioni è sicuramente più semplice ed esiste peraltro una esperienza consolidata rappresentata dal nomenclatore tariffario). La scelta adottata è stata quella di utilizzare il sistema DRG (raggruppamenti omogenei di diagnosi nella traduzione italiana), che è il metodo attualmente utilizzato dal programma Medicare per il rimborso agli ospedali (5). Rispetto a tale scelta, nei limiti del presente scritto, è sufficiente notare che i sistemi di classificazione dei pazienti a fini di rimborso basati sulla dia-

gnosi implicano che ad ogni diagnosi definita dal sistema corrispondano gruppi di casi « isorisorse » (6), cioè trattamenti che consumano o dovrebbero consumare la medesima quantità di risorse (da verificarsi in relazione a determinati indicatori, come ad esempio la degenza media) per poter successivamente procedere alla fase del « costing » cioè alla determinazione dei pesi relativi. Poiché le pratiche mediche prevalenti (trattamenti normalmente praticati in relazione all'apprezzamento delle condizioni del paziente) e le condizioni di efficienza media nella produzione dei singoli elementi che concorrono al trattamento possono ampiamente differire da un paese all'altro, il trasferimento del sistema implica un processo laborioso che comprende, almeno:

1) la verifica che la classificazione proposta conservi nello specifico contesto le medesime caratteristiche di « isorisorsità » e di gestibilità tecnica (in relazione, ad esempio, ai sistemi informativi) ed eventualmente un processo di ridefinizione delle classi stesse o una modifica della loro numerosità;

2) l'attribuzione dei pesi alle diverse categorie, tenendo presente la maggiore variabilità che nell'assorbimento di risorse è riscontrabile nei diversi paesi rispetto alla definizione delle classi (è più facile che esistano le condizioni per accettare la stessa classificazione che lo stesso sistema di pesi) e le maggiori difficoltà metodologiche insite nella fase di costing rispetto alla fase di cui al punto precedente (7).

La verifica cruciale della bontà del processo di costruzione o adattamento di un sistema di classificazione (classi e pesi) consiste comunque nella sua concreta applicabilità, soprattutto dal punto di vista dei risultati che esso produce nelle unità del sistema. Un sistema di classificazione è applicabile, caratteristica che andrebbe opportunamente valutata in via preven-

tiva, se una volta introdotto produce degli equilibri economici, a livello delle diverse unità, complessivamente sopportabili senza introdurre stimoli a selezionare particolari profili di offerta (redditività differenziata tra le diverse classi o possibilità di sussidio incrociato).

Il terzo passaggio contenuto nella bozza di decreto riguarda le tariffe vere e proprie. Le Regioni e le Province autonome determinano delle tariffe per i rispettivi ambiti territoriali differenziando solo alcuni dei soggetti erogatori (ospedali) sulla base del case-mix. In pratica, la tariffa viene costruita a partire da una rilevazione sui costi di produzione di tutti i soggetti erogatori (pubblici e privati) e calcolata nella seguente maniera:

1) a quelli che vengono considerate come componenti di costo dirette (personale direttamente impiegato, materiali consumati, attrezzature, costi generali della singola unità produttiva), ricalcolate a prezzi standard (prezzi previsti per singolo fattore produttivo), viene aggiunta, sotto forma di incremento percentuale sui costi diretti,

2) una quota dei costi generali (specifica per ogni classe di soggetti) pari al rapporto tra costi generali e il complesso dei costi diretti ed eventualmente,

3) una ulteriore quota per coprire costi generali specificamente attribuibili allo svolgimento di « attività istituzionali di ricerca, didattica, formazione e aggiornamento professionale e/o la presenza di servizi obbligatori individuati dalla programmazione nazionale e regionale ».

Non considerando i temi legati all'attuazione (contenuti, modalità e fattibilità di rilevazioni generalizzate sui costi di produzione per prestazione) e rimanendo sul piano delle logiche generali, due ci sembrano gli aspetti più rilevanti delle scelte proposte: il primo, che verrà discusso più avanti, è quello di aver sostanzialmente adottato una unica tariffa per tutti i soggetti erogatori pubblici e privati, il secondo, qui brevemente analizzato, è la scelta di un impianto logico che può essere definito « a margini di contribuzione ». In effetti ciò che viene proposto è di incrementare percentualmente alcuni costi diretti del prodotto al fine di coprire esattamente prima i costi generali dell'unità operativa e successivamente quelli dell'intera azienda. Se applicato in termini di analisi dei costi e dei prezzi di vendita il modello normalmente assume che esistono dei costi fissi (relativamente indipendenti dai volumi) e dei costi generali (non attribuibili ai prodotti) che vanno recuperati attribuendo tale compito e per una certa quota (margine di contribuzione) ai singoli prodotti nell'ipotesi di un determinato volume di vendita.

Il punto importante da notare nel caso specifico è che se tale modello viene utilizzato per stimare i costi dei prodotti, l'ipotesi implicita che si deve necessariamente assumere è che l'assorbimento di quelli che vengono considerati come costi generali da parte dei vari prodotti sia proporzionale ai loro costi diretti. Ora se questo principio è accettabile per una certa parte dei costi generali, molto distante dal processo produttivo principale, lo è molto meno quando tra i costi generali vengono imputati i costi di rilevanti centri di prestazione intermedia il cui assorbimento è fortemente differenziato tra i diversi prodotti (es. radiologia e laboratorio). È importante inoltre sottolineare che il rischio della scelta di associare il finanziamento alla prestazione in assenza di un adeguato processo di costing è tanto maggiore quanto più sofisticato è il sistema di classificazione delle prestazioni stesse (8).

L'ultimo aspetto toccato dalla bozza di decreto è relativo a una certa gradualità nella introduzione del nuovo meccanismo. Per le prestazioni di

assistenza ospedaliera e quelle di assistenza specialistica ambulatoriale, in attesa che le Regioni sviluppino un adeguato meccanismo di rilevazione dei costi (costing per tutte le prestazioni), viene quindi già proposto un sistema di pesi che consente di limitare la rilevazione ad alcune prestazioni (da rilevarsi peraltro su di un campione di soggetti erogatorie e non l'intera popolazione) e riparametrare le tariffe di tutte le altre prestazioni sulle sole effettivamente rilevate.

I criteri generali per la definizione delle tariffe, nell'impostazione della bozza di decreto, sono quindi riassumibili nella definizione delle prestazioni (DRG per l'attività ordinaria di ricovero) e nella previsione di un loro rimborso a costo pieno a tutti i cosiddetti soggetti erogatori (privati e pubblici, aziende e parti delle aziende) sulla base di un tariffario definito dalle Regioni. Si tratta ora di esprimere alcune valutazioni circa tale impostazione di fondo e individuare quali possano essere i punti critici nella definizione di criteri generali per i meccanismi tariffari.

Quali tariffe, quali obiettivi, quali soggetti

Una valutazione sull'impostazione data al tema delle tariffe deve necessariamente essere discussa in relazione al modello di funzionamento di sistema sanitario che lo specifico meccanismo delle tariffe concorre a determinare. È opportuno partire quindi da una interpretazione del funzionamento del sistema che dà ragione delle scelte operate sul sistema tariffario ed ha il vantaggio di provenire da documenti ufficiali. Nel piano sanitario 94/96 nel capitolo dedicato ai criteri di finanziamento e di accreditamento delle istituzioni sanitarie si legge:

« Il D.L. vo 502/92 innova profondamente... Da un lato è prevista una pluralità dei soggetti erogatori che

possono operare all'interno del servizio e tra i quali i cittadini hanno piena libertà di scelta; dall'altro, viene introdotto un sistema uniforme per il pagamento delle prestazioni... sulla base di tariffe predeterminate, fissate a livello regionale e valide... per tutti gli erogatori, pubblici e privati... Il passaggio a questo nuovo modello di finanziamento mira ad introdurre... dei meccanismi di concorrenza tra i vari erogatori, tali da consentire un miglioramento del livello di efficienza complessiva nell'utilizzo delle risorse... i fornitori di prestazioni al Servizio sanitario nazionale, tanto quelli pubblici quanto quelli privati, verranno remunerati solo in proporzione alla attività effettivamente svolta a beneficio degli assistiti. Conseguentemente, al fine di riuscire a massimizzare il margine tra tariffa e costo medio di produzione delle prestazioni, essi dovranno tendere ad ottimizzare i propri processi produttivi e quindi minimizzare i costi unitari, pur mantenendo adeguati standard qualitativi ».

L'idea di concorrenza e caratteristiche di funzionamento dei mercati sanitari sottostante a tali affermazioni e alla conseguente impostazione del sistema di tariffe non sembra convincente almeno per i seguenti motivi.

Un sistema di tariffe centrale, sostanzialmente uniforme per tutti gli erogatori, non contemplando la concorrenza sui prezzi stimola prioritariamente la concorrenza sulla qualità delle prestazioni offerte (9), ma non riesce a intervenire sul grado di inefficienza media presente nelle unità di offerta del sistema, soprattutto nel caso in cui, come normalmente avviene nei mercati sanitari, sia presente un grado di monopolio. Il lungo e argomentato dibattito che ha preceduto e accompagnato la riforma inglese, con la scelta di utilizzare come strumento della competizione nei cosiddetti mercati interni i contratti di acquisto di prestazioni, ha chiarito

molto bene il punto. « ... Uno dei modi in cui le rendite monopolistiche sono catturate dai monopolisti (specialmente quelli non a scopo di lucro) è attraverso la crescita dei costi. Se questi vengono incorporati nei costi medi per specialità o in quelli dei DRG, allora la tariffa ha l'effetto di consolidare una distorsione nel sistema assicurando che l'inefficienza (media) non venga penalizzata. Ebbene, il motivo principale per l'introduzione dei mercati interni consiste proprio nella sensazione che, in media, ci sia già inefficienza nel sistema. Se tale opzione fosse perseguita... negherebbe nella pratica tutti i potenziali benefici di un incremento della competizione » (10).

Anche assumendo che la fissazione di una tariffa riesca a generare dei potenziali risparmi minimizzando i costi unitari medi, e si sottolinea che tale assunzione implica che i produttori i cui costi sono superiori alle tariffe siano in grado di ridurre i costi o che escano dal mercato cedendo la loro « clientela » ai produttori più efficienti, rimane pur sempre il problema dei costi totali del sistema. Tale problema può essere colto sotto due profili differenti. Dal punto di vista di ogni singolo produttore ogni sistema basato sulle prestazioni spinge, se esiste domanda sufficiente, ad aumentare il numero delle prestazioni fino alla completa saturazione della capacità produttiva esistente. In presenza di curve dei costi decrescenti (stante un certo livello di costi fissi e di capacità produttiva produco unità addizionali fino a quando i costi variabili sono inferiori alla tariffa), l'aumento dell'efficienza nel breve periodo conduce tendenzialmente a un aumento delle prestazioni e quindi dei costi totali. Dal punto di vista del sistema sanitario nel suo complesso se l'offerta è in grado di generare la domanda corrispondente (11), in assenza di razionamento della stessa capacità di offerta (12),

e con remunerazioni che coprono i costi collegate alla domanda e quindi alle prestazioni (tanto più se passasse una attuazione estesa dei meccanismi tariffari), nessun sistema è in grado di garantire o attribuire responsabilità significative sui livelli di spesa complessivi. In termini molto concreti l'idea di una compresenza di elementi quali sistema pubblico di tutela della salute, una competizione tra pubblico e privato, remunerazioni per prestazione, nessun vincolo all'offerta (anche ipotizzando uno stretto controllo dell'offerta del settore pubblico), libertà di scelta del cittadino non è compatibile con l'esistenza di vincoli prefissati alle risorse che si vogliono destinare al settore unitario.

Bisogna infine notare che è difficile comprendere come sia possibile utilizzare le stesse logiche nei confronti dei soggetti erogatori pubblici e privati, anche qualora si accetti il meccanismo del pagamento di una tariffa predeterminata a fronte della prestazione resa. Non si tratta qui di aprire un dibattito su ruolo, funzioni e livelli di efficienza dei due settori, ma di partire dalla semplice constatazione che gli assetti istituzionali e l'appartenenza a un certo soggetto economico non possono essere influenti nella scelta delle concrete modalità di relazione.

Per gli operatori privati, nel rispetto delle condizioni generali che regolano l'operare nel settore sanitario, un sistema di tariffe definisce le ricompense che l'ambiente è disposto a riconoscere per la produzione delle prestazioni. Rispetto a quel sistema di ricompense l'azienda definisce i propri comportamenti tesi a raggiungere i propri fini anche tramite il governo delle relazioni tra costi e ricavi. Per chi è istituzionalmente responsabile dei risultati del sistema sanitario (Regione), i modi per assicurarsi determinati comportamenti da parte degli operatori privati passano, in as-

senza di un sistema di specifici impegni reciproci appositamente definiti (contratti), esclusivamente attraverso la definizione delle principali condizioni di ambiente e in particolare dei parametri che costituiscono le convenienze economiche (tariffe) e dei vincoli all'azione (regolazione).

Ben diverso è il sistema di relazioni nel caso si tratti di aziende che siano collegate istituzionalmente alla Regione stessa. Oltre alle variabili che rappresentano le convenienze economiche, il comportamento può essere direttamente influenzato dagli obiettivi che la Regione pone e in generale da tutti gli strumenti utilizzabili nel governo di un gruppo di aziende. Sono proprio comportamenti diversi, che discendono dall'appartenenza al gruppo pubblico, anche in presenza di situazioni di ambiente analoghe che giustificano la presenza dell'operatore pubblico tramite proprie strutture di offerta. Gli stessi sistemi di finanziamento e l'intensità degli impulsi che trasmettono assumono un ruolo molto diverso, non solo in relazione alla presenza di altri sistemi di influenza sul comportamento aziendale, ma anche in relazione all'ovvia constatazione che il rischio di un eventuale disequilibrio economico è in una certa misura condiviso e non ricade esclusivamente su quello che può essere considerato un soggetto terzo. Tutto ciò porta a concludere che a meno di una decisa operazione in termini di separazione istituzionale e attribuzione di responsabilità profondamente differenziate, di cui però sembra difficile vedere un segno evidente nella riforma, è necessario conservare una chiara distinzione tra i problemi relativi al finanziamento di aziende dello stesso gruppo pubblico (criteri di finanziamento) anche nel caso in cui, per ragioni di opportunità, si intendano utilizzare meccanismi analoghi all'acquisto di prestazioni o simulare situazioni di mercato (13).

Il richiamo all'esigenza di conservare una distinzione, in termini di obiettivi e finalità da assegnare ai sistemi di tariffe, tra le diverse situazioni in cui è possibile o utile introdurre dei meccanismi di pagamento per prestazione può consentire, in conclusione, di fornire un contributo alle scelte che soprattutto a livello di sistemi regionali si dovranno fare, cercando di mettere in evidenza per ogni possibile area di introduzione di meccanismi tariffari (si veda il primo paragrafo) quali siano i principali problemi. Non si tratta quindi di proposte di specifiche soluzioni tecniche, ma di una prima identificazione di criteri generali da cui potranno poi discendere specifiche soluzioni.

Una prima area di applicazione delle tariffe è quella della compensazione della mobilità inter-regionale in presenza di una modificazione dei criteri di ripartizione del FSR. L'entità delle compensazioni che dovranno passare attraverso il meccanismo tariffario, e quindi la sua effettiva rilevanza, dipenderanno in parte dal ruolo che verrà affidato ad altri meccanismi di aggiustamento del criterio pro-capite. Il punto centrale per tale area non sembra essere l'esatta ricostituzione delle risorse impiegate da alcune Regioni per i cittadini di altre Regioni, quanto la necessità di costruire il consenso politico sul principio della compensazione da parte delle diverse Regioni e, sul piano tecnico, verificare la fattibilità di sistemi anche molto semplificati che consentano un trasferimento accettabile di risorse verso le Regioni fornitrici e non ingenerino pericolose illusioni finanziarie presso le Regioni tradizionalmente esportatrici di pazienti.

L'area a maggior criticità per il sistema tariffario è il rapporto con le istituzioni sanitarie private. L'abolizione delle convenzioni che limitavano la capacità di offerta riconosciuta, la libera scelta del cittadino e il

sistema di tariffe predeterminato rende centrale il problema di come garantire il rispetto dei vincoli finanziari (si suppone che sulle dinamiche del settore pubblico di offerta esista una maggior capacità di controllo). Poiché la non soluzione implicita nel modello « conto corrente aperto al settore privato » non sembra sia compatibile con gli attuali problemi della finanza pubblica ci sembra ragionevole cercare di collegare il sistema delle tariffe ai volumi, in modo da rendere più governabile la spesa complessiva, a meno che non si voglia razionare burocraticamente la domanda che affluisce al privato (preventiva saturazione del sistema pubblico) o addirittura regolare la capacità di offerta del settore privato. Il collegamento prezzi volumi potrebbe essere effettuato con modalità competitive (gare), dove possibile, prevedendo incentivi negativi al crescere delle prestazioni, oppure tramite accordi negoziati in termini programmatici tra l'operatore pubblico e l'insieme del settore privato.

Una terza area di applicazione del sistema tariffario, esplicitamente prevista dal decreto di riforma è quella degli ospedali azienda. In questo caso uno dei problemi è rappresentato dalla non facile convivenza tra meccanismi di finanziamento diversi. Si pensi ad esempio al tema se gli investimenti debbano essere autofinanziati (incorporati nelle tariffe) e quindi tendenzialmente dipendere da autonome scelte imprenditoriali o finanziati a parte e quindi decisi da chi governa il sistema. Un tema in parte collegato a questo è quello dei rapporti tra ospedali azienda e USL. Se il modello regionale affida alle USL forti responsabilità sulle risorse complessivamente impiegate (es. finanziamento delle USL pro-capite ed eventuale trasferimento di fondi dalle USL agli ospedali azienda) e in presenza di un ruolo rilevante nella struttura di offerta locale di un ospedale azienda,

il sistema tariffario può mostrare forti limiti e quindi potrebbe essere utile passare a rapporti di tipo contrattuale (del tipo di quelli attualmente esistenti nel contesto inglese). Va infine segnalato che anche in questo caso, sebbene in misura minore rispetto a quanto detto in relazione al settore privato, potrebbe esistere il problema di come controllare i volumi in presenza di forti incentivi all'incremento delle prestazioni.

Il tema delle tariffe interessa anche il funzionamento delle aziende USL per almeno tre aspetti. Il primo è quello della compensazione della mobilità inter-USL in presenza di modalità di finanziamento tese a responsabilizzare le aziende sui livelli di spesa complessivi, in tal caso il meccanismo delle tariffe rappresenta una variabile di governo del sistema che può mirare ad enfatizzare comportamenti di tipo competitivo (tariffe più vicine ad una configurazione di costo pieno aziendale con forti vantaggi a catturare domanda esterna) o rappresentare un più limitato sistema di incentivi che compensa parte dei costi sopportati nel trattare pazienti esterni. Il secondo è quello di un suo parziale utilizzo nei sistemi di finanziamento da parte della Regione e in tal caso rappresenta uno stimolo specifico all'efficienza nei processi di produzione dei servizi. Il terzo, che è già stato trattato nel testo e considerato come improprio poiché non rispetta l'unitarietà dell'azienda, è quello relativo all'imposizione di meccanismi automatici di allocazione delle risorse a livello intra-aziendale.

Il problema delle tariffe va infine considerato rispetto all'area dei rapporti tra clienti/utenti e aziende sanitarie. Il regime delle franchigie definisce di fatto un mercato competitivo tra per tutte le aziende del sistema: il cliente trasferisce alle aziende risorse aggiuntive proprie in cambio delle prestazioni ricevute. Se l'enfasi principale su questo segmento di at-

tività è la competizione e se appare improbabile un regime di prezzi imposti alle istituzioni sanitarie private o si nega la competizione lasciando al pubblico una funzione di « offerta residuale e calmierata » o inevitabilmente bisognerà lasciare anche al settore di offerta pubblico un certo grado di libertà nella manovra della variabile competitiva del prezzo. Bisogna riconoscere comunque che la concreta definizione di un possibile meccanismo non appare così semplice in quanto l'esigenza di una certa libertà nel regime dei prezzi si scontra con l'esigenza di mantenere una base stabile e omogenea a livello regionale per il sistema di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (ticket).

Nel presente articolo non sono state affrontate e discusse le specifiche soluzioni tecniche utilizzabili nel disegnare i sistemi tariffari, ritenendo prioritario cercare di fornire un contributo preliminare alla ricerca di tali soluzioni sottolineando come:

1) quello delle tariffe non è un problema esclusivamente tecnico, ma è profondamente intrecciato alle scelte sull'assetto complessivo del sistema sanitario regionale, ai contenuti delle responsabilità attribuite ai diversi livelli, ai sistemi di finanziamento;

2) solo dopo aver chiarito a quale modello di sistema regionale si vuole pervenire sarà possibile affrontare gli aspetti implementativi, a meno di voler introdurre surrettiziamente i modelli generali tramite scelte che paiono di natura tecnica;

3) i meccanismi tariffari agiscono su aree differenziate di funzionamento dei sistemi sanitari, in sede di approntamento delle soluzioni tecniche potrà essere possibile e utile pervenire a una base comune per il sistema delle tariffe, ma occorre una chiara percezione degli elementi che differenziano le diverse aree di applicazione in termini di problemi e obiettivi da raggiungere.

(1) L'influenza della fase attuativa nel determinare i contenuti effettivi delle politiche pubbliche è il punto di partenza di quel filone di studio delle politiche che va sotto il nome di « implementation research ». Per una sintesi sull'argomento si veda DENTE B., *L'analisi dell'attuazione delle politiche pubbliche*, in « Rivista trimestrale dell'Amministrazione pubblica », n. 3-4/1983.

(2) DEL VECCHIO, LONGO F. « Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L. 502/92 » in **Mecosan** n. 6/93.

(3) La legge finanziaria per il 1994 fissa per l'area delle prestazioni di specialistica e diagnostica ambulatoriale una franchigia di lire 100.000 e definisce criteri per l'esenzione che interessano circa 18 milioni e mezzo di utenti rispetto ai 13 milioni e mezzo di cittadini definiti dalla normativa precedente, il risparmio previsto per il 1994 da tale manovra si aggira sui 700 miliardi (stime contenute in ASI gennaio 1994).

(4) Si veda « Ospedali, specialistica, diagnostica, i criteri per la fissazione delle tariffe », ASI, n. 3, 1994.

(5) Per una sintetica descrizione del sistema DGR si veda FATTORE G. *Il sistema sanitario statunitense: innovazione e crisi del modello di mercato*, **Mecosan**, n. 3, 1992. Una ampia rassegna delle sperimentazioni in atto sulle possibilità di trasferimento di tale sistema nei diversi contesti europei si veda KIMBERLY J.R., DE POUVOURVILLE (a cura di) *The migration of managerial innovation-Diagnosis-related groups and health care administration in western europe*, Jossey Bass Publishers, San Francisco, 1993. Da tale rassegna emerge con chiarezza l'interesse per le potenzialità di trasferimento, ma anche, da una parte la necessità di uno sforzo intenso di adattamento ai contesti specifici e dall'altra le difficoltà di un loro diretto utilizzo nei sistemi di finanziamento.

(6) Evidentemente l'apprezzamento di un grado accettabile di « isorisorsità » anche della gestibilità tecnica dello strumento e quindi in particolare del numero massimo di classi che si è disposti ad introdurre.

(7) Al di là della volontà o meno di utilizzare di collegare il sistema DRG al finanziamento e dei collegamenti tra le

due fasi, questa ci sembra essere la ragione per cui « Mentre tutti i paesi in cui il sistema è stato introdotto hanno superato la fase di verifica della trasferibilità tecnica della tecnologia e della validazione del modello di utilizzazione descritto dal sistema di classificazione, pochi sono relativamente avanzati nello sviluppo di un sistema di costing per la determinazione del Peso relativo delle diverse categorie di pazienti ». TARONI F. *I DRG come strumento di controllo della qualità e dei costi* » Atti del Convegno « Gruppi diagnostici correlati e protocolli diagnostico terapeutici come strumento per la valutazione dei servizi sanitari nel processo di programmazione », HSR, ottobre '90.

(8) Il rischio cui ci si riferisce è quello di produrre livelli di finanziamento non in linea con i costi effettivi o ingenerare comportamenti non desiderati. Quanto più è sofisticato il sistema di classificazione tanto più difficile risulta la rilevazione dei costi e il conseguente rischio che il sistema di finanziamento produca risultati non accettabili. Il ricovero per specialità è ad esempio un cattivo indicatore delle risorse consumate (all'interno della medesima specialità ci sono sicuramente casi con rilevanti differenze in termini di assorbimento di risorse), ma la definizione dei costi per specialità è molto più semplice di quella dei DRG e quindi, sebbene un ipotetico finanzia-

mento per ricovero per specialità non sia in grado di ingenerare una serie di comportamenti desiderati, potrebbe risultare molto meno rischioso rispetto all'equilibrio economico delle unità del sistema.

(9) Il fenomeno è chiaramente espresso nella versione del Piano sanitario citata dalla rivista, ed è significativa la fonte, Ospedalità privata « In un sistema nel quale i prezzi sono fissati esternamente e sono uguali per tutti i soggetti operanti sul mercato, infatti la concorrenza per l'acquisizione di quote di mercato si basa principalmente sulla qualità delle prestazioni offerte », Inserto Ospedalità Privata, Anno XXI, n. 6, 1993.

(10) Nostra traduzione da CULYER A.J. and JOHN POSNETT *Hospital behaviour and competition* in CULYER A.J., ALAN MAYNARD and POSNETT JOHN (eds.) *Competition in health care. Reforming the NHS*, MacMillan Press, 1992. Della stessa opinione è anche ELLWOOD S. la quale nell'analizzare i tre possibili metodi per la determinazione dei prezzi nei quasi-mercati inglesi (tariffe centrali o prezzi contrattualmente definiti asati sui costi effettivamente sostenuti o prospettici) sottolinea come il sistema adottato consenta un miglior controllo sui costi complessivi e di utilizzare i prezzi come guida per l'azione « In teoria almeno, le strutture che acquistano saranno guidate dal prezzo a utilizzare

il fornitore più efficiente e i fornitori saranno spinti a migliorare l'efficienza (nella misura in cui si tratta di mercati contendibili », ELLWOOD S. *Pricing health-care under « Managed competition »*, in BUSCHOR E., SCHEDLGR K. (DEDS), *Perspectives on performance measurement and public sector accounting*, Haupt, 1994.

(11) Ci si riferisce in questo caso non ai fenomeni di moltiplicazione artificiosa o contabile delle prestazioni, come ad esempio dimissioni anticipate e ricoveri successivi (esempio citato nel Piano sanitario), ma a un vero e proprio incremento della domanda collegato alla presenza di capacità di offerta (si pensi per esempio alle prestazioni di diagnostica strumentale).

(12) Si sottolinea come nell'impianto della riforma il meccanismo dell'accreditamento sia esclusivamente rivolto a certificare la presenza di dotazioni strumentali, tecniche e professionali idonee e non a garantire un certo dislocamento o dimensione delle strutture di offerta.

(13) Il tema qui appena accennato è quello dell'utilizzo di meccanismi di mercato nel guidare i comportamenti dei gruppi di aziende. Il tema è molto vasto e per una chiara sintesi di diversi approcci si rimanda a PILATI M. *Le politiche dei prezzi di trasferimento. Organizzazione e controllo nei quasi-mercati*, EGEA, 1990.

LE BASI EPIDEMIOLOGICHE DELL'ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI

di Armando Muzzi - Giuseppe Cananzi

Cattedra di igiene - Università Tor Vergata - Roma

SOMMARIO: Multidisciplinarietà dell'organizzazione e gestione dei Servizi sanitari - La cultura epidemiologica per la direzione dei servizi sanitari - L'epidemiologia dei Servizi sanitari e la Ricerca sui Servizi sanitari - La ricerca epidemiologica dei servizi sanitari a fini decisionali - La ricerca epidemiologica dei servizi sanitari a fini di verifica e di valutazione - L'epidemiologia dei Servizi sanitari in Sanità pubblica;

The article points out the role of the epidemiology in supporting the organisation and management of health services. This role consists of a scientific support, providing a framework for choice and decision for health care managers. It is stressed that the hardest task of the epidemiological culture is that of ensuring quality of the health services evaluating the application of the most up-to-date knowledge concerning their effectiveness and efficiency.

Multidisciplinarietà dell'organizzazione e gestione dei Servizi sanitari

L'organizzazione e gestione dei Servizi sanitari raccoglie l'interesse dei cultori di discipline le più disparate, talmente numerose che è difficile enumerarle in modo esaustivo (cfr. tavola 1).

Il risultato di tale multidisciplinarietà è che molti « esperti » hanno ritenuto necessario portare un contributo coerente alla propria personale specializzazione e competenza e questa situazione ha creato, accanto ad una proficua fertilizzazione di idee e di metodi:

— una sovrapposizione di argomenti, non sempre coerente con un punto di intesa comune e condiviso, soprattutto quando è stato necessario operare delle scelte sia sul piano teorico che sul piano pratico;

— una difficoltà di comunicazione delle informazioni, sia per l'uso di specifiche tecniche di raccolta ed

interpretazione dei dati, che per oggettive incomprensioni, anche semantiche, perché ogni disciplina si manifesta con caratteristiche peculiari una delle quali è proprio il linguaggio.

Per ovviare, almeno in parte, a tali inconvenienti occorre innescare un dibattito culturale che conduca a possedere un comune bagaglio scientifico ed una condivisa « mentalità » decisionale.

È probabile che uno dei motivi per invocare la presenza di un manager in Sanità sia proprio il desiderio di un momento aggregante non solo in termini operativi ma anche culturali della complessa materia, di un esperto cioè che possa conoscere ed interpretare le esigenze informative ed operative provenienti dalle diverse discipline.

L'attuale gestione dei Servizi sanitari sembra in altre parole richiedere figure direttive equilibrate e preparate, in grado di discutere e prendere decisioni in un contesto quanto mai disordinato e turbolento, caratteriz-

zato da desideri anche legittimi se singolarmente presi, ma contraddittori con le possibilità complessive del sistema.

In estrema sintesi possiamo indicare i tre principali filoni culturali che contribuiscono alla formazione manageriale in campo sanitario: medico-epidemiologico, amministrativo-organizzativo, ed economico-gestionale (cfr. tavola 2).

La cultura epidemiologica per la direzione dei Servizi sanitari

A nostro parere, l'attuale dibattito mette forse troppo l'accento sul reclutamento dei dirigenti/managers dall'interno o dall'esterno del sistema sanitario e trascura invece che il momento aggregante ed unificatore nel quadro multidisciplinare della materia è dato dalla cultura e dalla mentalità epidemiologica. Ciò che si intende dimostrare è che la conoscenza dei principi e metodi dell'epidemiologia e la competenza della loro ap-

plicazione sono indispensabili per comprendere i fenomeni che configurano i Servizi sanitari e per praticare la professione di dirigente di « Aziende sanitarie ».

A questo proposito occorre riflettere su alcuni punti:

— la metodologia epidemiologica consente di comprendere, aumentando le facoltà critiche e deduttive, la razionalità con la quale sono adottate le opzioni diagnostiche, le decisioni correttive e le scelte prognostiche, riferite sia al singolo paziente che alla collettività;

— la conoscenza dei risultati delle ricerche epidemiologiche permette di interpretare le osservazioni di casi ed eventi di interesse sanitario nonché di fornire il supporto più idoneo per evitare, o limitare, gli effetti di tali eventi;

— l'epidemiologia indica come interpretare, operare collegamenti e trarre deduzioni da dati di diversa origine, anche non sanitari;

— le ricerche epidemiologiche possono contribuire a far evolvere i sistemi sanitari da un tipo di erogazione virtualmente « illimitato » ad uno selettivo e motivato.

In Sanità ogni decisione, per quanto razionale ed esplicita, è ovviamente discutibile se si muta il punto di vista. Tuttavia in questo campo le decisioni sono spesso decisioni « forti » se si considera che riguardano la scelta tra chi deve essere assistito e chi no, al limite tra chi deve vivere e chi deve morire.

