

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 Casese**  
Ordinario di diritto amministrativo  
Università La Sapienza di Roma

**Siro Lombardini**  
Ordinario di economia - Università di Torino

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

**Fabio Roversi Monaco**  
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

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

Condirettore e direttore scientifico

**Elio Borgonovi**  
Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

**Franco Sassi**  
Coordinatore generale

Redattori capi sezione

**Giorgio Fiorentini**

**Marco Meneguzzo**

**Antonello Zangrandi**

**Francesco Zavattaro**

Redattori

**Federica Bandini**

**Giorgio Casati**

**Mario Del Vecchio**

**Giovanni Fattore**

**Andrea Garlatti**

**Alessandra Massei**

Corrispondenti esteri

**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 **SIPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982

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

— fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.

— 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' 

**IN QUESTO FASCICOLO:**

- Editoriale**
- 2 **Sanità: un esempio di riforme istituzionali con processo di cambiamento di tipo involutivo**
- Sez. 1ª - **Saggi e ricerche**
- 8 **L'introduzione del FVIII ricombinante nel trattamento dell'emofilia A: elementi per una valutazione economica**  
di Gianmaria Battaglia, Alessandro Gringeri
- 19 **Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: una introduzione**  
di Mario Del Vecchio
- 32 **Formulazione della strategia e processi di pianificazione strategica: un confronto internazionale di gruppi ospedalieri pubblici**  
di Marco Meneguzzo
- Sez. 3ª - **Esperienze innovative**
- 48 **Verso l'uso dell'incentivazione come strumento di management: «sub I» e controllo dei consumi farmaceutici ospedalieri**  
di Luca Brusati, Antonio Sensalari, Rolando Sapelli, Graziella Pifferi
- 59 **Il sistema degli incentivi finanziari nel nuovo assetto della sanità veneta: aspetti teorici e scelte operative**  
di Paolo Artico, Fabrizio Garbin, Vania Rado, Roberto Toniolo
- 77 **Il modello organizzativo dell'assistenza domiciliare nel Lazio: verifiche e risultati della sperimentazione**  
di Maria Carla Claudi, Elda Melaragno
- 94 **Patologie croniche: un percorso di qualità, benessere e riduzione della spesa**  
di P. Tofanini, P. Costanzo, I. Grossi, G. Parovina, E. Zelaschi, M. Faini
- Sez. 4ª - **La sanità nel mondo**
- 100 **La crisi dei sistemi sanitari e le possibili vie d'uscita viste da un osservatorio privilegiato: il Brasile**  
di Eugenio Vilaça Mendes
- Sez. 5ª - **Sanità e impresa**
- 108 **Il funzionario delegato ai pagamenti dei fornitori di beni e prestatori di servizi alle aziende sanitarie: individuazione dell'ufficio delle gestioni a stralcio 1994 e precedenti**  
di Giuseppe Molignini
- Sez. 6ª - **Biblioteca**
- 114 **Novità bibliografiche**
- 117 **Spoglio riviste**
- 119 **Bibliografia monotematica**
- 124 **Tesi di laurea**

**Errata corrige**

Per un imperdonabile errore del proto, nell'articolo «Contabilità e responsabilizzazione economica nelle aziende sanitarie in Emilia-Romagna» di Paola Bardasi e Elena Roversi, pubblicato a pag. 44 di *Mecosan* n. 13, la legge regionale n. 50 del 20 dicembre 1994 è erroneamente indicata come n. 200. Ce ne scusiamo enormemente con i lettori.

## SANITÀ: UN ESEMPIO DI RIFORME ISTITUZIONALI CON PROCESSO DI CAMBIAMENTO DI TIPO INVOLUTIVO

*Mentre in passato le Riforme istituzionali, riguardanti in generale i settori delle amministrazioni pubbliche e in particolare alcuni settori di servizi pubblici o di pubblica utilità sono state fattore di processi di cambiamento evolutivi nel senso che hanno favorito il progresso civile, sociale ed economico, da alcuni anni le Riforme istituzionali sembrano essere sempre più frequentemente causa di processi involutivi, nel senso che determinano difficoltà nella ricerca di soddisfacenti soluzioni ai problemi che si propongono di affrontare.*

*La ragione sta probabilmente nel fatto che mentre in passato i principi affermati nelle Riforme istituzionali favorivano l'individuazione di soluzioni concrete di problemi, oggi si manifesta una crescente divaricazione tra principi astratti posti a base delle riforme e messa a punto di soluzioni concrete dei problemi: anzi addirittura l'affermazione dei principi sembra a volte ostacolare la ricerca delle soluzioni percorribili. Nel caso specifico del sistema sanitario italiano il «punto di svolta» può essere individuato proprio nella approvazione della legge 833/78 che ha concluso il ciclo di progressiva precisazione delle finalità dell'intervento pubblico in sanità che sono passate dalla «lotta alla malattia» (che dava rilievo alle attività di diagnosi e cura), alla tutela della salute (che dà rilievo ad interventi inte-*

*grati di recupero, conservazione e prevenzione dello stato di benessere psichico-fisico). Le finalità sono state quindi precisate come «tutela della salute» (dando rilievo e legittimità agli interventi integrati di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione), tutela della «salute come diritto della persona e interesse della collettività» (dando rilievo alla necessità di garantire il libero accesso ai servizi sanitari eliminando tutti gli ostacoli di ordine economico, sociale e culturale che potessero in qualche modo frapporsi al soddisfacimento del bisogno).*

*Proprio la caratterizzazione della salute come «diritto della persona», ossia come bisogno che la comunità si impegna a soddisfare anche quando la persona non è in grado di provvedere autonomamente (ad esempio perché ha un basso livello di reddito) ha comportato il decisivo passaggio del sistema di offerta, ossia di produzione ed erogazione dei servizi (sia di quelli diretti sia di quelli indiretti erogati tramite le strutture private) all'interno di un sistema di regole istituzionali. Infatti la logica del diritto è quella secondo cui la «tutela di certi interessi da parte della comunità» richiede come contropartita il rispetto di alcune regole di comportamento esplicite e codificate che rendono possibile il controllo collettivo e sociale sulle scelte e, nel caso specifico, sull'uso delle risorse.*

*Da questo passaggio nascono e si accentuano le difficoltà che hanno accompagnato la vita del S.s.n. negli anni ottanta e che sembrano essersi accentuate agli inizi del presente decennio. Difficoltà riconducibili alla strutturale contraddizione tra:*

*— esigenze dei sistemi di produzione dei servizi di ricercare con flessibilità soluzioni ai sempre nuovi problemi posti da un sistema economico e sociale fortemente dinamico e di realizzare rapidi aggiustamenti sulla base dei risultati conseguiti;*

*— e lentezza e vischiosità dei processi di cambiamento istituzionale.*

*Molte e di natura assai diversa sono le cause che concorrono a rendere lenti i processi di cambiamento istituzionali.*

*1) Le resistenze, naturali anche quando non sono condivisibili, del potere politico a mettere in discussione se stesso. Se infatti i sistemi istituzionali sono costituiti da un insieme di regole su cui si fonda il «patto sociale» e quindi si fonda sul consenso di differenti gruppi sociali è evidente che il cambiamento delle regole può realizzarsi solo quando si crea un largo consenso, condizione questa più difficile oggi in una società pluralistica e democratica che riconosce pari dignità a valori e interessi e comportamenti diversi, rispetto al passato, quando prevalevano di fatto o per im-*

posizione valori interessi e comportamenti relativamente più omogenei e uniformi.

Il principio del rispetto delle regole richiede che il loro cambiamento sia demandato ad un atto formale ma se di fronte al manifestarsi di problemi di gestione (siano essi di origine positiva, come la disponibilità di una nuova tecnologia o di nuove metodiche assistenziali, o di origine negativa, come sono gli episodi di mala sanità, o di corruzione nella sanità) si assume la stessa logica secondo cui «per dare forza alla soluzione dello stesso si modifica una norma formale» (una legge, un regolamento, etc.), si cade «nella trappola della resistenza del potere politico». Infatti per modificare norme, occorre il consenso «politico», cioè di chi rappresenta interessi diversi, per ottenere il consenso politico occorrono tempi lunghi o compromessi che riducono l'efficacia delle soluzioni sul piano tecnico, organizzativo ed economico.

2) Nei sistemi istituzionali gli interessi consolidati sono più forti rispetto agli interessi emergenti. Se poi il principio della «certezza del diritto» viene inteso come principio astratto che prescinde dallo spazio e dal tempo per cui si traduce nella «intangibilità dei diritti acquisiti», si determina un sistema di regole generali che tutela insieme a esigenze reali e ad interessi legittimi, anche privilegi ed a volte addirittura interessi «particolari» palesemente contrari all'interesse di tutela della funzionalità ed efficienza del sistema sanitario.

Gli interessi dei dipendenti a continuare a svolgere le funzioni alle quali si sono abituati, ad avere l'occupazione nell'ospedale o nella struttura sanitaria vicina alla propria abitazione, a percepire incentivi alla produttività collegati al plus orario più che ad una effettiva produttività, interessi di for-

nitori di farmaci, materiali sanitari, altri beni di consumo a continuare forniture non sempre conformi alle reali esigenze dei servizi da erogare, interessi delle strutture private ad avere una quota di domanda garantita a seguito di disfunzioni delle strutture pubbliche o di comportamenti di medici-pazienti consolidati nel tempo ed altri ancora; si sentono minacciati in modo diretto da ipotesi di cambiamento e perciò generano resistenze di vario tipo, a volte con motivazioni non facilmente contestabili sul piano operativo, organizzativo, comportamentale, addirittura etico, che sono assai più forti delle pressioni delle nuove esigenze di avere efficaci ed efficienti servizi.

Nel dibattito spesso «fanno più presa» le cose che si perdono (esempio l'ospedale di cui si propone la chiusura per esigenze di razionalizzazione), rispetto alle «cose che si potrebbero ottenere e che vengono promesse, le migliori cure in un ospedale moderno e tecnologicamente dotato un po' più distante da quello locale».

3) Proposte di miglioramento del funzionamento del sistema possono apparire come cambiamento delle «regole fondanti» del sistema.

L'introduzione di ticket, o di compartecipazione dei pazienti al costo dei servizi, in molti casi necessaria per creare una responsabilizzazione sull'uso dei servizi ed evitare abusi quali sono l'acquisto di farmaci non utilizzati, richiesta di esami superflui, etc., possono essere intesi come una messa in discussione del «diritto alla tutela della salute».

Il rafforzamento dei poteri, e delle responsabilità, dei dirigenti può essere intesa come interferenza sull'autonomia del medico e come minaccia del rapporto fiduciario medico-paziente.

L'introduzione (o l'estensione) delle prestazioni «a pagamento» può es-

sere temuta come creazione di una possibile discriminazione di trattamento tra «chi può (o è disposto) a pagare» e «chi non può pagare».

Proposte di tipo organizzativo, e operativo, miranti alla riduzione di costi, etc., spesso sono discusse non in sé, nella loro concreta fattibilità e nelle loro concrete implicazioni, ma in termini di principi astratti, con gli inevitabili blocchi o tempi lunghi.

4) Accentuazione degli aspetti etico-morali (a volte di moralismo strumentale) e di quelli personalistici nel valutare i meccanismi sociali e istituzionali: si prenda ad esempio il caso della nomina dei Direttori Generali delle nuove aziende per le quali, anche a seguito del clamore suscitato dalla indubbia mancanza del rispetto delle forme evidenziata in alcune Regioni, è stato risollevato e sbandierato il tema della lottizzazione usando argomentazioni emotivamente forti e attraenti ma di dubbia razionalità.

Infatti di fronte ad una legislazione (i decreti legislativi 502/92 e 517/93) che attribuisce maggiori responsabilità alle Regioni anche in ordine all'equilibrio economico e che prevede per i Direttori Generali alcuni requisiti minimi, appare indiscutibile la piena autonomia degli organi regionali nel procedere alla nomina di persone dotate di tali requisiti minimi.

Chiedere che nell'esercizio di tale autonomia tali organi dovrebbero scegliere i «migliori» è una pura e semplice utopia perché la professionalità del Direttore Generale è composta da tanti e tali elementi da non poter essere ridotta ad una dimensione o ad una serie di dimensioni «ponderate» in modo da stabilire un sicuro e oggettivo ordine riguardante la professionalità.

Chiedere un processo di selezione sulla base di criteri oggettivi è un as-

surdo sul piano logico ed una utopia sullo stesso piano del diritto.

Assurdo perché quando si tratta di valutare persone che andranno ad assumere posizioni di vertice in una azienda che è un sistema socio-tecnico (non solo tecnico) molte sono le dimensioni rilevanti (e quindi i possibili criteri): la competenza tecnica (di tipo sanitario, di tipo amministrativo, o di tipo economico), l'esperienza (ha più esperienza chi ha maggiore anzianità o chi ha occupato un numero più elevato di posizioni di responsabilità?), la capacità di adattarsi alle diverse situazioni entrando «in sintonia» con altre persone (le teorie organizzative non hanno del tutto risolto il dilemma se sia meglio una «direzione gerarchica e tecnica» rispetto ad una «direzione partecipativa»), la leadership.

Anche l'oggettività del diritto è comunque sempre relativa poiché, come è noto le leggi sono soggette ad «interpretazioni» che sono di diverso tipo, letterale, logica, analogica, autentica, per via giurisprudenziale, etc.

L'approccio moralistico congiunto alla utopia della «razionalità oggettiva e assoluta» per affrontare problemi sociali, istituzionali, organizzativi, ha in alcuni casi portato all'intervento della magistratura (amministrativa e ordinaria) non in presenza di ipotesi specifiche e precise di reato (come dovrebbe essere), ma per valutare la «correttezza della procedura».

Ciò ha spostato il problema dal tema della professionalità dei Direttori Generali (poco importa se vicini o meno vicini a certe posizioni politiche) e dai criteri «sostanziali» adottati dalle varie Commissioni incaricate di predisporre elementi conoscitivi per le scelte delle Giunte Regionali (in genere i diversi «gruppi» di aspiranti caratterizzati da differenti «profili direzionali»), a quello dei criteri formali, delle procedure formali seguite

dalla applicazione formale delle leggi.

Dopo aver sostenuto per decenni che molti mali dell'amministrazione pubblica, specie nel caso dei servizi, dipendono da norme obsolete, da norme magari recenti ma non chiare e contraddittorie, dalla prevalenza della forma sulla sostanza, si è ritenuto di riportare in ultima istanza un problema chiave di management e di cambiamento organizzativo, la scelta dei Direttori Generali delle nuove aziende alla sfera del diritto (e dei poteri della magistratura) e non a quella delle tecniche organizzative (la creazione di Commissioni «tecniche» di selezione) e a quella del confronto politico-istituzionale, per cui le nuove amministrazioni regionali (legittimate dal voto) decideranno se confermare o cambiare i Direttori Generali, ovviamente secondo le regole esistenti in termini di conferma e di revoca.

Affrontare la questione dei Direttori Generali, e più in generale della efficienza e della funzionalità, delle aziende sanitarie con ricorsi al TAR, denuncia alla magistratura, sospensive, di delibere, sentenze etc., non significa affatto avere la garanzia di maggiore razionalità e di preminenza della oggettività sulla soggettività e discrezionalità: significa solamente far prevalere la logica e i criteri giuridici e la soggettività (sarebbe meglio dire autonomia) di certi organi, quelli della magistratura, sulla logica, i criteri, la soggettività (sarebbe meglio dire autonomia legata alla responsabilità) di altri organi, quelli che hanno per legge il potere e il dovere di nominare i vertici delle nuove aziende.

Mentre il problema viene oggi posto in termini di maggiore rigore morale, di maggiore indipendenza dalle pressioni, maggiore obiettività di valutazione degli organi della magistratura rispetto alla classe politica (nella fattispecie alla classe politica regio-

nale), giudizio che comincia ad avere qualche incrinatura dopo le recenti roventi polemiche sui comportamenti e sulle prese di posizione di carattere «politico» di magistrati considerati non più *super partes*, il problema reale va valutato in altri termini: la ricerca della certezza o della oggettività del diritto ha comportato una situazione di grande incertezza, instabilità, insicurezza e demotivazione della dirigenza delle nuove aziende.

Direttori Generali nominati, sospesi dal TAR, ripristinati, revocati, dimessisi a seguito di polemiche sulla loro professionalità, comunque delegittimati nei confronti della struttura organizzativa a seguito delle polemiche sui criteri della loro nomina hanno causato incertezze, vuoti decisionali, cambiamenti anche repentini di «linea direzionale» quando sono subentrati i «facenti funzioni» proprio nel momento «più delicato» del nuovo sistema, quello della costituzione delle aziende.

Se fosse vero il proverbio secondo cui «chi bene comincia è a metà dell'opera», si potrebbe dire che per il nuovo sistema si è «a metà del fallimento» avendo iniziato nel modo sbagliato.

Anche molti di coloro che si dicono «portatori del nuovo» e che hanno dichiarato di volere combattere il «vecchio sistema politico» hanno affrontato il cambiamento della sanità con logiche e strumenti vecchi, spesso di carattere moralistico (che è diverso dai principi morali) e accettando il mito, l'utopia, l'illusione o la strumentalizzazione dei criteri oggettivi.

Il problema del nuovo S.s.n. non è quello di stabilire ex ante sulla base di principi astratti se il nuovo sistema di finanziamento, la nuova figura giuridica delle aziende di servizi sanitari o di aziende ospedaliere, rispondano a modelli ottimali né di stabilire se i Direttori Generali sono «i migliori tra

quelli che hanno avanzato la propria candidatura» e hanno una visione della sanità più o meno vicina a chi li ha nominati (spesso la tanto vituperata «lottizzazione» non è altro che la nomina di persone che hanno una visione delle cose coerente e simile a quella di chi li nomina, il che non solo appare lecito ma nei Paesi con lo *spoils system* è esplicitamente accettato), ma è quello di lasciare decollare il nuovo modello, di lasciar decollare «le aziende» e poi di valutare i risultati positivi e quelli negativi ottenuti.

Invece no: chi arriva al potere cerca di cambiare le leggi per cambiare i principi e i criteri di base (e crea confusione e contraddittorietà con norme precedenti), chi non è nominato Direttore Generale si appella alla magistratura (amministrativa e ordinaria), chi vuole fare una battaglia politica sfodera l'arma moralistica della «lot-

ta alla lottizzazione» e invoca inesistenti criteri oggettivi.

Risultato: si ostacola e si ritarda il decollo del nuovo sistema, si avviano formalmente «aziende» senza vertici stabili e senza le condizioni per essere gestite veramente «come aziende» (esempio senza vincoli burocratici esterni), si accetta una continua interferenza tra poteri di amministrazione, giudiziario e di controllo con una confusione rispetto al principio base di ogni organizzazione complessa che è quello di sapere:

- chi
- fa
- che cosa
- e chi risponde
- di che cosa.

Ad una realtà che richiede poche regole, cambiamenti rapidi e altrettanto rapide verifiche e adattamenti nel Servizio sanitario nazionale si risponde con una logica istituzionale,

formalistica e, diciamo anche, moralistica e populista in cui si cerca continuamente di cambiare le leggi fatte dal Governo precedente, si vede con sospetto «ogni decisione degli amministratori pubblici» (che invece dovrebbero essere sottoposti solo alla verifica dei risultati), si ha timore di dare autonomia e quindi si rinnovano vincoli «burocratici» e «centralistici» (quali sono i vincoli della non sostituzione del turnover del personale e la riduzione delle spese per acquisti di beni e servizi imposti dalla legge finanziaria per il 1995), si accresce la rigidità del sistema.

Ciò significa palese involuzione rispetto alle auspiccate esigenze di efficienza e flessibilità, funzionalità, che rischia di portare a raggiungere equilibri sul piano economico (forse) ma a livelli di qualità dell'assistenza e di benessere economico e sociale più bassi.

# RAGIUSAN

**Rassegna giuridica della sanità**

Rivista mensile  
di dottrina, giurisprudenza, documentazione  
di interesse socio-sanitario

*edita sotto gli auspici del Ministero della sanità*

*Who Collaborating Centre for Health Legislation*

N. 4 della Collana «**La legge delega**»

# Il decreto legislativo n. 517/93 «aggiornato» e le leggi regionali di attuazione

Completa il volume  
l'elenco dei direttori generali delle aziende sanitarie

a cura di **Luigi D'Elia**



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

**Ragiusan** - Direttore responsabile: **Luigi D'Elia**

Pubblicazione registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 97/84 in data 10 marzo 1984

Fotocomposizione: **SIPIS** s.r.l. - Stampa: «Grafica Ripoli» s.n.c. - Tivoli

**Saggi e ricerche**

Sezione 1<sup>a</sup>

# L'INTRODUZIONE DEL FVIII RICOMBINANTE NEL TRATTAMENTO DELL'EMOFILIA A: ELEMENTI PER UNA VALUTAZIONE ECONOMICA

di Gianmaria Battaglia <sup>1</sup>, Alessandro Gringeri <sup>2</sup>

<sup>1</sup> SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

<sup>2</sup> Centro Emofilia e Trombosi Angelo Bianchi Bonomi, Istituto di Medicina Interna, IRCCS Ospedale Maggiore e Università degli Studi di Milano

**SOMMARIO:** 1. Introduzione - 2. L'evoluzione della gestione della patologia - 3. Elementi per una valutazione economica del Fattore VIII Ricombinante - 4. Gli elementi del costo sociale dell'Emofilia A - 5. Le prospettive per il futuro - 6. Conclusioni.

*Recombinant FVIII is going to be introduced in Italy to treat people with severe haemophilia. The main characteristics of the product are examined in order to predict changes in economic costs dependent on haemophilia and correlated diseases (virally transmitted diseases, long-term arthropathy). The use of recombinant FVIII will allow treatment models not influenced by risk of viral transmission nor by inadequate supply of blood donation, thus allowing normal life-style to haemophiliac population. Economic effects of reduction of viral exposures and of reduction in long-term arthropathy is still to be determined by specific prospective studies.*

## 1. Introduzione

L'emofilia è un disordine emorragico ereditario caratterizzato dalla carenza congenita di una proteina plasmatica della coagulazione. Tale carenza porta ad una rallentata coagulazione del sangue con conseguente rischio di emorragie anche spontanee a livello di muscoli e articolazioni.

L'emofilia A e B, dovute rispettivamente al difetto del fattore VIII e IX della coagulazione, e la malattia di von Willebrand, dovuta alla carenza di fattore di von Willebrand, sono i quadri clinici più frequentemente osservati.

In particolare, l'emofilia A, come l'emofilia B, si riscontra in tutti i gruppi etnici e colpisce quasi esclusivamente i maschi. Il difetto genico è infatti presente sul cromosoma X. I maschi, che hanno un solo cromosoma X hanno la malattia e trasmettono il difetto genico alle sole figlie femmine. Queste, come portatrici obbligate, hanno un cromosoma X con il difetto genico e un cromosoma X «sano», quindi possono trasmettere la malattia

ai figli maschi e il difetto alle figlie femmine con il 50% delle probabilità.

L'emofilia A colpisce approssimativamente un maschio su 10.000 (1). In Italia nel periodo 1972-1981 l'incidenza dell'emofilia A è stata di 11,7 casi per 100.000 maschi nati. Di questi 8,6 avevano il difetto «grave» (2), cioè un'attività plasmatica di Fattore VIII inferiore al 2%.

Attualmente risultano alla fine del 1993 nel Registro Nazionale dei Coagulopatici, nato dalla collaborazione

tra la Fondazione dell'Emofilia e l'Istituto Superiore di Sanità, 3.051 pazienti affetti da emofilia A dei quali 1.821 con difetto grave (tabella 1) (3).

Il trattamento dell'Emofilia A si basa essenzialmente sulla somministrazione di una quantità di FVIII sufficiente a riportare la proteina a livelli che consentano l'arresto degli episodi emorragici di natura spontanea oppure che impediscano eventuali emorragie in occasione di interventi chirurgici o di situazioni ad alto rischio emorragico.

**Tabella 1**

Grado di severità	Numero
Grave.....	1.821
Moderata.....	354
Lieve.....	801
Non indicata.....	75
<b>Totale.....</b>	<b>3.051</b>
<i>Fonte:</i> Istituto superiore della sanità, 1993.	

Lo studio alla base di questo articolo ha usufruito di un finanziamento da parte di Bayer S.p.a.

Il FVIII è stato, sino allo sviluppo della tecnologia ricombinante, ottenibile solamente attraverso la lavorazione di sangue umano e pertanto ha manifestato tutte le problematiche di reperimento e di sicurezza tipiche dei prodotti emoderivati.

Le modalità di trattamento dei pazienti emofilici si sono evolute principalmente su due linee:

— la ricerca di FVIII in forma concentrata con caratteristiche di elevata purezza e sicurezza;

— l'organizzazione di modelli di trattamento che consentissero ai pazienti la conduzione di stili di vita il più possibile normali.

Paradossalmente proprio la possibilità di ottenere la proteina in forma più concentrata, con le favorevoli conseguenze in termini di migliori condizioni di disponibilità, impiego e conservazione ha comportato i maggiori problemi in termini di sicurezza nel trattamento. Le quantità di plasma necessarie per l'ottenimento di concentrati di FVIII sono tali da richiedere, per ogni lotto di produzione, l'utilizzo di plasma proveniente anche da 20.000 donatori: ciò implica una elevata probabilità che il prodotto sia causa di trasmissione di malattie virali. Al fine di rendere sempre più sicuro il concentrato da infondere ai pazienti sono quindi stati sviluppati metodi di inattivazione virale più efficienti, in particolare contro i virus responsabili dell'AIDS e dell'epatite, che sono le patologie più frequentemente trasmesse dai derivati del sangue.

D'altro canto, a fronte della natura genetica della malattia (che non consente una guarigione) e della possibilità di sostituire il fattore carente del paziente con infusioni di fattore ricavato da fonti alternative, si pone come problema centrale la modalità di gestione della malattia per influire sulla condizione del paziente e consentire durata, stili e qualità della vita prossimi a quelli delle persone che non ma-

nifestano tale malattia congenita. Nel Regno Unito ad esempio la vita attesa alla nascita dei pazienti emofilici è passata da 37 anni nel 1962 ad una durata prossima a quella del resto della popolazione nel 1980 (prima dell'epidemia di AIDS) (4).

La modalità di assistenza dei pazienti emofilici si è quindi orientata verso un modello di assistenza globale dei pazienti attraverso la costituzione di centri in cui operano équipe composte da medici con specializzazioni differenti, assistenti sociali e psicologi. La finalità è quella di consentire un approccio interdisciplinare ed un monitoraggio costante dei pazienti in modo efficiente e con costi relativamente contenuti (5, 6).

Il trattamento degli episodi emorragici, spontanei o traumatici, avviene prevalentemente attraverso infusioni di FVIII effettuate dal malato stesso (o da un suo familiare) nel suo domicilio; ciò al fine di sfruttare la capacità di autodiagnosticarsi l'insorgere di emorragie (ed in particolare quelle di interesse articolare che costituiscono gli episodi a frequenza largamente maggioritaria), minimizzando in tal modo i tempi tra l'episodio emorragico e l'infusione di FVIII. La tempestività è un elemento critico per limitare i danni permanenti che gli episodi emorragici possono causare e ridurre la probabilità del ripetersi di episodi sempre più frequenti (fenomeno dell'«articolazione bersaglio») (7) consentendo inoltre uno stile di vita (spostamenti, attività lavorativa etc.) meno condizionato dalla malattia.

A fronte di queste tendenze è sentita l'esigenza di FVIII puro, di agevole conservazione e trasporto, privo di contaminazione virale, disponibile in quantità elevata, e possibilmente a basso costo.

L'ingegneria genetica ha messo a punto un metodo di produzione del FVIII che, attraverso l'inserimento del codice genetico della proteina nel

DNA di una cellula ospite adatta, induce quest'ultima alla produzione di FVIII (8). Ciò ha consentito la messa in commercio di un Fattore VIII ricombinante (rFVIII) con caratteristiche di purezza elevate e sicurezza intrinseca nei confronti dei virus che invece possono trovarsi nel sangue dei donatori. Il prodotto ricombinante è stato sperimentato in trial clinici ed ha mostrato livelli di efficacia simili a quelli del FVIII emoderivato (9, 10).

Le caratteristiche promesse dalla tecnologia ricombinante costituiscono un punto di partenza per ridefinire lo status del malato emofilico fino a ipotizzare modelli di gestione della patologia basati su infusioni giornaliere di piccole quantità di Fattore VIII eventualmente attraverso cateteri sub-cutanei permanenti.

Tali prospettive richiedono però elevatissima disponibilità quantitativa di FVIII ad un costo accettabile e con caratteristiche non garantite dal FVIII emoderivato.

## 2. L'evoluzione della gestione della patologia

L'emofilia A è una patologia i cui effetti possono essere rilevati sotto una duplice dimensione: i tassi di mortalità causati dalla patologia in sé (emorragie) e i tassi di mortalità e morbilità indotti dalle patologie che accompagnano il trattamento dell'emofilia.

Per quanto riguarda la prima dimensione, significativi risultati in termini di sopravvivenza sono stati raggiunti a seguito della disponibilità dei primi concentrati di FVIII. Come ricordato, infatti, la vita attesa alla nascita di un paziente emofilico agli inizi degli anni '80 era simile a quella delle persone sane: i modelli di trattamento basati sul consumo domiciliare di FVIII autoinfuso garantivano una vita più normale e limitava significativamente la gravità dei fenomeni emorragici.

Per quanto concerne la rilevanza della seconda dimensione si è rison-

trato invece un fenomeno differente. Benché il rischio della diffusione di patologie, principalmente di tipo virale, fosse presente sin dai primi tentativi di controllare gli episodi emorragici con trasfusioni di plasma fresco o congelato, la gravità di tale rischio si è notevolmente accresciuta con l'avvento dei concentrati di FVIII.

Fino agli anni '80 le patologie a maggior impatto sulla popolazione emofilica sono state le epatiti: per controllare la diffusione delle epatiti virali, sono state praticate campagne generalizzate di screening dei donatori e di vaccinazione (allorquando fossero disponibili vaccini), mentre lo sforzo dei produttori di concentrati di Fattore VIII derivato dal plasma (pdFVIII) si è rivolto allo sviluppo di metodi di inattivazione virale sempre più efficaci per limitare al massimo la trasmissione di virus patogeni.

La sicurezza dei prodotti oggi disponibili è considerata buona, anche se la gran parte della popolazione emofilica risulta già essere venuta in contatto con il virus HCV responsabile dell'epatite C e con altri virus dalle conseguenze minori (parvovirus, citomegalovirus) (11, 12).

In complesso, il rischio della diffusione di epatiti e di altri virus rimane ineliminabile qualora si utilizzi FVIII emoderivato: in passato l'entità del rischio era compensata da una qualità di vita più elevata dovuta alla più agevole gestione del trattamento.

I progressi potevano essere raggiunti in termini di minori tassi di morbilità legati a patologie collegate al trattamento dell'emofilia e in termini di qualità della vita legata alla disponibilità di FVIII e di contenimento delle patologie collaterali citate.

L'avvento del virus dell'AIDS ha riproposto il problema della sopravvivenza: i livelli di rischio connessi all'utilizzo di FVIII emoderivato hanno

portato ad una elevata diffusione dell'AIDS nella popolazione emofilica. Anche se i tassi di prevalenza dell'AIDS in Italia sono significativamente minori di quelli di altri paesi (ad esempio gli USA e la Germania), in virtù di modelli di trattamento con minor consumo di FVIII, la diffusione del virus HIV è comunque significativa (tabella 3).

Anche in questo caso lo sforzo di rendere più sicuri i prodotti emoderivati è stato notevole e attualmente i metodi utilizzati sembrano essere in grado di inattivare il virus HIV.

L'impatto che il fenomeno AIDS ha avuto non è stato limitato alla diffusione della patologia, ma ha modificato significativamente i comportamenti dei medici e degli stessi emofilici in-

ducendo maggior prudenza nel consumo di FVIII.

I trattamenti «preventivi» (effettuati prima di attività a rischio di episodi emorragici) sono diminuiti e la propensione a trattare episodi dubbi (13) è parimenti diminuita.

Si può quindi rilevare come il fenomeno AIDS abbia avuto effetti sia dal punto di vista clinico nei confronti della popolazione emofilica infettata che dal punto di vista dei comportamenti di tutta la comunità emofilica.

Il Fattore VIII ricombinante si pone quindi come soluzione definitiva al problema virale, ma anche al problema psicologico del rischio, che si può prevedere molto rilevante, almeno fino a quando verrà trovata una cura efficace o un vaccino contro il virus HIV.

**Tabella 2 - L'evoluzione delle caratteristiche del FVIII disponibile e obiettivi raggiunti dal trattamento**

Evoluzione dei prodotti disponibili	Miglioramenti principali rispetto ai prodotti precedenti	Finalità principale del trattamento	Caratteristiche rilevanti del prodotto
Plasma fresco o congelato		Garantire la sopravvivenza	
Crioprecipitato	Livelli emostatici sufficienti con infusioni contenute	Garantire la sopravvivenza	Somministrazione più contenuta Difficoltà di conservazione
Concentrati con inattivazione virale	Trattamento domiciliare	Migliorare la qualità della vita	Conservazione più agevole
Concentrati con migliore inattivazione Concentrati inattivati e purificati	Trattamenti più sicuri	Migliorare la qualità della vita (nei confronti dei virus non letali) Garantire la sopravvivenza (nei confronti dei virus letali, principalmente l'HIV)	Migliore sicurezza virale e maggior purezza
Concentrati ottenuti con tecnologia ricombinante	Mantenimento livelli di FVIII > 1% Profilassi ?	Garantire una qualità della vita simile a quella delle persone sane. Rendere lo stile di vita non dipendente dalla patologia Garantire una aspettativa di vita simile a quella delle persone sane	Purezza Sicurezza virale assoluta Disponibilità illimitata

### 3. Elementi per una valutazione economica del Fattore VIII Ricombinante

L'impostazione di una valutazione economica per la nuova generazione di concentrati di FVIII necessita di alcune chiarificazioni preliminari.

Il rFVIII non si presenta come un prodotto con efficacia clinica di per sé maggiore dei concentrati attualmente disponibili: ciononostante è possibile che l'efficacia complessiva derivante dall'utilizzo del rFVIII nella terapia dei malati emofilici migliori a seguito della sua introduzione.

La valutazione economica di farmaci è una «analisi comparativa di corsi di azione alternativi» (14): l'introduzione del FVIII ricombinante può quindi essere valutata solo in relazione al confronto tra costi e benefici (monetari o in termini di efficacia o utilità complessiva che deriva dal trattamento) risultanti dal trattamento nel suo complesso.

La valutazione del FVIII ricombinante deve quindi basarsi sul confronto tra il modello di trattamento attualmente praticato (che dipende dai protocolli più o meno consolidati e dai comportamenti effettivi dei medici e dei pazienti) e modello di trattamento che il rFVIII consentirà.

Le problematiche maggiori ai fini di una valutazione economica discendono proprio dall'incertezza sui protocolli di trattamento che si affermeranno a seguito dell'introduzione del rFVIII.

Il Fattore VIII ottenuto con tecnologia ricombinante garantisce tre caratteristiche rilevanti ai fini di una modifica al modello di trattamento dei malati emofilici: la sicurezza rispetto alla trasmissione di virus, la disponibilità teoricamente illimitata di prodotto, l'elevata purezza del concentrato.

Di seguito queste tre caratteristiche vengono analizzate e scomposte in re-

lazione alle componenti significative all'analisi.

Il problema della sicurezza virale è quello che più ha influenzato i comportamenti, sia degli operatori che dei malati, negli ultimi anni.

L'avvento dei concentrati emoderivati ha reso elevato il rischio di diffusione delle diverse forme di epatite. Il significativo miglioramento nell'efficacia della terapia e delle condizioni di vita dei pazienti ha attivato sforzi evidenti per limitare al massimo i rischi virali ma non ha posto in discussione l'opportunità di trattare i pazienti con le dosi adeguate in ambito domiciliare.

Sono state infatti introdotte le vaccinazioni per i virus di cui fosse disponibile il vaccino mentre le aziende produttrici di pdFVIII hanno sviluppato metodi di inattivazione virale che hanno condotto ad uno standard di sicurezza dei prodotti ritenuto accettabile, anche considerando i limitati tassi di mortalità conseguenti alle epatiti.

Il virus HIV ha invece avuto effetti molto significativi sullo stato generale della popolazione emofilica (la prevalenza globale è riportata in tabella 3). La letalità del virus ha modificato significativamente il rapporto efficacia del trattamento con pdFVIII e rischio di mortalità a seguito di contagio virale. La propensione al trattamento sia da parte dei malati che dei medici si è orientata verso un approccio più prudente.

Come ricordato i concentrati attualmente disponibili sono considerati relativamente sicuri rispetto ai virus più pericolosi; tuttavia il problema della sicurezza virale non può essere escluso dall'analisi per alcune ragioni:

1) la sicurezza è un fattore ricercabile solo nei riguardi dei virus conosciuti e che possono essere inattivati. Non è possibile sviluppare una maggior sicurezza nei confronti di eventuali nuovi virus o nei confronti di virus già conosciuti la cui evoluzione li renda più resistenti ai processi di inattivazione in uso (15).

Il caso dello sviluppo e diffusione del virus HIV è l'esempio più drammatico di questo rischio. Per quanto la probabilità del ripetersi di un evento così importante sia sicuramente bassa, nessun processo di inattivazione potrà garantire la sicurezza assoluta, soprattutto nei confronti di virus più resistenti ai limiti di efficienza dei processi produttivi dei concentrati di FVIII;

2) la situazione di paziente «a rischio virale» dei malati emofilici comporta un vero e proprio costo psicologico a carico degli stessi.

Le prospettive, in termini di emancipazione dalla malattia, aperte dalla disponibilità di concentrati utilizzati in ambito domiciliare, sono state precluse dalla consapevolezza di essere in condizioni di rischio proporzionale ai livelli di consumo di FVIII: ciò ha indotto la limitazione di quelle

Tabella 3 - Prevalenza globale anti-HIV per severità della coagulopatia

Gravità	HIV+	Numero saggiati	% HIV+	Non saggiati	% non saggiati
Grave.....	525	1553	33,8	268	14,7
Moderata.....	29	284	10,2	70	19,8
Lieve.....	15	588	2,6	213	26,6
Non D. ....	12	41	29,3	34	45,3
<b>Totale.....</b>	<b>581</b>	<b>2466</b>	<b>23,9</b>	<b>585</b>	

Fonte: Istituto Superiore della Sanità, 1993.

attività (ricreative, sportive e lavorative, se possibile) che richiedono consumi di FVIII non strettamente necessari (trattamenti preventivi in occasione di situazioni o attività a rischio emorragico);

3) per lo stesso motivo il trattamento degli episodi emorragici spontanei è divenuto più prudente, sia da parte dei pazienti che degli stessi medici.

Questo fatto ha ridotto l'effetto di uno dei punti di forza del modello di trattamento con autoinfusioni domiciliari, la tempestività del trattamento, che si basa sulla capacità del malato di autodiagnosticarsi l'insorgenza dell'episodio emorragico, prima che si manifestino i sintomi veri e propri cui corrispondono spesso già dei danni.

La disponibilità di plasma per la produzione di FVIII è da sempre un problema che influenza le modalità di trattamento dei malati. In Italia, ed in Europa in generale il plasma raccolto non copre il consumo di FVIII relativo.

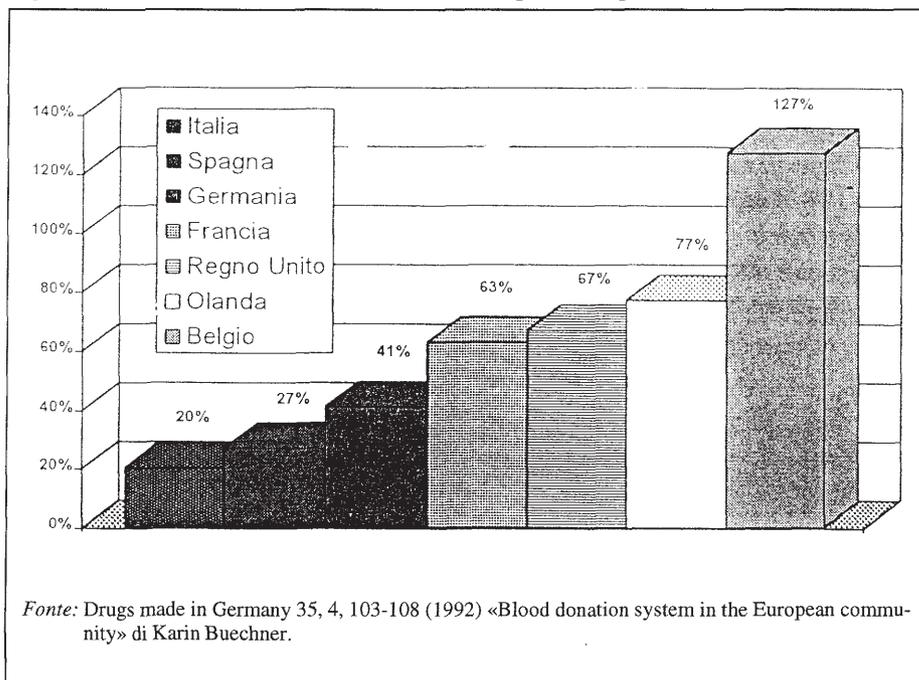
Il ricorso ad importazioni di FVIII prodotto con sangue raccolto in altri paesi, molti dei quali prevedono la donazione retribuita aumenta il rischio di utilizzare sangue infetto.

La figura 1 illustra i dati di autosufficienza di raccolta di sangue in alcuni paesi europei.

Il problema della raccolta e gestione del sangue è molto ampio ed esula dalle finalità di questo lavoro. Ai nostri fini basta rilevare come anche in caso di utilizzo ottimale del sangue raccolto l'implementazione di modelli di trattamento che comportano elevati livelli di FVIII sono attualmente impossibili. Ciò è evidente dai dati del Consiglio d'Europa (16) relativi ai paesi europei.

Attualmente ogni litro di plasma raccolto destinato al frazionamento può produrre circa 180 UI di FVIII.

**Figura 1 - Grado di autosufficienza in % di alcuni paesi europei**



**Tabella 4 - Consumo medio di FVIII per abitante di alcuni paesi europei (U.I.)**

Paese	U.I. di FVIII
Lussemburgo .....	4,5
Danimarca .....	3,2
Germania .....	3,0
Olanda .....	2,7
Belgio .....	2,4
Regno Unito.....	1,9
Spagna .....	1,6
Francia.....	1,5
Irlanda.....	1,4
Italia .....	1,4
Portogallo .....	1,3
Grecia .....	0,4
<b>Media Europea.....</b>	<b>1,9</b>

Fonte: Consiglio d'Europa, 1989.

La praticabilità di scelte di trattamento che prevedono consumi superiori di FVIII è subordinata ad una disponibilità di plasma che attualmente in Europa (e in Italia) non è riscontrata.

La purezza del Fattore è tuttora oggetto di studi per rilevare la correlazione con l'efficacia del trattamento e di alcune caratteristiche della malattia vera e propria (ad esempio lo sviluppo di inibitori specifici che rendono, tem-

poraneamente o permanentemente, inefficace il trattamento con FVIII) e di altre patologie collegate.

In Italia sono stati osservati alcuni risultati significativi che correlano negativamente la velocità di progressione verso la malattia conclamata dei pazienti sieropositivi con la purezza del concentrato (17). Attualmente non è però ancora possibile comprendere totalmente l'impatto su questa variabile del rFVIII.

popolazione emofilica. Per una più chiara esposizione segue la descrizione dei costi associati alle epatiti virali includendo anche i costi indiretti di cui è data spiegazione teorica successivamente.

L'epatite di tipo B si trasmette per mezzo del sangue e di prodotti emoderivati. Perciò ha sempre ricevuto una grande attenzione da parte della comunità emofilica dato il potenziale di trasmissibilità in questa categoria a rischio.

Il controllo del virus è effettuato attraverso la vaccinazione generalizzata all'interno dei gruppi a rischio di infezione.

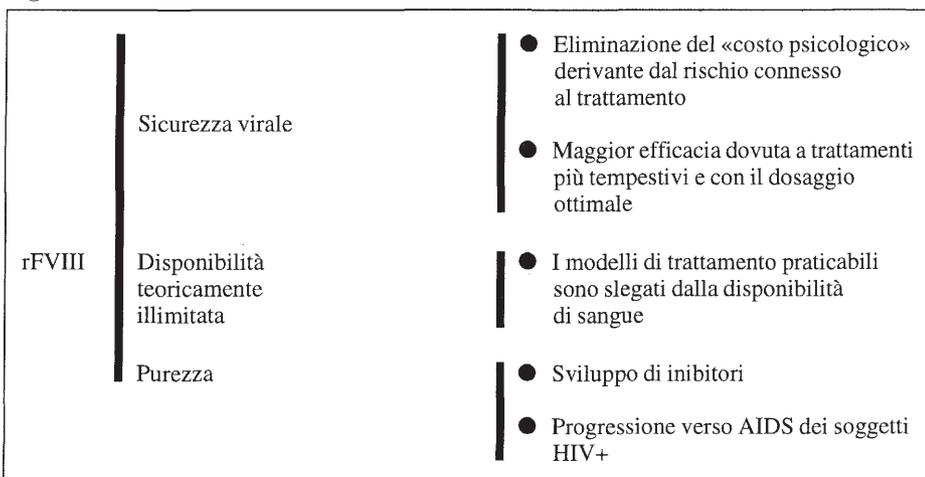
In Italia sono disponibili diversi prodotti con posologie e costi simili stimati pari a circa 131.000 ogni ciclo di vaccinazione da ripetere ogni cinque anni.

La protezione fornita dal vaccino per tutti gli eventi correlati al virus HBV, comprese le sier conversionsi asintomatiche, risulta essere nelle persone sane compreso tra il 75% ed il 86%, a seconda della risposta iniziale agli anticorpi (range 21-97%) (18). Le infezioni che si manifestano nonostante la vaccinazione seguono un corso in media più benigno di quanto non avvenga nei non vaccinati: in tal modo la protezione media complessiva si assesta su una percentuale superiore al 90% (19).

La malattia può avere manifestazioni cliniche diverse le cui probabilità sono illustrate in figura 3. Ciascun decorso comporta costi differenti della terapia acuta.

Gli esiti della fase acuta della malattia sono molteplici e possono variare dalla completa guarigione alla persistenza della malattia in fase attiva. (tabella 6) Ciò comporta ulteriori costi, differenti in relazione all'esito dell'epatite, che si protraggono per tutta la vita del paziente.

Figura 2 - Le caratteristiche del rFVIII



#### 4. Gli elementi del costo sociale dell'Emofilia A

I costi connessi all'emofilia sono schematizzabili in tre categorie: costi sanitari diretti, costi indiretti, e costi non monetari legati alle condizioni psicologiche dei pazienti e alla perdita di qualità della vita conseguente alla malattia.

Alla prima categoria appartengono:

1) i costi legati ai controlli periodici cui i malati si sottopongono presso i centri specializzati;

2) i costi per il trattamento con FVIII;

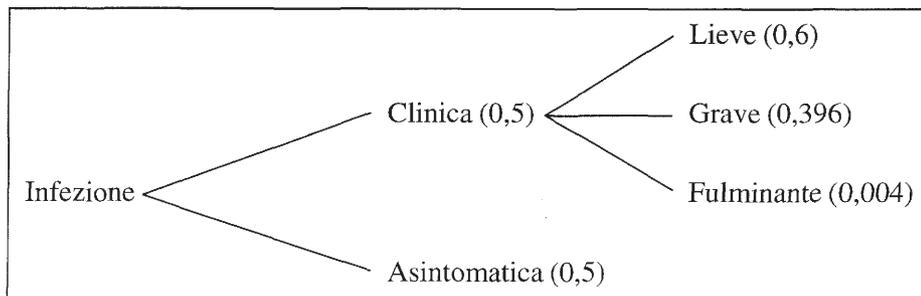
3) i costi di trattamento delle patologie virali causate dai prodotti emoderivati;

4) i costi di trattamento delle inabilità, prevalentemente a carattere ortopedico, causate dalla degenerazione articolare conseguente alle emorragie sinoviali.

Mentre per le prime due tipologie è possibile costruire dati di costo medio significativo ai fini dell'analisi, per quanto riguarda le altre due tipologie di costo è necessario soffermarsi con alcune considerazioni.

Come menzionato nel paragrafo 2, l'impiego di FVIII emoderivato ha accentuato il rischio di infezioni di origine virale, alcune delle quali con conseguenze rilevanti sia cliniche che economiche: in particolare le epatiti (A, B e C) e l'AIDS sono le patologie che hanno avuto il maggiore impatto sulla

**Figura 3 - Albero delle probabilità dell'epatite B**



**Tabella 5 - Probabilità media dello stato del paziente all'esito della malattia**

Guarigione .....	90%
Portatore .....	5%
Persistente.....	3,5%
Attiva .....	1,5%

La combinazione dei diversi decorsi con la distribuzione dei possibili esiti genera un costo medio ponderato per ogni caso di epatite B che abbiamo stimato essere circa lire 14.000.000.

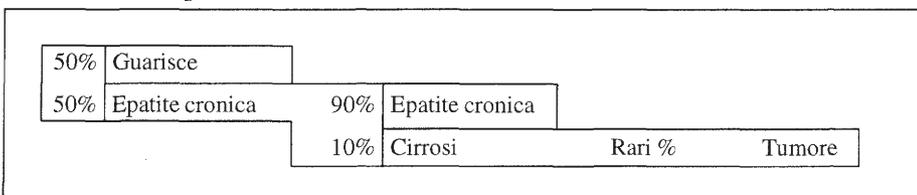
La prevalenza del virus da epatite C invece è risultata molto alta nelle categorie soggette a trasfusioni o ad assunzione di prodotti emoderivati: nella popolazione emofilica si stima che nel mondo il 60-80% dei soggetti trattati con preparazioni commerciali di FVIII siano entrati in contatto con il virus.

Attualmente le sier conversionsi annue da virus HCV sono pari a circa il 3%. L'epatite C si caratterizza per la natura asintomatica della fase acuta nella maggior parte dei casi (90%).

Il periodo di incubazione varia da poche settimane a 4 mesi. Benché l'infezione acuta sia lieve o inapparente, il 50% dei soggetti può progredire verso una malattia epatica cronica, il 10% dei quali può sviluppare una cirrosi che in rari casi può condurre alla comparsa di tumore.

I possibili esiti dell'epatite C vengono riassunti nella tabella seguente.

**Tabella 6 - Esito epatite C**



La terapia attualmente disponibile è basata su Interferone (Wellferon, Roferon etc.) con una posologia che varia da 3.000.000 a 9.000.000 U.I. 3 volte la settimana per periodi fino a 12 mesi.

Il costo per la terapia a base di interferone è quindi stimabile in circa 10.000.000.

La fase acuta prevede in genere una ospedalizzazione per un periodo tra i 15 e i 30 giorni con un costo aggiuntivo stimato compreso tra L. 5.500.000 e L. 11.000.000. Il costo indiretto per reddito non prodotto pesato sulla popolazione occupata è quindi compreso tra L. 1.419.465 e L. 2.838.930.

Nel caso in cui la malattia cronicizzi il trattamento con interferone può essere ripetuto, anche più volte, a seconda dello stato clinico del paziente.

La stima del costo medio per caso di epatite C potrà essere effettuata quando saranno disponibili dati definitivi sull'evoluzione della malattia.

L'epatite A si trasmette invece per via oro-fecale, quindi per quanto riguarda l'uomo avviene prevalentemente a trasmissione alimentare.

In realtà si sono verificati, nella popolazione emofilica, casi di trasmissione attraverso FVIII emoderivato non perfettamente inattivato. In particolare è stato in passato ritirato dal mercato un prodotto non sufficientemente sicuro che si era rivelato mezzo di trasmissione del virus responsabile dell'epatite A.

Attualmente i prodotti in commercio sono considerati sicuri al virus dell'epatite A. È inoltre in fase di sperimentazione un vaccino per la protezione a questo virus: si prevede al termine della fase di sperimentazione una copertura universale della popolazione emofilica.

La diffusione del virus HIV ha avuto un impatto dirimpente sulla popolazione emofilica. Il primo caso di AIDS nella popolazione emofilica venne riscontrato nel 1982 (20), da allora la diffusione del virus ha portato gli emofilici ad essere il gruppo a rischio AIDS più colpito dalla malattia.

Per ottenere una stima indicativa dell'impatto in termini di costo che l'AIDS avrà nei confronti della popolazione emofilica attualmente sieropositiva e sulle persone infettate a seguito di diffusione tra la popolazione emofilica occorre innanzi tutto riferirsi ai dati di prevalenza che sono stati rilevati per la popolazione emofilica e tra i relativi partner sessuali (per un totale di 615 persone). Utilizzando poi i dati di costo complessivo per il perio-

do di sopravvivenza (life-time cost) previsti per i prossimi anni e stimato in circa 170.000.000 (21) è poi possibile stimare il costo complessivo per l'intera popolazione considerata. Il costo complessivo che graverà sul Servizio sanitario nazionale per i pazienti emofilici infettati da HIV sarà di circa 104.000.000.000.

Per ottenere una stima completa dell'impatto del virus HIV a questi costi vanno aggiunti i costi indiretti complessivi. Attualmente in Italia non sono disponibili dati sufficienti a derivare una stima significativa per la popolazione emofilica.

La valutazione dell'impatto economico dell'impiego di FVIII ricombinante, deve essere correlata agli attuali livelli di sicurezza dei prodotti emoderivati.

Non va però trascurato il fatto che l'utilizzo di pdFVIII, benché inattivato ai virus conosciuti, possa essere sempre soggetto alla trasmissione di virus non ancora conosciuti e di effetti non prevedibili. Tale rischio verrebbe invece totalmente eliminato con FVIII prodotto con tecnologia ricombinante.

Per ciò che concerne invece i costi ortopedici non è possibile, con i dati disponibili, ricostruire dati attendibili di costo medio. Una prima motivazione dipende dall'elevata variabilità di evoluzione delle artropatie degli emofilici: questo sia in termini di stato oggettivo delle articolazioni che di funzionalità. Non vi sono inoltre chiare correlazioni tra la funzionalità articolare e lo stato radiologico rilevato.

D'altra parte non sono ancora stati messi a punto protocolli generalmente condivisi di trattamento delle patologie ortopediche: sia dal punto di vista delle strategie da privilegiare (interventi chirurgici, utilizzo di protesi etc.) che di rilevazione sistematica

delle caratteristiche ortopediche dei malati.

La mancanza di protocolli consolidati, unitamente alla problematicità del trattamento dei malati emofilici in ambito ospedaliero ha fatto sì che la gestione delle problematiche ortopediche si sia articolata in maniera differenziata nei diversi ambiti territoriali anche in relazione alle strutture effettivamente disponibili sul territorio.

Per costi indiretti (22) si intendono i costi non sanitari collegati alla patologia, in primo luogo i costi legati alla perdita di giornate di lavoro.

Le giornate di lavoro perse si ricollegano principalmente a due tipi di fenomeni: visite periodiche di controllo e gli episodi emorragici.

Le visite periodiche di controllo possono essere stimate in un numero annuo pari a 2 (1 ogni semestre) per pazienti sieronegativi al virus HIV ed a 4 (1 ogni trimestre) per pazienti sieropositivi.

Il controllo periodico viene svolto in regime di day hospital presso i centri specializzati che provvedono ad organizzare le diverse visite e prelievi nell'arco di un'unica giornata.

Per quanto riguarda la perdita di giornate di lavoro derivante dall'invalidità temporanea a svolgere la propria attività professionale collegata agli episodi emorragici si possono identificare due tipi di problemi: le giornate di riposo teoricamente necessarie per assorbire al meglio le conseguenze degli episodi e le giornate di lavoro effettivamente perse. I due dati tendono a divergere in quanto, consci della natura permanente della malattia, i pazienti non sempre scelgono di assentarsi dal lavoro per evitare conseguenze economiche o professionali all'interno delle aziende in cui sono assunti, o in maniera ancor più accentuata nel caso di lavoratori autonomi.

Ciononostante al dato economico vanno quindi associate considerazioni che devono comunque essere tenute in considerazione nella valutazione dell'impatto di strategie alternative al trattamento con FVIII emoderivato.

Il numero di giornate lavorative perse dovute agli episodi emorragici è molto variabile nell'ambito della popolazione emofilica e dipendono dalla tempestività con cui i pazienti sono in grado di autoinfondersi il FVIII e da fattori di tipo sociale tendenti a ridurre forzatamente il periodo di riposo effettivo rispetto a quello consigliato clinicamente.

Lo schema riportato nella pagina successiva sintetizza le diverse tipologie di costi ne evidenzia quelli che sono in relazione con l'utilizzo di Fattore VIII ricombinante.

Alcune componenti di costo per un paziente medio con patologia di tipo grave è stato stimato in relazione ad un range di episodi emorragici variabile da 24 a 52 all'anno. I valori sono espressi nella tabella 8.

## 5. Le prospettive per il futuro

La sconfitta definitiva dell'emofilia potrà venire probabilmente solo grazie alla terapia genica: fino ad ora non sembra però che tale opportunità sarà disponibile nel medio termine. Il Fattore VIII infuso sarà quindi ancora per molto tempo la base del trattamento degli emofilici. Ciò che sicuramente verrà a modificarsi è l'approccio alla malattia: le tendenze già in atto in molti paesi suggeriscono un impiego di FVIII con finalità preventive.

In alcuni paesi infatti si sta da anni praticando la continua (23, 24).

Lo scopo di questa pratica è di garantire, tramite infusioni a frequenza bi o tri-settimanale, il mantenimento

**Tabella 7 - Tipologia di costi**

Costi	dovuti a	commisurati a	
Sanitari	Check up periodici	Frequenza dei controlli. Situazione generale del paziente (condizioni generali, HIV+, HCV+ etc.)	
	Trattamento con FVIII	Gravità e frequenza degli episodi emorragici	← rFVIII
	Eventuali esami, terapie ospedaliere e non, a seguito di episodi emorragici	Gravità e frequenza degli episodi emorragici	
	Trattamento patologie virali indotte (Epatiti, AIDS, etc.)	Sicurezza virale dei prodotti assunti. Tipologia di virus. Rafforzamento dei virus esistenti. Nascita e diffusione di nuovi virus	← rFVIII
	Costi ortopedici (trattamento infiammazioni croniche e disabilità), interventi, protesi	Situazione ortopedica. Tempestività e adeguatezza dei trattamenti. Velocità di cronicizzazione delle infiammazioni	← rFVIII
Indiretti	Reddito non prodotto per perdite di tempo lavorativo dovuto a controlli	Frequenza dei controlli. Situazione generale del paziente (condizioni generali, HIV+, HCV+ etc.)	
	Reddito non prodotto per perdite di tempo lavorativo dovuto a inabilità temporanea a seguito di episodi emorragici	Gravità e frequenza degli episodi emorragici	← rFVIII
	Reddito non prodotto per eventuale invalidità crescente alle attività produttive	Situazione ortopedica. Tempestività e adeguatezza dei trattamenti. Velocità di cronicizzazione delle infiammazioni	← rFVIII
Qualità della vita	Vita «a rischio» (emorragie letali e maggior frequenza di patologie virali)	Sicurezza virale del FVIII utilizzato. Gravità delle malattie a rischio	← rFVIII
	Paura a trattarsi con pdFVIII che induce trattamenti poco tempestivi che possono comportare aggravamento della patologia	Sicurezza virale del FVIII utilizzato. Gravità delle malattie a rischio	← rFVIII
	Stile di vita influenzato dal rischio derivante dal trattamento (scarsa propensione a svolgere attività che comportano anche piccoli trattamenti preventivi)	Sicurezza virale del FVIII utilizzato. Gravità delle malattie a rischio	← rFVIII

**Tabella 8 - Stima di alcune componenti di costo per un paziente con patologia grave**

	Minimo	Massimo
Costi per FVIII .....	119.795.760	259.557.480
Costi terapia riabilitativa .....	1.160.960	1.208.747
Costi per check up periodici .....	1.025.325	1.025.325
Costi indiretti .....	2.530.054	5.179.722
<b>Totale.....</b>	<b>124.512.099</b>	<b>266.971.274</b>

di livelli minimi di FVIII (>1%) nell'intento di prevenire l'insorgenza di episodi emorragici. Il beneficio principale, è l'eliminazione quasi completa degli episodi emorragici spontanei, con il conseguente annullamento dei danni a livello articolare e l'eliminazione del ripetersi di episodi emorragici a livello delle «articolazioni bersaglio».

La pratica consente quindi di eliminare tutti i costi ortopedici ed è convinzione diffusa che, almeno per alcune categorie di pazienti (coloro che mostrano frequenze di episodi emorragici elevate), il consumo complessivo di FVIII sia minore della terapia «on demand» (25).

La prudenza ad adottare il modello di trattamento basato sulla profilassi generalizzata è riconducibile a tre motivazioni:

1) pur migliorando significativamente le condizioni dei malati, in passato era elevata la possibilità di diffusione di virus dato l'elevato consumo di FVIII. Rispetto a ciò il Fattore VIII ricombinante promette di essere la soluzione definitiva;

2) il trattamento profilattico necessità di quantità elevate di FVIII. Da una parte non sono ancora disponibili analisi economiche che comparino i costi aggiuntivi nel breve periodo del maggior consumo di FVIII con i risparmi economici dovuti ai minori costi sanitari e al miglioramento delle condizioni dei malati. Dall'altra la disponibilità di FVIII emoderivato necessaria alla profilassi continua non è riscontrabile in tutti i paesi: a riguardo si rimanda alle considerazioni sul deficit di plasma dell'Italia e dell'Europa. Anche rispetto a questo problema il FVIII ricombinante promette, nel lungo periodo, di essere una risposta alla limitatezza del FVIII emoderivato;

3) la profilassi per poter annullare l'insorgenza di artropatie deve es-

sere iniziata molto precocemente, prima che sorgano i primi episodi emorragici che attivano il progressivo danneggiamento delle articolazioni. Ciò comporta l'immissione in regime di profilassi tutti i malati con attività di FVIII che risulta inferiore ai livelli minimi. Allo stato attuale è quindi inevitabile l'inserimento nel trattamento profilattico di pazienti che non ne avrebbero necessità in quanto la tendenza al sanguinamento frequente, come pure gli effetti delle emorragie sulle articolazioni, non risultano finora prevedibili in funzioni di caratteristiche fenotipiche o ematologiche.

## 6. Conclusioni

Il Fattore VIII ricombinante può apportare notevoli miglioramenti nel trattamento complessivo dell'Emofilia.

Le caratteristiche peculiari del concentrato ricombinante consentono di implementare modelli di trattamento che garantiscono:

— eliminazione del rischio virale connesso all'utilizzo di sangue infetto nella produzione del concentrato;

— conseguente aumento della prognosi, dei pazienti e dei medici, ad impiegare dosaggi adeguati nel trattamento della patologia;

— maggior efficacia clinica del trattamento complessivo rispetto alle degenerazioni articolari, causa principale delle inabilità dei pazienti emofiliaci, sulla base di trattamenti standard con quantità maggiori di FVIII (trattamento di profilassi mirata o continua) oggi non praticate;

— maggiori possibilità nel trattamento dello sviluppo di inibitori specifici al FVIII plasmaderivato;

— eliminazione del «costo psicologico» dovuto all'utilizzo di farmaci a rischio potenziale ineliminabile;

— miglioramento della qualità della vita derivante dall'utilizzo preventivo di FVIII adeguato (utilizzo che era stato abbandonato a seguito della diffusione dell'AIDS) che consente attività fisiche e sociali altrimenti abbandonate;

— miglioramento della qualità della vita conseguente alle migliori condizioni generali che un diverso utilizzo qualitativo del FVIII garantisce;

— svincolamento dei modelli di trattamento dalle necessità di sangue, con conseguente miglioramento del deficit di sangue di cui l'Italia e l'Europa in generale soffrono.

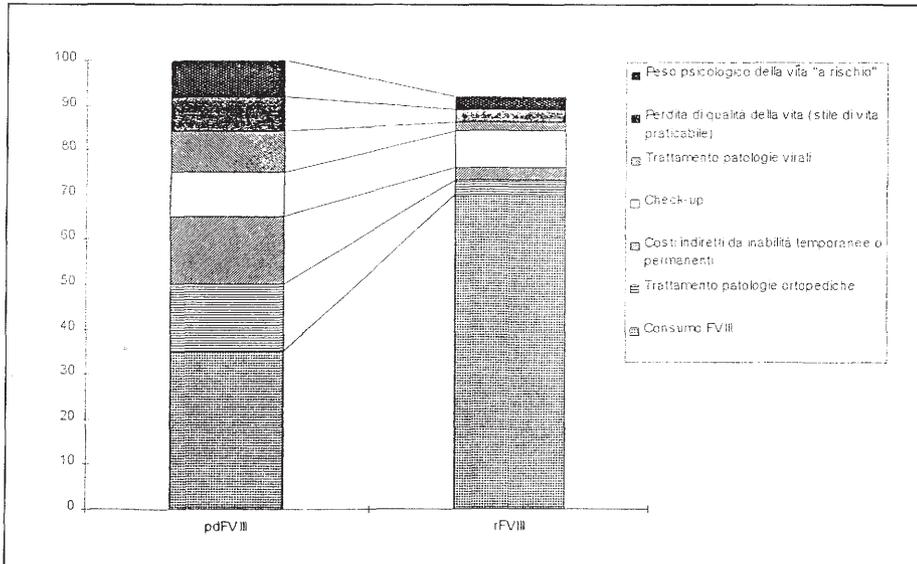
La valutazione economica dell'introduzione del rFVIII deve quindi porsi più correttamente come valutazione economica del modello di trattamento che prevede l'utilizzo del fattore ricombinante rispetto al modello di trattamento che prevede l'utilizzo di FVIII emoderivato.

Una valutazione economica definitiva presuppone quindi un modello condiviso e consolidato di gestione della patologia, non solo per ciò che riguarda i protocolli di infusione del fattore, ma anche la gestione delle patologie associate all'emofilia ed in particolare (per la rilevanza economica del fenomeno) la degenerazione articolare può accompagnare gli episodi emorragici.

Allo stato attuale inoltre alcune componenti di costo, quali i costi ortopedici, non sono ricostruibili per mancanza di rilevazioni sistematiche e differenze anche significative negli orientamenti clinici rispetto ad analoghe situazioni patologiche.

Gli elementi di tipo qualitativo inoltre (qualità della vita), essendo componente significativa dell'analisi, impongono metodologie di valutazione economica che includano tale dimensione qualitativa, quali le analisi costi utilità.

**Figura 4 - Possibile evoluzione delle componenti di confronto di natura economica a seguito dell'adozione di un modello di trattamento dell'emofilia A basato su utilizzo tempestivo e preventivo di rFVIII**



(1) Antonarakis SE, Yussoufian H, Kazazian HH Jr. Molecular genetics of hemophilia A in man (factor VIII deficiency). *Mol Biol Med* 1987; 4:81-94.

(2) Ghirardini A, Schinaia N, Chiarotti F, Greco D. Registro nazionale delle coagulopatie congenite in Italia. Rapporto 1990. Istituto Superiore della Sanità 1991.

(3) I dati del Registro Nazionale delle coagulopatie si riferiscono, ove null'altro venga specificato, al Rapporto 1990, già pubblicato e, ove ci si riferisca ai dati relativi alla fine del 1993, ai dati aggiornati, relativi al rapporto Istituto Superiore della Sanità in corso di pubblicazione.

(4) Biggs R, ed. The treatment of hemophilia A and B and von Willebrand disease. Oxford: Blackwell Scientific Publication, 1978:25. Rizza CR, Spooner RJD. Treatment of hemophilia and related disorders in Britain and Northern Ireland during 1976-1980: report on behalf of the directors of hemophilia centres in the United Kingdom. *Br Med J* 1983; 286:929:33.

(5) Smith, P.S.; Levine, P.H.: The benefits of comprehensive care of Hemophilia A: A five year study of outcomes. *Am. J. Public Health* 74:616-617 (1984).

(6) Ikkala, E.; Helske, T.; Myllyla, G. et al. Changes in life expectancy of patients with hemophilia A in Finland in 1930-79. *Br. J. Haematol.* 52:7-12 (1982).

(7) Tra gli studi più recenti sul tema vedasi Bagnolesi P et al., Atropatia emofilica: ecografia e radiologia. *Radiol Med (Torino)* 1993

Jan-Feb; 85:28-33, Skliarenko ET et al., The prevention of hemophilic arthropathy. *Klin Khir* 1991; (12):31-3. Ambriz-Fernandez R et al. Hemophilic arthropathy. The therapeutic approaches in the clinical picture of hemophilia, *Gac Med Mex* 1991 May-Jun; 127(3):233-9.

(8) Vejar G.A., Keyt B., Eaton D., Rodriguez H. et al., Structure of human Factor VIII, *Nature*, Nov. 1984, 312-322. Toole J.J., Knopf J.L., Wozney J.M., Sultzman L.A. et al. Molecular cloning of a cDNA encoding human antihemophilic factor, *Nature*, Nov. 1984, 312-322.

(9) Lusher M et al. Recombinant factor VIII for the treatment of previously untreated patients with hemophilia A - Safety, Efficacy, and development of inhibitors. *N Engl J Med* 1993; 328:453-459.

(10) Schwartz R.S. Abildgaard C.F. Aledort L.M. et al. and the Recombinant Factor VIII Study Group, Human recombinant DNA-derived antihemophilic factor (Factor VIII) in the treatment of hemophilia A, *N Engl J Med* 1990; 323:1800-5.

(11) Azzi A, Ciappi S, Zakvrzewska, Morfini M, Mariani G, Mannucci PM. Human Parvovirus B19 infection in hemophiliacs first infused with two high purity, virally attenuated Factor VIII concentrates. *American Journal of Hematology* 1992; 39:229-230.

(12) Mannucci P.M., Schimpf K, Brettler D.B., Ciavarella N., Colombo M., Haschke F., Lechner K., Lusher J., Weissbach G., and the International Study Group, Low risk for hepa-

titis C in hemophiliacs given a high purity, pasteurized factor VIII concentrate. *Ann Intern Med* 113:27-32,1990.

(13) L'efficacia del trattamento dipende soprattutto dalla tempestività dello stesso: i pazienti percepiscono un episodio emorragico (in particolare quelli articolari) prima che questo si manifesti esteriormente e sia rilevabile oggettivamente. L'utilità del trattamento è maggiore quanto prima l'emorragia venga anticipata e sia interrotta prima che produca danni anche permanenti.

(14) Drummond M.F., Stoddart G.L. Torrance G.W., Metodi per la valutazione dei programmi sanitari, Franco Angeli, Milano, 1993.

(15) Vi è un trade-off tra sicurezza del prodotto ed efficienza del processo produttivo del preparato. I processi di inattivazione necessariamente distruggono parte del FVIII presente e maggiore è l'efficacia (ad esempio utilizzando temperature molto elevate) e minore è il contenuto di U.I. di FVIII che ogni litro di plasma garantisce.

(16) Consiglio d'Europa, The collection and use of human blood and plasma in Europe, a cura di W.G. van Aken, Concil of Europe Press, 1993.

(17) Cfr. The impact of a very high purity factor VIII concentrate on the immune system of human immunodeficiency virus-infected hemophiliacs: a randomized, prospective, two-year comparison with an intermediate purity concentrate. De Biasi R., Rocino A., Miraglia M., Mastrullo L., Quirino A.A., *Blood*, Vol 78 n. 8, 1991:1919-1922.

(18) Szumuness W, Stevens CE, Harley EJ et al. Hepatitis B vaccine in medical staff of hemodialysis units - Efficacy and subtype cross protection. *N Engl J Med* 1982; 307:1481-86.

(19) Hadler S, Francis DP, Maynard JE et al. Long term immunogenicity and efficacy of hepatitis B vaccine in homosexual men. *N Engl J Med* 1986; 315:209-14.

(20) Centers for Disease Control: Pneumocystis carinii pneumonia among persons with hemophilia A. *MMWR* 31:365-367 (1982).

(21) Hellinger F.J., Forecast of the costs of medical care for persons with HIV: 1992-1995. *Inquiry*, 29:356-365 (Fall 1992).

(22) Drummond M.F. et al. Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari. Ed. It. a cura di V. Ghetti, Milano, Franco Angeli 1993.

(23) Seguendo l'approccio di Aledort M.L., Experience with prophylactic treatment in the USA. Clinical Benefits; a multicentre view, Round Table series, n. 25, 1991, vi sono tre tipologie di profilassi: la profilassi occasionale, ge-

neralmente praticata in presenza di articolazioni bersaglio, la profilassi programmata, quando vengono previsti dal medico lunghi periodi di infusioni periodiche per specifici motivi (ad esempio uno o due mesi di terapia post operatoria), ed infine la profilassi continua che consiste

nella terapia per 52 settimane l'anno con due o tre infusioni a settimana. Questo paragrafo si riferisce a quest'ultimo tipo di profilassi.

(24) Nilsson I.M., Berntorp E., Löfqvist T, Pettersson H., Twenty-five years' experience of prophylactic treatment in severe haemophi-

lia A and B, *Journal of Internal Medicine* 1992; 232:25-32.

(25) Petrini P et al. Prophylaxis with Factor concentrates in preventing hemophilic arthropaty, *The American Journal of Pediatric Hematology/Oncology* 13(3):280-287, 1991.

# STRATEGIA E PIANIFICAZIONE STRATEGICA NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: UNA INTRODUZIONE

di Mario Del Vecchio

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

SOMMARIO: 1. I diversi approcci - 2. Applicabilità del concetto di strategia alle Asp - 3. La strategia nelle Asp: uno schema di riferimento.

*Public administration and health care in particular, are relatively new sectors for strategic concepts compared with their large diffusion in market environment. The article summarises basic strategic concepts through a short literature review, then discusses possibilities and potentiality of strategic approaches in health care public sector, underlining the need of specific adjustments. The last part presents a model for the application of strategic planning in this sector.*

Attorno al concetto di strategia e ai temi ad esso legati si è venuta sviluppando negli ultimi decenni molta della letteratura riguardante il funzionamento delle imprese. Si tratta di una area vastissima di cui è difficile oggi tracciare gli effettivi confini e che ha, da una parte consentito notevoli progressi sul fronte della riflessione teorica, e dall'altra inciso notevolmente sui comportamenti delle imprese. Il fatto che il tema sia da alcuni decenni (a partire dall'inizio degli anni sessanta) al centro della riflessione degli studiosi di management è facilmente comprensibile se si pensa al ruolo unificante che la strategia ha rispetto alle politiche delle singole funzioni aziendali, al suo investire in termini globali l'insieme delle relazioni tra impresa e ambiente, all'attenzione privilegiata che essa pone alle condizioni di sopravvivenza e sviluppo nel tempo dell'impresa (prime fra tutte la coerenza dei diversi sottosistemi aziendali tra loro e dell'insieme di questi rispetto alle condizioni di ambiente) (1). Lo stesso sviluppo non ha avuto il tema nel campo della pubblica amministra-

zione in generale e in quello della sanità in particolare, soprattutto nel nostro paese. Si tratta di un ritardo, che peraltro si sta rapidamente colmando, largamente giustificato dalla necessità di adattare e forse reinterpretare il concetto di strategia rispetto alle peculiarità delle aziende pubbliche. In ogni caso è ormai evidente che queste, sia sul piano concettuale che dei concreti comportamenti, hanno problemi comparabili a quelli delle imprese nel garantirsi le condizioni di sopravvivenza e sviluppo e che quindi possono largamente beneficiare dell'approccio strategico. Scopo dell'articolo è quello di fornire al lettore una prima introduzione ai concetti relativi alla strategia e di individuare i temi critici per l'applicazione di tali concetti alle aziende sanitarie pubbliche (Asp), intendendo essenzialmente con tale dizione le aziende Usl e gli ospedali azienda.

## 1. I diversi approcci

Poiché non è possibile tentare anche solo una sintesi dell'argomento, prima di affrontare il tema specifico

della strategia nelle Asp, ci limiteremo a fornire solo alcuni elementi di base che possano consentire un primissimo orientamento sulla strategia.

Strategia è un termine che deriva dal mondo militare dove viene utilizzato per riferirsi all'obiettivo generale di vincere la guerra e si oppone normalmente al concetto di tattica relativo all'obiettivo di livello inferiore di vincere una particolare battaglia. Esso appare di evidente rilevanza per le aziende che operano in un mercato col suo spostare l'attenzione dai problemi immediati a una prospettiva che pone la necessità di manifestare una propria superiorità rispetto all'ambiente esterno in orizzonti temporali di più ampio respiro. Accanto ai processi ordinari di gestione corrente dell'azienda emerge così la necessità di affrontare con varia periodicità le ragioni fondamentali dell'esistenza dell'azienda, che cosa stia cercando di fare, dove essa stia andando.

Per situare il concetto di strategia in una prospettiva evolutiva è opportuno partire dalla considerazione che la frequenza con la quale tali questioni, che

rappresentano l'oggetto privilegiato della prospettiva strategica, vengono affrontate, e in definitiva la loro importanza, risulta strettamente collegata alle condizioni di variabilità e incertezza ambientale. Diviene quindi comprensibile come il problema del governo della «direzione di marcia» sia stato nel tempo affrontato con strumenti diversi. Superata la fase in cui il controllo risultava essenzialmente affidato a strumenti di breve periodo come il budget, è emersa la necessità di meglio definire e governare gli stati futuri dell'azienda e tale compito, distinto dalla gestione corrente, è stato affidato ai sistemi di pianificazione di lungo periodo (long range planning). La caratteristica di tali sistemi è quella di considerare esplicitamente nel processo decisionale le relazioni intertemporali, ma le previsioni utilizzate rimangono, ancora, sostanzialmente delle proiezioni nel futuro degli stati presenti. Ciò non ha rappresentato una grave limitazione fintanto che l'ambiente è stato caratterizzato, come è avvenuto negli anni '50, da alti tassi di crescita del mercato, tendenze stabili e prevedibili, imprese scarsamente differenziate e livelli di competizione tra le imprese stesse relativamente bassi. Quando queste condizioni sono venute meno, e l'ambiente ha mostrato sempre più spesso modificazioni repentine e radicali, le semplici proiezioni non sono più risultate affidabili.

L'approccio strategico, adottato per fronteggiare la crescita della turbolenza ambientale, ha mostrato anch'esso un certo percorso evolutivo. In estrema sintesi, è possibile identificare tre differenti fasi (2): quella del «business strategic planning», quella del «corporate strategic planning» e quella dello «strategic management». Tutte e tre le forme di approccio strategico hanno in comune il fatto di identificare la missione specifica dell'azienda, di operare una qualche forma di

analisi dell'ambiente interno ed esterno, di specificare un insieme di obiettivi e di produrre un piano strategico atto a raggiungere tali obiettivi (si veda la successiva figura 1). Mentre i primi due approcci menzionati si situano in uno stretto continuum e le differenze vanno rintracciate soprattutto nel livello rispetto al quale opera la strategia (di singola area d'affari o di azienda nel suo complesso) (3), l'impostazione dello strategic management, fin dal suo apparire all'inizio degli anni '80, se ne distacca in maniera consistente. Il punto di partenza è rappresentato da alcuni limiti mostrati dai precedenti approcci e segnatamente: l'eccessiva attenzione prestata all'analisi rispetto a quella posta sull'ottenimento dei risultati (paralisi da analisi), l'inerzia e resistenza organizzativa che i piani strategici non riescono a superare, la necessità di un costante supporto dell'alta direzione pena un decadimento dell'intero processo. Ciò che viene mutato è il focus, che passa dalla produzione di ottime decisioni strategiche alla produzione di ottimi risultati strategici (penetrazione in nuovi mercati, innovazioni di prodotto, ecc.). Tali risultati possono essere raggiunti solo attraverso una stretta integrazione dei sistemi di pianificazione con tutti gli altri sistemi e condizioni che influenzano la vita dell'azienda, come la struttura organizzativa, i sistemi amministrativi, le competenze manageriali; il tutto al fine di assicurare uno stretto collegamento tra pianificazione strategica e decisioni operative. In questo diffondersi dei temi strategici da funzioni specializzate attribuite a specifiche strutture di staff a tutte le operazioni e decisioni a qualsiasi livello, una attenzione particolare viene prestata al fattore umano, centrale per una efficace implementazione della strategia, e quindi alla «cultura aziendale» che orienta i comportamenti delle persone nell'organizzazione.

Se si abbandona l'approccio evolutivo appena delineato, ulteriori elementi di comprensione possono provenire da una analisi dei possibili significati attribuibili al termine strategia. Duncan, Ginter e Swayne (1995) ne individuano almeno tre e osservano che il tema centrale che lega i tre significati è quello della coerenza (consistency). In un primo significato, la strategia può essere vista come un disegno che emerge in un flusso di decisioni che concernono il posizionamento dell'azienda rispetto all'ambiente. In altre parole quando una sequenza di decisioni che collega l'azienda all'ambiente mostra una coerenza logica nel tempo, allora si è in presenza di una strategia. Una seconda accezione privilegia l'aspetto del comportamento dell'azienda. In tale visione, il comportamento strategico è «stretto» tra l'insieme delle forze esterne (ciò che l'azienda dovrebbe fare) e le capacità interne (ciò che l'azienda può fare), un insieme di valori e di finalità (ciò che l'azienda vuole fare) guida la coerenza dei comportamenti. Una strategia è formata quando il management considera tutte queste forze ed è in grado di sviluppare una serie di decisioni di fondo coerenti. La strategia può essere, infine, considerata come un insieme di linee guida o un piano in grado di assicurare una coerenza nel tempo del processo decisionale. Si tratta, in altre parole, dello strumento attraverso il quale l'azienda governa la transizione dal suo profilo attuale a uno stato desiderato nel futuro (visione).

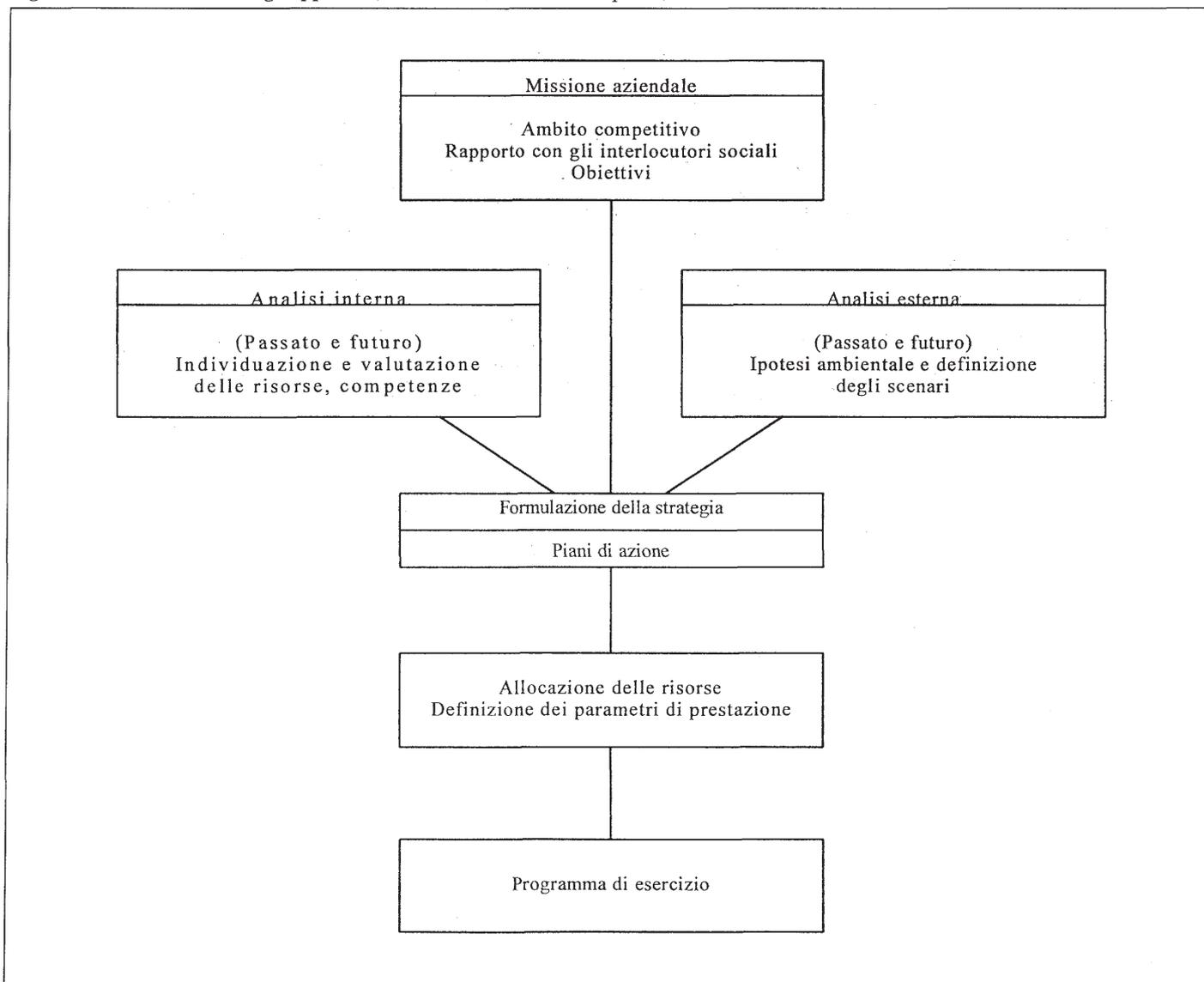
Qualunque sia il significato assunto o l'enfasi che si pone su aspetti diversi (decisioni, comportamenti effettivi, pianificazione), è importante chiedersi attraverso quali meccanismi sia possibile assicurare quella caratteristica di coerenza che definisce la strategia. Anche in questo caso sono possibili molteplici risposte, alle quali corri-

spondono vere e proprie differenti scuole di pensiero. Una classificazione che pur nella sua semplicità può risultare utile è quella che distingue tra: approcci basati sull'imprenditorialità o sulla visione, approcci basati sulle caratteristiche dei processi decisionali, approcci analitico-razionali (4). Nell'approccio imprenditoriale la strategia viene definita in maniera implicita da un leader senza o con scarso supporto di processi formalizzati. Si

tratta di un imprenditore in senso lato che sulla base del proprio «istinto» riesce ad avere e comunicare una visione forte del futuro dell'azienda, e questa informa in maniera coerente l'insieme delle decisioni e dei comportamenti (5). Il secondo approccio non è specificamente correlato alla strategia in quanto si basa sull'analisi dei processi decisionali in generale, i quali però possono avere come oggetto proprio la strategia. Gli autori che si

inseriscono in tale filone dei processi di formulazione della strategia sottolineano elementi quali: gli aspetti cognitivi degli attori coinvolti, i processi di apprendimento organizzativo, la distribuzione del potere decisionale tra i diversi attori. Il fenomeno sotto osservazione è quello di decisori diversi con obiettivi contrastanti che negoziano tra di loro e producono un insieme di decisioni. È possibile, sotto alcune condizioni, che da tale insieme di de-

Figura 1 - Elementi comuni agli approcci (Airodi, Coda, Brunetti 1994 p. 433)



cisioni (incrementali, scollegate) emerga un disegno coerente, ma è molto più probabile che il risultato sia una perdita di una chiara direzione di marcia. Elemento comune degli approcci analitico-razionali è che la strategia possa essere pianificata ovvero che sia il risultato di un processo deliberato e razionale, attraverso il quale il management dopo aver analizzato l'ambiente può assumere le decisioni circa il posizionamento dell'impresa. Alcune enfasi sono differenti, si possono quindi identificare gruppi di autori che si concentrano sui processi di formulazione delle strategie (ricerca degli elementi di coerenza tra interno ed esterno, utilizzo di tecniche specifiche), altri che privilegiano i contenuti della strategia (scelte di portafoglio tramite matrici, tipi definiti di strategie adottabili), altri ancora che mettono in primo piano la prospettiva dei sistemi operativi ovvero dei meccanismi che facilitano il processo di formulazione delle strategie.

Alcune ultime notazioni di carattere generale riguardano la natura e i livelli delle decisioni strategiche. Per quanto riguarda la natura, onde evitare una inutile «strategizzazione» di tutte le decisioni che possono essere rilevanti per la vita dell'azienda, è opportuno circoscrivere il concetto di decisione strategica. È difficile non condividere l'opinione di Canziani (1988) secondo cui «Le imprese definiscono *ex ante* i propri stati futuri, isolando una (o limitate) possibilità in un più vasto novero di potenzialità: questo è l'oggetto delle decisioni strategiche, le quali costituiscono le linee direttrici dell'attività successiva». Una traduzione in termini più pragmatici dello stesso concetto potrebbe assumere come elementi discriminanti da soddisfare contemporaneamente il fatto che la decisione:

a) sia diretta a definire l'insieme delle relazioni che legano l'impresa al proprio ambiente di riferimento;

b) incida in maniera diretta o indiretta su tutte le aree di funzionamento dell'azienda (estensione e pervasività delle conseguenze);

c) imponga una direzione definita o vincoli rilevanti sull'insieme delle attività poste in essere;

d) sia cruciale per il successo dell'azienda (raggiungimento delle finalità in un certo ambiente).

La strategia, quando articolata in sistema di scelte, può essere distinta a seconda dei livelli rispetto ai quali si applica. Un primo livello rilevante è quello dell'impresa nel suo insieme (strategia sovraordinata e orizzontale o «corporate» nella terminologia anglosassone). A questo livello lo sforzo principale è quello di ricondurre a unità l'operare di quell'insieme vario di unità organizzative, spesso dotate di elevati gradi di autonomia, che costituiscono l'azienda. Molte imprese, infatti, si trovano a operare su mercati diversi con prodotti diversi ed è necessario definire, da una parte in quali aree strategiche di affari (ASA) (6) si intende competere (selezione di portafoglio), e dall'altra le politiche comuni a tutte le ASA e le modalità di sfruttamento delle possibili sinergie (es. la filosofia organizzativa e gestionale dell'intera impresa). A livello di ASA la strategia definisce come l'impresa intende competere in uno specifico mercato ovvero come intende posizionarsi rispetto ai concorrenti e quali siano i propri vantaggi competitivi. Un ultimo livello è quello funzionale o operativo che riguarda le strategie relative alle diverse funzioni (es. marketing, produzione, acquisti...). Queste vengono definite in relazione alle strategie competitive (a livello di ASA) e alla necessità di coordinamento intra e interfunzionale a livello di impresa.

## 2. Applicabilità del concetto di strategia alle Asp

Dopo aver sintetizzato alcuni dei temi chiave sui quali si è sviluppata la riflessione degli autori che si sono occupati di strategia con prevalente riferimento al mondo delle imprese, è necessario chiedersi se la prospettiva delineata è applicabile alle Asp, se può risultare di qualche utilità e a quali condizioni.

Riflettere sull'applicabilità del concetto di strategia alle Asp, significa sostanzialmente domandarsi se per una azienda pubblica, come una Usl o un ospedale azienda esista uno spazio di discrezionalità e azione sufficiente a operare scelte che possano qualificarsi come strategiche. La tesi di fondo che si vuole qui sinteticamente sostenere è che tale spazio, opportunamente qualificato in relazione al contesto pubblico, esista e sia stato utilizzato, anche se una rappresentazione concettuale errata delle condizioni di funzionamento delle Asp, peraltro largamente diffusa, tende a negare tale possibilità (7). La rappresentazione concettuale errata si concretizza nell'idea secondo cui, una volta definita una certa gerarchia di responsabilità dell'operatore pubblico sul funzionamento complessivo del sistema sanitario, le decisioni (politiche) sovraordinate vengono «trasferite» (indirizzi, piani, programmi, regole...) ai livelli subordinati del sistema (Asp), il cui unico compito è la traduzione operativa di tali decisioni a livello locale e/o settoriale. Questa visione non solo nega la possibilità di operare autonomamente scelte rilevanti per il futuro dell'azienda, ma spesso rifiuta anche di riconoscere uno spazio di autonomia della gestione corrente, sottolineando come le indicazioni normative determinino esattamente cosa debba essere fatto.

In una visione alternativa non si tratta di negare che l'insieme degli

istituti pubblici opera in un contesto fortemente normato, ma di sottolineare come in tale ambiente esiste un'ampia area di discrezionalità decisionale di tipo strategico. Le regole, i vincoli, le indicazioni finalistiche che orientano l'attività di ogni istituto e si concretizzano in normative formali (leggi e regolamenti), in piani e programmi, in atti amministrativi che esprimono vari aspetti dei rapporti interistituzionali, rappresentano una «traccia» o «schema» istituzionale di riferimento che pone per lo più obblighi e vincoli da rispettare e rispetto al quale ogni azienda esprime dinamiche proprie (Rebora, Meneguzzo 1990, pp. 3, 4) (8). In questa costruzione è da sottolineare come per le Asp le relazioni interistituzionali, e segnatamente quelle con la regione, giochino un ruolo del tutto particolare. Infatti la traccia istituzionale è quasi interamente definita dall'attore regione e lo stesso attore e i suoi comportamenti possono essere alternativamente visti come fonte di finalismi o mere condizioni di ambiente che influenzano comportamenti autonomamente determinati. In altre parole, per gli organi di governo delle Asp si pone spesso il problema se certe prescrizioni (variamente formalizzate) siano, e fino a che punto, da considerarsi come espressive delle finalità istituzionali (si tratta di indicazioni che provengono dalla «proprietà») ovvero rappresentino vincoli ed opportunità con scarsa influenza sui finalismi perseguiti.

La distinzione è sottile, ma spesso decisiva in termini di scelte concrete e di ampiezza del raggio di azione utilizzabile per l'azienda. Si immagini una certa normativa sull'area delle tossicodipendenze cui sia collegata l'attribuzione di alcune risorse (es. unità di personale). Nel primo caso si cercherà di utilizzare al meglio le risorse limitando la ricerca dell'impiego alla sola area delle tossicodipen-

denze, nel secondo caso, se esistono spazi normativi e procedurali e al fine di rispondere alle più complessive esigenze di tutela della salute della popolazione, sarà lecito cercare di «forzare» il provvedimento e dirottare le risorse su altre aree di intervento.

Le valutazioni fin qui espresse in termini di interpretazioni circa l'esistenza di uno spazio strategico per le Asp possono trovare elementi di conferma quando si prendano in considerazione i concreti comportamenti mostrati dalle Usl. Una prima osservazione è che all'interno dei diversi sistemi sanitari regionali è spesso possibile, seppure con un certo grado di discrezionalità, identificare Asp che hanno seguito sentieri evolutivi e di sviluppo e Asp che hanno subito un progressivo impoverimento delle loro capacità di rispondere positivamente alle sfide dell'ambiente. Si tratta ad esempio di avere una certa cultura organizzativa, di avere un certo profilo di offerta, di aver privilegiato un settore piuttosto che un altro, di avere degli ottimi supporti amministrativi o un invidiabile sistema informativo. Anche assumendo che il relativo successo o insuccesso non sia stato il frutto di comportamenti governati *ex ante* (scelte pianificate e attuate), è importante osservare che se *ex post* sono rintracciabili esiti profondamente diversi sul piano dei risultati complessivi, è ragionevole ipotizzare che una parte dei fattori che hanno condotto una Asp su un sentiero piuttosto che un altro avrebbe potuto essere governata dall'azienda stessa (si pensi ai possibili interventi sui fattori precedentemente citati). Sempre sulla stessa linea di ragionamento, va poi rilevato che la maggior parte delle decisioni a rilevanza strategica, formalmente attribuite alla regione come livello istituzionale sovraordinato (es. apertura di un nuovo reparto, radicale potenziamento di una certa area di attività) e quindi considerate come

esterne rispetto alla capacità di intervento dell'azienda, sono in realtà il frutto di una intensa attività di negoziazione interistituzionale (pressioni esercitate sul sistema politico, rapporti tra funzionari...). Da questo punto di vista è stata la debole capacità di governo strategico a livello regionale che ha ampliato a dismisura le potenzialità strategiche delle Asp. La considerazione che queste non siano state poi in grado di gestire tale spazio potenziale e che le scelte strategiche siano state nei fatti spesso lasciate alla imprenditorialità e al potere organizzativo esercitato da singole unità, nulla toglie alla sostanza del ragionamento (9).

Una ultima notazione sul tema dello spazio strategico riguarda i cambiamenti introdotti dalle recenti riforme del Ssn. Queste, con le spinte all'aziendalizzazione e alla regionalizzazione del sistema potranno produrre effetti che probabilmente in parte si bilanceranno. L'aziendalizzazione dovrebbe comportare infatti un aumento del grado di autonomia e della capacità e volontà di utilizzare in maniera efficace lo spazio di azione, né va sottovalutato il fatto che l'introduzione di forme di competizione dovrebbe aumentare i vantaggi ricavabili dall'adozione di una prospettiva strategica. D'altra parte la regionalizzazione favorisce la costituzione di un vero e proprio gruppo pubblico regionale, con meccanismi di governo tipici delle holding che tendono a restringere lo spazio concesso a quelle che vengono a configurarsi come società operative del gruppo. È necessario considerare inoltre che non sempre all'aumento delle capacità e volontà di direzione strategica di un livello sovraordinato (regione) deve necessariamente corrispondere una diminuzione dello spazio a disposizione del livello inferiore (ASP), poiché superate alcune soglie di indeterminazione dell'ambiente

esterno (mancanza di guida da parte della regione) le maggiori opportunità di autodeterminazione dei propri percorsi sono più che compensate dagli ostacoli all'azione derivanti dall'incertezza.

Avendo chiarito come sia possibile identificare uno spazio di azione strategico per le Asp, si tratta ora di evidenziare quali possano essere i vantaggi derivanti da una pianificazione della strategia ovvero dalla definizione preventiva, tramite un processo strutturato e formalizzato, dei contenuti della strategia stessa. In termini generali e a meno di situazioni molto particolari, sembra evidente che lasciare i percorsi evolutivi alle dinamiche spontanee dell'organizzazione (mano invisibile) sia meno efficace che guidarli tramite un processo esplicito di identificazione *ex ante* delle alternative di azione che risultino più promettenti per un duraturo raggiungimento delle finalità istituzionali. Si tratta dei vantaggi classici ascrivibili ai meccanismi operativi, contrapposti alle capacità di influenza degli attori dotati di maggior potere, e tali vantaggi crescono:

a) al crescere della dimensione dell'azienda perché solo i meccanismi operativi riescono a fornire il necessario allargamento della sfera di controllo (inteso come guida del comportamento complessivo dell'azienda);

b) all'aumento del grado di differenziazione delle attività presenti nell'azienda poiché la pianificazione strategica aiuta a coordinare attività diverse verso gli obiettivi unitari dell'azienda;

c) al crescere della complessità e dell'incertezza dell'ambiente esterno in quanto, da una parte costringe a una attenzione costante nei confronti dell'ambiente e dall'altra predispone ad affrontare diversi futuri possibili.

Affinché questi vantaggi vengano realizzati è necessario però che il pro-

cesso di definizione della strategia sia coerente con le caratteristiche peculiari delle Asp. In particolare si vuole qui sottolineare come risulti fondamentale, in tutto il processo, il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei professionisti che dirigono le diverse unità operative. Non si tratta, a parere di chi scrive, di scegliere uno stile di direzione più o meno partecipativo, ma di una necessità imposta al processo dalla natura professionale delle Asp. I dirigenti delle unità operative sono fondamentali in quanto hanno conoscenze esclusive delle dinamiche che influenzano il loro settore di attività e sono in grado, entro alcuni limiti, di perseguire autonomamente le proprie scelte (10). Ciò equivale a dire che l'enfasi maggiore deve essere posta sulla definizione ed esplicitazione delle strategie delle unità operative o di raggruppamenti significativi di esse (l'equivalente delle ASA per le imprese) e a partire da queste deve essere ricostruito, a livello di strategia sovraordinata, il quadro delle coerenze interne e delle condizioni di fattibilità complessiva rispetto all'ambiente.

Quello segnalato non è evidentemente il solo adattamento necessario per un utilizzo efficace della pianificazione strategica nelle Asp. La natura pubblica di queste aziende comporta un ripensamento e la soluzione di alcune esigenze specifiche rispetto ai più consolidati concetti di strategia utilizzati per le imprese. Il discorso dovrebbe comprendere una analisi delle principali differenze tra aziende pubbliche e private, ma ci limitiamo qui a sintetizzare alcune esigenze specifiche dell'approccio strategico per le aziende pubbliche utilizzando il contributo di Nutt e Backoff (1992, pp. 23-50). Gli autori individuano, come riportato nella tabella 1, una serie di fattori che caratterizzano le aziende pubbliche e da questi ne derivano, attraverso alcune considerazioni, speci-

fiche esigenze che devono trovare risposta nei processi di formulazione della strategia. La particolare configurazione dell'ambiente in cui queste aziende operano impedisce, ad esempio, di utilizzare i mercati come meccanismo di orientamento e di governo dell'efficienza, la strategia deve quindi incorporare come elemento distinto il problema del mantenimento e possibile espansione delle risorse finanziarie oppure confrontarsi con il problema di come mantenere un consenso istituzionale e politico in senso lato intorno all'azione della azienda pubblica. Un discorso analogo può essere svolto per quanto attiene alle relazioni con attori rilevanti nell'ambiente, in questo caso vale la pena di sottolineare come il convergere di interessi istituzionali ampiamente differenziati rispetto a quelli dell'impresa privata (si pensi a quelli che convergono su una Usl) comporti la necessità di ragionare in termini di temperamento possibile piuttosto che di massimizzazione di poche variabili obiettivo. Anche per quanto riguarda i processi interni emergono specificità tali da mettere in discussione alcuni punti fermi di quello che può essere considerato l'approccio strategico «standard». Si pensi solo al problema delle finalità e degli obiettivi. Che questi debbano essere chiaramente specificati e articolati è una delle considerazioni che si incontrano più spesso in letteratura e delle più comprensibili dal momento che la strategia deve definire e controllare la direzione di marcia, purtroppo nelle aziende pubbliche finalità e obiettivi spesso sono vaghi perché questa è la condizione per raggiungere l'accordo (11). Nel processo strategico si tratta quindi di trovare modalità di espressione dei finalismi che siano sufficientemente chiari per orientare efficacemente i comportamenti aziendali, ma che al tempo stesso non generino un

conflitto istituzionale o organizzativo tale da paralizzare o ritardare l'azione.

### 3. La strategia nelle Asp: uno schema di riferimento

A conclusione di questa breve disamina di alcuni temi relativi alla strate-

gia e alla sua applicabilità nelle Asp, vogliamo presentare uno schema generale di applicazione della logica strategica discutendolo con specifico riferimento alle Asp. Si tratta di uno schema proposto da Bryson (1988) e qui parzialmente riadattato (si veda figura 2), che ha il vantaggio della sem-

plicità pur conservando gli elementi centrali dell'approccio strategico. Infatti, se la strategia si qualifica come insieme di elementi coerenti che caratterizzano l'azione di una azienda nel perseguimento delle proprie finalità di fondo, lo schema mostra come tali finalità, specificate dall'alta direzione,

**Tabella 1 - Esigenze specifiche aziende pubbliche** (adattato da Nutt a Backoff 1992, pp. 33-34)

Fattore	Considerazione	Esigenza rispetto alla strategia
<i>Ambientale</i>		
Mercati	Mercato istituzionalmente determinato	Interpretare gli orientamenti delle istituzioni coinvolte come presupposto per lo sviluppo della strategia e guida all'attuazione
	Prevalenza di comportamenti collaborativi e cooperativi	Trovare efficaci sostituti ai meccanismi competitivi
	Meccanismi di finanziamento a forte componente istituzionale	Attenzione specifica alla salvaguardia dei canali di finanziamento
	Non chiare caratteristiche del mercato	Identificare caratteristiche e attributi dei servizi da offrire in assenza di dati relativamente sicuri
Vincoli	Obblighi giuridici e vincoli istituzionali spesso limitano autonomia e flessibilità	Obblighi e vincoli vanno interpretati alla luce di mutate esigenze e in relazione ai finalismi di maggior rilevanza
Influenza politica	Possibili interferenze politiche	Predisposizione di tattiche negoziali in vista dei principali snodi decisionali
	Influenze politiche da parte dei livelli sovraordinati e da parte degli utenti	Bilanciare le diverse pressioni e/o utilizzare i diversi canali del circuito politico
<i>Relazionali</i>		
Potere autoritativo	Opportunità di utilizzo di forme coercitive nei confronti degli utenti	Considerare esplicitamente la possibilità di imporre comportamenti ad altri soggetti nella formulazione e implementazione della strategia
Ampiezza del raggio di azione	Una autolimitazione del proprio ruolo potenziale può far perdere importanti opportunità	Scoprire nuove e rilevanti aree di azione per il raggiungimento delle proprie finalità e inserimento delle stesse nella strategia
Proprietà	Ognuno è portatore di interessi istituzionalmente garantiti o può agire come tale	Tenere in considerazione le opinioni della collettività rispetto ai servizi e alle modalità di comportamento
	Interessi istituzionali fortemente differenziati	Capacità di interpretare e contemperare interessi differenziati
<i>Processi interni</i>		
Finalità	È spesso difficile definire le finalità. Equità altrettanto importante dell'efficienza	Trovare modalità di rappresentazione delle finalità e degli obiettivi che non siano vaghe e che al tempo stesso non generino conflitti
Limiti nel potere di intervento	Risorse per l'azione (es. autorizzazioni) al di fuori del controllo del manager	Identificare le risorse essenziali e trovare modalità per gestirle
	Limiti posti all'azione delle aziende pubbliche	Imparare a gestire spazi di azione limitati
Attese sui risultati	Difficile definire e identificare il successo. I ritmi della politica spingono all'inerzia e al ritardo	Il processo strategico deve creare l'urgenza e il bisogno dell'azione
Incentivi	Incentivi difficili da utilizzare e basati sul senso del ruolo e dello sviluppo individuale	Creare un interesse positivo verso le azioni strategiche che sia già di per sé uno stimolo alla partecipazione

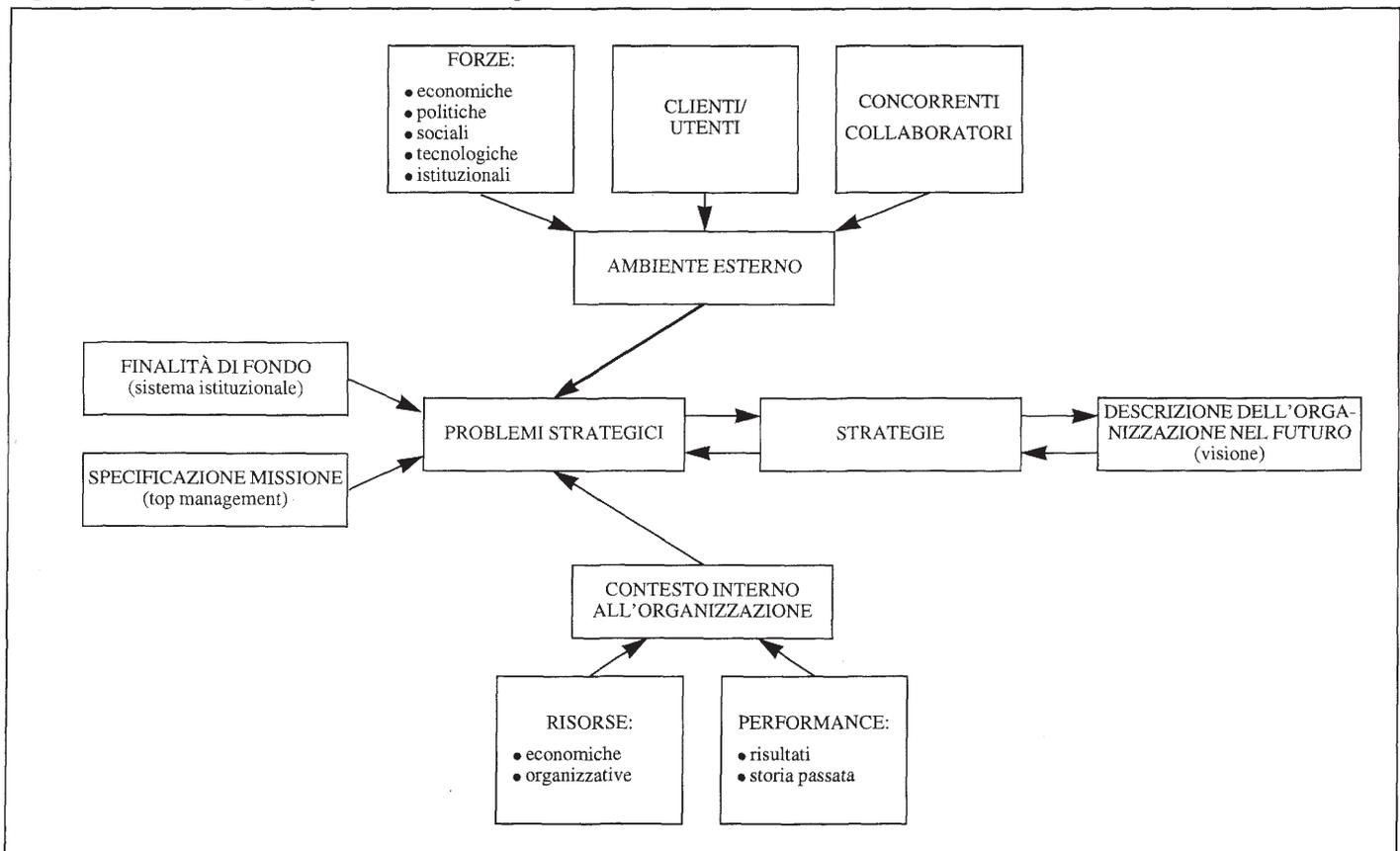
vadano perseguite in un ambiente esterno mutevole (minacce e opportunità), avendo a disposizione un insieme di risorse (materiali ed immateriali) che definiscono ciò che l'azienda è effettivamente in grado di fare o che riesce a fare meglio di altri (punti di forza e di debolezza). Dalla considerazione congiunta delle finalità, delle minacce e opportunità offerte dall'ambiente, dei punti di forza e di debolezza interni dovrebbero emergere i temi strategici (critici per la sopravvivenza e lo sviluppo dell'azienda) e le strategie (politiche generali e piani di azione) atte a fronteggiarli, da porsi, queste ultime, in stretta relazione con una idea, una visione dell'azienda nel futuro.

Le prime due caselle a sinistra riguardano l'area delle finalità dell'a-

zienda. Queste riflettono in parte quanto istituzionalmente e giuridicamente definito e in parte la soggettività dell'alta direzione o degli organi massimi dell'azienda nel valutare e contemperare i diversi interessi istituzionali. Per quanto riguarda i finalismi derivanti dall'assetto istituzionale, bisogna osservare che i processi di riforma hanno reso meno chiara la missione istituzionalmente attribuita alle Asp. I diversi sistemi regionali dovranno, esplicitamente o implicitamente, definire a quale livello e quali aziende dovranno avere una responsabilità sulla tutela della salute con vincolo di responsabilità sulle risorse e quali aziende verranno essenzialmente responsabilizzate sui volumi di prestazioni e sull'efficienza produttiva (12). Se gli assetti istituzionali di

sistema, dovrebbero in un certo senso «cristallizzare» le finalità attribuite alle Asp, rimane alla responsabilità e soggettività dell'alta direzione la sintesi degli interessi istituzionali o in altre parole l'individuazione della ragione d'essere dell'azienda (quali interessi sono permanentemente rilevanti, quali valori devono permeare le scelte aziendali, come si contemperano gli interessi in gioco). Sono tutte questioni di estrema rilevanza per comprendere e orientare le scelte strategiche, anche se non sempre ricadono facilmente sotto la sfera raggiungibile dalla soggettività del management. Da questo punto di vista ogni Asp ha una sua identità costruita attraverso la propria storia che indica, ad esempio, quali possono essere le vere priorità in caso di conflitto tra interessi istituzio-

Figura 2 - Uno schema per la pianificazione strategica



nali (es. bisogni degli utenti, richieste della regione, aspettative del personale), e ogni intervento teso a modificare volontariamente tale identità, spesso nascosta, è sempre difficile e laborioso (13).

Una volta sufficientemente chiarita la missione dell'azienda, questa deve essere perseguita in un ambiente. L'analisi e l'investigazione dell'ambiente è una fase particolarmente delicata per la formulazione della strategia, in quanto è l'ambiente esterno che può creare le condizioni favorevoli al raggiungimento delle finalità (opportunità) o addirittura minacciare l'esistenza stessa dell'azienda (minacce). Lo scopo di questa fase è quello di: analizzare le tendenze presenti che potranno avere riflessi sull'azienda, individuare i «segnali deboli» di tendenze emergenti anch'esse rilevanti per l'azienda, ipotizzare tendenze future di qualche significatività. Non si tratta

evidentemente di predire il futuro, ma di incorporare nelle strategie i futuri probabili o possibili affinché le risposte ai problemi di domani non minaccino seriamente la capacità di dare risposta ai problemi di dopodomani. Come si evince dalla figura, l'ambiente può essere analizzato sotto forma di forze o tendenze oppure come comportamenti di attori rilevanti presenti nel sistema. Nel primo caso appare opportuno distinguere tra ambiente remoto o generale (es. i tassi di crescita dell'economia nazionale che influenzano le risorse destinabili alla sanità) e ambiente prossimo o specifico (es. tendenze per la medicina di base). Nel secondo caso gli ambienti vengono interpretati come evoluzioni possibili dei comportamenti di diversi attori (es. come i pazienti selezioneranno i fornitori). Nello schema vengono individuati come attori rilevanti i clienti/utenti e i concorrenti o collaboratori

(in entrambi i casi si tratta di altre aziende sanitarie). Le tecniche utilizzate possono essere le più varie e vanno dalla semplice identificazione ed estrapolazione delle tendenze in atto, alle analisi impatto probabilità (le tendenze critiche vengono identificate sulla base della loro probabilità di concreta manifestazione e sugli effetti indotti sull'azienda), alla costruzione di scenari (descrizione di stati futuri dell'ambiente al fine di valutare le diverse posizioni possibili dell'azienda). Nei successivi riquadri da 1 a 5 viene presentato un semplice esercizio di analisi dell'ambiente svolto da un gruppo di lavoro per la definizione della strategia di un ospedale interno a una Usl, per mostrare concretamente quali possano essere le considerazioni da svolgere.

Il passo successivo è rappresentato dall'analisi dei punti di forza e di debolezza che caratterizzano il contesto

#### **RIQUADRO 1 - L'AMBIENTE ESTERNO: LE DINAMICHE DEL SISTEMA DI OFFERTA**

- spostamento dall'approccio «diagnosi e trattamento» all'approccio «anticipazione e presa in carico» che tende a ridefinire il tradizionale concetto di «acuzia»
- decentramento (possibilità tecnica e opportunità) di molte prestazioni attualmente considerate per acuti
- declino nei tassi relativi agli interventi chirurgici
- crescita nel settore delle cure ambulatoriali e domiciliari
- maggiore focalizzazione dell'intervento ospedaliero sui traumi
- maggiori possibilità di terapie per patologie oncologiche, AIDS e Alzheimer (necessità di riflettere su aree di sviluppo in termini di rilevanza della patologia e potenzialità terapeutiche)
- allungamento della speranza di vita e temi legati alla «geriatrizzazione»
- ridefinizione del ruolo delle professionalità non mediche
- i progressi della telematica permettono un sensibile incremento nel grado di decentralizzazione non solo dei servizi, ma anche delle competenze (nuova centralità dell'ospedale come luogo di accumulo delle competenze)
- progressi della genetica sia per la valutazione dei rischi sanitari individuali che nella prevenzione/trattamento
- utilizzo di sistemi esperti nella diagnosi clinica
- aumento delle tecniche endoscopiche e crescita della chirurgia ambulatoriale

**RIQUADRO 2 - Alcune suggestioni per l'ospedale del ventunesimo secolo**

- molte delle attuali procedure saranno decentrate in altri luoghi e quindi l'ospedale sarà sempre meno un luogo fisico
- i sistemi sanitari saranno un reticolo di strutture o luoghi di offerta coordinati da centri di direzione manageriale e tecnica
- l'ospedale non sarà il luogo dove andare, ma qualcosa che va dal paziente
- qualcosa che assomiglia all'attuale ospedale continuerà ad essere necessario per i servizi legati all'emergenza, alle terapie intensive, a qualche area della diagnostica
- la distinzione tra ospedale e servizi ambulatoriali diventerà sempre più confusa
- le prospettive di sviluppo si disporranno sull'asse orizzontale del trattamento del paziente che su quello verticale della super specializzazione
- la logistica degli ospedali dovrà tenere sempre più in considerazione il confort alberghiero del paziente e dei familiari (questi ultimi sempre più importanti se si considera la maggiore criticità dei pazienti trattati)

**RIQUADRO 3 - LE DINAMICHE DI SISTEMA: UNA ANALISI DELLE TENDENZE**

Lo scenario economico finanziario a livello regionale consente un lieve ottimismo:

- la regione, pur avendo livelli di funzionalità accettabili, è tra le regioni a minor spesa sanitaria pro-capite;
- tale dato assume particolare rilievo in relazione ai livelli di reddito regionale e in relazione alla situazione di quelle che in futuro saranno le vere aree di riferimento (europee) per la nostra regione;
- la regionalizzazione (finanziaria) della sanità e le tendenze verso modelli di quasi federalismo fiscale potranno consentire moderati aumenti delle risorse a disposizione.

Uno scenario sulle risorse tendenzialmente non negativo non deve far trascurare altri elementi quali:

- un aumento della competizione sulle eventuali risorse aggiuntive da parte di altre aziende del sistema pubblico e soprattutto del settore privato (potenzialmente meglio posizionato se le risorse aggiuntive verranno gestite tramite sistemi assicurativi);
- il settore carente (in relazione a sistemi regionali meglio dotati) nel sistema sanitario regionale è quello dell'assistenza territoriale (quali potenzialità esistono per l'attuale settore ospedaliero di entrare in tale area di offerta?);
- si assiste a una enfasi crescente verso l'efficienza (risorse impiegate per unità di prestazione) rispetto alla capacità di dare complessivamente risposta ai bisogni della popolazione (si noti come quest'ultima dovrebbe rappresentare il vero punto di forza delle aziende Unità socio sanitarie locali).

Lo spostamento dei sistemi di finanziamento verso la logica tariffaria può provocare un aumento delle spinte centrifughe esercitate dalle diverse unità operative e porre problemi circa il comportamento unitario e coordinato dell'azienda.

L'assetto istituzionale (configurazione e missioni delle Asp) non appare del tutto stabilizzato con particolare riguardo al settore ospedaliero. La presenza di ospedali azienda, le generiche affermazioni circa l'autonomia del settore ospedaliero delle Unità socio sanitarie locali, un eventuale finanziamento separato dello stesso rendono concretamente perseguibili due strategie antitetiche (l'alternativa non è retorica e va attentamente considerata):

- rafforzare l'integrazione del sistema ospedaliero locale nel funzionamento più complessivo dell'USSL (le sorti del sistema ospedaliero sono quelle della USSL nel suo complesso);
- avere come punto di riferimento le dinamiche (anche istituzionali) del solo settore ospedaliero (nella competizione si perde o si vince come ospedale)

interno. Si tratta sostanzialmente di esaminare le risorse, presenti e prospettive a disposizione e di valutare il funzionamento dei più rilevanti sottosistemi aziendali al fine di identificare le potenzialità della «macchina aziendale». Anche questa fase presenta alcune difficoltà. La prima è collegata a un elevato grado di discrezionalità e soggettività dell'analisi. In alcuni casi esistono indicatori oggettivi di forza o di debolezza (es. monopolio in una certa area, indebitamento sommerso...), ma il più delle volte la valutazione è soggettiva (es. eccellenza scientifica) o fortemente influenzata dal ruolo e dalle funzioni svolte (es. valutazione diverse da parte del perso-

nale medico rispetto a quello infermieristico). La seconda è che alcuni attributi possono essere classificati come punti di forza o di debolezza solo in relazione a determinate strategie. Una elevata professionalizzazione del personale infermieristico, tipica degli ospedali pubblici rispetto a quelli privati, potrebbe essere considerata un classico punto di forza. In realtà potrebbe diventare un punto di debolezza (costi più elevati, insoddisfazione) quando si tratta di competere su aree a scarso contenuto professionale specifico (es. lungodegenze tradizionali). Bisogna infine sottolineare come, in un ambiente che mostra sempre più accentuati caratteri di dinami-

simo e discontinuità, un punto di forza di estrema importanza è rappresentato dalla flessibilità, dalla capacità cioè di adattarsi a molteplici condizioni di ambiente. Il problema che si pone è però quello che tale risorsa strategica viene inevitabilmente pagata in termini di efficienza di breve periodo (in un certo senso si costituiscono riserve di flessibilità) e non risulta agevole definire un corretto rapporto tra i vantaggi dell'oggi e quelli del domani.