Va inoltre tenuto presente che per una difettosa organizzazione e gestione dei Servizi sanitari il divario tra queste categorie può aumentare anche significativamente.

L'attuale momento storico si caratterizza per il consenso sulla valutazione della qualità dei servizi pubblici e sulla responsabilità nei confronti della collettività, che sostanzialmente paga tali servizi. In Sanità pubblica (1), con riferimento ai Ser-

vizi sanitari, questi inderogabili obiettivi si traducono in:

1) aumentare il livello di qualità dei servizi (2);

2) accrescere la sensibilità di risposta ai mutevoli bisogni della società.

La garanzia della qualità e del pubblico tornaconto (3) rende perciò più stringente la necessità di una puntuale e corretta organizzazione e gestione dei Servizi sanitari. A questo fine è necessario raccogliere il portato di due differenti culture che non debbono ignorarsi a vicenda:

a) le conoscenze derivanti dalle Scienze mediche, in particolare dalla epidemiologia;

b) le conoscenze derivanti dalle Scienze amministrative e più recentemente dalle discipline tecnico-organizzative cosiddette « aziendalistiche ».

Tuttavia, mentre l'aspetto amministrativo ed aziendale è stato ampiamente trattato in letteratura, la componente sanitaria ed epidemiologica dell'organizzazione dei Servizi sanitari non è, almeno finora, altrettanto diffusamente esplorata (4).

L'epidemiologia dei Servizi sanitari e la ricerca sui Servizi sanitari

Negli ultimi decenni i Servizi sanitari si sono profondamente modificati in risposta alla sbalorditiva crescita delle nuove scoperte e conoscenze. Allo stesso tempo è documentabile l'apporto dei Servizi sanitari sull'ampliamento delle conoscenze scientifiche.

La ricerca epidemiologica, suddivisa, secondo l'obiettivo perseguito, in epidemiologia clinica, epidemiologia eziologica ed epidemiologia applicata, costituisce la base epidemiologica dell'organizzazione e gestione dei Servizi sanitari.

L'epidemiologia dei Servizi sanitari rappresenta quindi una disciplina che sintetizza la ricerca epidemiologica e

la ricerca sui servizi/sistemi sanitari, anche se non esistono rigidi confini tra questi campi di ricerca.

I Servizi sanitari possono essere raffigurati come lo strumento applicativo delle conoscenze sanitarie che derivano principalmente dalle ricerche biologiche, cliniche ed epidemiologiche (cfr. tavola 3). La ricerca sanitaria può essere distinta in ricerca *di base* ed in ricerca *applicata*:

1) la ricerca di base tende a fornire spiegazioni sulle « forze della natura », sia interne all'organismo umano (fenomeni biologici e meccanismi di produzione delle alterazioni biologiche), sia esterne (fattori presenti nell'ambiente (5) causa di malattia e/o di rischio per la salute);

2) la ricerca applicata tende ad indicare quegli interventi che permettono di modificare le « forze naturali » in relazione sia al singolo individuo (ricerca *clinica* orientata al paziente o alla malattia), che ad un gruppo più o meno numeroso di persone; proprio quest'ultimo genere di ricerca, sulla spinta dei problemi economici correlati ai Servizi sanitari e del rapido cambiamento degli obiettivi dei Sistemi sanitari, sembra oggi destare il maggiore interesse.

Dal punto di vista scientifico l'epidemiologia appare quindi una giusta combinazione tra teoria deduttiva (guidata dalle teorie) e teoria induttiva (guidata dalle osservazioni) della scienza. Vale la pena di sottolineare che la ricerca epidemiologica ricalca assai bene le tre fasi principali del metodo scientifico secondo Bertrand Russell:

1) osservare i fatti significativi e giungere ad una ipotesi che, se vera, può spiegare tali fatti (= metodologia epidemiologica descrittiva);

2) provare con metodi sostanzialmente osservazionali, raramente sperimentali, le ipotesi causali (= metodologia epidemiologica investigativa);

3) dedurre da queste ipotesi delle

conseguenze pratiche che si possono sottoporre a continua verifica (= metodologia epidemiologica applicata).

L'epidemiologia come disciplina, a buona ragione indicata come « l'architrate della Sanità pubblica », ha oggi alle spalle un collaudo di circa un secolo di proficuo lavoro ed in questo contesto può in sintesi essere definita come:

— lo studio della distribuzione delle malattie, dei difetti e delle invalidità nella popolazione;

— lo studio dei fattori personali e ambientali che permettono a tali condizioni di prodursi e manifestarsi;

— lo studio degli interventi sanitari che contrastano il prodursi e il manifestarsi di tali condizioni.

I Servizi sanitari, intesi epidemiologicamente come fattore di rischio potenzialmente migliorativo della salute umana (a volte anche peggiorativo), costituiscono in assoluto il migliore campo di studio per la ricerca epidemiologica. Questa ricerca tende infatti a valutare contemporaneamente:

1) la misura dei livelli di salute per determinare le necessità e/o i bisogni sanitari in termini di prevalenza delle malattie e di individuazione dei fattori di rischio presenti in una popolazione;

2) la valutazione dei servizi forniti rispetto allo stato di salute della popolazione stessa.

Lo studio epidemiologico delle malattie, o meglio dei problemi sanitari, può portare ad un ventaglio di opzioni (cfr. tav. 4):

— ricerche di *epidemiologia descrittiva*, accompagnate da indagini demografiche e sociologiche, per ridurre l'ignoranza circa la vastità e la distribuzione nel tempo e nello spazio dei problemi sanitari, dei costi diretti ed indiretti e delle conseguenze negative che producono le malattie;

— ricerche di *epidemiologia investigativa* (o eziologica), per identificare, unitamente alla ricerca biomedica,

le cause e i fattori di rischio dei problemi sanitari e dei processi fisiopatologici coinvolti;

— ricerche di *epidemiologia sperimentale* (essenzialmente epidemiologia clinica (6), per accrescere, associate alla ricerca clinica (farmacologica, immunologica, ecc.), le conoscenze sulle tecniche e procedure a finalità preventiva, curativa e riabilitativa più efficaci per risolvere i problemi sanitari;

— ricerche di *epidemiologia applicata* o operativa, per valutare, oltre agli aspetti economici e sociologici, l'efficacia ed efficienza degli interventi di promozione della salute, prevenzione delle malattie, cura e riabilitazione dei malati;

— ricerche sui *Servizi sanitari*, per indagarne, oltre che gli aspetti organizzativi e gestionali, l'efficacia ed efficienza nel rimuovere i problemi sanitari soprattutto collettivi.

Tutti questi indirizzi di ricerca manifestano notevoli sovrapposizioni e soprattutto un *continuum* in cui non è facile tracciare precisi confini (7).

Negli ultimi decenni nei paesi anglosassoni si è sviluppata una nuova disciplina, la ricerca sui Servizi sanitari (Health Services Research), che il Medical Research Council inglese ha definito come « l'identificazione delle necessità assistenziali delle comunità e lo studio dell'erogazione, efficacia ed utilizzazione dei Servizi sanitari ». Si tratta dello studio sistematico delle modalità per mezzo delle quali le conoscenze mediche di base e le altre informazioni sanitarie influenzano lo stato di salute degli individui o della comunità. In senso ampio, ciò comprende l'applicazione dei risultati di tutte le ricerche mediche e biomediche ai Servizi sanitari. In senso ristretto, la ricerca sui Servizi sanitari viene identificata con gli studi sulla gestione delle organizzazioni sanitarie. Questa disciplina quindi non è altro che la ricerca, organizzata e rigorosa, sulla erogazio-

ne dell'assistenza sanitaria a gruppi o a tutta la popolazione (8).

Le prime ricerche sui Servizi sanitari riguardavano i problemi di singole istituzioni sanitarie con l'obiettivo di migliorare la funzionalità dei servizi, la qualità delle prestazioni ed il contenimento dei costi. Questi problemi sono tuttora presenti nei paesi tecnologicamente avanzati, ma solo recentemente è diventato anche evidente che lo stato di salute dipende fondamentalmente da variabili esterne ai Servizi sanitari. Ciò rende necessario studiare il Sistema sanitario e le sue relazioni con l'intero sistema sociale. Si tratta di indagare su di una larga gamma di attività dello Stato sociale, oltre quelle relative al campo sanitario, ma importanti per lo stato di salute della popolazione.

Si tratta più specificamente di intraprendere analisi comparative sia tra sistemi che tra Servizi sanitari al fine di ricavarne elementi per il rilevamento di variabili (politiche sanitarie, fattori socio-economici, modelli delle istituzioni sanitarie, ecc.) potenzialmente modificabili, se negative, o imitabili, se favorevoli. Le analisi comparative devono investigare le similitudini e le differenze di fenomeni, eventi e processi sanitari in differenti aree geografiche. In tal modo è possibile evidenziare le forze sociali ed i processi ambientali che modellano e configurano l'organizzazione dei Servizi sanitari, determinano la distribuzione spaziale delle strutture sanitarie e generano situazioni di utilizzazione, accessibilità e disponibilità dei Servizi sanitari stessi.

La ricerca sui Servizi sanitari ha molti punti in comune con la epidemiologia dei Servizi sanitari (9).

Ambedue le discipline mirano a risolvere, mediante un metodo scientifico, i problemi quotidiani che si presentano nell'organizzazione e gestione dei Servizi sanitari, problemi che implicano, a loro volta, la produzione di nuove conoscenze. Da ciò si

deduce la necessità che le ricerche siano fondamentalmente « sperimentali », procedano cioè per ipotesi di lavoro da convalidare mediante la sperimentazione in campo (10). La particolarità delle due discipline è quella di allargare il campo di studio alla politica sanitaria ed alle scienze organizzativo-comportamentali rispondendo a quesiti quali: perché non vengono applicate le conoscenze già disponibili? Il cattivo funzionamento di un servizio è dovuto ad un uso parziale delle risorse disponibili? C'è bisogno di un nuovo tipo di personale o di una diversa distribuzione del lavoro? L'insoddisfazione degli utenti è dovuta ad impreparazione del personale sanitario o all'ambiente lavorativo? E così via.

Ciò che differenzia l'epidemiologia dei servizi sanitari dalla ricerca sui servizi sanitari è il diverso approccio:

— la prima è da considerare una vera e propria pratica della Medicina, svolta prevalentemente da medici;

— la seconda coinvolge molte più discipline (cfr. ancora tav. 1) ed i loro cultori.

In accordo con Fowkes F.G.R. e coll. [1991] l'epidemiologia dei servizi sanitari può essere definita « *as the evaluation of the adequacy, effectiveness, and efficiency of medical care, including assessments of the need for medical care and of professional and public attitudes* ».

Oggetto della ricerca epidemiologica dei Servizi sanitari sono gli *interventi* (dal latino *intervenire* = intromettersi) sugli stati di salute e/o malattia sia del singolo che della collettività. Questi interventi possono essere classificati, in relazione al loro livello di complessità, in tecnici, pratici, programmatici, politici ove:

— per *tecnica* s'intende una procedura definita che deriva dallo sviluppo tecnologico ed utilizzata da personale qualificato;

— per *pratica*, una serie di attivi-

tà o procedure organizzate entro algoritmi, impliciti o espliciti, per migliorare le prestazioni di un unico operatore sanitario per un singolo soggetto;

— per *programma*, un insieme di attività che vengono di norma esplesate da un'istituzione od organizzazione sanitaria; quasi sempre coinvolge un certo numero di operatori ed è indirizzato ad uno specifico gruppo di individui o clienti;

— per *politica*, una serie di azioni ordinate da un organo legislativo o autorità amministrativa indirizzata sia ad istituzioni che ad operatori sanitari che devono attuarle.

Gli studi epidemiologici degli interventi, a seconda degli obiettivi, possono essere di sviluppo, descrittivi, esplicativi e valutativi:

— *di sviluppo* se vengono diretti verso la produzione di nuove tecniche, pratiche, programmi o politiche;

— *descrittivi* se, oltre a rappresentare i contenuti degli interventi, documentano le risposte dei fornitori e consumatori al loro uso;

— *esplicativi* quando sono indirizzati a spiegare come gli interventi agiscono ed in particolare a definire i processi che legano gli elementi costitutivi degli interventi;

— *valutativi* allorquando stimano gli effetti e i costi degli interventi.

L'epidemiologia dei Servizi sanitari ha fini non solo speculativi ma anche operativi essendo presente nell'agone della programmazione, della gestione e della valutazione dei Servizi sanitari. Essa persegue l'obiettivo pratico di tentare di stabilire il migliore funzionamento dei Servizi sanitari non tanto in quanto organizzazione fine a se stessa quanto, con attenzione epidemiologica, agli effetti che tale organizzazione genera. Il successo degli operatori in questa disciplina non si misura solo dai lavori scientifici prodotti quanto dall'efficacia dei risultati conseguiti.

Il funzionamento quotidiano im-

pone a tutti coloro che hanno il compito di organizzare e gestire i Servizi sanitari:

1) di formulare degli obiettivi;

2) conseguentemente di proporre delle soluzioni;

3) finalmente di prendere decisioni sulla base ineludibile di conoscenze epidemiologiche (cfr. tav. 5).

L'identificazione su basi epidemiologiche dei bisogni sanitari si è finora indirizzata a stabilire la natura dei bisogni piuttosto che la distribuzione di coloro che presumibilmente possono ottenere un beneficio da un determinato intervento. Tuttavia le misure dei *bisogni sanitari* sono variabili indipendenti rispetto ai *requisiti di assistenza sanitaria* (11). Così come gli studi sul volume delle attività sanitarie rivelano le priorità assistenziali accordate dai medici clinici, gli studi sui requisiti assistenziali illuminano circa le priorità assistenziali accordate dai medici epidemiologi affinché tutta la popolazione, anche sana, riceva i vantaggi (tutela della salute) di un Sistema sanitario nazionale.

Lo studio epidemiologico dei modelli organizzativi dei Servizi sanitari che « producono » interventi sanitari consente di avere a disposizione un gran numero di soluzioni da adattare, con scelta opportuna, al caso concreto.

La ricerca epidemiologica dei Servizi sanitari a fini decisionali

I risultati della ricerca epidemiologica sui Servizi sanitari sono destinati principalmente a coloro che devono prendere decisioni e quindi effettuare scelte tra alternative diverse. Ciò vale a tutti i livelli del Sistema sanitario (12). L'attività decisionale rappresenta così il più « nobile » ma anche il più difficoltoso dei compiti del dirigente sanitario in quanto la scelta deve essere condotta su basi razionali, motivate ed esplicite.

Il dirigente di « aziende » sanitarie (*manager sanitario* ovvero futuro *direttore generale*) all'atto di ogni scelta assistenziale si troverà, con una pesante responsabilità monocratica, al centro di un crocevia decisionale. In altre parole il futuro direttore generale dovrà elaborare soluzioni, alla luce di conoscenze epidemiologiche e non solo meramente economiche o aziendali, per soddisfare reali bisogni sanitari a fronte di probabili contenimenti di risorse (13).

I fattori lungo l'asse verticale della tav. 6 rappresentano i « dettami » nazionali e regionali e le richieste dei fornitori di beni e servizi sanitari (ad es. clinici). Questi fattori sono stati di gran lunga predominanti e lo saranno sempre più in futuro a meno che non ci sarà l'opportunità di dare maggiore rilievo all'asse orizzontale che rappresenta l'opinione degli utenti e, soprattutto, le conoscenze acquisite con le ricerche epidemiologiche dei Servizi sanitari.

Tanto più peso verrà dato all'analisi dei dati ricavati dalle letterature epidemiologica tanto più « scientifico » sarà il momento decisionale e tanto più evidenti ed esperte le capacità manageriali orientate alla Sanità pubblica.

Circa l'uso dei risultati delle ricerche, esistono due modelli:

- a) modello ad uno stadio:
risultati delle ricerche → decisioni
- b) modello a due stadi:
risultati delle ricerche → conoscenze → decisioni.

Il primo, anche se possibile, è raro ad applicarsi. Il secondo è più realistico e comune ma va evidenziato che, mentre sui risultati delle ricerche, soprattutto se ben condotte, non vi sono solitamente motivi di controversia, sulle decisioni da prendere e sulle conseguenti azioni esistono di norma opinioni discordanti. L'aumento di conoscenza che deriva dallo studio epidemiologico può contribuire

a ridurre le discordanze circa le decisioni da prendere, nella misura in cui esse derivano dalle differenti esperienze accumulate rispetto agli scopi da raggiungere, i mezzi a disposizione, il clima e l'ambiente dove agire e le molte altre condizioni di giudizio. Le sole conoscenze epidemiologiche non possono ovviamente essere criterio sufficiente per operare delle scelte sanitarie se non si fa appello anche ad un profondo senso morale ed etico, anche perché in presenza di limitazione di risorse l'assistenza fornita ad un singolo individuo entra talvolta in conflitto con l'assistenza da erogare a tutta la popolazione.

In Sanità le scelte e le conseguenti decisioni possono compiersi entro due larghi contesti, tra loro collegati:

- a) quando si deve stabilire quale è l'intervento/prestazione più opportuno per un particolare utente o paziente;
- b) quando si tratta di scegliere l'intervento/programma migliore per l'intera collettività o per gruppi di essa.

L'epidemiologia clinica si interessa particolarmente del primo gruppo di decisioni; l'epidemiologia dei Servizi sanitari si occupa (pure con le inevitabili e dovute integrazioni) principalmente del secondo tipo di scelte. In questa ottica, le conoscenze epidemiologiche non possono che costituire la base su cui edificare, con occhio rivolto sia al futuro (programmazione sanitaria) che al presente (gestione sanitaria), Servizi sanitari efficaci ed efficienti.

Nel *singolo caso clinico* il medico può e deve seguire, oltre alle norme deontologiche, il codice etico sintetizzato dal giuramento ippocratico, ma *nel caso della sanità pubblica* le decisioni sono « politiche o civiche » nel senso più elevato del termine dovendo includere aspetti morali, filosofici, socioculturali.

L'epidemiologia dei servizi sanitari ha la temerarietà di rendere queste

decisioni esplicite e supportate da valutazioni scientifiche.

Non appare sufficiente stabilire, ad esempio rispetto ad una terapia antitumorale standard, se una eventuale nuova terapia faccia regredire maggiormente il tumore (fase 2 degli esperimenti clinici) o aumenti la sopravvivenza (fase 3 degli esperimenti clinici). È necessario allargare l'analisi alla qualità della vita residua, alla soddisfazione del paziente, al costo assoluto della terapia, al costo relativo paragonato a trattamenti alternativi (analisi proprie dell'epidemiologia valutativa). Solo in questo modo le informazioni ricavate possono venire utilizzate a fini organizzativo-gestionali dai potenziali « consumatori » dei prodotti degli studi valutativi (dirigenti sanitari) ed essere tradotte in termini di obiettivi, soluzioni e decisioni. A supporto di tali considerazioni è possibile fare riferimento ad una pressoché inesauribile mole di lavori scientifici riportati dalla letteratura. A titolo unicamente esemplificativo sono state riassunte nella tavola 7 alcune delle esperienze più recenti.

La ricerca epidemiologica dei servizi sanitari a fini di verifica e di valutazione

Altrettanto importante che fare ricerca è diffonderne i risultati e verificare sistematicamente la loro applicazione, percorrere cioè passo passo la distanza che intercorre tra la teoria e la pratica.

In generale si osserva che esiste un rilevante divario nel tempo e nello spazio tra momento della ricerca, diffusione dei risultati e loro applicazione su larga scala.

Tuttavia tali tempi si accorciano significativamente se le ricerche, soprattutto a carattere sperimentale, sono propriamente ideate, scrupolosamente condotte, correttamente analizzate, ampiamente pubblicizzate ed

i loro risultati poi sistematicamente assemblati, aggiornati e diffusi in modo facilmente comprensibile.

Da ciò deriva la necessità di un sistema di valutazione che verifichi la consequenzialità e coerenza tra risultati delle ricerche e decisioni prese, come anche, basandosi su queste decisioni, la correttezza e precisione nell'esecuzione delle decisioni stesse.

Esistono numerosi punti deboli in questa catena di eventi: appare sempre più evidente che non vengono applicati, nei processi di valutazione, gli stessi principi scientifici che vengono richiesti alla ricerca clinica. Ne deriva che la vera sintesi della ricerca epidemiologica e della ricerca sui sistemi sanitari (con i loro non ben definiti confini), ovvero sia *l'epidemiologia dei Servizi sanitari*, è principalmente diretta a risolvere problemi sanitari pratici e non solo a comprenderli; non è solo fare ricerca ma *soprattutto* dare contenuto e metodologia scientifica alla verifica dell'applicazione delle conoscenze più aggiornate delle Scienze mediche ai servizi sanitari. I contenuti della epidemiologia dei servizi sanitari devono di conseguenza essere sufficientemente ampi da potersi trasformare in obiettivi, soluzioni e decisioni ed essere quindi utilizzabili da coloro che hanno il compito di realizzare e governare servizi sanitari di elevata qualità.

Poiché l'aspetto più rilevante dell'intera materia, sia dal punto di vista scientifico che operativo, è rappresentato dalla valutazione della qualità dei Servizi sanitari, spesso si usa equiparare l'epidemiologia dei Servizi sanitari alla *epidemiologia valutativa*. Talvolta non è facile distinguere tra ricerche epidemiologiche fondamentalmente investigative (*epidemiologia applicata*) e ricerche epidemiologiche fondamentalmente valutative (*epidemiologia valutativa*),

anche se esistono numerose differenze (cfr. tav. 8).

Volendo sintetizzare, con le ricerche investigative si intende dare risposta a quesiti quali « cosa è giusto fare? » e « com'è possibile fare una cosa giusta? »; con le ricerche valutative si possono invece risolvere interrogativi quali « è stato correttamente fatto ciò che è giusto fare? » e « si potrebbe fare meglio? ».

I risultati delle ricerche di epidemiologia valutativa rappresentano la base per le vere e proprie attività di revisione (= esame seguito da correzioni) quali il controllo (audit) degli interventi sanitari e la verifica e garanzia di qualità dell'assistenza (VRQ). Le attività di revisione (concettualmente vicine al duplice approccio — impositivo-coercitivo ed educativo-persuasivo — delle misure di prevenzione) devono prevedere la possibilità di modificare l'erogazione degli interventi sanitari (con cambiamenti dei comportamenti sia individuali ovvero professionali che collettivi ovvero organizzativi).

La vera ambizione della ricerca epidemiologica dei servizi sanitari, in particolare dell'epidemiologia valutativa, è « la lotta » agli errori in Medicina. Questa attività si svolge nei riguardi non tanto degli errori casuali quanto di quelli sistemici contenuti nella dottrina e nella pratica della Medicina. Esistono prove consolidate di convinzioni e ragionamenti sbagliati; di distorsione e mistificazione, talvolta in buona fede, delle evidenze; di errori di metodo che diventano dogmi e verità accettate; di pregiudizi che non solo ostacolano il cammino della ricerca razionale, ma contribuiscono a rendere gli interventi sanitari inappropriati, insicuri, dispendiosi.

In tutti questi casi un vigoroso rimedio è dato dall'applicazione di una severa metodologia epidemiologica.

L'epidemiologia dei servizi sanitari in sanità pubblica

L'esplorazione di quanto ancora è sconosciuto si deve bilanciare con una attiva applicazione di ciò che è già noto. Negli USA persino il Governo è entrato nel merito dei metodi epidemiologici di valutazione della qualità dei Servizi sanitari (The Lancet 1992, 340, 944-6) ed in particolare nel merito dell'angoscioso problema se possono essere predisposte direttive (*guidelines*) cogenti nella pratica medica. Esistono infatti reali difficoltà ad applicare nella pratica clinica schemi diagnostico-terapeutici prestabiliti, anche se derivanti da rigorose ricerche sperimentali (esperimenti clinici controllati), in quanto non è mai possibile una applicazione universale dei risultati ottenuti da ricerche su gruppi selezionati di individui.

Come afferma G. Knox [1985], la ricerca sui servizi sanitari introduce un nuovo livello di complessità sociale, politica e tecnica ai processi investigativi associati alle responsabilità degli operatori di Sanità pubblica.

La ricerca sui servizi sanitari utilizza metodi investigativi epidemiologici peculiari ed in parte originali:

— in primo luogo per l'uso di sistemi ad ampia acquisizione di dati, al fine di monitorare attività in modo continuativo ed in termini quantitativi piuttosto che indirizzati a rispondere a quesiti biologici di ordine qualitativo;

— secondariamente perché le ricerche sono applicative e indirizzate a rispondere a specifici problemi; la ricerca è cioè indissolubilmente legata al processo di programmazione e di scelte politiche;

— in terzo luogo la valutazione non riguarda solo la misura del funzionamento dei servizi che già esistono ma dovrebbe interessare la proposta di futuri servizi; è in questo

caso necessaria anche la conoscenza di metodi predittivi, anche se l'uso di modelli sofisticati di estrapolazione non esclude il « peso » delle opinioni;

— infine va tenuto presente che lo sviluppo di questa disciplina minaccia non solo la autonomia clinica, come ogni processo di tipo gestionale, ma anche l'autonomia degli operatori di Sanità pubblica nell'ambito delle scelte assistenziali.

Note conclusive

L'epidemiologia dei servizi sanitari, e la correlata ricerca sui Servizi/sistemi sanitari ha in conclusione la finalità di fornire nuovi elementi di valutazione e aggiornate conoscenze, al fine di:

1) permettere una migliore comprensione dei rapporti e dell'influenza dei Servizi sanitari sulla salute individuale e collettiva; più che in passato occorre « misurare » quanto una prestazione/intervento possa — in date condizioni organizzative — fornire risultati significativi dal punto di vista sanitario; risultati tali cioè da incidere sui rischi ambientali e personali nonché sulla tutela e recupero dello stato di salute dei singoli individui e della popolazione. Come corollario ne deriva la verifica se le istituzioni e le pratiche che caratterizzano l'attuale sistema di assistenza sanitaria siano le più idonee a garantire, anche in futuro, la tutela della salute.

2) verificare la ricaduta pratica e valutare la corretta applicazione di tutte le conoscenze sanitarie, e non solo epidemiologiche, sui Servizi sanitari; la necessità della valutazione deriva in modo cogente dai risultati di molte ricerche che hanno documentato sostanziali differenze (nel tempo e nello spazio) dell'uso di varie procedure mediche; queste differenze sollevano il terribile dubbio se i servizi (e i relativi costi) presenti in

aree a forte offerta sanitaria siano pienamente giustificati e allo stesso tempo se siano sufficienti i servizi in aree caratterizzate da livelli di offerta più bassi;

3) premettere sempre nell'organizzazione e gestione dei Servizi sanitari le finalità sanitarie rispetto a quelle economiche; deve essere fortemente sostenuto il primato del perseguimento della qualità del servizio sulla sua economicità, che deve ovviamente accompagnare ma non prevalere nella erogazione dei Servizi sanitari. L'esempio più tipico si verifica allorché si abbandona una prestazione/intervento i cui rischi superano i benefici, ottenendo una riduzione dei costi sanitari senza alcun sacrificio della qualità dell'assistenza.

4) mettere in luce come solo le conoscenze epidemiologiche possono sanare la contraddizione di una cultura sociale sempre più orientata ad esigere miglioramenti qualitativi nei servizi sanitari, e contemporaneamente sempre meno disposta a prelevare ed assegnare risorse al sistema sanitario.

In sostanza i due pilastri di edificazione del futuro sviluppo dei Servizi sanitari non potranno che essere rappresentati dalla qualità del servizio fornito e dall'economicità dell'impiego delle risorse, un intreccio cioè di valutazioni tecnico-sanitarie ed economiche dei servizi. Poiché non esistono, al momento, teorie e/o modelli che possono unificare questa complessità, viene richiesta, a tutti coloro che si interessano della organizzazione e gestione dei servizi sanitari, una solida competenza analitica ed empirica che non può che essere fondamentalmente epidemiologica.

(1) Tale termine sta ad indicare la globalità dei servizi sanitari organizzati, cioè tutta la gamma dei servizi preventivi,

curativi e riabilitativi che riguardano sia l'individuo che la collettività.

(2) *Qualità* va qui intesa come la capacità dei servizi di dare risposte alle richieste avanzate dagli utenti e soddisfare le esigenze di tutti coloro che sono interessati alla erogazione del servizio stesso (fornitori, utenti, collettivi);

(3) Secondo lo slogan anglosassone, *value for money*, dare più valore al (pubblico) denaro.

(4) Un tardivo tentativo di recupero va segnalato nella istituzione della Agenzia per i Servizi sanitari regionali (D.L. 30 giugno 1993, n. 266), già presente da tempo in molti paesi.

(5) Per *ambiente* in senso lato si intende qui tutto ciò che circonda l'uomo e con il quale viene direttamente o indirettamente a contatto, sia di ordine materiale (insieme di fattori fisici, chimici e biologici) che di ordine immateriale (complesso di condizioni socio-politiche, socio-economiche e socio-culturali).

(6) Il termine è coniato da DONABEDIAN A. (*Specialization in clinical performance monitoring: what it is and how to achieve it*. Qual. Assur. Util. Rev. 1990, 5 148-153) per indicare l'utilizzo della metodologia epidemiologica nella pratica clinica.

(7) Ad esempio le ricerche di epidemiologia clinica si propongono di investigare gli effetti di una particolare tecnica e/o pratica assistenziale mentre le ricerche di epidemiologia applicata mirano a sostenere le scelte tra due interventi alternativi; in entrambi i casi è evidente un'indubbia sovrapposizione di interessi.

(8) TAYLOR [1983] sottolinea la differenza tra *ricerca sui servizi sanitari* e *ricerca sui sistemi sanitari*: quest'ultima estende il contenuto della ricerca ben al di là di definiti servizi, comprendendo quelli relativi al settore privato, convenzionale e tradizionale (medicina alternativa), agli sforzi della comunità e a tutti gli altri settori socio-economici che possono influenzare lo stato di salute.

(9) Sia la ricerca sui servizi sanitari che la epidemiologia dei servizi sanitari studiano i problemi dell'assistenza sanitaria, l'organizzazione dei servizi, il finanziamento e la qualità dell'assistenza; si interessano di questioni quali la distribuzione, l'accesso e i risultati dell'as-

sistenza; valutano le conseguenze che risultano dall'aggiornamento del personale sanitario, dalle innovazioni delle nuove tecnologie e dei nuovi modi di fornire assistenza; esaminano i costi e i benefici delle varie alternative e dei modi con cui nuove pratiche mediche vengono adottate e migliorate; infine studiano anche la remunerazione e gli incentivi per il personale al fine di migliorare la qualità dell'assistenza.

(10) Alcuni argomenti di ricerca sono ad esempio: come vengono organizzati i servizi sanitari di primo livello; come rispondono i fornitori di assistenza ai vincoli finanziari e regolamentari; quali fattori influenzano la continuità e la globalità dell'assistenza; come viene realizzato il sistema epidemiologico informativo; come e da chi vengono prese le decisioni che influiscono sull'assistenza sanitaria; come vengono distribuite le risorse sanitarie, e così via.

(11) Le misure dei *bisogni di assistenza sanitaria* sono di incerto valore per chi deve prendere decisioni per rispondere appunto ai bisogni di assistenza; per evitare ambiguità è perciò più opportuno far riferimento ai *requisiti* di assistenza sanitaria piuttosto che ai *bisogni* di assistenza sanitaria.

(12) Decisioni a livello del singolo utente = decisioni cliniche e/o esecutive; in tema di organizzazione e gestione

dei Servizi sanitari = decisioni manageriali; che riguardano la formulazione di strategie sanitarie = decisioni politiche.

(13) Come chiaramente enunciato nel recente D.L.gt. 7 dicembre 1993, n. 517 « *Il Piano sanitario nazionale indica: [...] i livelli uniformi di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione* » (art. 2, comma 4).