Congiuntamente i passaggi precedenti contribuiscono a definire i problemi strategici, quelle questioni che possono influenzare in maniera decisiva la vita e lo sviluppo dell'azienda, la sua capacità di adempiere alla pro-

#### RIQUADRO 4 - L'AMBIENTE ESTERNO: LE DINAMICHE DI POPOLAZIONE/UTENTI/CLIENTI

- progressivo invecchiamento della popolazione, «geriatrizzazione delle specialità», aumento dei servizi richiesti
- emergere dei traumi come prima effettiva causa di mortalità
- aumento di una domanda «impropria» al crescere delle prestazioni offerte dal privato e della concorrenza in generale
- aumento della domanda impropria a causa delle insufficienze del settore primario e dell'assistenza post acuta
- mobilità dei pazienti in relazione alle scelte di profili di offerta da parte dei concorrenti/collaboratori
- modifiche delle necessità degli utenti in termini di accessibilità e confort dell'assistenza derivanti da una crescita culturale ed economica della popolazione di riferimento

#### RIQUADRO 5 - QUESTIONI APERTE

Perché gli utenti dovrebbero continuare a servirsi del sistema ospedaliero locale?

- Per la vicinanza geografica?
- Per la saturazione delle capacità di offerta di altre aziende?
- Per il raccordo/identificazione con il sistema primario e secondario?
- Per il raccordo privilegiato con l'assistenza postricovero?
- Per l'elevata specializzazione e/o l'esistenza di nicchie specializzate?
- Per la qualità complessiva dell'assistenza (di supporto all'atto medico)?

I livelli attuali e prospettici di efficienza produttiva (risorse impiegate per unità di prestazione) sono soddisfacenti e rispondono ad alcuni vincoli/indicazioni esterne?

I livelli attuali e prospettici di unità di personale, ma soprattutto il mix di professionalità è adeguato?

Quale sarà il ruolo delle diverse componenti di personale nel modello futuro di assistenza?

pria missione. Si pensi ad esempio al raccordo con la medicina primaria e i servizi di assistenza domiciliare nel caso si voglia mantenere e consolidare il posizionamento dell'ospedale sull'area dell'acuzia, o possibili conseguenze di un aumento drammatico della mobilità della popolazione in assenza di aree forti di attrazione, a un possibile vincolo sugli spazi in presenza di una domanda che richiede condizioni di confort di un certo livello. In altre parole un problema strategico viene identificato laddove si prevede un venire meno delle necessarie coerenze tra finalità da perseguire, condizioni di ambiente e competenze e risorse a disposizione. Di fronte al potenziale venir meno delle necessarie coerenze si tratta di identificare delle possibili strategie in grado di ripristinare le coerenze. Per gli esempi sopra menzionati si potrebbe quindi trattare di: diminuire i posti letto ospedalieri liberando risorse per l'assistenza domiciliare, puntare su un aspetto qualificante dei servizi offerti (ricerca di un vantaggio competitivo), acquisire nuovi immobili o puntare esclusivamente sui servizi a minor utilizzo di spazio. In ogni caso operare scelte strategiche significa definire politiche generali, intraprendere azioni e programmi, allocare risorse. L'ultimo passaggio, non sempre necessario, è quello di immaginare e descrivere lo stato dell'azienda dopo che siano state implementate tutte le strategie, di avere quindi una «visione di successo» che possa essere comunicata e fungere da sintesi sia dei fini che s'intendono perseguire che delle principali modalità attraverso le quali tali fini vengono raggiunti. Per Bryson i passaggi citati, utilizzati in un processo iterativo, sono sufficienti a chiudere la fase di formulazione della strategia, rimane successivamente l'ampio capitolo, che esula da questo lavoro, dell'im-

plementazione della strategia e della sua valutazione.

Uno scritto a carattere introduttivo non necessita di particolari conclusioni. Strategia e pianificazione strategica stanno diventando un'area emergente nella gestione delle Asp, si tratta di accompagnare il fenomeno, sicuramente positivo, con riflessioni specifiche onde impedire una meccanica e pedissequa importazione di metodologie e approcci pensati per aziende dai caratteri assai differenti. In tal senso l'articolo che segue, analizzando alcune esperienze concrete, rappresenta un punto di riferimento particolarmente utile.

(1) Una accessibile e completa introduzione ai principali temi di strategia di impresa si trova in Parolini (1994, pp. 357-377).

(2) Le distinzioni sono tratte da Hughes (1994) il quale utilizza Hax e Majluf (1984) e Ansoff (1988).

(3) Hughes (1994, p.171) afferma che rispetto al business strategic planning il corporate strategic planning implica un maggiore coinvolgimento dei livelli più alti dell'azienda, una visione dell'azienda del top management (preliminare alla definizione della missione), un maggior dettaglio del piano strategico.

(4) La distinzione è ripresa da un paper di Colombo e Depperu (1994) che contiene una sintetica descrizione delle diverse scuole e indicazioni bibliografiche dei diversi contributi.

(5) Il concetto è felicemente espresso da de Woot (1994) quando afferma che quando c'è una visione tangibile e condivisa, l'impresa è tirata dal futuro piuttosto che essere spinta dal passato. Per lo stesso autore una visione per essere tale deve essere «orientante» (catturare gli elementi essenziali dei mercati sui quali opera l'impresa), simbolica (coinvolgere i valori, creare un'immagine dell'impresa), educativa (aiutare le persone a comprendere le decisioni), comunicata in forma dettagliata.

(6) L'ASA può essere considerata come una combinazione mercato/prodotto/tecnologia cui corrispondono nell'ambiente esterno dinamiche competitive specifiche e nell'ambiente interno responsabilità organizzative e di risultato economico. Sul concetto di ASA e

sulla loro identificazione si veda Invernizzi (1982).

(7) Si vuole qui sottolineare, e più avanti il concetto verrà ripreso, come le Asp abbiano spesso nei fatti compiuto scelte strategiche, e ciò dimostra l'esistenza di uno spazio discrezionale, ma che la responsabilità di tali scelte sia stata poi attribuita a livelli istituzionali sovraordinati (es. regione). Il mancato riconoscimento di uno spazio strategico ha prodotto non tanto un suo restringimento, quanto un suo cattivo utilizzo (scelte strategiche non governate).

(8) Gli stessi autori poco più avanti (p. 16) analizzano il caso del settore sanitario e affermano: «La gestione della sanità pubblica è quindi tipicamente un fatto interistituzionale e interaziendale dovendosi considerare Ministero, Regioni, Comuni e Unità Sanitarie come istituti e aziende distinti, ciascuno in grado di elaborare una propria impostazione strategica. Anche qui la "traccia istituzionale" è importante nel favorire o ostacolare l'integrazione, ma un ruolo altrettanto significativo spetta agli orientamenti strategici che si maturano ai vari livelli e alla capacità di raccordarli in modo conveniente».

(9) Sulla debolezza delle Asp riguardo alla «tenuta unitaria» si rimanda a Del Vecchio e Meneguzzo (1993). Per quanto riguarda il ruolo delle regioni i problemi relativi al governo dei sistemi sanitari regionali, si veda Borgonovi (1988) e Meneguzzo (1991).

(10) Sulle caratteristiche delle Asp e i riflessi della natura professionale dell'azienda sui sistemi di gestione si veda Borgonovi (1990).

(11) Il problema dell'indeterminatezza e contraddittorietà degli obiettivi nella enunciazione delle politiche pubbliche come condizione per il raggiungimento di un accordo tra i diversi attori interessati alla decisione e dei riflessi che ciò comporta nei processi attuativi è uno dei temi portanti dell'ampio filone della «implementation research». Un classico di tale filone è il libro di Bardach (1977).

(12) Il tema è già stato affrontato su questa rivista e quindi si rimanda a Del Vecchio e Longo (1993) e Del Vecchio (1994). Si vuole qui soltanto sottolineare l'estrema importanza di un sistema di missioni sufficientemente chiaro e coerente (anche solo abbozzato) per le diverse tipologie di Asp e registrare il notevole ritardo con cui i sistemi regionali stanno affrontando la questione.

(13) Sui temi dell'identità e di quello che viene definito orientamento strategico di fondo si veda Coda (1988). Strumenti, sempre più spesso utilizzati, tesi a esplicitare e dichiarare valori e missioni possono in parte intervenire per modificare l'identità, ma difficilmente riescono a essere risolutivi.

BIBLIOGRAFIA

- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V., *Economia Aziendale*, Bologna, il Mulino, 1994.
- ANSOFF H.I., *The new corporate strategy*, New York, John Wiley, 1988.
- BARDACH E., *The Implementation Game*, Cambridge Mass., MIT Press, 1977.
- BORGONOVÌ E., *Il SSN: caratteristiche strutturali e funzionali*, in Centro Studi Confindustria (a cura di), *Lo stato come spende*, Milano, Edizioni del Sole 24 Ore, 1988.
- BORGONOVÌ E., *Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale*, in Borgonovì E. (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, EGEA, 1990.
- BRYSON J.M., *Strategic planning for public and non-profit organisations*, San Francisco, Jossey-Brass, 1988.
- CANZIANI A., *Evoluzione e tendenze in atto negli studi di strategia: quali risposte a quali problemi delle imprese*, Atti del convegno dell'AIDEA, CLUEB Bologna, 1988.
- CODA V., *L'orientamento strategico dell'impresa*, Torino, UTET, 1988.
- COLOMBO G., DEPPERU D., *Strategy formation, what we learn from the italian experience*, Paper interno SDA Bocconi, in corso di pubblicazione, 1994.
- DEL VECCHIO M., *Mercati e tariffe nella riforma del Servizio sanitario nazionale*, **Mecosan**, 9: 36-44, 1994.
- DEL VECCHIO M., LONGO F., *Aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L. 502/92*, **Mecosan**, 6: 49-62, 1993.
- DEL VECCHIO M., MENEGUZZO M., *Il cambiamento organizzativo e gestionale nell'area della sanità pubblica*. Palermo, Cerisdi, 1993.
- DE WOOT P., *Vision and strategic development*, working paper, The New Winners, SDA Bocconi, 1994.
- DUNCAN W.J., GINTER P.M., SWAYNE L.E., *Strategic management of health care organizations*, Cambridge, Blackwell Publishers, 1995.
- HAX A.C., MAILUF N. S., *Strategic management: an integrative perspective*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1984.
- HUGHES O.E., *Public management & administration: an introduction*, New York, St. Martin's Press, 1994.
- INVERNIZZI G., *La costruzione della mappa strategica di una impresa*, Sviluppo e Organizzazione, 1982.
- MENEGUZZO M., *Sono pronte le regioni per la riforma della sanità? Analisi di alcune esperienze regionali degli anni ottanta*, Queste istituzioni. n. 85/86, 1991.
- NUTT P.C., BACKOFF R.W., *Strategic management of public and third sector organizations: a handbook for leaders*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1992.
- PAROLINI C., *Le strategie di impresa*, in Airoldi G., Brunetti G., Coda V. (1994).
- REBORA G., MENEGUZZO M., *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Torino, UTET, 1990.

# FORMULAZIONE DELLA STRATEGIA E PROCESSI DI PIANIFICAZIONE STRATEGICA: UN CONFRONTO INTERNAZIONALE DI GRUPPI OSPEDALIERI PUBBLICI

di Marco Meneguzzo

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

**SOMMARIO:** 1. Strategia nelle aziende sanitarie: molte parole per una scatola vuota - 2. Il sistema di pianificazione strategica della città sanitaria universitaria di Barcellona - 3. New York, New York ovvero la formulazione della strategia in un sistema multiospedaliero pubblico - 4. Dai Master Plan alla Strategia 1990-1995; l'approccio strategico nel gruppo multiospedaliero pubblico di Parigi.

*Healthcare organization (LHA) are now paying a special attention to the introduction of management systems and in particular to the design and implementation of strategic planning systems.*

*This article analysis the experience of adoption of strategic planning systems in three public multihospital system: Assistance Publique Hopitaux de Paris (France), Health and Hospital corporation (U.S.), Ciutat Health Vall d'Hebron (Spain).*

*The article compares three cases of decision making for strategic planning, techniques and methodologies used, contents and articulation of the strategic plans. In the conclusion possible indications for the implementation of strategic planning in healthcare organizations are given.*

## 1. Strategia nelle aziende sanitarie: molte parole per una scatola vuota

Il processo di trasformazione aziendale di USL ed ospedali è attualmente caratterizzato dalla adozione e messa in atto di tecniche gestionali nelle aree della pianificazione strategica, della programmazione e controllo, dello sviluppo delle risorse umane, della comunicazione e delle relazioni con gli utenti.

Queste dinamiche non costituiscono certo una novità assoluta nel panorama della sanità italiana: già nel corso degli anni '80 le organizzazioni sanitarie pubbliche avevano promosso con alcuni successi (e anche con molte difficoltà) l'introduzione e l'attuazione di questi sistemi.

Esempi tipici sono i sistemi di contabilità dei costi e di controllo direzionale (1985-1987) o i sistemi di budget (1989-1991) che hanno avuto larga

diffusione in molte USL del Centro-nord.

La riflessione e l'elaborazione di modelli operativi di riferimento per la adozione della pianificazione strategica sono rimaste invece attività tutte interne ai centri di ricerca universitari, alle società di consulenza e ad alcuni staff regionali particolarmente avanzati (Borgonovi Meneguzzo 1985, Rebora Meneguzzo 1990).

La responsabilizzazione imposta alle aziende sanitarie sul conseguimento di un equilibrio economico di gestione e l'introduzione di logiche competitive all'interno del sistema sanitario pubblico, direttamente collegate al finanziamento per prestazioni, rendono particolarmente importanti i temi della formulazione e della attuazione delle scelte strategiche anche per le organizzazioni sanitarie pubbliche.

Un ruolo di frontiera verrà sicuramente svolto dalle aziende ospedaliere; queste aziende sono infatti investi-

te con maggiore intensità rispetto alle USL dalla tariffazione delle prestazioni di ricovero e sono sempre più stimolate a valutare i servizi offerti. Gli ospedali dovranno capire se sia conveniente o meno continuare a fornire determinate prestazioni sulla base di un confronto tra costi sostenuti e tariffe; in parallelo sarà necessario verificare la fattibilità economica e finanziaria della offerta di servizi sul mercato (attività libero professionale, camere a pagamento, convenzioni attive) per i fondi integrativi, utenti paganti, assicurazioni sanitarie, altre aziende sanitarie pubbliche.

Molte aziende ospedaliere stanno già muovendosi in tal senso adottando logiche operative, come scelta di posizionamento e piano strategico, viste finora come patrimonio esclusivo delle cliniche private (si veda l'esperienza dell'Ospedale Sacco di Milano in Bergamaschi 1995).

Non va poi trascurato che molte Regioni hanno previsto nelle loro leggi di

organizzazione e di finanziamento e contabilità lo strumento del piano strategico, collegandolo spesso alla introduzione dei sistemi di budget ed al rafforzamento dei sistemi di controllo.

Strategia, piano strategico, scelte di posizionamento, controllo strategico, valutazione delle aree strategiche di attività, marketing strategico... stanno così entrando nel linguaggio comune, nei documenti di indirizzo e (molto timidamente) nella prassi operativa delle aziende sanitarie.

Diventa urgente chiarire contenuto dei termini e delle metodologie di supporto e soprattutto individuare i percorsi da seguire per la introduzione dei sistemi di pianificazione strategica; è necessario evitare una traduzione alle aziende USL ed ospedaliere di modelli e logiche elaborate per imprese private di servizi o riprese meccanicamente da altre esperienze (tipico è il caso degli ospedali for profit statunitensi) con la combinazione di elevato impegno (e dispersione di risorse) e scarsi risultati.

Rimandando ad un altro articolo di questa rivista (Del Vecchio 1995) l'approfondimento dei concetti di fondo dell'approccio strategico, si è deciso in questo lavoro di presentare alcune esperienze concrete di messa in atto di sistemi di pianificazione strategica in organizzazioni sanitarie pubbliche.

È bene infatti ricordare che sono passati circa 15 anni dalla definizione delle linee guida da parte del National Health Service britannico (1978) che aveva suggerito (o meglio caldamente raccomandato) ai Distretti britannici la concreta realizzazione di logiche di pianificazione strategica basate su diverse fasi tra loro sequenziali che sono:

- la valutazione dello stato attuale dell'organizzazione;
- la definizione degli obiettivi;

— la formulazione della strategia (programmi di azione per il conseguimento degli obiettivi);

— la messa in atto dei programmi di azione (sviluppo del piano dettagliato);

— monitoraggio e verifica dei risultati.

Nelle raccomandazioni del NHS estrema attenzione veniva riservata a questa ultima fase, consigliando ai Distretti interventi di sviluppo di competenze professionali e l'adozione di sistemi di controllo strategico.

Nulla di nuovo (apparentemente) sotto il cielo del management sanitario! Nella realtà in questi ultimi otto-dieci anni nei diversi sistemi sanitari gli ospedali pubblici o le organizzazioni multiservizi sanitari come le USL italiane o i Distretti britannici hanno continuamente arricchito, attraverso sperimentazioni operative, e perfezionato il modello tracciato nelle linee guida del NHS.

Le tre esperienze esaminate in questo lavoro sono state vissute da sistemi o gruppi multiospedalieri pubblici operanti in diversi paesi; dal «gigante» APHP in Francia già approfondito in questa rivista (Meneguzzo 1994) ad HHC di New York in cui gli ospedali sono integrati con una rete di servizi sanitari territoriali alla Città sanitaria Vall d'Hebron di Barcellona con soli quattro ospedali.

Si è deciso infatti di non analizzare i modelli di scelta strategica sviluppati all'interno di un singolo ospedale, pur ritenendo che alcuni di questi siano di indubbia utilità (ma di non facile traducibilità) per le aziende sanitarie pubbliche italiane. I tre casi esaminati proprio per la loro complessità forniscono un quadro completo ed organico delle problematiche e delle azioni da mettere in campo per facilitare un vero e proprio riorientamento strategico delle organizzazioni sanitarie pubbliche.

Prima di presentare gli elementi distintivi delle tre realtà esaminate è opportuno richiamare brevemente (si veda figura 1) uno schema logico sull'approccio strategico, che costituirà il paradigma di riferimento in base a cui valutarle e metterle a confronto.

Punto di partenza dell'approccio strategico è la valutazione dell'ambiente esterno, attività in cui vengono prese in considerazione le linee di tendenza a livello dei sistemi socioeconomico e politico istituzionale, la possibile evoluzione del settore sanitario e le dinamiche che interesseranno i clienti (si pensi ad altri ospedali pubblici e privati, e ai fondi e piani assicurativi), i fornitori e le imprese che possono essere o diventare concorrenti della organizzazione sanitaria considerata.

In due gruppi multiospedalieri la valutazione dell'ambiente è stata effettuata con il metodo della generazione di scenari alternativi; è importante aggiungere poi che l'analisi del sistema di imprese introduce nell'approccio strategico il concetto di valutazione del sistema competitivo che da alcuni anni è ormai ben consolidato negli studi di strategia aziendale (Porter 1992).

La valutazione dell'ambiente esterno costituisce un elemento fondamentale dell'approccio; ad esso va affiancata in primo luogo la verifica dei punti di forza e di debolezza e dei risultati conseguiti dalla organizzazione sanitaria (economicità, efficienza, qualità).

La diagnosi dei punti di forza e di debolezza rappresenta una costante in tutte le esperienze esaminate.

In secondo luogo la analisi delle tendenze ambientali va accompagnata da un'approfondita diagnosi delle aspettative e dei valori dei diversi attori e «portatori di interessi» (gli stakeholders nella terminologia degli studi di strategia) presenti sempre al-

l'interno dell'ospedale. A differenza dei due precedenti elementi nelle realtà studiate poca attenzione viene dedicata a questo aspetto. Conferenze, Panel sanitari, forum e i gruppi di lavoro orizzontali che coinvolgono il personale medico nei due casi APHP e Vall d'Hebron rappresentano comunque un importante sforzo di «ascoltare l'organizzazione» (Crozier 1990).

Sulla base delle indicazioni emerse dalla valutazione comparata dei tre precedenti punti chiave vengono definite la missione e le priorità della organizzazione sanitaria pubblica; successivamente si passa alla elaborazio-

ne delle diverse alternative strategiche di cui viene valutata la fattibilità sotto diversi profili (istituzionale, organizzativa, logistica ed economico finanziaria).

Una volta selezionate le alternative strategiche a maggiore fattibilità si procede alla definizione di piani di intervento, che vengono ulteriormente specificati in piani operativi di breve periodo e tradotti in budgets di attività e spesa. Immediato è il riferimento al modello di pianificazione strategica delle imprese ospedaliere catalane (si veda 2.1) in cui vengono tenuti distinti piani direttori, piani e programmi

funzionali, piano di finanziamento e piani e programmi operativi.

I piani attuativi e i budgets vengono sottoposti ad un processo di ulteriore verifica, che viene rappresentato nella figura come meccanismo di feedback sui risultati; in concreto l'organizzazione sanitaria dovrebbe cercare di valutare come e in che misura i risultati attesi a seguito della messa in atto dei piani operativi e dei piani di intervento siano coerenti con aspettative ed interessi dei diversi attori coinvolti, con il superamento dei punti di debolezza e l'esaltazione dei punti di forza interni.

Figura 1



## 2. Il sistema di pianificazione strategica della Città sanitaria universitaria di Barcellona

Una esperienza di pianificazione strategica di particolare interesse è rappresentata dal caso del Piano direttore della Città sanitaria e universitaria di Vall d'Hebron a Barcellona. Prima di esaminare i contenuti distintivi di questo modello è opportuno richiamare l'assetto istituzionale ed organizzativo della Città sanitaria e universitaria di Vall d'Hebron.

La città sanitaria è un gruppo multiospedaliero pubblico, seppur con dimensioni ridotte rispetto ai gruppi multiospedalieri pubblici francesi che verranno più avanti esaminati.

Vall d'Hebron fa riferimento e viene coordinata dall'Istituto Catalano della salute, l'agenzia che gestisce per conto della Regione (Generalitat) della Catalogna la rete di offerta pubblica (servizi sanitari territoriali e servizi ospedalieri).

L'offerta ospedaliera si caratterizza per una elevata frammentazione; ai quattro gestori pubblici, compreso ovviamente l'Istituto catalano della salute che costituisce il più importante gestore fanno riferimento 29 ospedali, parte dei quali sono inseriti in Consorzi. Il resto della rete ospedaliera catalana viene gestito da mutue e fondi assicurativi (7 ospedali), da fondazioni ed organizzazioni private no profit (ben 29 ospedali) e da imprese private for profit (2 ospedali).

Vall d'Hebron costituisce all'interno della rete ospedaliera pubblica catalana il maggiore fornitore di servizi sanitari; nel 1994 il bilancio (gestione corrente) ammontava a 42 miliardi di pesetas mentre il bilancio per investimenti era pari a 2 miliardi di pesetas.

Le principali aree di attività di questa rete multiospedaliera sono i servizi ospedalieri (ricovero per acuti, day hospital, visite ambulatoriali) che assorbono l'88% delle risorse finanzia-

rie, i servizi di riferimento per la rete degli ospedali (5% delle risorse) rappresentati ad esempio dalla banca del sangue e dai servizi di microbiologia e farmacologia, l'attività di formazione ed insegnamento (5% delle risorse) e le attività di supporto logistico.

Sui 37 miliardi di pesetas assorbite dall'area ospedaliera ben 19,8 sono di pertinenza dell'ospedale universitario generale, 10,1 finanziano l'ospedale universitario specializzato nell'area materno infantile, 6,5 servono per l'ospedale traumatologico universitario e 600 milioni sono riservate alla clinica chirurgica.

Si è quindi in presenza di una configurazione a rete ospedaliera di dimensioni contenute (complessivamente circa 1700 posti letto) con poli ospedalieri specializzati e con servizi sanitari, tecnico amministrativi e logistici a supporto dell'intero network (per un quadro di sintesi della attività si veda tabella 1).

### 2.1. L'approccio di pianificazione strategica degli ospedali pubblici della Catalogna

La descrizione della esperienza di Vall d'Hebron va preceduta da un sintetico richiamo sull'approccio di pianificazione strategica adottato nella rete ospedaliera pubblica della regione catalana (la «Xarxa»); negli ultimi anni infatti il sistema sanitario regionale e ha dedicato impegno ed energie allo sviluppo di un quadro concettuale ed operativo a supporto della pianificazione ed ha favorito la diffusione di tecniche e metodologie di pianifica-

zione strategica nelle organizzazioni ospedaliere.

Elemento distintivo dell'approccio strategico è lo stretto raccordo previsto tra pianificazione dell'azienda ospedaliera (pianificazione di impresa) con la pianificazione di sistema (pianificazione globale del sistema sanitario), funzione attribuita e svolta dal Servizio catalano per la salute, l'agenzia regionale che costituisce il centro di acquisto di servizi sanitari per i cittadini ed il regolatore del sistema sanitario regionale.

La pianificazione di impresa individua le azioni necessarie per conseguire gli obiettivi istituzionali definiti all'interno della pianificazione globale di sistema sanitario regionale. Strumenti della pianificazione di impresa sono:

— il piano ospedaliero (con valenza strategica ed operativa).

Per contro strumenti della pianificazione di sistema sono:

- il Piano sanitario (Pla de salut);
- i Piani dei servizi sanitari.

L'Agenzia regionale per la sanità ha formulato negli ultimi due anni una serie di raccomandazioni agli ospedali catalani in tema di elaborazione dei piani; obiettivo di queste raccomandazioni è raccordare i processi a livello di sistema e a livello di impresa, facilitando la relazione cliente-fornitore. Le raccomandazioni fornite lasciano piena libertà agli ospedali, riconoscendone l'autonomia gestionale.

Particolare rilevanza viene assegnata alle denominazioni adottate ed alla chiarezza terminologica; si distingue infatti tra:

**Tabella 1 - Dotazione strutturale ed indicatori di attività della Città sanitaria e universitaria**

Città sanitaria Vall d'Hebron	Posti letto 1990	TOPL 1990
Ospedale generale	856	95%
Ospedale traumatologico	339	80%
Ospedale materno infantile	506	70%

- piano strategico di impresa;
- piano direttore visto sempre come piano a lungo periodo di carattere settoriale (ad esempio piano direttore sull'informatica o di riorganizzazione e ridefinizione logistica);
- piano di finanziamento che costituisce la traduzione finanziaria delle opzioni contenute nel piano strategico e contiene i programmi di finanziamento di specifici progetti settoriali di investimento;
- piani funzionali e programmi funzionali che includono i processi di messa in atto delle azioni e delle attività previste dal piano strategico di impresa (compreso il livello fisico infrastrutturale); il piano funzionale riguarda la singola struttura sanitaria (ospedale, poliambulatorio) mentre i programmi si occupano di singole unità operative e/o dipartimenti ospedalieri;
- piani e programmi operativi rappresentano, nei piani e programmi funzionali, il livello di intervento più concreto ed immediato (ad es. le azioni da realizzare nei primi sei mesi del piano strategico).

Esiste una precisa gerarchia funzionale tra i diversi piani; il piano strategico comprende i piani direttori ed il piano di finanziamento (concretizzazione rispettivamente del piano in termini di processo di implementazione e di quadro economico finanziario).

Ai piani direttori fanno riferimento i piani e programmi funzionali; infine nei piani e programmi operativi sono contenuti gli interventi da mettere in atto a breve periodo in coerenza con gli obiettivi strategici e con gli obiettivi contenuti nei piani direttori settoriali.

Altre linee guida fornite dall'Agenzia regionale individuano le questioni di fondo sul futuro dell'ospedale a cui occorre fornire risposta all'interno del piano strategico.

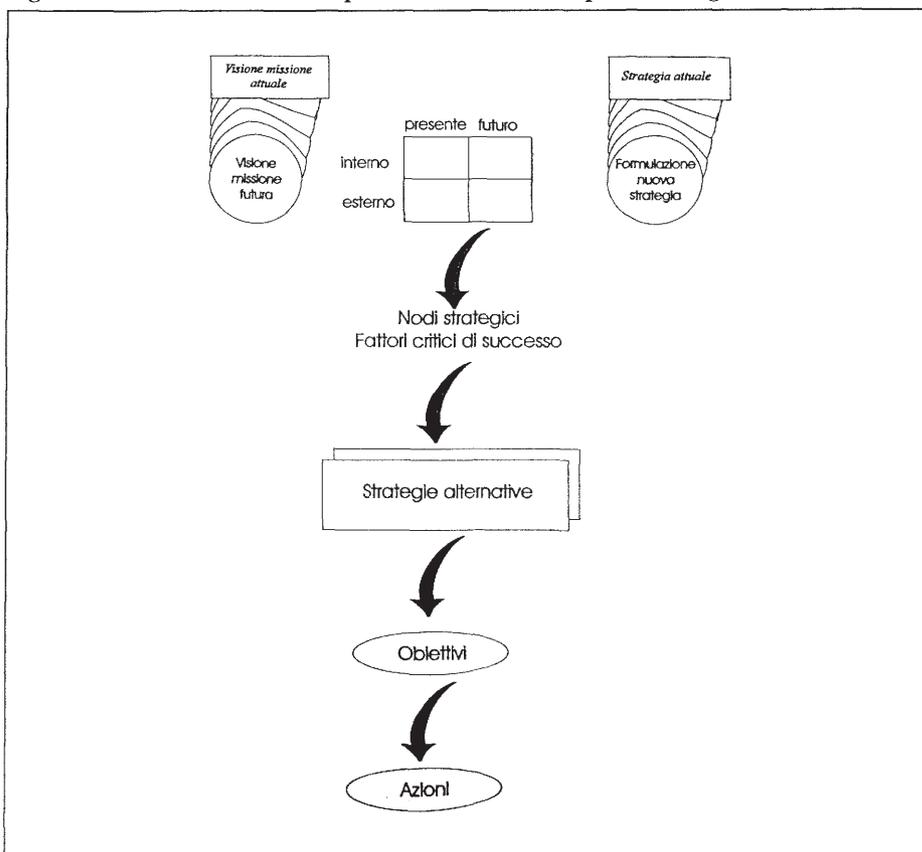
Queste domande possono essere riassunte *in dove va l'ospedale?* (esplicitazione della visione e dell'orientamento di fondo a cui si ispirano le politiche di intervento previste, definizione degli obiettivi a lungo termine) *quali sono gli interventi richiesti?*, *quale sarà l'impatto delle decisioni strategiche?* (a livello dell'ambiente esterno e a livello dell'assetto organizzativo e delle modalità di funzionamento dell'ospedale), *quali saranno le implicazioni finanziarie?* (in termini di modalità di acquisizione di risorse finanziarie e di diversificazione delle fonti di finanziamento).

Nella figura 2 viene presentato lo schema concettuale predisposto dalla Agenzia regionale (Servei Catala de la salut 1993) per la formulazione del piano strategico di impresa degli ospedali pubblici catalani.

Secondo le linee guida regionali il piano strategico deve innanzitutto esplicitare e chiarire la missione (pacchetti di servizi sanitari da offrire, clienti/utenti da soddisfare, valori organizzativi da favorire, ruolo giocato nel sistema sanitario regionale), a cui segue una sintetica descrizione del contesto di riferimento istituzionale per la pianificazione ospedaliera.

Viene poi consigliata la predisposizione di una diagnosi sui punti di forza e di debolezza della organizzazione, sulle risorse disponibili e sulle loro modalità di utilizzo ed una valutazione delle potenzialità presenti a livello di risorse umane e di risorse organizzative. Il piano strategico deve poi fornire precise indicazioni sul posizionamento dell'ospedale rispetto all'ambiente esterno (grado di copertura della domanda, capacità di attrazione), a

Figura 2 - Schema di riferimento per la formulazione del piano strategico



cui andranno collegate le previsioni sulla evoluzione dell'ambiente e sull'impatto delle tendenze future sull'ospedale.

Sulla base della diagnosi interna e della previsione sull'ambiente viene formulata la strategia da seguire, con una descrizione di possibili opzioni da seguire e dei motivi che hanno determinato la scelta delle opzioni strategiche.

Direttamente dipendenti dalla strategia scelta sono le proposte operative di configurazione fisica ed infrastrutturale, di modello organizzativo e di acquisizione ed utilizzo delle risorse. Anche per le proposte operative viene suggerita la presentazione di politiche di intervento alternative e i criteri di selezione adottati.

Nel piano strategico dovranno essere quindi inclusi i diversi Piani direttori settoriali; l'Agenzia regionale raccomanda di limitare il numero dei piani settoriali, inserendo quelli più rilevanti (sulla tecnologia sanitaria, sulla informatizzazione, sulla comunicazione e relazioni con gli utenti, sulle infrastrutture e logistica).

Ai piani direttori segue la valutazione sulle impatto economico finanziario delle azioni previste e la elaborazione del piano di finanziamento.

Infine sono sviluppati, per i diversi Piani direttori, i piani e programmi operativi con gli interventi da mettere in campo a breve periodo. La struttura proposta per il piano strategico viene completata da un allegato in cui viene descritto il processo di elaborazione (metodologie adottate, organi coinvolti, responsabili delle diverse fasi, sistema informativo a supporto).

## 2.2. Il Piano direttore

La scelta di utilizzare come caso di studio nella realtà spagnola il Piano direttore del complesso multiospeda-

liero pubblico di Vall d'Hebron è motivata da:

— l'utilizzo dello strumento degli scenari nella valutazione dell'ambiente esterno;

— la specificità presentate dal processo di elaborazione in cui sono stati distinti tre ambiti di intervento (con una accurata specificazione di funzioni e ruolo dei diversi attori coinvolti);

— l'integrazione tra scelte relative all'offerta dei servizi con le decisioni sulla configurazione infrastrutturale fisico tecnica.

Il Piano direttore non costituisce, come ricordato, il vero e proprio piano strategico di impresa (in corso di predisposizione da Vall d'Hebron) ma una sua articolazione operativa in cui viene dedicata particolare attenzione ad interventi settoriali con forte valenza strategica; nel caso specifico sono gli interventi sull'assetto infrastrutturale e logistico dell'intero complesso multiospedaliero barcellonese.

Le innovazioni rappresentate dal metodo degli scenari e dal processo di elaborazione giustificano ampiamente l'analisi della esperienza del Piano direttore che non è comunque confrontabile con i piani strategici di Health and Hospital corporation e di Assistance Publique Hopitaux de Paris.

Punto di partenza per l'elaborazione del Piano direttore è stato un esame approfondito del contesto organizzativo interno e dell'ambiente esterno; significativi sono i punti di contatto tra questo approccio e la metodologia SWOT (analisi delle minacce e delle opportunità nell'ambiente esterno e dei punti di forza e di debolezza della azienda ospedaliera) ampiamente adottata a Parigi e New York.

Per quanto riguarda il contesto organizzativo è stata condotta una analisi della situazione esistente della Città sanitaria universitaria, individuando i problemi chiave da affrontare e risolvere ed arrivando alla selezione delle

aree di attività (le cosiddette aree chiave) da potenziare e sviluppare.

Per quanto concerne invece l'ambiente esterno sono state approfondite le linee di tendenza attraverso l'adozione del metodo degli scenari; si è cercato di fornire risposte ad alcuni quesiti di fondo che sono la comprensione delle modalità di evoluzione dell'ambiente, la valutazione delle tendenze future e l'identificazione delle opportunità e delle minacce presenti nell'ambiente.

L'adozione del metodo degli scenari costituisce una interessante innovazione rispetto agli altri modelli di pianificazione strategica di gruppi multiospedalieri pubblici; infatti soltanto Health and Hospital corporation ha formalizzato nel suo piano due scenari di riferimento dell'ambiente esterno senza arrivare ad una descrizione dettagliata degli stessi.

I gruppi di lavoro di Vall d'Hebron hanno infatti costruito una serie di scenari sul futuro, effettuando una serie di ipotesi sulla evoluzione di numerose variabili che sono il contesto sociodemografico, le tendenze a livello epidemiologico e nosologico (panorama sanitario), la tecnologia sanitaria, assetto organizzativo e sistemi gestionali delle organizzazioni sanitarie ed infine l'assetto del sistema sanitario.

Per ogni variabile o meglio «macrovariabile» sono stati individuati specifici fattori descrittivi; ad esempio il contesto sociodemografico viene interpretato con sei specifici fattori, il «panorama della salute» con due (manifestarsi di nuove patologie e miglioramento degli stili di vita). I singoli fattori sono stati distinti tra fattori ad elevata incertezza e fattori prevedibili; per questi ultimi è stato presentato il grado di probabilità.

Dalla combinazione tra fattori e grado di probabilità relativa sono risultati uno scenario base e sei scenari alternativi; per ogni scenario è stato

valutato in termini qualitativi l'impatto atteso sulla organizzazione e sulle modalità di funzionamento della Città sanitaria universitaria.

La valutazione del contesto interno e degli impatti attesi precedono nel Piano direttore la formulazione della strategia a medio periodo per il complesso ospedaliero e l'esplicitazione delle linee guida che dovranno governare e coordinare l'attuazione futura della strategia e le singole azioni comprese nella fase realizzativa.

Il Piano direttore si suddivide in Piano direttore urbanistico, che include gli interventi architettonici e di razionalizzazione dell'area in cui è inserita la Città sanitaria universitaria (parcheggi, spazi liberi, patrimonio edificato) e il Piano direttore di ridefinizione logistica (remodelaciò) in cui sono dettagliati gli interventi tecnici.

Ad esempio il Piano di ridefinizione logistica (remodelaciò) individua come priorità il potenziamento delle attività per esterni (ambulatori divisionali, spedalizzazione domiciliare, day hospital) con la conseguente riorganizzazione degli spazi, la costituzione di un blocco tecnologico centrale, il miglioramento della qualità dei servizi collaterali, il potenziamento delle infrastrutture a supporto della attività di ricerca e formazione.

Le linee prioritarie di intervento si collegano a specifiche azioni sul lato dell'offerta (mantenimento della dotazione globale dei posti letto con una redistribuzione tra le diverse specialità, rafforzamento dei servizi di diagnostica strumentale e tecnologici) e sono parte integrante della visione, contenuta nel Piano direttore di urbanistica, sulla configurazione del complesso multiospedaliero (i concetti di continuum ospedaliero e di connessione tra i vari edifici, la specializzazione funzionale dei diversi edifici e delle diverse aree).

Tre sono gli ambiti in cui si è sviluppato il processo di elaborazione del Piano strategico; la supervisione e la assunzione di decisioni, l'integrazione e il coordinamento, il lavoro di elaborazione tecnica e la valorizzazione delle competenze e professionalità esterne.

Per ogni ambito sono stati identificati i ruoli e le figure di riferimento:

— la funzione decisionale e di supervisione è stata attribuita alla Gerencia (ossia al vertice direzionale della Città sanitaria ed universitaria, i direttori dei centri ospedalieri) ed alla Commissione al Piano;

— la funzione di integrazione e coordinamento al Coordinatore del piano;

— la funzione di elaborazione tecnica e di raccolta e sistematizzazione delle conoscenze esterne ai Gruppi di lavoro tecnici ed al Panel Salute.

La Commissione era formata dal management della Città sanitaria ed universitaria e da rappresentanti delle due Agenzie regionali (Servizio catalano per la sanità, Istituto catalano per la sanità) e del Dipartimento della sanità della Regione.

La Commissione è stata suddivisa in quattro gruppi di lavoro che si sono occupati della analisi dell'ambiente, della valutazione della domanda dei servizi sanitari, della verifica delle modalità di offerta dei servizi sanitari, della ricognizione della infrastruttura fisica.

Molto interessante è l'esperienza del Panel salute che rappresenta un organismo aperto a cui sono invitati a partecipare i componenti dei gruppi di lavoro tecnici, la Commissione al piano, le associazioni professionali dei medici, gli esponenti della pubblica amministrazione locale, esperti e consulenti esterni.

Il Panel salute consente di riportare all'interno del processo di elaborazione aspettative, orientamenti, visioni ed interessi della società civile e dei diversi attori che operano nell'ambiente

socioeconomico; decisamente originale è la scelta di introdurre esperti dall'esterno rispetto alla soluzione adottata da APHP Parigi di istituzione dei Forum salute in cui sono coinvolti medici ed esperti universitari provenienti dagli ospedali del gruppo.

La descrizione del processo di elaborazione va completata dalla presentazione delle attività svolte all'interno dei tre ambiti. La stesura del Piano direttore è attribuita al Coordinatore del piano che definisce i criteri e le linee guida per l'elaborazione del documento, ricopre un ruolo di interfaccia, tra l'ambito di elaborazione tecnica e quello decisionale, e di supervisione e coordina il processo di elaborazione, attraverso raccomandazioni e linee di orientamento.

La gestione del Piano direttore è di competenza della Gerencia e della Commissione al piano; i due ruoli assicurano una direzione di insieme al processo di pianificazione, pongono le domande sull'evoluzione dell'ambiente, sulla domanda e sull'offerta, a cui rispondono i gruppi di lavoro tecnici. Gerencia e Commissione si occupano della formulazione delle alternative strategiche.

Compito dei gruppi di lavoro tecnici è rispondere ai quesiti dall'ambito decisionale e di coordinare l'attività del Panel salute, in cui viene operata una integrazione tra informazione interna ed esterna ed in cui vengono acquisiti i giudizi degli esterni.

### **3. New York, New York ovvero la formulazione della strategia in un sistema multiospedaliero pubblico**

#### *3.1. Gli ospedali statunitensi; dalla pianificazione finanziaria alla gestione strategica*

Tra i sistemi multiospedalieri gestiti negli Stati Uniti dalle Amministra-

zioni locali Health and Hospitals Corporation di New York (H.H.C.) costituisce sicuramente la realtà più rilevante. H.H.C. si caratterizza come organizzazione multiospedaliera pubblica e presenta il seguente assetto organizzativo:

- unità di staff centralizzate (Finanza, Sistemi informativi, Gestione del personale medico e professionale, Gestione del personale infermieristico, Pianificazione, Affari Legali, Relazioni Pubbliche;

- unità centralizzata per i servizi di lavanderia;

- 11 ospedali (ricoveri per acuti);

- 5 strutture di lungo degenza;

- 6 Centri sanitari territoriali in cui sono collocati i consultori familiari, i centri di assistenza domiciliare e le strutture di offerta di prestazioni diagnostiche strumentali.

Ad H.H.C. fanno inoltre riferimento una Health Maintenance Organization, in pratica una società assicurativa sanitaria che utilizza come fornitori esclusivi le strutture di offerta e tre società per azioni (subsidiary corporation), di cui la corporation è azionista di maggioranza che sono HHC Capital Corporation (coordinamento delle politiche finanziarie del gruppo) Nurse Referral (gestione di personale infermieristico ed ausiliario part-time) Outpatient Pharmacies (gestione delle farmacie) (Bergamaschi 1994).

Prima di esaminare il caso di H.H.C. è necessario richiamare il processo di evoluzione della funzione di pianificazione negli ospedali statunitensi (si veda figura 3) for profit e no profit, a cui sono assimilati gli ospedali municipali (i Safety Network).

Nella prima fase (metà anni '60 inizio anni '70) ruolo dominante veniva svolto dalla pianificazione finanziaria che si basava sulla elaborazione di piani di investimento finalizzati all'aumento della capacità produttiva (dotazione di posti letto, acquisto di

tecnologie sanitarie) ed alla individuazione del fabbisogno finanziario necessario (autofinanziamento, indebitamento presso banche, emissioni obbligazionarie, conferimenti soci).

La pianificazione finanziaria era focalizzata sull'interno della organizzazione ospedaliera con una rilevante attenzione al raggiungimento di un equilibrio tra introiti legati ai rimborsi assicurativi e flussi di cassa in uscita. Numerose esperienze concrete hanno chiaramente evidenziato i limiti di questo approccio sintetizzabili nella sottovalutazione delle dinamiche ambientali e del contesto competitivo in cui operavano gli ospedali; gli ospedali statunitensi hanno così adottato sistemi di pianificazione attenta all'ambiente. Venivano infatti definiti, in base all'analisi delle tendenze ambientali (a livello epidemiologico, socio-sanitario ed istituzionale), obiettivi e programmi di attività che nella maggior parte dei casi non venivano correlati ai piani finanziari. Aspetto sicuramente positivo era la focalizzazione verso l'esterno dei sistemi di pianificazione, con una forte attenzione alla valutazione delle opportunità di «mercato». Questo contesto ha visto la nascita e lo sviluppo della funzione di marketing e di iniziative di comunicazione istituzionale nei confronti dei «pubblici» di riferimento degli ospedali (comunità locali, associazioni di utenti/pazienti, associazioni di medi-

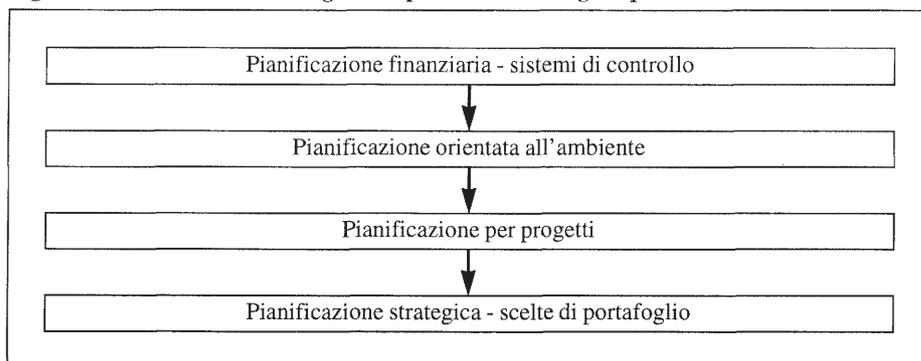
ci, agenzie di regolazione statali e federali, imprese assicuratrici).

Questo approccio alla pianificazione, sviluppato tra la seconda metà degli anni '70 e l'inizio degli anni '80, rappresenta la traduzione nel contesto sanitario dei modelli di pianificazione razionale, adottati nel privato e basati sulla interdipendenza tra definizione delle priorità ed esplicitazione dei programmi attuativi e dei fattori produttivi necessari.

Significativi sono stati i limiti evidenziati dalla pianificazione ambientale; notevoli difficoltà si sono riscontrate in fase realizzativa (mancato raccordo tra strategia e struttura organizzativa). In molti ospedali for profit e no profit non si è infatti riusciti a modificare assetto organizzativo e modalità di funzionamento al fine di facilitare il conseguimento delle priorità.

Durante gli anni '80 si è cercato così di raggiungere una maggiore sintonia tra gli obiettivi di intervento a medio periodo ed assetto organizzativo attraverso un terzo approccio alla pianificazione, la pianificazione per progetti, che assegna particolare enfasi al raccordo tra contenuti del piano e interventi di razionalizzazione e modernizzazione organizzativa. Con la pianificazione per progetti vengono valutate la fattibilità organizzativa-logistica ed economico finanziaria di priorità e programmi attuativi; i piani mettono in evidenza gli interventi da realizzare

Figura 3 - L'evoluzione delle logiche di pianificazione negli ospedali statunitensi



(costituzione di unità di staff, ridefinizione della ma crostruttura organizzativa, creazione di gruppi di lavoro e di project team).

L'accelerazione delle dinamiche competitive nel contesto statunitense, legata alla introduzione di sistemi di pagamento prospettico basati sui Diagnosis related group e sulla introduzione delle H.M.O., ossia di piani assicurativi integrati con le strutture di offerta, ha comportato una ulteriore revisione della funzione di pianificazione. Gli anni '80 si sono quindi chiusi con la adozione presso gli ospedali for profit e non profit e soprattutto presso le grandi «catene» ospedaliere statunitensi (i multihospital systems) dei sistemi di pianificazione strategica.

Mediante questo approccio si sono trasferiti ed adattati agli ospedali i sistemi di pianificazione strategica delle imprese basati sulla applicazione della analisi SWOT. Con questo acronimo viene sintetizzata la valutazione delle opportunità e minacce a livello ambientale e dei punti di forza e di debolezza all'interno della organizzazione. Attraverso i sistemi di pianificazione strategica viene quindi operata una efficace sintesi tra focalizzazione all'interno e focalizzazione all'esterno.

Gli ospedali sono poi suddivisi in aree strategiche di attività, viste come combinazione tra servizi erogati e segmenti di utenti/clienti; le diverse ASA vengono considerate come aree di business e ne vengono studiate le implicazioni in termini di cash flow (rapporto tra flussi di cassa positivi e negativi) e di redditività (rapporto tra costi e ricavi).

Il processo di pianificazione strategica si conclude con le scelte di posizionamento che esprimono una valutazione sulle ASA da espandere e rafforzare e sulle ASA in cui è opportuno disinvestire risorse e ridimensionare l'intervento.

L'approccio di pianificazione strategica sta presentando una ulteriore evoluzione verso i sistemi di gestione strategica che cercano di attenuare la rigidità delle scelte di posizionamento (definite come scelte di portafoglio) che si sono finora fondate su pochi parametri, riservando particolare attenzione alla valutazione del sistema competitivo (concorrenti attuali e potenziali) e delle relazioni tra singolo ospedale, fornitori (di farmaci, di tecnologie, di servizi generali e logistici) e clienti (visti come segmenti di utenti e come «terzi paganti»).

### 3.2. *Il processo di pianificazione strategica di HHC - New York*

H.H.C. iniziò nel 1985 un processo di pianificazione strategica con obiettivo di rispondere ai cambiamenti che si stavano verificando a livello nazionale nel finanziamento e nell'offerta dei servizi sanitari; immediato è il parallelo con le motivazioni che hanno portato, nello stesso periodo, gran parte degli ospedali statunitensi for profit e no profit, ad adottare sistemi di pianificazione strategica.

Tre sono le variabili del processo di pianificazione di HHC che meritano un particolare approfondimento:

- l'articolazione del processo di pianificazione strategica;
- le metodologie adottate;
- il contenuto del Piano strategico e del Report di aggiornamento del Piano strategico.

*L'articolazione del processo di pianificazione strategica.* È stato inizialmente costituito un Comitato per la Pianificazione Strategica con funzioni di valutazione delle tendenze ambientali di medio-lungo periodo e di verifica della capacità e delle potenzialità di H.H.C.; all'interno del Comitato è stato poi costituito un Comitato più ristretto composto dai Direttori dei più

importanti ospedali e centri sanitari della rete pubblica newyorchese.

La formazione dei Comitati è stata accompagnata dalla ristrutturazione della funzione di pianificazione a livello di gruppo di cui elementi rilevanti sono l'individuazione di una figura di Vice Presidente con delega alla pianificazione strategica e la creazione di una specifica unità di staff, attraverso la ricollocazione di operatori provenienti dagli staff Finanza, Gestione degli investimenti e Gestione del personale medico.

Nel 1987 è iniziato il processo di pianificazione strategica in cui possono essere distinte le seguenti fasi:

- preparazione di un rapporto (da parte dello staff di pianificazione con una società di consulenza esterna) (1987) su scenari alternativi di evoluzione del contesto sociosanitario ed epidemiologico di New York e sulle possibili opzioni di sviluppo futuro per H.H.C.;

- valutazione (1987-1988) dei contenuti del rapporto da parte del Comitato per la pianificazione strategica, del Municipio di New York e del management ospedaliero di HHC (i Direttori esecutivi);

- formulazione da parte del Comitato e del Consiglio di Amministrazione di HHC delle linee guida di programmazione strategica;

- confronto tra linee guida e proposte ed osservazioni formulate dal management ospedaliero interno (1988);

- presentazione del Piano strategico di HHC, di attuazione della opzione Community oriented health care system al governo municipale ed approvazione dello stesso.

Nella fase di confronto interno alla corporation multiospedaliera pubblica gli staff centrali di HHC avevano sintetizzato i principali contenuti della analisi strategica svolta a livello di corporate ed avevano chiesto ad ogni

direttore di ospedale di sviluppare una «visione» per la propria struttura, di identificare i nodi strategici relativamente alle strutture organizzative e all'offerta di servizi e di proporre tempi e modalità per il completamento di un piano di sviluppo specifico.

*La metodologia.* Ruolo rilevante ha assunto nell'esperienza di HHC la valutazione delle tendenze future: l'unità di staff con il supporto delle strutture interne ha infatti predisposto una serie di documenti contenenti le proiezioni demografiche ed economiche, le previsioni sulla domanda di specifici servizi, il futuro bacino di utenza di H.H.C., la capacità di offerta di servizi (comprensiva di letti di terapia intensiva, attività ambulatoriale, pronto soccorso, letti di lungodegenza, prestazioni di microchirurgia ambulatoriale e visite mediche a domicilio).

Sono state poi individuate 2 opzioni strategiche per HHC intese come politiche di intervento alternative finalizzate ad ottimizzare il rapporto tra esigenze sanitarie delle popolazione newyorchese e capacità di offerta di HHC (Bergamaschi 1994).

Le due opzioni presentavano una serie di elementi comuni (segmentazione dei servizi offerti, focalizzazione su determinate fasce di utenza, rinegoziazione dei trasferimenti finanziari con il municipio) ma differivano profondamente a livello di orientamento di fondo e scelte di organizzazione dei servizi.

Obiettivo della prima opzione «strategic realignment» era il mantenimento della quota di mercato di H.H.C., prevedendo un più adeguato equilibrio tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri e un deciso recupero di efficienza nel modello di offerta dei servizi.

Finalità della seconda opzione denominata «Community-Oriented Health Care System», era la messa in atto di interventi finalizzati al miglio-

ramento dello stato di salute dei cittadini e non soltanto a recuperi di efficienza. Veniva così confermato l'obiettivo di garantire i servizi sanitari ad utenti attuali e futuri attraverso modalità di azione orientate al soddisfacimento dei bisogni della comunità.

È stata poi valutata poi la fattibilità istituzionale e gestionale delle due opzioni strategiche in funzione di due possibili scenari alternativi di evoluzione del sistema sanitario statunitense, che sono stati disegnati dagli staff di HHC.

A differenza degli altri due casi esaminati la formulazione degli scenari è stata attività tutta interna agli staff di HHC e ha visto solo marginalmente coinvolti soggetti esterni attraverso strumenti come Forum (caso APHP) e i Panel salute (caso Vall d'Hebron).

Gli scenari contenevano, come vedremo, linee di tendenza a livello qualitativo (non sono state prese in considerazione le probabilità associate) e dedicavano estrema attenzione a prefigurare quale sarà il ruolo che andrà ad assumere H.H.C. nel sistema stesso.

I due scenari considerati sono:

a) accentuazione del grado di competizione all'interno del sistema sanitario;

b) introduzione di un sistema di copertura sanitaria universale.

Il primo scenario vedeva un forte disimpegno dell'intervento del governo federale e dei governi statali, una deregolamentazione e l'adozione di sistemi di rimborso da parte dei fondi assicurativi pubblici e privati finalizzati a selezionare i centri di offerta più efficienti. In questo primo scenario HHC adottava strategie di risposta finalizzata ad acquisire maggiori risorse ed a rafforzare la propria capacità competitiva rispetto ad altre strutture di offerta su costi e qualità dei servizi erogati.

Lo scenario di copertura sanitaria universale (riconducibile ai contenuti delle varie proposte del Presidente Clinton 1992-1993 si veda Meneguzzo 1994) vedeva un deciso allargamento dei fondi assicurativi pubblici e privati, associato però a forme di concorrenza tra le strutture di offerta, basata sulla qualità dei servizi forniti agli utenti. L'attenzione alle esigenze degli utenti mirate all'ottenimento di una migliore qualità nei servizi forniti diventa quindi la strategia di risposta che HHC doveva adottare in via prioritaria per non perdere utenti e veder così diminuite le risorse provenienti dai terzi paganti.

Nella definizione dei contenuti e delle modalità di articolazione del Piano strategico 1990-1995 gli staff di HHC hanno cercato di bilanciare le caratteristiche dello scenario di copertura assicurativa universale con gli obiettivi di riduzione dei costi, di miglioramento della qualità e di ottenimento di una maggiore efficienza.

Il piano strategico è stato formulato per rispondere ad un ambiente esterno sempre più competitivo (adozione di sempre più stringenti sistemi di rimborso delle prestazioni e sviluppo delle HMOs nel sistema sanitario).

*Il contenuto del Piano strategico e del Report di aggiornamento strategico.* Il piano strategico di HHC fa riferimento alla opzione di Community oriented health care systems e si articola su cinque priorità. Per ogni priorità il piano definisce i programmi attuativi ed il quadro delle risorse finanziarie; notevole rilevanza ha infatti assunto il Piano di investimenti straordinario deciso da HHC in funzione delle priorità strategiche.

Le cinque priorità del Piano strategico sono:

1) bilanciamento tra i servizi offerti.

Viene previsto un sistema integrato di offerta di servizi da parte di

HHC basato su servizi sanitari di comunità, servizi ambulatoriali e servizi ospedalieri per acuti e non. Molti programmi attuativi sono finalizzati alla espansione dei servizi che rappresentano un'alternativa meno costosa ai ricoveri, come visite ambulatoriali, chirurgia ambulatoriale, day hospital, specializzazione domiciliare, servizi psichiatrici e di lungo degenza;

2) ridefinizione complessiva del sistema.

I centri di offerta territoriali di HHC offriranno un pacchetto globale di servizi (medicina di comunità, prevenzione e medicina di base); nei centri medici di base vengono messi a disposizione ai pazienti che accedono regolarmente ai servizi di H.H.C.

Il funzionamento di H.H.C. come sistema integrato richiede interventi destinati ad agevolare l'interconnessione tra i differenti livelli di assistenza ed a ottimizzare l'uso delle risorse; esempi di questi interventi sono il potenziamento della trasmissione di dati e informazioni, il facilitare il trasferimento dei pazienti da una struttura all'altra, il decentramento di determinati servizi specialistici;

3) riqualificazione degli operatori. Viene richiesto un ampio e diffuso processo di riqualificazione del personale anche attraverso programmi di formazione e aggiornamento con l'obiettivo di sviluppare la cultura dell'orientamento all'utente;

4) rinnovamento delle strutture e della dotazione tecnologica. Molti programmi si occupano degli investimenti necessari per il rinnovo della dotazione infrastrutturale e soprattutto tecnologica al fine di migliorare standard qualitativi di offerta e aumentare l'accessibilità ai servizi;

5) sviluppo di capacità manageriali e operative. Specifici programmi di intervento erano destinati a creare e rafforzare le capacità manageriali e di leadership degli operatori tecnici e sa-

nitari di HHC e a sviluppare sistemi di responsabilizzazione economica sui risultati raggiunti e sulle risorse gestite a livello di singolo ospedale.

Nel 1993 l'unità di pianificazione strategica di HHC di intesa con il Consiglio di Amministrazione e con i Direttori delle diverse strutture ospedaliere ha proceduto alla revisione ed all'aggiornamento del Piano strategico (HHC a) 1993) partendo dalla verifica su difficoltà riscontrate e risultati conseguiti.

L'aggiornamento del Piano strategico prende in considerazione per le cinque priorità più sopra richiamate, obiettivi posti inizialmente, grado di realizzazione degli obiettivi e risultati raggiunti, principali ostacoli incontrati nel processo di implementazione.

Nel report viene poi fornito l'aggiornamento sulle tendenze ambientali, socioeconomiche, sanitarie ed epidemiologiche che hanno fornito il quadro di riferimento per la formulazione del piano strategico. Altre tendenze esaminate sono il grado di competitività tra i centri di offerta all'interno del sistema sanitario newyorchese e la situazione delle finanze del Municipio, che rappresenta l'azionista di riferimento per HHC (Bergamaschi 1994).

L'aggiornamento del piano strategico si conclude con la presentazione delle azioni prioritarie da realizzare negli ultimi due anni del periodo di riferimento (le «follow up priorities») facendo sempre riferimento alle cinque linee guida.

#### **4. Dai Master Plan alla Strategia 1990-1995; l'approccio strategico nel gruppo multiospedaliero pubblico di Parigi**

La rassegna delle esperienze di pianificazione strategica si conclude con l'esame del caso di Assistance Publique Hopitaux de Paris, il gruppo mul-

tiospedaliero pubblico del Comune di Parigi. L'approfondita analisi (Mene-guzzo 1993) condotta sull'assetto istituzionale, sulla gestione economico finanziaria e soprattutto sulla configurazione organizzativa costituisce il quadro di riferimento per l'analisi dell'approccio strategico che questo gruppo ha adottato alla fine degli anni '80 dopo una ventennale esperienza di pianificazione delle risorse e di pianificazione per programmi.