BIBLIOGRAFIA

BURRAGE H. (1987), *Epidemiology and community health: a strained connection?* Soc. Sci. Med. 25, 895-903.

DEL CORNO G., FARA G.M. (1988), *Epidemiologia nella nuova didattica medica. Una proposta d'insegnamento « per obiettivi »*, Feder. Med. 41, 237-41.

FEACHEM R.G., GRAHAM W.J., TIMAEUS I.M. (1989), *Identifying health problems and health research priorities in developing countries*, J. Trop Med. Hyg, 92, 133-191.

FOWKES F.G.R., GARRAWAY W.M., SHEEHY C.K. (1991), *The quality of health services research in medical practice in the United Kingdom*, J. Epidemiol. Comm. Med. 45, 102-6.

GOODMAN R.A., BUEHLER J.W., KOPLAN J.P. (1990), *The epidemiologic field investigation: science and judgment in public health practice*, Am. J. Epidemiol, 132, 9-16.

GORDIS L. (1980), *Challenges to epidemiology in the coming decade*, Am. J. Epidemiol, 112, 315-21.

GREEN M. (1992), *Clinical research*, B.M.J., 305, 1081-5.

KNOX E.G. (1979), *Epidemiology in health care planning. A guide to the uses of a scientific method*, Oxford Univ. Press. Oxford.

KNOX G. (1985), *Introduction*, Oxford textbook of public Health. Vol. III: *Investigative methods in public health*, Oxford Univ. Press., Oxford.

PANÀ A., MUZZI A. (1988), *L'epidemiologia ospedaliera* - Atti Conf. Intern. « Il Servizio sanitario nazionale - il sistema ospedaliero: la sfida degli anni '90 per l'azienda Italia » - Roma 29.2.88 - ISIS ed., Roma, pag. 66-68.

SIGNORELLI C. (1992), *Elementi di metodologia epidemiologica*, III ed. - SEU editore, Roma.

TAYLOR D. (1983), *Medicines evaluation: the future*, in: « Measuring the social benefits of Medicine » Proc. of an OHE meeting, Brunel University, May 1983. Office of Health Economics, London.

EPIDEMIOLOGIA MANAGEMENT E MULTIDISCIPLINARIETÀ

Non è usuale per Mecosan associare editoriali di commento agli articoli. Ma nel caso del contributo gentilmente inviato da Armando Muzzi e Giuseppe Cananzi, che volentieri abbiamo pubblicato nelle precedenti pagine, si impone un chiarimento sull'impostazione culturale della rivista, per rispetto dei Lettori e degli stessi Autori.

L'articolo si inserisce nel vivo del dibattito sul ruolo del manager nei sistemi sanitari dei paesi industrializzati, e sulle conoscenze che costituiscono la base del suo operare. Le più recenti definizioni di epidemiologia tendono ad enfatizzare l'aspetto dell'applicazione delle metodologie al controllo dei problemi sanitari e alla programmazione dei servizi. Tuttavia, non corrisponde alla cultura del management affermare che le conoscenze epidemiologiche ne costituiscono la base. Il management è una funzione (una professionalità, una disciplina), che attiene alle conoscenze e alle capacità necessarie per gestire, per « far funzionare », aziende e sistemi organizzativi complessi. Certamente, la conoscenza dell'oggetto di cui si occupano le specifiche aziende, i bisogni e la domanda di salute, la loro incidenza e prevalenza in una popolazione, le loro caratteristiche e modalità di manifestazione, gli effetti degli interventi finalizzati al recupero e al mantenimento della salute rappresentano una componente importante del management applicato alla sanità, ma non bisogna fare l'errore di confondere la parte con il tutto.

Management significa innanzitutto conoscere e applicare procedure operative, sistemi di previsione e programmazione dei costi, dei rendimenti, della produttività, sistemi di gestione del personale, metodi di comunicazione verso l'ambiente esterno, criteri di analisi e confronto di alternative per le decisioni, metodi di raccolta di informazioni di carattere sociale ed economico, oltre che sanitario. E tutto ciò non è tipicamente patrimonio degli studi di epidemiologia.

È corretto affermare che certi problemi richiedano

un approccio interdisciplinare (come anche Muzzi e Cananzi fanno nel proprio articolo), ma bisogna guardarsi dalla tentazione di dichiarare, o lasciar intendere, che il proprio campo di indagine e il proprio bagaglio di strumenti e conoscenze si allarghino fino a comprendere tutto ciò che è necessario. La linea editoriale che caratterizza Mecosan tende a prevenire affermazioni unilaterali e categoriche. Non avalliamo la tesi secondo cui solo la cultura epidemiologica può consentire un buon management; e naturalmente lo stesso vale per la cultura aziendale cui si richiama chi dirige e chi redige questa rivista.

L'interazione e il confronto, piuttosto, arricchiscono le discipline. Studi che ricorrono a metodi epidemiologici possono contribuire a verificare ipotesi su formule organizzative e sistemi di finanziamento. Un esempio più volte citato nelle pagine di questa rivista è il Rand Health Insurance Experiment, uno studio controllato randomizzato condotto negli Stati Uniti su pazienti iscritti a diversi piani assicurativi, che ha contribuito in maniera determinante allo sviluppo dell'economia sanitaria e ha fornito indicazioni preziose per la gestione dei servizi. Ugualmente, studi che valutino l'esistenza, o la possibilità di attuare, le condizioni organizzative necessarie all'attivazione e al corretto funzionamento di un servizio sanitario sono utili per verificare che l'efficacia clinica osservata con studi epidemiologici condotti in condizioni sperimentali sia mantenuta nelle situazioni reali, o comunque in contesti differenti.

Non giova appellarsi a primati di approccio o disciplina. L'unico primato che vale la pena di richiamare è quello della tutela della salute. Per il resto, chi saprà offrire teorie e strumenti utili a gestire meno peggio di adesso un sistema così complesso come quello sanitario potrà rivendicare sul campo, con i fatti, di aver dato un contributo reale allo sviluppo del management. L'articolo di Muzzi e Cananzi è un utile apporto al dibattito, una stimolante provocazione che ci auguriamo possa preludere a nuovi interventi sul tema.

Tavola 1 - Discipline che possono interessare l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari

<p><i>Scienze mediche</i> Procedure e trattamenti sanitari Modalità di erogazione dei servizi sanitari Domanda ed offerta di servizi sanitari Inquinamento ambientale Programmazione sanitaria Epidemiologia</p>	<p><i>Scienze giuridico-amministrative</i> Fonti dell'ordinamento amministrativo Procedimento amministrativo Giustizia amministrativa Regime dei controlli amministrativi</p>
<p><i>Demografia</i> Società e sua ecologia Aspetti degli insediamenti umani Movimenti/migrazioni umane Patologia geografica Urbanizzazione e politica del territorio Distribuzione spaziale dei fenomeni morbosi</p>	<p><i>Scienze organizzative ed « aziendali »</i> Principali teorie organizzative Produttività delle aziende pubbliche Modelli organizzativi nella pubblica amministrazione Burocrazia Relazioni sindacali negli enti pubblici Ruolo manageriale</p>
<p><i>Antropologia sociale</i> Matrimoni, famiglia, parentela Cultura, simboli e simbolismi Linguaggio Sistema di credenze inclusa la religione Abitudini alimentari, tabou sulla salute Comportamenti in salute e in malattia Ciclo dello sviluppo umano Sistema di valori Istituzioni sociali e norme Tecniche di comunicazione</p>	<p><i>Psicologia</i> Processi psichici e mentali Personalità e comportamento sociale Emozioni, sentimenti, atteggiamenti Motivazioni, attitudini, capacità Resistenza agli stress psichici interni ed esterni</p>
<p><i>Sociologia</i> Società e sistemi sociali Differenziazioni sociali Mobilità sociale Povertà, ineguaglianze sociali Criminologia Società urbane e rurali Relazioni razziali ed etniche Gruppi e comportamenti dei gruppi Controllo sociale</p>	<p><i>Scienze politiche</i> Strutture di Governo Uso del potere in società Pluralismo e democrazia Partiti politici Gruppi di pressione (lobbies) Formulazione politica ed esecuzione Politiche ed economie internazionali Diritti dei cittadini</p>
<p><i>Scienze statistiche ed informatiche</i> Sistemi informativi Telemedicina</p>	<p><i>Scienze economiche</i> Produzione, distrib. e consumi di beni e servizi Mercato e relazione offerta-domanda Reddito nazionale e spesa Tassazione e politica dei redditi Mercato del lavoro, disoccupazione Analisi costo-beneficio Fattori economici del comportamento umano Cambiamenti economici e condizioni di salute</p>

Tavola 2 - Indirizzi formativi del personale che organizza e gestisce servizi sanitari (management sanitario)

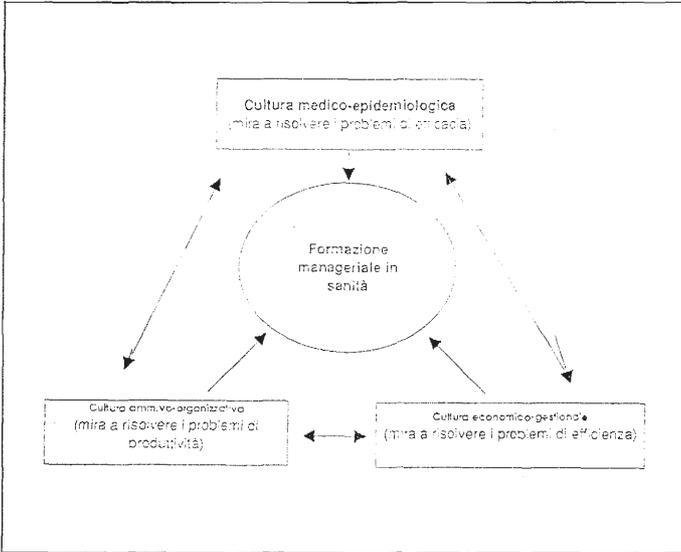


Tavola 3 - Spettro integrato delle ricerche che contribuiscono cumulativamente alle conoscenze sanitarie ed applicazione ai servizi sanitari con conseguente effetto di ricaduta

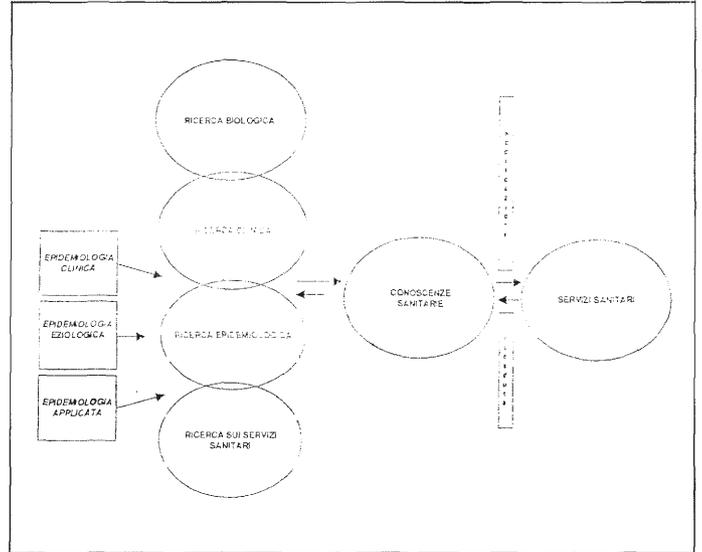


Tavola 4 - Indirizzi della ricerca epidemiologica dei problemi sanitari

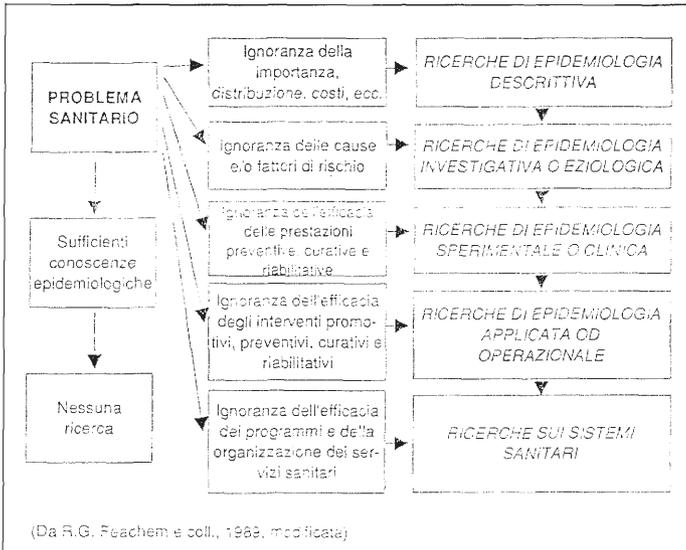


Tavola 5 - Principali campi di attività e finalità della ricerca epidemiologica dei servizi sanitari

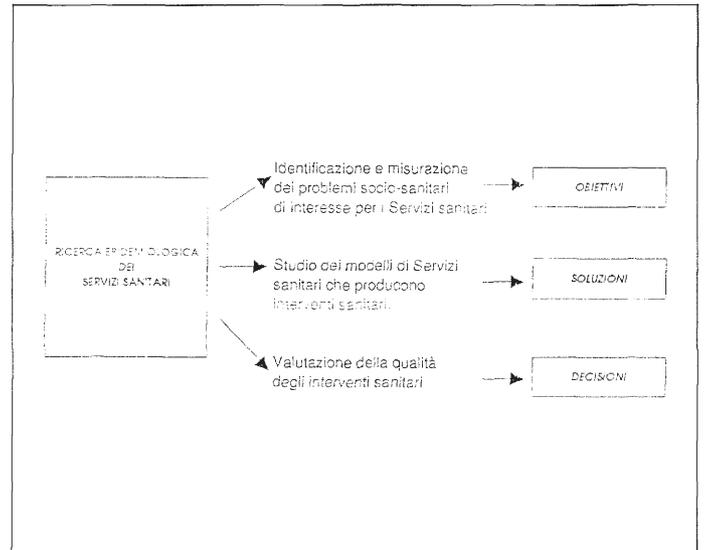


Tavola 6 - « Quadrivio » decisionale delle scelte di assistenza sanitaria

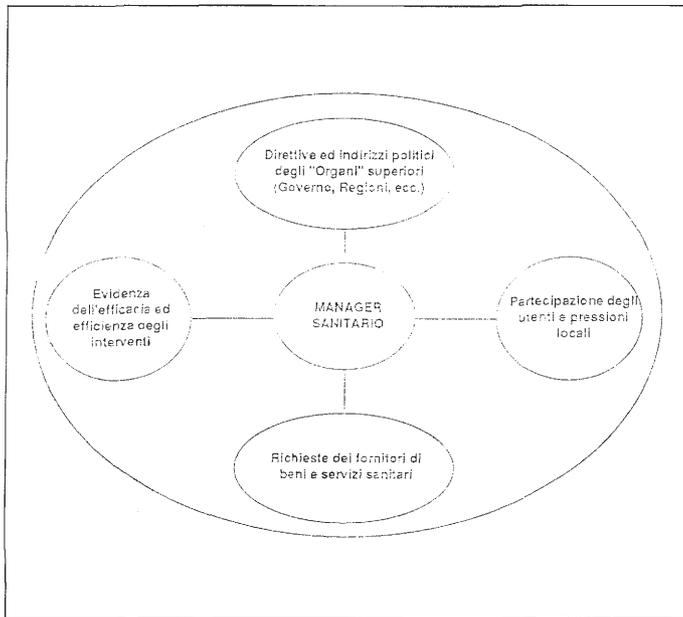


Tavola 8 - Principali differenze tra ricerche epidemiologiche investigative e valutative

RICERCHE EPIDEMIOLOGICHE	
INVESTIGATIVE (cliniche, eziologiche, applicate)	VALUTATIVE
Hanno lo scopo di aumentare le conoscenze per scoprire le « cose » giuste da fare	Hanno lo scopo di aumentare le conoscenze per garantire che le « cose » giuste vengano fatte
Attività in fase di stallo	Attività in pieno sviluppo e finanziata
Utilizza dati complessi ed originali	Utilizza dati raccolti routinariamente
È indispensabile un sistema informativo epidemiologico	È indispensabile un sistema informativo gestionale
I ricercatori fanno di tutto per controllare le variabili oggetto dello studio	I ricercatori preferiscono osservare ciò che accade senza intervenire
È possibile generalizzare i risultati della ricerca	I risultati non sono facilmente generalizzabili
La ricerca è di norma scientificamente ineccepibile	La ricerca è scientificamente più « trascurata »
Le metodologie sono sufficientemente « popolari »	Le metodologie sono ancora in via di sistematizzazione

Tavola 7 - Alcuni esempi di ricerche epidemiologiche di rilevanza diretta per l'organizzazione e gestione dei Servizi sanitari

Esempi di ricerche di epidemiologia dei servizi sanitari	<i>di tipo descrittivo</i> <i>di tipo investigativo o eziologico</i> <i>di tipo sperimentale o clinico</i> <i>di tipo applicato od operativo sui sistemi servizi sanitari</i>	Analisi della mortalità « evitabile » come indice di qualità assistenziale (1) Misura dei bisogni sanitari (2) Rapporto tra mortalità e accessibilità ospedaliera (3) Eziologia delle malattie iatrogene (4) Costo efficacia della litotripsia della calcolosi biliare (5) Esiti/effetti di trattamenti medico-chirurgici (6) Confronto della mortalità postoperatoria negli ospedali pubblici e privati (7) Variazioni della durata di degenza e chirurgia senza ricovero (8) Analisi dell'assistenza psichiatrica (9) Confronto fra nazioni dei livelli di salute correlati ai servizi sanitari (10)
Esempi di ricerche epidemiologiche valutative sugli interventi sanitari	<i>di tecniche</i> <i>di pratiche</i> <i>di programmi</i> <i>di politiche</i>	Effetti della terapia trombolitica sugli infartuati (11) Mortalità dopo interventi (angioplastica coronarica e bypass coronarico) (12) Uso appropriato dei ricoveri ospedalieri (13) Differenze del trattamento medico dell'infarto miocardico (14) Utilità delle visite preventive domiciliari agli anziani (15) Costo-efficacia dei programmi di prevenzione (16) Confronto tra Servizio sanitario nazionale inglese e cubano (17) Scelte di priorità assistenziali (18)
(1) WESTERLING R. (1992), <i>Trends in « avoidable » mortality in Sweden, 1974-1985</i> , <i>Epidem. Comm. Health</i> , 46, 489-93. (2) CHRISTIANSEN T. (1992), <i>Measurement of overall health in Denmark</i> . Dept. of Economics, Odense University press. (3) WENNBORG J.E. e coll. (1989), <i>Hospital use and mortality among medicare beneficiaries in Boston and New Haven</i> , <i>NEJM</i> , 321, 1168-73. (4) BRENNAN T.A. e coll. (1991), <i>Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard medical practice study</i> , <i>NEJM</i> , 324, 370-84. (5) NICHOLL J.P. e coll. (1992), <i>Randomised controlled trial of cost-effectiveness of lithotripsy and open cholecystectomy as treatments for gallbladder stones</i> , <i>Lancet</i> , 340, 801-07. (6) CLEARY P.D. e coll. (1991), <i>Variations in length of stay and outcomes for six medical and surgical conditions in Massachusetts and California</i> , <i>JAMA</i> , 266, 73-9. (7) STREMPLE J.F. e coll. (1993), <i>Comparison of postoperative mortality in VA and private hospitals</i> , <i>Ann. Surg.</i> , 217, 277-85. (8) MORGAN M. e coll. (1990), <i>Variations in lengths of stay and rates of day case surgery: implications for the efficiency of surgical management</i> , <i>J. Epidem. Comm. Hith.</i> , 44, 90-105. (9) THORNICROFT G. e coll. (1993), <i>Care management and mental health</i> , <i>BMJ</i> , 306, 768-71. (10) SALMELA R. (1993), <i>Regional inequalities in health and health care in Finland and Norway</i> , <i>Health Policy</i> , 24, 83-94. (11) STEVENSON R. e coll. (1993), <i>Short and long term prognosis of acute myocardial infarction since introduction of thrombolysis</i> , <i>BMJ</i> , 307, 349-53. (12) HARTZ A.J. e coll. (1992), <i>Mortality after coronary angioplasty and coronary artery bypass surgery (the national medicare experience)</i> , <i>Am. J. cardiol.</i> , 70, 179-85. (13) BRAGA A. e coll. (1993), <i>L'uso appropriato della struttura ospedaliera</i> , <i>Feder. Med.</i> , 8, 27-32. (14) ROULEAU J.L. e coll. (1993), <i>A comparison of management patterns after acute myocardial infarction in Canada and the United States</i> , <i>NEJM</i> , 328, 779-84. (15) VAN ROSSUM E. e coll. (1993), <i>Effects of preventive home visits to elderly people</i> , <i>BMJ</i> , 307, 27-32. (16) KRISTIANSEN I.S. e coll. (1991), <i>Cost effectiveness of incremental programmes for lowering serum cholesterol concentration: is individual intervention worth while?</i> <i>BMJ</i> , 302, 1119-22. (17) SUSSER M. (1993), <i>Health as a human right: an epidemiologist's perspective on the public health</i> , <i>Am. J. Publ. Health</i> , 83, 418-26. (18) DIXON J. e coll. (1991), <i>Priority setting: lessons from Oregon</i> , <i>Lancet</i> , 337, 891-4.		

LA PRODUTTIVITÀ DEL PERSONALE OSPEDALIERO

di Giuseppe Clerico

Dipartimento di economia - Università Cagliari e Torino

SOMMARIO: Introduzione - L'efficienza produttiva - La produttività medica e paramedica - La funzione di produzione - Efficienza e qualità dei servizi medici - Vincoli istituzionali ed economia della sostituzione della manodopera ospedaliera - Conclusioni.

Hospital care in Italy is characterised by a relative shortage of professional nurses and a relative excess of physicians. This situation seems to reflect a suboptimal allocation of available resources: too muchan physicians, too little on nurses. Physicians perform a variety of tasks which could be delegated, under appropriate control, to nurses. The reallocation of specific tasks makes it possible to increase the overall labour productivity of hospital manpower. This essay focuses on some theoretical problems concerning the assessment of productivity in hospital care.

Introduzione

Rispetto a diversi paesi dell'area OCSE il sistema ospedaliero pubblico dell'Italia presenta, fra le tante, una peculiarità: mediamente è basso il rapporto personale infermieristico/numero di ricoverati (OECD, 1987; OECD, 1990; Schieber e altri, 1992). Per contro, anche a causa dell'elevata densità medica in Italia, il rapporto medici ospedalieri/numero di ricoverati è mediamente più elevato. Da questa situazione emerge che, in termini comparati, troppo viene speso in media per il personale medico e troppo poco viene destinato ai servizi offerti dal personale infermieristico specializzato (infermieri professionali). Ne consegue che il medico (input relativamente più costoso) si trova a svolgere funzioni che potrebbero di fatto essere delegate, sotto la sua supervisione, al personale infermieristico (input relativamente meno costoso) senza sostanziale detrimento per la qualità dell'assistenza sanitaria. L'impiego delle risorse

umane è subottimale; esistono quindi ampi margini per migliorare la produttività della manodopera ed accrescere in definitiva il livello di efficienza dell'attività di produzione di un ospedale.

Questo lavoro non intende affatto analizzare il complesso problema della valutazione e della misurazione del prodotto e dell'efficienza nel settore sanitario. Per un'analisi sintetica di questa problematica vedasi, fra gli altri, il saggio di Weisbrod (Weisbrod, 1992). Più semplicemente questo lavoro si propone di esaminare alcuni problemi connessi all'uso del fattore lavoro in particolare nel settore ospedaliero. Allo scopo di facilitare la lettura anche alle persone non aventi una specifica formazione economica l'analisi viene effettuata a un livello elementare cercando di definire i vari concetti e strumenti analitici che via via vengono introdotti.

Nella tabella 1 vengono presentati alcuni dati sul numero di medici per 1000 abitanti e sul rapporto infermieri/medici in alcuni Paesi.

Tavola n. 1

Paese	Medici per 1000 abitanti	Rapporto infermieri/medici
Italia	4.69	0.6
Austria	4.34	2.4
Spagna	3.60	1.1
Belgio	3.21	0.1
Francia	2.80	1.6
Svezia	2.73	3.4
Germania	2.73	1.7
Portogallo	2.57	0.8
Danimarca	2.56	5.6
Finlandia	2.47	4.3
Norvegia	2.43	4.4
Olanda	2.43	3.3
USA	2.38	2.8
Australia	2.29	3.8
Grecia	1.73	1.6
Giappone	1.64	1.8
Svizzera	1.59	2.6
Irlanda	1.58	4.7
Gran Bretagna	1.40	2.0

Fonte: World Bank. Investing in Health, World development report 1993 New York, Oxford University Press, 1993.

L'efficienza produttiva

La scarsità delle risorse disponibili deve essere di stimolo all'impiego efficiente delle stesse. L'economista fa riferimento, tradizionalmente, soprattutto a due concetti di efficienza: l'*efficienza economica* e l'*efficienza tecnica*. L'efficienza economica correla il prodotto ottenuto al costo monetario sopportato. Si ha efficienza economica allorché un dato prodotto viene ottenuto al minor costo o, viceversa, dato un certo budget, viene massimizzato il prodotto ottenuto.

L'efficienza tecnica correla il prodotto ottenuto alla quantità di input utilizzati. Essa è massima allorché un dato output è conseguito con una combinazione minima di input o viceversa, dati gli input e le tecniche utilizzabili, viene massimizzato il livello dell'output. Va da sé che un livello di produzione efficiente da un punto di vista tecnico può essere economicamente inefficiente e viceversa: un dato output può, ad esempio, essere ottenuto sì attraverso una combinazione minima di input scelti però tra i più costosi tra quelli disponibili rispetto alle tecniche di produzione possibili. Il livello massimo dell'efficienza produttiva si raggiunge nel punto di tangenza fra una data curva dell'isoquanto (combinazioni di input che generano la stessa quantità di prodotto) e la curva più bassa (ossia più spostata a sinistra rispetto agli assi cartesiani; in pratica si tratta di produrre una quantità data di beni con la combinazione di input che costa di meno) dell'isocosto (combinazioni di input che comportano lo stesso costo). L'obiettivo dei responsabili della programmazione e della gestione delle risorse è quello di individuare la combinazione di input più economica fra tutte le alternative tecnicamente realizzabili per ottenere un dato prodotto. L'alternativa meno costosa per raggiungere un dato obiettivo è quella economicamente ottimale

(Farrell, 1957). Nel caso specifico della manodopera ospedaliera l'obiettivo è quello di individuare quella redistribuzione delle mansioni fra personale medico e paramedico che consenta di ottenere la minimizzazione dei costi medi di produzione. La redistribuzione delle mansioni inevitabilmente comporta un processo di trasferimento di mansioni dal medico al paramedico. Esistono molteplici alternative inerenti tale processo.

Ogni alternativa presenta uno specifico costo-opportunità costituito dall'insieme dei beni e servizi cui si è costretti a rinunciare avendo scelto una data alternativa piuttosto che quella ottimale. L'obiettivo della redistribuzione delle mansioni del personale ospedaliero consente di introdurre un altro importante concetto di efficienza: l'*efficienza allocativa*. Si ha efficienza allocativa allorché, a fronte di risorse scarse, gli input sono impiegati in modo da fare sì che, al margine ossia per l'ultima unità impiegata di ciascun input, siano eguali i benefici marginali (in pratica gli incrementi di prodotto) derivanti da ciascun impiego. In equilibrio devono essere uguali i rapporti fra beneficio marginale e prezzo di ciascun input.

L'attribuzione al medico ospedaliero di mansioni potenzialmente delegabili al paramedico comporta un duplice costo opportunità: da un lato il maggior costo connesso alla formazione, all'addestramento e alla remunerazione del medico; dall'altro un impiego subottimale del tempo medico che potrebbe essere impiegato per funzioni alternative ritenute più efficienti dato il costo relativamente maggiore dell'input medico.

Il perseguimento del livello ottimale di efficienza delle risorse umane richiede, fra l'altro, il conseguimento di un livello ottimale di produttività del personale medico e paramedico (Feldstein, 1967; Reinhardt, 1975; Wagstaff, 1989).

La produttività medica e paramedica

Ogni qualvolta si deve affrontare il problema della produttività della manodopera ospedaliera è essenziale disporre di una definizione operativa del concetto (Fuchs, 1969). In generale l'ostacolo appare di primo acchito di scarsa rilevanza. La produttività media di una data categoria di manodopera è data dall'output prodotto dall'unità di manodopera in considerazione in un determinato intervallo di tempo. La produttività marginale per contro è definita come l'incremento di output ottenibile attraverso l'impiego di un'unità addizionale di manodopera fermi restando gli altri input. Sfortunatamente però nel campo sanitario la definizione dell'output si presenta, a livelli operativi, quanto mai problematica. Per lo più si sostiene che nel settore sanitario « l'output è ciò che l'output ottiene ». Se tale concetto viene applicato alla manodopera ospedaliera (medica e paramedica) ne consegue che l'output (medico e/o paramedico) è rappresentato dall'impatto sullo stato di salute del paziente. Mentre a livello concettuale il concetto è facilmente condivisibile a livello empirico si pongono problemi di non facile né immediata soluzione. Accanto ai problemi e ai costi connessi alla possibilità di misurazione effettiva dello stato di salute nel corso del tempo si presentano problemi circa la relazione di causalità fra assistenza sanitaria e stato di salute. Almeno nei paesi più avanzati l'assistenza sanitaria è uno degli input che influenzano la salute e probabilmente non fra i principali. La qualità dell'ambiente e il comportamento individuale sembrano, fra gli altri, giocare un ruolo essenziale nel determinare lo stato di salute di un soggetto. Di fronte alla molteplicità degli input che contribuiscono a determinare il livello di salute è quanto mai problematico stimare il ruolo e

l'incidenza di ciascuno di essi. Non essendo operativamente possibile (anche solo a livello probabilistico) stimare l'apporto dell'output connesso all'attività medica e paramedica ci si limita, nelle ricerche empiriche, a fare riferimento al bene « servizio medico e/o paramedico » inteso come il prodotto intermedio che può influenzare il livello dell'output finale (il miglioramento dello stato di salute).

La misura dell'output si fonda quindi su un qualche indice dei servizi medici e/o paramedici forniti da un dato stock di manodopera in un determinato arco di tempo. In sostanza il prodotto intermedio viene misurato da un qualche accettabile indicatore di attività quale, esempio, il numero delle visite, il numero delle iniezioni, il numero degli interventi chirurgici, il numero delle cartelle cliniche compilate e/o consultate e così via.

Ne deriva che, ad esempio, il numero di visite mediche in un dato lasso di tempo può essere considerato una misura della produttività del personale medico. La predisposizione di un'organizzazione produttiva e di una gestione della manodopera (medica, paramedica e amministrativa) che consenta di accrescere il valore di tale rapporto viene considerato un miglioramento di produttività. A proposito di produttività medica va tuttavia rilevato che non sempre esiste una relazione di causalità positiva tra crescita della produttività e miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria erogata. In alcuni casi la quantità può andare a scapito della qualità e in definitiva dell'output finale.

In merito al concetto di produttività (medica o paramedica) è opportuno evitare alcune confusioni concettuali. In particolare è necessario distinguere, seguendo Reinhardt (1975) cui questo paragrafo fa riferimento, fra *prodotto per unità di ma-*

nodopera e prodotto per costo monetario dell'input.

Vediamo di chiarire brevemente il problema. Un incremento di output per unità di input può essere dovuto a un impiego più intensivo (maggiore costo) di altri input. La produttività media oraria del medico ospedaliero, ad esempio, può crescere sia per l'uso più intensivo di attrezzature nuove e tecnologicamente avanzate (e quindi relativamente più costose) che per un processo di delega di mansioni al personale paramedico. Un incremento di produttività del medico anche se ottenuto con l'uso di input più costosi costituisce pur sempre un aumento di produttività ossia un aumento di prodotto per unità di input. Può trattarsi di un guadagno di produttività non economicamente attraente, in quanto sono cresciuti i costi medi per unità di prodotto, ma è innegabile che la produttività del medico è cresciuta. Va quindi sottolineato che la produttività media oraria di un dato input cresce allorché aumenta l'output per un'unità di tempo. Esiste quindi una chiara distinzione fra produttività media oraria di un input e prodotto per costo monetario dell'input. Quest'ultimo concetto non è senza rilevanza ma non è una misura corretta della produttività di una data categoria di manodopera.