Il richiamo nel titolo al concetto di Master Plan consente di effettuare una serie di considerazioni preliminari proprio sulla esperienza di pianificazione. APHP come la maggior parte delle organizzazioni, agenzie ed imprese pubbliche francesi ha da sempre operato in un contesto caratterizzato dalla cultura della «pianificazione a lungo periodo». Dall'inizio del dopoguerra la Pubblica amministrazione francese ha infatti utilizzato con vigore lo strumento del Piano pluriennale; dal Piano economico nazionale, ai piani pluriennali delle grandi imprese nazionali (Poste, Elettricità, Ferrovie) o dei Ministeri forti (tipico esempio il Ministero delle infrastrutture pubbliche - Equipment). Negli anni '60 APHP che era un gruppo multiospedaliero del Comune di Parigi di dimensioni minori rispetto all'attuale aveva predisposto ed adottato un primo Master Plan (1964-1975) in linea con gli orientamenti consolidati in quel periodo storico che prevedevano una pianificazione a lungo periodo degli investimenti.

APHP doveva sviluppare la propria dotazione infrastrutturale modernizzando e effettuando interventi di manutenzione straordinaria in molti ospedali della rete ospedaliera e procedere contemporaneamente alla dismissione delle infrastrutture immobiliari più obsolete. Al primo piano direttore hanno fatto seguito un secondo ed un terzo Master Plan, formulati ed

attuati a cavallo tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80; l'articolazione di questi documenti evidenzia chiaramente che APHP ha abbandonato l'approccio della pianificazione finanziaria (pianificazione a lungo periodo dei fattori produttivi) ed è passata ad adottare approcci di pianificazione razionale e formale in cui veniva ricercata una maggior coerenza tra obiettivi di investimento in infrastrutture, politiche del personale, programmi di attività e budget finanziari.

Negli ultimi anni, come più avanti spiegato, APHP ha decisamente optato per un approccio strategico e per una impostazione basata sul raccordo strategia struttura, impostazione che sta caratterizzando il Piano Strategico 1990-1995.

L'evoluzione nella logica di pianificazione, che riflette processi e dinamiche riscontrati in ospedali e sistemi ospedalieri, pubblici e privati di altri sistemi sanitari (si veda il caso degli Stati Uniti in 3.1) è stata accompagnata dal ridimensionamento della forte centralizzazione decisionale e gerarchica che ha caratterizzato i processi di elaborazione dei primi Piani direttori. Dai modelli «top down» di pianificazione, in cui gli staff centrali di APHP fissavano in modo autoritario obiettivi e programmi per tutti gli ospedali del gruppo si è passati a modelli di contrattazione in cui il «centro» di APHP decide e negozia priorità ed interventi con la «periferia», sulla base dei piani strategici predisposti dai 50 ospedali del gruppo.

Tre sono le variabili caratterizzanti della esperienza di riorientamento strategico di APHP che verranno prese in considerazione:

— il processo di formulazione del Piano strategico;

— l'articolazione del Piano strategico 1990-1995 (le due opzioni strategiche APHP più efficace e APHP più accogliente);

— le modalità di verifica e monitoraggio sulla attuazione del Piano strategico.

*La formulazione del Piano strategico.* Particolare rilevanza viene assunta nella analisi della esperienza di APHP dai presidi organizzativi a cui è stata affidata l'elaborazione del Piano. I presidi organizzativi operano a due livelli; a livello centrale (Siege) articolato in diverse Direzioni e unità di staff, amministrative e tecniche, e a livello di singoli ospedali del gruppo.

A livello centrale opera la Direzione Strategia con 50 operatori circa articolata su quattro principali aree di attività; Studi e ricerche epidemiologiche (analisi del case mix, evoluzione della domanda, valutazione capacità di attrazione, andamento di specifiche patologie) e Servizio del Piano (pianificazione della dotazione tecnologica e pianificazione della attività sanitaria). Altre due aree sono il CEDIT (analisi e valutazione delle tecnologie sanitarie - technology assessment) e la Ricerca clinica (attività di ricerca scientifica e coordinamento ricerca universitaria, rapporti con organismi scientifici come CNRS e INSERM). Alla Direzione strategia è stata recentemente affidata l'UO di coordinamento dei servizi infermieristici (sviluppo del nursing, politiche e progetti di trattamento diagnostico e terapeutico).

La Direzione strategia costituisce quindi un supporto forte al processo di pianificazione nonostante presenti alcuni elementi critici, quali l'inserimento di attività non molto coerenti con la vocazione caratteristica; interessante è il raccordo con sistema informativo, valutazioni epidemiologiche, ricerca e soprattutto pianificazione degli investimenti.

Sponda per la Direzione strategica sono gli staff di pianificazione (di dimensioni ridotte) collocati nei circa 50 ospedali del gruppo; ad esempio nei

Centri ospedalieri universitari troviamo tra le unità di staff al Direttore generale (Gestione delle Risorse umane, gestione personale medico, Servizi economici, Finanze, Servizi tecnologici ed investimenti) l'unità Strategia - rapporti con la clientela.

La denominazione scelta bene evidenzia la decisione del management di APHP di mantenere una stretta integrazione tra scelte di posizionamento sul mercato dell'ospedale, l'individuazione di aree strategiche di servizi/attività e le politiche di marketing.

Ma la più interessante peculiarità del processo di elaborazione della strategia è costituita dalla scelta di un ampio e diffuso coinvolgimento di tutti gli operatori del gruppo; insieme agli staff centrali ed agli staff decentrati negli ospedali hanno lavorato ben ventitre gruppi di lavoro (si veda le considerazioni successive sulle fasi preparatorie).

In tutti gli Ospedali sono stati poi organizzati Forum di informazione e discussione sui contenuti del Piano strategico di ospedale e di APHP e sugli orientamenti e sui progetti sanitari predisposti dai diversi gruppi di lavoro; nei Forum sono stati complessivamente coinvolti circa 3000 operatori del gruppo.

Rilevante è lo sforzo fatto da APHP a livello di individuazione prima e di sistematizzazione poi di una metodologia comune a tutto il gruppo per la messa in atto del processo di pianificazione strategica; tra il 1986 ed il 1988 sono stati predisposti due documenti guida, uno che introduceva (1987) la metodologia di analisi dell'ambiente e dei punti di forza e di debolezza, versione transalpina della metodologia SWOT, ed un secondo (1988 l'ospedale del 21 secolo) in cui si cercava di fornire indicazioni ai costituendi gruppi di lavoro sull'analisi delle tendenze.

Nel Piano strategico sono infatti confluite le indicazioni e le riflessioni contenute in numerosi studi e ricerche predisposte all'interno del gruppo che sono:

- gli orientamenti per le funzioni centrali; si tratta di dossier che analizzano le linee di tendenza e fissavano primi obiettivi per settori come economico finanziario, tecnologie biomediche, informatica, gestione delle risorse umane, patrimonio, comunicazione e marketing, logistica e lavori;

- le linee di evoluzione delle discipline medico chirurgiche;

- gli orientamenti per aree di attività sanitaria.

Come per le funzioni centrali sono state fornite specifiche indicazioni e raccomandazioni per arrivare ad una riprogettazione delle modalità di offerta dei servizi sanitari, in base alle linee di tendenza emerse per le discipline medico chirurgiche. Molto interessanti sono le indicazioni sulla individuazione di poli di eccellenza/poli di riferimento (in aree come biologia ed immunologia, cardiologia-cardiologia, neurologia, trapianto d'organi) sulla integrazione ospedali per acuti/ospedali di lungodegenza, sulla cooperazione poli di riferimento/antenne e sul concetto di filiera che sostituisce la organizzazione per servizi e per discipline (APHP c) 1990).

La cooperazione poli/antenne prevede che vi siano all'interno del gruppo ospedali specializzati su determinate patologie e/o su determinate attività, in cui vengono concentrati gli investimenti in tecnologie sanitarie, ricerca e sviluppo, sviluppo professionale e dotazione di personale; questi centri sono però in stretto collegamento con le antenne, collocate in altri ospedali del gruppo e che trasferiscono ai centri i casi più complessi e svolgono funzione di filtro del case mix per specialità. Attraverso questo sistema si dovrebbero avere in prospettiva

ospedali con un polo di riferimento e con una pluralità di antenne, passando dalla logica di gruppo multiospedaliero a quella di network multiospedaliero.

Anche il concetto di filiera introdotto con il Piano strategico rappresenta una importante anticipazione degli interventi in atto in molti contesti negli ultimi due tre anni finalizzati a ridefinire il modello organizzativo dell'ospedale su una logica di responsabilità per processo o per patologia trattata (DRGs) e non più per servizio specialistico (es. medicina, chirurgia, ostetricia ginecologia, cardiologia).

Tra i tre casi esaminati APHP ha quindi sicuramente dedicato il maggior impegno e notevoli risorse alla predisposizione del piano strategico; la superiorità relativa di APHP è sicuramente giustificata dalla complessità del gruppo.

Significativa è l'attenzione posta alla evoluzione delle discipline medico scientifiche che non si riscontra in altre esperienze, che sembrano maggiormente guardare, con il supporto del metodo degli scenari, alla evoluzione dell'ambiente socioeconomico e politico istituzionale.

*L'articolazione del Piano strategico 1990-1995.* Come anticipato due sono le opzioni fondamentali di intervento intorno a cui è stato elaborato il piano strategico di APHP. Per le due opzioni vengono specificate le priorità di intervento a cui fanno riferimento i diversi programmi di intervento; sulla base della gerarchia logica opzionipriorità-programmi è stata poi sviluppata l'attività di verifica e monitoraggio del piano che ha riguardato evidentemente soltanto gli specifici programmi.

La prima opzione è *APHP più efficace*; le priorità di intervento rispetto a cui l'intero gruppo dovrà impegnarsi per assicurare una maggiore efficacia sono il garantire una assistenza medi-

ca sanitaria di qualità, la modernizzazione della gestione e la deconcentrazione; con questo termine si intende lo snellimento e il trasferimento di competenze dalle strutture centralizzate agli ospedali, che dovrebbe comportare a regime una riduzione del 30% della dotazione organica della Siege (uffici centrali del gruppo).

Ad esempio i programmi riconducibili alla priorità assistenza medica di qualità sono la riorganizzazione della attività sanitaria, la ristrutturazione delle urgenze, il potenziamento della dotazione tecnologica, lo sviluppo dei poli di riferimento (Cardiologia-Cardiologia, Trapianti, Biologia molecolare), la diffusione della attività di technology assessment, l'introduzione di audit medico, la ricerca clinica. Interessante è la definizione di contratti di programma interni o al gruppo (tra strutture centrali e management ospedaliero) o al singolo ospedale (tra direttore e responsabile di unità operativa) finalizzati alla introduzione di interventi di miglioramento della funzionalità o di qualità totale a livello micro.

Alla priorità di deconcentrazione, oltre al trasferimento di funzioni e di personale dal centro alla periferia, sono ricollegabili altri pacchetti di intervento come sviluppo del controllo di gestione, logiche di audit a livello di azienda ospedaliera, verifiche sulla affidabilità e le modalità di utilizzo del sistema informativo.

La seconda opzione *APHP più accogliente* rappresenta la risposta concreta alla sfida posta al management delle imprese di servizi, siano esse pubbliche e private, di migliorare la qualità dei servizi centrali e dei servizi collaterali e di rimodellare l'organizzazione in funzione delle esigenze dei clienti.

Quattro sono le priorità che discendono da questa opzione: fare fronte alla concorrenza attuale e potenziale,

APHP più efficace	APHP più accogliente
Sviluppo capacità diagnostica e terapeutica	Aprire l'ospedale
Contribuire al progresso della ricerca	Migliorare condizioni di lavoro del personale
Formare	Migliorare condizioni di vita del personale
Continuare la modernizzazione della gestione	Offrire ai pazienti una accoglienza di qualità
Rispondere meglio alle urgenze	Rendere le carriere più attraenti

assicurare alternative adeguate alla ospedalizzazione, migliorare l'accoglienza di malati e famiglie, sviluppare la politica sociale del gruppo.

Di particolare interesse sono i programmi ricollegabili alla priorità di politica sociale del gruppo basati sulla esigenza di un intervento a 360 gradi sulle risorse umane: esempi sono il miglioramento delle condizioni di lavoro, la riduzione dei rischi professionali, lo sviluppo di prestazioni sociali per il personale, i programmi di mobilità, la revisione dei percorsi di carriera, la politica di selezione, reclutamento ed inserimento.

Nell'ambito delle alternative alla ospedalizzazione si trovano la definizione di partnerships con i servizi degli Enti locali e con gli studi medici privati (la medicina liberale), l'ulteriore sviluppo del day hospital e della chirurgia ambulatoriale, l'ampliamento della ospedalizzazione domiciliare, la creazione di reti di offerta integrate (Reseaux des soins coordonnés) che costituiscono la versione francese del modello HMO statunitense.

Alla priorità Accoglienza malati e famiglie sono riconducibili programmi in atto in molte aziende sanitarie pubbliche italiane, di umanizzazione dell'assistenza, la ridefinizione dei percorsi e della logistica, l'informazione e la comunicazione ai pazienti; da segnalare che APHP gestisce società a capitale misto, in partnerships con operatori privati, che operano nel settore alberghiero (per pazienti fuori Parigi interessati da cicli di day hospi-

tal e per accompagnatori e familiari dei pazienti).

*Il sistema di monitoraggio e verifica.* La presentazione delle modalità di articolazione del Piano strategico permette di introdurre agevolmente la problematica del monitoraggio e della verifica sulla attuazione del piano strategico. Nel corso degli ultimi anni la Direzione strategia di APHP ha infatti predisposto tre Rapporti di attività in cui vengono descritti e commentati i progressi raggiunti verso un gruppo APHP più efficace e più accogliente.

Il sistema di monitoraggio si basa su dieci principali politiche di intervento, a cui sono riconducibili i diversi programmi di intervento; i programmi di particolare rilevanza coincidono con le politiche mentre altre politiche sono formate da più programmi (per un quadro di sintesi delle politiche di intervento si veda la tabella).

Per le singole politiche vengono forniti nei rapporti di attività indicatori qualiquantitativi sul grado di raggiungimento degli obiettivi; ad esempio per la politica *formare* il secondo rapporto presentava tra l'altro il numero di giornate annuo formazione per addetto raggiunto (5,5) e la realizzazione di interventi di formazione sulla burocratica per 2500 infermieri.

Per la politica *accoglienza di qualità* ai pazienti venivano descritti gli interventi finalizzati alla messa a disposizione di informazioni, a migliorare il confort alberghiero e la creazione di una Fondazione APHP per la gestione della attività alberghiera. Il si-

stema di verifica sulla attuazione del piano non è finalizzato ad un semplice controllo *ex post*; APHP sta introducendo recentemente sistemi di controllo strategico che consentono una revisione ed il riadeguamento del contenuto dei programmi che fanno riferimento alle specifiche priorità.

#### BIBLIOGRAFIA

- ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS:  
a) *La strategie 1990-1995*.  
b) *Plan strategique 1990-1995. Rapport d'activité année 2*.  
c) *Elements de politique générale pour l'élaboration du Plan strategique 1990-1995*.  
BAXTER R.J., KOTELCHUCK R., BOUFFORD J.Y., *Alternative Future for H.H.C.*, in Public Hospital Systems, in New York and Paris, New York University 1992.  
HEALTH AND HOSPITAL CORPORATION NEW YORK CITY:  
a) *A strategic direction for the HHC Update of HHC strategic plan 1993*.  
b) *The Hew York City health care environment Comparison of strategic assumption 1991*.  
SERVEI CATALA DE LA SALUT - AREA SANITARIA. *La planificacio hospitalaria en la nova organitzacio de l'assistencia sanitaria publica a Catalunya ICB 1993*.  
CIUTAT SANITARIA I UNIVERSITARIA VALL D'HEBRON. *Pla director de la Ciutat sanitaria i universitaria Vall d'Hebron 1993*.  
BORGONOV E., MENEGUZZO M., *Processi di programmazione e cambiamento nelle Unità sanitarie locali*, Giuffrè Editore, 1985.  
REBORA G., MENEGUZZO M., *Strategia delle Amministrazioni Pubbliche*, UTET 1990.  
DEL VECCHIO M., *Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: una introduzione*, in *Mecosan*, n. 14, 1995.  
PORTER M., *Il vantaggio competitivo*, Edizioni di Comunità 1987.  
BERGAMASCHI M., *Guidare il processo di innovazione delle aziende sanitarie. L'esperienza della Azienda ospedaliera L. Sacco di Milano*, in *Mecosan*, n. 13, 1995.  
MENEGUZZO M., *Configurazione organizzativa, ruoli direzionali e gestione economico-finanziaria in un gruppo pubblico multispedaliero: il caso Assistance Publique Hopitaux de Paris*, in *Mecosan*, n. 10, 1994.  
BERGAMASCHI M., *Health and hospital corporation di New York: assetto istituzionale ed organizzativo, prospettive di sviluppo ed innovazione gestionale*.  
CROZIER M., *L'impresa in ascolto*, Il Sole 24 Ore libri 1990.

# **Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>

# VERSO L'USO DELL'INCENTIVAZIONE COME STRUMENTO DI MANAGEMENT: «SUB I» E CONTROLLO DEI CONSUMI FARMACEUTICI OSPEDALIERI

di Luca Brusati <sup>1</sup>, Antonio Sensalari <sup>2</sup>, Rolando Sapelli <sup>3</sup>, Graziella Pifferi <sup>4</sup>

<sup>1</sup> SDA-Cergas - Università «L. Bocconi» - Milano

<sup>2</sup> Responsabile settore personale - Azienda USSL 44 - Voghera

<sup>3</sup> Responsabile sezione economica - Settore personale - Azienda USSL 44 - Voghera

<sup>4</sup> Responsabile farmacia - Azienda USSL 44 - Voghera

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. L'incentivazione della produttività tra regole formali e prassi applicative - 3. Il contesto aziendale - 4. Il nuovo meccanismo di incentivazione - 5. I risultati - 6. Osservazioni conclusive.

## 1. Introduzione

L'unitarietà dell'azienda è un principio affermato in modo unanime da tutti i principali studiosi di *management*. Esso riconosce in particolare che tanto più i singoli ambiti di attività all'interno dell'azienda vanno differenziandosi allo scopo di fronteggiare meglio le pressioni, le richieste o in generale le caratteristiche dell'ambiente esterno, quanto più per ottenere *performance* soddisfacenti è necessario attivare contemporaneamente adeguati meccanismi di coordinamento intraorganizzativo [Lawrence, Lorsch 1967]. Questi hanno la funzione precipua di garantire che le decisioni prese con riguardo ad un determinato ambito di attività non mirino soltanto a massimizzare i benefici rispetto a questo, bensì con riferimento al sistema aziendale nel suo complesso.

Questa esigenza di integrazione è particolarmente sentita con riguardo al contesto sanitario pubblico, nel quale l'eterogeneità, la natura personalizzata o comunque la difficile misurabilità delle prestazioni svolte e la necessità da un lato di curare il paziente indipendentemente dalle valutazioni di convenienza aziendale, dall'altro di rispettare l'autonomia della componente medica rendono problematica

l'identificazione di misure di agevole lettura, quali i risultati economici parziali di ciascuna area di attività, e dunque incentivano il perseguimento di benefici particolari anziché aziendali.

Le caratteristiche proprie del contesto in esame rendono ovviamente più complessi il disegno e l'implementazione di meccanismi operativi efficaci, intesi qui come stimoli tali da indurre l'adattamento dei comportamenti individuali alle esigenze aziendali [Rugiadini 1979, p. 244]. Quanto più il contesto è complesso e le relazioni di causalità tra azioni e risultati sono definite in modo ambiguo, tanto più agevole è infatti sottrarsi alla pressione organizzativa che i meccanismi operativi tendono a creare, in quanto le intrinseche difficoltà di misurazione dei risultati e di determinazione delle cause di questi offrono molteplici giustificazioni a chi non risponde alle aspettative che ciascun meccanismo operativo implicitamente esprime.

Le recenti evoluzioni normative, per contro, rendono ancora più importante l'attivazione degli strumenti di integrazione di cui qui si tratta: questo soprattutto a causa delle nuove modalità di acquisizione delle risorse finanziarie, che rendono imprescindibile un uso più efficiente (per minimizzare i

consumi) ed efficace (per attirare nuove fasce di utenza) dei fattori produttivi disponibili, a pena di pregiudicare l'economicità, e dunque la vita duratura dell'azienda stessa.

Un interessante esempio di meccanismo operativo di coordinamento progettato e realizzato con successo è presentato nei paragrafi successivi. Nell'esperienza descritta due elementi motivazionali forti e giudicati in grado di coinvolgere al perseguimento degli obiettivi la generalità degli interessati, la retribuzione e l'autoresponsabilizzazione, sono stati impiegati con l'obiettivo di migliorare l'efficienza nell'uso di un fattore produttivo critico per la sua incidenza finanziaria, ovvero i farmaci.

## 2. L'incentivazione della produttività tra regole formali e prassi applicative

L'istituto dell'incentivazione trova le proprie origini nelle cosiddette «compartecipazioni», ovvero nelle quote che i medici percepivano sui proventi derivanti dalla propria attività a favore degli utenti delle mutue convenzionate con gli ospedali presso i quali prestavano servizio.

Questa forma di incentivazione si affermò soprattutto con la riforma

ospedaliera conseguente alla legge 132/68 («legge Mariotti»): in sostanza, al medico veniva riconosciuto il diritto a percepire una frazione del valore dell'attività ambulatoriale svolta.

Per molti anni le compartecipazioni rappresentarono un importante incentivo, palesemente orientato a premiare la quantità di lavoro svolto più che la qualità del servizio erogato. La crisi finanziaria degli istituti mutualistici mise però in difficoltà il sistema ospedaliero esistente. Con la riforma sanitaria del 1978 e il passaggio al finanziamento regionale lo stesso istituto delle compartecipazioni venne a cadere, essendo stati soppressi gli enti mutualistici, ovvero i soggetti che pagavano (o avrebbero dovuto pagare) le prestazioni sanitarie sulle quali le compartecipazioni venivano calcolate.

L'istituzione delle USSL ha rappresentato un profondo cambiamento rispetto alle regole del passato, anche in considerazione della necessità di gestire secondo criteri omogenei personale proveniente da enti diversi e assimilabile soltanto per la comune valenza sanitaria. Con il primo accordo unico di lavoro per il comparto (D.P.R. 348/83) le compartecipazioni non hanno soltanto cambiato nome in incentivazione alla produttività, ma si sono anche trasformate da una forma di ripartizione delle entrate provenienti dal cosiddetto «terzo pagante» in un compenso aggiuntivo, ritenuto di stimolo per migliorare il funzionamento del sistema sanitario pubblico.

Anche il più recente accordo di lavoro (D.P.R. 384/90), che rappresenta un'evoluzione dei precedenti accordi (D.P.R. 348/83 e D.P.R. 270/87), è improntato alla logica del pieno utilizzo dei servizi sanitari pubblici, da valutarsi in relazione ad obiettivi nazionali, regionali e locali, secondo appositi accordi quadro. Il conseguimento degli obiettivi posti dal D.P.R. 384/90

passa però necessariamente attraverso una decisa evoluzione in senso manageriale della cultura dominante nell'ambiente medico, che in molti casi si è dimostrata diffidente rispetto alle innovazioni riguardanti le modalità di organizzazione e gestione delle risorse.

Il pesante condizionamento delle diverse leggi di accompagnamento alle leggi finanziarie succedutesi negli ultimi anni, il ritardo dei rinnovi contrattuali e i conseguenti ritardi nell'emanazione degli accordi regionali (1) hanno di fatto bloccato la prevista evoluzione del sistema e compromesso il perseguimento degli obiettivi di produttività previsti.

I meccanismi che regolano il funzionamento dell'istituto sono poi da sempre molto complessi e farraginosi, mentre i risultati cui esso dà luogo sono di difficile valutazione sul piano qualitativo e spesso, sul piano quantitativo, non corrispondono ad un effetto differenziale positivo, in termini di numero di prestazioni/ora, rispetto a quanto effettuato in orario ordinario.

Proprio per questi motivi l'istituto è stato più volte vicino alla soppressione: cionondimeno, una serie di spinte di varia natura (non ultima quella sindacale) ha consentito non solo la sua sopravvivenza, ma anzi l'estensione a categorie non mediche dell'istituto originariamente riservato al personale medico.

Come strumento di *management*, l'incentivazione alla produttività sconta un limite notevole nella logica dell'egualitarismo cui è ispirata. Il risultato è stato la distribuzione dei fondi disponibili a tutti, in modo indistinto e il più possibile uniforme: a questo ha fatto inevitabilmente seguito il mancato coinvolgimento motivazionale dell'intera organizzazione aziendale, e una sfiducia pressoché generalizzata nel sistema da parte degli operatori. La scarsa attenzione prestata

fino ad ora all'attivazione di adeguati sistemi informativi aziendali ha poi favorito tale processo degenerativo, tanto più in presenza di un meccanismo di finanziamento basato sulla spesa storica, nel quale dunque la disponibilità di risorse non risultava correlata al grado di efficienza. In ultima analisi, uno strumento introdotto per migliorare la produttività e l'efficienza gestionale ha finito semplicemente con l'accrescere i livelli retributivi, e spesso con l'annullare ogni tensione necessaria al cambiamento (2).

I vari accordi di lavoro succedutisi a partire dal 1983 hanno cercato, con successivi aggiustamenti, di subordinare l'erogazione dei premi incentivanti al conseguimento di particolari obiettivi gestionali. Per quanto riguarda il personale medico, ad esempio, il D.P.R. 384/90 ha previsto un meccanismo di perequazione che porta alla distribuzione di un fondo comune pari al 55% dell'importo totale disponibile per l'incentivazione, mentre il restante 45%, noto come «fondo *équipe*», viene distribuito tra le diverse unità operative sulla base del volume di attività «fatturabile» svolto in regime di plurorario. Per le altre categorie professionali il fondo *équipe* non è previsto, e l'intero importo disponibile viene considerato fondo comune e distribuito di conseguenza.

Le modalità di distribuzione del fondo comune sono stabilite tramite accordi decentrati a livello regionale e aziendale: il D.P.R. citato si limita ad indicare alcuni obiettivi di particolare significatività per tutto il territorio nazionale, ma resta in capo alle singole regioni l'onere di indicare a che scopi vadano finalizzate le risorse del fondo comune, e alla contrattazione locale quello di specificare in termini operativi quando gli obiettivi si possano considerare raggiunti, rispetto al particolare contesto delle singole USSL. La tavola I sintetizza le modalità di di-

istribuzione dell'incentivazione alla produttività per il personale medico valide in Lombardia, ai sensi del più recente accordo quadro regionale: è nell'ambito di questa normativa che si inquadra la sperimentazione descritta nei paragrafi che seguono.

### 3. Il contesto aziendale

#### 3.1. Territorio e organizzazione locale

L'ambito territoriale dell'Azienda USSL 44 di Voghera (già USSL 79) si estende per oltre 1.000 Km<sup>2</sup> nell'intero Oltrepò Pavese, a cuneo fra il Piemonte e l'Emilia-Romagna. La riterritorializzazione ne ha cambiato la denominazione, lasciandone peraltro immutati i confini. Essi ricomprendono 78 Comuni, di cui uno solo con un numero di abitanti superiore a 40.000 e quattro fra i 5.000 e 12.000; la rimanente popolazione è polveriz-

zata su un gran numero di piccoli aggregati comunali, a loro volta sparsi in nuclei abitativi e frazioni isolate.

La popolazione complessiva, sulla base dei dati del censimento 1991, ammonta a poco più di 140.000 abitanti, in calo rispetto al decennio precedente, con natalità ridotta e una piramide di età che dimostra un rapido invecchiamento.

I presidi ospedalieri di riferimento di tale contesto territoriale, distanti circa 30 km. l'uno dall'altro, sono:

— l'Ospedale Civile di Voghera, con oltre 450 posti letto e 113 medici, circa 106.000 giornate di degenza e poco più di 16.700 ricoveri (dati 1994);

— l'Ospedale di Varzi, con 125 posti letto e 29 medici, 33.000 giornate di degenza e 3.500 ricoveri;

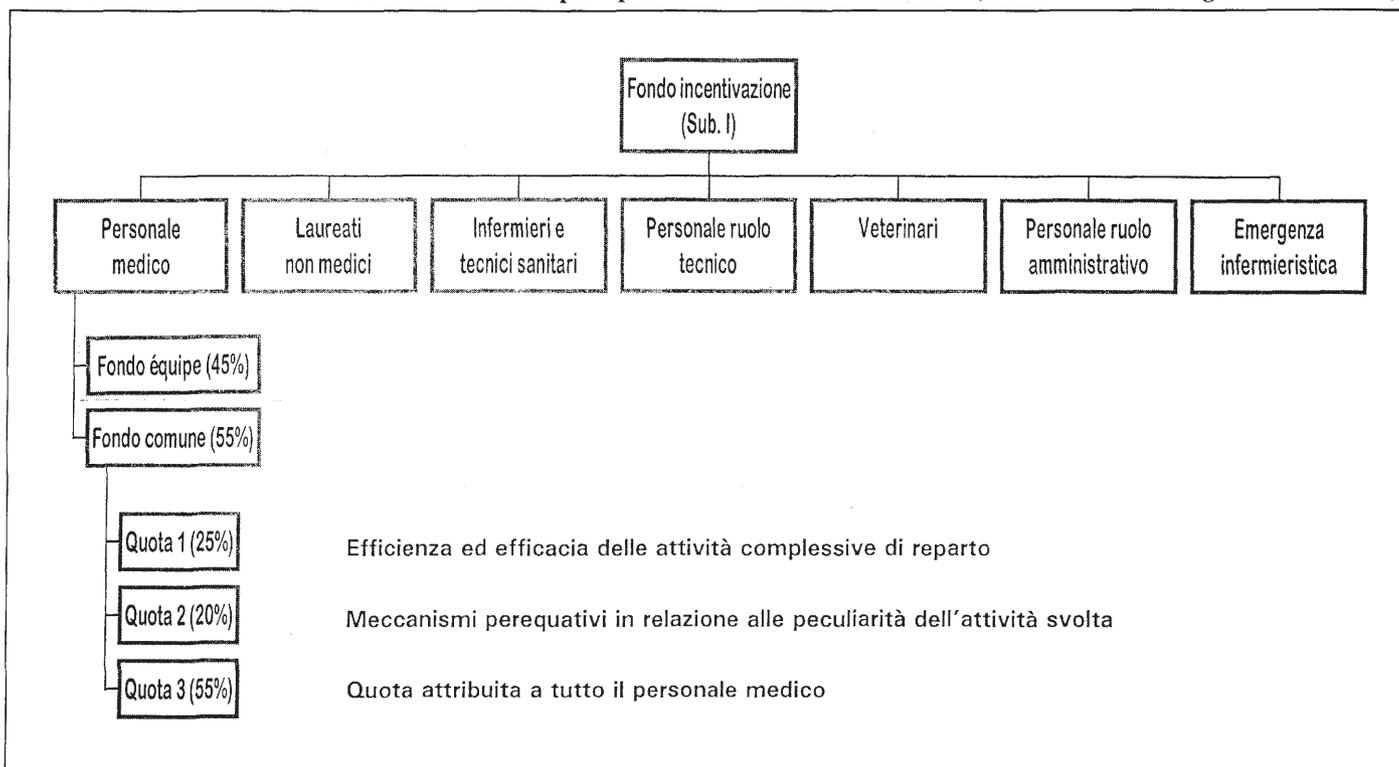
— l'Ospedale di Broni e Stradella, con 230 posti letto, comprendente due stabilimenti ospedalieri distanti circa

2 km. l'uno dall'altro e localizzati appunto a Broni (16 medici, 22.000 giornate di degenza e circa 2.800 ricoveri) e a Stradella (33 medici, 35.000 giornate di degenza e poco meno di 3.500 ricoveri).

Va inoltre citato l'ex Ospedale Psichiatrico, con sede in Voghera e con circa 180 degenti, dotato di organico proprio.

Ogni ospedale ha una propria Direzione Sanitaria, facente capo al Responsabile del Servizio 3 di Assistenza specialistica ospedaliera ed extra-ospedaliera. Presso l'Ospedale Civile di Voghera esiste un Servizio di Farmacia ospedaliera, con un organico di quattro farmacisti, che serve pure per le necessità di distinti depositi medicinali presso lo stabilimento di Stradella e il presidio di Varzi. La Farmacia è dotata di una contabilità di magazzino a quantità e valori, informatizzata in via sperimentale a partire dal 1991.

**Tavola 1 - Modalità di distribuzione del fondo «sub I» per il personale medico della Lombardia (delibera di Giunta Regionale n. V/12717)**



La USSL non dispone di un sistema informativo aziendale unitario. L'impianto di contabilità analitica per centri di costo è attivato in forma completa soltanto presso il Settore Personale, che tra l'altro gestisce direttamente l'istituto dell'incentivazione.

### 3.2. Problemi legati al fondo incentivazione

Nella primavera del 1993, in occasione degli incontri con le rappresentanze sindacali mediche, emerse profonda insoddisfazione in merito ai criteri seguiti fino ad allora per l'assegnazione del plus-orario. A fronte di aumenti nell'attività di singole unità operative, infatti, non si riscontravano soddisfacenti variazioni in termini di incentivi monetari, con erronei addebiti all'Amministrazione per i risultati difforni dalle aspettative dei medici.

L'analisi effettuata dal Settore Personale e la discussione in sede di incontri sindacali chiarirono come, a fronte di un fondo complessivo limitato per legge a quello del 1991 (L. 359/92 e L. 438/92), il numero dei medici fosse aumentato in misura significativa, e le quote teoriche capitarie avessero subito pertanto una diminuzione.

Il fatto che il fondo comune venisse distribuito con semplice criterio di uniformità a tutti i medici interessati, inoltre, per motivi diversi finiva per costituire un elemento di demotivazione generale: tanto per i sanitari più attivi, che non trovavano riscontro ai propri sforzi dal punto di vista retributivo, quanto per quelli con minori occasioni di attività ambulatoriale, che comunque si vedevano attribuite quote di plusorario indipendentemente dall'impegno profuso, a volte anche in presenza di una attività ambulatoriale quasi inesistente.

In alcuni casi, poi, gli acconti corrisposti avevano subito un conguaglio

negativo, anche in seguito alla contrazione della domanda complessiva di prestazioni ambulatoriali, che negli anni 1992/1993 era stata caratterizzata da una riduzione dovuta all'incremento dei ticket.

La situazione sopra delineata convinse le parti della necessità di un intervento mirante a ridefinire i meccanismi applicativi dell'istituto. Dal rituale e scontato obiettivo di mantenimento del livello di prestazioni conseguito negli anni immediatamente precedenti si giunse pertanto, in via sperimentale, ad un tentativo di orientare l'attività specialistica verso il raggiungimento di obiettivi di gestione prefissati, impiegando le quote di fondo comune vincolabili a tal fine.

In particolare, le unità operative ospedaliere si impegnarono al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- mantenimento del livello dell'attività ospedaliera ambulatoriale (soprattutto per i laboratori), in parallelo con il controllo dell'attività specialistica convenzionata esterna;

- contenimento della spediizzazione, sia in valore assoluto che per giornate di degenza, volto ad evitare giornate di ricovero senza attività assistenziali, o ricoveri fittizi di una o due giornate;

- riduzione della spesa farmaceutica per giornata di degenza, a parità di degenza media.

Quest'ultimo obiettivo si è successivamente rivelato di particolare importanza. Esso ha consentito non solo di motivare i medici ospedalieri, ma anche di coinvolgere i farmacisti, che hanno visto rivalutata la loro professionalità operativa, e di conseguire un risultato positivo in termini economici ben superiore al previsto, in presenza di una spesa ospedaliera con *trend* in aumento per effetto delle innovazioni tecnologiche, delle pressioni al rialzo da parte dell'industria e della domanda sempre più qualificata. I farmacisti

hanno indubbiamente trovato una maggiore valorizzazione della loro professionalità anche per la maggiore facilità con cui hanno potuto applicare strumenti che la classe medica fino a pochi anni fa considerava riduttivi e penalizzanti, e che oggi sono invece accolti con spirito più collaborativo. I medici infatti hanno mutato la propria inclinazione a prescrivere un farmaco senza interrogarsi sulle implicazioni economiche della loro azione, sulla base di una consapevolezza via via più diffusa del fatto che, a parità di risorse disponibili, una razionalizzazione dei consumi consente di soddisfare volumi crescenti di domanda (3).

### 3.3. Andamento della spesa farmaceutica ospedaliera

A fronte di un *trend* in aumento della spesa farmaceutica rispetto alle giornate di degenza e al numero di ricoveri, già in passato si erano cercati meccanismi di contenimento attraverso una diversa gestione del Pronto Soccorso Terapeutico Ospedaliero, presente da tempo ma sottovalutato, il ricorso a valutazioni del rapporto costo/beneficio, la proposta di protocolli per antibioticotera e profilassi e l'istituzione di Commissioni Terapeutiche presso ciascun ospedale.

Soltanto a partire dal 1991, peraltro, grazie all'informatizzazione della contabilità di magazzino presso la Farmacia, è stato possibile disporre di informazioni più complete, analizzare la situazione esistente in modo più sistematico, e di conseguenza mettere a punto strategie mirate per la soluzione dei problemi rilevati.

La tavola 2 sintetizza l'andamento dei consumi farmaceutici tra il 1991 e il 1994. Il raffronto è soltanto indicativo, rispetto ai risultati della sperimentazione descritta nel seguito, in quanto il dato di consumo è comprensivo anche delle attività extra-ospedaliere. I

consumi ospedalieri includono inoltre i costi sostenuti da parte delle sale operatorie e delle sale parto, dei pronto soccorso, dei servizi di rianimazione e dell'ex Ospedale Psichiatrico, nonché l'attività ambulatoriale, oltre a fibrinolitici e antitrombotici, rispetto ai quali nel 1993 e 1994 si è verificato un incremento particolarmente consistente.

#### 4. Il nuovo meccanismo di incentivazione

##### 4.1. Caratteristiche e modalità operative

Per cercare di ovviare agli inconvenienti sopra indicati, in sede di trattativa decentrata locale si è stabilito di ripartire il fondo comune medici nelle tre quote previste dall'accordo quadro regionale per la Lombardia, con attribuzione a tutti i sanitari, in modo indistinto, soltanto della quota 3 (55%), mentre sono stati individuati precisi obiettivi, secondo protocolli operativi predefiniti, per l'attribuzione delle quote 1 (25%) e 2 (20%).

L'obiettivo corrispondente alla quota 1, ovvero la riduzione della spesa farmaceutica media per giornata di degenza, è stato attivato per le venti unità operative dotate di posti letto dei quattro ospedali dipendenti; sono state escluse le sale operatorie, le sale parto, i pronto soccorso ospedalieri, la rianimazione, l'ex Ospedale Psichiatrico e l'attività ambulatoriale.

Il materiale consegnato dalla Farmacia ai singoli reparti è stato raggruppato in tre categorie di fattori produttivi: farmaci, presidi medico-chirurgici e diagnostici. Quale obiettivo è stato indicato il raggiungimento di una diminuzione nel costo per la categoria «Farmaci», per giornata di degenza, compreso tra l'1% e il 10%, a parità di degenza media, per il secondo semestre del 1993 rispetto al periodo corri-

spondente del 1992. Dall'analisi comparata sono stati esclusi gli antitrombotici e i fibrinolitici. L'andamento ottimale è stato identificato in una riduzione del costo per giornata di degenza pari almeno al 3,5%.

Dal punto di vista operativo, a partire dal mese di luglio e fino al dicembre 1993 la Farmacia si è impegnata a produrre report mensili, distinti per ospedale e per unità operativa, riportanti il valore dei farmaci consegnati nel periodo, quantificato sulla base degli importi desunti dai buoni d'ordine (e dunque al lordo dell'IVA), come risultante dalla propria contabilità di magazzino.

Il Settore Personale, coinvolto quale gestore dell'istituto dell'incentivazione, riceveva al contempo dalle Direzioni Sanitarie copia dei modelli HSP22 (prospetti per la trasmissione dei dati di attività alla Regione), completava i report della Farmacia inserendo le giornate di degenza e calcolava sulla base di queste la degenza media e il costo unitario per giornata. I report contenevano altresì, per le necessarie comparazioni, gli analoghi dati riferiti ai mesi corrispondenti del 1992.

I report così ottenuti dovevano essere inviati entro il mese successivo a quello in cui il costo si era verificato (in realtà in due occasioni si è verificato un ritardo di un mese) a ciascuna Direzione Sanitaria ospedaliera, che provvedeva quindi a trasmetterli ai singoli Primari.

Veniva inoltre compilata mese per mese una sintesi per ospedale e per tutti gli ospedali dipendenti. Copia dei report veniva inviata all'Amministra-

tore Straordinario e ai Coordinatori Amministrativo e Sanitario. Tali risultati parziali venivano discussi in occasione delle riunioni delle Commissioni Terapeutiche. I Primari più sensibilizzati, peraltro, si rivolgevano direttamente alla Farmacia per informazioni, chiarimenti e pareri orientativi.

Sulla base del rapporto conclusivo semestrale, i Direttori Sanitari ospedalieri valutavano, con il Coordinatore Sanitario, i risultati raggiunti, e formulavano una proposta finale per l'assegnazione delle quote di plus orario previste, da sottoporre alle organizzazioni sindacali mediche. Come previsto dall'accordo quadro regionale, le quote non assegnate alle unità operative che avessero mancato l'obiettivo convenuto sarebbero state ridistribuite tra le unità operative che invece fossero riuscite a raggiungerlo.

##### 4.2. Obiettivi

Come già accennato, gli obiettivi della sperimentazione possono essere ricondotti a tre:

- coinvolgimento e motivazione dei medici;
- coinvolgimento e motivazione dei farmacisti ospedalieri;
- razionalizzazione dei consumi a livello di USSL.

Tali obiettivi furono discussi preventivamente in appositi incontri fra l'Amministratore Straordinario, i Coordinatori Sanitario e Amministrativo, i Direttori Sanitari Ospedalieri, il Direttore della Farmacia ospedaliera e il Responsabile del Settore Personale, giungendo ad una valutazione positiva in merito alla fattibilità dell'iniziativa.

**Tavola 2 - Andamento della spesa per farmaci presso la USSL 44 e trend del numero di ricoveri e di giornate di degenza, 1991-1994**

Anno	1991	1992	1993	1994
Costo totale (L./mil.)	4.226,4	5.055,7	4.993,2	4.721,7
Numero di ricoveri	26.840	28.085	26.760	26.560
Giornate di degenza	210.790	210.430	203.880	195.950

In tali incontri si convenne pure di non esplicitare tali obiettivi in termini quantitativi rigidi, in ragione del carattere sperimentale del progetto, che non aveva riscontri precisi in termini di possibili risultati. In altri termini, il progetto andava inteso come una sperimentazione organizzativa e una sfida a fronte di valutazioni pessimistiche sulla possibilità di controllo della spesa sanitaria, senza particolari affinamenti, la cui opportunità sarebbe stata valutata sul campo man mano che fossero stati disponibili i primi rendiconti.

Nella discussione emerse che i sanitari, mentre sono costantemente informati delle novità terapeutiche da parte dell'industria farmaceutica, non sono quasi mai a conoscenza dei prezzi delle diverse specialità farmacologiche presenti sul mercato, che sovente, a parità di principio attivo, di efficacia terapeutica, di tollerabilità e di effetti secondari, comportano un onere per l'azienda sensibilmente differente. Alcuni medici, peraltro, anche se isolatamente, avevano già avuto modo di apprezzare la possibilità di stabilire protocolli terapeutici di concerto con la Farmacia ospedaliera.

Di valido aiuto in questa fase è stata l'attività svolta dalle Commissioni Terapeutiche in occasione delle riunioni per la revisione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero, anche se con risultati differenti nei diversi ospedali e nei diversi reparti. A partire dal secondo semestre del 1993 si è infatti provveduto a:

- definire i criteri per la scelta dei farmaci da utilizzare: nell'ambito della stessa categoria terapeutica la Commissione ha individuato le molecole meno costose, a parità di azione farmacologica, analizzando il costo-terapia di ognuna;

- identificare i farmaci la cui attività farmacologica e terapeutica sia provata in base ai dati della letteratura

scientifica internazionale e al rapporto rischio-beneficio;

- eliminare dal Prontuario Terapeutico Ospedaliero (anche in seguito ai provvedimenti della CUF) i farmaci di radicato utilizzo, ma di dubbia attività farmacologica;

- formulare protocolli di profilassi chirurgica, utilizzando i criteri sopra esposti.

Nello stesso periodo, poi, nonostante le richieste di alcuni sanitari nessun nuovo farmaco è stato inserito nel Prontuario, ad esclusione di alcune molecole ritenute superate ma rivalutate dalla Commissione per la loro validità terapeutica ed economicità, quali ad esempio l'ampicillina e la cefazolina; determinante al riguardo è stata l'attenzione posta alle indicazioni contenute nella letteratura scientifica.

## 5. I risultati

### 5.1. Risultati conseguiti nel secondo semestre del 1993

La verifica del gennaio 1994 ha fornito risultati eterogenei, deludenti per certi versi, ma sorprendentemente positivi per altri.

Soltanto otto delle venti unità operative coinvolte avevano raggiunto l'obiettivo: una Divisione aveva ottenuto un risparmio allungando la degenza media, e quindi registrando un costo per ricovero in aumento. Per contro, a fronte di una previsione inizialmente ritenuta ottimale di una riduzione nel costo medio per giornata di degenza pari al 3,5%, le otto unità operative con risultato positivo avevano fatto registrare una diminuzione almeno doppia, con una punta massima pari al 30% (cfr. tavola 3).

Anche se l'obiettivo definito in sede di contrattazione decentrata era il costo dei consumi farmaceutici per giornata di degenza, per verifica è sta-

to pure calcolato il costo per ricovero: esso è risultato in diminuzione a Voghera da 114.323 a 95.071 lire e a Broni da 100.543 a 91.643 lire, mentre è aumentato a Varzi da 138.882 a 150.056 lire e a Stradella da 268.167 a 276.724 lire.

Il successivo confronto con le organizzazioni sindacali ha poi evidenziato che, se alcune Divisioni con risultato non positivo avevano sottovalutato l'iniziativa, altre avevano trascurato i report mensili pervenuti. La Farmacia riferiva pure di differenti comportamenti da parte delle Commissioni Terapeutiche presso i diversi Ospedali.

Per meglio apprezzare gli effetti della sperimentazione è stato effettuato altresì un confronto fra i costi dei consumi farmaceutici per giornata di degenza relativi a quattro semestri (1° 1992, 2° 1992, 1° 1993 e 2° 1993). I risultati di sintesi sono indicati nella tavola 4.

Nel complesso, le parti coinvolte hanno ritenuto che la sperimentazione si fosse dimostrata efficace nell'invertire il trend all'aumento della spesa per giornata di degenza, per quanto il suo impatto sia stato poco omogeneo, visti i risultati altalenanti di Varzi e di Stradella. Tali valutazioni hanno portato alla decisione, d'intesa con le organizzazioni sindacali mediche, di riproporre l'obiettivo anche per l'anno seguente.

### 5.2. Risultati conseguiti nel 1994

La sperimentazione è stata dunque estesa all'anno 1994, da un lato per i risultati raggiunti nel semestre precedente da parte delle unità operative che avevano avuto la possibilità o gli stimoli adeguati per una piena partecipazione all'iniziativa, ma anche in considerazione delle indicazioni di contenimento della spesa previste dalla legge finanziaria per il 1994.

Sono state coinvolte le stesse unità operative già interessate all'iniziativa nel 1993. Per dieci unità operative, alla riduzione del costo medio dei consumi farmaceutici per giornata di degenza è stato abbinato, al pari dell'anno precedente, un obiettivo parallelo di riduzione della degenza media (con esclusione dei ricoveri con una o due giornate di degenza), collegato alla quota 2 (20%) del fondo comune.

Le modalità operative sono rimaste sostanzialmente invariate. L'unica novità è stata la decisione di sottoporre a monitoraggio tanto il costo medio per giornata di degenza relativo al consumo di farmaci, quanto quello relativo al consumo di presidi medico-chirurgici. L'obiettivo doveva intendersi raggiunto ove un risultato positivo si fosse registrato per almeno una delle due categorie.

Il secondo anno ha fornito risultati positivi per oltre l'80% delle unità operative interessate (17 su 20), tenuto anche conto che quattro reparti, pur avendo fatto registrare una degenza media superiore al 1993, hanno compensato con una forte diminuzione di spesa, che ha annullato tale handicap, evidenziando un andamento positivo nel costo medio per ricovero.

Un andamento altrettanto positivo, anche se con risultati inferiori e diversificati, è conseguito al monitoraggio dei consumi per giornata di degenza relativi alla categoria «Presidi medico-chirurgici» (limitatamente a quelli in carico alla farmacia). A questo proposito si riporta soltanto la tavola di sintesi per ospedali.

## 6. Osservazioni conclusive

### 6.1. Valutazioni di sintesi

Secondo i dati forniti da Farmindustria, nel 1991 la spesa per l'informazione medico-scientifica da parte del-

**Tavola 3 - Consumi di farmaci per giornata di degenza: confronto analitico 2° semestre 1992-2° semestre 1993**

Unità operativa	Costo/giornata 2° semestre 1992	Costo/giornata 2° semestre 1993	Variazione percentuale
<b>Voghera:</b>			
Ostetricia/ginecologia	16.139	11.296	- 30,0%
SPDC	10.598	7.423	- 29,9%
Pediatria	5.483	4.257	- 22,3%
Medicina interna	13.661	11.871	- 13,1%
Urologia	26.600	23.252	- 12,5%
Neurologia	11.096	10.215	- 7,9%
Chirurgia generale	32.120	35.347	+ 10,0%
Ortopedia/traumatologia	8.384	9.337	+ 11,3%
Lungodegenza riabilitativa	12.887	15.055	+ 16,8%
Otorinolaringoiatria	7.030	8.960	+ 27,4%
Oculistica	6.530	9.000	+ 37,8%
<i>Media</i>	14.930	14.683	- 1,6%
<b>Varzi:</b>			
Ostetricia/ginecologia	7.427	6.512	- 12,3%
Medicina interna	8.821	8.696	(*) - 1,4%
Chirurgia generale	31.654	31.827	+ 0,5%
Ortopedia/traumatologia	8.329	12.007	+ 44,1%
<i>Media</i>	15.805	15.312	- 3,1%
<b>Broni:</b>			
Medicina interna	13.812	11.489	- 16,7%
Ostetricia/ginecologia	8.300	10.150	+ 26,6%
<i>Media</i>	11.909	11.196	- 5,9%
<b>Stradella:</b>			
Lungodegenza riabilitativa	29.202	29.483	+ 0,9%
Chirurgia generale	36.490	38.218	+ 4,7%
Ortopedia/traumatologia	10.704	13.963	+ 30,0%
<i>Media</i>	27.846	29.421	+ 5,6%
<b>MEDIA USSL</b>	<b>17.048</b>	<b>16.995</b>	<b>- 0,3%</b>
(*) Con aumento della degenza media, e quindi con aumento del costo per ricovero.			

**Tavola 4 - Consumi di farmaci per giornata di degenza: confronto sintetico per semestre, 1992-1993**

Presidio ospedaliero	Costo/giornata 1° sem. 1992	Costo/giornata 2° sem. 1992	Costo/giornata 1° sem. 1993	Costo/giornata 2° sem. 1993
Voghera.....	13.908	14.930	16.844	14.683
Varzi .....	14.151	15.805	14.770	15.312
Broni .....	12.466	11.909	13.351	11.196
Stradella .....	29.190	27.846	28.762	29.421
<b>Media USSL.....</b>	<b>16.627</b>	<b>17.048</b>	<b>18.226</b>	<b>16.995</b>

le imprese del settore è ammontata a 1994 miliardi, ovvero a 450 miliardi in più di quanto speso per la ricerca. Gli informatori hanno effettuato oltre 24 milioni di visite, pari a una media di 84 visite per ogni medico iscritto agli ordini [Gabriele e Zolea 1993, p. 615]. Data questa pressione da parte dei produttori, la razionalizzazione dei consumi farmaceutici richiede uno sforzo deciso, da parte del Servizio sanitario nazionale, volto non solo alla contro-informazione e al controllo, ma anche all'introduzione di incentivi che portino la componente medica a tener conto del rapporto costo-efficacia nella scelta delle terapie farmacologiche.

Da questo punto di vista, la sperimentazione condotta presso la USSL di Voghera rappresenta senza dubbio un caso di successo. L'iniziativa ha stimolato l'emergere di un diverso atteggiamento, da parte di tutti gli operatori interessati, verso un utilizzo attento dei farmaci, tradottosi non tanto in una riduzione dei consumi, quanto in una scelta oculata delle diverse specialità che, a parità di efficacia terapeutica, presentavano un costo d'acquisto inferiore. Una maggiore attenzione è stata poi rivolta alla gestione delle scorte, sia presso i depositi centrali che presso gli armadi farmaceutici di reparto, il che ha consentito tra l'altro di ridurre il problema delle scadenze e di promuovere un impiego più razionale degli spazi.

Un importante fattore di successo è stato indubbiamente l'impatto positivo sulla motivazione dei medici. Essi hanno dimostrato di apprezzare l'iniziativa non solo per gli aspetti retributivi ad essa correlati, ma anche per la legittimazione del loro ruolo di gestori delle risorse affidate e per gli elementi di implicita «rivalsa» nei confronti di un'opinione pubblica sfavorevole verso la sanità pubblica (4).

Tavola 5 - Consumi di farmaci per giornata di degenza e per ricovero: confronto analitico 1993-1994

Unità operativa	Costo/giornata 1993	Costo/giornata 1994	Variatz. % consumi per giorn. deg.	Variatz. % consumi per ricovero
<b>Voghera:</b>				
SPDC	8.450	4.889	-42,1%	-48,7%
Ostetricia/ginecologia	13.304	9.381	-29,4%	-29,9%
Lungodegenza riabilitativa	15.063	10.870	-27,8%	-28,4%
Medicina interna	13.676	10.263	-24,9%	-32,0%
Neurologia	10.194	8.348	-18,1%	-23,8%
Chirurgia generale	37.663	31.901	-15,2%	-29,1%
Otorinolaringoiatria	8.346	7.430	-10,9%	-8,1%
Pediatria	5.517	4.920	-10,8%	-8,2%
Urologia	27.142	24.588	-9,4%	-12,3%
Oculistica	8.350	7.830	-6,2%	-23,5%
Ortopedia/traumatologia	9.183	9.581	+4,3%	+0,2%
<i>Media</i>	15.736	12.717	-19,1%	-21,8%
<b>Varzi:</b>				
Ostetricia/ginecologia	5.475	4.705	-14,0%	-15,8%
Medicina interna	8.535	6.471	-24,1%	-29,8%
Chirurgia generale	28.942	18.327	-36,6%	-43,4%
Ortopedia/traumatologia	10.723	10.250	-4,4%	+7,8%
<i>Media</i>	14.876	10.530	-29,2%	-36,0%
<b>Broni:</b>				
Ostetricia/ginecologia	10.507	9.610	-8,5%	-12,0%
Medicina interna	13.050	12.075	-7,4%	-12,7%
<i>Media</i>	12.290	11.405	-7,2%	-10,4%
<b>Stradella:</b>				
Lungodegenza riabilitativa	33.975	22.738	-33,0%	-17,6%
Chirurgia generale	32.208	25.859	-19,7%	-20,6%
Ortopedia/traumatologia	11.450	13.940	+21,7%	+20,0%
<i>Media</i>	28.660	22.108	-22,8%	-21,2%
<b>MEDIA USSL</b>	<b>17.473</b>	<b>13.843</b>	<b>-20,7%</b>	<b>-23,2%</b>

Tavola 6 - Consumi di farmaci per giornata di degenza: confronto sintetico 1992-1993-1994

Presidio ospedaliero	Costo/giornata 1992	Costo/giornata 1993	Costo/giornata 1994
Voghera.....	14.396	15.736	12.717
Varzi .....	14.892	14.876	10.530
Broni .....	12.194	12.290	11.405
Stradella .....	28.561	28.660	22.108
<b>Media USSL.....</b>	<b>16.830</b>	<b>17.473</b>	<b>13.843</b>

I risultati raggiunti non vanno certo sovrastimati: il successo dell'iniziativa è da ricondursi indubbiamente alla concomitanza di molteplici fattori. Un'incidenza positiva va attribuita ai provvedimenti presi dal governo centrale a fine 1993, con gli interventi della CUF e del CIPE sia sui prezzi che sull'IVA, che hanno comportato effetti positivi sui risultati del 1994 stimabili intorno al - 5%. Una ulteriore riduzione di costi è stata poi conseguita con la stipula di contratti vantaggiosi per la USSL a cavallo fra il 1993 e il 1994, per quanto con impatto globale contenuto sui risultati della sperimentazione.

In estrema sintesi, si ritiene che la diminuzione dei costi per l'anno 1994 sia da imputarsi, per 5-8 punti percentuali, a fattori non dipendenti dal monitoraggio e dalle decisioni gestionali ad esso conseguenti.

Il confronto tra i risultati del 1993 e del 1994 conferma poi un fenomeno già verificatosi nel corso di sperimentazioni analoghe, ovvero le modalità di diffusione tra i medici interessati all'iniziativa della sensibilità verso un adeguato monitoraggio dei consumi farmaceutici (5). In un primo stadio solo una parte dei sanitari si dimostra disponibile a modificare le proprie prassi operative, mentre reiterando la sperimentazione la maggior parte degli interessati converge verso il comportamento dei primi. In questo caso è probabile che tra le cause del processo emulativo vada annoverato non solo il riconoscimento della possibilità di intervenire in modo efficace sul contenimento della spesa farmaceutica, ma anche il fatto che le quote di incentivazione non attribuite alle unità operative che avevano mancato gli obiettivi siano state devolute alle unità operative che invece li avevano raggiunti.

### 6.2. Limiti della sperimentazione e opportunità di affinamento

È lecito supporre che l'adozione di strumenti più adeguati per il coinvolgimento dei sanitari avrebbe permesso di conseguire obiettivi ancora più ambiziosi, e con ogni probabilità in modo più omogeneo. In effetti i flussi informativi destinati ai singoli Primari non sempre sono stati tempestivi, e il disegno dei report non ha tenuto nel debito conto l'esigenza di facilitarne al massimo la comprensione.

Una verifica periodica dei risultati raggiunti, tramite incontri che coinvolgessero i Primari, i Direttori Sanitari dei diversi ospedali e la Direzione della Farmacia, avrebbe probabilmente stimolato lo spirito di emulazione: l'iniziativa, invece, per quanto attivata con l'assenso dei sanitari interessati, è stata gestita in via pressoché esclusiva dalla Farmacia e dal Settore Personale.

Il fatto che la contabilità di magazzino della Farmacia sia stata informatizzata soltanto nel 1991 non ha consentito un'indagine sistematica dell'andamento dei costi storici. Le basi di partenza di ciascuna unità operativa erano indubbiamente molto diverse, sia come quantità consumate che come costo medio delle specialità farmaceutiche impiegate: la mancata analisi di tali dati, anche in relazione

ai volumi e alla tipologia di attività svolta, costituisce certamente un limite nella valutazione dei risultati raggiunti. L'osservazione delle casistiche di ricovero e delle loro variazioni nel tempo avrebbe consentito, ad esempio, di evidenziare i trasferimenti verso l'attività ambulatoriale e di ponderarne le conseguenze sui consumi di farmaci.

Una obiezione di particolare rilievo connessa a questo aspetto è che la configurazione del meccanismo incentivante ha comportato una scarsa equità nella valutazione. La semplice misurazione della variazione percentuale nel costo medio dei consumi farmaceutici per giornata di degenza, infatti, in molti casi ha premiato la sensibilità di Primari che hanno preso coscienza del rapporto tra costi e benefici di diverse terapie farmacologiche, ma in altri ha semplicemente premiato chi in passato si era rivelato inefficiente.

Un secondo problema che rende difficile continuare la sperimentazione secondo le modalità adottate finora consegue al suo stesso successo. Tenuto conto che alcune unità operative, nel corso dei diciotto mesi considerati, hanno già ottenuto risultati notevoli in termini di riduzione dei costi, interventi ulteriori rischierebbero di incentivare comportamenti contrari all'etica professionale.

**Tavola 7 - Consumi di presidi medico-chirurgici per giornata di degenza e per ricovero: confronto sintetico 1993-1994**

Presidio ospedaliero	Costo/giornata 1993	Costo/giornata 1994	Variatz. % cons. x gg./deg.	Variatz. % cons. x ricov.
Ospedale civile di Voghera	6.921	6.355	- 8,1%	- 13,1%
Ospedale di Varzi.....	7.121	5.778	- 18,8%	- 20,6%
Ospedale di Broni.....	4.943	3.855	- 22,0%	- 23,7%
Ospedale di Stradella.....	4.352	4.234	- 2,7%	+ 3,9%
<b>Media USSL.....</b>	<b>6.285</b>	<b>5.613</b>	<b>- 10,6%</b>	<b>- 13,6%</b>

È difficile ipotizzare di identificare il «punto critico», oltre al quale si determinerebbe una compromissione dell'intervento terapeutico o altri riflessi negativi non voluti, attraverso la comparazione con i dati di altre USSL o con valori medi regionali, poichè questi scontano gli effetti di molteplici differenze (contesto epidemiologico, assetto organizzativo, capacità di attrazione dell'utenza, efficienza gestionale, ecc.).

In alcuni casi, una volta identificate categorie farmacologiche omogenee, la soluzione può essere rappresentata dal ricorso all'analisi degli scostamenti, in modo da verificare in che misura le riduzioni di costo sono da attribuire a contrazione nei volumi consumati e in che misura all'impiego di specialità a minor costo unitario [Liverani *et al.* 1993]. In altri si può invece ipotizzare di ricorrere al confronto con le cosiddette «dosi definite giornaliere» (*defined daily doses - DDDs*), ovvero con i consumi standard di determinati farmaci definiti in sede internazionale (che peraltro non sono disponibili per tutti i farmaci, non fanno specifico riferimento ai consumi in regime di ricovero e non consentono di distinguere tra impieghi alternativi — e con diverso dosaggio — dello stesso farmaco) (6). Tali alternative, peraltro, per quanto utili ai fini di analisi mal si prestano ad essere correlate al sistema di incentivazione, che per dispiegare appieno i propri effetti motivanti deve basarsi su obiettivi (e dunque su meccanismi di rilevazione) chiari e condizionali.

Un'ipotesi da approfondire è quella di utilizzare l'esperienza maturata per valutare la possibilità di allineamento fra le diverse unità operative di analogia disciplina, ovviamente a parità di *case-mix*. Per i reparti che già hanno raggiunto il «giusto equilibrio», l'obiettivo potrebbe essere identificato

invece nel mantenimento degli *standard* acquisiti.

La sperimentazione potrebbe peraltro estendersi all'attività ambulatoriale, nonché ai consumi di antiblastici e fibrinolitici. Analogamente è possibile assoggettare a monitoraggio altre categorie di fattori produttivi direttamente imputabili alle singole unità operative, quali i presidi medico-chirurgici (monitorati in via abbastanza approssimativa e non completamente nel corso del 1994), i diagnostici e la protesica. Questo comporta di fatto l'introduzione di un sistema di contabilità analitica, che richiede però il coinvolgimento delle strutture deputate all'acquisto dei materiali e un diverso assetto organizzativo dei magazzini economici (al momento non informatizzati), i quali gestiscono parte dei materiali anzidetti.

Tali ipotesi di sviluppo rendono peraltro necessarie da un lato l'attivazione di un sistema di *reporting* più affinato e in grado di soddisfare meglio le diverse esigenze informative, dall'altro l'istituzione di una commissione preposta a verificare la qualità delle prestazioni e i risultati raggiunti in termini di costi/benefici, senza dimenticare in ultima analisi che la crescente domanda di sanità globale da parte di un'utenza sempre più consapevole ed esigente non può che trovare risposta in una prospettiva di qualità totale a livello di intero sistema aziendale.

(1) Il D.P.R. 384/90, pur concordato nei contenuti nel corso del 1990, venne pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* solo il 19 dicembre; l'accordo quadro per la Lombardia, a titolo d'esempio, fu approvato dalla Giunta Regionale solo l'11 settembre dell'anno successivo (delibera G.R. n. V/12717), mentre ulteriori indicazioni operative vennero diramate con la circolare n. 15 del marzo 1992.

(2) Un discorso a parte riguarda il cosiddetto «fondo sub II», che risulta maggiormente caratterizzato dalla logica degli obiettivi rispetto a quella delle prestazioni. Esso, cionon-

dimeno, in molti casi è stato inopinatamente inteso quale semplice espediente per distribuire retribuzioni più elevate ad alcune categorie di personale, prassi sulla quale non hanno mancato di intervenire i revisori dei singoli enti e la stessa magistratura contabile.

(3) Un'iniziativa assimilabile a quella descritta in questo articolo ha interessato l'intero sistema sanitario tedesco, nel quale il personale medico è stato esposto al rischio di una diminuzione dei propri compensi nell'eventualità che il tetto prestabilito di spesa nazionale complessiva fosse stato sfondato [Lucioni 1995, p. 32]. Sono peraltro evidenti le differenze in termini di auto-responsabilizzazione e di incentivi a comportamenti opportunistici tra un meccanismo che considera le *performance* delle singole unità operative e uno incentrato invece sul totale dei consumi a livello nazionale.

(4) È interessante notare, a questo proposito, come la sperimentazione abbia attivato in tal modo un efficace *mix* tra elementi incentivanti che, secondo la dicotomia proposta da Herzberg [1968], possono essere qualificati come fattori «igienici», ovvero correlati al contesto (retribuzione), e come fattori «motivanti» in senso stretto, ovvero correlati al contenuto delle proprie mansioni (riconoscimento della responsabilità e valorizzazione della professionalità).

(5) Cfr. Liverani *et al.* 1993, p. 113 per quanto riguarda in particolare iniziative di monitoraggio dei consumi farmaceutici ospedalieri; più in generale cfr. Herzberg 1968, pp. 60 e 62.

(6) Più esattamente, una dose definita giornaliera è la quantità teorica media di un determinato farmaco consumata giornalmente da un adulto quando impiegata per la sua indicazione principale. Si tratta dunque di un'unità di misura impiegata per gli studi sui consumi di farmaci, soprattutto ai fini di comparazione internazionale. Una sintetica rassegna delle potenzialità e dei limiti di questo strumento si trova in Clarke e Gray 1995.

#### BIBLIOGRAFIA

- AIROLDI, GIUSEPPE (1980), *I sistemi operativi*, Milano: Giuffrè.
- BEN-DAVID, JOSEPH (1958), «*The Professional Role of the Physician in Bureaucratized Medicine: A Study in Role Conflict*», *Human Relations*, Vol. 11, no. 3 (August), pp. 255-274.
- BORGONOV, ELIO ET AL. (1985), *L'istituto di incentivazione alla produttività nel contratto della sanità D.P.R. 348/83. Riflessioni teoriche e indicazioni per la gestione nelle*

- USL e nelle strutture sanitarie ed Istituti Scientifici*, Milano: Unicopli.
- CLARKE, KAREN W. E GRAY, DAVID (1995), «*The Defined Daily Dose as a Tool in Pharmacoeconomics: Advantages and Limitations*», *PharmacoEconomics*, Vol. 7, no. 4 (April), pp. 280-283.
- EASTAUGH, STEVEN R. (1992), *Health Care Finance. Economic Incentives and Productivity Enhancement*, New York (etc.): Auburn House.
- FRANCESCON, GIOVANNI (1994), «*L'incentivazione economica del personale nella pubblica amministrazione*», *Azienda pubblica*, Anno 7, n. 3 (Dicembre), pp. 431-459.
- GABRIELE, STEFANIA E ZOLEA, STEFANO (1993), «*La spesa pubblica per farmaci: i costi dei risparmi*», *Economia pubblica*, Anno 23, n. 12 (Dicembre), pp. 611-618.
- HERZBERG, FREDERICK (1968), «*One More Time: How Do You Motivate Employees?*», *Harvard Business Review*, Vol. 46, no. 1 (January-February), pp. 53-62.
- KERR, STEVEN (1975), «*On the Folly of Rewarding A, while Hoping for B*», *The Academy of Management Journal*, Vol. 18, no. 4 (December), pp. 769-783 (ora in versione aggiornata in *The Academy of Management Executive*, Vol. 9, no. 1 (February 1995), pp. 7-14).
- KOHN, ALFIE (1993), «*Why Incentive Plans Cannot Work*», *Harvard Business Review*, Vol. 71, no. 5 (September-October), pp. 54-63.
- LAWRENCE, PAUL R. E LORSCH, JAY W. (1967), *Organization and Environment. Managing Differentiation and Integration*, Cambridge, MA: Harvard University - Graduate School of Business Administration.
- LIVERANI, STEFANO ET AL. (1993), «*Il controllo dei consumi ospedalieri di farmaci ad alto costo*», *Management ed economia sanitaria*, Anno 2, n. 8 (Dicembre), pp. 106-114.
- LOMBARDINI, SIRO ET AL. (1991), *Teoria degli incentivi e riforma del Servizio sanitario nazionale*, Torino: La Rosa.
- LUCIONI, CARLO (1995), «*Il caso Italia. Le politiche di cost containment della spesa farmaceutica e gli strumenti per contenerla*», *Farmeconomia*, Anno 1, n. 1 (Marzo), pp. 32-37.
- RUFFINI, RENATO (1992), «*L'incentivazione e la valutazione della produttività nelle amministrazioni pubbliche*», in Giovanni Costa (a cura di), *Manuale di gestione del personale*, Torino: Utet, pp. 619-651.
- RUGIADINI, ANDREA (1979), *Organizzazione d'impresa*, Milano: Giuffrè.
- SILANO, EROS (1991), «*L'istituto della incentivazione della produttività nel D.P.R. 384/90 nell'esperienza del S.S.N. piemontese*», *Rassegna giuridica della sanità*, Anno 8, n. 89 (Ottobre), pp. 182-192.

# IL SISTEMA DEGLI INCENTIVI FINANZIARI NEL NUOVO ASSETTO DELLA SANITÀ VENETA: ASPETTI TEORICI E SCELTE OPERATIVE

di Paolo Artico, Fabrizio Garbin, Vania Rado, Roberto Toniolo

Regione Veneto - Dipartimento gestione spese sanitarie - Venezia

SOMMARIO: 1. I principi del cambiamento operato dalla legge di riforma 502/517: cenni - 2. L'attuazione della legge 502/517: gli elementi caratterizzanti il nuovo assetto della sanità veneta - 3. Le ragioni economiche della fase di transizione - 4. I tratti caratterizzanti la fase di transizione veneta verso il nuovo sistema di remunerazione a prestazione - 5. Conclusioni.

## 1. I principi del cambiamento operato dalla legge di riforma 502/517: cenni

Nell'accingersi a rappresentare i fondamentali passaggi compiuti dalla Regione Veneto nel corso di questa prima fase attuativa dei principi informatori del nuovo assetto istituzionale e di governo della sanità italiana, si ritiene opportuno premettere quelle che, a nostro avviso, costituiscono le scelte riformatrici più significative nell'indirizzare i nuovi modelli dei servizi sanitari regionali, pur nelle differenziazioni consentite, verso un comune denominatore insieme di regole organizzativo-funzionali per la più efficiente allocazione delle risorse settoriali.

Nel seguito di questa premessa non è nostra intenzione porre in primo piano solamente il tanto a lungo decantato principio della de-burocrazia, in quanto pur potendolo collocare tra gli assiomi fondamentali del nuovo assetto 502/517, esso ne costituisce anche il primo, immediato e inevitabile corollario. Si ritiene, invece, utile soffermarsi brevemente sulla volontà di introdurre la logica della concorrenza mercantile anche nel comparto della sanità. Scelta che deve, ovviamente, tener conto delle peculiarità settoriali,

per le quali pensare ai più convenienti adattamenti delle regole concorrenziali e ai più opportuni controlli da attivare, per un sistema di concorrenza che non può che essere guidata o amministrata che dir si voglia.

Tre sostanzialmente i riferimenti di principio estrapolabili dalla legge di riforma 502/517.

È noto che la condizione prima per un ambiente concorrenziale è data dalla presenza di più soggetti con interessi contrapposti secondo il modello domanda-offerta. Diversamente, sebbene coerentemente con le convinzioni politiche che l'hanno varata, la precedente configurazione organizzativa dominante integrava in capo ad una unica entità sia la finalità dell'assicuratore, sia quella dell'acquirente delle prestazioni e quella del fornitore delle stesse. Con l'attuale riforma, maturata peraltro nel vivo di un processo di attenuazione delle divergenze ideologiche sul rapporto Stato-mercato, l'idea guida è stata proprio quella di rimodellare tutto il sistema sanitario dando maggiore spazio al principio delle autonomie a seguito del quale, con lo scorporo e l'attribuzione delle precedenti tre finalità ad altrettante distinte persone giuridiche, si è permesso a ciascuna di esse di esprimersi e con-

trapporsi in modo autonomo alle altre nella ricerca del più conveniente equilibrio di qualità e costi.

Per quanto riguarda il principio informatore dei rapporti tra i vari soggetti istituzionali e, in ambito aziendale, tra le unità organizzative, viene chiaramente superata l'impostazione tesa ad una razionalizzazione totale con modelli organizzativi e direzionali onniscenti (la burocrazia) a favore di modelli di razionalità limitata dove fondamentale è il ruolo di coordinamento e integrazione svolto dalla negoziazione, la quale deve esercitarsi, a ogni livello, entro i limiti definiti da una programmazione «a maglie larghe» attenta al rapporto obiettivi/risultati/risorse decentrando le scelte sulle azioni più convenienti per il raggiungimento secondo economicità degli obiettivi prefissati.

Infine, a sostegno della dinamica delle motivazioni e dei comportamenti conseguenti, si pone il principio degli incentivi finanziari definito dal meccanismo di rimborso e dal postulato della responsabilizzazione sui risultati che analogamente ai precedenti deve operare in modo diffuso con implicazioni a ogni livello del sistema.

La trattazione che segue si focalizzerà proprio su quest'ultimo principio

Figura 1



Figura 2



degli incentivi finanziari delineandone, dapprima, alcuni tra i principali vincoli e difficoltà di una sua immediata e diretta introduzione, per passare poi alla descrizione delle soluzioni transitorie opportunamente implementate dalla Regione Veneto per il corrente esercizio.

## 2. L'attuazione della legge 502/517: gli elementi caratterizzanti il nuovo assetto della sanità veneta

Con la promulgazione delle leggi 55/1994 e 56/1994 la Regione Veneto ha posto le basi per la riforma dell'assetto organizzativo e di governo del proprio servizio sanitario regionale. Va, peraltro, ricordato che questi due provvedimenti legislativi, nel quadro della normativa regionale in materia,

non hanno vita autonoma, bensì entrano in un rapporto di integrazione e complementarità, da un lato, con una precedente terza legge, la 39/1993, sulla riorganizzazione della rete ospedaliera regionale e, dall'altro, con le disposizioni del nuovo piano socio-sanitario regionale, con il quale il legislatore regionale ha provveduto anche agli opportuni emendamenti alla citata legge 39.

Con riferimento ai meccanismi di allocazione delle risorse, una prima sottolineatura che ci sembra utile proporre anche per un confronto con le altre realtà regionali riguarda le caratteristiche del sistema di finanziamento dei fornitori di assistenza sanitaria operanti nel territorio regionale. La trattazione di questo aspetto ci consente di introdurre un secondo tema di

confronto, inscindibile e, per certi versi, propedeutico rispetto al precedente, si tratta della natura dei rapporti che si instaureranno tra le aziende USL e i fornitori autonomi di assistenza sanitaria. Dall'esame delle scelte effettuate in ordine a questi due ambiti discende poi la comprensione della rete degli scambi di prestazioni e dei correlati flussi finanziari che connette tra loro gli attori del sistema e la possibilità di giudicare del grado di effettiva capacità del sistema, o meglio di chi è istituzionalmente preposto al suo governo, di contenere il livello della spesa sanitaria finanziata con le risorse pubbliche.

Per quanto riguarda i rapporti tra una generica azienda USL e i fornitori, la normativa della Regione Veneto pur ammettendo, parimenti a quella

Figura 3



nazionale, la possibilità che le prestazioni da garantire ai cittadini residenti nel territorio di sua competenza siano assicurate mediante i suoi propri presidi, i presidi di altre aziende USL, le aziende ospedaliere e gli altri fornitori autonomi accreditati, ha mantenuto il principio che debba trattarsi di un rapporto di integrazione, il quale va opportunamente interpretato alla stregua di un ben definito ambito contrattualistico delimitato dai vincoli/regole espressi dalla programmazione sanitaria regionale e attuativa locale in termini di livelli di assistenza da garantire, capacità produttiva del sistema e compatibilità finanziarie. Naturalmente, e in specie per i soggetti privati, requisito primo per poter offrire su tale mercato la propria produzione, secondo le disposizioni della normativa statale recepite anche dalla L.R. 56/1994, i fornitori devono accettare il pagamento a prestazione, essere, come già preannunciato, accreditati e far proprio il metodo della VRQ.

Passando, quindi, al sistema di finanziamento e, quindi, alle fondamentali partite in entrata dei bilanci aziendali, si impone la distinzione delle aziende USL dalle aziende ospedaliere con la precisazione che nel Veneto si sono costituiti in azienda solo i due policlinici universitari di Padova e Verona rimanendo, invece, gli altri presidi articolazioni funzionali delle aziende USL.

Si tratta naturalmente di un'applicazione del principio delle autonomie, che fatto salvo il rapporto di integrazione del privato col pubblico, potrebbe anche apparire parziale, ma che rappresenta, invece, la scelta che il legislatore regionale ha compiuto alla luce di un complessivo calcolo di convenienza economica e socio-sanitaria tenendo conto, da un lato, della opportunità di mantenere una gestione unitaria e sinergica dei vari livelli di assistenza sanitaria, dall'altro, sulla base

della convinzione che, nell'ottica del principio in discorso, pur mantenendo la copresenza nelle USL delle due anime di fornitore e di acquirente, dall'introduzione del meccanismo di remunerazione a prestazione per la regolarizzazione economica degli scambi connessi alla mobilità sanitaria, possano comunque scaturire i positivi effetti di una responsabilizzazione del management dell'USL non limitata alla sola fornitura delle presta-

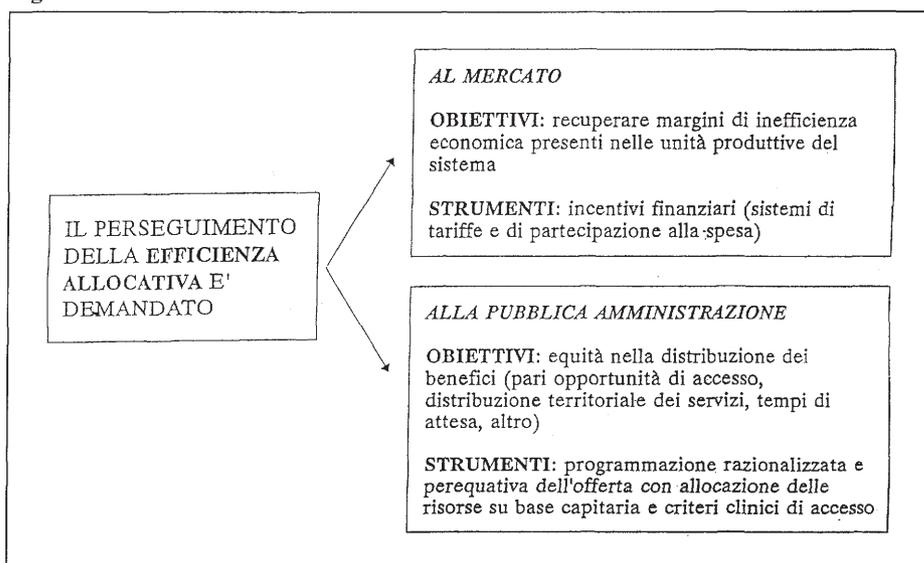
zioni imposte per legge, ma attenta anche all'efficienza comparata dei propri processi produttivi rispetto alla concorrenza e alla massimizzazione dei margini di contribuzione consentiti dai valori delle tariffe prestabiliti per ogni prestazione oggetto di scambio.

Pertanto, con riferimento alle aziende USL venete, nel loro duplice ruolo di assicurazioni/acquirenti e fornitori, il nuovo sistema di finanziamento,

Figura 4



Figura 5



come in parte appena anticipato, risulta dalla combinazione della logica programmatica, per gli obiettivi di equità nella distribuzione dei benefici, e di quella del mercato, per stimolare in modo continuo una tensione organizzativa verso il recupero dei margini di inefficienza presenti nelle unità del sistema.

In termini operativi, queste due logiche sono state rispettivamente tradotte prevedendo (L.R. 56/1994, art. 26):

— un meccanismo di rimborso della categoria global budgeting secondo

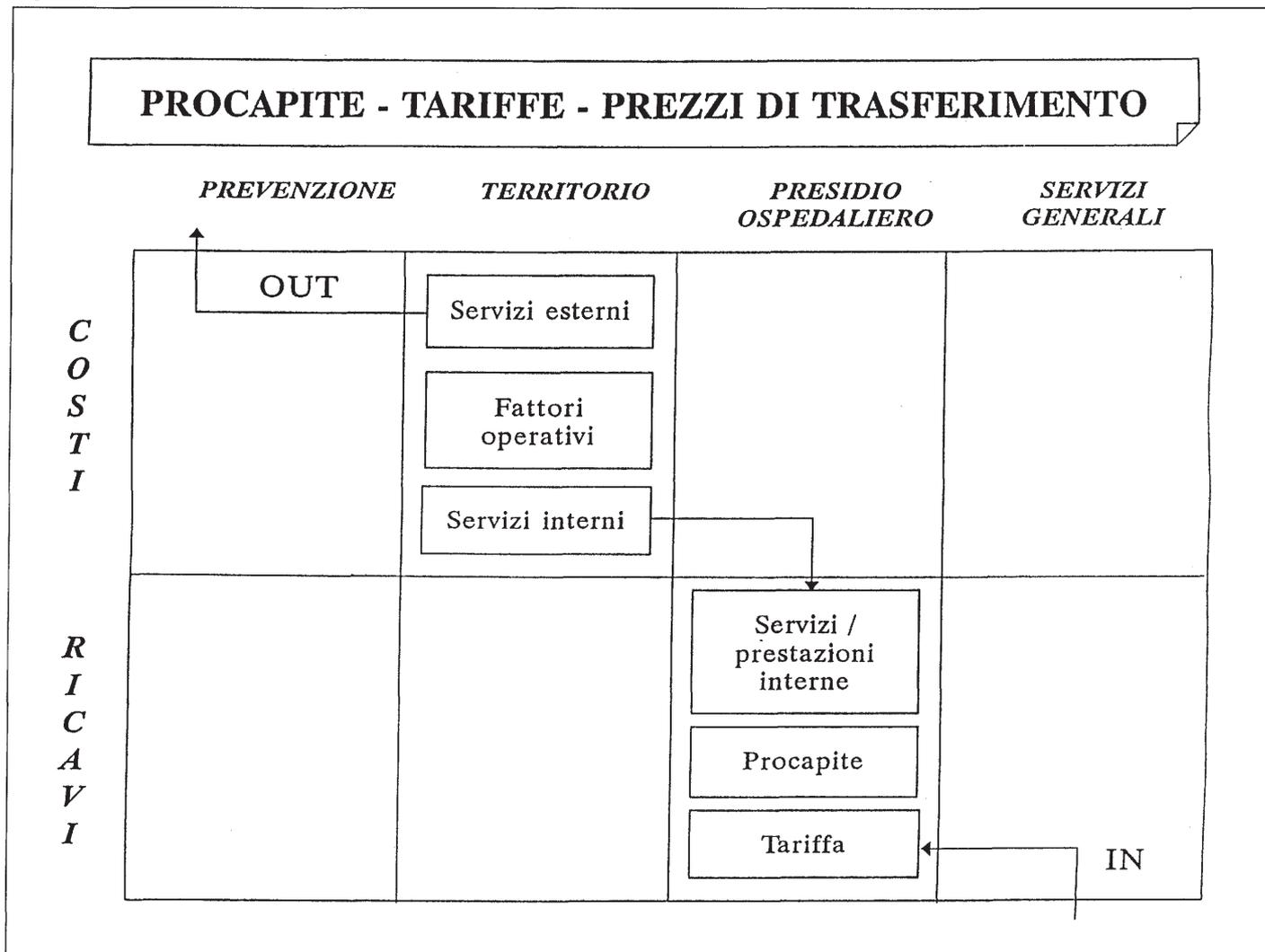
parametri procapite (premio per assicurato con valenza solidaristica) rapportati alla popolazione residente;

— uno schema basato sul volume dell'attività svolta secondo tariffe predeterminate per ciascuna prestazione opportunamente classificata.

In ordine a detta combinazione dei flussi in entrata va rilevato come essa configuri in senso stocastico la formula di riparto del FSR che superando la logica del trasferimento introduce in certa misura quella del ricavo e del rischio economico d'impresa (L.R. 55/1994, artt. 5 e 6).

Per quanto riguarda, invece, le due aziende ospedaliere venete, nel loro unico ruolo di fornitori, il nuovo sistema di finanziamento risulta completamente soggetto allo schema del rimborso a prestazione. Mentre, si ritiene di dover precisare che per i presidi ospedalieri non costituiti in azienda, diversamente da quanto sembrerebbe stabilito dalla legge 724/1994, trovano, nel modello input-output dei flussi finanziari della sanità veneta disegnato dalle due leggi 55 e 56, la loro principale fonte di entrata tra le risorse attribuite indistintamente col parametro

Figura 6



procapite all'Azienda USL di appartenenza.

Alla Regione è demandato il compito di intervenire nel sistema mediante la leva della fissazione di entrambi i parametri unitari, procapite e tariffa, e quella della definizione delle relative modalità applicative, scalarità e/o diversificazione del tariffario in ordine a quelle variabili, dimensionali e di specializzazione produttiva, strettamente correlate con i cosiddetti fenomeni delle economie di scala e di scopo, al fine di attenuare e redistribuire i vantaggi

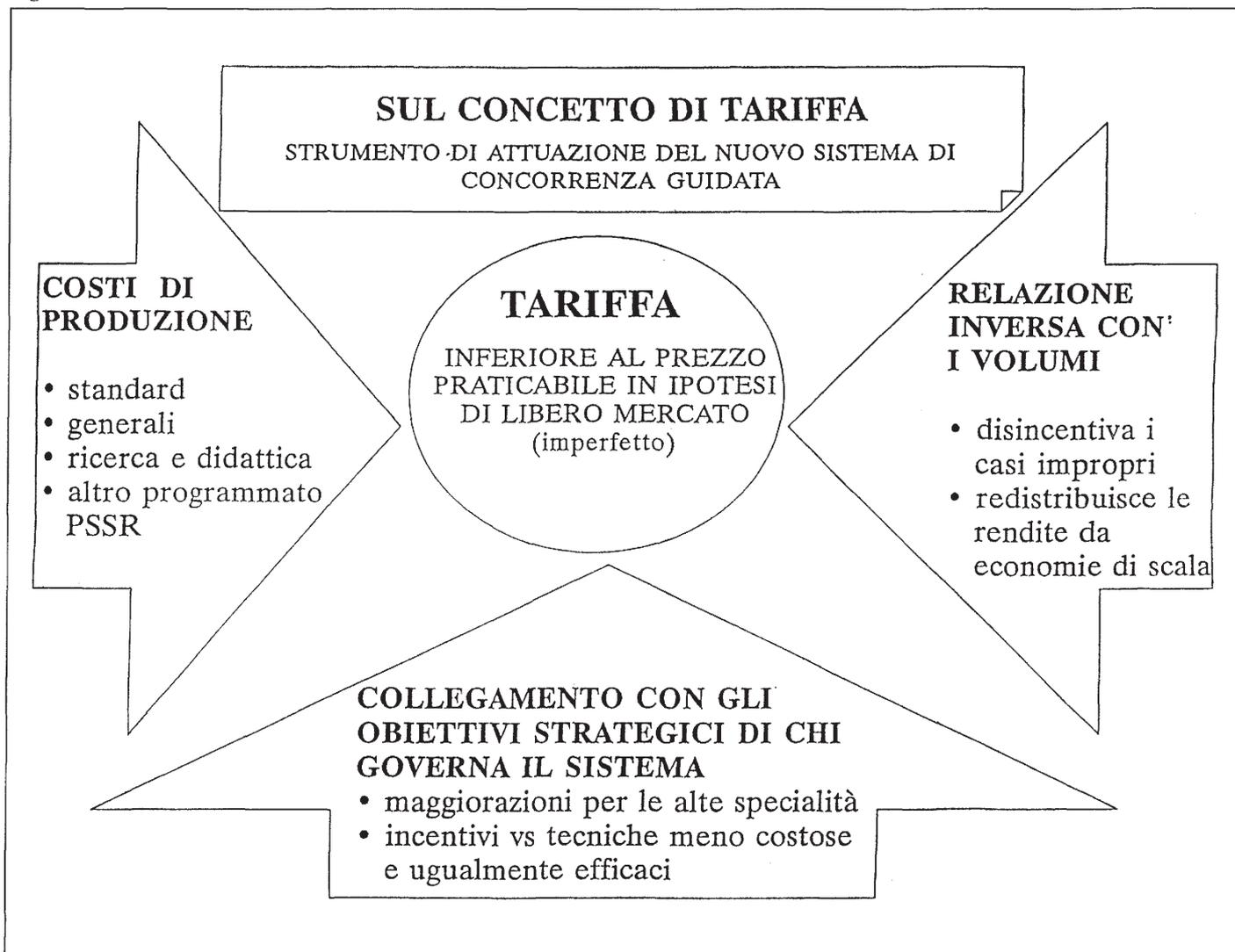
delle posizioni di quasi-rendita sperimentabili da alcune realtà operative.

A latere di questi due fondamentali flussi in entrata del bilancio delle aziende sanitarie, il meccanismo di riparto del FSR prevede l'accantonamento di una quota di riserva da destinare al finanziamento di particolari attività con bacini di utenza multizonali e per i quali non sia correttamente applicabile la logica del pagamento a prestazione. Il riferimento è qui a quelle attività la cui produzione non si esaurisce nelle singole prestazioni

rese, ma si riflette nella messa a disposizione di un presidio adatto a garantire una risposta alle eventuali urgenze ed emergenze. Nell'attuale fase transitoria, lo stanziamento del fondo in oggetto tiene altresì conto dei necessari interventi finanziari per il graduale riequilibrio nelle dotazioni strutturali in eccesso.

Prima di analizzare il sistema tariffario della Regione Veneto, ci sembra utile riservare il paragrafo che segue ad alcune considerazioni di carattere generale sulle ragioni che possono rin-

Figura 7



tracciarsi alla base dell'affermazione forte di un principio di prudenza nella configurazione del meccanismo di remunerazione delle prestazioni scambiate nell'ambito dei rapporti tra le aziende USL-acquirenti e i fornitori autonomi, presidi convenzionati e aziende ospedaliere. Successivamente, con riferimento al Veneto, si rappresenteranno i tratti caratteristici dello schema tariffario provvisoriamente prescelto per il corrente esercizio 1995.

### 3. Le ragioni economiche della fase di transizione

Dall'esame della normativa statale, a partire dal D.L. 6 febbraio 1991, n. 35 e dalla legge delega 23 ottobre 1992, n. 421 fino alle ultime disposizioni contenute nella legge di accompagnamento della finanziaria 1995, emergono in più parti i nessi di interdipendenza tra i vari aspetti toccati dalla riforma in atto, tanto che l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento a tariffa è stata prevista in correlazione con la trasformazione della dirigenza in senso manageriale (orientata alla pianificazione, alla programmazione e al controllo), con la razionalizzazione della rete ospedaliera secondo lo standard di 4,5 pl. x 1.000 ab. per gli acuti e di 1 pl. x 1.000 ab. per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, con la riorganizzazione delle funzioni ospedaliere in aree omogenee, secondo il modello dipartimentale, e con la riqualificazione del rapporto tra l'ospedale e i servizi extraospedalieri, per citare solo alcuni degli elementi comunque coinvolti dalla riforma.

Muovendo da questi nessi e dalla presumibile eterogeneità nelle dinamiche dei processi di trasformazione dei vari elementi del sistema, una prima indicazione riguarda il fatto che la definizione delle modalità di implementazione del nuovo approccio di remunerazione delle prestazioni assi-

stenziali e in particolare di quelle ospedaliere, deve obbligatoriamente rapportarsi all'insieme dei vincoli e/o debolezze strutturali, ereditati dal precedente assetto istituzionale e organizzativo; valutati tali, ovviamente, con riguardo all'esigenza di flessibilità nelle operazioni di gestione, imposta dal nuovo ambiente competitivo e dalla nuova logica di conduzione aziendale, protesa verso modalità di offerta differenziate e coordinate per la continuità assistenziale, magari più economiche, e in grado di deliziare maggiormente il cliente-paziente. Rientrano tra i vincoli in oggetto, ad esempio, non solo quei fattori di natura fisica inerenti il patrimonio immobiliare e tecnologico, ma anche l'insieme di regole e procedure tuttora vigenti in specie per la gestione della risorsa umana.

In secondo luogo, il fatto che si tratti di fattori di natura strutturale, la cui permanenza non può che investire, quantomeno, il medio periodo, comporta la circostanza che, proprio in dipendenza di essi vincoli, non sia praticamente percorribile alcuna ipotesi di introduzione di punto in bianco di un qualsiasi sistema degli incentivi finanziari senza affiancarlo con appropriati meccanismi esogeni di attenuazione dei rischi economico-finanziari indotti dalle difficoltà di procedere alla taratura dei livelli tariffari secondo formule in grado di riflettere esplicitamente, almeno, il gradiente medio di riduzione dei vincoli al cambiamento istantaneo.

Appare evidente che questa prospettata dose di prudenza e realismo nella scelta del meno traumatico e, per ciò stesso, graduale sentiero di transizione verso il nuovo assetto, trova la sua ragione proprio nelle interconnessioni tecnico-organizzative che sussistono tra i suddetti vincoli, qualificabili non solo nell'aspetto strutturale delle combinazioni dei fattori (ad

esempio ampia variabilità nel personale sanitario e mediamente più «medico intensive» nel pubblico che nel privato), ma anche in quello dinamico dei relativi processi produttivi (resistenze verso modalità organizzative dipartimentali e di assistenza in regime di day hospital), da un lato, e i conseguenti livelli della produttività presenti negli attuali erogatori di assistenza sanitaria, dall'altro, i cui effetti economico-finanziari, per quanto detto, in questa fase non possono imputarsi esclusivamente alla responsabilità del Direttore generale.

In altri termini, da un punto di vista formale, non appena si pensi alla possibilità di poter esprimere il prodotto dell'assistenza ospedaliera, con una metrica che tenga conto di entrambe le sue dimensioni quantitativa e qualitativa, ossia mediante l'applicazione simultanea di un opportuno sistema di classificazione dei pazienti ricoverati, QTDRG1... QTDRG492, e di un correlato sistema di ponderazione, PRDRG1... PRDRG492, elaborati congiuntamente in relazione ad uno specifico e predefinito obiettivo di omogeneizzazione di quella produzione; e, similmente, per quanto riguarda l'insieme dei fattori operativi impiegati, si consideri la possibilità di sintetizzarne la varietà in un fattore totale dato dal prodotto del vettore delle quantità di ciascun input impiegato, QTX1... QTXN, per il corrispondente vettore dei valori relativi, altrimenti detti coefficienti di conversione, PRX1... PRXN, risulta immediata la percezione delle determinanti del livello di produttività marginale di lungo periodo,  $\pi$ , di una generica struttura ospedaliera esprimibile nel rapporto:

$$\pi = \frac{d(\sum_1 Q\text{TDRG}_1 \times \text{PRDRG}_1)}{d(\sum_1 Q\text{TX}_1 \times \text{PRX}_1)}$$

dove  $d(\cdot)$  indica l'operatore differenziale.

Con riferimento a tale espressione, non si può mancare di rilevare la plausibilità dell'ipotesi che, a seguito dell'affermarsi del postulato della responsabilizzazione sui risultati, nei futuri calcoli di convenienza economica sia proprio la produttività marginale di lungo periodo in valore:

$$\pi \times d(T)$$

ottenuta applicando alla produttività fisica,  $\pi$ , il valore marginale della tariffa ponderata rispetto al case mix prodotto,  $d(T = \sum_1 TDRG1 \times QTDRG1)$ , il parametro aziendale che necessariamente investirà una valenza strategica nel confronto con il costo di produzione marginale,  $d(C)$ .

Inoltre, sempre con riferimento alle precedenti formalizzazioni, è possibile derivare alcune immediate, quanto semplici, argomentazioni deduttive in ordine alle conseguenze economico-finanziarie di una situazione di copresenza di elementi, ancorché residuali, appartenenti al vecchio SSN e il principio degli incentivi finanziari caratterizzante il nuovo assetto istituzionale.

In particolare, limitarsi alla semplice introduzione del sistema di classificazione dei ricoveri per DRG e la remunerazione forfettaria per caso trattato senza prevedere il contemporaneo adeguamento degli standard minimi obbligatori a garanzia della qualità assistenziale, proprio per la loro diretta correlazione con il meccanismo di formazione del valore del fattore totale,  $d(\sum_1 QTX1 \times PRX1)$ , potrebbe ingenerare, a parità di produzione dichiarata, ingiustificati arricchimenti di alcuni fornitori, quelli attualmente meno vincolati alle preesistenti dotazioni strutturali e, per converso, crisi finanziarie per quei fornitori più qualificati nelle stesse dotazioni.

In relazione a ciò va, quindi, considerata l'attuale situazione assolutamente carente sul piano della defini-

zione normativa del sistema dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie, non essendo ancora raggiunta l'intesa tra Stato e regioni proprio in ordine ai contenuti dell'atto di indirizzo e coordinamento previsto ai sensi dell'art. 8, comma 4, del D.L.vo 502/517.

D'altro canto, si pone l'imprescindibile esigenza che tale sistema soddisfi ad un fondamentale principio di flessibilità e gradualità applicativa collegate alla vetustà, se non storicità, del patrimonio immobiliare entro cui effettivamente le attuali istituzioni del Servizio sanitario nazionale svolgono la propria attività e, quindi, ai fabbisogni finanziari per gli investimenti di adeguamento ai requisiti minimi che si converrà di prescrivere. Peraltro, va tenuto presente che nelle more dei tempi necessari a tali adeguamenti potranno manifestarsi fughe di pazienti o, più in generale, cadute eccessive nei volumi potenzialmente producibili con effetti negativi sul valore complessivamente prodotto,  $\sum_1 QTDRG1 \times PRDRG1$ , a cui tendenzialmente si associano una elasticità del fattore totale,  $\sum_1 QTX1 \times PRX1$ , relativamente contenuta e una sostanziale rigidità nella spesa.

Analoghe considerazioni si pongono in ordine al fatto della non ancora intervenuta definizione dei contenuti del criterio dell'accreditamento delle istituzioni (chi fa, cosa e come). Altre ancora riguardano, invece, quello che potrà essere l'effettivo grado di diffusione e recepimento dei sistemi di controllo di qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate che si caratterizza proprio per la sua diretta dipendenza dalla risorsa umana. A questi elementi, stabiliti entrambi dall'art. 8, comma 4, del D.L.vo 502/517, si accompagnano immediate implicazioni sulle determinanti e sui processi di

formazione dei valori espressi da  $d(\sum_1 QTX1 \times PRX1)$  e  $d(\sum_1 QTDRG1 \times PRDRG1)$ .

Su un piano parallelo ai precedenti e sul quale questi ultimi comunque si proiettano, sussistono altre notevoli pratiche difficoltà relative al calcolo dei costi standard per una quantificazione attendibile delle tariffe secondo la metodologia indicata nel decreto ministeriale del 15 aprile 1994, che richiede una adeguata contabilità per centri di costo, ancora solo legislativamente prevista, e i cui gradi di approssimazione si riverberano sulla misura del parametro  $d(T)$ . Invero, allo stato dell'arte, nonostante i pregevoli sforzi compiuti da diversi enti ai fini della determinazione di un proprio sistema tariffario in grado di riflettere adeguatamente i costi di produzione, gli stessi sistemi non possono che caratterizzarsi ancora in senso sperimentale.

Avuto riguardo a quanto finora rappresentato, la legge 724/1994, pur volendo imprimere una accelerazione ai processi di transizione in corso, non ha potuto che riconoscere ulteriormente, rispetto a quanto già correttamente fatto dal 502/517, l'esigenza di procedere con gradualità verso il nuovo disegno del Servizio sanitario nazionale riformato, disponendo l'anticipazione parziale e secondo prudenza di alcuni tratti del sistema di pagamento a prestazione per le sole attività ospedaliere. Va, infine, rilevato come nel quadro delle precedenti formalizzazioni assumono pieno significato le indicazioni ministeriali che, richiamando l'autonomia delle regioni nell'individuazione delle più convenienti modalità operative per l'applicazione del meccanismo tariffario, non escludono che possa presentarsi per qualche regione l'opportunità di procedere ad una articolazione delle proprie tariffe sulla base di quei fattori rappresentativi, allo

stato, delle principali determinanti della variabilità nei costi di produzione tra cui sono fatti figurare i noti fenomeni della complessità della casistica trattata e della complessità funzionale delle strutture ospedaliere, oltre alle due variabili della dotazione di personale e dei volumi prodotti.

#### **4. I tratti caratterizzanti la fase di transizione veneta verso il nuovo sistema di remunerazione a prestazione**

Con particolare riguardo alle aziende ospedaliere e agli erogatori convenzionati alla data del 1° gennaio 1993 che, su disposizione dell'art. 6, comma 6, della L. n. 724/1994, sono comunque da considerarsi accreditati per tutto il biennio 1995-1996, purché accettino di commisurare il corrispettivo delle loro prestazioni vendute alle aziende USL al sistema delle tariffe regionali, lo schema adottato dalla Regione Veneto si conforma alla preannunciata legittima esigenza di gradualità del cambiamento nel sistema di remunerazione passato dalla diaria giornaliera alla tariffa forfettaria per caso trattato, caratterizzandosi, in questa fase, soprattutto per gli accorgimenti introdotti al fine di attenuare le possibili implicazioni economico-finanziarie insite negli inevitabili gradi di approssimazione delle modalità attuative.

Con riferimento, quindi, alle aziende ospedaliere, agli ospedali classificati e alle case di cura private, per il 1995, il pagamento a prestazione è stato introdotto prevedendo la scalarità delle tariffe e, solo per gli ospedali classificati e le case di cura private, un ulteriore criterio di salvaguardia tanto per l'USL-acquirente quanto per il fornitore convenzionato.

#### *4.1. Il meccanismo della scalarità delle tariffe*

In relazione a quanto stabilito dall'art. 6, comma 5 della citata L. n. 724/1994, che prevede che per ciascun presidio di USL e ciascuna azienda ospedaliera «le prestazioni... di degenza... devono formare oggetto di apposito piano annuale preventivo che, tenuto conto della tariffazione, ne stabilisca quantità presunte e tipologia in relazione alle necessità che più convenientemente possono essere soddisfatte nella sede pubblica», per il 1995 come detto, a livello regionale, si è preventivamente stabilito, solo per ciascuna struttura «accreditata», un limite al numero dei ricoveri indistinti effettuabili in misura pari al 97% di quelli registrati nel corso dell'esercizio 1994, cioè nell'assunto che il trade off ottimale tra grado di saturazione della struttura e qualità delle prestazioni si collochi in un intorno prossimo alla produzione sperimentata nel 1994. Entro l'ambito contrattualistico delimitato da questo limite quantitativo e da quello qualitativo posto dalla programmazione regionale circa la tipologia delle prestazioni erogabili dalle strutture convenzionate, e nel rispetto del principio dell'autonomia aziendale, si è, invece, demandata a livello decentrato la successiva fase della negoziazione tra aziende USL e singoli fornitori autonomi per la determinazione quali-quantitativa dell'assistenza ospedaliera erogabile da quest'ultimi e remunerabile con i fondi pubblici del Fondo sanitario regionale.

Considerata, peraltro, l'eventualità che il suddetto limite quantitativo possa non essere pienamente rispettato e che, proprio in relazione al nuovo meccanismo di finanziamento, lo sfondamento eventuale potrebbe plausibilmente collegarsi a fenomeni di moltiplicazione impropria dei ricoveri, lo si è affiancato col criterio del-

la scalarità delle tariffe da applicare nella valorizzazione delle prestazioni rese, costituendo, in tal modo, come subito mostreremo, un algoritmo endogeno al meccanismo di pagamento delle prestazioni funzionale al generale obiettivo del controllo della crescita della spesa ospedaliera indotta. L'artificio della scalarità concorre, inoltre, ad attenuare il contestuale e collegato rischio di dequalificazione dell'assistenza effettivamente resa e rappresenta una condizione per la redistribuzione dei vantaggi di quelle posizioni di quasi-rendita sperimentabili da alcune realtà operative a seguito del fenomeno dei rendimenti di scala. Si tratta, ad evidenza, di tre aspetti: rendimenti di scala, casi impropri, dequalificazione dell'assistenza, che lo strumento della scalarità porta a considerare congiuntamente nell'espressione del coefficiente di riduzione del valore dei corrispettivi da riconoscere oltre certe soglie di produzione.

Nella sua concezione più astratta, detto criterio stabilisce, infatti, una relazione di interdipendenza tra valore della tariffa e volumi di produzione, la quale relazione deve calibrarsi in modo tale da disincentivare qualsiasi comportamento teso alla moltiplicazione impropria dei casi trattati rendendo, quantomeno, la quota dei volumi eccedente i livelli programmati meno remunerativa. Più in generale sotto il profilo della politica sanitaria, si osserva la validità del criterio che consente di introdurre il contingentamento delle prestazioni in modo indiretto intervenendo, a livello aziendale, cioè dal lato dell'offerta, sulla convenienza economica della produzione delle unità marginali.

Per una più sistematica dimostrazione di quanto sinora assunto, è opportuno impostare la questione nei termini indicati dalla seguente formula-

zione della condizione di equilibrio economico di lungo periodo:

$$\frac{d(\sum_1 QT_{DRG1} \times PR_{DRG1})}{d(\sum_1 QT_{X1} \times PR_{X1})} = \frac{d(C)}{d(T)}$$

Dal suo esame è possibile constatare immediatamente come l'effetto della scalarità su  $d(T)$  sia congruente con finalità redistributive dei vantaggi dovuti alla presenza delle economie di scala e di scopo che, a parità di incrementi nel fattore totale  $d(\sum_1 QT_{X1} \times PR_{X1})$ , portano ad aumenti più che proporzionali nei livelli produttivi misurati da  $d(\sum_1 QT_{DRG1} \times PR_{DRG1})$ .

Per quanto concerne, invece, il rischio qualità, tenendo a mente la plausibilità del fatto che, in prossimità del livello di saturazione della capacità produttiva, i guadagni dovuti alle economie di scala sono verosimilmente soggetti a dinamiche distinte e opposte a quelle delle perdite nei livelli di qualità, dalla condizione di primo ordine per l'equilibrio di lungo periodo, come nel caso precedente, ne deriva la liceità e l'opportunità per il benessere collettivo di prevedere gradienti di riduzione del valore delle tariffe tali per cui, ed è questa una condizione aggiuntiva che la sola considerazione dei rendimenti non pretende, l'andamento delle tariffe medesime si collochi al di sotto oltremodo della curva delle economie di scala comunemente intese. Ciò consente, per l'appunto, di contrastare oltreché la crescita nella spesa indotta, anche quelle cadute nel reale livello qualitativo non denunciabili dalla semplice trasformazione lineare risultante dal riferimento al sistema di ponderazione dei DRG, ma che vanno poste in relazione alla eccessiva diminuzione nei tassi di impiego dei fattori di ogni combinazione produttiva per caso trattato, conseguente proprio all'elevato grado di congestione della struttura causato dall'incentivo per-

verso della domanda indotta dall'offerta.

In queste accezioni, assunta l'ipotesi che il coefficiente di riduzione di una generica tariffa, quella del  $j$ -esimo DRG, sia esprimibile secondo una data forma funzionale tecnico-politica con argomenti un indicatore dei rendimenti di scala,  $r_{DRGj}$  (p.e., anche se non nel suo significato canonico,  $r_{DRGj} = QT_{DRGj}/QT_{MED}$ ), uno della qualità assistenziale,  $QL_{DRGj}$  (p.e.  $QL_{DRGj} = QT_{MED}/QT_{DRGj}$ ), ed uno

$$CRE_{QT}(DRG_j, QT_{DRG_j}) = \sum_1 CRE_1(1EQ_{TDRG_j}) \times 1EQ_T(DRG_j, QT_{DRG_j})$$

$$i = r_{DRG_j}, QL_{DRG_j}, PSSR_{IDRG_j}$$

da cui risulta che ciascun addendo è il prodotto di una componente tecnica, l'elasticità dell'indicatore di riferimento rispetto al volume della produzione,  $1EQ_{TDRG_j}$ , per una componente politica, l'elasticità del coefficiente di riduzione rispetto a quell'indicatore,  $CRE_1$ . Inoltre, l'espressione mostra come le componenti tecniche, per loro natura, siano funzionalmente dipendenti dalla tipologia,  $DRG_j$ , e dal numero dei ricoveri,  $QT_{DRG_j}$ , trattati, mentre quelle politiche devono ricomprendere, tra i propri argomenti, i valori delle elasticità tecniche.

L'impostazione finora seguita, per evidenti motivi di analisi, si è palesemente riferita ai singoli processi produttivi considerati nella loro individualità. Si sono, ad esempio, esplicitate le componenti del coefficiente di riduzione delle tariffe per ciascun DRG senza riferimento alcuno al carattere di impresa multiprodotto che qualifica ogni struttura ospedaliera. In particolare, il fatto che la produzione ospedaliera complessa consiste di prodotti finali e intermedi, analiticamente esprimibile secondo un appropriato modello di equazioni simultanee, ove ciascun prodotto intermedio è una combinazione di altri prodotti intermedi e

funzionalmente collegato al grado di strategicità della prestazione rispetto alla programmazione regionale,  $PSSR_{IDRG_j}$  (p.e.  $PSSR_{IDRG_j} = |QT - QT^I|$ ), fissata la condizione del ceteris paribus è possibile rappresentare analiticamente la logica secondo cui ciascuna di queste tre componenti fondamentali interviene nel modello della scalarità. Quella che segue è appunto l'espressione della elasticità del coefficiente di riduzione,  $CR$ , in ipotesi di ceteris paribus:

di fattori produttivi speciali e comuni e, similmente, ciascun prodotto finale è il risultato di una coordinazione di prodotti intermedi e di fattori produttivi speciali e comuni, comporta come conseguenza che il fenomeno delle economie di scala possa difficilmente comprendersi con riferimento al singolo processo DRG in quanto esso appare dalle interdipendenze di tutti i micro processi produttivi: si possono ottenere economie di scala in un luogo dell'azienda perché i suoi prodotti intermedi sono a beneficio di più DRG, in tal senso l'andamento di dette economie non si conforma ad alcuna relazione biunivoca col numero dei casi di un solo DRG.

Sono evidenti le difficoltà di recuperare nel precedente quadro formalizzato il sistema di queste interdipendenze, si dovrebbe, infatti, ragionare in termini di elasticità incrociate difficili da trattare non solo per la loro rappresentazione teorica, ma anche e soprattutto per la loro determinazione empirica; oppure, sempre su un piano squisitamente astratto, si dovrebbe tentare la ricerca di un criterio di omogeneizzazione dei processi produttivi in grado di catturare l'informazione dei rendimenti di scala della struttura

nel suo complesso, pertanto ci sembra difficile pensare che ciò possa effettuarsi senza alcun riferimento alle soluzioni organizzative e ad ipotesi di ben definite combinazioni di case mix.

Una approssimazione direttamente praticabile consiste nel riferire la scalarità delle tariffe ad una misura del valore della produzione che, nelle ipotesi della metrica implementata,  $\sum_i QTDRG_i \times PRDRG_i$ , riassume in sé sia l'aspetto quantitativo sia quello qualitativo dei processi assistenziali piuttosto che collegarla alla semplice dimensione quantitativa,  $\sum_i QTDRG_i$ . D'altro canto, tale soluzione consente di immaginare che nelle negoziazioni l'attenzione dei contraenti possa più convenientemente spostarsi verso una misura complessiva del valore, o dei «punti», oggetto di compravendita completata con una indicazione di sintesi della mutabilità della distribuzione dei ricoveri per raggruppamenti diagnostici omogenei, evitando alle controparti l'onere di dover contrattare puntualmente su entrambi i fronti del numero dei ricoveri e della loro tipologia, pur nei limiti posti dalla programmazione regionale. Quindi da una negoziazione centrata sul vettore:  $QTDRGPSSR_1 \dots QTDRGPSSR_k$ , dove l'indice  $PSSR_j$  con  $j = 1 \dots k$  sta a significare la tipologia dei casi trattabili dalla struttura di riferimento, ad un'altra più flessibile e praticabile interessata solamente alle seguenti tre statistiche sufficienti: valore complessivo della produzione da scambiare; numero complessivo dei ricoveri effettuabili e indice di mutabilità dei ricoveri (p.e. G di Gini o H di Shannon), collegabili anch'essi alle specifiche caratteristiche dimensionali, tecnologiche e di professionalità tipiche di ciascun presidio e al conseguente range di sostituibilità tecnica degli output producibili.

Sulla falsariga di quest'ultima impostazione, si è proceduto ai fini della prima applicazione del criterio della scalarità. In tal senso, si è fatto ricorso ad una funzione discreta, per la quale i volumi producibili nel 1995 sono stati raggruppati in quattro distinti intervalli contigui, soggetti ciascuno a distinti regimi tariffari, uguali per tutti i DRG. Come in precedenza, per ciascuna struttura «accreditata», attesa l'assenza di basi informative sufficientemente complete e attendibili, si è stabilito, a livello regionale, di parametrizzare gli estremi di estensione di tali intervalli rispetto al corrispondente numero dei ricoveri-equivalenti effettuati nel corso dell'esercizio 1994. Per quanto riguarda, invece, i coefficienti di riduzione del valore della tariffa essi vanno applicati al valore medio della stessa calcolato, in sede di conguaglio, con riferimento al volume e alle tipologie complessivamente prodotti nel 1995.

Sulla base dell'assunto, già ricordato, che il punto di trade off tra grado di saturazione e qualità assistenziale si trovi in prossimità del livello di produzione sperimentato nei passati esercizi, si è, quindi, convenuto di riconoscere l'intero importo della tariffa per un primo incremento dei ricoveri pari al 2% di quelli preventivati, oltre i quali la scalarità opera nei termini seguenti: per il successivo 15% di sovrapproduzione il coefficiente di riduzione della tariffa scende a quota 75%, per l'ulteriore 15% di incremento, sempre riferito ai ricoveri preventivati, la tariffa si riduce al 50% e, infine, per tutti gli altri è riconosciuto solo il 20% del suo valore.

Per quanto riguarda le aziende ospedaliere e i presidi ospedalieri delle aziende USL, fermo restando lo stesso meccanismo della scalarità, esso verrà applicato ai volumi di attività indicati nei relativi piani annuali preventivi, di cui all'articolo 6 della

legge n. 724 del 1994, soggetti tutti all'esame di congruità della Giunta regionale. Coerentemente con il sistema di ripartizione del FSR veneto, ai suddetti piani compete, inoltre, la funzione di sostenere i processi budgettari di allocazione delle risorse intra-USL.

#### 4.2. La regola di salvaguardia per gli ospedali classificati e le case di cura private

Al fine di non compromettere pesantemente l'equilibrio economico-finanziario delle istituzioni convenzionate, ospedali classificati e case di cura, per un verso, e di costituire, per l'altro, un tetto alla crescita della spesa ospedaliera indotta dal settore convenzionato, in questa prima fase di applicazione ancora sperimentale del pagamento per caso trattato, il meccanismo della scalarità è stato integrato mediante la definizione di una fascia di tolleranza entro cui si è convenuto possa oscillare il valore complessivo delle prestazioni fatturabili dal singolo fornitore nel corso dell'esercizio 1995.

Alla fissazione dei due limiti, inferiore e superiore, della fascia in discorso, si è pervenuti a seguito di una intesa con le Associazioni di categoria delle case di cura e degli ospedali classificati. Il limite inferiore, è stato posto pari al 95% del fatturato 1994, con la regola che qualora, in sede di conguaglio, si riscontrasse che la produzione 1994 valorizzata con le tariffe regionali 1995 fosse inferiore a tale limite, l'istituzione acquirente (ente Regione o azienda USL) provvederà ad integrare il valore della produzione 1995 in misura pari alla differenza positiva tra i due importi. Viceversa, nel caso in cui la produzione 1994 valorizzata con le tariffe regionali 1995 si collocasse al di sopra del limite superiore posto pari al

115% del fatturato 1994, nelle operazioni di conguaglio la differenza verrebbe trattenuta dall'istituzione acquirente o ad essa rimborsata con opportuna nota di accredito emessa dalla controparte se, da quest'ultima, precedentemente già incassata a titolo di anticipazione.

se  $QT_{94} \times PR_{94} \times T < F_{94} \times 95\%$   
allora  $F_{95} = (QT_{95} \times PR_{95} \times TS) + (F_{94} \times 95\% - QT_{94} \times PR_{94} \times T)$

se  $F_{94} \times 95\% \leq QT_{94} \times PR_{94} \times T \leq F_{94} \times 115\%$   
allora  $F_{95} = (QT_{95} \times PR_{95} \times TS)$

se  $QT_{94} \times PR_{94} \times T > F_{94} \times 115\%$   
allora  $F_{95} = (QT_{95} \times PR_{95} \times TS) - (QT_{94} \times PR_{94} \times T - F_{94} \times 115\%)$

dove QT e PR indicano rispettivamente la misura quantitativa e qualitativa dei ricoveri effettuati, T il valore della tariffa regionale e TS lo stesso valore assoggettato però al meccanismo della scalarità, infine, F esprime il valore del fatturato.

In ultima analisi, alla suddetta regola di salvaguardia è associabile un duplice significato. Il primo discende dalla presunzione che i fattori operativi impiegabili nella produzione preventivata (che per il 1995 è pari a  $97\% \times QT_{94}$ ) siano quali-quantitativamente invariati rispetto all'esercizio 1994, e che il valore espresso dal 95% del fatturato 1994 sia immediatamente equiparabile ai correlati costi di produzione. In tali ipotesi, l'integrazione finanziaria prevista dalla regola di salvaguardia è assimilabile ad un sussidio riconosciuto ai fini della remunerazione dei fattori operativi sostanzialmente rigidi nel breve periodo e con la quale si intende, quindi, intervenire per correggere le distorsioni finanziarie provocate semplicemente dalla nuova modalità di computo del corrispettivo monetario da pagare che, proprio per la loro origine, costituiscono l'effetto tariffa. Il secondo approccio

Naturalmente, il valore della produzione 1995 deve calcolarsi applicando congiuntamente le tariffe deliberate per l'esercizio 1995 e il meccanismo della scalarità.

In altri termini, la regola di salvaguardia si conforma al seguente meccanismo operativo:

interpretativo evidenzia, invece, l'attitudine della regola a stimolare una tensione verso il miglioramento nella qualità dei ricoveri prodotti, posta l'indispensabile premessa di una coerente politica tariffaria di differenziazione dei margini di contribuzione unitari mediamente garantiti. Per meglio comprendere il senso di questa proposizione basti osservare come la massimizzazione della seguente espressione:

$$F_{95} = F_{94} \times 95\% + (QT_{95} \times PR_{95} \times TS - QT_{94} \times PR_{94} \times T)$$

una volta postulato il pieno rispetto del vincolo quantitativo stabilito nel piano annuale preventivo,  $d(QT) = 0$ , per cui risulta:

$$F_{95} = F_{94} \times 95\% + QT_{94} \times \{97\% \times d(PR) - 3\% \times PR_{94}\} \times T$$

e, come detto nel contesto di una coerente politica tariffaria, sia percorribile solo ed esclusivamente agendo sulla leva del miglioramento qualitativo, si badi quello misurabile col parametro PR. Alla stessa conclusione si perviene richiamando l'ipotesi della rigi-

dità dei fattori operativi e la constatazione che eventuali incrementi quantitativi,  $d(QT) \neq 0$ , importerebbero un abbattimento nel ricavo marginale definito dalla scalarità delle tariffe, per cui, ancora una volta, risulta che ai fini della massimizzazione del ritorno economico è prioritario intervenire sul fronte della tipologia delle prestazioni.

Per converso, fissato lo scostamento del più 15% rispetto al fatturato 1994, la decurtazione del fatturato 1995 nella misura indicata si prefigge di annullare l'effetto tariffa le cui implicazioni si manifestano, qui, a totale svantaggio delle finanze regionali. Mentre, sulla falsariga della precedente analisi si perviene alla seguente espressione:

$$F_{95} = F_{94} \times 115\% + QT_{94} \times \{97\% \times d(PR) - 3\% \times PR_{94}\} \times T$$

da cui conseguono le medesime conclusioni in ordine all'incentivo economico verso le produzioni qualitativamente superiori, potendosi scrivere  $F_{95} = f[d(PR)]$ .