La misura e l'individuazione di un livello ottimale di produttività della manodopera ospedaliera sono alla base di ogni valutazione razionale circa l'esigenza presente e futura di risorse umane all'interno di un ospedale. L'equazione di previsione sulla quantità di manodopera necessaria al tempo t di primo acchito può essere la seguente:

$$(1) \quad M_t = R_t P_t$$

dove P_t denota la popolazione potenziale gravitante intorno a un dato ospedale al tempo t ; M_t è il nume-

ro di medici o di paramedici al tempo t ; R_t individua un dato rapporto normativo (di norma costante nel tempo) medici (o paramedici)/popolazione (Reinhardt, 1975). Di norma R_t fa riferimento a un valore ritenuto ottimale o comunque degno di essere raggiunto. Una simile stima delle esigenze future dei servizi medici (o paramedici) è tuttavia insufficiente in quanto trascura il fatto che la domanda di medici (o paramedici) non è altro che una conseguenza della domanda di « servizi medici o paramedici » intesa come il vettore dei servizi sanitari offerti dal medico o dal paramedico al paziente. Al fine di esplicitare meglio la relazione fra « servizi medici o paramedici » e « manodopera medica o paramedica » è opportuno esprimere R_t nel modo seguente:

$$(2) \quad R_t = D_t/Q_t$$

dove D_t rappresenta il valore pro-capite stimato del consumo di servizi medici o paramedici al tempo t e Q_t è il numero medio annuo di servizi medici o paramedici prodotti nell'anno t dal medico o dal paramedico. La variabile Q_t può essere considerata come la produttività media annua del medico o del paramedico ed è naturalmente una funzione sia della produttività media oraria del medico o del paramedico che del numero di ore lavorate nell'anno dal medico o dal paramedico. La domanda di manodopera sanitaria dipende quindi dalle ipotesi relative alla dinamica di D e di Q . L'equazione (2) fornisce una visione statica della necessità di medici (o paramedici) al tempo t . Non tiene conto del processo dinamico che caratterizza le variabili D e Q le quali a loro volta influenzano il valore di R . In particolare l'equazione (2) non consente di tenere conto del seguente fatto: il numero di medici (paramedici) dipende — *ceteris paribus* — dalla dina-

mica della produttività degli stessi operatori sanitari. La determinazione del numero di medici (paramedici) previsti come necessari al tempo t dipende quindi dalle previsioni fatte circa il valore della loro produttività al tempo t . Alla luce di queste considerazioni l'equazione (2), seguendo Reinhardt (1975), può essere scritta nel modo seguente:

$$(3) \quad R_t = \frac{D_0}{Q_0} e^{-\sum_{s=1}^{s=t} (q_s - d_s)}$$

dove q_s indica l'incremento percentuale di Q dal periodo $t-1$ al periodo t ; d_s rappresenta l'incremento di D nello stesso arco di tempo; D_0/Q_0 è il rapporto normativo medico (paramedico)/popolazione nell'anno in cui la previsione viene effettuata; e è un numero positivo che denota la base naturale dei logaritmi (al posto di e potrebbe essere usato qualsiasi numero positivo; il ricorso ai logaritmi avviene per ragioni matematiche connesse alla stima delle equazioni 3 e 4). Se per semplicità si assume che i valori di q_s e d_s nella (3) restino costanti al livello q e d per l'intero orizzonte della previsione l'equazione (3) si trasforma nel modo seguente:

$$(4) \quad R_t = \frac{D_0}{Q_0} e^{-(q-d)t}$$

Le equazioni (3) e (4) consentono di stimare il numero di medici (paramedici) necessari al tempo t sulla base della dinamica della differenza fra crescita della produttività degli operatori sanitari e crescita della domanda di servizi sanitari. Più l'incremento percentuale della produttività del lavoro è maggiore dell'aumento percentuale della domanda di servizi minore è la quantità di manodopera necessaria e viceversa. In tal caso il valore che conta è la differenza fra le

due suddette variabili e non il valore assoluto delle medesime. Un esempio può chiarire meglio l'uso e il significato delle formule sub 3) e sub 4). A tal fine facciamo ricorso a dati immaginari e utilizziamo la formula sub 4) che per semplicità ipotizza che i valori q_s e d_s restino costanti nell'intervallo di tempo considerato. In tal caso il valore che conta è la differenza fra le due suddette variabili e non il valore assoluto delle medesime. Immaginiamo una comunità di 150.000 persone.

Il rapporto normativo D_0/Q_0 sia di 1 medico ogni 250 abitanti (4 medici ogni 1.000 abitanti). La comunità — dato tale parametro — necessita, al momento della valutazione, complessivamente di 600 medici. Consideriamo dapprima un intervallo di tempo di 3 anni.

La previsione dell'esigenza di manodopera, data la dinamica della produttività e della domanda, è fatta all'inizio del triennio. Si supponga che la dinamica attesa per q e per d sia rispettivamente $+13\%$ e $+4\%$. La differenza $(q-d)$ è quindi pari a $+9$ punti percentuali. Applichiamo ora l'equazione sub 4). Data la differenza $(q-d)$ si ottiene che il numero ottimale di medici si riduce da 4 a 3 ogni 1.000 abitanti.

In sostanza l'incremento della produttività media del medico in misura superiore all'incremento della domanda di servizi consente un risparmio di manodopera. Sempre considerando l'intervallo temporale di un triennio vediamo ora che cosa accade quando l'incremento della produttività è inferiore all'aumento della domanda. Si assuma ora che la produttività non abbia alcuna variazione a fronte di una crescita della domanda dell' 8% . La differenza $(q-d)$ è uguale a -8 punti percentuali.

Dall'equazione sub 4) ricaviamo che in tal caso il numero ottimale di medici deve crescere da 4 a 5 medici per 1.000 abitanti. In sostanza a fron-

te di un incremento della domanda superiore all'aumento della produttività è necessario accrescere la quantità di manodopera per soddisfare l'incremento di domanda.

Vediamo ora che cosa cambia se l'intervallo di tempo in oggetto cresce da 3 a 5 anni. I valori di q e di d sono rispettivamente $+13\%$ e $+4\%$ con una differenza di $+9$ punti percentuali. In questo caso dall'equazione sub 4) si ha che il numero ottimale dei medici si riduce da 4 a 2,5 ogni 1.000 abitanti. Se per contro — sempre nel quinquennio — la variazione di q e di d è rispettivamente pari allo 0% e a $+8\%$ con una differenza negativa di -8 punti percentuali il numero ottimale di medici deve crescere da 4 a 6 ogni 1.000 abitanti. A parità di valori di q e di d e a parità di differenza $(q-d)$ il passaggio da 3 a 5 anni influenza maggiormente il valore ottimale dei medici. Ciò avviene in quanto è maggiore l'intervallo di tempo in cui si registra una differenza positiva o negativa fra q e d . Naturalmente se la differenza fra q e d è pari a zero il numero ottimale dei medici è uguale a quello previsto come parametro ossia al valore ritenuto adeguato (o previsto dalla legge) al momento della valutazione.

Un'adeguata soluzione metodologica alle difficoltà di misurazione della produttività nel settore sanitario è importante non solo per gli aspetti inerenti l'efficienza ma anche per fornire un accettabile parametro cui correlare il sistema degli incentivi volti a responsabilizzare il personale sanitario. Al fine di stimolare lo sforzo del personale e spingerlo a comportamenti ispirati anche alla valutazione economica delle proprie scelte (comparazione fra costi e benefici delle decisioni prese) è opportuno che la remunerazione del personale non sia interamente predeterminata ma sia correlata a qualche indicatore di performance ossia di attività svolta. La

misurazione della performance comporta una stima della produttività del fattore lavoro. In questa sede non si vuole esaminare le difficoltà concettuali e operative di tale valutazione bensì solo sottolineare l'opportunità che una simile misurazione venga effettuata se si mira ad impiegare il meccanismo degli incentivi economici come strumento sussidiario per responsabilizzare maggiormente il comportamento del personale sanitario. Sul problema degli incentivi economici nel settore sanitario vedasi, fra gli altri, il testo di Lombardini, Cugno e Clerico (Lombardini, Cugno e Clerico, 1991).

La funzione di produzione

A livello economico la stima di una funzione di produzione rappresenta un utile strumento per l'analisi della produttività del personale medico e paramedico operante nel settore ospedaliero (Farrell, 1957; Feldstein, 1967; Wagstaff, 1989).

Una funzione di produzione mostra la relazione fra le diverse possibili combinazioni di input e di output. Essa è in grado di individuare, per ogni livello di produzione, le combinazioni efficienti degli input indispensabili al processo produttivo. Ciò permette di verificare l'eventuale presenza di economie di scala, la dimensione ottimale dell'unità produttiva, la relazione fra costi medi e costi marginali e quindi il tasso ottimale di utilizzazione dell'unità stessa. In campo ospedaliero il ricorso alle funzioni di produzione incontra subito un grande ostacolo: la determinazione del prodotto di un ospedale. Vi è un ampio consenso nel considerare come prodotto di un ospedale — e più in generale dell'assistenza sanitaria — il miglioramento della salute dei pazienti. Questo consentirebbe di tenere conto della qualità del servizio ma non è facilmente esprimibile in termini quantitativi e quindi poco si pre-

sta a essere utilizzato a scopi operativi.

Diventa quindi necessario ricorrere a delle variabili proxy (numero di casi trattati, giorni di ricovero per paziente, ecc.) che possono essere presentate come prodotti intermedi dell'attività ospedaliera. Naturalmente le difficoltà nel predisporre un'accettabile funzione di produzione si riverberano nell'analisi della funzione dei costi. Infatti la valutazione dei costi osservati implica l'esistenza e l'identificazione della funzione di produzione.

I tentativi fatti da diversi studiosi hanno portato a risultati spesso ampiamente discordanti fra loro e di dubbio valore per l'adozione di scelte alternative. Ciò anche in conseguenza del fatto che spesso si è cercato di privilegiare l'aspetto matematico delle relazioni a scapito di una più approfondita analisi della natura economica ed istituzionale di un ospedale. La ricerca e l'obiettivo del rigore matematico hanno talora ridotto l'attenzione alla definizione di importanti problemi metodologici quali quelli inerenti la definizione e la misura degli input e degli output. È indubbio comunque che il perfezionamento delle indagini relative alle funzioni di produzione e alle funzioni dei costi di un ospedale devono maggiormente prenderne in considerazione le caratteristiche peculiari. In particolare vanno ulteriormente approfondite le teorie economiche del comportamento di un ospedale. È necessario fornire risposte più adeguate ai seguenti quesiti. A quali obiettivi si ispira l'attività di un ospedale? Quali sono le modalità del processo decisionale? In che cosa consiste la differenza fra un ospedale e le altre organizzazioni economiche? Quali sono i vincoli (istituzionali e di bilancio) che determinano le scelte nell'ambito di un ospedale? Il superamento dei problemi metodologici consentirebbe una migliore integrazione del-

la funzione di produzione (e quindi di quella dei costi) nell'ambito di una teoria generale del comportamento ospedaliero. In tal modo potrebbe essere fortemente incrementata l'utilità del ricorso all'analisi di queste funzioni soprattutto a scopi predittivi nell'intento di accrescere l'efficienza dell'attività ospedaliera (Marchand, Pestieau e Tulkens, 1984).

La produttività (giornaliera, settimanale, mensile o annuale) del medico rappresenta la variabile dipendente nella funzione di produzione che, formalmente e in via puramente esemplificativa, può assumere la forma seguente:

$$Q = f(H, L, K, A)$$

Q denota un qualche indice di output (ad esempio numero di visite effettuate) in un dato lasso di tempo; H rappresenta il numero di ore lavorate in quel lasso di tempo; L è un vettore (L_1, L_2, \dots, L_n) che individua i tipi di personale paramedico e ausiliario che collabora con il medico (misurato sia dal numero di ore lavorate da ciascun tipo che dalla quantità); K è un vettore (K_1, K_2, \dots, K_n) che riflette i servizi generati da diversi impianti e attrezzature a disposizione del personale medico e paramedico. Il vettore A rappresenta tutti gli altri fattori (endogeni ed esogeni) che potenzialmente influenzano la produttività degli input utilizzati dal medico.

I fattori produttivi H, L e K possono agire sia da complemento che da sostituto l'uno per l'altro. In senso stretto i beni complementari devono essere usati simultaneamente in proporzione quasi fissa nel processo di produzione. Ogni input deve essere combinato secondo rapporti appropriati con il proprio complemento. Per contro gli input che possono svolgere sostanzialmente le stesse funzioni prendono il nome di sostituti. La loro produttività media dipende

dalle proporzioni relative in base alle quali vengono utilizzati. Per un dato livello di output la produttività del primo input può essere accresciuta usando una quantità minore di tale input ed aumentando invece la quantità del secondo e viceversa. Naturalmente esistono vincoli tecnici a questa sostituzione. Anche prima del raggiungimento di tali limiti può tuttavia accadere che il risparmio nell'impiego del primo input non possa essere giustificato dal costo delle quantità aggiuntive dell'input sostitutivo. Più gli input sono omogenei più sono grandi le potenzialità di sostituzione. Tali potenzialità sono misurate dalla elasticità di sostituzione. Il limite economico alla sostituzione di due input dipende da un lato dall'elasticità di sostituzione e dall'altro dai costi unitari relativi dei due sostituti.

Nel settore sanitario spesso si ritiene che la manodopera paramedica funzioni per lo più da complemento alla manodopera medica. In realtà l'esperienza dimostra che per un largo ventaglio di mansioni il paramedico può essere un sostituto del medico. Se la sostituzione avviene il medico dispone di più tempo destinabile ad altre attività o al miglioramento della qualità dell'assistenza. Per contro gli input del capitale fisico funzionano in prevalenza da complemento dell'attività medica e paramedica anche se non sono trascurabili i casi in cui l'impiego del capitale consente di accrescere la produttività della manodopera ospedaliera.

Al fine di stimare in modo affidabile una funzione di produzione è necessario disporre di una massa significativa di dati ed informazioni raccolti anche attraverso indagini questionarie sul campo. Disponendo di una massa sufficiente di informazioni è possibile, attraverso l'analisi di simulazione, stimare come la variabilità di un input, fermo restando il valore degli altri, influenza la produttività del medico. La stima delle

funzioni di produzione consente solamente di misurare in quale misura è tecnicamente possibile accrescere la produttività del medico attraverso un impiego maggiore dei beni sostitutivi. Se si intende prevedere la verosimile dinamica futura della produttività medica è necessario anche spiegare come il medico sceglie gli input H, L e K e quindi poter prevedere quali combinazioni produttive egli sceglierà in futuro. A tal fine è necessario disporre di una teoria del comportamento del medico e quindi stimare a livello empirico parametri strutturali (Pauly, 1980).

Efficienza e qualità dei servizi medici

Il processo di delega di mansioni dal medico al paramedico se da un lato può accrescere la produttività della manodopera dall'altro può anche influenzare la qualità dei servizi erogati. Delega di mansioni vuol dire minor presenza operativa del medico in alcune fasi del processo diagnostico-terapeutico; ogni attività viene tuttavia eseguita sotto le direttive e la supervisione del medico stesso. Per i fattori del ruolo insostituibile del medico nel rapporto interpersonale medico-paziente il processo di delega di date mansioni può comportare una riduzione della qualità del servizio offerto. In tale ottica il processo di sostituzione della manodopera trova un forte ostacolo; non di delega si dovrebbe parlare bensì addirittura di aumento del numero dei medici e comunque delle ore lavorate da ciascuno di essi.

In realtà l'impiego ottimale della manodopera sanitaria si trova a dover fronteggiare l'ostico problema della definizione della qualità.

In estrema sintesi possiamo affrontare la valutazione della qualità seguendo tre possibili approcci: l'approccio *struttura*; l'approccio *processo*; l'approccio *output* o *risultato finale* (Donabedian, 1990).

Secondo l'*approccio struttura* la qualità dell'assistenza dipende soprattutto dal tipo e dalla quantità di risorse (umane e fisiche) a disposizione oltre che dalla loro organizzazione. La qualità è insomma una caratteristica dell'offerta. In merito va rilevato che se è indubbio che l'erogazione di dati servizi richiede determinate strutture con specifiche caratteristiche è altrettanto indubbio che non sempre vale la relazione di causalità positiva fra struttura e output finale. Le condizioni psicofisiche del paziente e il comportamento della manodopera sanitaria (del medico in primis) giocano infatti un ruolo spesso determinante nell'influenzare l'evoluzione attesa dello stato di salute del paziente. Un miglior utilizzo della manodopera sanitaria in quanto facilita un uso più efficiente delle risorse può tuttavia contribuire a migliorare la qualità del servizio erogato; in tal senso si può giustificare il processo di delega di mansioni dal medico al paramedico.

Secondo l'*approccio processo* la qualità dipende dalle modalità con cui le varie fasi dell'attività diagnostico-terapeutica vengono svolte. È di buona qualità il comportamento dell'operatore sanitario ispirato a criteri e norme d'azione universalmente o comunque ampiamente accettate come adatte e opportune per la tutela della salute del paziente in base all'esperienza consolidata e alle scoperte della scienza medica. Ma l'adattamento a norme e criteri standard non implica ovviamente e comunque un effetto positivo sullo stato di salute. Un dato atto può essere fatto nel migliore dei modi ma può trattarsi di una scelta non adatta data la carenza della diagnosi o rivelarsi — anche se opportuno — non sufficiente date le condizioni psico-fisiche del paziente.

La delega di mansioni può comportare una modifica dei soggetti protagonisti del processo diagnostico-

terapeutico ma in quanto il comportamento degli operatori sanitari deve ispirarsi a parametri standardizzati almeno formalmente non sembra incidere sulla qualità dell'assistenza così come definita dall'approccio processivo.

L'*output* (ossia il miglioramento dello stato di salute) rappresenta l'effettiva misura dell'efficacia dell'intervento sanitario. In definitiva al paziente interessa soprattutto che il consumo di assistenza sanitaria possa contribuire al miglioramento del proprio stato di salute. Se questa posizione è ritenuta accettabile ne discende che qualsiasi delega di mansioni che perlomeno non muti le probabilità di successo di un dato intervento debba lasciare sostanzialmente indifferente il paziente. Cionondimeno tale delega va perseguita e in quanto può accrescere l'efficienza produttiva e in quanto aumenta — a parità di orario di lavoro — la disponibilità di tempo del medico e quindi incrementa le potenzialità di accesso al consumo sanitario allorché ritenuto dal medico necessario.

In definitiva il trasferimento di mansioni nell'ambito della manodopera sanitaria pone problemi a livello di *microqualità* e di *macroqualità*.

A livello di *microqualità* la delega di mansioni dal medico al paramedico può accrescere — a parità sostanziale di efficacia — l'efficienza di produzione avendo però dei possibili riflessi psichici sul paziente che vede nel medico il fulcro attorno a cui ruota il rapporto interpersonale paziente-operatore sanitario. A livello di *macroqualità* la delega di mansioni può voler dire soprattutto maggior disponibilità del medico per destinare parte del proprio tempo all'assistenza dei pazienti più bisognosi di cura (meno code, meno liste di attesa) e quindi migliori condizioni di accesso al consumo sanitario.

Oltre che un impiego più efficiente della manodopera (e quindi alme-

no potenzialmente minor costo del lavoro) la delega di mansioni può creare le premesse per una assistenza più adeguata che meglio tuteli il livello di salute della collettività.

Vincoli istituzionali ed economia della sostituzione della manodopera ospedaliera

La delega di mansioni dal medico al paramedico non può prescindere dai vincoli istituzionali vigenti nell'ambito di un sistema sanitario. L'ampiezza della delega dipende in particolare dalla presenza, dalla natura e dalla elasticità dei vincoli legali esistenti. Una rigida attribuzione di mansioni sancita per legge o con contratti sindacali costituisce impedimento a qualsiasi tentativo di impiego ottimale della manodopera ospedaliera.

La burocratizzazione dell'attività secondo norme e schemi rigidi in realtà tutela soprattutto gli interessi e gli obiettivi degli operatori sanitari; lascia ampi spazi alla deresponsabilizzazione degli operatori; comporta costi medi variabili eccessivi; determina uno spreco di risorse che certo non facilita l'accesso al consumo sanitario alle persone effettivamente in stato di necessità.

In Italia la delega di mansioni richiederebbe quindi anche una sostanziale modifica delle norme che regolano l'attività di lavoro del personale medico e paramedico all'interno di un ospedale. Ma in Italia dobbiamo fronteggiare un vincolo in più che certo non facilita il trasferimento di mansioni: a fronte di un eccesso di medici si ha una forte penuria di personale paramedico in particolare infermieristico. Poiché l'aspetto occupazionale sembra prevalere rispetto al criterio dell'impiego ottimale della forza lavoro non si presenta agevole l'eventuale processo di ridefinizione delle mansioni. Ne consegue che la componente più costosa della for-

za lavoro si trova a svolgere anche mansioni facilmente delegabili al personale paramedico senza attenuare l'efficacia dell'intervento ma anzi verosimilmente migliorando la qualità del trattamento e dell'assistenza che si potrebbero avere disponendo di più personale paramedico messo in grado di svolgere più mansioni sotto la supervisione del medico.

Ma il medico come potrebbe impiegare il tempo liberato dalla delega delle mansioni? La risposta al quesito non può prescindere dai diritti di proprietà prevalenti all'interno del sistema sanitario. Il risultato e le alternative di politica sanitaria differiscono a seconda se siamo di fronte a un sistema privato o a un sistema pubblico.

In un sistema privato (caratterizzato dalla presenza del prezzo) il medico che delega mansioni si trova — dato il proprio orario di lavoro — sostanzialmente di fronte a tre possibilità: accrescere il proprio tempo libero; aumentare il numero delle visite e degli interventi e incrementare così il proprio reddito lordo; destinare più tempo alla visita e alla cura dei pazienti abituali nell'intento soprattutto di migliorare la qualità della propria performance.

Diversa è la situazione nel caso di un sistema sanitario pubblico come quello italiano dove il medico ospedaliero è uno stipendiato (*full time* o *part-time*) che deve svolgere un predeterminato orario di lavoro all'interno dell'ospedale. Che effetti avrebbe in tal caso una delega di mansioni? Di primo acchito il medico verrebbe liberato di mansioni di routine e avrebbe più tempo da destinare ai casi che maggiormente necessitano dell'intervento e dell'assistenza medica. Almeno potenzialmente dovrebbero migliorare la qualità del trattamento per i pazienti più gravi e anche l'efficacia del processo diagnostico terapeutico. Per contro le modalità di remunerazione del medico

(lo stipendio) non possono escludere — almeno in via ipotetica — che la delega di mansioni comporti in prevalenza più tempo libero per il medico senza evidenti effetti sulla qualità del trattamento e sull'efficacia della performance. In concreto il maggior tempo disponibile connesso alla delega di mansioni potrebbe essere impiegato in particolare accrescendo sensibilmente — con adeguati incentivi monetari per il medico — l'attività poliambulatoriale svolta dal medico all'interno dell'ospedale. Si avrebbero così benefici non solo dal lato del miglioramento delle potenzialità di accesso alle strutture ma anche dal lato dei costi diretti in quanto potrebbero essere ridotte le convenzioni con medici esterni specialistici.

Conclusioni

Per un economista il problema della delega di mansioni dal medico al paramedico si inquadra nella problematica dell'impiego ottimale della forza lavoro. L'obiettivo è quello di accrescere la produttività della risorsa relativamente più costosa e incrementare così l'efficienza di produzione. La stima della funzione di produzione dell'attività del medico consente all'economista di valutare le potenzialità per l'incremento della produttività. Non sembra che il trasferimen-

to di mansioni al personale paramedico — naturalmente sempre sotto la supervisione medica — possa influenzare negativamente la qualità dell'assistenza soprattutto allorché la qualità viene valutata seguendo l'approccio output o risultato finale. La delega delle mansioni è però ostacolata dai vincoli istituzionali che in qualche modo funzionano da freno alla delega stessa. Infine non si può prescindere in particolare dalla natura dei property rights esistenti nell'ambito di un sistema sanitario che diversamente influenzano le richieste, le esigenze e gli effetti connessi a un diverso utilizzo della forza lavoro nel settore sanitario.

BIBLIOGRAFIA

DONABEDIAN A., 1990. *La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*. NIS, Roma.

FARRELL M.J., 1957. The Measurement of Productive Efficiency. *Journal of Royal Statistical Society, Series A*; 120: 253-281.

FELDSTEIN M.S., 1967. *Economic Analysis for Health Service Efficiency: Econometric Studies of the British National Health Service*. North Holland, Amsterdam.

FUCHS V.R., (a cura di) 1969. *Production and Productivity in the Service Industries*. National Bureau of Economic Research, Studies in Income and Wealth, vol. 34. Columbia University Press, New York.

LOMBARDINI S., CUGNO F., CLERICO G., 1991. *Teoria degli incentivi e riforma del Servizio sanitario nazionale*. La Rosa Editrice per conto della Fondazione Rosselli di Torino, Torino.

MARCHAND M., PESTIEAU P., TULKENS H., (a cura di) 1984. *The Performance of Public Enterprises: Concepts and Measurement*. North Holland, Amsterdam.

O.E.C.D., 1987. *Financing and Deliberating Health Care: A comparative Analysis of OECD Countries*, Social Policy Studies, n. 4. OECD, Parigi.

O.E.C.D., 1990. *Health Care Systems in Transition: the Search for Efficiency*, Social policy Studies, n. 7. O.E.C.D. 1990, Parigi.

PAULY M.V., 1980. *Doctors and Their Workshops: Economic Models of Physician Behavior*. The University of Chicago Press 1980, Chicago.

REINHARDT U.E., 1975. *Physician Productivity and the Demand for Health Manpower, An Economic Analysis*. Ballinger Publishing Company, Cambridge Mass.

SCHIEBER G.J., POUILLIER J.P. and GREENWALD L.M., 1992. *U.S. Health Expenditure Performance: An International Comparison and Data Update*. Health Care Financing Review; 13: 1-86.

WAGSTAFF A., 1989. *Econometric Studies in Health Economics, A Survey of the British Literature*. Journal of Health Economics; 8: 1-51.

WEISBROD B.A., 1992. Productivity and Incentives in the Medical Care Sector. *Scandinavian Journal of Economics Supplement*; 94: 131-145.

Documenti e commenti

Sezione 2^a

IL NUOVO SERVIZIO SANITARIO TOSCANO

di Claudio Galanti, Emanuele Giusti, Mario Romeri

Assessorato alla sanità - Regione Toscana - Servizio pianificazione e controllo

SOMMARIO: Premessa - Gli ambiti della nuova azienda: l'ambito provinciale e la zona. La riduzione del numero delle USL; la dimensione aziendale e l'ampiezza dell'ambito territoriale; effetti economici di una dimensione modesta; la compattezza del bacino di utenza e la mobilità; l'articolazione dell'ambito territoriale e la Zona - Il modello organizzativo: l'impianto generale; il livello operativo e la soglia operativa; la concentrazione della funzione ospedaliera.

Premessa

La riforma del Servizio sanitario nazionale, così come si è venuta sviluppando nei decreti legislativi n. 502/92 e 517/93, ha posto e pone una serie di alternative ai modi della sua concreta attuazione, sulle quali le singole regioni sono chiamate ad esprimersi.

L'introduzione sulla scena di un nuovo soggetto — l'azienda sanitaria — e la conseguente ridefinizione dei ruoli dei classici soggetti istituzionali, a partire dai livelli centrali fino alle realtà locali — Regione, Provincia e Comuni — sono scelte che il legislatore nazionale ha già operato nelle linee generali.

Su questo terreno i termini dell'enunciato sembrano chiari:

— allo Stato la programmazione nazionale, la definizione delle risorse disponibili, l'indirizzo ed il coordinamento generale del sistema;

— alle Regioni compiti analoghi sul territorio di competenza, una volta definito il nuovo impianto organizzativo, impianto che potrebbe presentarsi molto diversificato nelle singole realtà;

— alle istituzioni locali il compito di rappresentare gli interessi generali e specifici delle varie comunità;

— alle aziende, in coerenza con gli indirizzi « politici » ricevuti dalla Regione e dalle istituzioni locali, la gestione dei servizi e delle attività.

La Regione si colloca in una posizione estremamente difficile, costretta a mediare tra difesa della propria autonomia, nei confronti di uno stato « invadente » e che tende a trasferire la responsabilità finanziata con il minimo corredo possibile di risorse e la fortissima pressione delle istituzioni locali impegnate sul fronte di una difesa ad oltranza dei livelli raggiunti e non ancora preparate ad abbandonare il ruolo gestionale rivestito per calarsi in quello nuovo dell'indirizzo politico e del controllo.

Altrettanto critica risulta la posizione della USL che acquisisce una propria personalità giuridica e, quindi, un'autonomia reale, ereditando *in toto* struttura, organizzazione e problemi gestionali di un servizio che, certo, non si colloca a livelli ottimali di efficienza e di accreditamento verso l'utenza.

Questa fragilità del nuovo sogget-

to istituzionale rende ancora più impegnativo il ruolo della Regione, chiamata appunto a conferire alla nuova « azienda » gli strumenti più opportuni per affrontare un sistema che non si può definire « mercato », stretto com'è tra rigidità di un servizio pubblico di tipo assistenziale, ordinatori esterni ed interni di spesa, che rendono critico il flusso della domanda, ed un « privato » che si colloca ambigualmente a cavallo tra fonte assistenziale ed impresa.

In questo contesto le scelte che la Regione è chiamata a compiere sono molto difficili in quanto coinvolgono, oltre che l'affermazione della propria autonomia nel rispetto di quella delle istituzioni locali, anche la difesa dell'autonomia e della credibilità della nuova azienda, soggetto indispensabile per rivitalizzare l'intero sistema.

E sono scelte complicate non solo per l'oggettiva complessità di un moderno sistema sanitario ma anche per il periodo nel quale la riforma è stata varata; un periodo di profonda trasformazione dei ruoli e delle caratteristiche della pubblica amministrazione e dei suoi attori, che si connette

ad una altrettanto profonda trasformazione del sistema locale, nel suo più ampio significato e con una portata che va ben al di là dei confini nazionali.

Non deve, perciò, stupire se ancora poche realtà regionali hanno affrontato in maniera organica l'intera materia.

La proposta di legge regionale della Toscana cerca di definire lo scenario ottimale per consentire il pieno dispiegarsi dei ruoli sia dei soggetti istituzionali interessati che dei nuovi soggetti « economici » che si inseriscono nel servizio: il sistema aziendale pubblico, l'imprenditore sanitario privato, il cittadino che diviene anch'esso soggetto economico di rilievo, dal momento che si delinea un suo ruolo ben preciso in termini di disponibilità a pagare le prestazioni ed a contribuire al finanziamento del servizio.

All'obiettivo primario della soddisfazione del diritto alla « salute », che solo giustifica la costruzione di un servizio sanitario pubblico, se ne aggiunge pertanto uno non secondario in tale impianto: quello dell'efficacia e dell'efficienza del sistema complessivo, in termini di qualità ed economicità delle prestazioni. Ciò nell'assunto che i soggetti istituzionali, anche quelli di più alto livello, trovano la loro legittimazione solo nell'assolvimento dei fini per i quali sono costituiti e che i soggetti aziendali, anche quelli pubblici, debbono essere pienamente responsabilizzati sul versante della gestione per rispondere nella maniera migliore possibile alle esigenze dell'utente.

È evidente come ciò abbia imposto una rivisitazione degli equilibri pregressi e la ridefinizione delle modalità con le quali i soggetti impegnati devono dare concreta attuazione alle loro competenze. È stato quindi necessario ridisegnare una mappa del servizio che risultasse coerente, non tanto alla rappresentazione isti-

tuzionale delle specificità territoriali, ma alla organizzazione delle risposte assistenziali ai fabbisogni rappresentati dall'utente finale del servizio, attribuendo a quest'ultimo il ruolo di soggetto reale del sistema e non di mero oggetto del servizio.

Gli ambiti della nuova azienda: l'ambito provinciale e la zona

La riduzione del numero delle USL

Nell'impostazione del nuovo Servizio sanitario regionale si riscontra, pertanto, la costante ricerca di regole e strumenti che consentano di disegnare un impianto generale che esalti la centralità dell'utente e privilegi gli aspetti di funzionamento rispetto a quelli meramente organizzativi.

Su questo versante gli strumenti messi a disposizione dalla normativa nazionale sono spesso risultati insufficienti a rappresentare la complessità del sistema. L'ambito della USL, inteso come bacino di competenza aziendale, risulta estremamente significativo dovendo possedere una serie di requisiti che superano quelli tradizionali di « omogeneità d'ambito », che fanno riferimento alle caratteristiche geo-politiche, socio-culturali e degli insediamenti sul territorio.

A tali caratteristiche se ne aggiungono altre che sono legate ai livelli ed alle scale gestionali, alle caratteristiche del sistema aziendale, alle nuove modalità di finanziamento che esaltano gli aspetti economici del sistema, privilegiando la dinamica dell'equazione tra costi e ricavi piuttosto che l'identità classica tra entrate e spese.

La scelta del bacino di riferimento dell'azienda determina, in modo molto preciso, le caratteristiche economiche del sistema complessivo, in quanto la dimensione aziendale caratterizza marcatamente la struttura stessa del mercato, incidendo sul grado di autonomia delle singole azien-

de, sull'omogeneità dei soggetti del mercato, sulla natura e rilevanza degli scambi e sulle prospettive di sviluppo del sistema.

L'introduzione di elementi di mercato in un sistema fino ad oggi caratterizzato da una grossa rigidità e da una scarsa autonomia operativa determina nel medesimo la necessità di profonde ristrutturazioni, con esigenze di investimenti e con tempi di intervento incompatibili con la brusca variazione dei meccanismi di ridistribuzione delle risorse che tale introduzione determina, soprattutto nelle condizioni ambientali più critiche e nelle situazioni economicamente più deboli, elementi che, spesso, si coniugano a vicenda.

È pertanto necessario, come avvertito dal legislatore nazionale, procedere ad una riduzione del numero delle USL per ridurre la frammentazione dell'attuale sistema o, per meglio inquadrare il problema, occorre ampliare i bacini di competenza delle singole aziende aumentando i margini economici dell'operazione.

La dimensione aziendale e l'ampiezza dell'ambito territoriale

È evidente come una dimensione aziendale ampia consenta di impostare in maniera corretta alcuni problemi di gestione, soprattutto per quelle attività che risentono notevolmente di fattori di soglia e di scala; trascurando quei servizi che presentano scale di gestione molto elevate, come alcuni servizi di supporto all'erogazione delle prestazioni, o molto modeste, come la gran parte delle attività sanitarie territoriali, occorre concentrare l'attenzione sui servizi ospedalieri, che si collocano, spesso, in posizione intermedia, e che funzionano quindi da buona discriminante in una analisi di ottimizzazione della dimensione e della struttura aziendale.

Tra l'altro gli interventi di ristrutturazione

turazione interessano prevalentemente le attività ospedaliere, sia in termini di concentrazione e qualificazione delle medesime, che in termini di riduzione del loro peso complessivo, per lo sviluppo continuo e la diversificazione della domanda verso prestazioni assistenziali alternative al ricovero ospedaliero o che comunque richiedono l'impegno ridotto della struttura di ricovero.

L'esame delle funzioni ospedaliere porta alla individuazione di due precisi discriminanti di bacino per il corretto dimensionamento delle medesime:

— un valore attorno a 200.000 abitanti, per un'ampia gamma di funzioni di ricovero che ampliano lo spettro di dotazione dalle classiche funzioni di base (medicina e chirurgia generale, area materno infantile ed ortopedia traumatologia) verso un complesso di specialità attorno alle quali è possibile ricondurre circa l'85% della richiesta complessiva di ricovero ospedaliero;

— un valore attorno ad un bacino di oltre 750.000 abitanti che interessa funzioni di ricovero di alta ed altissima specializzazione.

Entrambi i valori costituiscono altrettante soglie aziendali: la prima è la soglia minima che consente di individuare aziende sanitarie territoriali omogenee sotto il profilo della dotazione e delle capacità di mercato, ovvero dotate di analoga capacità di produzione e di vendita delle prestazioni, la seconda discrimina invece il livello di erogazione di prestazioni più complesse di ambito regionale, ovvero consente di individuare una soglia di aziendalizzazione della funzione ospedaliera, attorno alla quale sia effettivamente possibile costruire una solidità economica basata sulla peculiarità del prodotto fornito ed una specifica autonomia gestionale.

In particolare dimensioni aziendali che si collochino al di sotto della prima soglia individuerrebbero neces-

sariamente aziende prevalentemente destinate a « comprare » prestazioni, mentre le altre aziende risulterebbero prevalentemente impegnate a produrre ed a vendere le loro: si configurerebbero, cioè, USL di serie « A » ed « USL di serie B ».

Effetti economici di una dimensione modesta

Un secondo fenomeno va considerato attentamente ed è quello relativo alle effettive potenzialità operative di tali strutture gestionali nel rapporto tra qualità ed economicità della prestazione.

Per ogni attività ospedaliera vengono indicate « soglie operative » cioè un livello minimo di qualificazione richiesto obbligatoriamente per il mantenimento o l'istituzione di unità operative autonome.

Tale livello minimo, mentre assicura la qualificazione dell'attività, non è detto che costituisca automaticamente un livello ottimale di gestione, che si realizza invece quando i costi sostenuti sono almeno pari agli ipotetici ricavi derivanti dalla collocazione sul mercato delle prestazioni prodotte.

Questa condizione, soprattutto in riferimento alle prestazioni di ricovero di maggiore diffusione, si realizza « normalmente » quando tale soglia viene abbondantemente superata: questa ulteriore soglia operativa costituisce anche il vincolo per l'istituzione od il mantenimento di una ulteriore unità operativa della medesima disciplina specialistica.

Il « gap » economico esistente tra livello qualitativo minimo e livello economico ottimale rappresenta il costo che l'azienda paga per raggiungere un compromesso tra livello di qualificazione delle prestazioni e necessità di decentramento del servizio.

Il rapporto tra soglia operativa minima e soglia economicamente valida è sempre attorno a 1: 2; è eviden-

te che se la maggioranza delle funzioni di ricovero si collocano al di sotto di tale rapporto la funzione ospedaliera complessiva lavora in un regime di « perdita » di gestione.

Per una gestione economicamente valida occorre pertanto che la USL, accanto a funzioni ospedaliere economicamente sottodimensionate, possa gestire almeno altrettante funzioni in regime economicamente valido per conseguire un equilibrio tra utili e perdite, ovvero per poter impostare autonome politiche di bilancio aziendale.

Tale condizione si realizza sempre per USL efficienti che operino al di sopra della soglia di 200.000 abitanti, qualunque sia la dotazione aziendale: tali USL sono quindi teoricamente in grado di fornire un prodotto « qualitativamente valido » ed « economicamente conveniente ».

Per ambiti inferiori a tale soglia, alla necessità di « comprare » le prestazioni ospedaliere relative alle specialità non presenti, si aggiunge spesso la necessità di finanziare le perdite di gestione per le attività di ricovero presenti e, quindi, in controtendenza con le aspettative generali del mercato, di ridurre i livelli delle prestazioni sanitarie territoriali.

La compattezza del bacino di utenza e la mobilità

Si può concludere che esiste un valore minimo dell'ampiezza del bacino di utenza al di sotto del quale non è possibile assicurare strutture aziendali omogenee in termini di capacità di offerta, di autonomia gestionale e di validità di mercato: quali altre caratteristiche dovrà possedere tale ambito?

Altro elemento di considerazione deve essere la « compattezza » del medesimo ovvero l'effettiva capacità gravitazionale nei confronti dell'utenza del territorio, per evitare che si producano elementi di distorsione del

mercato indotti dalla necessità di acquisire comunque quote rilevanti di prestazioni.

È evidente che maggiore è la quota di risorse da destinare all'acquisto di prestazioni e minore è la possibilità di impostare le profonde politiche di razionalizzazione, riorganizzazione e sviluppo necessarie per migliorare l'efficienza e l'efficacia del servizio.

Tali politiche sono doverose ma richiedono risorse, tempi e gradualità appropriate; la mancanza di tali condizioni, determina frettolosi interventi di ristrutturazione e taglio della struttura produttiva interna, a tutto svantaggio delle realtà più fragili.

In generale un sistema aziendale che esalti il « peso del mercato » risulta assolutamente sconsigliabile; l'attuale reticolo territoriale della Toscana che, con la sua frammentazione in quaranta USL, vede una mobilità ospedaliera interaziendale che supera il 40% del fatturato complessivo, rischierebbe di determinare aree di profonda crisi in oltre il 60% delle realtà, rendendo praticamente ingovernabile il processo.

L'analisi della mobilità ospedaliera in ambito regionale mette invece in evidenza che esistono bacini di governo aziendale che minimizzano l'impatto del mercato; in particolare il bacino che si comporta meglio sotto tale profilo risulta quello provinciale, il quale, nella stragrande maggioranza delle realtà, raccoglie ed esaurisce al suo interno il 95% della mobilità per ricovero ospedaliero.

Non molto meglio, sotto tale profilo, si comporta attualmente l'intero ambito regionale: passando dall'ambito provinciale alla Regione la dipendenza ospedaliera passa dal 95% al 97%.

Anche considerando la quota di mercato sottratta comunque alla gestione USL per effetto dell'aziendalizzazione di talune strutture ospedaliere, il tasso di mobilità interazienda-

le, eccetto nelle aree provinciali dove sono insediate le aziende ospedaliere, si mantiene entro l'85%, limitando entro tale livello gli scambi monetari interni al sistema.

L'ambito ottimale della USL si colloca pertanto, in Toscana, in una fascia al di sopra dei 200.000 abitanti e, di norma, entro gli attuali confini provinciali.

L'articolazione dell'ambito territoriale e la Zona

L'ambito provinciale costituisce il bacino ottimale di governo della nuova USL-azienda, ma come si comporta tale ambito rispetto ai problemi di gestione aziendale?

A tale proposito occorre inquadrare il profilo aziendale per individuarne alcune caratteristiche strutturali; come si è già detto le funzioni assistenziali presentano problemi di scala gestionale differenziati, passando dalle microstrutture di livello distrettuale a complessi produttivi rilevanti quali gli ospedali o i grossi poliambulatori, da funzioni di servizio concentrate, quali le funzioni gestionali di supporto o di direzione aziendale, a veri e propri sportelli di distribuzione e vendita delle prestazioni.

In questa complessa struttura gestionale, si può però individuare una ripartizione precisa tra le funzioni interne di governo e servizio aziendale e le funzioni produttive, tra il livello operativo della programmazione e del controllo aziendale e quello della produzione e vendita delle prestazioni; in termini economici tale sezione si colloca tra i livelli di allocazione e trasferimento delle risorse, e quelli di utilizzo finale delle medesime per la produzione e la vendita delle prestazioni.

Una ripartizione della struttura aziendale è individuata anche dal D.L.vo 502/92 che prevede l'evidenziazione all'interno dell'azienda dello stabilimento di produzione più ri-

levante, prevedendo una autonomia gestionale dell'ospedale.

La proposta di legge regionale della Toscana riporta questa sezione nei termini gestionali il supporto aziendale dal versante operativo della produzione, distribuzione e vendita delle prestazioni.

In tal modo la nuova azienda si caratterizza per la presenza delle funzioni su due livelli operativi distinti:

— il Centro tecnico direzionale, che elabora le strategie generali di bilancio e le politiche gestionali complessive, le linee di sviluppo aziendale, mette a punto gli strumenti e le metodologie di controllo di gestione, intrattiene i rapporti con il mercato, fornisce i supporti gestionali e si fa carico dei rapporti con i livelli istituzionali e rappresentativi;

— la Zona, che è l'insieme degli stabilimenti, degli apparati e delle organizzazioni di erogazione delle prestazioni e che rappresenta un ulteriore momento di autonomia tecnico-gestionale, nell'ambito di pacchetti di risorse e programmi predefiniti.

In termini aziendali la Zona è la concreta modalità operativa della USL sul territorio di competenza; non si tratta di un decentramento aziendale ma piuttosto del comparto « produttivo » vero e proprio dell'azienda, che ritrova unitarietà nel complesso « zone »/« holding » centrale.

Tale impianto aziendale si realizza tramite precise deleghe della direzione aziendale, quindi sia del direttore generale che dei due direttori sanitario ed amministrativo; d'altronde è improponibile una struttura aziendale di una certa complessità, e qui si tratta di aziende con un fatturato mediamente attorno ai 400 miliardi, che esaurisca in un solo livello direzionale tutti i poteri gestionali e di direzione.

Nell'impianto previsto il titolare di tutte le funzioni gestionali, ovvero il direttore generale, individua deleghe,

più o meno ampie, nei confronti dei « responsabili di zona »; sui medesimi convergono anche deleghe di coordinamento amministrativo, da parte del direttore amministrativo, per l'effettivo esercizio delle deleghe del direttore generale.

Le funzioni di direzione sanitaria di zona sono esercitate, distintamente per l'attività ospedaliera (comparto ospedaliero di zona) e per quella socio sanitaria territoriale (comparto socio sanitario territoriale), tramite due distinte deleghe del direttore sanitario.

Al significato « strettamente aziendale » della zona, si aggiunge anche quello di ulteriore « ambito » di rapporto tra azienda ed istituzioni locali.

La USL, infatti, oltreché sufficientemente « ampia » e « compatta » deve essere anche « sufficientemente articolata » in zone, proprio per realizzare concretamente politiche aziendali che tengano conto delle specificità di contesto nell'ambito provinciale.

In tal senso la zona rappresenta anche la possibilità della Conferenza dei sindaci di dettare indirizzi di salvaguardia dei livelli assistenziali raggiunti in aree di disagio reale, tramite meccanismi di riallocazione degli « utili aziendali » di zone « economicamente valide » (dimensionamento ottimale delle funzioni assistenziali) a favore di altre realtà che si presentano, sotto questo profilo, estremamente critiche, con concrete prospettive di maturare « perdite di gestione » (servizi organizzati ai livelli delle soglie operative minime).

La Unità sanitaria locale si presenta pertanto come soggetto autonomo in termini di « capacità di programmare », ovvero di disporre l'allocazione delle risorse nel proprio ambito, risolvendo al proprio interno i problemi gestionali, con accorgimenti organizzativi autonomi che la rendono « autosufficiente ».

Il modello organizzativo

L'impianto generale

Il modello organizzativo prevede l'esercizio dell'autonomia aziendale tramite un regolamento generale con il quale ogni USL provvede a definire la propria organizzazione specifica.

Il regolamento, la pianificazione aziendale ed il bilancio, visto come proiezione economica della pianificazione, sono gli unici atti sui quali è chiamata ad intervenire la Regione, non tanto come controllo ma piuttosto come « amministrazione attiva »; tutti gli altri atti e comportamenti aziendali sono adottati con piena autonomia e responsabilità.

La legge regionale definisce un « profilo organizzativo » sulla base del quale l'azienda procede ad individuare il proprio assetto, tenuto conto delle « regole generali » che sono fissate con l'individuazione dei seguenti elementi:

— il repertorio generale delle funzioni aziendali, che è indicato in un allegato alla legge;

— le soglie operative per la costituzione di strutture organizzative autonome per le varie funzioni, indicate nel medesimo allegato;

— gli schemi funzionali, ovvero le modalità secondo le quali le strutture funzionali dell'azienda aggregano quelle organizzative per consentirne il funzionamento. Tali schemi funzionali sono riportati in appositi allegati alla legge.

La legge regionale stabilisce anche la delegificazione della procedura del Piano sanitario regionale, prevedendo l'aggiornamento degli elementi che individuano il profilo organizzativo nell'ambito del piano medesimo.

In tale maniera la struttura organizzativa delle aziende sanitarie regionali risulta correlata a regole « certe ed omogenee » su tutto il territorio regionale, ma con impianto e procedura estremamente flessibili.

Si afferma, inoltre, la prevalenza dell'organizzazione funzionale rispetto a quella strutturale con l'eliminazione del « servizio » — la classica struttura di vertice che aggrega le unità operative — e la sostituzione del medesimo con strutture dipartimentali — le « aree funzionali ospedaliere », i « dipartimenti » e gli « staff funzionali » di supporto all'esercizio dei poteri direzionali dei tre direttori.

Il livello operativo e la soglia operativa

La definizione dell'impianto organizzativo richiede la verifica dell'effettiva operatività ai vari livelli aziendali delle singole funzioni (per le strutture organizzative, ed in particolare per le unità operative) o aree funzionali (per le strutture funzionali, ed in particolare per i dipartimenti).

Rispetto a ciò i compiti delle strutture « centralizzate » (quelle che interessano il Centro tecnico-direzionale) saranno prevalentemente riferiti alla programmazione ed al controllo interno, mentre quelli delle strutture « zonali » saranno prevalentemente orientati all'erogazione delle prestazioni e quindi all'attuazione dei programmi aziendali.

Anche i livelli di responsabilità aziendali sono, sotto tale profilo, molto differenziati essendo, per il livello centrale, strettamente correlati a quelli della definizione delle politiche aziendali (le scelte di allocazione e la finalizzazione delle risorse), e, per quello zonale, rivolti essenzialmente alle scelte di utilizzo delle risorse, una volta definita la loro entità e destinazione funzionale.

In ossequio a tali principi ogni azienda provvede alla definizione, nell'ambito del regolamento generale, delle « linee » e dei « centri di responsabilità » aziendali, riconnetten-doli alla « direzione aziendale » — i tre direttori — tramite gli « incarichi » e le « deleghe » aziendali.

Di particolare rilevanza risulta l'introduzione, in questo contesto, del vincolo « minimo » di costituzione di un livello organizzativo « autonomo », ovvero la correlazione introdotta tra « attività da svolgere » e « livello organizzativo », che offre all'azienda gli strumenti effettivi per procedere alla ristrutturazione e razionalizzazione delle attività.

In particolare, per l'attività ospedaliera, l'introduzione delle soglie operative consente di correlare l'istituzione od il mantenimento di un determinato reparto di ricovero alla rilevanza della casistica afferente al medesimo, ovvero alle prospettive di effettiva qualificazione dell'attività.

Tale « livello minimo » è riferito alla popolazione di ciascuna zona, ovvero alla capacità gravitazionale teorica del presidio ospedaliero di zona e delle aziende ospedaliere; la correlazione tra « numero minimo di ricoveri » e popolazione di bacino è stabilita sulla base di « indicatori specifici » per ciascuna attività specialistica.

Il numero minimo di casi, sufficienti a qualificare l'attività dei singoli reparti è fissato dal Piano sanitario regionale: in prima applicazione è ritenuto sufficiente un numero minimo di 1.000 ricoveri afferenti per le discipline a larga diffusione, di 500 parti per le attività dell'area materno infantile e di 400/600 ricoveri per

le discipline dove sia molto elevato il « carico » dell'attività ambulatoriale rispetto a quella di ricovero.

La concentrazione della funzione ospedaliera

Questo consente alle singole USL di impostare un processo di razionalizzazione dell'attività ospedaliera, prevedendo la concentrazione dell'attività di ricovero in presidi « adeguatamente qualificati » per supportare il carico ospedaliero zonale.

Le soglie consentono infatti di individuare « bacini minimi » in termini di popolazione afferente, così strutturati:

— 25.000 abitanti per un'attività medica o chirurgica generale. Tale valore è anche la soglia minima per la costituzione di una zona;

— 70.000/80.000 abitanti per l'organizzazione di un punto nascita, di una ortopedia e di una cardiologia;

— 200.000 abitanti per le discipline specialistiche intermedie, ovvero per le « nuove discipline di base » presenti in tutte le USL.

Per zone nelle quali non si raggiungano le soglie più elevate di popolazione, l'unità operativa della zona di riferimento può assicurare la propria presenza nel presidio ospedaliero, qualora lo consiglino condizioni particolari di critica accessibilità al presidio ospedaliero alternativo, trami-

te una propria « sezione » residente.

In tal caso l'unicità dell'équipe viene assicurata tramite un coordinamento dell'attività specialistica e meccanismi di mobilità « programmata » periodica o per aggiornamento.

In generale, al concetto di « ospedale unico » si sostituisce, per tutte le attività ospedaliere, quello di « rete integrata di presidi », tramite la quale il cittadino accede all'intera gamma di prestazioni ospedaliere offerte dal complesso di presidi della USL.

L'utilizzo programmato da parte dell'équipe specialistica della dotazione ospedaliera e dei presidi specialistici dell'intera USL, la maggiore flessibilità interna nell'utilizzo dei posti letto, raggruppati nelle aree funzionali ospedaliere, i programmi di specializzazione diurna e domiciliare consentono di programmare, nell'ambito del primo triennio di validità del Piano sanitario regionale, la riduzione del fabbisogno di posti letto complessivi, tra pubblico e privato, dagli attuali circa 21.000 posti letto ai 17.000 della proposta, passando dagli attuali 6 posti letto ogni 1.000 abitanti ai 4,75 programmati.

L'ulteriore riduzione fino a 4,25 posti letto ogni 1.000 abitanti passa attraverso la realizzazione dei posti residenziali alternativi nelle RSA, previsti dal programma di edilizia ex art. 20 della finanziaria 1988.

I FLUSSI FINANZIARI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

di E. Borgonovi et al.

SOMMARIO: Il quadro di riferimento - Determinazione del fondo e sua ripartizione - Il ripiano dei disavanzi - Tempi di trasferimento fondi - Meccanismi di pressione sui comportamenti finanziari - Elementi di costo per le aziende fornitrici - Il ruolo del factor - Prime linee di intervento.

Il documento che viene presentato qui di seguito è frutto dell'attività del « gruppo di lavoro su rapporti finanziari tra imprese e aziende sanitarie »: Coordinatore Scientifico del gruppo è Elio Borgonovi, direttore del CeRGAS dell'Università « L. Bocconi » di Milano, coadiuvato da Andrea Francesconi, ricercatore CeRGAS. Segretario generale è Antonio Iantosca, Direttore generale di Farmafactoring, gli altri membri del gruppo sono: Emanuele Carabotta, Ragioneria generale dello Stato IGESPA divisione II, Ministero del tesoro - Umberto D'Agnolo, Direttore settore provveditorato ed economato USL-Venezia - Carla Ottanelli, Funzionario ABI-Associazione bancaria italiana, Rapporti con Enti pubblici - Pier Sergio Serventi, Responsabile Servizio economia sanitaria, regione Emilia Romagna - Giorgio Valentini, Servizio centrale programmazione sanitaria, Ministero della sanità.

Il quadro di riferimento

Il miglioramento dei rapporti finanziari tra le aziende fornitrici, e tra esse e quelle farmaceutiche, e il SSN può realizzarsi a seguito della approfondita analisi dei processi che influenzano la situazione e i comportamenti delle USL e i riflessi sui comportamenti degli « attori interessati » (aziende fornitrici, Tesoro, sistema bancario, società di factoring, ecc.). Tali processi sono così identificabili:

- 1) determinazione del Fondo sanitario nazionale;
- 2) trasferimento dei flussi monetari reali sia in relazione al fondo inizialmente stanziato in sede di bilancio preventivo dello Stato, sia in relazione a successive integrazioni del fondo durante l'anno (1991 e 1992), sia in relazione alla copertura dei disavanzi riconosciuti in sede di con-

suntivo (fino al 1990). A tale riguardo si rimanda all'allegato 1 per un esame analitico delle modalità concretamente adottate negli anni passati;

- 3) meccanismo di « pressione » per attuare le politiche di contenimento della spesa o per tutelare certi interessi.

Determinazione del fondo e la sua ripartizione

Gli obiettivi che sono stati alla base della determinazione del Fondo sanitario nazionale nell'ultimo quinquennio sono:

- contenimento della spesa sanitaria;
- pressione per la sua razionalizzazione e l'eliminazione degli sprechi;
- riequilibrio della spesa tra le varie Regioni e tentativo di responsabilizzazione delle stesse;

- contributo al contenimento del fabbisogno di indebitamento statale (quello previsto dall'art. 1 alla legge finanziaria) che costituisce dato di riferimento ai fini del trattato di Maastricht.

Senza entrare nel merito della utilità/efficacia dell'uso dei « limiti di bilancio », quale strumento per conseguire gli obiettivi sopra ricordati, si osserva che si è determinato un processo così articolato:

- assegnazioni iniziali che si rivelano non sufficienti;
- provvedimenti del Governo integrativi durante l'anno;
- inevitabili ritardi nei trasferimenti dei « fondi integrativi » che in genere sono vincolati a condizioni varie.

La situazione, per quanto riguarda il fondo di parte corrente, è riassunta come segue:

Anno	Stanziamento iniziale del FSN	Integrazione	Fabbisogno	Disavanzo
1985	39.200	—	42.047	2.847
1986	40.857	—	46.675	5.818
1987	47.265	—	53.538	6.273
1988	52.650	—	60.864	8.214
1989	59.711	—	67.448	7.737
1990	64.716	—	77.718	13.002
1991	78.840	5.600	90.136	5.696
1992	82.870	6.130	92.237	3.237

(Per un maggior livello di dettaglio si rimanda all'allegato 1).

Il ripiano dei disavanzi

Lo squilibrio finanziario del Servizio sanitario nazionale è stato affrontato, in termini legislativi, con una serie di provvedimenti riguardanti il disavanzo a tutto il 1983, il 1984, il biennio 1985-1986, il biennio 1987-1988, il 1990 ed il 1991.

Le norme di riferimento relative ai diversi anni sono di seguito riassunte. Si tenga conto che per alcuni anni la norma iniziale ha subito ulteriori modificazioni.

— D.L. 29 agosto 1984, n. 528 convertito con modificazioni nella L. 31 ottobre 1984, n. 733 contenente disposizioni relative alla copertura del disavanzo 1984;

— D.L. 25 gennaio 1985, n. 8 convertito con modificazioni nella L. 27 marzo 1985, n. 103 contenente disposizioni relative alla copertura dei disavanzi a tutto il 1983;

— D.L. 19 settembre 1987, n. 382 convertito con modificazioni nella L. 29 ottobre 1987, n. 456 ed integrato dal D.L. 30 novembre 1988, n. 514 (convertito con modificazioni nella L. 27 gennaio 1989, n. 23) e successivamente integrato dal D.L. 29 maggio 1989, n. 201 convertito con modificazioni nella L. 28 luglio 1989, n. 262 contenenti disposizioni relative alla copertura dei disavanzi del biennio 1985-1986;

— D.L. 25 novembre 1989, n. 382

convertito con modificazioni nella L. 25 gennaio 1990, n. 8 contenente disposizioni relative al finanziamento dei disavanzi per il biennio 1987-1988;

— D.L. 15 settembre 1990, n. 262 convertito con modificazioni nella L. 19 novembre 1990, n. 334 contenente disposizioni relative alla copertura dei disavanzi relativi all'anno 1989, all'anno 1990 e contenente integrazioni alla precedente normativa disciplinare il finanziamento del disavanzo relativo al biennio 1987-1988;

— D.L. 18 gennaio 1993, n. 9 convertito nella L. 18 marzo 1993, n. 67 contenente disposizioni relative al funzionamento del disavanzo dell'anno 1989, 1991 ed all'integrazione dello stanziamento al Fondo sanitario nazionale per l'anno 1992 (1).

In relazione ai criteri di determinazione del fondo iniziale e delle integrazioni successive in corso d'anno, nonché delle procedure previste per l'accertamento ed il riconoscimento dei disavanzi a consuntivo, si è determinata una situazione di:

— crescente differenza tra Regioni anche e soprattutto per quanto riguarda i tempi di mobilitazione dei fondi e, di conseguenza, dei pagamenti: ciò è dovuto non solo all'ammontare delle quote assegnate alle Regioni, ma alla loro differente capacità di gestire le procedure collegate al ripiano (2);

— crescente divaricazione tra com-

petenza e cassa con crescente rischio di confusione e di utilizzo « improprio » dei fondi erogati, ossia di utilizzo delle disponibilità di cassa per i fabbisogni urgenti senza rispettare il riferimento al periodo di competenza: ciò determina un contenzioso circa l'uso dei fondi disponibili.

La situazione, per quanto riguarda le erogazioni del Tesoro, è la seguente:

ANNI 1985-1986: i trasferimenti dei fondi alle Regioni sono stati completati tranne che per: Basilicata, Molise, Sardegna (*si veda l'allegato 2*).

ANNI 1987-1988: I trasferimenti dei fondi sono completati solo per quanto concerne la provincia di Trento. Per tutte le altre Regioni i trasferimenti saranno completati a seguito dell'applicazione del D.L. n. 9/93. L'ammontare dei disavanzi ancora da coprire è pari a circa 2.800 m.di (*si veda l'allegato 3*).

ANNO 1989: Resta da coprire il totale del disavanzo. Ricorso a mutui da con trarre con Istituti di credito ai sensi della L. 19 novembre 1990, n. 334, art. 3 e del D.L. 18 gennaio 1993, n. 9, art. 3, comma 3.

ANNO 1990: Resta da coprire il totale del disavanzo. Possibilità di ricorso ad anticipazioni dei tesorieri il cui rientro è previsto con le somme rivenienti da mutui da contrarre con Istituti di credito entro il 31 dicembre 1993 ai sensi della L. n. 334/93, art. 3 e del D.L. 18 gennaio 1993, n. 9, comma 3 convertito nella L. 18 marzo 1993, n. 67.

ANNO 1991: Resta da coprire il totale del disavanzo. Possibilità di ricorso ad operazioni di mutuo (con oneri di ammortamento a carico dello Stato) con Istituti di credito per 5.600 m.di e con la Cassa depositi e prestiti per 3.800 m.di; ripiano a carico delle Regioni per i rimanenti 1.900 m.di.

(La normativa di riferimento è, al

proposito, la seguente: D.L. n. 388/91, D.L. n. 12/92, D.L. n. 234/92, D.L. n. 290/92, D.L. n. 343/92, D.L. n. 382/92, D.L. 441/92, D.L. n. 9/93 artt. 1 e 2 comma 1, D.L. 18 gennaio 1993, n. 9, artt. 1 e 2, comma 1).

ANNO 1992: Resta da coprire il totale del disavanzo. Possibilità di ricorso ad operazioni di mutuo con la Cassa depositi e prestiti per un importo di 6.130 m.di ai sensi del D.L. 18 gennaio 1993, n. 9, art. 2, comma 2, convertito nella L. 18 marzo 1993, n. 67.

In termini di previsioni di cassa, il ripiano dei debiti delle USL dal 1987 al 1992 dovrebbe concludersi entro il 1994 secondo la seguente tabella (Fonte: elaborazione ISIS 1993 su dati del Ministero del tesoro)

Quote disponibili per gli anni 1993 e 1994

Anno di ripiano	1993	1994	Totale
1987-1988	2.800	—	2.800
1989	7.200	800	8.000
1991	8.830	570	9.400
1992	1.839	4.291	6.130
Totale anni 1987/1992	20.669	5.661	26.330

Tempi di trasferimento fondi

Si sottolinea che le crescenti difficoltà di gestione finanziaria, delle Regioni e delle USL, sono in parte attribuibili alla complessità dei processi che riguardano le assegnazioni di competenza (assegnazioni iniziali, integrazioni durante l'esercizio, riconoscimento e copertura del disavanzo).