Per concludere, si rileva come, in entrambi i casi, la soluzione adottata sia assimilabile ad un correttivo *ex post* che, a parità di prestazioni rese nel corso del 1994, implicitamente interviene sui livelli delle tariffe allineandole ai costi di produzione assunti pari a quelli dell'esercizio 1994 secondo le due ipotesi-finzione poste rispettivamente dai due parametri del 95% e del 115%. La stessa regola, inoltre, riconosce pienamente qualsiasi aumento del valore aggiunto intervenuto a seguito di più alti livelli qualitativi, penalizzando, per contro, tutta l'attività ospedaliera eccedente il limite dei ricoveri preventivati, mediante la scalarità e la partecipazione anche di questi maggiori volumi,  $d(QT) > 0$ , all'assorbimento del sussidio calcolato solo con riferimento

alle quantità prodotte nell'esercizio 1994.

Si evidenzia, infine, che la regola di salvaguardia, così come delineata nelle sue linee essenziali, mantiene a totale carico delle strutture «accreditate» i rischi economici della domanda e della concorrenza che possono realizzarsi in termini di  $d(QT) < 0$  e/o  $d(PR) < 0$ .

## 5. Conclusioni

Dopo aver stabilito in astratto il «modello per pensare» e considerata la necessità e, quindi, la logica di procedere per approssimazioni successive nella costruzione del «modello per operare», nei quattro prospetti che seguono si propongono alcune simulazioni esemplificative del funzionamento complessivo dello schema di finanziamento adottato per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere rese dai fornitori autonomi convenzionati. Si fa notare, peraltro, che in essi appare distintamente analizzato l'algoritmo della scalarità valido anche per le aziende ospedaliere e, virtualmente, anche per i presidi delle aziende USL quale utile riferimento per i processi di allocazione delle risorse intra USL operati in sede di budgetting.

Per ciascuna fattispecie considerata viene, altresì, fornita un'analisi delle variazioni finanziarie intervenute a seguito del diverso case mix prodotto nel 1995 rispetto a quello del 1994. Sono pertanto calcolate tre distinte variazioni che, in analogia alla tecnica di analisi degli scostamenti tra budget e consuntivo, si è convenuto di attribuire a modifiche di ordine quantitativo, qualitativo e misto, queste ultime per

la parte residuale non imputabile specificamente a nessuna delle altre due determinanti.

Un'ultima indicazione riguarda il calcolo dello standard per la valorizzazione del peso unitario fissato, come risulta, pari a lire 4,7 mln.

La procedura seguita, prende le mosse dai dati dei bilanci finanziari riclassificati secondo l'analisi economico-finanziaria prevista nei modelli RDN-01 del Ministero della sanità. Sostanzialmente, si sono considerate le spese per la funzione assistenza ospedaliera (CD 700) a cui si è attribuita una quota delle spese relative alle funzioni amministrative e generali (CD 101 e 102) in proporzione all'incidenza della funzione ospedaliera sul totale delle spese rendicontate, con esclusione ovviamente di quelle delle funzioni 101 e 102 oggetto di ribaltamento. Sulla base di specifiche congetture si sono poi scorporate alcune categorie di costo riferite a quelle attività che pur impiegando fattori produttivi della funzione assistenza ospedaliera, non si correlano alla produzione di ricoveri; tra queste figurano le attività di pronto soccorso, quelle di day hospital, i centri regionali specializzati. Mentre, si sono aggiunte quote di costi relative agli ammortamenti degli immobili, dell'impiantistica, delle attrezzature tecnico-sanitarie e degli arredi. Si è, infine, tenuto conto dell'obiettivo del contenimento della spesa per beni e servizi in misura pari al 18% di quanto registrato alla stessa voce nell'esercizio 1993, imposto dall'articolo 6 della legge n. 724 del 1994.

La grandezza risultante dalla procedura descritta è stata quindi rapportata al numero complessivo dei ricoveri

equivalenti ottenuto applicando il sistema dei pesi per DRG proposto nel D.M. 15 aprile 1994 ai ricoveri effettuati nel 1993, da cui è derivata la stima del costo pieno per punto delle strutture pubbliche. Analoghe elaborazioni si sono compiute anche per gli ospedali convenzionati, in questo caso l'assenza di minime informazioni contabili per la stima dei costi di produzione è stata aggirata ricorrendo al valore dei ricoveri fatturati sulla base del meccanismo della diaria giornaliera omnicomprensiva. Dalla combinazione delle due stime così ottenute si è derivato il valore del costo pieno per punto da applicare nell'esercizio 1995.

Per concludere, si riporta di seguito il sistema tariffario adottato dalla Giunta regionale del Veneto per il corrente esercizio 1995. In ordine alle tariffe previste per la sola riabilitazione, si rappresenta che si tratta di determinazioni ancora provvisorie e che, in quanto tali, saranno oggetto di ridefinizione, con validità retroattiva dal 1° gennaio 1995, dopo aver individuato e certificato gli ospedali ed i reparti preposti alle discipline riabilitative.

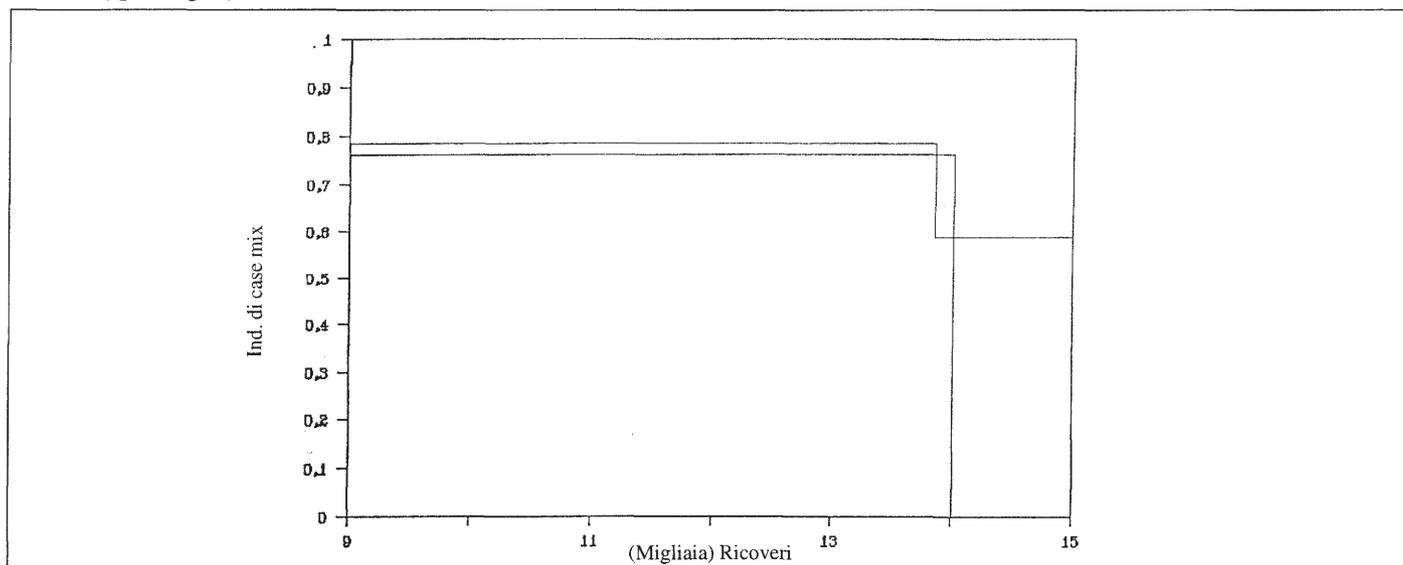
Fin da ora si può anticipare che sono all'esame le seguenti due alternative:

— per giornata di ricovero secondo l'impostazione già indicata al punto 5 del prospetto ma con diversificazione della tariffa per MDC;

— per ricovero (secondo l'impostazione della regione Lombardia) con diversificazione della tariffa per MDC e valore soglia per la durata della degenza sotto la quale la remunerazione è computata non più a caso trattato ma a giornata di degenza.

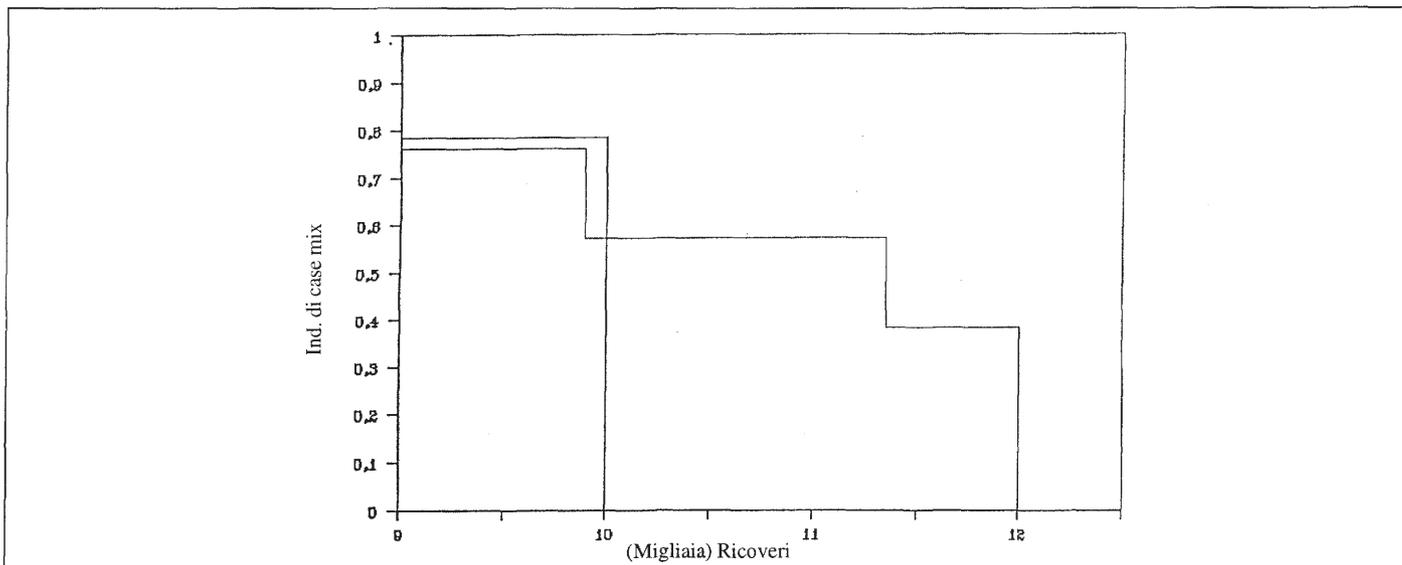
<b>Modello degli incrementi quantitativi e qualitativi</b>	<b>(QT+ e QL+)</b>
Giornate degenza 1994	154.000
Diaria giornaliera	300.000
Fatturato	50.000.000.000
Ricoveri 1994	14.000
Ricoveri 1994 pesati	10.640
Peso medio 1994	0,760
Ricoveri 1995	15.000
Ricoveri 1995 pesati	11.745
Peso medio 1995	0,783
Ricoveri fatturabili a tariffa 100% (98,9% dei ricoveri 1994)	13.851
Ricoveri fatturabili a tariffa 75% (14,6% dei ricoveri 1994)	1.149
Ricoveri fatturabili a tariffa 50% (14,6% dei ricoveri 1994)	0
Ricoveri fatturabili a tariffa 20% (quota residua dei ricoveri 1995)	0
Riferimento <i>standard</i> per valorizzazione	4.700.000
Ricoveri 1995 valorizzati a tariffa 100%	55.201.500.000
Valore medio ricovero 1995	3.680.100
Valore ricoveri fatturati a tariffa 100%	50.973.065.100
Valore ricoveri fatturati a tariffa 75%	3.171.326.175
Valore ricoveri fatturati a tariffa 50%	0
Valore ricoveri fatturati a tariffa 20%	0
Valore ricoveri fatturati 1995	54.144.391.275
<b>Analisi delle variazioni intervenute nel Case mix</b>	
Variazione qualitativa negativa (0,783 - 0,760) x 13.851 x 4.700.000	(1.497.293.100)
Variazione mista positiva (0,760 - 0,783 x 75%) x 149 x 4.700.000	120.976.825
Variazione quantitativa negativa (1.149 - 149) x 0,783 x 4.700.000 x 75%	(2.760.075.000)
( ) x 0,783 x 4.700.000 x 50%	0
( ) x 0,783 x 4.700.000 x 20%	0
Ricoveri fatturati 1995 equiparati al 1994	50.008.000.000
Valore soglia al 95% del fatturato 1994	47.500.000.000
Valore soglia al 115% del fatturato 1994	57.500.000.000
Quota di bilanciamento	0

**Modello (QT+ e QL+)**



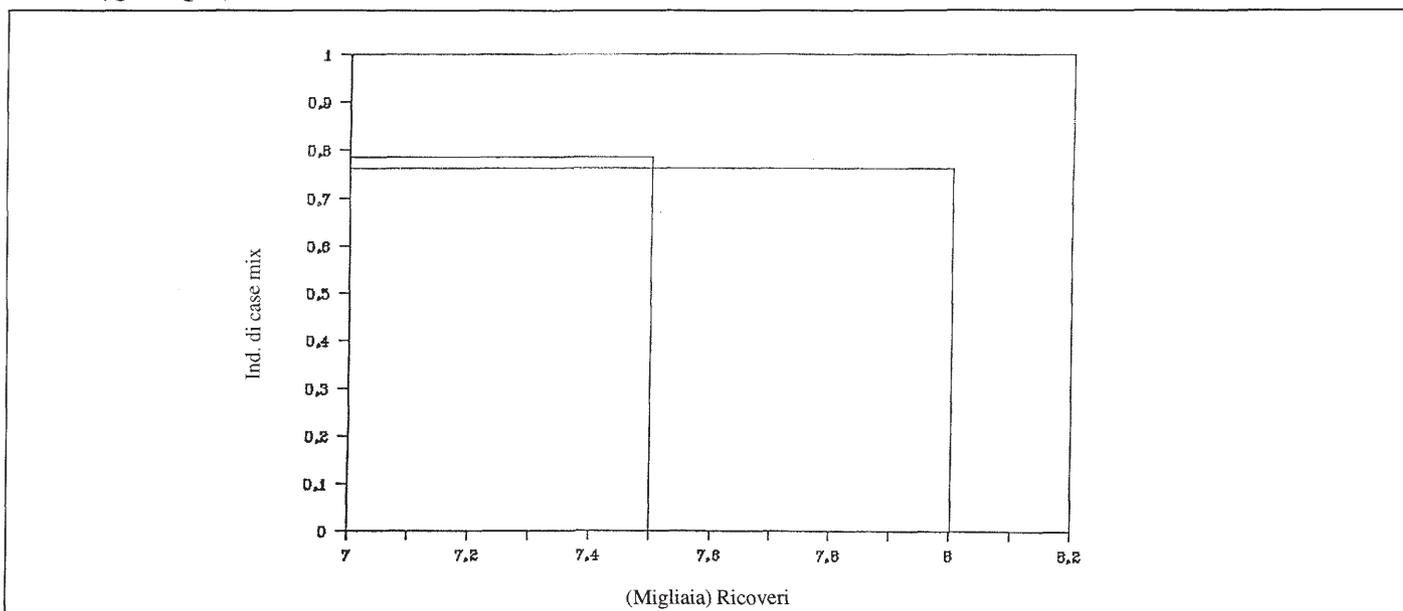
Modello degli incrementi quantitativi e dei decrementi qualitativi	(QT+ e QL-)
Giornate degenza 1994	110.000
Diaria giornaliera	300.000
Fatturato	34.000.000.000
Ricoveri 1994	10.000
Ricoveri 1994 pesati	7.829
Peso medio 1994	0,783
Ricoveri 1995	12.000
Ricoveri 1995 pesati	9.120
Peso medio 1995	0,760
Ricoveri fatturabili a tariffa 100% (98,9% dei ricoveri 1994)	9.894
Ricoveri fatturabili a tariffa 75% (14,6% dei ricoveri 1994)	1.455
Ricoveri fatturabili a tariffa 50% (14,6% dei ricoveri 1994)	651
Ricoveri fatturabili a tariffa 20% (quota residua dei ricoveri 1995)	0
Riferimento <i>standard</i> per valorizzazione	4.700.000
Ricoveri 1995 valorizzati a tariffa 100%	42.864.000.000
Valore medio ricovero 1995	3.572.000
Valore ricoveri fatturati a tariffa 100%	35.341.368.000
Valore ricoveri fatturati a tariffa 75%	3.897.945.000
Valore ricoveri fatturati a tariffa 50%	1.162.686.000
Valore ricoveri fatturati a tariffa 20%	0
Valore ricoveri fatturati 1995	40.401.999.000
<b>Analisi delle variazioni intervenute nel Case mix</b>	
Variazione qualitativa positiva	
$(0,783 - 0,760) \times 9.894 \times 4.700.000$	1.067.156.692
$(0,783 - 0,760) \times 106 \times 4.700.000$	11.433.051
Variazione mista positiva	
$(0,760 - 0,760 \times 75\%) \times 106 \times 4.700.000$	94.658.000
Variazione quantitativa negativa	
$(1.455 - 106) \times 0,760 \times 4.700.000 \times 75\%$	(3.613.971.000)
$(651 - 106) \times 0,760 \times 4.700.000 \times 50\%$	(1.162.686.000)
$(0 - 106) \times 0,760 \times 4.700.000 \times 20\%$	0
Ricoveri fatturati 1995 equiparati al 1994	36.798.589.744
Valore soglia al 95% del fatturato 1994	32.300.000.000
Valore soglia al 115% del fatturato 1994	39.100.000.000
Quota di bilanciamento	0

Modello (QT+ e QL-)



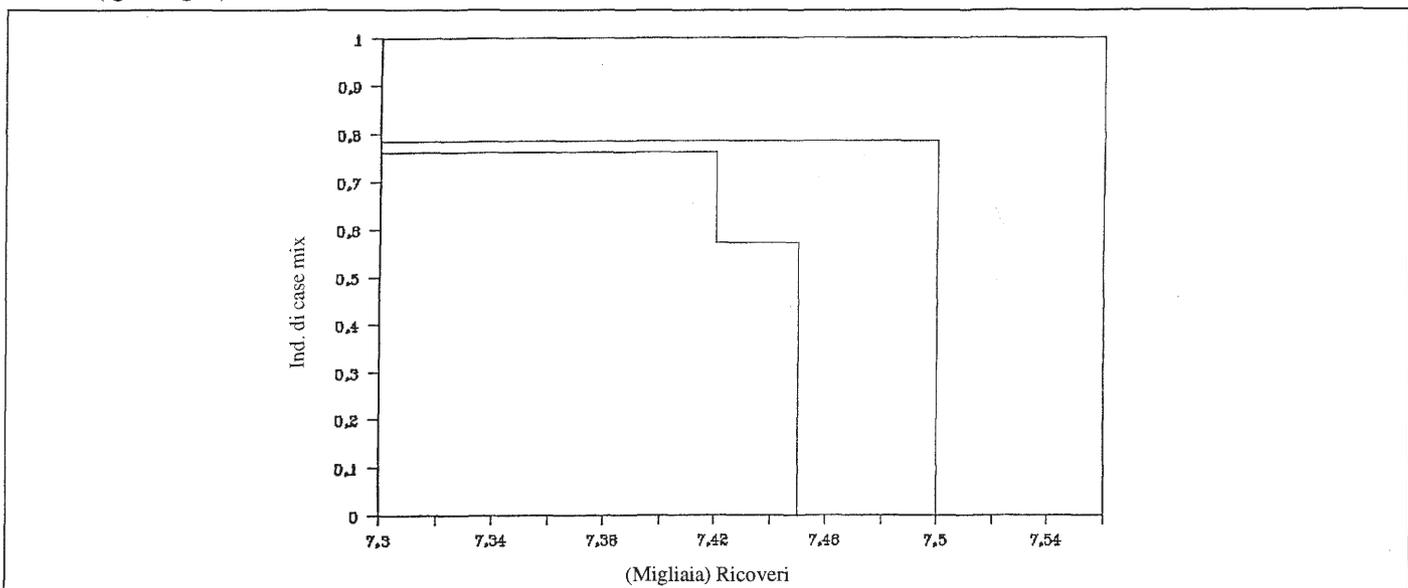
<b>Modello dei decrementi quantitativi e degli incrementi qualitativi</b>	<b>(QT- e QL+)</b>
Giornate degenza 1994	88.000
Diaria giornaliera	350.000
Fatturato	31.000.000.000
Ricoveri 1994	8.000
Ricoveri 1994 pesati	6.080
Peso medio 1994	0,760
Ricoveri 1995	7.500
Ricoveri 1995 pesati	5.872
Peso medio 1995	0,783
Ricoveri fatturabili a tariffa 100% (98,9% dei ricoveri 1994)	7.500
Ricoveri fatturabili a tariffa 75% (14,6% dei ricoveri 1994)	0
Ricoveri fatturabili a tariffa 50% (14,6% dei ricoveri 1994)	0
Ricoveri fatturabili a tariffa 20% (quota residua dei ricoveri 1995)	0
Riferimento <i>standard</i> per valorizzazione	4.700.000
Ricoveri 1995 valorizzati a tariffa 100%	27.598.942.308
Valore medio ricovero 1995	3.679.859
Valore ricoveri fatturati a tariffa 100%	27.598.942.308
Valore ricoveri fatturati a tariffa 75%	0
Valore ricoveri fatturati a tariffa 50%	0
Valore ricoveri fatturati a tariffa 20%	0
Valore ricoveri fatturati 1995	27.598.942.308
<b>Analisi delle variazioni intervenute nel Case mix</b>	
Variazione qualitativa negativa (0,783 - 0,760) x 7.500 x 4.700.000	(808.942.308)
Variazione mista positiva (0,760 - 0,783 x 75%) x 0 x 4.700.000	0
Variazione quantitativa negativa (8.000 - 7.500) x 0,760 x 4.700.000	1.786.000.000
Ricoveri fatturati 1995 equiparati al 1994	28.576.000.000
Valore soglia al 95% del fatturato 1994	29.450.000.000
Valore soglia al 115% del fatturato 1994	35.650.000.000
Quota di bilanciamento	874.000.000

**Modello (QT- e QL+)**



<b>Modello dei decrementi quantitativi e qualitativi</b>	<b>(QT- e QL-)</b>
Giornate degenza 1994	82.500
Diaria giornaliera	350.000
Fatturato	29.000.000.000
Ricoveri 1994	7.500
Ricoveri 1994 pesati	5.872
Peso medio 1994	0,783
Ricoveri 1995	7.450
Ricoveri 1995 pesati	5.662
Peso medio 1995	0,760
Ricoveri fatturabili a tariffa 100% (98,9% dei ricoveri 1994)	7.421
Ricoveri fatturabili a tariffa 75% (14,6% dei ricoveri 1994)	30
Ricoveri fatturabili a tariffa 50% (14,6% dei ricoveri 1994)	0
Ricoveri fatturabili a tariffa 20% (quota residua dei ricoveri 1995)	0
Riferimento <i>standard</i> per valorizzazione	4.700.000
Ricoveri 1995 valorizzati a tariffa 100%	26.611.400.000
Valore medio ricovero 1995	3.572.000
Valore ricoveri fatturati a tariffa 100%	26.506.026.000
Valore ricoveri fatturati a tariffa 75%	79.030.500
Valore ricoveri fatturati a tariffa 50%	0
Valore ricoveri fatturati a tariffa 20%	0
Valore ricoveri fatturati 1995	26.585.056.500
<b>Analisi delle variazioni intervenute nel Case mix</b>	
Variazione qualitativa positiva	
$(0,783 - 0,760) \times 7.421 \times 4.700.000$	800.367.519
$(0,783 - 0,760) \times 30 \times 4.700.000$	3.181.840
Variazione mista positiva	
$(0,783 - 0,760 \times 100\%) \times 50 \times 4.700.000$	5.392.949
$(0,760 - 0,760 \times 75\%) \times 30 \times 4.700.000$	26.343.500
Variazione quantitativa positiva	
$(7.500 - 7.450) \times 0,760 \times 4.700.000$	178.600.000
Ricoveri fatturati 1995 equiparati al 1994	27.598.942.308
Valore soglia al 95% del fatturato 1994	27.550.000.000
Valore soglia al 115% del fatturato 1994	33.350.000.000
Quota di bilanciamento	0

Modello (QT- e QL-)



**Il sistema tariffario Veneto per il 1995**

1. - RICOVERI OSPEDALIERI ACUTI  
—> PRdrg x 4,7 mln.
  
2. - RICOVERI OSPEDALIERI ACUTI DI 1 GIORNATA  
se chirurgici —> PRdrg x 4,7 mln x 0,5  
se medici —> 4,7 mln. x 0,06
  
3. - RICOVERI OSPEDALIERI ACUTI CON DEGENZA PROLUNGATA  
—> PRdrg x 4,7 mln. + (D.D. - V.S.) x 4,7 mln. x 0,05
  
4. - RICOVERI IN DAY HOSPITAL  
se chirurgici —> PRdrg x 4,7 mln. x 0,5 solo per l'accesso con intervento per gli altri come medici  
se medici —> 4,7 mln. x 0,06
  
5. - RICOVERI OSPEDALIERI DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA  
per durata degenza fino al valore medio del Drg  
—> 4,7 mln. x 0,06 x D.D.  
per ogni periodo oltre il valore medio di degenza del Drg  
—> 4,7 mln. x 0,036 x (D.D. - V.M.)
  
6. - RICOVERI OSPEDALIERI DI TERAPIA PSICHIATRICA  
per durata degenza fino al valore medio del Drg  
—> 4,7 mln. x 0,047 x D.D.  
per ogni periodo oltre il valore medio di degenza del Drg  
—> 4,7 mln. x 0,028 x (D.D. - V.M.)

PRdrg = Peso Relativo per DRG  
D.D. = Durata Degenza  
V.S. = Valore Soglia  
V.M. = Valore Medio

# IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE NEL LAZIO: VERIFICHE E RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE

di Maria Carla Claudi, Elda Melaragno

Assessorato alla sanità - Regione Lazio

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Evoluzione della sperimentazione - 3. La formazione degli operatori - 4. I finanziamenti - 5. Verifiche e relativi risultati - 6. Considerazioni sulla sperimentazione, prospettive.

## 1. Premessa

Negli anni dal 1990 al 1994 nel Lazio è stato sperimentato presso le unità sanitarie locali un modello organizzativo di assistenza domiciliare integrata sulla linea della produzione scientifica più recente e degli orientamenti di politica sanitaria che stavano maturando ed assumendo in materia una sempre più precisa connotazione (il lavoro fa seguito a quello pubblico su *Mecosan*, aprile-giugno 1992, 2:60-72), nel mentre si stava delineando quel profondo processo di revisione e riordino che investe oggi il servizio sanitario nazionale.

Destinatari degli interventi di assistenza domiciliare sono state le persone totalmente e permanentemente non-autosufficienti, le persone temporaneamente non autosufficienti e le persone parzialmente e permanentemente non autosufficienti.

Il servizio, nato per rispondere prevalentemente ai bisogni emergenti dall'area della senescenza, in relazione al noto e complesso fenomeno del progressivo invecchiamento della popolazione, nella sua concreta realizzazione, è stato impostato in modo da rispondere alla più vasta gamma di bisogni espressi da quella parte della popolazione appartenente anche ad altre

fasce di età, maggiormente esposta al rischio di ospedalizzazione o istituzionalizzazione.

La sperimentabilità del modello organizzativo è stata una precisa scelta del governo regionale, suggerita dall'opportunità di porsi con una certa cautela rispetto ad un servizio nuovo, non codificato dal punto di vista tecnico e metodologico, non ancora supportato da una normativa nazionale di riferimento e, soprattutto, non ancora entrato nella cultura prevalente, non solo dei cittadini laziali, ma anche degli operatori. Infatti, la carenza nel Lazio di una rete di servizi territoriali socio-sanitari aveva causato una linea di tendenza nell'offerta dei servizi sanitari, nei confronti dell'utenza interessata, connotata da una concensione della risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti, specialmente in età avanzata, di tipo prettamente ospedaliero.

La genesi del servizio, i suoi contenuti, il modello organizzativo e le modalità di sperimentazione, sono stati illustrati in un lavoro pubblicato su questa rivista nell'anno 1992 (1). Nel far rinvio a tale lavoro, si richiamano, per una maggiore comprensione da parte del lettore, i principi portanti del progetto laziale:

— integrazione tra prestazioni sanitarie e prestazioni socio-assistenziali di competenza dei comuni e programmazione congiunta degli interventi attraverso una utilizzazione coordinata delle risorse, fondata sulla conoscenza dei bisogni e sulla sorveglianza dei livelli di salute raggiunti;

— flessibilità dell'organizzazione in rapporto alla complessità, specificità e peculiarità, sia degli utenti, sia del territorio, caratterizzato da un marcato squilibrio tra l'area metropolitana e le aree provinciali;

— allocazione delle prestazioni a livello distrettuale;

— progettualità delle attività e multidimensionalità della valutazione dei casi;

— interdisciplinarietà degli interventi;

— introduzione di un metodo di verifica permanente dei risultati.

I principali obiettivi del modello sperimentale erano i seguenti:

— concorrere al miglioramento della qualità della vita delle persone non autosufficienti;

— mantenere le persone stesse al proprio domicilio e contrastare le loro condizioni di isolamento e di emarginazione;

— ridurre progressivamente il fenomeno della ospedalizzazione impropria.

Nel lavoro richiamato, venivano, tra l'altro, espresse alcune considerazioni sulla sperimentazione, frutto dell'analisi dei risultati di una prima verifica dello stato di attuazione del servizio, effettuata attraverso apposite schede di rilevazione, compilate da circa il 50% delle USL del Lazio. Le risultanze dell'indagine avevano posto in evidenza:

— una significativa risposta ai questionari delle USL ubicate nel comune di Roma, anche in termini di completezza dei dati forniti;

— una insufficiente risposta in termini numerici e di completezza dell'informazione da parte delle USL ubicate nel territorio extra-romano della provincia di Roma e nelle altre province;

— un complessivo ritardo delle USL del territorio extra-romano nell'attivazione dell'assistenza domiciliare;

— una scarsa rispondenza dei comuni e soprattutto del Comune di Roma, per motivazioni prevalentemente di ordine politico-istituzionale, a realizzare l'integrazione dei servizi socio-assistenziali con quelli sanitari;

— una prevalenza, per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni di natura infermieristica e riabilitativa, del ricorso alle convenzioni con cooperative o associazioni di volontariato.

## 2. Evoluzione della sperimentazione

Tra il 1992 e il 1994 si è svolta la seconda fase della sperimentazione del modello organizzativo di assistenza domiciliare, nel corso della quale, come verrà più avanti illustrato, è stato realizzato il completamento della rete dei servizi sul territorio ed è stato condotto un progetto di formazione a

direzione regionale degli operatori dei centri di assistenza domiciliare, appartenenti alle diverse professionalità.

### 1. Contesto normativo e istituzionale

La prosecuzione della sperimentazione è venuta a cadere nel periodo in cui il Paese si è trovato a dover affrontare i problemi e le emergenze della più grave situazione di crisi economica verificatasi dopo gli anni sessanta, che ha imposto l'adozione di drastiche misure di razionalizzazione e di contenimento della spesa, nei settori-chiave della sanità, della previdenza, del pubblico impiego e della finanza territoriale.

Tali misure, come è noto, hanno trovato riscontro nella legge delega 23 ottobre 1992, n. 421, nonché nei decreti delegati, conseguentemente emanati dal Governo (2), oltre che nei provvedimenti legislativi collegati alle leggi finanziarie dello Stato (3) ed hanno innescato l'attuale processo di revisione del sistema pensionistico che, in prospettiva, potrebbe avere significative ricadute anche sulla qualità e sul livello di vita delle persone anziane e, quindi, sulla quantità e qualità della loro domanda di prestazioni sia sanitarie che socio-assistenziali. L'assistenza domiciliare, pertanto, si è trovata a dover affrontare, in una situazione di fragilità strutturale ed assistenziale, l'impatto del complesso processo di rinnovamento del sistema sanitario, connotato da una normativa frammentaria, spesso non coordinata, che ha determinato una serie di cambiamenti sul piano istituzionale e organizzativo delle unità sanitarie locali, con conseguenti inevitabili disfunzioni e momenti di disorientamento.

Le maggiori difficoltà sono derivate dall'alternanza, in rapida successione, delle figure di vertice delle USL laziali (amministratori straordinari, commissari straordinari, direttori ge-

nerali) oltre che dal parallelo mutamento del sistema di rapporti, da una parte, con la Regione, dall'altra con gli organismi rappresentativi delle comunità locali di riferimento (comitati dei garanti, conferenze dei sindaci, conferenze locali per la sanità) (4). Sotto questo profilo è da considerare che il Lazio è stata una delle tre regioni che hanno emanato le prime norme di attuazione del D.lgs. 502/1992 e del D.lgs. 517/1993 e costituito le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, insediando i relativi direttori generali.

A tale proposito va rimarcato che il Lazio è passato da 51 unità sanitarie locali oscillanti tra i 12.000 e gli oltre 400.000 abitanti a 12 aziende USL oscillanti tra i 140.000 e i 690.000 abitanti, affiancate da tre aziende ospedaliere (5).

Parallelamente al processo di revisione normativa e istituzionale del servizio sanitario nazionale, i temi della tutela della salute degli anziani e, più in generale, delle persone non autosufficienti nonché dell'assistenza domiciliare hanno trovato riscontro e sono stati tradotti in scelte strategiche politico-operative da parte del livello nazionale. Ci si riferisce, in particolare: alla legge-quadro sull'handicap (6); alla risoluzione del 30 gennaio 1992, con cui la Camera ed il Senato hanno approvato il progetto-obiettivo «tutela della salute degli anziani 1991-1995»; all'Atto di indirizzo e coordinamento concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti, non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali (D.P.C.M. 22/12/1989) alle linee guida n. 2/94, emanate dal Ministro per la sanità concernenti gli indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali degli istituti e centri per il recupero e la riabilitazione funzionale; alle linee guida in data 31 marzo 1994, concernenti le residenze sanitarie assisten-

ziali; alla legge con la quale sono state semplificate le procedure per l'attuazione dei programmi di esecuzione degli interventi di edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (7); al Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996 (8).

Quest'ultimo, in particolare:

- ha espressamente menzionato, nel capitolo concernente gli obiettivi di politica sanitaria (doc. 2.A.) le cure domiciliari sotto il profilo della qualità ed umanizzazione delle prestazioni, ha individuato il sistema di integrazione delle attività socio-sanitarie quale scelta di civiltà sanitaria del Paese e la riduzione della fascia di persone non in grado di permanere al proprio domicilio tra gli indicatori di civiltà sanitaria;

- ha previsto la sperimentazione dell'assistenza ospedaliera a domicilio tra i cinque obiettivi conseguibili nel triennio di validità del piano (doc. 2.B.);

- ha individuato l'assistenza territoriale domiciliare quale specifico livello analitico (doc. 3.B-2.3) del livello «Assistenza sanitaria di base»;

- ha previsto l'assistenza domiciliare integrata tra le tipologie di attività che trovano un'ideale collocazione a livello di distretto sanitario di base (doc. 4.A.);

- ha individuato l'assistenza domiciliare integrata tra gli interventi prioritari di primo livello, concernenti le attività di riabilitazione, finalizzati a mantenere il paziente al più alto grado di autosufficienza possibile e, quale obiettivo primario da conseguire nel triennio di validità del piano, l'organizzazione di servizi adeguati alle esigenze dell'utenza, relativamente all'area della riabilitazione (doc. 4.C.);

- ha previsto, nell'ambito del progetto-obiettivo «La tutela materno-infantile» (doc. 5.A.), l'attivazione o il potenziamento dei servizi di assisten-

za domiciliare integrata in favore delle famiglie con handicappati gravi in età tra gli 0 e i 14 anni;

- ha inserito l'assistenza domiciliare tra gli interventi prioritari del progetto-obiettivo «La tutela della salute degli anziani» (doc. 5.B.) finalizzati, tra l'altro, ad assistere, entro il 1996, almeno il 2% degli anziani ultrasessantacinquenni non ospitati in residenze sanitarie assistenziali (RSA), che siano non autosufficienti, parzialmente autosufficienti o a grave rischio di invalidità;

- ha indicato, nell'azione programmata «Prevenzione e cura delle malattie oncologiche» (doc. 5.C.1.), tra gli interventi da compiere, iniziative-filtro di assistenza domiciliare e di ospedalizzazione a domicilio.

Rispetto a questi ultimi temi, coerentemente con i principi contenuti nella normativa nazionale e in funzione di precise scelte di politica sanitaria, la Regione Lazio ha prodotto, dal canto suo, una serie di provvedimenti legislativi e regolamentari (9) centrati sulla tutela della salute delle persone non autosufficienti ed anziane, sulla qualificazione dei servizi, privilegiando l'assistenza a domicilio, l'integrazione tra i servizi sanitari e quelli socio-assistenziali e il metodo della valutazione multidimensionale oltre che sulla valorizzazione del distretto sanitario, quale articolazione territoriale, organizzativa e funzionale delle aziende USL, con caratteristiche di autonomia economico-finanziaria, contabile, gestionale e quale sede ottimale per l'erogazione delle prestazioni, con particolare riguardo all'assistenza domiciliare (10).

Nel panorama normativo che caratterizza il periodo in considerazione, un peso determinante può essere assegnato anche alla riorganizzazione della rete ospedaliera di cui alla legge 412/1992 che ha imposto, nel Lazio, oltre alla previsione di una

consistente riduzione del numero dei posti-letto ospedalieri, il superamento, come tipologia, delle cosiddette case di cura per lungodegenti, presenti nel territorio con 44 strutture che ospitano più di 5000 persone prevalentemente anziane non autosufficienti (11).

## 2. Contesto organizzativo ed operativo

La seconda fase della sperimentazione, come già accennato, ha visto impegnato sia il livello regionale che il livello locale nel completamento della rete dei servizi di assistenza sanitaria domiciliare, attraverso:

- la realizzazione in tutte le 51 USL dei centri di assistenza domiciliare (CAD);

- la costituzione o l'integrazione delle équipes di governo (a livello USL) e delle équipes valutativo-operativo (a livello di distretto);

- il rafforzamento del servizio, affiancando il progetto di formazione del personale (12) con una sistematica e puntuale attività di consulenza nei confronti degli amministratori e degli operatori delle USL;

- un'azione di stimolo e di supporto tecnico nei confronti dei comuni, in particolare, del Comune di Roma, dove si era creata una vera e propria situazione di «arroccamento» su posizioni di separatezza tra il settore sanitario e quello socio-assistenziale.

Per una migliore riuscita della sperimentazione, essa è stata affiancata da una serie di «azioni» parallele, intraprese dalla Regione, finalizzate al raccordo e all'integrazione dell'assistenza domiciliare nell'ambito degli altri interventi attivati nel settore della tutela sanitaria delle persone non autosufficienti.

a) *Forme specifiche di assistenza domiciliare*

La Regione Lazio ha progettato e sostenuto finanziariamente, coinvolgendo le competenti strutture (13), due programmi di assistenza domiciliare per il trattamento di patologie particolari (assistenza domiciliare enterale e parenterale e assistenza domiciliare oncologica). Tali programmi, connotati da un elevato costo degli interventi, hanno chiesto uno stretto coordinamento delle attività, il mantenimento in carico dei casi da parte del livello ospedaliero, in considerazione della complessità e peculiarità degli interventi ed un'apposita azione di formazione degli operatori dei CAD.

b) *Promozione del volontariato*

Le strutture regionali impegnate nella realizzazione del sistema di assistenza domiciliare hanno svolto un'azione di promozione e di orientamento, finalizzata all'utilizzo da parte dei CAD delle risorse, anche informali, offerte dal volontariato, curando uno stretto rapporto con le associazioni operanti nel settore, per agevolare il raccordo tra queste e le unità sanitarie locali. Tale azione è stata condotta in correlazione con l'emanazione da parte della Regione Lazio della legge regionale sul volontariato (14).

È da rimarcare, a tale proposito, che il volontariato ha svolto, in questi ultimi anni — soprattutto a fronte di una carenza in termini di risposta ai bisogni delle persone più svantaggiate da parte dei servizi pubblici — un ruolo determinante, sia nell'offerta delle prestazioni, sia quale osservatorio dei problemi sociali emergenti, in particolare nelle aree metropolitane, stimolando le competenti istituzioni alla presa di coscienza dei problemi stessi e quindi all'attivazione di un si-

stema di servizi oltre che adeguati alla domanda, impiantato al rispetto e alla tutela dei diritti dei più deboli.

c) *Impegno dei CAD nel superamento delle case di cura per lungodegenti*

Nella legge regionale per la riorganizzazione della rete ospedaliera, è stata prevista, come condizione per l'accesso alle case di cura per lungodegenti e per la proroga dei ricoveri in tali strutture, in funzione e fino al loro completo superamento, la valutazione dei casi da parte di una équipe multidisciplinare a livello territoriale, da individuare, preferibilmente, tra quelle dei CAD.

Questa scelta strategica e metodologica trova le sue ragioni nella necessità di correggere, da un lato, l'atteggiamento culturale e l'impostazione assistenziale orientata in senso ospedaliero e, comunque, di istituzionalizzazione degli anziani e dei disabili radicata nella Regione e, dall'altro, di codificare nella prassi operativa il metodo della valutazione multidimensionale dei bisogni e la progettualità degli interventi, finalizzati a garantire il corretto accesso al sistema dell'assistenza in convenzione, la periodica e sistematica valutazione del programma terapeutico e la verifica dei risultati.

d) *Rilevazioni nelle strutture di ricovero e residenziali*

Per una più approfondita conoscenza del fenomeno della ospedalizzazione impropria e in funzione della necessità di meglio misurare il bisogno di prestazioni di assistenza domiciliare e di ospitalità in RSA, sono state attivate tre distinte rilevazioni sulle strutture che ricoverano nel Lazio anziani, anche con patologie psichiatriche, e disabili.

La prima rilevazione, in fase di ultimazione, consisteva in una verifica, a

tutto campo, degli anziani ricoverati nelle case di cura per lungodegenti, delle persone, soprattutto anziane, ricoverate in case di cura neuropsichiatriche e delle persone disabili ospiti dei centri di riabilitazione convenzionati ai sensi dell'articolo 26 della legge 833/1978. Oggetto della verifica era la raccolta di dati analitici riferiti alle singole persone, con particolare riguardo al livello di autosufficienza psico-fisica, alla situazione personale, familiare e sociale e alla posizione economica e patrimoniale.

La verifica è stata affidata ai CAD e ai dipartimenti di salute mentale delle diverse USL ed è stata condotta con la supervisione di una commissione tecnica appositamente costituita, utilizzando, a garanzia dell'omogeneità delle rilevazioni, una scheda predisposta dalla stessa commissione. Nella fase operativa della verifica, è stata assicurata agli operatori delle USL anche la sistematica consulenza di un gruppo di tecnici con specifiche esperienze e professionalità nel campo della ricerca (un medico e tre sociologi) per il riscontro dei dati rilevati, per la codifica degli stessi e per l'organizzazione dei risultati in rapporto alle finalità dell'indagine (15).

La seconda rilevazione, promossa dall'Assessorato regionale ai servizi sociali, anch'essa in corso, riguardava le case di riposo gestite dai Comuni e dalle IPAB nelle quali si era venuta a determinare, negli anni, una modificazione delle condizioni assistenziali di parte degli ospiti, a causa del progressivo venir meno dell'autosufficienza e della necessità di assicurare agli stessi anche interventi curativi e riabilitativi che le strutture in questione non sono in grado di offrire, attesa la precipua qualificazione socio-assistenziale della loro funzione. Oggetto della rilevazione era la misurazione dell'entità del fenomeno con l'obiettivo di assicurare, nel breve periodo, l'assistenza

domiciliare da parte dei CAD agli ospiti delle case di riposo divenuti non autosufficienti e, nel medio-lungo periodo, di promuovere e guidare, nel quadro della programmazione delle RSA, la riconversione di quota di parte dei posti di tali strutture in moduli di residenze sanitarie e assistenziali, in modo da garantire, nello stesso ambito di vita, un'assistenza socio-sanitaria appropriata in relazione alle specifiche condizioni degli ospiti stessi (16).

La terza indagine, affidata all'Istituto internazionale per gli studi e l'informazione sanitaria - ISIS nel 1991, è stata condotta a campione ed ha riguardato sei strutture ospedaliere per acuti dell'area pubblica e cinque case di cura private per lungodegenti. Scopo di tale indagine era quello di acquisire, oltre ad informazioni sulla lungodegenza, elementi significativi sul fenomeno dei ricoveri impropri nei reparti per acuti.

L'indagine, conclusasi nell'aprile 1993, contiene una serie di dati ed elaborazioni che confermano pienamente le strategie di politica sanitaria intraprese dalla Regione in materia di tutela della salute degli anziani e indica, espressamente, come «opzione vincente», nel contesto laziale, il passaggio verso forme alternative alla ospedalizzazione, più rispettose della condizione umana, con particolare riguardo alla assistenza domiciliare — integrata, se necessario, mediante l'opera del volontariato — e alle RSA.

L'indagine ha, tra l'altro, evidenziato che almeno il 16% dei parenti degli anziani gravemente compromessi sul piano dell'autonomia funzionale, sarebbe disponibile ad affrontare l'ipotesi di una dimissione del congiunto, consentendo, pertanto, il ricorso all'assistenza domiciliare, supportata dal volontariato.

La relazione conclusiva dell'indagine ha particolarmente sottolineato la necessità di sviluppare anche nuovi at-

teggiamenti culturali sui problemi dell'anziano e avviare una grande campagna di educazione sanitaria su questo tema, coinvolgendo, in primo luogo, i medici di famiglia.

In ordine a quest'ultimo aspetto, la Regione Lazio, aveva, fin dall'agosto 1992, commissionato un programma di informazione su videocassette sull'assistenza domiciliare, per illustrare al pubblico, in maniera capillare e generalizzata, le finalità del servizio, la tipologia delle prestazioni, le relative modalità di erogazione nonché i criteri e le procedure per l'accesso. La diffusione dei due filmati, così realizzati, avverrà nel corso dell'anno 1995, tramite le emittenti private che hanno aderito all'iniziativa, in corrispondenza con la messa a regime del servizio.

### 3. La formazione degli operatori

La formazione degli operatori, come posto in evidenza nel precedente lavoro pubblicato sul medesimo tema in questa Rivista è stata ritenuta l'asse portante della sperimentazione, quale strategia e strumento di supporto, con l'obiettivo di coinvolgere, in una specifica iniziativa formativa, il maggior numero possibile degli operatori impegnati nell'assistenza domiciliare.

La strategia dell'azione formativa è stata principalmente volta a:

- verificare il ruolo del modello organizzativo come fattore strategico dei programmi di assistenza domiciliare;

- analizzare la validità degli strumenti operativi indicati e l'applicabilità delle metodologie proposte, in relazione agli obiettivi da perseguire e ai compiti da svolgere;

- sviluppare le componenti della professionalità degli operatori (conoscenza, abilità ed atteggiamenti), mediante la trasmissione di nozioni e l'indicazione di metodi propri dei servizi territoriali;

- promuovere una condizione di «incontro guidato» tra operatori di diverse professionalità, con diversi livelli di responsabilità e provenienti da realtà diverse;

- valorizzare l'analisi, la discussione e la valutazione dell'esperienza professionale di ciascuno, promuovendo un confronto dialettico attraverso il quale far maturare la capacità di ascoltare le idee degli altri, l'attitudine al lavoro di gruppo, l'abitudine a «costruire» le scelte con il contributo degli altri;

- porre le condizioni per l'avvio di un rapporto diretto e non episodico tra gli operatori delle USL e tra questi e le strutture regionali, in un processo di scambio costruttivo e in funzione di una crescita comune, lungo le tappe di avvicinamento verso gli obiettivi della sperimentazione.

La programmazione dell'iniziativa e la gestione della stessa ha, in relazione a ciò, valorizzato una metodologia didattica attiva, orientata alla logica della interdisciplinarietà ed ha promosso una condizione formativa che lasciasse ampi spazi per un'azione di iniziativa e di controllo, da parte degli stessi partecipanti, sul modo e — seppur entro certi limiti — sui contenuti del discorso didattico, allo scopo di sviluppare un processo formativo e autoformativo, sicuramente più efficace rispetto a quelli condotti con metodi tradizionali.

Per assicurare il massimo coinvolgimento degli operatori destinatari dell'iniziativa e consentire una fattiva interazione tra di loro, ad ogni corso residenziale, della durata di sei giorni e con un impegno minimo giornaliero di otto ore, hanno partecipato non più di 30 persone. Nell'arco di tempo intercorrente tra il 1992 ed il 1994, sono stati condotti 8 corsi residenziali, in località diverse del territorio laziale e in situazioni logistiche ottimali dal punto di vista sia del confort ambien-

tale sia dell'adeguatezza delle strutture alberghiere utilizzate, rispetto alle esigenze organizzativo-didattiche.

Tali corsi hanno consentito la formazione di oltre 200 operatori. La scelta dei docenti è stata indirizzata verso persone che conoscevano profondamente la loro disciplina e la metodologia didattica attiva. Va posto in luce, tuttavia, che mentre, in una prima fase, l'individuazione dei docenti è ricaduta, in larga parte, nell'ambito del mondo accademico e dei cultori della materia, nel prosieguo dell'iniziativa formativa sono stati sempre più utilizzati operatori degli stessi CAD che avevano frequentato i primi corsi e che avevano evidenziato particolari doti sul piano metodologico, scientifico e professionale, oltre che dimostrato una profonda motivazione al lavoro interdisciplinare e sul territorio.

Il coordinamento delle attività didattiche è stato assunto da due responsabili didattici che, oltre ad assicurare la loro presenza per tutta la durata dei corsi e in tutte le fasi-chiave dell'azione formativa, hanno svolto anche una funzione di generale raccordo tra il momento tecnico e quello pratico, di sorveglianza sull'andamento del corso nonché di sintesi dei lavori.

È interessante segnalare che l'esperienza in questione ha rappresentato anche per il livello regionale una preziosa occasione di integrazione, sul piano della progettazione, gestione e verifica dell'intervento, tra due assessorati diversi (sanità e formazione professionale) presso i quali i due responsabili didattici prestavano servizio.

L'analisi dei questionari di valutazione finale compilati dai partecipanti, confermando i dati del questionario di ingresso, ha evidenziato, oltre alla validità del metodo adottato, una forte motivazione ed uno spiccato interesse degli operatori, anche medici, per una

formazione di cui costituiscono elementi peculiari ed imprescindibili la chiarezza degli obiettivi, la loro condivisione, il confronto, l'interdisciplinarietà, la dialettica e la verifica.

Il costo complessivo dei corsi si è aggirato sui 200 milioni (1 milione ad operatore formato), comprensivo, oltre che delle spese per i docenti, di quelle per il materiale didattico, per l'organizzazione e per l'alloggio dei partecipanti, dei docenti e dei monitori.

È anche in programma indire — con i fondi residui destinati al programma in questione — una giornata seminariale per la verifica finale delle attività formative, alla quale saranno invitati tutti gli operatori che hanno preso parte ai corsi e curare la pubblicazione di un volume contenente la documentazione prodotta nonché le risultanze e le considerazioni sull'esperienza.

#### **4. I finanziamenti**

Nel corso della sperimentazione, in aggiunta alle risorse provenienti dal fondo sanitario regionale di parte corrente, sono stati destinati all'assistenza domiciliare finanziamenti aggiuntivi, sia a valere sul fondo comune della Regione (18 miliardi), sia sui fondi CIPE 1991-1992 vincolati al progetto-obiettivo anziani (19 miliardi e 358 milioni).

I finanziamenti sono stati erogati in relazione al livello di operatività dei centri e avuto riguardo ai progetti presentati dalle USL ed approvati dalla Regione, con una serie di adattamenti suggeriti dai risultati della sperimentazione. L'assegnazione dei finanziamenti è stata utilizzata anche come strumento di manovra e di pressione per incentivare il processo di realizzazione del servizio, soprattutto in relazione alla prevista integrazione tra le attività dei CAD e quelle socio-assistenziali di competenza dei Comuni e

per garantire una assistenza più adeguata agli ospiti non autosufficienti delle case di riposo. È anche da mettere in luce come alcune USL, che avevano fatto registrare maggiori ritardi nell'attuazione del servizio, siano state penalizzate dalla Regione nell'ambito dei provvedimenti di erogazione dei finanziamenti, sia escludendole dalla ripartizione dei fondi, sia riducendo gli importi precedentemente assegnati, per consentire una maggiore attribuzione di risorse a quelle USL che avevano dimostrato un maggiore impegno.

I finanziamenti erogati, la cui utilizzazione è stata puntualmente verificata dalla Regione con un'apposita scheda di rilevazione, hanno consentito l'attivazione e la prosecuzione del servizio fino al 31 dicembre 1994, data in cui, cessata la fase sperimentale, il servizio stesso dovrebbe essere messo a regime: successivamente, le USL dovrebbero assicurarne il mantenimento e — se possibile — il potenziamento con le quote di finanziamento di parte corrente che verranno loro assegnate in funzione dei livelli uniformi di assistenza del Piano sanitario nazionale, tra cui è espressamente menzionata, come già evidenziato, l'assistenza domiciliare nonché con le risorse, anche in termini di personale, che dovrebbero rendersi progressivamente disponibili per effetto del processo di riorganizzazione conseguente alla riduzione e alla costituzione in azienda delle USL stesse.

#### **5. Verifiche e relativi risultati**

##### *1. Verifica dell'assistenza domiciliare*

Nel corso dell'anno 1993, è stata effettuata una seconda verifica sulla sperimentazione dell'assistenza domiciliare sul territorio regionale riferita al periodo 1° gennaio 1992-31 dicembre 1992. Attraverso un apposito

questionario (allegato a fine articolo), sono state nuovamente richieste ai CAD notizie riguardanti:

— lo stato di attivazione e di realizzazione dei servizi;

— il livello di integrazione con i servizi socio-assistenziali;

— la consistenza dell'utenza assistita, di quella di assistenza programmata ai sensi del D.P.R. 314/1990 erogata dal solo medico di famiglia e di quella in lista di attesa.

Sono state, inoltre, richieste dettagliate informazioni:

— sulla composizione — in termini di professionalità presenti — delle équipes di governo e delle équipes valutativo-operative;

— sul rapporto di lavoro e sugli orari del personale in esse impegnato (a rapporto di lavoro dipendente, a convenzione o a tempo determinato, a orario pieno o a part-time);

— sull'impiego, per l'erogazione delle prestazioni, di cooperative e di associazioni di volontariato.

La rilevazione è stata guidata dalla Regione fornendo alle USL, nel maggio 1993, con una apposita circolare, oltre agli strumenti operativi, puntuali indicazioni circa le finalità e lo svolgimento della verifica.

La rilevazione è stata proseguita, integrata e completata nel corso del 1994, mediante un sistematico aggiornamento delle informazioni pervenute dai CAD.

Le risultanze dell'indagine hanno posto in evidenza la seguente situazione (17).

#### a) Stato di attivazione dei CAD

Sono stati attivati presso le 51 unità sanitarie locali:

— 20 CAD nel 1992;

— 5 CAD nel 1993;

— 5 CAD nel 1994.

In tre USL al 31 dicembre 1993 era stata costituita solamente l'équipe di

governo e mancavano ancora le équipes operative.

I restanti CAD erano già operanti alla data del 1° gennaio 1992.

Quasi tutti i CAD operano in ambito territoriale. Solo due CAD sono ubicati presso un presidio ospedaliero.

#### b) Persone in trattamento

L'indagine ha evidenziato un progressivo incremento dell'utenza nel corso della sperimentazione. Infatti, il numero delle persone in trattamento nel I trimestre 1993 è stato superiore alla metà del numero degli assistiti nel corso dell'intero anno 1992. Nella tabella della figura 1 sono riportati, a titolo esemplificativo, i dati relativi all'andamento assistenziale di alcuni CAD (34 su 51), scelti in base a criteri di omogeneità rispetto al loro grado di funzionamento, in due periodi diversi. In sede di lettura dei dati, bisogna ri-

cordare che, a differenza delle USL romane, le USL del territorio provinciale disponevano di una sola équipe valutativo-operativa.

Nella tabella della figura 2 sono evidenziati i dati relativi al 1992 riferiti ad una grande USL, ad una USL dell'hinterland romano e a quelle dei capoluoghi di provincia, unità sanitarie locali, queste, che già in quell'anno risultavano operare a pieno regime.

Dall'analisi dei dati è interessante rilevare come le USL che sono riuscite ad istaurare un migliore rapporto con i medici di famiglia siano anche riuscite a controllare, contenere e finalizzare il ricorso all'assistenza programmata.

Nella tabella della figura 3 sono riportati dati sintetici sulle persone in trattamento al 31 marzo 1993 in assistenza domiciliare e in assistenza programmata e su quelle in lista di attesa, riferiti, nel loro complesso, alle USL

Figura 1

Territorio considerato	Persone in A.D.	
	1992	I trim. 1993
Comune di Roma (9 USL su 12)	4036	1632
Prov. Roma escluso capoluogo (12 USL su 15)	1628	1359
Prov. Frosinone (4 USL su 10)	467	608
Prov. Viterbo (3 USL su 5)	958	831
Prov. Latina (3 USL su 6)	2151	467
Prov. Rieti (3 USL su 3)	284	324
<b>Totale USL considerate (34 su 51)</b>	<b>9524</b>	<b>5221</b>

Figura 2

USL	ANNO 1992		
	N. persone in A.D.	N. persone in ass. prog.ta	N. persone in lista di attesa
RM/11.....	626	633	85
RM/29.....	580	15	55
VT/3.....	677	-	298
RJ/1.....	157	1033	29
LT/3.....	150	559	8
FR/4.....	80	74	13

romane, alle USL della provincia di Roma ed alle USL delle altre province.

I dati suddetti evidenziano chiaramente, ancora una volta, il fenomeno di un consistente ricorso all'assistenza programmata.

c) Personale

Dai dati della verifica (figura 4) risulta che il personale impiegato è prevalentemente a convenzione (18).

Quello del personale è il nodo strategico per la strutturazione dei CAD presso le unità sanitarie locali. Detti servizi, così faticosamente avviati e la cui collocazione futura non potrà che essere nel distretto, saranno destinati a dover interrompere l'attività se non si provvederà, attraverso un processo di mobilità interna, a dotarli di personale dipendente.

L'analisi dei dati pervenuti da tutte le USL ha altresì evidenziato che:

— in tutti i CAD è presente il medico responsabile anche se, nella maggior parte dei casi, con un impegno part-time;

— in 15 CAD manca la figura dell'assistente sociale, mentre il caposala (o l'assistente sanitario) manca solo in 13;

— solo in alcuni CAD tali operatori lavorano a tempo pieno; in altri, soprattutto nei CAD della provincia di Roma e delle altre province, il loro impegno è parziale;

— nelle équipes distrettuali si conta complessivamente:

29 medici:

14 nelle équipes romane;

4 nelle équipes della provincia di Roma;

11 nelle rimanenti province;

12 assistenti sociali:

8 nelle équipes romane;

1 nelle équipes della provincia di

Roma;

3 nelle rimanenti province;

10 caposala o assistenti sanitari:  
8 nelle équipes romane;  
2 nelle altre province.

d) Protocolli di intesa con i comuni

Dai dati raccolti risulta che 24 USL su 51 hanno stipulato protocolli di intesa con i comuni, al fine dell'integrazione delle prestazioni sanitarie con quelle socio-assistenziali. Complessivamente i comuni interessati sono 150. Il comune di Roma dovrebbe essere in grado di partire con i protocolli operativi dal 1° gennaio 1995 [n.d.r. alla data di pubblicazione l'integrazione non è ancora pronta].

e) Convenzioni con cooperative o associazioni di volontariato

Le USL che hanno stipulato la convenzione con cooperative e associazioni di volontariato sono 21:

— 10 USL romane;

— 6 USL della provincia di Roma;

— 5 USL delle rimanenti province.

Tutte le altre USL utilizzano personale dipendente o a contratto a tempo determinato (L. 270/87).

2. Verifica nelle case di cura per lungodegenti

L'indagine condotta, come già accennato, dalla Regione presso le case di cura convenzionate per lungodegenti e neuropsichiatriche e presso alcune strutture convenzionate ai sensi dell'articolo 26 della legge 833/78 è sostanzialmente conclusa.