Tali processi riflettono complesse considerazioni sulla politica sanitaria e sulle responsabilità dello Stato, delle Regioni e delle USL in merito al controllo della spesa sanitaria che a loro volta si riflettono da un lato sui rapporti con le aziende fornitrici

e con il sistema creditizio, dall'altro sull'allungamento dei tempi di concreta disponibilità dei fondi.

Gli allungamenti manifestatisi nei tempi dei trasferimenti a volte sono dovuti a fattori tecnici connessi alle procedure operative (ad esempio modalità di contrazione dei mutui, condizioni per ricorso ad anticipazioni ordinarie, etc.) mentre altre volte sono conseguenza di politiche miranti a:

— posporre la pressione sul Tesoro per il ricorso diretto all'indebitamento (con vantaggi per oneri finanziari);

— dare respiro alla politica finanziaria delle Regioni o a non drenare credito dal sistema bancario regionale (nel caso di ricorso all'indebitamento regionale).

A tali considerazioni si deve aggiungere quella inerente le crescenti difficoltà nei rapporti tra Regioni, USL e Istituti di credito, i quali, in relazione a circostanze contingenti (tempesta monetaria e conseguenti implicazioni sulla strutturazione dei tassi, disposizioni restrittive della Banca d'Italia in merito ai limiti di finanziamento del SSN, condizioni tecniche relative alla durata ed ai tassi dei mutui previsti per le operazioni di ripiano) hanno ritardato, a partire dall'autunno '92, l'erogazione dei

fondi alle USL.

Tali politiche, di fatto, scaricano sulle USL il peso del finanziamento di beni e servizi con l'emergere di:

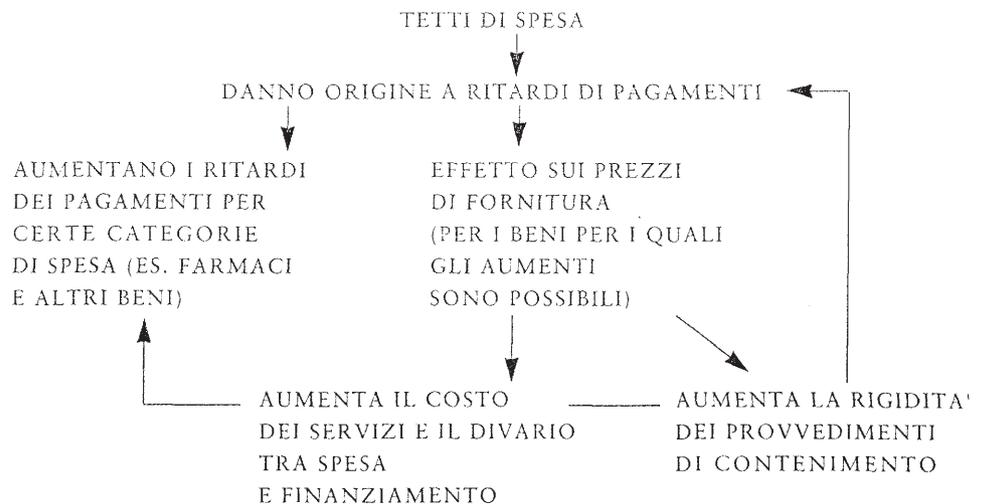
— costi per l'indebitamento sommerso che è legato all'aumento dei prezzi delle forniture, prezzi che « scontano » i ritardi e le incertezze dei pagamenti;

— costi amministrativi collegati alla necessità di « tenere a bada » i creditori e alle procedure che essi attivano per tutelare i loro crediti e per accelerare i pagamenti;

— incertezze e difficoltà nella definizione dell'ordine di priorità nei pagamenti.

Di fronte ad una situazione di sottostima strutturale dei finanziamenti e di ritardi nei trasferimenti, qualsiasi tentativo di finalizzare i fondi è destinato all'insuccesso: infatti le USL effettuano i pagamenti seguendo criteri di obbligatorietà giuridica e/o di rigidità concreta. (In tali situazioni anche le norme sul pignoramento dei fondi poste a tutela del creditore e quelle contrapposte sui fondi esclusi dal pignoramento sono soggette ad interpretazioni molto differenziate).

Al riguardo si segnala il manifestarsi di un « circolo vizioso » secondo cui:



Per rompere il « circolo vizioso » sarebbero utili i seguenti interventi:

— migliore programmazione dei trasferimenti finanziari, in quanto per i fornitori di beni e di servizi è preferibile avere dei ritardi anche consistenti, ma relativamente prevedibili, piuttosto che sottostare ad un'estrema incertezza ed aleatorietà dei tempi di pagamento tra le diverse USL;

— mettere a punto, a livello regionale, una serie di indicatori che consentano di capire tempestivamente le spinte strutturali all'allungamento dei tempi di trasferimento in modo da fare seguire chiari indirizzi per le USL. Ad esempio si possono indurre i creditori ad evitare azioni legali e, in casi estremi, sapendo che i trasferimenti avverranno entro pochi giorni, sarebbe addirittura possibile proporre l'accreditamento degli stipendi (3).

Un altro intervento ipotizzabile a questo riguardo, può essere individuato nel rendere « operativo », a livello regionale, un meccanismo secondo cui si suggerisce alle USL di richiedere ai fornitori i prezzi praticati a fronte di diverse scadenze di pagamento ipotizzate.

In collegamento a questa indicazione, si potrebbe prevedere l'istituzione di un osservatorio prezzi regionale che potrebbe essere in grado di rilevare il costo di pagamenti differiti.

— Predisporre criteri e metodi in base ai quali le USL possano definire un ordine di priorità dei pagamenti che non sia dettato dalla sola esperienza dell'economista, del ragioniere capo, dell'amministratore straordinario, o dalla « capacità di pressione » delle varie categorie di creditori, ma sia il risultato di un calcolo razionale di minimizzazione degli effetti negativi complessivi.

Tali criteri potrebbero essere definiti da appositi gruppi di lavoro pluridisciplinari costituiti a livello regionale, in grado di considerare le possibili integrazioni e sinergie ottenibili da

decisioni di politica finanziaria coordinate da parte delle USL e decisioni di politiche gestionali, quali ad esempio l'unificazione delle procedure di acquisto, di politiche di razionalizzazione nella gestione delle scorte di magazzino, ecc.

Si tratta, in altri termini, di procedere a delle vere e proprie analisi di convenienza economica organizzativa e procedurale che tengano conto di tutti gli elementi e di tutti i vincoli connessi con scelte di modifica dei comportamenti di pagamento da parte delle USL (ad esempio l'esistenza di circolari ministeriali relative alla modalità di pagamento, l'esistenza di prezzi amministrati per determinate tipologie di beni e servizi acquisiti dalle USL, le caratteristiche del contratto del personale dipendente, ecc.).

Non si giudica opportuno invece stabilire in modo rigido, magari per legge, l'ordine di priorità dei pagamenti, in quanto ciò determinerebbe effetti moltiplicatori negativi sui comportamenti delle categorie collocate, a quel punto con sicurezza negativa, agli ultimi posti dell'ordine di priorità e quindi pressoché sicure di essere penalizzate.

Sono infine da valutarsi le implicazioni delle previste nuove modalità e meccanismi di finanziamento della spesa sanitaria, previsti dal D.L. n. 502 del 30 dicembre 1992 che decentra alle Regioni le responsabilità sul raggiungimento dell'equilibrio finanziario.

Sulla base di tale normativa infatti, a partire dall'anno in corso, i contributi sanitari affluiranno, in relazione al domicilio fiscale degli iscritti al Servizio sanitario nazionale, direttamente sui conti correnti infruttiferi aperti presso la Tesoreria centrale dello Stato a favore delle Regioni e delle Province autonome (4).

A parte le considerazioni sul permanere di una norma contestata ed impugnata dalle Regioni di fronte alla Corte costituzionale e sulla quale pe-

sa anche la minaccia della raccolta di firme per un referendum abrogativo, si rilevano alcune importanti modificazioni riguardanti il circuito dei flussi finanziari:

1) occorre al riguardo evidenziare la elevata eterogeneità che si potrà manifestare tra le diverse Regioni in termini di disponibilità finanziarie. Si avranno realtà, quali la Lombardia, il Piemonte, l'Emilia ed il Veneto in condizioni di sostanziale equilibrio tra ammontare di contributi e ammontare della spesa e realtà, quali Sicilia, Puglia e Calabria, per le quali i contributi propri non basteranno a coprire nemmeno il 50% della spesa sanitaria. In questi ultimi casi, il finanziamento andrà comunque integrato, utilizzando gli attuali meccanismi (anticipazioni mensili su rimesse trimestrali) (5);

2) la spinta all'incremento della quota di prestazioni a pagamento da parte delle future aziende USL e aziende ospedaliere che potrebbe portare a modificare i flussi di cassa tramite l'utilizzazione delle disponibilità liquide da parte delle USL pur in presenza di compensazioni delle poste di competenza tra le Regioni e le stesse USL.

Anche su questo punto, peraltro, non esistono ancora chiari ed uniformi indirizzi che tengano conto sia dei criteri di finanziamento della sanità, sia dei vincoli propri della normativa contabile;

3) l'eventuale ricorso a contributi regionali sulla sanità o a tributi regionali finalizzati alla sanità che darebbero origine a flussi finanziari caratterizzati da tempi diversi da quelli del trasferimento delle quote del Fondo sanitario nazionale.

Si prefigura così un sistema di fonti finanziarie molto più articolato, nel quale possono diventare ancora più rilevanti gli strumenti di « programmazione dei flussi finanziari » ed il ricorso a tecniche innovative di gestione finanziaria, sia a livello regio-

nale che di singola azienda USL o sanitaria.

Meccanismi di pressione sui comportamenti finanziari

L'elevato livello dell'indebitamento pubblico, che appare sempre più insostenibile, anche alla luce della politica di integrazione europea, avviata nella sua fase finale con il trattato di Maastricht e con gli impegni in esso assunti da ognuno degli Stati membri, ha portato ad un duplice ordine di effetti sul sistema sanitario: da un lato alla messa in evidenza di potenziali sacche di inefficienza cui si deve porre rimedio, dall'altro alla necessità di coinvolgere le Regioni in una azione più attiva rivolta a definire livelli assistenziali compatibili con le risorse messe a disposizione per il settore.

Queste considerazioni hanno indotto, a partire dal 1990, ad introdurre meccanismi vari di « pressione » per indurre comportamenti di maggiore responsabilizzazione quali:

— imposizione di limiti di finanziamento alle USL con possibilità per i creditori per fornitura di beni e servizi (che in genere sono considerati l'anello debole del sistema su cui scaricare le tensioni derivanti dalla mancanza dei fondi) di pignorare i fondi delle USL;

— responsabilizzazione delle Regioni per la copertura del disavanzo con ricorso eventuale a contributi e a tributi regionali ». (Provvedimenti solo annunciati e poi in qualche modo non applicati per gli anni 1990-1992 a seguito degli interventi di ripiano dei disavanzi. Provvedimenti invece ritenuti molto più stringenti per il 1993 a seguito della nuova normativa).

Si può dire che tali provvedimenti affrontano il problema partendo dalle conseguenze o dai sintomi, come se la minaccia di pignoramento o l'obbligo di contributi regionali, inappli-

cato (dal '90 al '92) e inapplicabile in assenza di una Riforma dell'autonomia finanziaria regionale, potesse *di per sé* indurre a comportamenti di razionalizzazione e di responsabilizzazione.

Gli effetti sono invece stati quelli di ulteriori complicazioni, incertezze e incongruenze del sistema. Infatti le norme sulla pignorabilità dei fondi hanno dato origine, come sempre accade in Italia in presenza di norme giuridiche, a dubbi interpretativi che nessuno ha risolto in via definitiva e ufficiale, e ha posto, per i fornitori, problemi circa la opportunità di giungere alle estreme conseguenze di fronte ad un interlocutore (le USL) che, ad ogni buon conto, sono responsabili di un servizio pubblico essenziale.

Quanto al secondo aspetto, sarebbe importante analizzare e definire i possibili margini di manovra per favorire processi di responsabilizzazione economico/finanziaria a livello regionale.

Puntuali e dettagliate analisi sui dati relativi al Fondo stanziato ed alla spesa consuntivata per il 1992, nonché su analoghi dati previsti per il 1993, dimostrano che il potenziale gettito derivante da tributi regionali e dall'addizionale sui contributi sanitari anche stimati per le aliquote massime consentite non permetterebbe di coprire i disavanzi generati dalla gestione sanitaria.

Per coprire tali disavanzi, le Regioni dovrebbero quindi utilizzare una quota rilevante del loro bilancio con riduzioni drastiche dei fondi destinati ad altri settori di intervento (agricoltura, trasporti, turismo, assistenza sociale, etc.); tale ipotesi non è evidentemente sostenibile in termini sia politici che economici. In tal senso anche indirizzi di utilizzazione del patrimonio a copertura del disavanzo in passato prospettati si sono rivelati impraticabili e pertanto sono stati successivamente rimossi. In man-

canza di un equilibrio *ab origine*, qualsiasi vincolo del tipo di quelli adottati finisce per aggravare (e non migliorare) la situazione, in quanto genera ulteriori conflitti tra i diversi attori, conflitti che si traducono in ulteriori costi per il sistema.

Elementi di costo per le aziende fornitrici

In effetti, se si considera il punto di vista delle aziende, si rilevano i seguenti elementi di costo:

— costi di produzione in senso lato, ossia comprensivi dei costi industriali, commerciali e di ricerca;

— costi finanziari, collegati ai tempi dei pagamenti ed alla necessità di ricorso al prestito (a questo punto si inserisce il ruolo del factor);

— costi legali collegati alla necessità di attuare azioni (o più semplicemente di chiedere pareri) che spesso hanno lo scopo e l'effetto non di accelerare i pagamenti, ma almeno di non perdere ulteriori posizioni nell'ordine di priorità;

— costi dell'incertezza collegati al progressivo scollamento tra « regole formali » del sistema e « comportamenti reali » che spesso si traducono per i beni con prezzi liberi (quindi non per i farmaci) in aumento dei prezzi che scontano ed anticipano elementi di rischio specifici per chi opera con il SSN.

Si tratta di elementi che si scaricano sulle politiche dei prezzi, direttamente per i beni in cui il prezzo non è sottoposto a vincoli, o indirettamente per i beni per i quali tali vincoli esistono (esempio resistenze alla fornitura, ecc.).

Il ruolo del factor

Il ruolo della società di factoring è quello di intermediazione finanziaria collegata alla gestione amministrativa del credito, comprese tutte le azioni (anche legali) finalizzate al recupero.

I vantaggi che le operazioni di factoring garantiscono alle imprese creditrici sono dunque:

— l'anticipazione delle disponibilità finanziarie che consente una migliore programmazione della gestione finanziaria delle imprese e di conseguenza la possibilità di contenere i costi di produzione che, come è noto, sono spesso legati anche alle incertezze gravanti sulla attività;

— realizzazione di « economie di specializzazione » nella gestione dei crediti che costituisce un beneficio netto complessivo per il sistema economico.

Come tutte le attività, anche quella di factoring ha un costo che è determinato dai seguenti elementi:

— *La commissione*: questa rappresenta il corrispettivo delle spese sostenute dal Factor per la gestione, la contabilizzazione, l'incasso del credito ceduto, nonché l'eventuale prezzo assicurativo per il credito ceduto pro-soluto. L'importo della commissione, rappresentato da una percentuale sul valore nominale del credito, varia secondo le modalità di svolgimento del servizio, nonché le caratteristiche quantitative e qualitative del credito oggetto di cessione. In particolare assumono rilievo, ai fini della quantificazione della commissione, il numero delle fatture emesse dall'impresa cedente, il grado di rischio dei debitori ceduti, la durata media dei crediti, l'importo medio delle fatture, il volume di cessioni previsto, la complessità in termini gestionali dei debitori ceduti.

— *Le spese accessorie*: queste possono essere principalmente ricondotte alle spese di handling che rappresentano un diritto fisso per ogni fattura ceduta, rivolto a coprire le spese relative al « carico » del credito sulle partite contabili del Factor. Ulteriori spese accessorie possono essere considerate quelle di istruzione rapporto e quelle di valutazione del debitore.

— *Gli interessi*: questi vengono richiesti nel caso in cui il Factor fornisca all'impresa un'anticipazione. Sono determinati tenendo conto del costo della provvista per la società di factoring maggiorato di uno spread.

Il « Factor », che ottiene credito dal sistema bancario, trasforma e cede credito « diverso », ossia credito al quale sono aggiunti elementi quali la capacità di selezionare i debitori, l'organizzazione di una rete di recupero crediti, la possibilità di esercitare una pressione « morale » (tempestività e frequenza dei solleciti) e legale (eventuali azioni) nei confronti dei debitori.

Più precisamente, i servizi forniti dalle società di factoring sono i seguenti:

- a) smobilizzo crediti pro-solvendo;
- b) smobilizzo crediti pro-soluto;
- c) servizio di gestione ed incasso crediti.

Rappresenta un servizio offerto solo da alcune società, in quanto normalmente si privilegia l'aspetto strettamente finanziario.

Queste funzioni si svolgono in modo diverso a seconda che un comparto di attività, esempio quello sanitario per il factoring farmaceutico, sia in situazioni:

- di normalità-regolarità delle dinamiche finanziarie;
- di eccezionalità, o irregolarità, o forte imprevedibilità delle dinamiche finanziarie.

Non vi è alcun dubbio che da qualche anno nel caso del SSN si sia scivolati verso una situazione di « eccezionalità » e di irregolarità che, aumentando enormemente i rischi ed i costi dell'attività di factoring, hanno spinto velocemente verso i seguenti comportamenti:

- selezione negativa dei crediti ammessi con riguardo a Regioni e a USL considerate a « forte rischio », ossia con ritardi non solo superiori alla media, ma da considerare chiaramente patologici (si rimanda all'al-

legato 4 per i dati inerenti i tempi di ritardato pagamento delle USL);

— aumento del costo delle operazioni di factoring per le aziende che ad essa fanno ricorso.

Va inoltre sottolineato l'effetto congiunto « perverso » determinato dall'allungamento dei tempi di pagamento tra il 1987 ed il 1992 e dall'aumento del costo del denaro (specie negli ultimi due anni; al riguardo si vedano i dati presentati negli allegati 5 e 6) che segue le politiche monetarie e del credito, nazionale ed internazionale.

Prime linee di intervento

Posto che la situazione di anormalità e di eccezionalità della gestione finanziaria dipende dalla strutturale divaricazione tra livello dei finanziamenti e livello della spesa effettiva e dai ritardi con cui sono effettuati i ripiani rispetto ai quali non si può che avanzare un « auspicio » di ritorno ad una situazione fisiologica risolvendo al più presto la situazione di « conflitto » e di rinvio delle responsabilità tra Stato e Regioni, il Gruppo di Lavoro può individuare solamente alcuni interventi idonei ad evitare che *squilibri iniziali diano origine ad un'amplificazione degli squilibri a valle*.

In sostanza gli interventi possibili possono muoversi lungo la linea della « sterilizzazione » dei fattori di incertezza che tendono a moltiplicare i costi finanziari quando ognuno degli « attori » coinvolti (Ministero della sanità, Regioni, USL, Tesoro, imprese fornitrici, società di factoring, sistema bancario) agisce individualmente e in modo non concertato, cercando di « minimizzare » i propri rischi, le proprie incertezze, i propri costi.

Le linee lungo le quali ci si può muovere sono:

1. - Sottoporre le norme finalizzate alla maggiore responsabilizzazio-

ne finanziaria (ad esempio norme del tipo di quelle sul pignoramento dei fondi) ad analisi preventive di « fattibilità tecnica, organizzativa, giuridica » al fine di evitare norme contenenti « rimedi peggiori dei mali ». Ciò appare del resto congruente con le recenti tendenze evolutive delle scienze giuridiche che stanno sviluppando le problematiche connesse con la « fattibilità » dei provvedimenti emanati.

Data la delicatezza della materia e l'esigenza di non coinvolgere le istituzioni, si possono al riguardo ipotizzare due soluzioni operative:

1.1. Istituire un « tavolo istituzionale », ovvero un gruppo in cui siano inclusi rappresentanti dei diversi soggetti coinvolti (Ministero della sanità, Ministero del tesoro, Corte dei conti, USL, Imprese) con il compito specifico di vagliare le possibili e varie alternative di provvedimenti. Soluzione questa che comporta però il rischio di suscitare azioni di pressione a priori da parte di quei soggetti che ritenessero certe proposte contrastanti con i loro interessi. In sostanza il modello della concertazione preventiva è difficilmente applicabile nel nostro Paese.

1.2. Costituire un « tavolo informale » ossia un gruppo di lavoro formato da persone competenti nella materia che, pur non rappresentando ufficialmente i diversi soggetti istituzionali, siano in grado di tener conto in modo equilibrato delle varie esigenze dei diversi soggetti e di suggerire quindi al decisore soluzioni accettabili che non troveranno rigide opposizioni nella fase di attuazione.

2. Attivare dei gruppi congiunti tra i diversi « attori interessati » che, di fronte a norme di dubbia interpretazione, formulino interpretazioni coerenti con gli obiettivi che le norme si propongono, individuino modalità per diffondere la conoscenza di tali interpretazioni (per evitare lo spreco di risorse e di tempo causato da

centinaia e migliaia di operatori che affrontano lo stesso problema), attivino tempestivamente le procedure per provvedere all'interpretazione autentica da parte degli organi competenti (quando ciò sia possibile).

3. Avviare, indicativamente presso le Regioni, anche se non si esclude il contributo di altri soggetti, una attività di supporto tecnico alle USL per introdurre alcuni, essenziali e semplici, metodi di programmazione finanziaria e di semplificazione delle procedure idonei, pur in presenza di un divario strutturale, ad accelerare il più possibile i flussi di pagamenti. Questa viene ritenuta una linea percorribile e che può fornire apprezzabili vantaggi, se è vero come è vero, che nelle stesse Regioni si hanno ritardi di pagamento molto differenziati tra USL e USL che a volte sono imputabili a mancanza di volontà e capacità decisionale (non controllabili), ma a volte sono dovuti alla mancanza di strumenti di razionale gestione amministrativa. In tali casi si tratta di individuare i motivi e le cause dei ritardi e le conseguenti possibilità di loro rimozione (6).

Nel passato si sono verificati, almeno a livello progettuale (anche se con riferimento a problematiche di programmazione più generale), tentativi in tal senso da parte del Ministero della sanità (7).

Questa linea di intervento sarà tanto più significativa in futuro in quanto, come già ricordato, ci sarà una maggiore articolazione delle fonti di entrata, dei tempi di loro manifestazione e, di conseguenza, della possibilità di introdurre tecniche e strumenti di pianificazione finanziaria (cash-flow, financial management valutazioni di convenienza comparata di prezzi e tempi di pagamento).

4. Analisi ed esplicitazione delle varie fasi di trasferimento di fondi derivanti dai vari provvedimenti e messa a punto di suggerimenti per i diversi attori finalizzati alla semplifi-

ficazione delle procedure anche attraverso una adeguata azione di informazione e di mora suasion.

È facile comprendere, dall'analisi dell'attuale « iter procedurale » (si veda al proposito l'allegato 7), come vi siano al proposito rilevanti spazi di miglioramento derivanti dall'accelerazione delle diverse fasi dell'iter stesso.

5. Individuazione di alcuni « indicatori segnaletici » utili per il Ministero del tesoro, per il Ministero della sanità, per le Regioni, al fine di individuare situazioni di « ulteriore anomalia pur in un quadro di per sé già anomalo »: ciò al fine di attuare interventi tempestivi o di formulare indirizzi razionali in tema di gestione finanziaria.

A tale proposito, un'ipotesi di prima approssimazione può riguardare la sistematica diffusione di elementi conoscitivi già a disposizione dei diversi « attori » attualmente coinvolti nel circuito finanziario attivato dal Sistema sanitario italiano. Le informazioni relative alle situazioni delle contabilità speciali di tesoreria delle USL aggregate per Regione (nell'allegato 8 si riportano i dati inerenti la situazione al 31 dicembre 1992) rappresenta un chiaro esempio di quanto affermato. Tali dati, rilevati e trasmessi mensilmente dal Ministero del tesoro, consentono in effetti la possibilità di effettuare correlazioni, sia a livello regionale che a livello ministeriale, tra l'andamento dei tempi di pagamento e la struttura della spesa delle USL oppure tra l'andamento del disavanzo ed i tempi medi di pagamento delle USL.

6. Far conoscere alle Regioni ed alle USL, tramite semplici prospetti riassuntivi, gli effetti negativi derivanti dallo « scaricare a valle » (sulle imprese) i ritardi dei flussi finanziari e promuovere la stipula di « programmi di azione » tra i diversi attori (di parte pubblica e privata) nei quali ognuno si assume certi impegni

di comportamento a fronte di analoghi impegni da parte di altri (ad esempio impegni delle Regioni a non far superare certi tempi massimi di ritardo a fronte di impegni del Factor di trattare le operazioni relative a quella Regione « a condizioni preferenziali »: qualcosa di simile alla clausola della « nazione più favorita negli scambi internazionali »).

Significative appaiono essere, a tale proposito, le esperienze di alcuni amministratori straordinari di USL che, di fronte a pesanti situazioni debitorie nei confronti di imprese fornitrici, sono riusciti ad attuare un'azione di contenimento della spesa tramite un'azione di assicurazione (corredata ad un esplicito piano di rimborso) dei creditori ed alla stipula di accordi sui tempi di pagamento che si impegnavano a rispettare. Ciò ha convinto i creditori stessi a rinunciare ad azioni legali che avrebbero comportato ulteriori spese legali a carico delle USL. Si tratta di un chiaro esempio di gestione attiva dei fornitori a livello locale sulla base di criteri economici e non sulla base di azioni e difese legali che spesso producono l'unico effetto di determinare un aumento netto dei costi per l'intero sistema.

Al di là dell'esempio riportato, per iniziative di tale genere, il principale ostacolo da superare appare, ancora una volta, essere quello relativo alla circolazione delle informazioni tra i vari livelli di responsabilità del sistema sanitario. Si tratta di definire quali possano essere i « canali » migliori per massimizzare l'efficacia dei flussi informativi. Anche in questo caso due possono essere le opzioni considerabili:

a) quella del « tavolo formale ». Si tratta in tal caso di favorire e supportare la costituzione di « tavoli di concertazione » a livello di Ministero della sanità o di Ministero del tesoro;

b) quella delle « iniziative informali ». In tal caso si dovrebbero in-

centivare, anche tramite supporti di natura finanziaria, iniziative quali riviste specifiche sui temi della finanza « sanitaria » o quali conferenze, convegni e dibattiti finalizzati alla messa a fuoco di possibili strategie di intervento per farvi fronte.

La seconda linea di intervento si colloca nella prospettiva dello sviluppo di una cultura di gestione attiva della finanza del settore sanitario che potrebbe sembrare scarsamente efficace nel breve periodo, ma che rappresenta sicuramente una soluzione di lungo termine in quanto diffonde nel sistema un nuovo tipo di competenze e di professionalità per l'applicazione di soluzioni innovative.

(1) Per maggiori dettagli relativi alla normativa disciplinante il finanziamento dei disavanzi, si rimanda al successivo allegato 2.

(2) Ci si riferisce anche alle diverse politiche e scelte adottate a livello regionale in termini di indirizzo alle USL per la formulazione di ipotesi di bilancio preventivo oltre i limiti di assegnazione statali in relazione ai fabbisogni globali reali presunti prima della conclusione dell'esercizio di riferimento in corrispondenza del prospettarsi di provvedimenti di ripiano.

Tali indirizzi hanno consentito alle USL di assumere impegni prima di quando gli stessi provvedimenti autorizzativi esaurissero il loro iter e fossero formalmente approvati dallo Stato. Tali scelte, pur discutibili rispetto agli obiettivi di contenimento della spesa posti a livello nazionale, hanno consentito, laddove adottate:

— una ordinata contabilità finanziaria delle USL;

— una tempestività nella gestione delle procedure di ripiano e nella utilizzazione delle risorse per cassa una volta che queste sono rese disponibili dallo Stato;

— una più corretta gestione del ripiano del debito colmato per competenza su autorizzazione regionale e per cassa, con priorità per i debiti con un maggior tasso di anzianità, al momento in cui le somme si rendevano effettivamente di-

ponibili. Ovviamente non si intende qui fare riferimento a casi, che pur si sono verificati (ad esempio richieste ai tesoriери di anticipazioni che non potevano essere derivate da precisi provvedimenti legislativi).

(3) Al contrario di quanto si ritenga comunemente, esistono dei margini di discrezionalità, se pur minimi, derivanti dal R.D. del 23 maggio 1924, n. 827 il quale, all'art. 370, testualmente recita: « Gli stipendi di attività, assegni di disponibilità o di aspettativa, pensione ed assegni congeneri si pagano a mensilità maturate. Tuttavia il pagamento dello stipendio agli impiegati in attività di servizio e l'assegno agli impiegati in disponibilità che prestano la loro opera presso qualche ufficio governativo, può incominciare il giorno 27 del mese cui si riferisce il pagamento o il giorno precedente qualora il 27 del mese cada in giorno festivo... (omissis)... ».

(4) I tempi tecnici per la concreta attuazione di tale norma, non consentiranno alle Regioni di disporre concretamente, e per la parte più consistente, delle somme relative ai contributi sanitari prima della fine di agosto 1993.

(5) Per dati più analitici in relazione al rapporto tra spesa sanitaria regionale ed entrate per contributi, si rinvia all'allegato 9.

(6) Ci si riferisce in particolare a quanto stabilito dalla L. n. 407/90 in merito ai Servizi di supporto, analisi e revisione (SAR) nell'ambito del SICMES.

(7) Ad esempio le differenze nei tempi di pagamento delle USL della stessa Regione possono essere principalmente dovute, laddove siano presenti esplicite ed uniformi politiche finanziarie a livello regionale, a differenziazione strutturali delle singole realtà locali, evidenziate poi in significative differenze nella composizione del bilancio. Si possono avere USL nelle quali la spesa farmaceutica incide per il 35% ed altre in cui la stessa voce incide per il 18%. A parità di rispetto della scadenza mensile di pagamento, le seconde pagheranno i fornitori di beni e servizi a 100 gg., le prime con ritardi superiori. Diverse saranno evidentemente le politiche finanziarie proponibili alle Unità sanitarie locali dell'esempio per minimizzare il costo dei ritardati pagamenti.

ALLEGATO N. 1

ANDAMENTO DEGLI STANZIAMENTI DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE E DEI DISAVANZI DAL 1985 AL 1992

Andamento spesa sanitaria anni 1986-1992 (miliardi di lire)

FUNZIONI	1985	1986	86/85 %	1987	87/86 %	1988	88/87 %	1989	89/88 %
Personale	17.032	19.081	18,03	21.069	10,42	23.992	13,87	26.971	12,42
Beni e servizi	7.348	8.376	13,99	9.230	10,20	10.528	14,06	12.291	16,75
Medicina	2.804	3.189	13,73	3.404	6,74	4.252	24,91	4.590	7,95
Farmaceutica	7.182	7.595	5,75	9.277	22,15	10.567	13,91	11.746	11,16
Ospedali convenzionati	4.167	4.678	12,26	5.399	15,41	5.861	8,56	6.983	19,14
Special. ambul. int.	461	546	18,44	572	4,76	685	19,76	809	18,1
Spec. convenz. est.	1.791	1.870	4,41	2.819	50,75	2.778	-1,45	2.608	-6,12
Altra assistenza	1.047	1.285	22,73	1.568	22,02	1.933	23,28	2.475	28,04
Interessi passivi	40	20	-50	20	0,00	83	315	219	163,86
Vincolate	750	790	5,33	500	-36,71	655	31	480	-26,72
Altre differenze	175	195	11,43	230	17,95	280	21,74	350	25
Piano sanitario nazionale	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Totale spesa	42.797	47.625	11,28	54.088	13,57	61.614	13,91	69.522	12,83
Entrate proprie	750	950	—	550	—	750	—	2.074	—
Partec. reg. stat. spec.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fabbisogno	42.047	46.675	—	53.538	—	60.864	—	67.448	—
Fondo sanitario nazionale	39.200	40.857	—	47.265	—	52.650	—	59.711	—
Disavanzo	2.847	5.818	—	6.273	—	8.214	—	7.737	—
					14.487				

FUNZIONI	1989	1990	90/89 %	1991	91/90 %	stima 1992	92/91 %
Personale	26.971	31.116	15,37	36.994	18,89	38.354	3,68
Beni e servizi	12.291	14.226	15,74	16.077	13,01	17.785	10,62
Medicina	4.590	4.900	6,75	5.570	13,67	5.494	-1,36
Farmaceutica	11.746	14.058	19,68	15.059	7,12	14.468	-3,92
Ospedali convenzionati	6.983	7.849	12,4	8.985	14,47	9.878	9,94
Special. ambul. int.	809	870	7,54	1.120	28,74	1.167	4,2
Spec. conv. est.	2.608	2.631	0,88	2.620	-0,42	2.058	-21,45
Altra assistenza	2.475	3.498	41,33	4.638	32,59	5.101	9,98
Interessi passivi	219	350	59,82	620	77,14	1.037	67,26
Vincolate	480	364	-24,17	705	93,68	470	-33,33
Altre differenze	350	400	14,29	450	12,5	690	53,33
Piano sanitario nazionale	—	—	—	1.050	—	—	—
Mutui rip. precedenti	—	—	—	—	—	203	—
1% art. 12 L. 502	—	—	—	—	—	—	—
Totale spesa	69.522	80.262	15,45	93.888	16,98	96.705	—
Entrate proprie	2.074	1.572	—	2.532	—	2.500	—
Partec. reg. stat. spec.	—	972	—	1.220	—	1.968	—
Fabbisogno	67.448	77.718	—	90.136	—	92.237	—
Fondo sanitario nazionale	59.711	64.716	—	78.840	—	82.870	—
Int. con provv. leg.	—	—	—	5.600	—	6.130	—
Disavanzo	7.737	13.002	—	6.326	—	3.237	—

ALLEGATO N. 2

NORME RELATIVE AI RIPIANI DEI DISAVANZI DEL SISTEMA SANITARIO

1. - Nell'anno 1990, con L. del 25 gennaio n. 8, è stato convertito con modificazioni il decreto 25 novembre 1989, n. 382 avente per oggetto: « Disposizioni urgenti sulla partecipazione alla spesa sanitaria e sul ripiano dei disavanzi delle Unità sanitarie locali », ed è stato inoltre emanato il D.L. del 15 settembre n. 262, convertito con modificazioni con L. 19 novembre 1990, n. 334, recante « misure urgenti per il finanziamento del saldo della maggiore spesa sanitaria relativa agli anni 1987 e 1988 e disposizioni per il finanziamento della maggiore spesa sanitaria relativa all'anno 1990 ». La legge di conversione ha inserito l'art. 2 *bis* che disciplina anche il finanziamento delle eccedenze di spesa dell'esercizio 1989. La norma è decisamente innovativa, poiché prevede per la prima volta l'intervento, sia pure parziale, delle Regioni e Province autonome per la copertura dei disavanzi. Sembra quindi opportuna una breve informativa sull'attuazione della legislazione in materia di ripiano disavanzi.

2. - Il D.L. 29 agosto 1984, n. 528, convertito con modificazioni nella L. 31 ottobre 1984, n. 733, provvede per il ripiano del disavanzo teorico dell'esercizio 1984, disponendo che la spesa sanitaria possa determinarsi con un incremento che non superi del 10% quella accertata nell'anno precedente, autorizzando le USL e gli enti che esercitano le funzioni del Servizio sanitario a contrarre mutui secondo tempi, criteri e procedure da stabilirsi con decreto del Ministero del tesoro e con oneri di ammortamento a carico del bilancio dello Stato.

3. - Il D.L. 25 gennaio 1985, n. 8, convertito con modificazioni nella L. 27 marzo 1985, n. 103, modifica la L. n. 730/83 (legge finanziaria 1984) per la parte che definiva le mo-

dalità di ripiano dei disavanzi accertati al 31 dicembre 1983 autorizzando i tesoriери a provvedere al pagamento in anticipazione delle partite debitorie. La regolazione dei debiti dello Stato verso i tesoriери è avvenuta mediante rilascio agli stessi di titoli di Stato.

Dette operazioni di ripiano, gestite dal Ministero del tesoro nei confronti dei tesoriери delle singole USL, sono quasi completamente definite, essendo slittato al 30 giugno 1990 il termine ultimo per richiedere le somme occorrenti per il definitivo ripiano.

4. - Il D.L. 19 settembre 1987, n. 382, convertito con modificazioni nella L. 29 ottobre 1987, n. 456, disciplina il ripiano dei disavanzi per gli anni 1985 e 1986 delle USL e degli altri enti che erogano assistenza sanitaria. La norma è articolata in due fasi, di cui una di competenza degli enti che deliberano con atto ricognitivo l'accertamento delle spese e delle entrate di esclusiva competenza di ciascuno degli anni di riferimento e l'altra a carico di Regioni e Province autonome per determinare l'ammontare complessivo della spesa sanitaria corrente e, sul versante delle entrate, quelle assegnate dal CIPE, quelle a carico del proprio bilancio e le entrate dirette delle USL, evidenziando le quote destinate alla spesa in conto capitale. Con decreto del Ministero della sanità di concerto con quello del tesoro è definita la modulistica necessaria. La maggiore spesa derivante viene coperta con operazioni di mutuo con la Cassa depositi e prestiti, secondo criteri e procedure stabiliti con uno o più decreti del Ministero del tesoro, le cui rate di ammortamento fanno carico al bilancio dello Stato.

Per la complessità degli adempimenti la norma ha previsto che le Re-

gioni e Province autonome possano disporre anticipazioni di fondi agli enti o, in alternativa, richiedere, con domanda motivata alla Cassa autorizzata dai Ministeri della sanità e del tesoro, un mutuo in via di anticipazione rispetto alla definitiva operazione di ripianamento fino ad un massimo del 40% del disavanzo presunto risultante per ciascuno degli anni 1985 e 1986 dalle documentazioni contabili.

L'art. 4 prevede espressamente che siano ripianabili gli oneri di competenza derivanti dal rinnovo delle convenzioni, ancorché intervenuto nel 1987 e quelli conseguenti all'applicazione per il 1986 del contratto per il personale del comparto sanitario. Con circolare del 21 febbraio 1989, n. 185461, il Ministro del tesoro ha fornito chiarimenti sull'applicazione degli artt. 3 e 4.

Con il D.L. 30 novembre 1988, n. 514 (reiterazione di analoga norma del 30 luglio 1988), convertito con modificazioni nella L. 27 gennaio 1989, n. 23, sono state emanate disposizioni ulteriori per il ripiano dei disavanzi delle USL; in particolare l'art. 2 in attesa della definizione delle operazioni più sopra ricordate consente la richiesta, con i criteri e le procedure già definiti, di un ulteriore mutuo in via di anticipazione nella misura massima del 40%. Le difficoltà della Cassa a soddisfare le richieste avanzate sono superate con il disposto del D.L. 29 maggio 1989, n. 201, convertito con modificazioni nella L. 28 luglio 1989, n. 262, che autorizza i tesoriери delle Regioni e delle USL a concedere, anche in deroga alle loro norme statutarie, anticipazioni straordinarie di cassa nei limiti delle richieste già avanzate e al netto delle somme già erogate dalla Cassa depositi e prestiti.

5. - Il D.L. 25 novembre 1989, n. 382, convertito con modificazioni nella L. 25 gennaio 1990, n. 8, provvede all'art. 4 al ripiano dei disavanzi delle USL per gli esercizi 1987 e 1988, rinviando ai criteri e alle modalità definite per il ripiano 1985 e 1986. La maggior spesa è finanziata fino ad un massimo del 55% dell'ammontare complessivo presunto con i seguenti limiti:

a) 20% con operazioni di mutuo da attivare entro la fine del 1989 con la Cassa depositi e prestiti secondo criteri e procedure stabiliti con decreto del Ministero del tesoro;

b) 35% con operazioni di mutuo da attivare nell'anno 1990 con le Aziende ed Istituti di credito individuati con decreto del Ministero del tesoro che ne fissa anche le condizioni (D.M. 7 maggio 1990 in Gazzetta Ufficiale n. 142 del 20 giugno 1990).

Espletate le operazioni di accensione dei mutui, quando l'importo degli stessi è accreditato sul conto corrente infruttifero che ciascuna Regione e Provincia autonoma intrattiene con la tesoreria centrale, deve essere disposto il suo trasferimento agli enti che gestiscono la spesa sanitaria, con vincolo di destinazione. La norma nulla prevede circa il residuo 45% la cui copertura finanziaria è rinviata ad altro provvedimento.

Il D.L. 15 settembre 1990, n. 262, convertito con modificazioni nella L. 19 novembre 1990, n. 335, definisce all'art. 1 le modalità di copertura dei disavanzi 1987 e 1988 per il residuo 45% disponendo che il finanziamento avviene mediante ulteriori operazioni di mutuo, con onere di ammortamento sempre a carico dello Stato, entro i limiti del 20% da stipulare nel 1990 e del 25% nel 1991 secondo le modalità già stabilite. L'art. 2 consente che i mutui possano essere concessi anche in via di anticipazione, previa autorizzazione del Ministero del tesoro, mentre al comma 2° prevede che le istanze per le quote a sal-

do devono contenere apposita dichiarazione che, ai sensi del 1° comma dell'art. 19 del D.L. n. 65/89, le USL hanno trasmesso alla delegazione regionale della Corte dei conti la documentazione occorrente per il controllo di regolarità contabile di legittimità e che risultano acquisite le determinazioni e le eventuali osservazioni della Corte.

I modelli di rilevazione sono definiti con il decreto interministeriale del 31 gennaio 1991.

6. - L'art. 2 *bis*, introdotto in sede di conversione, disciplina il ripiano del disavanzo per l'anno 1989; la norma contiene una importante innovazione in quanto stabilisce che le eccedenze di spesa rispetto alle entrate siano coperte, in via prioritaria, con i proventi derivanti dall'alienazione dei beni già di pertinenza dei soppressi enti mutualistici, non soggetti a vincoli di qualsiasi natura; qualora questa strada non sia percorribile in tutto o in parte, il disavanzo accertato con criteri e modalità da definirsi con decreto del Ministro della sanità di concerto con quello del tesoro, viene ripianato mediante operazioni di mutuo al cui onere di ammortamento si farà fronte con specifiche quote del Fondo sanitario appositamente vincolate a partire dall'anno 1993.

Ulteriore notevole innovazione è introdotta con l'art. 3 per la copertura del disavanzo 1990, che pone a carico delle Regioni e Province autonome una quota della maggiore spesa derivante dalla autorizzazione che queste ultime possono concedere alle USL per assumere impegni in eccedenza agli stanziamenti. L'onere per il ripiano viene accollato allo Stato per la quota relativa a lire 90.000 per cittadino, mentre la differenza grava per il 25% sui bilanci delle Regioni e Province autonome che vi faranno fronte con alienazione del proprio patrimonio o con accensione di mutui; il restante 75% verrà finanziato dallo Stato, sempre con operazioni di

mutuo, al pagamento delle cui rate provvederanno sempre le Regioni e Province autonome con quote del Fondo sanitario appositamente vincolate a partire dal 1992.

7. - Con D.L. 18 gennaio 1993, n. 9 convertito in L. 18 marzo 1993, n. 67, avente per oggetto disposizioni urgenti in materia sanitaria e socio-assistenziale, nel reiterare precedenti provvedimenti non convertiti che attribuivano alle Regioni un finanziamento per 5.600 m.di a fronte delle maggiori occorrenze finanziarie per l'anno 1991 mediante contrazione di mutui quindicennali, si disciplina anche:

a) la copertura dell'ulteriore disavanzo accertato per lo stesso anno in sede di verifica congiunta tra Regioni e Ministeri della sanità e tesoro, mediante contrazioni di mutui con oneri a carico del proprio bilancio per un terzo del disavanzo accertato e per i restanti due terzi con mutui concessi dalla Cassa depositi e prestiti in anticipazione fino all'85% dell'importo ed il rimanente con la stessa Cassa previa presentazione della documentazione validata dalla Corte dei conti ai sensi della L. 155/89;

b) la integrazione del fondo 1992 per 6.130 m.di; il finanziamento avviene mediante contrazione di mutui con la Cassa depositi e prestiti per il 30% dell'ammontare nel 1993 ed il rimanente 70% nel 1994;

c) integrazioni alla disciplina del ripiano degli anni dal 1987 al 1990. Le Regioni e Province autonome sono autorizzate a chiedere ulteriori accenti per il biennio 1987/88 fino alla concorrenza dell'80% della differenza tra quanto già avuto in acconto ed il disavanzo presunto.

Per il ripiano del disavanzo 1989 la disciplina prevista nella L. n. 334/90 viene completamente innovata eliminando la condizione della vendita dei beni immobili; le Regioni possono contrarre mutui quindicennali fino alla concorrenza del 90% del-

l'importo presunto, mentre per la erogazione a saldo si osserveranno le norme della L. n. 155 del 1989; le Regioni e le Province autonome che sono state autorizzate a richiedere in anticipazione le somme relative alla

quota a carico dello Stato per l'anno 1990 devono stipulare i relativi mutui entro il 31 dicembre 1993, poiché dopo tale data non saranno riconosciuti a carico dello Stato gli interessi per l'anticipazione; allo stato at-

tuale solo il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana e la provincia autonoma di Trento nonché, in modo parziale, la Liguria, la Lombardia ed il Friuli, hanno provveduto in proposito.

ALLEGATO N. 3

SITUAZIONE RELATIVA AL RIPIANO DEI DISAVANZI DAL 1985 AL 1989

Ripiano disavanzi anni 1985/1986 (importi in milioni di lire)

REGIONI	Disavanzo 1985	Disavanzo 1986	Totale disavanzo	Prima anticipazione (40%)	Seconda anticipazione (40%)	Saldo erogato	Totale erogato
Piemonte	20.838	196.596	217.434	97.608	—	119.826	217.434
Valle d'Aosta	10.476	11.141	21.617	—	—	21.617	21.617
Lombardia	147.238	756.948	904.186	384.000	384.000	136.186	904.186
P.A. Bolzano	10.729	38.415	49.144	21.006	—	28.138	49.144
P.A. Trento	18.820	38.392	57.212	18.299	—	38.913	57.212
Veneto	183.994	439.776	623.770	285.000	214.016	124.754	623.770
Friuli-V. Giulia	78.231	133.535	211.766	63.330	—	148.436	211.766
Liguria	46.470	126.157	172.627	84.000	56.079	32.548	172.627
Emilia-Romagna	191.309	599.488	790.797	241.098	313.531	236.168	790.797
Toscana	224.379	347.237	571.616	179.729	179.729	212.158	571.616
Umbria	19.597	68.558	88.155	44.945	44.945	(1.735)	88.155
Marche	96.405	160.295	256.700	91.504	89.712	75.484	256.700
Lazio	419.362	597.046	1.016.408	373.830	373.830	268.748	1.016.408
Abruzzo	43.156	86.767	129.923	52.582	46.365	30.976	129.923
Molise (*)	5.516	10.000	15.516	9.140	3.273	—	12.413
Campania	381.444	801.030	1.182.474	—	986.978	195.496	1.182.474
Puglia	311.044	379.102	690.146	172.000	172.000	346.146	690.146
Basilicata (*)	17.860	30.000	47.860	19.144	19.144	—	38.288
Calabria	146.192	241.143	387.335	179.440	179.440	28.455	387.335
Sicilia	397.499	637.266	1.034.765	461.725	461.725	111.315	1.034.765
Sardegna (*)	76.486	120.000	196.486	66.800	78.590	—	145.390
Totale	2.847.045	5.818.892	8.665.937	2.845.180	3.603.357	2.153.629	8.60.166

(*) Gli importi dei disavanzi sono presunti non essendo pervenute le richieste di saldo da parte delle Regioni.

Ripiano disavanzi anni 1987/1988 (importi in milioni di lire)

REGIONI	Totale disavanzo 87/88	Totale mutui autorizzati	Residuo mutui	Ulteriore autorizzazione (L. 67/93: fino al 95% del disavanzo presunto)
Piemonte	422.072	316.554	105.518	—
Valle d'Aosta	43.369	32.525	10.844	—
Lombardia	1.650.000	1.237.000	413.000	—
P.A. Bolzano	84.974	63.731	21.243	—
P.A. Trento (*)	90.139	72.719	17.420	17.420*
Veneto (*)	1.020.559	952.500	68.059	68.059*
Friuli-V. Giulia	237.906	175.553	62.353	—
Liguria	375.374	252.499	122.875	104.108
Emilia-Romagna	1.354.908	1.023.461	331.447	265.157
Toscana	1.258.535	943.901	314.634	—
Umbria	189.700	159.419	30.281	25.720
Marche	481.910	361.443	120.467	—
Lazio	1.908.726	743.870	1.164.856	931.855
Abruzzo	282.046	211.534	70.512	—
Molise	56.030	30.817	25.213	—
Campania	2.375.331	1.336.900	1.038.431	non concesso
Puglia	1.082.000	852.000	230.000	228.000
Basilicata	106.380	79.785	26.595	—
Calabria	521.633	391.226	130.407	—
Sicilia	1.713.844	1.285.383	428.461	—
Sardegna	439.283	330.000	109.283	87.425
Totali	15.694.719	10.852.830	4.841.899	1.727.744

(*) I dati sugli importi dei disavanzi e sulle autorizzazioni concesse sono definitivi.

Attuazione L. 67 al 12 novembre 1993. Dis. 1989 (in milioni di lire)

REGIONI	1989		
	Disavanzi comunicati con la richiesta di anticipazioni	Anticipazioni (fino al 90% su disav. totale)	
		Importo richiesto	importo autorizzato
Piemonte	129.889	116.900	116.900
Valle d'Aosta	—	—	—
Lombardia	—	—	—
P.A. Bolzano	28.487	25.000	25.000
P.A. Trento	35.557	32.000	32.000
Veneto	680.282	612.253	612.253
Friuli-V. Giulia	—	—	—
Liguria	199.600	179.640	179.640
Emilia-Romagna	691.934	622.741	622.741
Toscana	390.761	351.600	351.600
Umbria	105.066	94.500	94.500
Marche	—	—	—
Lazio	—	—	—
Abruzzo	—	—	—
Molise	—	—	—
Campania	—	—	—
Puglia	630.108	567.000	567.000
Basilicata	—	—	—
Calabria	—	—	—
Sicilia	845.315	760.783	760.783
Sardegna	—	—	—
Totali	3.736.999	3.362.417	3.362.417

ALLEGATO N. 4

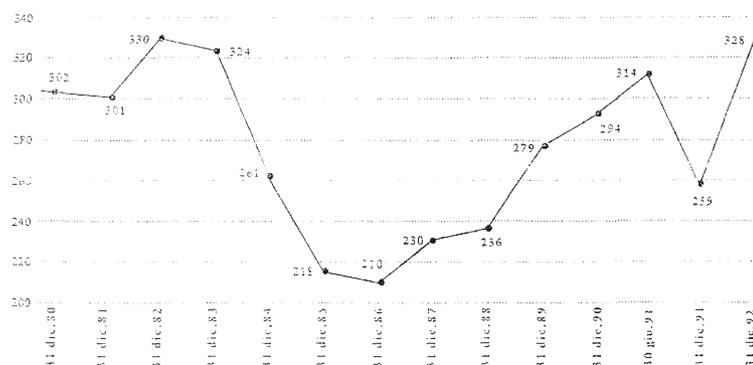
TEMPI DI PAGAMENTO DELLE UNITÀ SANITARIE LOCALI (per fornitura di beni farmaceutici)

Giorni di scoperto USL

REGIONI	31-12-1990	31-12-1991	31-12-1992
Piemonte/V. Aosta	160	143	152
Lombardia	212	172	194
Trentino-Alto Adige	128	136	105
Veneto	233	220	250
Friuli-Venezia Giulia	183	161	181
Liguria	231	181	279
Emilia-Romagna	272	199	289
Toscana	292	212	303
Umbria	239	194	312
Marche	400	389	554
Lazio	410	377	464
Abruzzo	267	204	277
Molise	362	335	311
Campania	509	511	593
Puglia	525	488	650
Basilicata	199	192	189
Calabria	501	549	575
Sicilia	356	355	422
Sardegna	282	251	279
Italia	294	259	328

Giorni ritardato pagamento Unità sanitarie locali

Media Italia (anno 1980/1992)



ALLEGATO N. 5

ANDAMENTO DEL PRIME RATE ABI DAL 1975 AL 1992

Andamento del prime rate ABI

Mese Giorno	Gen. 15	Gen. 31	Feb. 15	Feb. 28	Mar. 15	Mar. 31	Apr. 15	Apr. 30	Mag. 15	Mag. 31	Giu. 15	Giu. 30
Anno												
1975	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15,00	—	14,00
1976	—	12,00	—	12,00	—	18,00	—	18,00	—	18,00	—	19,50
1977	—	19,50	—	19,50	—	19,50	—	19,50	—	19,50	—	19,50
1978	—	16,00	—	16,00	—	16,00	—	16,00	—	16,00	—	16,00
1979	—	15,00	—	15,00	—	15,00	—	15,00	—	15,00	—	15,00
1980	—	19,50	—	19,50	—	19,50	—	19,50	—	19,50	—	19,50
1981	—	21,00	—	21,00	—	21,00	—	22,50	—	22,50	—	22,50
1982	—	22,50	—	22,50	—	21,75	—	21,75	—	21,75	—	21,75
1983	—	20,75	—	20,00	—	20,00	—	19,50	—	18,75	—	18,75
1984	—	18,50	—	18,50	—	17,50	—	17,50	—	17,00	—	17,00
1985	—	17,00	—	17,00	—	17,00	—	17,00	—	17,00	—	17,00
1986	—	15,875	—	16,00	—	16,00	—	15,25	—	14,50	—	13,50
1987	—	13,00	—	12,875	—	12,50	—	12,50	—	12,50	—	12,50
1988	—	12,625	—	12,625	—	12,625	—	12,625	—	12,50	—	12,625
1989	—	13,00	—	13,00	—	14,00	—	14,00	—	14,00	14,00	14,00
1990	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	13,25	13,00	13,00
1991	13,125	13,125	13,50	13,50	13,50	13,50	13,50	13,375	12,875	12,625	12,50	12,50
1992	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,125	13,125	13,125	13,125	13,50	14,00
1993	13,625	13,625	12,75	12,75	12,625	12,625	12,625	12,375	12,25	—	—	—

Mese Giorno	Lul. 15	Lug. 31	Ago. 15	Ago. 31	Set. 15	Set. 30	Ott. 15	Ott. 31	Nov. 15	Nov. 30	Dic. 15	Dic. 31
Anno												
1975	—	14,00	—	14,00	—	14,00	—	12,00	—	12,00	—	12,00
1976	—	19,50	—	19,50	—	19,50	—	19,50	—	19,50	—	19,50
1977	—	18,50	—	18,50	—	17,00	—	17,00	—	17,00	—	16,00
1978	—	16,00	—	16,00	—	15,00	—	15,00	—	15,00	—	15,00
1979	—	15,00	—	15,00	—	15,00	—	16,50	—	16,50	—	19,50
1980	—	19,50	—	19,50	—	19,50	—	21,00	—	21,00	—	21,00
1981	—	22,50	—	22,50	—	22,50	—	22,50	—	22,50	—	22,50
1982	—	21,75	—	20,75	—	20,75	—	20,75	—	20,75	—	20,75
1983	—	18,75	—	18,75	—	18,75	—	18,75	—	18,75	—	18,75
1984	—	17,00	—	17,00	—	18,00	—	18,00	—	18,00	—	18,00
1985	—	17,00	—	17,00	—	16,00	—	16,00	—	15,875	—	15,875
1986	—	13,50	—	13,50	—	13,00	—	13,00	—	13,00	—	13,00
1987	—	12,50	—	12,50	—	13,00	—	13,00	—	13,00	—	13,00
1988	—	12,625	—	12,875	—	13,00	—	13,00	—	13,00	—	13,00
1989	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00	14,00
1990	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00	13,00
1991	12,50	12,50	12,50	12,50	12,50	12,50	12,50	12,50	12,50	12,50	12,625	13,00
1992	14,875	15,75	15,375	15,275	17,00	17,00	17,00	16,25	15,875	14,75	14,75	14,00
1993	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

ALLEGATO N. 6

ANDAMENTO TASSI DI INTERESSE SUI MERCATI MONETARI 1987 - APRILE 1993

Tassi di interesse sui mercati monetari

Periodo	Stati Uniti	Giappone	Germania	Francia	Regno Unito	Italia	Canada
1987	6.00%	2.50%	2.50%	7.75%	8.50%	12.00%	8.66%
1988	6.50%	2.50%	3.50%	7.75%	13.00%	12.50%	11.17%
1989	7.00%	4.25%	6.00%	10.00%	15.00%	13.50%	12.47%
1990	6.50%	6.00%	6.00%	9.25%	14.00%	12.50%	11.78%
Settembre 1991	5.00%	5.50%	7.50%	9.00%	10.50%	11.50%	8.68%
Ottobre 1991	5.00%	5.50%	7.50%	8.75%	10.50%	11.50%	8.17%
Novembre 1991	4.50%	5.00%	7.50%	9.25%	10.50%	11.50%	7.69%
Dicembre 1991	3.50%	4.50%	8.00%	9.60%	10.50%	12.00%	7.67%
Gennaio 1992	3.50%	4.50%	8.00%	9.60%	10.50%	12.00%	7.08%
Febbraio 1992	3.50%	4.50%	8.00%	9.60%	10.50%	12.00%	7.56%
Marzo 1992	3.50%	4.50%	8.00%	9.60%	10.50%	12.00%	7.65%
Aprile 1992	3.50%	3.75%	8.00%	9.60%	10.50%	12.00%	6.85%
Maggio 1992	3.50%	3.75%	8.00%	9.60%	10.00%	12.00%	6.50%
Giugno 1992	3.50%	3.75%	8.00%	9.60%	10.00%	12.00%	5.91%
Luglio 1992	3.00%	3.25%	8.75%	9.60%	10.00%	13.75%	5.50%
Agosto 1992	3.00%	3.25%	8.75%	9.60%	10.00%	13.25%	5.11%
Settembre 1992	3.00%	3.25%	8.25%	9.60%	9.00%	15.00%	5.69%
Ottobre 1992	3.00%	3.25%	8.25%	9.60%	9.00%	14.00%	5.69%
Novembre 1992	3.00%	3.25%	8.25%	9.10%	7.00%	13.00%	8.82%
Dicembre 1992	3.00%	3.25%	8.25%	9.10%	7.00%	12.00%	7.36%
Gennaio 1993	3.00%	3.25%	8.25%	9.10%	6.00%	12.00%	6.81%
Febbraio 1993	3.00%	2.50%	8.00%	9.10%	6.00%	11.50%	—
Marzo 1993	3.00%	2.50%	7.50%	9.10%	6.00%	11.50%	—
Aprile 1993	3.00%	2.50%	7.25%	3.25%	6.00%	11.00%	—

ALLEGATO N. 7

ITER PROCEDURALE PER IL TRASFERIMENTO DI CASSA ALLE USL DELLE RIMESSE DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE IL CASO DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA (in vigore fino al 31 dicembre 1992)

Procedura attuata fino al 31 dicembre 1992 per il trasferimento di cassa alle Unità sanitarie locali delle rimesse del Fondo sanitario nazionale

(Le considerazioni che seguono costituiscono una esemplificazione tratta da una specifica esperienza regionale).

Ai sensi dell' art. 19, comma 2° del D.L. 12 settembre 1983, n. 463, convertito nella L. 11 novembre 1983, n. 638, il CIPE ripartisce tra le Regioni il Fondo sanitario nazionale di parte corrente e di investimenti entro il termine del 31 ottobre di ciascun anno.

Tale disposizione, fino ad oggi, non è mai stata rispettata.

Dopo che il CIPE ha stabilito le assegnazioni alle singole Regioni, il Ministro del tesoro e quello del bilancio — ciascuno per quanto di competenza — ef-

fettuano il riparto tra le Regioni provvedendovi (art. 51, comma 3°, L. n. 833) all'inizio di ciascun trimestre.

La norma è stata ampiamente disattesa; trascurando la determinazione delle assegnazioni per gli investimenti — per le quali la varietà dei comportamenti impedisce di individuare un termine di tempo da indicare — il provvedimento CIPE per il riparto della quota relativa alla spesa di mantenimento è stato sempre adottato dopo il mese di gennaio dell'anno di riferimento, molto spesso nel mese di marzo, e talvolta addirittura in aprile.

Dopo la delibera CIPE la procedura entra nella fase regionale che prevede:

— predisposizione ed adozione dell'atto deliberativo, previo parere della competente Commissione consiliare, per l'assegnazione alle Unità sanitarie locali della competenza di parte corrente, una volta

elaborati e decisi i criteri di riparto fra le Unità sanitarie locali medesime (2 mesi);

— delibera per la suddivisione tra i vari capitoli del bilancio regionale della quota di Fondo sanitario nazionale assegnata alla Regione (contestuale alla precedente);

— predisposizione dei decreti del presidente di Giunta regionale per la quantificazione ed il trasferimento alle Unità sanitarie locali delle rimesse trimestrali di cassa (15 giorni);

— procedura interna di registrazione, verifica e controllo del DPGR, sottoscrizione del medesimo da parte del Presidente e sua trasmissione (12 esemplari) alla Direzione generale del tesoro ed alle 8 Sezioni provinciali di tesoreria della Regione, o tramite servizio postale o con altri mezzi più celeri (10-15 giorni).