L'elaborazione dei dati raccolti è in via di completamento. Se ne riportano, qui di seguito, alcuni di particolare interesse per le interconnessioni che essi presentano con gli argomenti in trattazione (19).

L'indagine che ha riguardato n. 5070 persone ricoverate in 44 case di cura, non ha preso in considerazione quella quota parte di popolazione che usufruisce delle strutture private non convenzionate.

a) Caratteristiche e ubicazione

Delle strutture nelle quali è stata condotta l'indagine:

— n. 2 presentano «dimensioni elevate» e ospitano più di 500 persone; insieme, ospitano circa il 23% di tutti i

Figura 3

Territorio considerato	Persone in trattamento I trim. 1993		
	Ass. dom.	Ass. program.	In lista attesa
USL romane * .....	1632	2222	364
USL provincia Roma (escluso capoluogo) * .....	1359	2369	288
USL altre province * .....	2230	3652	365
<b>Totali</b> .....	<b>5221</b>	<b>8243</b>	<b>1017</b>

\* Vedi figura 1.

Figura 4

Personale (34 USL su 51)	Dipendente	A conv.ne	Totale (1 + 2)
Infermieri .....	62	180	242
Terapisti della riabilit. ....	21	91	112
<b>Totale</b> .....	<b>83</b>	<b>271</b>	<b>354</b>

ricoverati in analoghe strutture del Lazio;

— n. 3 strutture ospitano tra le 200 e le 300 persone e coprono, complessivamente il 16% circa dei ricoveri;

— i presidi «intermedi» (tra i 100 e i 200 p.l.) coprono oltre un terzo dei ricoveri (36% circa);

— i presidi «piccoli» (con meno di 100 p.l.) rappresentano il restante 25%.

Per quanto riguarda la distribuzione delle strutture sul territorio, essa è la seguente:

- Comune di Roma: 45%;
- Provincia di Roma: 43%;
- Province di Frosinone e Viterbo: 6%;
- Province di Rieti e Latina: nessuna struttura.

È interessante notare che il 26% di tutti i posti letto per lungodegenza nel Lazio è concentrato in n. 3 USL romane. Va anche rilevato che gran parte dei degenti ricoverati da molto tempo hanno acquisito la residenza nel comune in cui è ubicata la casa di cura, con evidenti riflessi sul carico assistenziale della USL di riferimento e, in prospettiva una volta attivate le RSA, sul comune stesso che dovrà sopportare gli oneri relativi alle prestazioni socio-assistenziali degli ospiti con reddito insufficiente erogate in queste ultime strutture.

**b) Durata dei ricoveri**

Circa la durata dei ricoveri, l'indagine ha messo in evidenza che un numero consistente di persone è ricoverata da molti anni (cfr. tabella figura 5).

**c) Classi di età e sesso**

Dall'indagine è risultato che:

— il 73% dei degenti è > di anni 75 e, nell'ambito degli ultrasettanta, cinquantenni, il 50% è > di 85 anni;

— le donne sono 3614 pari al 72% del totale e, di queste, n. 1408 (pari al 39%), di età compresa tra i 74 e 84 anni, e n. 1461 (pari al 40%) di oltre 85 anni;

— l'età media delle donne è di anni 81,5 e dei maschi di 75.

Le donne, quindi, sono risultate in numero maggiore, di età più avanzata e più sole (confronta punto d).

**d) Stato civile e sesso**

La preponderanza delle donne è pari a circa i 3/4 delle presenze. L'85% dei degenti è risultato solo: si tratta, infatti, di vedovi/e (n. 2802) di cui l'82% donne; di nubili e celibi (n. 1394), di cui il 70% femmine; di separati/e (n. 168). Solo n. 556 persone risultano coniugate di cui il 56% sono maschi.

**e) Distribuzione per gruppi di patologia**

Sono state rilevate, per ciascun soggetto esaminato, le principali tre patologie in ordine di importanza.

Le diagnosi di accettazione portano ai primi posti la patologia cardiovascolare (41,23%), quindi la patologia neurologica (32,3%), la patologia osteoarticolare (25,1%), la demenza senile (21,2%), e, via via, le altre, con percentuali al di sotto del 10%.

È interessante confrontare tali dati con le diagnosi riscontrate al momento della rilevazione, che vedono sempre al primo posto la patologia cardiovascolare, con un incremento considerevole (dal 41,23% al 48%). La pato-

logia neurologica è al secondo posto, praticamente stabile (32,4%), mentre la demenza senile balza al terzo posto con un grosso incremento (dal 21,2 al 31,4%); la patologia osteoarticolare passa al quarto posto lievemente aumentata (26,4%). Praticamente raddoppiati sono i deficit sensoriali: dal 3,2% passano al 6,3%.

**f) Grado di autosufficienza**

Il D.M.I., applicato alle persone ricoverate ha consentito di raggrupparle nelle seguenti fasce:

a) soggetti che possono essere considerati autosufficienti e la cui permanenza in istituto appare del tutto ingiustificata: 12% circa;

b) soggetti affetti da disabilità parziale e che potrebbero permanere al proprio domicilio con assistenza domiciliare: 28% circa;

c) soggetti con elevato grado di non autosufficienza che richiedono assistenza continua e per i quali può essere giustificata la istituzionalizzazione (RSA o struttura di tipo ospedaliero): 60% circa.

Nelle tabelle delle figure 6, 7 e 8 sono riportati altri elementi significativi emersi dalla rilevazione.

**3. Verifica nutrizione artificiale domiciliare**

Anche la sperimentazione della nutrizione artificiale domiciliare ha fatto registrare risultati incoraggianti (20).

Nel trimestre giugno-agosto 1993, sono stati trattati presso il Servizio

**Figura 8**

Durata ricovero	Percentuale sul totale
da 1 giorno a 1 anno .....	28%
da 1 a 2 anni .....	35%
da 2 a 9 anni .....	30%
oltre 9 anni .....	7%
Degenza media.....	3 anni
Degenza media massima.....	9,4 anni (1 struttura)
Degenza media minima.....	0,7 anni (1 struttura)

Figura 6 - Ricoverati c/o istituti di lungodegenza del Lazio. Anno 1993

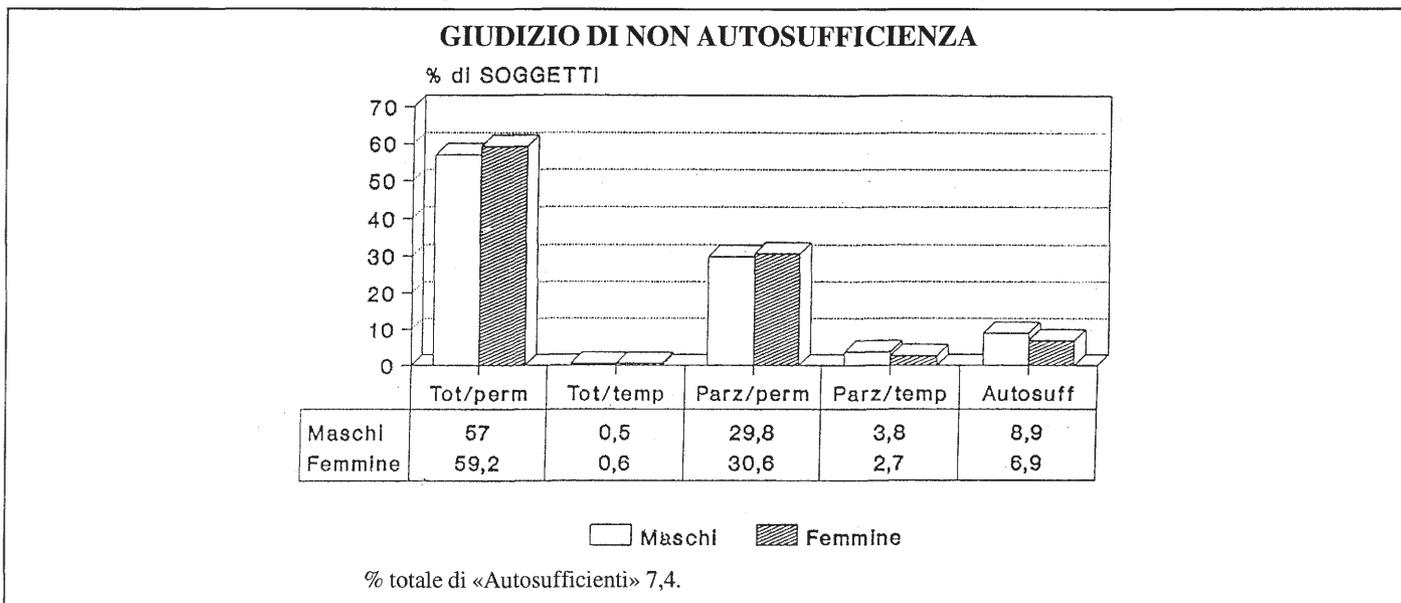


Figura 7 - Ricoverati c/o istituti di lungodegenza del Lazio. Anno 1993

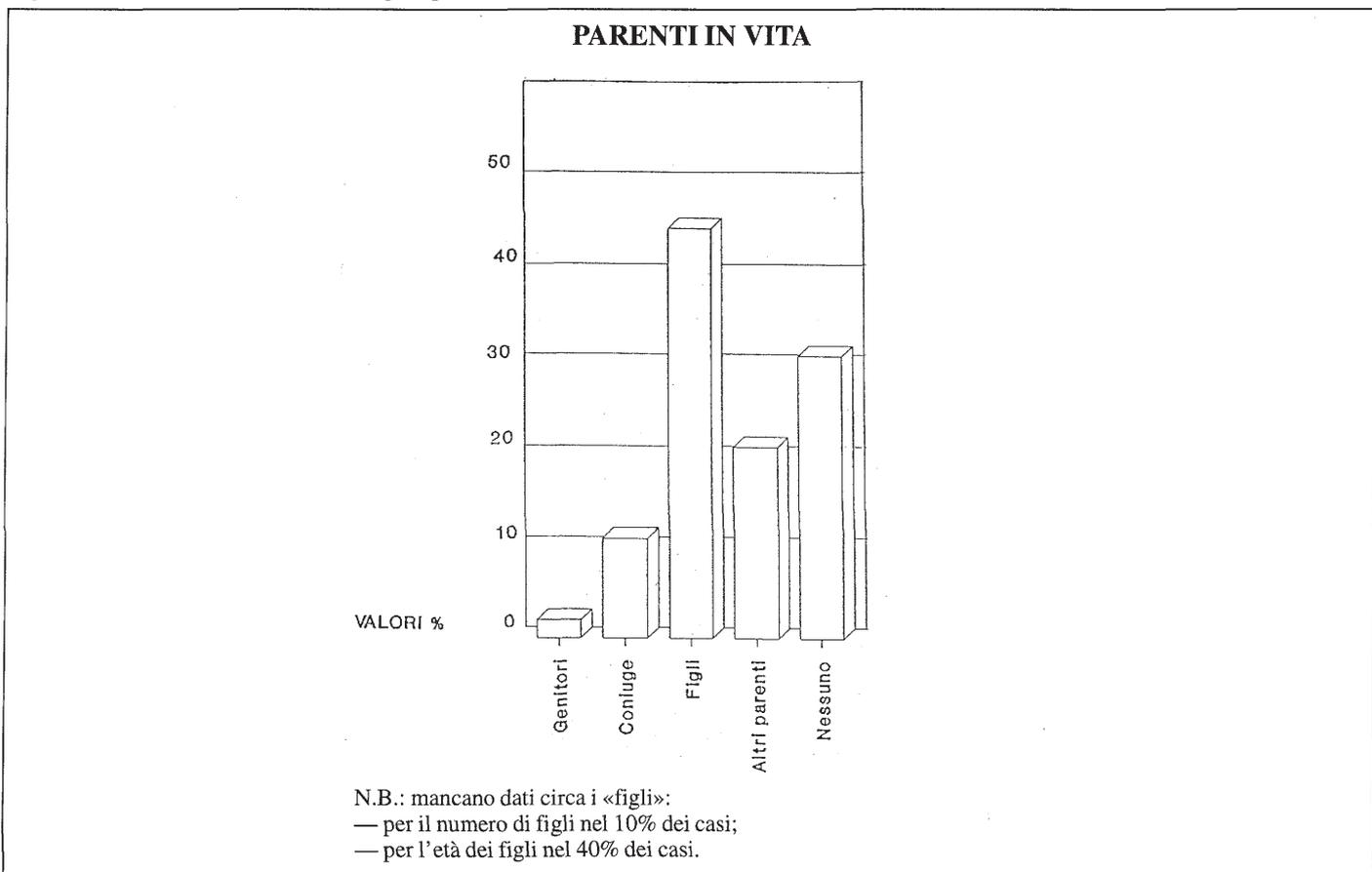
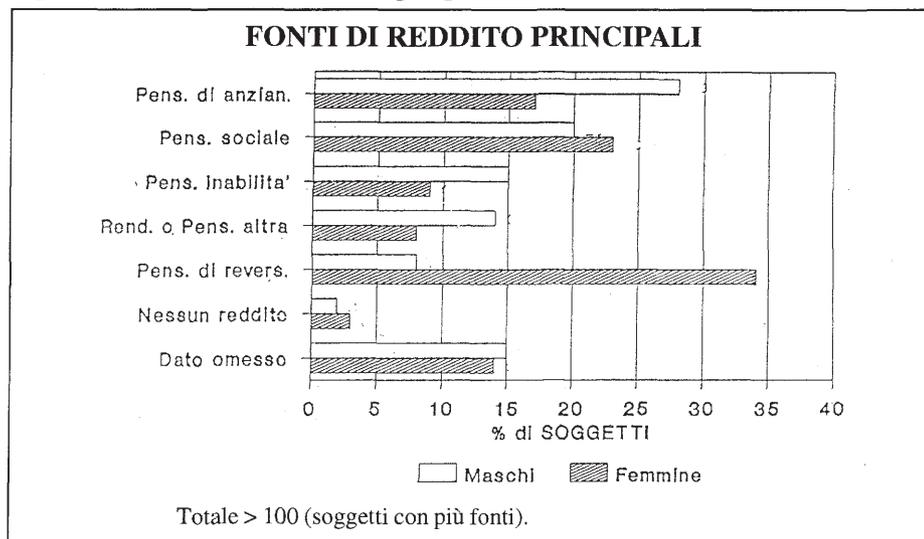


Figura 8 - Ricoverati c/o istituti di lungodegenza del Lazio. Anno 1993



speciale di nutrizione clinica, 2<sup>a</sup> clinica chirurgica dell'Università La Sapienza, 44 pazienti per un totale di 2395 giornate di trattamento, con un risparmio documentato di lire 1.132.150.000.

Nel trimestre settembre-novembre dello stesso anno sono stati trattati altri 69 pazienti per un totale di 3456 giornate di trattamento, con un risparmio di lire 1.728.200.000.

I risultati clinici sono risultati soddisfacenti.

L'analisi dei costi è stata effettuata calcolando il costo medio della degenza in ragione di lire 550.000 al giorno e il costo medio della nutrizione artificiale in lire 50.000 per la nutrizione enterale e in lire 80.000 per quella parenterale, escluso il costo delle soluzioni.

Il risparmio complessivo annuale derivante dalla sperimentazione può essere, quindi, valutato in 7 miliardi circa, senza contare i benefici derivanti dal mantenimento dei pazienti nel loro ambiente di vita e dell'incremento delle possibilità di riabilitazione di quelli con patologie benigne.

I benefici potrebbero essere notevolmente aumentati mediante una adeguata sensibilizzazione dell'ambiente medico.

## 6. Considerazioni sulla sperimentazione, prospettive

La seconda fase della sperimentazione ha consentito, sostanzialmente, l'attuazione del progetto sperimentale di assistenza domiciliare in tutto il territorio regionale. Peraltro, i fattori interni ed esterni al sistema organizzativo che avevano determinato ritardi, anche consistenti, presso alcune unità sanitarie locali, hanno rallentato il processo verso il conseguimento di livelli organizzativi ed operativi uniformi in tutto il territorio regionale.

Alle unità sanitarie locali che già nel corso della prima fase della sperimentazione erano riuscite a fronteggiare l'impatto dell'avvio del servizio, dimostrando capacità, impegno e spirito di iniziativa, se ne sono aggiunte molte altre — anche se non tutte — che hanno superato l'atteggiamento, per così dire «passivo» che si era registrato in passato, vuoi a livello politico-istituzionale, vuoi a livello operativo.

Si può, inoltre, senz'altro affermare che la maggior parte delle unità sanitarie locali sono riuscite a conseguire notevoli miglioramenti, sul piano operativo del servizio, grazie alla sistematica attività di consulenza e agli interventi

mirati di formazione nei confronti degli operatori, attivati dalla Regione nonché al rapporto di dialogo ed interscambio tra le strutture regionali e i CAD. I risultati del progetto formativo, in particolare, hanno chiaramente dimostrato, come già rilevato, oltre che la validità del metodo adottato, soprattutto un notevole salto verso l'instaurarsi di una nuova «cultura» nei confronti dei problemi degli anziani e dei disabili.

Quanto alle difficoltà di fondo concernenti il personale — utilizzato prevalentemente a part time, a rapporto di lavoro a tempo determinato o a convenzione —, esse non possono essere considerate certamente superate, oltretutto in un contesto normativo ed istituzionale in rapido e profondo cambiamento. Ai direttori generali spetterà il compito, anche attraverso processi di mobilità, di formazione e di riconversione, creare le condizioni per la strutturazione definitiva del servizio. Ci si augura, infatti, che il processo di aziendalizzazione delle USL e la loro conseguente riorganizzazione interna, centrata sulla realizzazione dei distretti, possa, in tempi brevi, consentire ai CAD di raggiungere una maggiore corposità e stabilità, di pari passo con lo sviluppo delle altre iniziative avviate dalla Regione, con particolare riguardo alla realizzazione delle RSA, sulle quali si avrà l'occasione di ritornare.

Circa gli aspetti economico-finanziari, il divario ancora esistente tra i vari CAD, in termini di livelli assistenziali, non consente ancor oggi di valutare correttamente il costo-medio delle prestazioni erogate in assistenza domiciliare, anche se i dati pervenuti dalle USL dimostrano chiaramente l'economicità delle prestazioni stesse, rispetto a quelle erogate in ambito ospedaliero.

I costi effettivi nonché il grado di efficienza e di efficacia raggiunti dal servizio potranno essere più adeguatamente misurati in sede di applicazione del sistema di «pagamento a tariffa»

delle prestazioni e di quello di valutazione dei livelli di assistenza raggiunti basato su indicatori (di risorse, di attività, di efficienza, di efficacia e di accessibilità) previsto dal D.lgs. 502/92 e dal Piano sanitario nazionale.

Resta, comunque, confermato che:

— il servizio di assistenza domiciliare costituisce uno strumento indispensabile per il conseguimento degli obiettivi di deospedalizzazione e, più in generale, di mantenimento nel proprio contesto sociale delle persone anziane e disabili, con conseguente miglioramento della qualità della vita;

— l'assistenza domiciliare è un concreto supporto alle famiglie con componenti non autosufficienti;

— il servizio di assistenza domiciliare rappresenta un intervento anche economicamente interessante, perchè di gran lunga meno costoso della ospedalizzazione o dell'ospitalità in RSA.

Al di là dei limiti, dei ritardi e delle difficoltà insiti, d'altra parte, in tutte le sperimentazioni, si deve evidenziare come le molteplici azioni attivate su diversi fronti abbiano promosso, in una consistente fascia di operatori, stili professionali, prassi operative e modalità organizzative innovativi rispetto al passato. I CAD decollati si sono caratterizzati, infatti, per la loro flessibilità, per l'interazione sviluppata all'interno e all'esterno, per l'approccio ai bisogni del singolo e del territorio di riferimento, basato sull'analisi, sulla progettualità e sulla scelta delle priorità. Gli operatori dei CAD, specie i più motivati, hanno maturato, dal canto loro, la consapevolezza di rivestire un ruolo professionale di stimolo e di confronto dialettico anche nei confronti degli altri servizi.

Nell'immediato futuro, obiettivo primario sarà quello di intervenire sulle viscosità ancora presenti nel sistema, sconfiggendo quegli atteggiamenti «passivi» non ancora superati, gli «arroccamenti» di categoria e le residue resistenze culturali.

(1) «L'assistenza domiciliare nelle Usl: il modello sperimentale della Regione Lazio» pubblicato dagli stessi autori su **Mecosan**, Anno I, n. 2, aprile-giugno 1992 pagg. 60-72.

(2) Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517; decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 modificato dal decreto legislativo 18 novembre 1993, n. 47 e dal decreto legislativo 23 dicembre 1993, n. 546 (il testo integrato è pubblicato sulla **Gazzetta Ufficiale** n. 45 del 24 febbraio 1994, serie generale, parte prima), decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 503; decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 504.

(3) Legge 30 dicembre 1991, n. 412 e legge 24 dicembre 1993 n. 537.

(4) Legge 4 aprile 1991, n. 111 di conversione del decreto legge 6 febbraio 1991, n. 35; legge 27 ottobre 1993, n. 423, di conversione con modificazioni, del decreto-legge 27 agosto 1993 n. 423 che ha convertito, con modificazioni, una lunga serie di altri decreti; decreto legislativo 502/1992 (cit.); legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 modificata dalla legge regionale 16 giugno 1994, n. 19.

(5) Deliberazione del Consiglio regionale n. 907 del 3 marzo 1994 e legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 modificata dalla legge regionale 16 giugno 1994, n. 19. Le aziende ospedaliere istituite sono il complesso ospedaliero S. Camillo, Forlanini e Spallanzani, il complesso ospedaliero S. Filippo Neri e il complesso ospedaliero S. Giovanni-Addolorata.

(6) Legge 5 febbraio 1992, n. 104: «Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate».

(7) Legge 4 dicembre 1993, n. 492: «Conversione in legge del decreto legge 2 ottobre 1993, n. 396 recante "Disposizioni in materia di edilizia sanitaria"».

(8) Decreto del Presidente della Repubblica 1° marzo 1994 «Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996».

(9) Legge regionale 1 settembre 1993, n. 41 concernente «Organizzazione, funzionamento e realizzazione delle residenze sanitarie e assistenziali; legge regionale 20 settembre 1993, n. 55, concernente "Norme per la riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi della legge 30 dicembre 1992, n. 412"; Regolamento n. 1 del 13.4.1994, concernente "Organizzazione e funzionamento delle residenze sanitarie e assistenziali"».

(10) La L.R. 16 giugno 1994, n. 18 modificata dalla legge n. 19 in pari data (cit.) individuata, all'articolo 19, i seguenti criteri per l'individuazione dei distretti:

a) ciascun distretto deve coincidere con uno o più comuni, ovvero con una o più circoscrizioni in cui il comune è suddiviso;

b) ciascun distretto deve comprendere, di norma, una popolazione non inferiore a 40.000 abitanti e nelle aree urbane non inferiore a 80.000 abitanti;

c) nelle aree montane l'ambito territoriale del distretto deve coincidere, ove possibile, con quello dei territori delle comunità montane ricadenti nella medesima provincia. L'articolo prescrive anche che, nel caso in cui le circoscrizioni di decentramento presentino una consistenza di popolazione residente superiore a 80.000 abitanti, la definizione dei distretti e della loro organizzazione deve essere effettuata in modo tale da favorire l'accessibilità dei servizi da parte degli utenti.

Il modello di distretto nella legge del Lazio si discosta così dalle precedenti elaborazioni e sperimentazioni, fondate su un diverso concetto e su una diversa ampiezza di unità sanitaria locale e rappresenta, in sostanza, non più una proiezione territoriale dei servizi centrali della Usl ma, invece, un sottosistema dotato di autonomia tecnico-funzionale e finanziaria, funzionalmente finalizzato all'assistenza sanitaria, non solo di base, ma anche specialistica, per l'erogazione delle prestazioni e per lo svolgimento di una azione di filtro per l'accesso all'ospedale.

(11) Legge regionale 20 settembre 1994 n. 55 cit., articoli 11 e 12.

(12) Il progetto formativo è descritto nelle sue linee generali alle pagg. 68 e 69 dello studio citato alla nota (1).

(13) Università La Sapienza di Roma, II clinica chirurgica, servizio di nutrizione clinica e Istituti fisioterapici ospitalieri di Roma, Istituto Regina Elena per la cura dei tumori. Vedi anche lo studio pubblicato su **Mecosan**, anno I n. 2 a cura del Gruppo Baxter Spa.

(14) Legge regionale 28 giugno 1993, n. 29.

(15) Alcuni dati più significativi ai fini dello sviluppo dell'assistenza domiciliare sono riportati in altra parte di questo stesso lavoro.

(16) In relazione alle risultanze della verifica, sono stati assegnati alle Usl ove sono ubicate case di riposo, finanziamenti aggiuntivi, come più oltre specificato, per il potenziamento delle équipe valutativo-operative dei CAD.

(17) La raccolta e l'elaborazione dei dati è stata curata dalla dott.ssa Emma Sperduti, sociologo della azienda Usl Roma C, che ha collaborato con la Regione nel corso di tutta la sperimentazione.

(18) Circa la composizione delle équipe vedi il lavoro pubblicato su **Mecosan**, Anno I, n. 2 cit.

(19) L'elaborazione dei dati è stata effettuata dal dott. Guido Basili, dalla dott.ssa Rita Ca-

puto, dal dott. Massimo Foglia e dal dott. Roberto Spaccamonti, che ha coordinato le attività con il supporto, per quelle di segreteria, della sig.ra Anna Mastrogiacomio.

(20) I dati riportati sono stati desunti dal rapporto sulla nutrizione artificiale domiciliare nel Lazio elaborata dal dott. Gianfranco Cappello, aiuto presso il Servizio speciale di nutrizione clinica, II clinica chirurgica, Università La Sapienza di Roma.

## BIBLIOGRAFIA

- ANTICO L., ANTONINI E., DESCOVICH G., TESI G.: *L'anziano nel territorio in: Non autosufficienza dell'anziano: strategie operative e sistema sanitario nazionale a confronto, vita e pensiero*, Milano 1990, pag. 119.
- ARDIGÒ A. (A CURA): *Per una sociologia della salute*, Franco Angeli, Milano 1982.
- ATTI DEL SEMINARIO: *Residenze sanitarie assistenziali per anziani non autosufficienti*, Trieste, ottobre 1990, Consiglio sanitario nazionale, Roma 1991.
- AA.VV.: *L'integrazione tra «sociale» e «sanitario» ed il distretto di base, servizi sociali, informazione e documentazione su corsi, studi e ricerche, Centro studi e formazione sociale*, Fondazione Emanuela Zancan, anno 1979, n. 3.
- AA.VV.: *I diritti negati degli anziani non autosufficienti, servizi sociali, informazione e documentazione sui corsi studi e ricerche, Centro studi e formazione sociale*, Fondazione Emanuela Zancan, anno 1988, n. 2.
- BARTORELLI L. (E ALTRI): *L'approccio funzionale al paziente anziano: risultati di un metodo*, Giorn. Gerontol. 1991-39, 582-583.
- BASSANINI M., LUBBOK A.: *Formazione e aggiornamento del personale socio-sanitario*, NIS, Roma 1981.
- CARBONIN P.U.: *La valutazione multidimensionale: risultati e prospettive*, Gerontol 38, 485, 1990.
- CENSIS: *Rapporto sulla situazione sociale del Paese 1993*, 27, Franco Angeli 1994.
- CENTRO STUDI E SOLIDARIETÀ - IESI: *Handicap: tra bisogni e risposte dalla cultura dell'inserimento a quella dell'integrazione*, Edizioni Gruppo Solidarietà, IESI 1993.
- CENTRO STUDI FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN: *L'area del volontariato oggi*, Servizi sociali, anno XV, n. 1, 1988.
- CESA BIANCHI M. (A CURA DI): *Psicologia ed ospedale generale*, Franco Angeli, Milano 1978.
- CESA BIANCHI M.: *Psicologia dell'invecchiamento*, La nuova Italia Scientifica, Roma 1982.
- COLOMBINI L. (A CURA DI): *La spesa sociale delle Regioni per gli anziani e il ruolo negoziale del sindacato*, EDISPI 1988.
- CONSIGLIO SANITARIO NAZIONALE. ATTI CONVEGNO SENIGALLIA 10-11 FEBBRAIO 1987: *L'integrazione tra i servizi sanitari e quelli socio-assistenziali*, 1988.
- CUCINOTTA D.: *Curare l'anziano*, Edizioni Sorbona, Milano 1992.
- CUCINOTTA D.: *La preparazione delle figure professionali non mediche operanti nell'ambito formale ed informale*, Giornata Geront. 39, 391, 1991.
- DONATI P. (E ALTRI): *Terzo rapporto sulla famiglia in Italia*, Edizioni S. Paolo, Cinisello Balsamo 1993.
- FABRIS F., MACCHIONE C., MOLASCHI M.: *I servizi sanitari e sociali nelle esperienze regionali*, Centro studi Ministero sanità, rapporti, Roma 1975.
- FABRIS F., MACCHIONE C., MOLASCHI M., FERRARIO E., PERNIGOTTI L., VISENTIN P.: *La cartella clinica geriatrica, una proposta di valutazione funzionale multidimensionale*, Minerva med. 1989 (suppl. 1).
- FONDAZIONE E. ZANCAN: *Formazione, cambiamento e umanizzazione dei servizi*, Servizi sociali, anno XIX, n. 3, 1992.
- GUIDICINI P. (A CURA DI): *La condizione anziana oggi*, Franco Angeli, Milano 1979.
- GUIDICINI P.: *Dimensione Comunità*, Franco Angeli, Milano 1985.
- GUZZANTI E., MASTRILLI F., MAZZEO M.C.: *Transizione assistenziale: Trasformazione dei servizi nel quadro dell'invecchiamento della popolazione*. Difesa sociale, n. 1, 1994, supplemento.
- IANDOLO C.: *Le due vecchie*, Armando Editore, 1982.
- ICARI - REGIONE LAZIO: *Residenze per anziani presenti nella Regione Lazio*, Roma 1993.
- I servizi per anziani in Alto Adige Provincia autonoma di Bolzano* (ricerca condotta da Vittorio Bini, Pio Fontana, Claudio Osinger e Oswald Ungerer).
- ISTITUTO DI MEDICINA SOCIALE: *Difesa sociale*, anno LXIX, n. 1, gennaio-febbraio 1990, pagg. 5-117.
- LABOS G.: *Quarta età e non autosufficienza. Nuovi bisogni e nuove politiche sociali*, edizioni T.E.R., Roma, anno 1988.
- LA ROSA M., ZURLA P. (A CURA DI): *Organizzazione e lavoro nel servizio sanitario nazionale*, in Sociologia del lavoro, n. 19, 20, 1983.
- LONGO F.: *Assistenza a domicilio. Tre esperienze a confronto*, Mecosan, anno I, n. 2, pagg. 73-79.
- M. BEZZI, F. BOTTAZZI, F. DI FRANCO, P. GIORGI, L. NAPOLETANI: *Il malato dichiarato cronico in ospedale e nel territorio. Indagine conoscitiva sulla situazione di Roma e Provincia*, Roma, Usi RM/9, Roma 1983.
- MINISTERO DELL'INTERNO: *Operatori sociali: urgenza di una normativa*, anno 1984.
- Non autosufficienza dell'anziano. Strategie operative e Sistema sanitario nazionale a confronto*, Convegno internazionale 13-14-15 giugno 1988, documento a cura di G. Abate, L. Antico, R. Bernabei, P.V. Carbonin, A. Cocchi, N. Marchionni, F. Rengo, P. Santacroce, U. Senin, P. Valdina, A. Ventura.
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ: *Health Of the Elderly. Who*, Technical report series, 779, 1989.
- PETILLI S. (A CURA): *Welfare difficile: anziani in ospedale*, Edizioni Europa, Roma 1993.
- PIVA P.: *L'intervento organizzativo nei servizi socio-sanitari*, NIS 1993.
- REGIONE LAZIO, ASSESSORATO ENTI LOCALI, ISTITUTO INTERNAZIONALE PER GLI STUDI E L'INFORMAZIONE SANITARIA, ISIS SPA, ROMA: *Indagine conoscitiva sui servizi socio-sanitari per gli anziani della Regione Lazio*, Roma 1986, direttore ricerca Mario Racco.
- REGIONE LAZIO, ASSESSORATO ENTI LOCALI, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA «LA SAPIENZA», FACOLTÀ DI ARCHITETTURA RICERCA DIRETTA DA R. PALUMBO E F. TERRANOVA: *Centri sociali. Criteri per la programmazione, la progettazione e la realizzazione*.
- RUBESTEIN L.Z. ED ALTRI: *The Role of Geriatric Assessment Units in Caring For Elderly: An Analytic Review*. J. Gerontol 1982, 37, 513-521.
- SANITÀ LAZIO: *Guida ai servizi*, Pieraldo Editore, II, anno 1991.
- SCABINI E.: *L'organizzazione. Famiglia tra crisi e sviluppo*, Franco Angeli, Milano 1985.
- SCARSELLATI GALLETTI M.: *L'assistenza Domiciliare integrata: una alternativa al ricovero*, collana «Documentazione di servizio sociale centro studi e formazione sociale, Emanuela Zancan».
- SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA: *La non autosufficienza dell'anziano: strategie*.
- TOFANINI P., COSTANZO P., GROSSI I., PAROVINA G., ZELASCHI E., FAINI M.: *Patologie croniche: un percorso di qualità, benessere e riduzione della spesa*, Direzione sanitaria ospedale S. Spirito. Azienda USL 21 Casale Monferrato (AL). Progea.
- TREVISAN C.: *Per una politica locale dei servizi sociali*, Il Mulino, Bologna 1978.
- TRUINI A.: *Una amministrazione pubblica in crisi*, La Sanità 1978-1991, quaderni, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Scuola Superiore della Pubblica amministrazione, Roma 1992.
- WORLD CONGRESS ON HOME CARE, Roma, marzo 14-18-1989.

SECONDA RILEVAZIONE SULLO STATO DI FUNZIONAMENTO DELL' ASSISTENZA  
DOMICILIARE NEL LAZIO (L.R. 29 DICEMBRE 1980, N. 88)

Unità sanitaria locale.....

A) Il CAD è ubicato

Ospedale [ ] ..... indirizzo ..... tel.

Presidio U.s.l. .... indirizzo ..... tel.

L'attività del CAD è iniziata in data.....

B) Il CAD è composta da:

nome

cognome

a) medico responsabile ..... ..

b) assistente sociale ..... ..

c) assist. sanit./capo sala ..... ..

C) Si avvale della collaborazione del personale amministrativo?

SI [...]

NO [ ]

D) L' *équipe* valutativa distrettuale è composta da:

nome

cognome

a) medico ..... ..

b) assistente sociale ..... ..

c) assist. sanit./capo sala ..... ..

E) Composizione dell' *équipe* operativa

infermieri

n. [ ] di cui n. [ ] a rapporto di lavoro dipendente

n. [ ] a rapporto di lavoro a tempo determinato ai sensi del D.P.R. n. 270/87

n. [ ] messo a disposizione da cooperativa o da associazioni di volontariato convenzionate con le U.s.l. \*

terapisti della riabilitazione n. [ ] di cui n. [ ] a rapporto di lavoro dipendente

n. [ ] a rapporto di lavoro a tempo determinato ai sensi del D.P.R. n. 270/87

n. [ ] messo a disposizione da cooperativa o da associazioni di volontariato convenzionate con le U.s.l. \*

\* Allegare copia della convenzione e degli atti amministrativi della U.s.l.

F) Se è stata stipulata una convenzione con una cooperativa o associazione di volontariato indicare:

nome della cooperativa o associazione di volontariato .....

indirizzo .....

telefono .....

G) Il protocollo di intesa è stato formalizzato con i seguenti Comuni:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

H) Il CAD e le unità valutative sono state dotate di:	SI	NO	
attrezzature sanitarie	[ ]	[ ]	
arredi	[ ]	[ ]	
automezzi	[ ]	[ ]	N. [ ]

I) Interventi di assistenza domiciliare

\* a) utenti in trattamento alla data del 31-3-1993

\* anziani n. [ ]  
 \* handicappati n. [ ] di cui adulti [ ]  
 minori [ ]  
 \* altri n. [ ]  
 (malati oncologici, terminali etc.)

\* b) utenti trattati dall' 1-1-1992 al 31-12-1992

anziani n. [ ]  
 handicappati n. [ ] di cui adulti [ ]  
 minori [ ]  
 altri n. [ ]  
 di cui n. (malati oncologici, terminali)

c) utenti in lista di attesa al

anziani	n. [ ]		
handicappati	n. [ ]	di cui	adulti [ ]
			minori [ ]
altri	n. [ ]		

d) utenti in assistenza domiciliare programmata (di cui al D.P.R. n. 314 del 28-9-1990) al 31-3-1993

anziani	n. [ ]		
handicappati	n. [ ]	di cui	adulti [ ]
			minori [ ]
altri	n. [ ]		
di cui	n.	(malati oncologici, terminali)	

e) prestazioni specialistiche effettuate nel 1992:

N.

- geriatriche
- cardiologiche
- fisiatriche
- chirurgiche
- urologiche
- neurologiche
- dermatologiche
- ginecologiche
- altro

f) ECG n.

g) prelievi n.

Considerazioni ed osservazioni in ordine:

agli aspetti organizzativi .....

.....

.....

.....

.....

.....



# PATOLOGIE CRONICHE: UN PERCORSO DI QUALITÀ, BENESSERE E RIDUZIONE DELLA SPESA

di P. Tofanini<sup>1</sup>, P. Costanzo<sup>1</sup>, I. Grossi<sup>1</sup>, G. Parovina<sup>1</sup>, E. Zelaschi<sup>1</sup>, M. Faini<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Direzione sanitaria - Ospedale S. Spirito - Azienda U.s.l. 21 Casale Monferrato (AL)

<sup>2</sup> Progea

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Strategia - 3. Azione - 4. Controllo - 5. Conclusioni.

## 1. Premessa

Il progetto è nato dalla considerazione che i pazienti affetti da patologie croniche, che utilizzavano presidi per incontinenza, rappresentavano per la nostra USL un problema rilevante, sia in termini di Qualità dei servizi offerti che di spesa sostenuta per erogarli; due erano le conseguenze di rilievo: in primo luogo la necessità di uniformare il livello qualitativo dei prodotti forniti e di ottimizzare le procedure burocratiche al fine di agevolare l'acquisizione dei presidi per tale patologia, in secondo luogo l'esigenza di provvedere alla fornitura diretta con un consistente contenimento della spesa.

Grazie ad una campagna di informazione tempestiva e capillare e ad una organizzazione basata soprattutto sulla responsabilizzazione degli operatori, visti come risorse su cui investire, si è attivato un programma di distribuzione diretta che ha consentito minori disagi, maggiore soddisfazione da parte degli assistiti ed una riduzione della spesa pari a circa 617 milioni negli ultimi tre anni.

La realizzazione del progetto ha incontrato molti ostacoli — non solo di natura organizzativa — venendo a turbare gli interessi privati di farmacie e negozi di ortopedia, con conseguenti

battaglie legali che hanno alla fine visto prevalere gli interessi dei pazienti e della struttura pubblica.

Il cambiamento percepito dagli assistiti è stato valutato in termini positivi, riducendo in maniera drastica i percorsi e i tempi per ottenere i presidi e fornendo l'occasione per acquisire elementi di educazione sanitaria, estremamente importanti per il corretto nursing del paziente affetto da incontinenza.

La distribuzione diretta sta proseguendo e l'Azienda Unità sanitaria locale di Casale Monferrato ha ora avviato un ulteriore progetto: l'estensione de ll'innovativo processo distributivo al territorio di Valenza Po, che si è aggiunto in seguito agli accorpamenti delle Unità sanitarie locali della Regione Piemonte; il passo successivo (di cui abbiamo già avviato la progettazione) è rappresentato dall'ampliamento di questa modalità di fornitura ad altri prodotti del nomenclatore tariffario delle protesi (letti, carrozzine ecc.).

## 2. Strategia

Le motivazioni che hanno determinato la nascita del progetto sono state di ordine qualitativo ed economico: la spesa per i presidi per incontinenti

(pannoloni) nell'Azienda USL di Casale negli anni 1990-1991 si attestava intorno ai 290 milioni e gli articoli forniti dalle farmacie, provenienti da varie case produttrici e rimborsati dal Servizio sanitario nazionale, erano qualitativamente difforni tra loro e non sempre adeguati; al contrario la distribuzione diretta, già effettuata per le Case di Riposo, con scelta dei prodotti espletata attraverso gare di appalto, consentiva forniture di alto livello qualitativo, uniforme per tutti gli assistiti, e permetteva di realizzare un contenimento della spesa del 50% circa.

Tale situazione ha motivato l'opportunità di un intervento mirato a realizzare un servizio migliore a costi inferiori, rispondendo altresì all'esigenza degli assistiti di ottenere i presidi in modo celere, ottimizzando le procedure burocratiche.

Per aderire al principio «Qualità Totale in Sanità» era necessario realizzare un'economia di spesa che non andasse a discapito del servizio offerto ma che, al contrario, consentisse di ottenere miglioramenti per gli utenti, in termini di minori disagi e maggiore soddisfazione. Le aspettative in questo settore erano diventate particolarmente pressanti sul fronte dello snellimento delle pratiche di natura amministrativa e ne erano prova le ripe-

tute sollecitazioni degli assistiti e dei familiari, tramite telefonate, esortazioni continue al personale dei distretti, richieste di incontri con la Direzione Sanitaria. Vennero quindi prese in esame le procedure utilizzate per la fornitura dei presidi e fu evi-

denziato che i pazienti, o più spesso i loro familiari, erano impegnati in un iter che, pur aderendo rigorosamente alla normativa vigente, era però molto complesso, costituito da ben sette passaggi obbligati (diagramma di flusso 1).

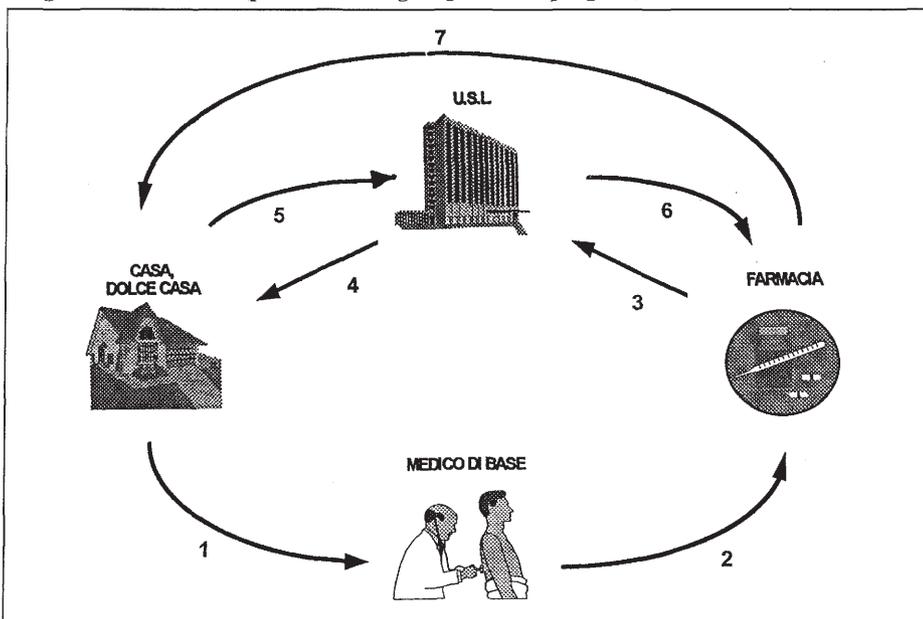
conseguente tempo intercorso dal momento in cui nasceva l'esigenza a quello della acquisizione del prodotto. Per la stesura del programma operativo si ritenne prioritario rendere autonomo il personale dei distretti per l'espletamento delle pratiche autorizzative e per la consegna diretta dei presidi, superando resistenze legate, da un lato all'acquisizione di elementari conoscenze informatiche e, dall'altro, ad una rigida interpretazione del mansionario.

Analizzando i percorsi degli utenti all'interno del «labirinto burocratico» venne disegnata una nuova ipotesi operativa che prevedeva i seguenti momenti:

- accesso presso il medico di famiglia per la prescrizione;
- consegna di tale prescrizione presso il distretto di appartenenza e contestuale autorizzazione e consegna dei presidi.

Il diagramma di tale ipotesi può essere così rappresentato:

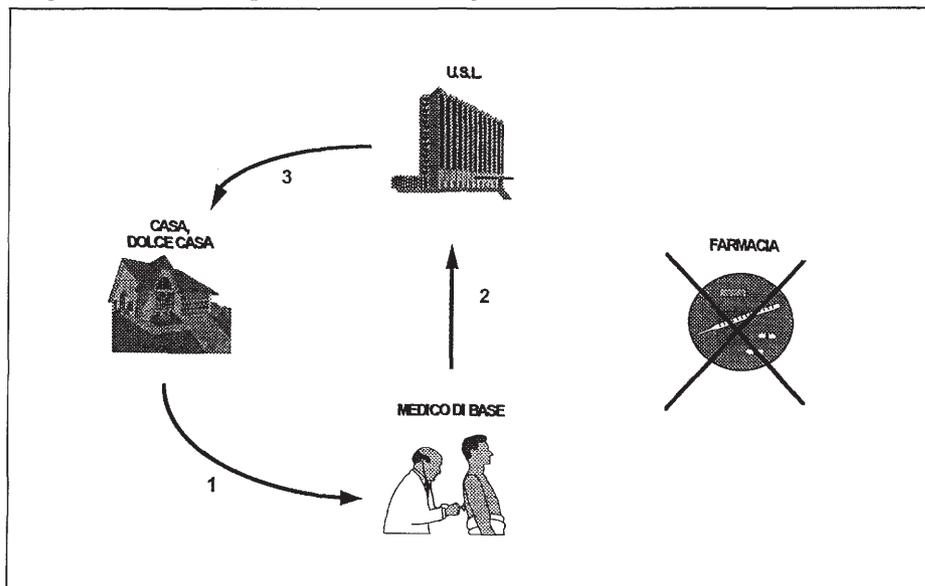
Diagramma di flusso 1 (percorso obbligato prima del progetto)



Il percorso iniziava con l'accesso al medico di base dove veniva redatta la prescrizione. Era quindi necessaria un'altra tappa presso una farmacia o una Officina Ortopedica Autorizzata dove veniva formalizzato il preventivo di spesa. L'assistito, quindi, si rimetteva in cammino verso gli uffici centrali del Servizio ASS, dove consegnava la documentazione. Vi ritornava poi, di solito un paio di giorni dopo, per ritirare presso gli stessi sportelli la necessaria autorizzazione, e si recava nuovamente presso chi aveva redatto il preventivo per ottenere, finalmente, i presidi.

Come indicatori di qualità furono analizzati il numero di tappe obbligate necessarie per ottenere i presidi e il

Diagramma di flusso 2 (percorso snellito in seguito all'applicazione operativa del progetto)



Apparve subito evidente la necessità di una campagna di informazione per chiarire le finalità e le procedure del nuovo modello organizzativo; a tale scopo fu redatta una lettera personale agli utenti che già si avvalevano delle forniture di presidi per incontinenza e a tutti i medici di base che avrebbero costituito un tramite relazionale importante con i pazienti. Vennero inoltre predisposti affiches ed articoli informativi su settimanali locali, sottolineando i vantaggi che le nuove procedure avrebbero apportato agli assistiti.

## 2. Azione

Gli aspetti problematici che vennero immediatamente rilevati e che si rese necessario superare per rendere operativo il progetto furono numerosi: ciò richiese soluzioni organizzative, in alcuni casi, del tutto originali.

Venne costituita una Direzione Strategica, composta da un medico della direzione sanitaria, un farmacista del servizio farmaceutico USL, due amministrativi della sede centrale del servizio ASS ed un amministrativo del Servizio Economale.

I compiti di questo team consistevano, in linea con le idee guida proposte dall'amministrazione, nel tracciare le direttrici generali dell'intervento, analizzando le azioni di miglioramento ipotizzate e decidendone le modalità di attuazione.

La metodologia utilizzata si ispirava ai principi della Qualità Totale, intesa non solo come qualità tecnica degli interventi, ma anche come soddisfazione degli utenti e degli operatori.

Dal punto di vista operativo avevamo di fronte il personale dei distretti, eterogeneo per composizione, essendo formato da medici, amministrativi e personale infermieristico, ma ben caratterizzato quanto a ruoli e responsabilità.

Vennero pertanto identificate in ogni distretto le figure da inserire nel gruppo di lavoro originario che avrebbero poi costituito il tramite relazionale con i team distrettuali, tutti strutturati come gruppi di miglioramento.

Per stimolare l'adesione fattiva delle unità operative periferiche, la strategia utilizzata si fondò sull'identificazione con la struttura di appartenenza, rivalutando figure che si consideravano ai margini dell'USL non solo in termini geografici ma anche di identità.

Si cercò quindi di incidere sui comportamenti, non attraverso relazioni gerarchiche o imposizioni normative ma sottolineando le potenzialità dei singoli in termini di contributo operativo, incoraggiando i team distrettuali a formulare proposte, a sviscerare i problemi e ad ipotizzarne le soluzioni.

Sembrava questa, infatti, la via migliore per rispondere alle esigenze delle diverse realtà locali, che andavano da agglomerati urbani a territori collinari in prevalenza costituiti da abitazioni sparse; da ciò derivavano differenze sul piano non solo organizzativo, ma anche e soprattutto di mentalità e flessibilità ai cambiamenti da parte degli assistiti, accomunati peraltro dalla caratteristica di essere anziani, affetti da patologie croniche e afflitti dal problema dell'incontinenza.

L'ostilità e le consistenti resistenze iniziali del personale vennero affrontate utilizzando le leve motivazionali, dando un obiettivo comune che creasse una forte coesione: vincere la «scommessa» di essere competitivi con il settore privato; in termini di servizio, significava anche superare la «sindrome di Cenerentola» che da sempre aveva caratterizzato il territorio nei confronti della struttura ospedaliera.

In quel momento, infatti, i team distrettuali erano la punta di diamante dell'USL nei confronti degli assistiti.

Le riunioni periodiche del gruppo di lavoro, dapprima con cadenza bisettimanale, poi un po' meno ravvicinate, furono animate dalla «voglia di vincere» e dal desiderio di utilizzare al meglio le tecniche di comunicazione per «vendere» il prodotto USL: non si voleva infatti in alcun modo presentare il progetto come un dispositivo anonimo, imposto dall'alto nei confronti degli assistiti, bensì come una scelta organizzativa, in primo luogo al servizio degli utenti.

Significativo pare il messaggio lanciato agli operatori fin dal primo incontro: i dipendenti assegnati ai vari distretti avrebbero dovuto acquisire la sensazione di lavorare in «franchising» per l'USL: questa si rivelò essere una scelta vincente per la realizzazione del progetto e permise di superare in maniera rapida i molti ostacoli che di volta in volta si presentarono.

L'attività quotidiana che già impegnava il personale dei distretti venne in primo luogo riorganizzata, al fine di utilizzare i margini interni di miglioramento attraverso l'elaborazione delle proposte dei singoli gruppi distrettuali.

Fu affrontato il problema degli spazi nei locali dei distretti per il deposito dei presidi, costituiti da ingombranti scatoloni, e venne previsto che le sedi logisticamente più agevoli fungessero anche da parziale magazzino per quelle di dimensioni più limitate, con la conseguente necessità di strutturare un servizio di trasporto interno all'USL per il trasferimento di tale materiale nei tempi opportuni.

Venne ritenuta prioritaria la stima preliminare dei fabbisogni di presidi distinti per distretto, per poter realizzare ordini di forniture congruenti; fu per questo posto il vincolo per i pazienti, di accedere per le richieste solo al distretto di appartenenza.

In questo modo si sarebbero evitate eventuali doppie acquisizioni, cosa

che poteva accadere nella precedente situazione, quando, peraltro, le procedure burocratiche non erano meccanizzate.

Per agevolare ulteriormente gli assistiti si ipotizzò il ritiro frazionato delle forniture trimestrali, al fine di evitare ingombranti depositi nelle abitazioni private: il materiale distribuito era ingombrante e notevolmente pesante.

Si rese inoltre necessario elaborare una ulteriore modulistica per supportare il ritiro frazionato (anche la proposta di questo strumento operativo partì dal personale periferico).

Tra gli ostacoli più consistenti incontrati nello sviluppo del progetto ci fu l'aperta e prevedibile ostilità dell'Associazione Titolari di Farmacia, che si fece promotrice di un ricorso al TAR Piemontese, contestando la legittimità della distribuzione esclusiva da parte dell'USL.

Ne seguì un'ordinanza sospensiva del tribunale amministrativo che indusse il gruppo di lavoro ad elaborare nuove strategie per incentivare negli assistiti la scelta della struttura pubblica; si doveva agire ancora di più sulla tempestività e sulla qualità del servizio. La comunicazione diretta tra i familiari degli assistiti ed il personale sanitario dei distretti al momento della consegna dei presidi, si rivelò infatti un importante momento di educazione sanitaria, volta a sensibilizzare la popolazione sulle tecniche corrette di nursing del paziente incontinente. Grazie alla professionalità degli operatori si poté incidere in maniera positiva sul grado di soddisfazione degli utenti, con un ritorno favorevole in termini di autostima del personale.

Dopo un periodo di gestione mista delle forniture di presidi per incontinenza, effettuata cioè in parte direttamente ed in parte attraverso le farmacie esterne, una Ordinanza del Consi-

glio di Stato annullò il provvedimento del TAR e fu così possibile riprendere la gestione diretta estensivamente per tutti gli utenti.

Le reazioni degli utenti al nuovo protocollo operativo furono quanto mai favorevoli e ne fu chiara dimostrazione il fatto che, nel periodo di gestione mista, nonostante la nuova procedura fosse stata in vigore per soli due mesi e quindi non ancora del tutto consolidata, una gran parte degli assistiti continuò ad optare per la fornitura diretta da parte dell'USL.

Occorre inoltre rilevare che presso questa USL è possibile dal 1990 formalizzare segnalazioni di disservizio (secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti). A prova del successo del progetto non sono mai stati inoltrati reclami in merito.

#### 4. Controllo

Il successo iniziale del progetto fu sottoposto a verifiche costanti attraverso indagini dirette da parte degli operatori dei distretti sul grado di soddisfazione dei pazienti, nonché da valutazioni semestrali della spesa e del contenimento della spesa.

I vari gruppi di lavoro attivati in ciascun distretto, hanno fornito, mensilmente, le relazioni riguardanti il grado di soddisfazione degli utenti (rilevate mediante appositi questionari).

Rilevammo così, che più del 90% degli utenti aveva manifestato la propria soddisfazione nei confronti del nuovo servizio; i punti di forza, sottolineati dagli utenti, ruotavano attorno all'opportunità di confrontarsi con personale sanitario disponibile e collaborativo e sulle riduzioni di carichi burocratici per l'ottenimento del presidio.

Furono così applicati nella valutazione gli stessi indicatori utilizzati nella fase di pianificazione: in termini di numero di accessi da parte degli

utenti fu evidente il passaggio da sette a tre, già esplicitato in fase strategica; in termini di tempo si poté quantificare una riduzione temporale di almeno due giorni di attesa tra la richiesta del Medico curante e l'acquisizione del prodotto; perciò che riguarda la spesa e il contenimento della stessa, pare utile presentare analiticamente i risultati economici riportati nella pagina successiva.

È possibile notare, dall'istogramma presentato, come, a partire dalla gestione diretta da parte dell'organizzazione sanitaria di Casale Monferrato si sia ottenuta un notevole riduzione della spesa:

— 1992: (gestione mista USL e Farmacie) spesa teorica (\*) lire 595.250.867 (riduzione spesa lire 124.798.687);

— 1993: spesa teorica lire 543.204.208 (riduzione spesa lire 261.471.662);

— 1994: spesa teorica lire 516.907.610 (riduzione spesa lire 260.070.049);

(\*) La spesa teorica rappresenta la spesa che si sarebbe dovuta sostenere per fornire i presidi attraverso la distribuzione mediante le farmacie.

#### 5. Conclusioni

Il controllo di processo ha avuto, come previsto, una fase iniziale abbastanza impegnativa con una progressiva caduta delle problematiche, ma non dell'attenzione e della monitoraggio delle strutture periferiche, che hanno sempre avuto la possibilità di interagire con il gruppo di direzione e di chiarire dubbi e risolvere le inevitabili difficoltà di percorso.

Il monitoraggio continuo della situazione e una puntuale gestione delle scorte, prendendo altresì in attento esame le considerazioni e i suggerimenti di tutto il personale coinvolto in

questo progetto, hanno consentito di non perdere mai di vista i possibili ostacoli che avrebbero potuto compromettere l'intero processo, prevenendo eventuali disservizi e intervenendo *ad hoc* in ogni situazione rischiosa.

La costante attenzione alla soddisfazione degli utenti ci ha permesso, da un lato, di ottenere un quadro assai attendibile circa il favorevole impatto del progetto e, dall'altro, di far fronte ad esigenze particolari che si sono via via manifestate: ne sono esempio i due soli casi di deroga alla fornitura diretta, per situazioni cliniche documentate di allergia ai prodotti forniti dalla nostra USL.

Ponendo a confronto i diagrammi di spesa sostenuta per i presidi per incontinenti, appare evidente il rilievo

che l'entità della riduzione della spesa è stata davvero consistente e, soprattutto, questa performance è stata realizzata senza dover ricorrere ad incentivazioni di natura economica per gli operatori che si sono fatti carico direttamente dell'attuazione del nuovo modello organizzativo. La motivazione, legata ad un riacquisito senso di gruppo e un ritrovato orgoglio di appartenenza ad una struttura che finalmente cercava di distinguersi per efficienza e per la qualità del servizio rivolto all'utente, ha svolto il ruolo di «collante» all'interno dell'organizzazione sanitaria.

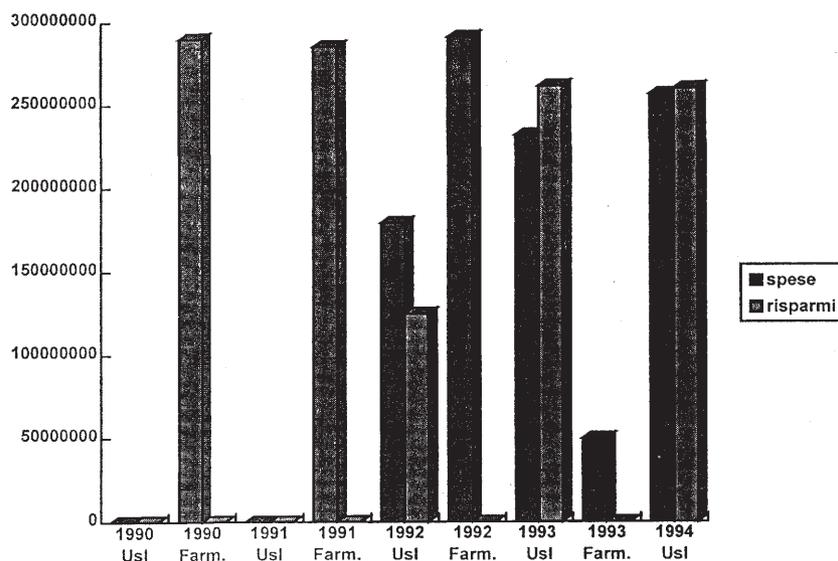
È importante non dimenticare le difficoltà di natura «esterna», peraltro prevedibili prima di iniziare questa avventura; difficoltà che sono da attribuirsi ad una legittima presa di posi-

zione da parte di coloro che vedevano decurtarsi i loro cospicui utili (farmacisti) e, in parte, all'interpretazione burocratico-formalista data in prima battuta da parte del TAR, poi fortunatamente corretta dal giudizio del Consiglio di Stato.

In conclusione si può affermare con certezza che un nuovo modo di lavorare nella sanità pubblica è possibile, anzi indispensabile, se si vogliono ottenere risultati diversi ma tutti concorrenti alla nuova filosofia di lavoro impostata secondo i principi della «Qualità Totale» che può essere riassunta da una triade, nella quale ognuna delle componenti si lega all'altra indissolubilmente:

- 1) soddisfazione dell'utente;
- 2) contenimento della spesa;
- 3) gratificazione degli operatori.