ALLEGATO N. 8

SITUAZIONE DI TESORERIA DELLE USL (AGGREGATA PER REGIONE) AL 31 MARZO 1993.
Sua dinamica dal 31 dicembre 1991 al 30 settembre 1993

Giacenze di Tesoreria (importi in miliardi)

Regioni	31-12-91			31-3-92			30-6-92			30-9-92			31-12-92			31-3-93		
	corr	c/cap	totale	corr	c/cap	totale	corr	c/cap	totale	corr	c/cap	totale	corr	c/cap	totale	corr	c/cap	totale
Piemonte	923	241	1.164	571	222	793	616	209	825	271	160	431	433	176	609	327	153	480
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	2	2	
Lombardia	319	62	381	305	44	349	469	48	517	149	77	226	190	83	273	112	63	175
Liguria	20	23	43	23	57	80	5	41	46	1	13	14	8	17	25	77	17	94
P.A. Bolzano	16	0	16	0	0	0	0	0	0	5	0	5	0	0	0	0	0	0
P.A. Trento	19	12	31	1	3	4	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Veneto	299	78	377	190	92	282	181	72	253	40	99	139	99	109	208	58	86	144
Friuli-V. Giulia	88	36	124	67	51	118	19	14	33	6	5	11	49	31	80	36	12	48
Emilia-Romagna	14	53	67	18	68	86	10	53	63	19	21	40	10	29	39	12	44	56
Toscana	83	60	143	82	67	149	31	69	100	21	42	63	30	44	74	189	48	237
Umbria	30	10	40	30	10	40	27	14	41	9	9	18	19	8	27	30	11	41
Marche	4	71	75	4	66	70	5	58	63	2	53	55	7	60	67	8	54	62
Lazio	126	76	202	118	64	182	61	72	133	46	71	117	85	82	167	164	90	254
Abruzzo	40	63	103	75	61	136	85	61	146	28	62	90	55	60	115	60	57	117
Molise	29	43	72	19	40	59	41	33	74	3	33	36	17	41	58	14	37	51
Campania	920	466	1.386	647	470	1.117	730	459	1.189	476	437	913	820	439	1.259	696	436	1.132
Puglia	140	238	378	137	281	418	109	329	438	71	297	368	110	293	403	130	264	394
Basilicata	45	65	110	17	66	83	34	63	97	5	68	73	11	57	68	19	57	76
Calabria	160	235	395	108	231	339	184	222	406	50	213	263	223	190	413	84	172	256
Sicilia	465	404	869	391	394	785	491	381	872	227	336	563	414	318	732	288	328	616
Sardegna	38	69	107	46	38	84	135	30	165	11	15	26	31	10	41	33	6	39

Contabilità speciale di tesoreria unica. Situazione al 30 settembre 1993 (importi in milioni di lire)

Regioni	30-6-93			30-9-93		
	corr	c/cap	totale	corr	c/cap	totale
Piemonte	324	207	530	396	208	604
Valle d'Aosta	0	3	3	0	2	2
Lombardia	145	50	195	431	57	488
P.A. Bolzano	0	0	0	0	10	10
P.A. Trento	0	0	0	0	0	0
Veneto	323	121	444	357	118	475
Friuli	108	28	137	175	23	197
Liguria	7	14	21	65	14	80
Emilia	208	60	268	641	56	697
Toscana	186	36	222	278	41	318
Umbria	23	9	32	39	23	62
Marche	5	48	53	13	44	57
Lazio	127	97	224	265	78	344
Abruzzo	84	63	148	90	78	168
Molise	12	35	47	26	34	60
Campania	582	470	1.052	1.044	456	1.500
Puglia	131	246	377	509	233	742
Basilicata	15	54	69	53	50	104
Calabria	199	194	392	235	170	405
Sicilia	418	312	730	458	303	762
Sardegna	27	6	33	41	12	53
Italia	2.924	2.054	4.978	5.116	2.010	7.127

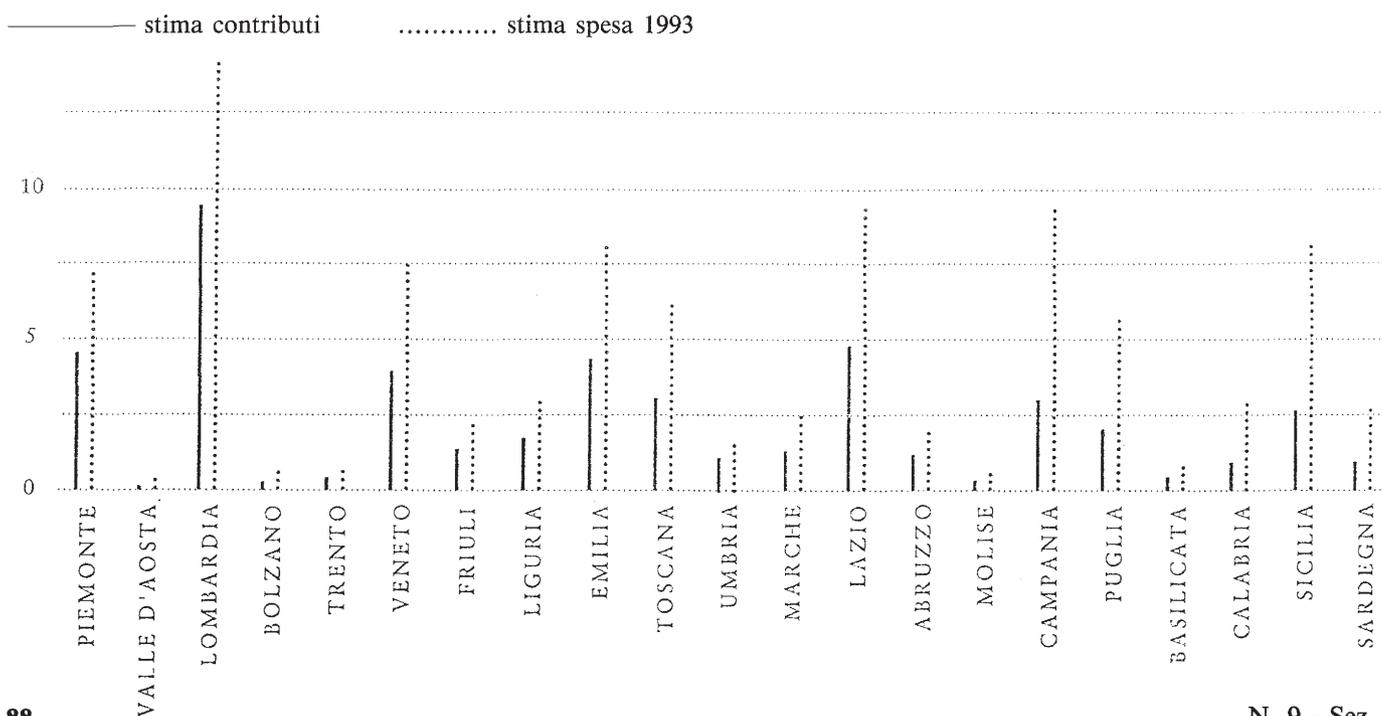
ALLEGATO N. 9

RAPPORTO TRA SPESA SANITARIA ED ENTRATE PER CONTRIBUTI PROPRI A LIVELLO REGIONALE

Nuovo sistema di finanziamento ex L. 502/92 (mld.)

REGIONI	Stima contributi malattia 1993	Stima spesa 1993	Rapporto percentuale contributi spesa
Piemonte	4.273	6.601	64,73
Valle d'Aosta	71	189	37,60
Lombardia	9.316	13.469	69,17
Porvincia autonoma Bolzano	348	685	50,80
Provincia autonoma Trento	393	700	56,15
Veneto	3.905	6.779	57,60
Friuli	1.206	1.875	64,31
Liguria	1.686	2.669	63,17
Emilia	4.067	6.324	64,31
Toscana	3.236	5.501	58,83
Umbria	689	1.274	54,09
Marche	1.157	2.306	50,18
Lazio	4.816	7.956	60,54
Abruzzo	802	1.897	42,28
Molise	198	500	39,60
Campania	2.838	8.525	33,29
Puglia	2.193	6.080	36,07
Basilicata	345	924	37,34
Calabria	993	3.108	31,95
Sicilia	2.830	7.567	37,40
Sardegna	1.030	2.498	41,23
Italia	46.392	87.427	53,06

Nuovo criterio di finanziamento



ALLEGATO N. 10

DELIBERAZIONI CIPE IN MATERIA SANITARIA ANNI 1986-1992

Deliberazioni del CIPE in materia sanitaria anno 1986 e 1987					
Pag.	Data	Sub settore	Contenuto	G.U.	Note
1	20-03-86	ricerca sanità	Determinazione in mld 10,85 della quota di FSN per l'anno 1985 da destinare al finanziamento della ricerca finalizzata degli IRCCS pubblici e privati e relativa ripartizione.	23-05-86	
2	20-03-86	sanitario	Finanziamento per l'anno '86 a favore della CRI per mld 55,120.	29-05-86	
3	20-03-86	sperimentazione	Finanziamento di programmi di sperimentazione di prodotti prototipali o metodologici di ricerca a valere sul FSN '84 con erogazione parziale e rimanenza accantonata. Stessa modalità della delibera 30 maggio 1985.	24-07-86	Assegnazione saldo dopo verifica ex art. 17, L. 887/84.
4	20-03-86	sanitario	Ripartizione tra Regioni e p.a. delle residue disponibilità sul FSN 85 quale fondo di sviluppo e assegnazione al Molise di mld 24,474 finalizzata al completamento delle strutture ospedaliere in corso.	07-07-86	Verifica ex art. 17, L. 887/84.
5	08-05-86	veterinaria	Ripartizione tra Regioni e p.a. delle somme per il risanamento allevamenti a valere sul FSN 1985 e assegnazione agli IZS delle quote in c/capitale per l'anno 1985.	24-07-86	Verifica ex art. 17, L. 887/84.
6	31-07-86	sperimentazione	Finanziamento di programmi di sperimentazione di prodotti prototipali o metodologici di ricerca a valere sul FSN '84, con erogazione parziale e rimanenza accantonata dopo verifica ex art. 17, L. 887/84.	16-09-86	Vincoli per successivi programmi.
7	14-10-86	sanitario	Ripartizione tra Regioni e p.a. e IZS del residuo FSN '86 parte corrente e quote vincolate per riabilitazione, tossicodipendenti, mutui per riforma, psichiatria e formazione.	02-12-86	Verifica ex art. 17, l. 887/84 per le vincolate.
8	14-10-86	edilsanitaria	Assegnazione a Molise, Lazio e Basilicata per completamento ospedali e a IZS a valere su FSN c/capitale per 1986.	07-01-87	Verifica ex art. 17, L. 887/84.
9	14-10-86	misto	Assegnazione agli IRCCS pubblici e privati per la ricerca corrente e riparto tra Regioni e p.a. di mld 45,167 per informatizzazione delle USL.	07-01-87	Verifica ex art. 17, L. 887/84.
10	14-10-86	sperimentazione	Erogazione dei saldi per alcuni programmi di sperimentazione di cui alle delibere 30 maggio 1985 e 20 marzo 1986.	08-01-87	
11	12-02-87	sanitario	Ripartizione tra Regioni e p.a. del FSN 1987 parte corrente e c/capitale, assegnazione alla CRI di mld 66, accantonati mld 973 per c/c e mld 48,6 per c/capitale.	06-04-87	Art. 17, L. 887/84.
12	12-07-87	veterinaria	Ripartizione tra le Regioni e p.a. delle somme per risanamento allevamenti e indennità di abbattimento a valere sul FSN 1986.	23-03-87	Art. 17, L. 887/84.
13	12-02-87	ricerca sanità	Determinazione in mld 83 della quota del FSN per il 1986 da destinare al finanziamento della ricerca corrente degli IRCCS di diritto pubblico.	27-03-87	
14	12-02-87	sanitario	Ripartizione tra le Regioni e p.a. delle quote del FSN 1986 per il finanziamento dei mutui per riforma. Riduzione della quota assegnata allo stesso titolo al Friuli per l'anno 1985.	31-03-87	Verifica ex art. 17, L. 887/84
15	12-02-87	sanitario	Modifica della deliberazione 1° agosto 1985 per la ripartizione delle somme a destinazione vincolata alla regione Veneto.	27-03-87	
16	12-02-87	sanitario	Ripartizione tra le Regioni e p.a. delle somme per l'assistenza agli hanseniani per l'anno 1985.	24-03-87	

Deliberazioni del CIPE in materia sanitaria anno 1986 e 1987					
Pag.	Data	Sub settore	Contenuto	G.U.	Note
17	08-04-87	sperimentazione	Integrazione del finanziamento per i programmi di sperimentazione di prodotti prototipali GEPA e SENDES a valere sul FSN 1984.	05-06-87	
18	08-04-87	sanitario	Assegnazione all'ISS delle somme accantonate sui FSN '82, '83 e '84 per la lotta all'AIDS.	23-05-87	
19	23-04-87	sperimentazione	Integrazione del finanziamento per i programmi di sperimentazione di prodotti prototipali TESAM e RIRI a valere sul FSN 1984.	05-06-87	
20	28-05-87	ricerca sanità	Determinazione in mld 11 della somma complessiva da destinarsi alla ricerca biomedica finalizzata degli IRCCS pubblici e privati e relativa ripartizione.	27-06-87	Verifica ex art. 17, L. 887/84.
21	28-05-87	edil-sanitario	Ripartizione tra gli IRCCS delle quote in conto capitale per il 1986 (mld 20) e 1987 (mld 33,6). Assegnazione all'Emilia per l'Ospedale di Piacenza.	26-06-87	Verifica ex art. 17, L. 887/84.
22	18-09-87	veterinaria	Ripartizione di somme del FSN parte corrente 1986 quale residuo finanziamento per gli IZS.	22-10-87	Verifica ex art. 17, L. 887/84.
23	22-10-87	veterinaria	Ripartizione di una quota del FSN parte corrente 1986 (mld 11,2) per acquisto attrezzature di disinfezione per risanamento veterinario e mld 1,3 a Lombardia e Toscana per spese connesse all'abbattimento.	04-12-87	
24	02-12-87	ricerca sanità	Ripartizione tra gli IRCCS di diritto privato della somma di mld 7 per le esigenze della ricerca corrente.	15-01-88	

Deliberazioni del CIPE in materia sanitaria anno 1988					
Pag.	Data	Sub settore	Contenuto	G.U.	Note
1	28-01-88	sanitario	Ripartizione tra Regioni e p.a. del FSN parte corrente 1988 (mld 51.523) assegnazione di mld 97 alla CRI. Riparto di mld 56,4 per informatizzazione e lettura ricette. Riparto del c/capitale anche a IRCCS e accantonamento per IZS e frana di Ancona.	21-03-88	
2	28-01-88	sanitario	Modifica della deliberazione 8 aprile 1987 per variazione delle finalità dell'assegnazione all'ISS di mld 2 da destinare a interventi nei settori anziani, handicappati, tossicodipendenti, materno-infantile e sullo stato dei servizi sanitari nel Sud.	31-03-88	Possibilità di altre modifiche con comunicazione al CIPE.
3	28-01-88	sperimentazione	Assegnazione a saldo di somme per il completamento di cinque progetti prototipali.	31-03-88	
4	28-01-88	sanitario	Finanziamento di programmi di interesse centrale.	31-03-88	
5	28-01-88	informatico	Ripartizione tra le Regioni e p.a. di mld 47 su FSN '86 e '87 per completamento informatizzazione USL e mld 49,8 per lettura automatica delle prescrizioni mediche.	31-03-88	Vincolo ex art. 17, L. 887/84.
6	28-01-88	sanitario	Assegnazione per le esigenze del finanziamento della assistenza agli hanseniani a valere sul FSN 1986.	31-03-88	
7	28-01-88	antisofisticazioni	Ripartizione tra le Regioni e p.a. di somme di parte corrente FSN '86 e '87 (mld 60) e c/capitale '86 (mld 33,256) per far fronte alle necessità urgenti in materia di prevenzione e repressione delle sofisticazioni alimentari.	31-03-88	Verifica ex art. 17, L. 887/84.

Deliberazioni del CIPE in materia sanitaria anno 1988					
Pag.	Data	Sub settore	Contenuto	G.U.	Note
8	28-01-88	sanitario	Ripartizione tra Regioni e p.a. di mld 6,4 per la prevenzione del diabete mellito, di cui mld 3,2 per la distribuzione di tessere personali.	03-05-88	Verifica ex art. 17, L. 887/84.
9	28-01-88	sanitario	Assegnazioni a Regioni a p.a. sul FSN '86 mld 76,948 per attivazione nuovi servizi.	03-05-88	Verifica ex art. 17, L. 887/84.
10	28-01-88	ricerca sanità	Ripartizione tra gli IRCCS pubblici e privati per ricerca corrente (mld 105) e ricerca finalizzata (mld 10,2 soggetti a verifica ex art. 17, L. 887/84).	03-05-88	
11	12-04-88	sanitario	Modifica delle assegnazioni, secondo le esigenze del Veneto, della deliberazione 14 ottobre 1986.	09-06-88	
12	27-10-88	veterinaria	Ripartizione di fondi per il finanziamento di parte corrente e in c/capitale agli IZS per il 1988.	03-12-88	
13	27-10-88	sperimentazione	Finanziamento del saldo della sperimentazione di sei programmi.	03-12-88	
14	27-10-88	ricerca sanità	Finanziamento per l'anno 1988 agli IRCCS pubblici e privati per la ricerca corrente.	03-12-88	

Deliberazioni del CIPE in materia sanitaria anno 1989					
Pag.	Data	Sub settore	Contenuto	G.U.	Note
1	30-03-89	sanitario	Riparto tra Regioni e p.a. del FSN corrente pari a mld 58.870 (CRI mld 105 accant. mld 1.245) e c/capitale mld 1.917 (mld 249 accantonati per IRCCS 57, IZS 19 FSN 143 straord. 30).	24-09-89	
2	30-03-89	sanitario	Completamento programmi regionali per mld 153,265.	24-04-89	Art. 17, L. 887/84.
3	30-03-89	formaz. sperim.	Borse di studio a medici neolaureati (mld 75) e iniziative centrali (Toscana (2). Abruzzo. Lazio (talassemia) per mld 18,1.	24-04-89	Art. 17, L. 887/84.
4	30-03-89	prevenzione	Finanziamento della prevenzione per il diabete mellito anno 1988 per mld 8.	24-09-89	Art. 17, L. 887/84
5	30-03-89	edilizia	Ammortamento mutui per riforma contratti con CCDDPP (direttamente alla Cassa) e altri istituti anno 1988 per mld 76,228.	24-09-89	
6	30-03-89	veterinaria	Risanamento allevamenti anno '88 per mld 27,659.	24-04-89	Art. 17, L. 887/84
7	30-03-89	ricerca	Ricerca finalizzata anno '88 agli IRCCS pubblici e privati per mld 11,334.	24-04-89	Art. 17, L. 887/84.
8	30-03-89	antisofisticazioni	Assegnazione di mld 19 anno '88 parte corrente per repressione sofisticazioni ai sensi della L. 462/86.	24-04-89	Art. 17, L. 887/84.
9	30-03-89	ricerca	Finanziamento straordinario c/capitale '88 a IST Genova per mld 1.	24-09-89	
10	30-03-89	sanitario	Finanziamento assistenza Hanseniani anno 1987 per mld 4,655.	24-04-89	
11	30-03-89	sperimentazione	Finanziamento iniziative di interesse centrale in Liguria per anziani e sindrome Down per mld 1,193.	24-04-89	
12	02-06-89	ricerca	Finanziamento della ricerca corrente agli IRCCS pubblici per mld 23,348.	30-06-89	
13	02-06-89	edilizia	Finanziamento mutui per riforma con CCDDPP per mld 13,914 anno '89.	02-06-89	

Deliberazioni del CIPE in materia sanitaria anno 1989					
Pag.	Data	Sub settore	Contenuto	G.U.	Note
14	12-09-89	antisofisticazioni	Finanziamento c/capitale 1986 per L. 462 (completamento del 28 gennaio 1988) mld 4,263 alle Regioni e mld 2,480 a IZS.	04-10-89	Art. 17, L. 887/84.
15	13-10-89	edilizia	Programma 1988/90 di interventi di ristrutturazione del patrimonio sanitario ex art. 20, L. 67/88 mld 7.481,3 (mld 418,7 accantonati per IRCCS, IZS e Policlinici e mld 2.100 per AIDS).	21-11-89	Ripartizione con valori indicativi.
16	13-10-89	antisofisticazioni	Finanziamento parte corrente 1988 ex L. 462/86 (completamento del 30 marzo 1989) per mld 19 alle Regioni che ne riservano 4 per gli IZS.	29-11-89	Art. 17, L. 887/84.
17	13-10-89	edilizia	Finanziamento mutui per riforma con istituti diversi da CCDDPP per il 1989 (mld 61,428) e saldo 88 per mld 4,743.	29-11-89	Riserve per la Toscana.
18	13-10-89	veterinaria	Finanziamento per risanamento allevamenti FSN '89 per mld 27,866 e saldo 88 a Piemonte e Liguria per mld 4,467.	27-11-89	Art. 17, L. 887/84.
19	13-10-89	ricerca	FSN '89 finanziamento ricerca corrente a IRCCS pubblici (mld 135) e privati (mld 20) (riserva per Sanatrix) mld 0,200 per adrenoleucodistrofia. C/capitale a IRCCS pubblici mld 57.	27-11-89.	
20	13-10-89	veterinaria	FSN '89 parte corrente (mld 63.180) e c/capitale (mld 19; mld 5 straord.) a IZS.	28-11-89	
21	13-10-89	formazione	FSN '89 finanziamento secondo anno del primo biennio per borse di studio a giovani medici per mld 75.	28-11-89	
22	13-10-89	sanitario	Assistenza agli Hanseniani anno 1988 per mld 4,326.	27-11-89	

Deliberazioni del CIPE in materia sanitaria anno 1990					
Pag.	Data	Sub settore	Contenuto	G.U.	Note
1	16-02-90	sanitario	PSN '88 finanziamento progetti di Piano: AIDS mld 36. (no art. 17) Handicap mld 40, salute mentale mld 22, consultori mld 25, oncomat. infant. mld 5, trasporto neonatale mld 10. FSN '89 anziani mld 100 arretrati convenzioni mld 600,7.	13-04-90	FSN '88 art. 17.
2	15-03-90	sanitario	FSN 1990 corrente (mld 61.238) a Regioni e p.a. mld 59.788 a CRI mld 110 accant. mld 1340, c/capitale (mld 1.670+43,871) accant. 433,1 e 50% a Regioni (mld 610,385) a IRCCS mld 60.	13-04-90	
3	12-04-90	ricerca	FSN '84 saldo finanziamento progetti prototipali CICLOTRONE (mld 1,960) e DIAGNOSTICA CEREBRALE (mld 0,560) alla Lombardia.	22-06-90	
4	12-04-90	sanitario	Riparto mld 143 (accant. FSN del 30 marzo 1989) alle Regioni per mld 99,129 su FSN '89 e 43,871 su FSN '90.	23-06-90	Vincolo per alcune Regioni.
5	12-04-90	sanitario	FSN '88 interesse centrale: Epatite mld 8, KOS Trento mld 0,500, Friuli (volpi) mld 0,085, Telecom (proseg.) mld 0,150.	23-06-90	Art. 17, L. 887/84.
6	12-04-90	informatico	FSN '88 (mld 3,3 con art. 17) e 89 (mld 6) Rete Telematica Toscana con obbligo del Ministero a riferire su attuazione.	22-06-90	Vincolo a riferimento.
7	12-04-90	veterinaria.	FSN '89 risanamento allevamenti seconda quota mld. 27.	23-06-90	Vincoli.
8	12-04-90	sanitario	FSN '89 finanziamento terzo anno L. 115 diabete mellito con vincolo a presentare programma e relazione su attività svolta.	23-06-90	Vincolo.

Deliberazioni del CIPE in materia sanitaria anno 1990					
Pag.	Data	Sub settore	Contenuto	G.U.	Note
9	12-04-90	ricerca	Finanziamento FSN '89 ricerca finalizzata a IRCCS pubblici per mld 15,7 (restano mld 0,3 non assegnati); verbale della seduta nella quale è approvata la erogazione delle somme AIDS senza vincoli.	27-06-90	Vincoli.
10	28-06-90	sanitario	FSN 1990 riparto quote accantonate (mld 1340): mld 148. Ricerca corrente IRCCS pubblici e mld 20,5 ai privati, mld 100 IZS corrente, mld 71,210 mutui, mld 48,917 risanamento allevamenti, mld 155 AIDS (L. 135), mld 625 per convenzioni.	27-08-90	
11	28-06-90	sanitario	FSN '88 e '89 somme residue: mld 7,5 Emilia per spese afta, indennità di rischio a radiologia (mld 38×2), mld 2,050 società di certificazioni.	29-08-90	
12	28-06-90	sperimentazione	FSN 1984 saldo alla Valle d'Aosta per mld 2,016 per ONCOFEMM.	28-08-90	
13	28-06-90	sanitario	FSN '88 e '89 e acc. '90 c/capitale: mld 80 alle Marche per L. 879/86 (mld 25 a INRCA), mld 4,394 a Min. Tesoro per beni ENPI e ANCC, mld 10 per Oncologico di Bari, mld 10,606 alla Calabria per Osp. Psic. di Reggio. FSN: mld 74 Handicap, AIDS, Nefropatici.	29-08-90	
14	28-06-90	sanitario	Ripartizione mld 1.826 per acconto sui miglioramenti.	30-08-90	
15	28-06-90	AIDS	Interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS. Requisiti per società concessionarie.	30-08-90	
16	03-08-90	AIDS	Approvazione del programma e individuazione delle tre Concessionarie.	12-09-90	
17	03-08-90	edilizia	Approvazione del programma nazionale straordinario di investimenti nella sanità per il triennio '89-'91 per mld 11.206,014.	29-08-90	
18	04-12-90	sanitario	FSN '88 e '89 per iniziative centrali: mld 3 Pentasystem, mld 0,3 Friuli, mld 2 Sendes, mld 2,4 diritti nella sanità, mld 0,425 IRIDE, mld 0,550 Antartide, mld 0,900 Toscana, mld 0,830 COMPRIC, mld 4 per guardia medica.	19-12-90	
19	04-12-90	sanitario	FSN '88, '89 e '90 per rinnovo convenzioni per mld 1.420,2 complessivi.	19-12-90	
20	04-12-90	veterinaria	FSN '90 c/capitale per gli IZS con esclusione di quelli nelle Regioni a statuto speciale per mld 20.		
21	04-12-90	sanitario	Riparto della somma di mld 22,880 ex legge 39/90 per extracomunitari.		
22	04-12-90	sanitario	Riparto ulteriore acconto su contratto per altri mld 852 (complessivi mld 2.678).		
23	04-12-90	sanitario	FSN '90 somme accantonate FSN c/capitale materno infantile mld 31, malattie cardiovascolari mld 45. Seconda quota c/capitale 1990.	19-12-90	

Deliberazioni del CIPE in materia sanitaria anno 1991					
Pag.	Data	Sub settore	Contenuto	G.U.	Note
1	12-03-91	sanitario	FSN 1991 corrente (mld 78.250) mld 77.060,7 a Regioni e p.a., mld 125 a CRI (mld 2 per informatizzazione). C/capitale (mld 1500) mld 1.268 a Regioni escluse statuto speciale, accantonati mld 54 per IRCCS, mld 18 per IZS e mld 160 per PSN.	09-04-91	

Deliberazioni del CIPE in materia sanitaria anno 1991					
Pag.	Data	Sub settore	Contenuto	G.U.	Note
2	12-03-91	sanitario	Assistenza hanseniani anno 1989 per mld 4,253.	09-04-91	La GU pubblica il d.i. di esecuzione.
3	12-03-91	ricerca	Ricerca finalizzata anno 1990 agli IRCCS pubblici e privati per mld 20.	05-06-91	
4	12-03-91	sanitario	Riparto saldo acconto su contratto per mld 906 (D.L. 326/90 convertito in legge 4/91), compreso quello degli IRCCS.	09-04-91	
5	12-03-91	tossicodipendenza	Riparto quota 1990 Finanziamento Servizi Pubblici per le tossicodipendenze (L. 162/90) per mld 90.	09-04-91	
6	30-05-91	tossicodipendenza	Riparto quota 1991 finanziamento dei servizi per le tossicodipendenze.	19-07-91	
7	30-05-91	mutui CCDDPP	FSN 1991 Finanziamento mutui pre-riforma contratti con la Cassa depositi e prestiti.	19-07-91	
8	30-05-91	edilizia	Realizzazione del centro di ricerca e formazione ad alta tecnologia in scienze biomediche in Campobasso (ex Del. CIPE 29-03-89 e art. 20, L. 67/88).	19-07-91	
9	30-07-91	AIDS	Modificazioni al programma di interventi urgenti per la lotta all'AIDS l. 5 giugno 1990, n. 135 con le relative tabelle.	09-01-92	
10	30-07-91	ricerca	FSN '84 Parte corrente. Finanziamento del programma di sperimentazione SISVET.		
11	30-07-91	edilizia	Finanziamento della « Clinica chirurgica III dell'Università di Palermo » (ex delibera CIPE 19 dicembre 1989 F10 e art. 20, L. 67/88).	16-08-91	
12	08-10-91	AIDS	Riparto quota '91 finanziamento interventi previsti dalla L. 135/90 per mld 133 (esclusa l'assunzione del personale rinviata a successiva deliberazione).	05-11-91	
13	26-11-91	sanitario	Assegnazione alle Regioni e p.a. mld '90 per assistenza extra comunitari residenti e iscritti nelle liste di collocamento.	13-12-91	
14	26-11-91	AIDS	Seguito delibera 8 ottobre 1991 per il potenziamento organici reparti malattie infettive.	13-12-91	
15	26-11-91	zooprofilassi	FSN '91 finanziamento di parte corrente per mld 112 agli IZS e di mld 17 in conto capitale.	13-12-91	
16	26-11-91	ricerca	FSN '91 assegnazione agli IRCCS pubblici e privati di mld 195 per il finanziamento della ricerca corrente e di mld 54 per il conto capitale.	13-12-91	
17	20-12-91	sanitario	FSN 1990 c/capitale assegnazione alle Regioni della quota residua di mld 241,896 già accantonati per la psichiatria per mld 219,229 e non erogati alle Regioni a statuto speciale per mld 22,667.	30-12-91	
18	20-12-91	edilizia	Finanziamento progetti del programma nazionale straordinario di investimenti in sanità ex art. 20, L. 67/88 per mld 75,104.		

Deliberazioni del CIPE in materia sanitaria anno 1992					
Pag.	Data	Sub settore	Contenuto	G.U.	Note
1	31-01-92	assistenza	F.S.N. parte corrente 1990. Ripartizione finanziamento per l'assistenza agli Hanseniani.	18-04-92	
2	31-01-92	piano sanitario	FSN parte corrente e conto capitale 1991 finanziamento programmi di PSN per anziani, nefropatici, cardiovascolari, materno-infantile, AIDS, handicap, assistenza oncologica	04-03-92	
3	31-01-92	edilizia (20)	Finanziamento progetti del programma nazionale di investimenti in sanità per Sicilia, Friuli, Veneto.		
4	25-03-92	sanitario	FSN parte corrente 1990, finanziamento straordinario alla CRI di 30 miliardi per ripiano disavanzi '88, '89 e '90.	21-05-92	
5	25-03-92	sanitario	FSN 1992 assegnazioni di parte corrente per il primo semestre e conto capitale a Regioni e p.a. rispettivamente per mld 39.370 e mld 1.500. Alla CRI mld 148 (di cui mld 2 per informatizzazione).	13-05-92	
6	25-03-92	edilizia (20)	Finanziamento progetti del programma nazionale straordinario di investimenti in sanità per Abruzzo, Veneto, Toscana, Campania, Trento.		
7	31-03-92	edilizia (20)	Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità per mld 418,7: assegnazioni a IRCCS mld 209,7, ISS mld 16,172, Policlinici mld 113,828, IZS mld '79.	29-05-92	
8	31-03-92	edilizia (20)	Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità. Determinazioni relative alla quota già attribuita alla regione Sicilia con delibera 30 luglio 1991.	29-05-92	
9	12-08-92	edilizia	FSN parte corrente 1992. Finanziamento mutui per riforma alla CC.DD.PP. per mld 13,612.	18-09-92	
10	12-08-92	ripiano disavanzi	FSN parte corrente 1992. Finanziamento delle rate di ammortamento per i mutui concessi a ripiano della maggiore spesa autorizzata per il 1990 in favore del Veneto.	16-09-92	
11	12-08-92	zoosanitario	FSN parte corrente 1992. Finanziamento degli IZS per mld 112 a titolo di acconto per l'importo dell'anno precedente.	16-09-92	
12	12-08-92	veterinaria	FSN parte corrente 1989 e 1990. Ripartizione mld 4 accantonati per rinnovo convenzione Guardia Media. Finanziamento a Friuli, Veneto e Lombardia per abbattimenti. Finanziamento di mld 9 alla Sardegna per primo anno eradicazione peste suina africana.	16-09-92	
13	12-08-92	sanitario	FSN di parte corrente 1992. Assegnazioni terzo trimestre mld 19,685.	28-08-92	
14	13-10-92	sanitario	FSN, parte corrente. Saldo '92 (mld 22.33,4) SERT (mld 240,6) AIDS vincolate (mld 253).	01-11-92	
15	13-10-92	ricerca	FSN parte corrente 1991. Finanziamento ricerca finalizzata IRCCS pubblici mld. 22,4.	07-11-92	
16	13-10-92	ricerca	FSN parte corrente 1992. Finanziamento in acconto ricerca corrente IRCCS pubblici (mld 115,5) e privati (mld 24).	06-11-92	
17	13-10-92	sanitario	FSN parte corrente 1992. Legge 23 dicembre 1991, n. 423 riparto fondi assistenza jugoslavi.	06-11-92	
18	30-12-92	ricerca	FSN conto capitale 1992. Autorizzazione a IRCCS a contrarre mutui per mld 75 (legge 412/91).		