	1990 U.s.l.	1990 Farm.	1991 U.s.l.	1991 Farm.	1992 U.s.l.	1992 Farm.	1993 U.s.l.	1993 Farm.	1994 U.s.l.
Spesa.....	0	290.027.943	0	285.374.298	179.343.489	291.108.691	231.946.079	49.786.467	256.837.561
Risparmi.....	0	0	0	0	124.798.687	0	261.471.662	0	260.070.049



# **La sanità nel mondo**

Sezione 4<sup>a</sup>

# LA CRISI DEI SISTEMI SANITARI E LE POSSIBILI VIE D'USCITA VISTE DA UN OSSERVATORIO PRIVILEGIATO: IL BRASILE

di Eugenio Vilaça Mendes

Esperto di sanità pubblica; responsabile HSD/PAHO/WHO a Brasilia

SOMMARIO: 1. Le ragioni di una crisi - 2. Opzioni di riforma dei sistemi sanitari.

## 1. Le ragioni di una crisi

La crisi della sanità si manifesta in Brasile nelle stesse forme della più generale crisi dello Stato, con una crescente sottostima del finanziamento del settore, la sempre più chiara iniquità e la crescente insoddisfazione dell'opinione pubblica, dei governanti e degli operatori del settore. A livello micro — dove si può chiaramente leggere la fisionomia — questa crisi è giornalmente registrata e rilanciata a livello di mass media attraverso immagini di ospedali abbandonati, tecnici in sciopero, mancanza di farmaci, file interminabili etc.

In ogni caso la crisi della sanità non è però una prerogativa del Brasile e nemmeno dei soli Paesi in via di sviluppo (Pvs). La crisi della sanità è oggi universale e può essere analizzata in termini di inefficienza, di inefficacia e di iniquità nella allocazione delle risorse.

L'inefficienza dei sistemi sanitari è stata messa in luce con più chiarezza dalla crisi del loro finanziamento, determinata sia dal costante e incontrollabile aumento dei costi dell'assistenza medica sia da una irrazionale allocazione di risorse, da addebitarsi in gran parte alla forza ideologica del modello dominante di medicina.

Un recente studio effettuato dall'OCSE in otto Paesi (Canada, Danimarca, Francia, Olanda, Spagna, Gran Bretagna e Usa) mostra come la spesa *pro capite* per la sanità è aumentata, dal 1970 al 1990, di 6 volte e mezzo, mentre in termine di percentuale di PIL, la spesa è aumentata, in media, dal 5,8% all'8,2%<sup>1</sup>.

L'inefficienza dei sistemi sanitari può anche essere dedotta dai criteri con cui vengono allocate le già scarse risorse per combattere i principali problemi sanitari; i sistemi sanitari, fortemente influenzati, anche in questo caso, dal modello dominante di medicina, si sono dimostrati altamente inefficienti poiché hanno concentrato la spesa su procedimenti ad alto costo ma di scarso impatto sulla salute dei cittadini.

La dimostrazione di questa inefficienza sta nella mancata correlazione fra l'incremento della spesa sanitaria e il suo impatto sui principali indicatori con cui si misura generalmente la salute di una popolazione.

Studi recenti di Sandler<sup>2</sup> e di Shieber e Poullier<sup>3</sup>, eseguiti in alcuni paesi ricchi dimostrano che la spesa *pro capite* per la sanità si è, in media, raddoppiata nel periodo 1960/1986, mentre, nello stesso periodo, la speranza di vita alla nascita non è aumentata, tran-

ne che per il Giappone, proporzionalmente a detta spesa.

Analogamente dati della Banca Mondiale<sup>4</sup> mostrano l'inesistenza di correlazione fra spesa sanitaria e indicatori tipo la speranza di vita alla nascita e la mortalità infantile. Emerge qui un quadro costituito da Paesi che spendono poco in sanità e presentano buoni risultati e da Paesi in cui alti investimenti hanno scarso impatto sul livello di salute della popolazione; questo quadro fa pensare che la diretta correlazione sia, invece, fra efficacia/efficienza di un sistema e il modello di assistenza adottato.

Esiste inoltre una terza dimensione della crisi e dei sistemi sanitari ed è quella della loro iniquità, che può essere dimostrata sia attraverso la famosa «Legge della inversione delle priorità» o «Legge di Hart»<sup>5</sup> (che dimostra come la qualità della assistenza medica tende a variare in maniera inversa ai bisogni sanitari della popolazione utente), sia analizzando la distribuzione relativa fra gruppi sociali dei principali indicatori sanitari.

L'iniquità dei sistemi sanitari sembra universale ma il caso brasiliano è paradigmatico<sup>6</sup>:

— il tasso di mortalità infantile e neonatale varia nelle differenti Regioni del Paese, e risulta ben più alto nel Nordest che negli Stati del Sudest<sup>7</sup>;

— il tasso di mortalità generale e quello di mortalità infantile si presentano ben più alti, nella stessa città, nelle aree periferiche che nel centro (come nel caso di Salvador de Bahia)<sup>8</sup>.

La crisi del sistema sanitario sta oramai determinando una generale insoddisfazione popolare: uno studio realizzato nel 1990 in dieci Paesi del Primo Mondo mette in evidenza<sup>9</sup> che, non solo non è dimostrabile una correlazione fra soddisfazione degli utenti e spesa sanitaria *pro capite*, ma che in tutti questi Paesi, a eccezione del Canada, si registrano invece livelli di gradimento inferiori al 50%, raggiungendo il 10% negli Usa e il 12% in Italia.

La crisi, quindi, è universale e dovuta a cause strutturali visto che deriva dalla impossibilità di conciliare, all'interno del modello medico dominante, il conflitto tra forze che tendono a espandere il sistema sanitario e i meccanismi di controllo dello stesso sistema. Conflitto questo tutto interno alla pratica (1) medico-assistenziale.

Le forze che spingono per l'espansione del sistema sanitario sono molteplici: dalla transizione del profilo demografico, alla cosiddetta «accumulazione epidemiologica», alla medicalizzazione dei problemi sociali, allo sviluppo delle nuove tecnologie biomediche, all'aumento della forza lavoro e del corporativismo delle imprese e dei professionisti<sup>10</sup>.

Cerchiamo però di chiarire la stessa natura di queste tendenze «espansive».

La *transizione del profilo demografico* sta producendo grandi modificazioni nella distribuzione per età della popolazione. Causa di queste modificazioni è in primo luogo la riduzione della mortalità infantile (soprattutto di quella precoce) e, in seconda battuta, la riduzione dei tassi di fecondità. Il risultato è l'assottigliamento della fascia di età inferiore ai 15 anni e un am-

pliamento corrispondente di quella superiore ai 65 anni. In Brasile la percentuale di cittadini di età maggiore di 60 anni va dal 4,7% del 1960, al 6,2% del 1980 e al 7,6 del 1991. Se si tiene conto del dato che il costo dell'assistenza per chi ha più di 60 anni e di circa quattro volte maggiore di quello per persone di età fra i 5 e i 59 anni, ci si possono naturalmente aspettare grandi implicazioni sulla spesa sanitaria globale. Se inoltre si tiene conto che il maggior incremento della popolazione è atteso nella fascia fra i 15 e i 44 anni (parte essenziale della popolazione economicamente e sessualmente attiva) ci si dovrà attendere un incremento di azioni in pro della salute dei lavoratori e un aumento delle malattie a trasmissione sessuale, compreso l'AIDS.

Questo processo di transizione del profilo demografico si presenta però in maniera differente nei Paesi industrializzati e nei PVS, dove ha dato luogo a un fenomeno denominato «accumulazione epidemiologica»<sup>11</sup> o anche «modello prolungato e polarizzato»<sup>12</sup>, caratterizzato da quattro caratteristiche attributive: la sovrapposizione di tappe epidemiologiche, con la persistenza simultanea di alte incidenze di malattie legate alla malnutrizione e di malattie croniche e legate alla violenza; le controtendenze, ovvero reinsorgenza di patologie che si consideravano superate, come la dengue o il colera; il prolungamento della transizione, ovvero la mancanza di un passaggio definitivo di modello demografico, già avvenuto da tempo nei Paesi più ricchi; la polarizzazione epidemiologica, con cui vogliamo definire un aumento della disuguaglianza sociale e i relativi riflessi sui livelli di salute.

Tutto questo causa, da una parte un aumento della complessità del profilo epidemiologico e, dall'altra, una pressione della spesa sanitaria per l'au-

mento delle malattie croniche e di quelle causate dal «nuovo modello di sviluppo», di fatto portatore di nuovi fattori determinanti legati allo stress e alla violenza. In Brasile oggi più del 50% della mortalità generale è legata a malattie cardiocircolatorie e alle «cause esterne».

L'*urbanizzazione* ha rappresentato un fattore determinante nella modificazione del profilo epidemiologico e nella situazione sanitaria, specie a livello delle metropoli. Le condizioni di vita nelle grandi concentrazioni urbane tendono a deteriorarsi sia per l'industrializzazione, sia per la pressione demografica sull'ambiente, sia per l'exasperazione delle disuguaglianze sociali qui prodotesi. Così alla degradazione e alla contaminazione biologica dell'aria, dell'acqua e del suolo, si accompagna un aumento continuo della domanda di servizi sanitari, di fogne, di scuole di alimenti. Le popolazioni più povere vengono espulse verso le periferie sprovviste di servizi sociali sufficienti in numero e qualità, configurandosi così un crescendo di situazioni estreme di iniquità sociale.

Ed eccone le conseguenze! Nella città di Sao Paulo la probabilità di morire per diarrea prima di completare il primo anno di vita è tre volte superiore in periferia che nei quartieri centrali; e in questa stessa città tra il 1980 e il 1990 il tasso di mortalità per omicidio per tutta la popolazione è passato da 35,2 a 59,6 per mille abitanti con una concentrazione di queste morti nelle periferie.

Fenomeni migratori verso «nuove frontiere» hanno portato infine ad un incremento di alcune endemie come il caso della malaria nella regione amazzonica del Brasile. In realtà quindi i fenomeni migratori hanno accentuato problemi antichi e introdotto nuovi fenomeni sui quali poca è l'esperienza come quelli legati alla violenza.

La *medicalizzazione*, ovvero l'eticizzazione sanitaria di alcuni aspetti del comportamento e di molti problemi non sanitari che porta, in definitiva, a nascondere le vere determinanti del processo salute => malattia. Questo fenomeno di medicalizzazione ha a che vedere con una doppia tendenza convergente<sup>13</sup>: da una parte la complessificazione della vita quotidiana e l'aumento delle «devianze» e, dall'altra, lo sviluppo di una nuova professionalità medica che esaspera, a fini di potere, il senso di appartenenza, tendendo sempre più a isolare e normalizzare dette «devianze». Il risultato di questa doppia tendenza è la medicalizzazione di tutti i disagi, disumanizzati e desocializzati, trasformati in «malattie» e, ciò che è peggio, accompagnati dalla illusione che si possa ottenere la salute con l'eliminazione di dette «malattie»<sup>14</sup>. Dal punto di vista del sistema sanitario questo significa sempre più offerta e sempre più domanda medica, senza controllo.

L'assunzione incontrollata di tecnologia è invece alla base del fenomeno detto «inflazione medica» che consiste nella tendenza dei servizi medici ad aumentare i propri costi al di sopra dell'inflazione economica. Questo è dovuto al fatto che la tecnologia biomedica presenta caratteristiche speciali<sup>15</sup>:

— in primo luogo non è, alla stregua di altri settori, sostitutiva di altra tecnologia ma bensì accumulativa: i tomografi non sostituiscono gli apparecchi radiografici ma si sommano ad essi;

— in secondo luogo la discontinuità del processo di produzione delle prestazioni di servizio e l'uso intensivo di mano d'opera, impediscono, come è invece possibile in altri settori, la riduzione della forza lavoro impiegata;

— una terza caratteristica è la diffusione rapidissima della tecnologia biomedica;

— una quarta è l'assunzione di buona parte di questa tecnologia da parte dei servizi senza che ne sia comprovata la sua efficacia, come dimostrano studi del Congresso americano.

Questa specificità della tecnologia medica fa pensare a una sorta di «legge» sul suo uso che potrebbe suonare così: «ove esiste tecnologia medica, essa tende ad essere usata», giustamente o no, spinendo verso l'alto la spesa del sistema sanitario e sottomettendo i pazienti a costi sociali e umani assolutamente non necessari.

Benché certi *mix* tecnologici recenti tendano a modificare questo quadro, con l'utilizzo di chirurgie ambulatoriali, di assistenza domiciliare o di tecniche di autocura, questa linea di tendenza non sembra ancora cambiare direzione. Il fatto poi che il settore sanitario sia soggetto a uso intensivo di mano d'opera porta con sé la tendenza espansiva della forza lavoro impiegata che in alcuni Paesi dell'America Latina raggiunge addirittura il 5% della popolazione economicamente attiva.

La *formazione professionale* specifica e, specialmente in Brasile, quella superiore, è subordinata, ad un mercato sempre più privato con una offerta non sovrapponibile alle necessità del sistema sanitario. Si crea così una pressione per l'assunzione da parte del sistema di tutti gli operatori formati: in Brasile i centri di formazione sanitaria sfornano 20.000 nuovi professionisti di livello superiore all'anno in cerca di un lavoro. Inoltre via via che i mercati si rafforzano, il reddito di questi professionisti viene a dipendere sempre di più dalla proprietà sulle attrezzature e quindi le entrate sono sempre più legate alla innovazione tecnologica. La competizione che si stabilisce fra professionisti non è così centrata sui prezzi e sulla diminuzione di costi ma bensì su una differenziazione dei servizi, basata sulla crescente complessità tecnologica<sup>16</sup>.

È in questo modo che si articolano fra loro i fattori espansivi della medicalizzazione, dell'assunzione di tecnologia e dell'aumento della forza lavoro.

Le corporazioni aziendali (che esprimono una vera e propria «industria sanitaria») i produttori di materiali (specialmente attrezzature biomediche e medicinali) e i venditori (amministratori e assicuratori di servizi sanitari) tendono così a spingere sul sistema per ottenere più guadagni indipendentemente dalle necessità sociali di salute. Questa «industria» fa circolare molti milioni di dollari all'anno e si concentra principalmente sulla assistenza medica. Solo in Brasile si stima un fatturato annuale di 5 miliardi di dollari per l'industria farmaceutica<sup>17</sup>, di 1 miliardo di dollari per l'industria di attrezzature biomediche<sup>18</sup>, e di 2,5 miliardi di dollari esclusivamente per l'assistenza medica supplementare<sup>19</sup> nell'anno 1989.

D'altra parte le corporazioni professionali, in molti modi, fra cui la creazione di cartelli monopolistici dei prezzi e vere e proprie riserve di mercato, tendono a spingere il sistema sanitario all'espansione e alla lievitazione dei costi. In Brasile nel periodo 1987-1989 (giugno) si è registrata una inflazione calcolata in 11.125% (undicimilacento venticinque per cento ndt) mentre l'aumento degli onorari della tabella della Associazione Medica Brasiliana è stato di addirittura 12.043%<sup>20</sup>.

È chiaro così che il sistema sanitario passa ad essere ostaggio di diversi gruppi di interesse con la conseguenza di ritrovarsi senza obiettivi, senza risultati in termini di salute, e nella impossibilità di una azione intersettoriale efficace<sup>21</sup>.

L'interazione di queste forze espansive porta a un movimento di autoriproduzione del sistema sanitario che vede ogni nuovo dollaro investito tra-

sformarsi in nuova tecnologia, in un nuovo posto di lavoro, in aumento di salari, in più farmaci, in più assicurazioni sanitarie, senza che questo abbia necessariamente alcun impatto positivo sui livelli di salute della popolazione.

D'altra parte, per contrastare queste forze espansive la società tende a dotarsi di meccanismi di controllo entrati sulla razionalizzazione delle risorse umane e materiali, sulle strategie di contenimento dei costi e sull'etica professionale. Ma questi meccanismi di controllo sono assolutamente incapaci a far fronte alle forze espansive del sistema dominante basato sulla assistenza medica!

Lo squilibrio fra forze espansive e meccanismi di controllo costituisce il fulcro della crisi in sanità che non può essere considerata solo nella sua dimensione economica ma nemmeno come un fenomeno squisitamente etico. Non si tratta infatti di una crisi congiunturale, perché si inserisce in un processo di autoriproduzione di particolari concezioni e prassi del sistema sanitario, ma di una crisi strutturale<sup>22</sup> che potrà vedere soluzione solo attraverso la trasformazione della vigente «pratica sanitaria» (3).

Esistono, in ogni caso, chiavi di lettura (e conseguenti proposte di soluzione) diverse da quella presentata in questo articolo:

— per alcuni, specialmente nei PVS, la crisi esige un incremento della spesa per la sanità, peraltro molto bassa rispetto ai bisogni delle popolazioni. È questa una posizione molto diffusa fra i «sanitaristi» (4) brasiliani ma non è in realtà sostenibile di fronte all'evidenza che la crisi della sanità si manifesta con la stessa intensità, anche se in forme specifiche, in Brasile, con i suoi 128 dollari di spesa sanitaria *pro capite*/anno, in Argentina, con i suoi 337 dollari, in Spagna, con 830

dollari, in Italia con 1470 dollari e in Usa con 2760 dollari;

— per altri, e questa è la posizione più comune (fortemente appoggiata dagli OO Internazionali<sup>23</sup>), la crisi in sanità deriva dall'irrazionalità economica di questo settore. In questa visione, che si muove sullo scenario delle politiche economiche dette di «aggiustamento» e di stabilizzazione economica, vengono proposte riforme del sistema basate su strategie di razionalizzazione economica presentate sotto diverse etichette: ricerca di una efficienza nella allocazione, efficienza tecnica, *standards* minimi, focalizzazione, decentramento, sussidi alla domanda, mercato interno, privatizzazione, competitività etc.

Questa prospettiva di riforma settoriale è guidata quindi dal discorso economico ed è fondamentalmente subordinata a politiche economiche stabilizzanti; essa non dà spazio, se non marginalmente, al discorso epidemiologico. Ogni giorno di più, come Ringen sottolinea<sup>24</sup>, la politica sanitaria viene a ridursi a una questione economica: come produrre e distribuire la migliore assistenza medica; ovvero, come si indigna Milton Terris<sup>25</sup>, il controllo dei costi si è trasformato nell'obiettivo principale della pianificazione e dello sforzo politico nel campo della sanità. Non è casuale che gli economisti lascino la loro posizione di consulenti, per assumere incarichi ministeriali e condurre direttamente complesse riforme settoriali<sup>26</sup>.

L'analisi fin qui fatta di questa visione economicistica non deve però essere intesa come la negazione dell'evidenza che ci sia bisogno di una razionalizzazione nel sistema sanitario. Al contrario! È urgente dare a questo sistema maggiore efficienza e efficacia, e perciò molte di queste proposte devono essere portate avanti fino in fondo. È chiaro però che limitarsi a questa componente razionalizzatrice

non risolve il problema della strutturale della crisi, legata alla stessa natura della pratica sanitaria dominante.

## 2. Opzioni di riforma dei sistemi sanitari

Esistono oggi a livello internazionale per lo meno tre opzioni di riforma dei sistemi sanitari che sono fra loro escludenti: la neo-liberista, la costruttivista e la cosiddetta «terza via»<sup>27</sup>.

Le due prime fanno riferimento a una visione esclusivamente economicista di riforma mentre la terza, pur non negando la importanza della razionalizzazione economica, la subordina a un cambiamento strutturale più centrata sulla trasformazione della pratica sanitaria vigente.

La opzione neo liberista, che irrompe nell'area economica sull'onda dalla moda liberista, si fonda sulla affermazione che, malgrado l'intervento massiccio negli ultimi decenni dello Stato in sanità, non si è verificato un miglioramento significativo della situazione sanitaria; la soluzione proposta sarebbe l'affermarsi di uno «Stato minimo», con la riduzione, cioè, del ruolo del settore pubblico e con l'introduzione di una regolazione di mercato.

Malgrado si tratti di una proposta, nella sua semplicità, affascinante, è universalmente dimostrata la sua inadeguatezza. Varie sono le ragioni di una mancanza di praticabilità dell'opzione neoliberale<sup>28, 29</sup>:

— il modo con cui i servizi contribuiscono alla soluzione dei problemi sanitari è un processo complesso basato sull'integrazione degli sforzi sia di differenti attori sociali di un determinato territorio (operatori, presidi pubblici e privati, organizzazioni non governative, istanze politiche e economiche) sia di individui organizzati in famiglie e comunità. Questa caratteristica peculiare della salute, vista come

bene centrale, mette sostanzialmente in dubbio la stessa idea che il sistema sanitario possa essere organizzato attraverso il mercato;

— la salute rappresenta una variabile che condiziona la possibilità di consumo di altri beni e servizi;

— i consumatori non sono in realtà sovrani nella decisione sul «come» e sul «quando» utilizzare i servizi sanitari, decisione questa che esige l'intermediazione di un professionista. Questo si determina per lo squilibrio di informazioni in possesso dei prestatori di servizio e dei consumatori, squilibrio questo inerente alla stessa natura del «bene-salute» e alla complessità dei fattori che la determinano; il che implica però l'impossibilità di una offerta e di una domanda fra loro indipendenti, fatto questo che, a sua volta, rende impossibile l'esistenza di un mercato concorrenziale per i servizi sanitari;

— esiste un valore esterno dell'intervento sanitario, che risulta dal fatto che l'utilizzazione dei servizi sanitari produce vantaggi non solo all'utente ma alla società nel suo complesso. In altre parole, l'assistenza per la salute comprende un «valore aggiunto sociale» in quanto la malattia di una persona può avere effetti sulla comunità intera, come nel caso delle malattie infettive;

— le manifestazioni morbore presentano una caratteristica di aleatorietà;

Per tutte queste ragioni l'uso dei servizi sanitari può solo in parte considerarsi soggetto alle caratteristiche e ai bisogni dei consumatori. In realtà invece esso viene definito dai comportamenti professionale e istituzionale dei prestatori, venendosi così a configurare una sorta di «mercato imperfetto»<sup>30</sup>.

Perciò si può affermare che la proposta neo-liberale, o di funzionamento libero del mercato, è oriunda di una vi-

sione ideologica univoca che vuole sostituire la regolazione dello Stato con una regolamentazione privata; in altre parole sostituire il potere politico con quello economico nella regolazione dell'area sanitaria.

Un documento della OMS, partendo dalla affermazione che i guasti causati in sanità dai meccanismi di mercato siano endemici, perviene alla conclusione che le argomentazioni a favore della regolazione di mercato, ancorché supportate dalla teoria economica, finiscono per ridursi, in assenza di evidenze empiriche, a pura ideologia, centrata su una visione individualista della società<sup>31</sup>.

Posizioni più morbide nell'ambito della posizione neo-liberista riconoscono, sì, la peculiarità del «bene-salute» di fronte ad altri beni, ma non il fatto che questo sarebbe sufficiente a mettere in dubbio il valore della regolazione da parte del mercato, considerata, anche se imperfetta, migliore di quella assicurata dallo Stato.

Questa opzione «light» del liberalismo si fonda da una parte sull'idea che il consumatore possa realmente scegliere individualmente l'assistenza che più gli conviene, e dall'altra, sull'ipotesi che è possibile, attraverso la regolazione privata del sistema sanitario, garantire l'equità dell'accesso (alle cure, ndt). Ambedue queste ipotesi sono difficilmente dimostrabili, data appunto la singolarità del bene salute.

In conclusione si può affermare che la proposta neo-liberista, anche se oggi sulla cresta dell'ondata liberale, non risolverà la crisi della sanità: anzi, se adottata, contribuirà al suo affossamento.

L'opzione costruttivista<sup>32</sup> parte dall'ammissione della impossibilità di una regolazione da parte del mercato per arrivare a proporre una regolazione statale attraverso il rafforzamento

dei meccanismi di controllo centralizzati.

I suoi difensori propongono, a partire appunto dall'ipotesi che il sistema sanitario non può essere regolato dal mercato, una razionalizzazione del suo funzionamento attraverso macro-sistemi di valutazione e controllo, sostenuti da megastrutture amministrative, strutturati in modo altamente centralizzato, basati sulla elaborazione e il rispetto di norme, regole e procedimenti e impiantati su sofisticatissimi sistemi informativi.

Un'azione regolamentatrice dura, in un campo come quello della sanità dove non prevalgono certamente condizioni di decisione algoritmica, finisce, in definitiva, per valorizzare la regolamentazione di sé stessa. E, poco a poco, l'oggetto del sistema si sposta dalla salute alla norma stessa.

Questa tendenza normatizzatrice non migliora l'efficienza del sistema sanitario, presenta costi alti e risultati scarsi in termini di salute, mettendosi inoltre in contrasto con una professionalità basata sulla autonomia e sul lavoro di *équipe*.

La logica costruttivista porta lo Stato a costruire e avviare in modo crescente macro-sistemi informativi e di controllo, con la pretesa di regolare attività suppostamente uniformizzabili.

La insostenibilità delle ipotesi neo-liberista e costruttivista ha portato alla proposizione di una «terza via», che rifiuta allo stesso tempo l'architettura tecnocratica di un sistema idealizzato e la perversione di una pura regolazione di mercato, che si potrebbe definire un'«utopia necessaria» alla costruzione di un sistema sanitario nei Paesi democratici.

Questa opzione si sosterrà su un nuovo sistema di idee che sta emergendo, nel quale salute significa qualità della vita, e che afferma come sia compito dello stato democratico moderno garantire condizioni che favori-

scano la salute come prodotto sociale e l'equità come condizione per ottenerla.

Secondo i suoi sostenitori<sup>33</sup> la terza via permetterà di stabilire equilibri dinamici fra interessi collettivi e interessi individuali, fra livello locale e livello centrale, fra i differenti attori sanitari, fra equità e efficacia, fra libertà professionali e controllo di chi finanzia, fra ambulatorio e ospedale, fra sociale e sanitario.

Le idee-base su cui strutturare la terza via sono:

— la ricerca di un sistema sanitario basato su una pratica sanitaria (5) che, senza dare minore importanza alle azioni curative, valorizzi, relativamente, le azioni di promozione della salute (6), la prevenzione delle malattie, l'azione intersettoriale per obiettivi di salute;

— l'universalità della assistenza basata su un sistema di finanziamento pubblico a carattere redistributivo;

— il decentramento delle decisioni sulla organizzazione e il funzionamento del sistema sanitario basato sui sistemi sanitari locali (7) (con base territoriale definita) dove sia possibile mettere assieme il «pensare» col «fare»;

— la crescente valorizzazione della qualità dei servizi;

— la trasparenza dei processi di decisione gestionale e clinica;

— la valutazione del rapporto fra «autonomia di gestione» e risultati ottenuti in termini di miglioramento dei problemi sanitari;

— una professionalità rinnovata a partire da una nuova etica, da una formazione accademica *post flexeriana* (8)<sup>34</sup> e dalla garanzia delle libertà.

sta sociale organizzata contro i principali problemi sanitari». Per «paradigma sanitario» invece l'autore intende «... un insieme di elementi culturali, di conoscenze e di codici teorici (tecnici o metodologici), condivisi dai membri di una comunità scientifica» ndt.

(2) Malattia da *arbovirus*, endemica in Estremo Oriente, alle Hawaii e nei Caraibi, praticamente scomparsa fino agli anni 1980 dal Brasile, dove si sono invece verificate negli ultimi anni intense puntate epidemiche (ndt).

(3) Vedi nota 1.

(4) Con questo termine s'intendono gli specializzati in sanità pubblica formati in apposite scuole di specializzazione postuniversitari a sul modello americano (ndt).

(5) Vedi nota 1.

(6) Interessante a proposito è riprendere il documento finale, sottoscritto da 38 Paesi, della Prima Conferenza sulla Promozione della salute realizzata a Ottawa nel 1986 ndt.

(7) I cosiddetti Silos (Sistemas Locais de Saude) rappresentano l'asse centrale della proposta di trasformazione dei Sistemi sanitari nazionali contenuta e dettagliata nella Risoluzione XV approvata dal Consiglio direttivo della PAHO/WHO nel 1988; in Brasile questa proposta ha avuto una incisiva applicazione attraverso i Distretti sanitari di cui l'autore è stato grande mentore e su cui ha appunto pubblicato il libro «Distrito Sanitario: o processo social de mudanças das praticas sanitaria no Sistema Unico de Saude» Ed. Hucitec, 310 pg, Sao Paulo 1993, (ndt).

(8) Ci si riferisce qui al Relatorio Flexner, pubblicato nel 1910 negli Stati Uniti, riguardante la ristrutturazione dell'insegnamento di medicina, in cui l'autore vede l'origine del paradigma medico denominante che si può riassumere con le seguenti parole chiave: il meccanicismo, e cioè l'analogia del corpo umano alla macchina; il biologismo, come rappresentazione univoca della causalità, dell'individualismo, e cioè l'individuo come paziente slegato dal contesto, il tecnicismo specialistico, e infine la centralità data nella assistenza agli aspetti curativi (ndt).

#### BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> OECD - OECD health data, 1991.

<sup>2</sup> SANDLER S. *Eco-santé*. Paris, McGraw Hill, 1989.

<sup>3</sup> SCHIEBER G.J. & POUILLIER J.P. *International health spending and utilization trends*. Health Affairs, 3: 245-260, 1988.

<sup>4</sup> BANCO MUNDIAL. *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial 1993*. Washington, Oxford Univ. Press, 1993, p. 55.

<sup>5</sup> TUDOR H.J. *The inverse care law*. The Lancet, 1: 405-412, 1971.

<sup>6</sup> Ver, a propósito: KADT E. DE & TASCAS R. *Promover la equidad, un nuevo enfoque desde el sector salud*. Washington, OPS/OMS, 1993.

<sup>7</sup> WOOD C.H. & CARVALHO J.A. DE. *Income inequality and length of life. The demography of inequality in Brazil*. Cambridge, CUP, 1988.

<sup>8</sup> PAIM J. & COSTA M.N. *An desigualdade na distribuição de obitos no município de Salvador*. Cadernos de Saúde Pública, 2: 312-333, 1986.

<sup>9</sup> BIENDON R. et alii. *Satisfaction with health systems in ten nations*. Health affairs, 9: 185-192, 1990. Essa formulação parte da estrutura de sistema de regulação proposta por cientistas canadenses, ampliando-a como dinâmica dos sistemas de saúde. Ver:

<sup>10</sup> CONTRANDRIOPOULOS A.P. & POUVOURVILLE G. DE. *Entre constructivisme et libéralisme: la recherche de une troisième voie*. Rennes, École Nationale de Santé Publique, 1991, p. 40.

<sup>11</sup> OPS/OMS/FEPAFEM. *Los cambios de la profesion medica y su influencia sobre la educacion medica*. Documento de posicion de America Latina. Edimburgo, 1993, p. 5.

<sup>12</sup> FRENK J. et alii. *La transición epidemiologica en America Latina*. Bol. Of. Sanit. Pan., 111: 458-496, 1991.

<sup>13</sup> MENENDEZ E.L. *Salud publica: sector estatal, ciencia aplicada o ideologia de lo posible*. In: OPS/OMS *La crisis de la salud publica, reflexiones para el debate*. Washington, Publ. Cient. 540, 1992, p. 115.

<sup>14</sup> NAJERA E. *La salud publica, una teoria para una practica. Se precisa su reconstrucción*. In: OPS/OMS. *La crisis de la salud publica, reflexiones para el debate*. Washington, Publ. Cient. 540, 1992, p. 129.

<sup>15</sup> MENDES E.V. *A evolução histórica da prática médica*. Belo Horizonte, FUMARC, 1985, p. 109-113.

<sup>16</sup> OPS/OMS. *Salud, equidad y transformacion productiva en America Latina y Caribe*. Washington, Tema 4.10 del programa provisional, 1994, p. 49.

<sup>17</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política nacional de medicamentos*, Brasília, mimeo, 1993.

<sup>18</sup> KLINGER J. *Políticas de equipamentos biomédicos no Brasil. Seminário interno da OPS/OMS*, Brasília, 1991.

<sup>19</sup> GOUVEA L.R. DE. *Planos de assistência médica, evolução do mercado, tendências*. Towers Perrin, mimeo, 1990.

<sup>20</sup> CARNEIRO V.B. *Assistência médica supletiva de empresas*. Belo Horizonte, Documen-

(1) Per «pratica sanitaria», termine usato più volte nel testo, l'autore intende «... la forma con cui una società, in un momento preciso, struttura, a partire dalla concezione di salute e dal *paradigma sanitario* dominanti, una rispo-

- to técnico preparado para a OPS/OMS, 1990, Anexo 10.
- <sup>21</sup> CESSS. *Rapport de la Commission denquête sur les services de santé et les services sociaux. Quebec, Gouvernement du Quebec*. Les Publications du Quebec, 1988.
- <sup>22</sup> MARQUEZ P.V. & ENGLER T. *Crisis y salud: reto para la decada de los 90*. Ed. Med. Sal., 24: 7-26, 1992.
- <sup>23</sup> Ver, a propósito: BANCO MUNDIAL. *Op. cit.* 16.
- <sup>24</sup> OPS/OMS. *Op. cit.* 28.
- <sup>25</sup> RINGEN K., *Karl Evang: a giant in public health*. J. Publ. Health Policy, 11: 360-367, 1990.
- <sup>26</sup> TERRIS M. *Tendencias actuales en la salud publica de las Americas*. In: OPS/OMS *La crisis de la salud publica, reflexiones para el debate*. Washington, Publ. cient. 540, 1992, p. 197. Il caso più recente di intervento diretto di un economista nella politica sanitaria è costituito dalla Colombia dove un consulente economico è diventato Ministro della sanità.
- <sup>27</sup> CONTRANDRIOPOULOS A.P. & POUVOURVILLE G. DE. *Op. cit.* 22, p. 17-31.
- <sup>28</sup> REINHARDT V.E. *Resource allocation in health care: the allocation of lifestyle to providers*. The Milbank Quart., 65: 153-177, 1987.
- <sup>29</sup> TOBIN J. *On limiting the domain of inequalities*. J. Law and Economics, 13: 263-277, 1970.
- <sup>30</sup> BARIS E. et alii. *Cost containment in health care: a review of policy options, strategies and tools in selected OECD countries*. Montreal, GRIS, 1992, p. 13.
- <sup>31</sup> WHO. *The public private mix in National Health Systems and the role of Ministries of Health. Background paper*. Mexico, Hacienda Cocoyoc, 1991, p. 121.
- <sup>32</sup> CONTRANDRIOPOULOS A.P. & POUVOURVILLE G. DE. *Op. cit.* 22, p. 22-25.
- <sup>33</sup> CONTRANDRIOPOULOS A.P. & POUVOURVILLE G. DE. *Op. cit.* 22, p. 25.
- <sup>34</sup> CONTRANDRIOPOULOS A.P. & POUVOURVILLE G. DE. *Op. cit.*, 22, p. 3.
- <sup>35</sup> FLEXNER A. *Medical education in the United States and Canada*. Carnegie Foundation for the advancement of teaching, 1910.

# **Sanità e impresa**

Sezione 5<sup>a</sup>

# IL FUNZIONARIO DELEGATO AI PAGAMENTI DEI FORNITORI DI BENI E PRESTATORI DI SERVIZI ALLE AZIENDE SANITARIE: INDIVIDUAZIONE DELL'UFFICIO DELLE GESTIONI A STRALCIO 1994 E PRECEDENTI

di Giuseppe Mognini

Assessorato alla sanità regione Lombardia

**SOMMARIO:** 1. Contenuto della norma - 2. Funzionario delegato al pagamento - 3. Ufficio delle gestioni a stralcio - 4. Compiti dell'ufficio delle gestioni a stralcio - 5. Destinatario della norma - 6. Identificazione fra funzionario delegato al pagamento e responsabile dello stralcio.

*La legge 724/94, all'articolo 6, comma 1, ha, sostanzialmente, voluto, per fare in modo che sia risparmiato il 18% rispetto alla spesa del 1993 per beni e servizi, che fossero rispettati i 90 giorni di tempo per il pagamento delle relative fatture, che le regioni nominassero un funzionario delegato ai pagamenti degli stessi, mettendogli a disposizione delle somme per cassa, vincolati allo scopo.*

*Contemporaneamente, nello stesso comma, il legislatore ha voluto fare chiarezza sulla situazione debitoria del Servizio Sanitario Nazionale e per questo ha imposto che la regione nominasse un ufficio responsabile delle gestioni pregresse, rispetto al 1995, data di nascita delle nuove aziende Usl. Lo scritto che segue vuole dare una funzionale interpretazione al disposto di legge e vuole indirizzare le regioni su di una soluzione che è quella di attribuire alle stesse aziende sanitarie, Usl o ospedaliere, la responsabilità di tali uffici a stralcio.*

## 1. Contenuto della norma

La legge 23 dicembre 1994, n. 724, avente per oggetto, «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica», che accompagna la legge finanziaria 1995, all'articolo 6, comma 1, sulla via della razionalizzazione della spesa sanitaria, alla vigilia della nascita delle aziende di cui al D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, ha, con tutta probabilità, posto le basi perchè l'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, abbia finalmente attuazione. Detto articolo prevede che il pagamento dei fornitori del Servizio Sanitario Nazionale sia effettuato entro 90 giorni, contro gli attuali 300 e passa. La legge n. 724/94, nell'articolo citato, infatti, stabilisce, sostanzialmente, tre cose: A) le spese per beni e servizi per gli esercizi 1995, 1996 e 1997 devono essere ridotte, in confronto alla spesa sostenuta per la stessa categoria

nel 1993, rispettivamente del 18, 16 e 14%; B) per poter realizzare gli obiettivi di cui al punto precedente, le regioni, d'intesa con i direttori generali e i commissari straordinari delle aziende Usl e delle aziende ospedaliere, individuano, il funzionario responsabile dei pagamenti, riservandogli un ammontare per cassa destinato a tale scopo. In caso di ritardo nei pagamenti e di addebito di interessi moratori, la responsabilità contabile ricade sul predetto funzionario; C) i debiti e i crediti relativi alle gestioni dell'esercizio 1994 e precedenti non devono gravare sulle gestioni delle aziende sanitarie di cui al precitato D.L.vo n. 502/92. A tal fine le regioni individuano un apposito ufficio al quale affidare lo stralcio di dette pregresse gestioni.

Sul punto A) si possono fare due considerazioni convergenti: 1) la norma di legge, qualunque essa sia, va applicata; 2) il dettato di legge è illogico o addirittura incostituzionale e allora

occorrerà attendere che la Consulta, cui si sono rivolte diverse regioni, si pronunci nel merito. In effetti, se si parte dall'ipotesi che in alcune regioni la spesa per la categoria beni e servizi non è ulteriormente comprimibile, perchè perfettamente in linea con i prezzi di mercato, l'unico mezzo per contenerla è quello di ridurre i servizi, con il rischio di scendere al di sotto dei livelli uniformi di assistenza fissati dal Piano Sanitario Nazionale. Di qui la supposta incostituzionalità del disposto di legge.

## 2. Funzionario delegato al pagamento

Relativamente al punto B) di cui al paragrafo che precede, occorre sottolineare la necessità, se si vuole sia data piena attuazione alla norma, che in ogni azienda sanitaria siano messi a disposizione del funzionario delegato degli appositi fondi di cassa, vincolati

allo scopo. Per fare ciò occorre che il direttore generale o commissario straordinario dell'azienda sanitaria e dell'ente sanitario, all'inizio del trimestre, al momento cioè della riscossione delle rimesse regionali e dell'elaborazione della previsione trimestrale di cassa, scorporino una parte dei fondi (sulla base di un effettivo studio delle necessità condotto sui capitoli interessati ai beni e servizi) e la metta a disposizione di detto funzionario. Solo così si potranno poi attribuire al funzionario incaricato le responsabilità contabili prospettate dalla norma. Naturalmente tale responsabilità investe il funzionario se egli ha i predetti fondi e non li ha utilizzati, facendo addebitare all'azienda sanitaria da cui dipende interessi moratori ed altri oneri finanziari e se non ci sono altri funzionari che hanno ritardato o impedito il pagamento di cui si discute e sui quali dovrebbero naturalmente ricadere altri tipi di responsabilità. È necessario che tali considerazioni siano esplicitate in sede di delibera regionale di individuazione del funzionario delegato al pagamento dei fornitori.

### 3. Ufficio delle gestioni a stralcio

Per quanto concerne il punto C) del paragrafo 1, relativamente all'individuazione dell'ufficio delle gestioni a stralcio degli esercizi 1994 e precedenti, alla norma, si possono dare due interpretazioni: 1) l'ufficio delle gestioni a stralcio è unico ed accentrato a livello regionale; 2) l'ufficio stesso è unico per tutte le Usl o enti sanitari disciolti, ma costituito a livello della nuova azienda sanitaria, sotto il coordinamento di un ufficio regionale. C'è anche chi alla stessa norma ha dato una terza interpretazione ed ha individuato tanti uffici, chiamandoli per altro di liquidazione, per quante erano le Usl trasformate in azienda. Quest'ultima interpretazione, pur restando an-

che essa legittima, non è per così dire spontanea come lo sono le prime due. Dopo aver detto delle due interpretazioni possibili da dare alle modalità di costituzione degli uffici a stralcio, qui di seguito si vogliono evidenziare le ragioni che dovrebbero far propendere per la interpretazione di cui al punto 2) del presente paragrafo:

1) perché l'indeterminatezza della norma lo consente, atteso che non ha specificato che l'ufficio in argomento deve essere unico ed a livello regionale;

2) per evitare di dover accentrare presso la Regione una notevole quantità di documenti contabili e di dover separare, anche fisicamente, la figura di chi deve liquidare da quella che deve pagare, con sicuri ritardi nell'erogazione delle somme e conseguente aggravio della spesa pubblica, in termini di eventuali interessi moratori e rivalutazione monetaria;

3) per non deresponsabilizzare le aziende sanitarie, il cui apparato amministrativo ha di norma gestito la spesa a tutto il 31 dicembre 1994 e, per contro, per non ingenerare nel fornitore l'errata idea che a far fronte alla maggiore spesa riferita agli esercizi in questione debba essere inequivocabilmente la Regione con il proprio bilancio, con la conseguenza di vedere l'ente coinvolto in atti ingiuntivi o di pignoramento per debiti riferiti a enti estinti che hanno nelle nuove aziende sanitarie i successori a titolo universale nei loro diritti ed obblighi;

4) per non gravare la Regione di impegni senza la possibilità che collateralmente sia previsto un adeguamento di organico, mentre, per converso, presso la maggioranza delle aziende sanitarie il servizio amministrativo, a livello di risorse di organico, ha potuto conseguire economie di scala, e, in più di una circostanza, figure dirigenziali doppie o triple rispet-

to alle funzioni da svolgere e che venivano svolte dagli enti disciolti;

5) per consentire alle aziende sanitarie la gestione di una unica e più efficace politica della gestione di cassa (pur in una rigorosa separazione contabile), e conseguentemente un proficuo marketing degli acquisti ed una più razionale erogazione della spesa del Servizio Sanitario Regionale, tenuto conto, per altro, che presso la Tesoreria Provinciale, il conto corrente su cui affluiscono le risorse del Fondo Sanitario stesso è unico ed infruttifero.

Sempre sulla individuazione dell'ufficio delle gestioni a stralcio, occorre chiarire che la norma impone alla regione di fare in modo che le gestioni pregresse non gravino su quella del 1995, «...né direttamente né indirettamente...». Non impedisce che una gestione anticipi somme per conto dell'altra. Occorre evitare che la nuova azienda sanitaria si trovi nella duplice situazione: da un lato creditrice presso la Tesoreria Provinciale di somme, per altro depositate su di un conto corrente infruttifero di interessi, di derivazione 1995, dall'altro debitrice nei confronti di creditori vari per spese riferite agli esercizi 1994 e precedenti, con il rischio di vedere le gestioni pregresse caricate, ingiustificatamente, di interessi moratori ed altri oneri finanziari. Le anticipazioni di una gestione all'altra dovranno avvenire con l'avvertenza di registrare contabilmente i passaggi, di modo che sia sempre possibile individuare la gestione che ha beneficiato del prestito, per addebitare, qualora ne ricorrano le circostanze, gli eventuali oneri gravanti sulla gestione che ha concesso il prestito. Ci si riferisce ai casi in cui una gestione per prestare all'altra debba adire l'anticipazione di tesoreria. L'addebito alle gestioni pregresse va effettuato anche in deroga alla norma di contabilità, in sede di sistema di

contabilità finanziaria, che vieta l'accertamento di maggiori residui passivi. Deve essere prevalente infatti il contenuto della norma che si sta commentando e che richiede una rigida separazione delle gestioni, rispetto alla norma di ragioneria pubblica, per altro applicabile alle aziende sanitarie, in questi momenti, in regime transitorio.

#### **4. Compiti dell'ufficio delle gestioni a stralcio**

I compiti della gestione a stralcio, anche in deroga ai principi informativi della contabilità pubblica, sistema di contabilità finanziaria, sono i seguenti:

1) effettuare la ricognizione di tutti i crediti e debiti degli enti sanitari confluiti nella nuova azienda sanitaria, effettivamente sussistenti al 31 dicembre 1994. Della predetta situazione farà parte il fondo o il disavanzo di cassa al 31 dicembre 1994. I dati di detta ricognizione dovranno puntualmente raccordarsi con quelli emergenti dal conto consuntivo alla medesima data;

2) redigere apposito ed unico documento contabile: Bilancio preventivo delle gestioni a stralcio, al quale saranno imputati gli ordinativi di incasso e di pagamento, emessi, su indicazione del responsabile dell'ufficio delle gestioni a stralcio, dal responsabile dell'UO Economico Finanziaria, qualora le due figure non coincidano.

Le registrazioni dei predetti ordinativi dovrebbero essere effettuate su separati libri contabili: giornale e mastro o in maniera tale che sia sempre possibile ottenere separate scritture e risultanze. Qualora il responsabile dell'Ufficio delle gestioni a stralcio non dovesse coincidere con il responsabile dell'UO Economico Finanziaria, la tenuta di detti libri e l'effettuazione delle scritture contabili relative dovrebbe spettare comunque all'UO Economi-

co Finanziaria dell'ente o azienda sanitari, allo scopo di conservare in capo ad un unico ufficio la tenuta delle dette contabilità.

Il Bilancio in questione deve essere deliberato dal direttore generale o dal commissario straordinario ed inoltrato tempestivamente al servizio regionale preposto alla gestione del FSR.

Lo stesso documento, stante la sua natura meramente espositiva di dati contabili esistenti presso gli enti disciolti, non dovrebbe essere soggetto a controllo. A tal fine i dati da inserire nel documento in argomento devono essere solo quelli derivanti dalla ricognizione effettuata idealmente al 31 dicembre 1994. Il documento dovrebbe essere gestito sotto la responsabilità contabile del dirigenti dell'ufficio delle gestioni a stralcio e dell'UO Economico Finanziaria, qualora non coincidenti;

3) il responsabile dell'ufficio delle gestioni a stralcio deve fornire tutte le informazioni in ordine alle gestioni affidategli a tutti gli interessati o aventi diritto, anche ai sensi della legge n. 241/90 e deve mantenere i contatti con l'ufficio regionale di coordinamento delle gestioni stesse;

4) le scritture contabili, riferite alle gestioni a stralcio, tenute con il solo sistema di contabilità finanziaria, dovrebbero essere mantenute, qualora le predette gestioni non si siano estinte, anche dopo l'adozione da parte dell'azienda o ente della contabilità economico-patrimoniale;

5) gli eventuali accertamenti di residui attivi e passivi in più, riferiti alle gestioni a stralcio, devono essere imputati alla contabilità delle dette gestioni;

6) in caso di necessità ed urgenza, stante il fatto che il conto presso la Tesoreria Provinciale, intestato all'azienda o ente è infruttifero, allo scopo di evitare aggravii di spesa per la pubblica amministrazione in generale e

del Servizio Sanitario Regionale in particolare, dovrebbe essere consentito utilizzare disponibilità temporaneamente in esubero delle gestioni 1995 e successive per fronteggiare pagamenti della gestione 1994 e precedenti e viceversa. Tali eventuali utilizzi devono essere regolarmente registrati e gli oneri finanziari maturati per effetto di detti utilizzi dovranno far carico alla gestione che ne ha beneficiato;

7) a fine esercizio l'ufficio delle gestioni a stralcio, con l'ausilio dell'UO Economico Finanziaria se non coincidente, redigerà il relativo rendiconto finanziario della medesima gestione, sottoponendolo all'approvazione dell'organo deliberante ed al controllo della Giunta Regionale, *ex lege* n. 412/91. Per la gestione a stralcio vengono redatti ed approvati, con le stesse formalità della gestione corrente, i rendiconti trimestrali. In sede di approvazione del rendiconto finanziario d'esercizio si dovranno evidenziare ed approvare gli incrementi o decrementi nei residui riferiti alle gestioni pregresse.

#### **5. Destinatario della norma**

Si è detto che le regioni devono fare in modo di non frammischiare le gestioni. La norma contenuta nell'articolo 6 comma 1 della legge citata è rivolta alle regioni quindi, non ai creditori delle vecchie Usl o enti sanitari disciolti. Non sostiene, la medesima norma, per essere più espliciti, che le regioni sono diventate titolari dei debiti pregressi del sistema sanitario regionale e che ad esse devono essere rivolti solleciti, decreti ingiuntivi e quant'altro. Titolare del debito deve essere considerata la nuova azienda sanitaria. È questa infatti l'erede universale degli enti disciolti e dei quali ha per altro ereditato il patrimonio, anche se ciò non significa che le regioni non debbano essere destinatarie di

informazioni sull'argomento, di richieste di chiarimenti e di interventi al riguardo. La situazione finanziaria a tutto il 31 dicembre 1994, sul territorio nazionale, è diverso da una regione all'altra. A livello nazionale si sostiene, da parte delle regioni, che il debito ammonta a 17.000 miliardi, contro una disponibilità di mutui da contrarre con onere a carico dello Stato pari a 5.000 miliardi circa, di cui 3.480 (somma attualizzata) coperti con le rate di 400 miliardi all'anno e per dieci anni a partire dal 1996. Questo si apprende infatti dalla lettura della tabella A della legge finanziaria 1995.

#### **6. Identificazione fra funzionario delegato al pagamento e responsabile dello stralcio**

Come si deduce dalla lettura di quanto sopra i funzionari da individuare da parte della regione, con l'ausilio del direttore generale e del commissario straordinario, sono due: uno responsabile della correttezza nei pagamenti dei fornitori di beni e servizi; l'altro dell'ufficio delle gestioni a stralcio. È auspicabile tuttavia che le due funzioni siano attribuite alla stessa persona. Solo così si potrà realizzare una politica di cassa unica ed evita-

re possibili conflitti fra le due funzioni. Va da sé che il funzionario preposto alle due funzioni deve avere ben chiari i compiti affidatigli: soprattutto deve far in modo che le nuove Unità sanitarie locali rispettino i tempi di pagamento, realizzando così, finalmente il disposto dell'articolo 50 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Solo così si potrà pretendere poi che i prezzi si abbassino, perché i pagamenti non devono scontare tempi, spesso imprevedibili e comunque intollerabilmente lunghi per una razionale politica di gestione degli acquisti.

# MECOSAN

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

Spedizione in abbonamento postale - 50%

L'indice degli articoli  
pubblicati su **MECOSAN**  
nel 1992, 1993 e 1994

- in ordine alfabetico  
per autore
- in ordine di materia  
per sezione
- gli atti del forum  
sul prontuario farmaceutico

## Forum sul prontuario terapeutico

*Economia e management nel nuovo  
prontuario farmaco terapeutico*  
di Giovanni Fattore  
1994, 9 : 5-10

*Un mistero di difficile soluzione*  
di Giorgio M. Bressa  
1994, 9 : 20-23

*Note cliniche sui farmaci antidepressivi*  
di Enrico Smeraldi  
1994, 9 : 24-27

*Antidepressivi essenziali: le ragioni del  
prontuario*  
di Lucilla Frattura  
1994, 9 : 11-19

*La prescrizione di farmaci psicotropi in  
un servizio psichiatrico pubblico*  
di Mauro Percudani e Agostino Contini  
1994, 9 : 28-34

### 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 **SIPIS** ed iscritta al n. 285 del Registro Nazionale della Stampa in data 22 settembre 1982

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

— fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.

— stampata dalla «Grafica Ripoli» snc, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli - Tel. 381700 - Fax 381700

— spedita in abbonamento postale - 50%

### Condizioni di abbonamento:

Per abbonarsi a *Mecosan* per l'anno 1995 versare l'importo di **L. 215.000** mediante c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** - Roma, o inviare assegno circolare o bancario, non trasferibile, intestato a **SIPIS** - Roma - Viale Parioli, 77.

Supplemento al n. 12 di **MECOSAN**

Direttore responsabile  
**Luigi D'Elia**

Condirettore  
**Elio Borgonovi**

Coordinatore generale  
**Franco Sassi**

Redattori capi sezione  
**Giorgio Fiorentini, George France,  
Marco Meneguzzo, Antonello Zangrandi,  
Francesco Zavattaro**

Redattori  
**Giorgio Casati, Mario Del Vecchio,  
Andrea Garlatti, Alessandra Massei**

**SIPIS**

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

**Biblioteca**

Sezione 6<sup>a</sup>

## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

ANN MARRINER-TOMEY

**Management  
infermieristico.  
Teoria e Pratica**

Edizioni Sorbona,  
Milano 1995  
pag. 452, L. 50.000

*Il management fa ormai parte della cultura degli infermieri italiani. Ai concetti teorici del pensiero manageriale si affiancano argomenti che riguardano da vicino la pratica quotidiana dell'organizzazione del lavoro infermieristico. Si tratta di turnazione e di calcolo del fabbisogno del personale, di analisi dei carichi di lavoro e di valutazione del personale, per citare solo alcuni di questi argomenti. Il libro si pone come una guida efficace al processo di gestione e di organizzazione del lavoro, fornendo gli elementi indispensabili di conoscenza e di metodologia di questa disciplina.*

*Il volume nasce in contemporanea al riassetto della normativa che regola la formazione infermieristica e la colloca a livello universitario. La formazione ha un ruolo determinante nel garantire l'adeguatezza della risposta ai bisogni di assistenza infermieristica degli utenti dei servizi sanitari ed è la premessa indispensabile per l'evoluzione della professione. Con la costituzione del libero mercato europeo diventa necessario effettuare un'analisi delle caratteristiche della formazione infermieristica nei paesi della CEE. Quest'opera fornisce un quadro fotografico della formazione di base e complementare nella comunità ed è indirizzata alle università, ai formatori delle scuole infermieristiche e alle associazioni professionali.*

GIUSSANI G. M.,  
MOISET C., SPADA P.

**La formazione  
infermieristica  
nei paesi della CEE**

La nuova Italia  
Scientifica, 1995  
pag. 153, L. 22.000

MELINO C., RUBINO S.,  
ALLOCCA A.,  
MESSINEO A.

**L'ospedale. Igiene, si-  
curezza e prevenzione**

Società Editrice Universo,  
Roma 1994,  
pag. 867, L. 200.000

*Si tratta di un volume completo nei suoi vari aspetti che vanno dalla storia ospedaliera all'edilizia ed alla programmazione, per poi approfondire più dettagliatamente, per i singoli settori di degenza, gli aspetti relativi ai servizi di diagnosi e cura a quelli sussidiari. Sono poi stati esaminati i rischi operativi (fisici, chimici, biologici), distribuiti negli specifici impianti e dipartimenti, con le relative modalità di prevenzione e di profilassi. Completano l'opera argomenti vari di medicina legale, di etica, di psico-sociologia ospedaliera, di umanizzazione dell'ospedale, di gestione, di legislazione sanitaria e di previdenza assicurativa del personale ospedaliero*

ROSSI FRANCO

**Economia Sanitaria**  
Collana Management  
infermieristico

Utet, 1995, pag.141

*Questo testo, inserito dalla casa editrice nella collana di management infermieristico, intende rappresentare secondo gli auspici dell'autore una valida introduzione all'economia sanitaria. Rivolgendosi ad operatori con una conoscenza necessariamente limitata in materie economiche nel corso della trattazione l'autore illustra le fondamentali metodologie dell'indagine economica applicate alla sanità partendo dal presupposto che sia indispensabile per raggiungere livelli maggiori di efficienza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse una adeguata formazione di tutto il personale sanitario. La presentazione dei principali aspetti teorico-metodologici dell'economia e dell'economia sanitaria è associata nel testo ad esemplificazioni di problemi, situazioni ed informazioni tratte dalla concreta realtà italiana.*

*In una prospettiva di rapidi e incessanti cambiamenti in atto su scala mondiale, è stato messo in discussione un assetto organizzativo dei sistemi sanitari il cui disegno risale ormai, in molti paesi, a prima degli anni '60. È il caso per esempio della Gran Bretagna e della Francia dove l'impostazione dei sistemi sanitari, ancora fino alla fine degli anni '80, risale a scelte effettuate rispettivamente nel 1948 e nel 1958. È con l'inizio degli '90, che in vari paesi è stato avviato un processo di ripensamento della sanità che in molti casi si è già tradotto in riforme di ampia portata, destinate a delineare il futuro dei servizi sanitari.*

VIRTUANI ROBERTA

**L'organizzazione  
del sistema ospedaliero  
e la gestione  
dell'ospedale.  
Le riforme in Francia  
e in Inghilterra**Consorzio Pavese  
per Studi Universitari,  
pag.141

MACCARINI MAURIZIO

**L'assicurazione  
sanitaria  
Stati Uniti d'America**Consorzio Pavese  
per Studi Universitari,  
pag.137

*All'interno degli Stati Uniti d'America è diffusa la convinzione che i medici e le strutture ospedaliere nazionali forniscono cure di livello qualitativo superiore rispetto a quelle fruibili altrove. In realtà il sistema sanitario americano si colloca in posizione di leader per quanto riguarda la ricerca scientifica e le applicazioni tecnologiche alla medicina, ed è ricco di rinomati centri ospedalieri in grado di attirare pazienti da tutto il mondo sia per prestigio dei medici specialisti che vi operano, sia per la imponente dotazione di sofisticate attrezzature diagnostiche e terapeutiche. Nonostante il suo valore il sistema sanitario americano sta attraversando un periodo di crisi e necessita di una profonda ristrutturazione.*

*Come coniugare la ricerca biomedica con la pratica clinica quotidiana? È possibile fare della medicina un esercizio di ragionamento? Questo libro guida all'acquisizione di un metodo utile per la valutazione della letteratura biomedica e degli studi clinici ed epidemiologici. Allo stesso modo, definisce le linee per un uso corretto della statistica in medicina ed introduce i concetti fondamentali della farmacoeconomia, utili per la pratica medica di ogni giorno.*

MARCHIOLI ROBERTO,  
TOGNONI GIANNI**Cause effetti  
in medicina.  
Logica e strumenti  
di valutazione  
clinico-epidemiologica**Il Pensiero Scientifico  
Editore, 1995  
pag.268, L. 38.000

*La possibilità di opzioni alternative al ricovero tradizionale, l'importanza di un approccio palliativo, la centralità del paziente nel processo decisionale, la necessità assoluta di un'assistenza veramente multisettoriale e multidisciplinare, sono tutti argomenti trattati in questo volume. Chi ha vissuto negli ultimi anni il dilagare del numero di casi di AIDS, con tutto ciò che questo comporta per gli operatori sanitari dal punto di vista professionale, psicologico, assistenziale, gestionale, sa quanto preziosa possa essere una riflessione critica sul proprio modo di porsi nei confronti del fenomeno.*

SIMS RUTH,  
MOSS VERONICA  
**L'assistenza  
alle persone con Aids  
in fase terminale**

Il Pensiero Scientifico  
Editore, 1995  
pag.135, L. 35.000

## SPOGLIO RIVISTE

**Meccanismi di mercato**

RODWIN M.A.

*Conflicts in Managed Care*

The New England Journal, 1995 332(9):604-607

GOLDBERG M.A., MARMOR T.R., WHITE J.

*The Relation between Universal Health Insurance and Cost Control*

The New England Journal, 1995 332(11):742-743

LUBITZ J., BEEBE J., BAKER C.

*Longevity and Medicare Expenditures*

The New England Journal, 1995 332(15):999-1003

RASSELL M.E.

*Cost Sharing in Health Insurance- A Reexamination*

The New England Journal, 1995 332(17):1164-1168

BARNUM H., KUTZIN J., SAXENIAN H.

*Incentives and Provider Payment Methods*

Health Planning and Management, 1995 10(1):23-46

DICKINSON E.

*Using marketing principles for healthcare development*

Quality in Health Care, 1995 4(1):40-44

**Sistemi di finanziamento**

STERNS JAY B.

*Emerging trends in health care finance*

Journal Health Care Finance, 1995 21(2):1-10

FARLEY SHORT P., LAIR J. T.

*Health insurance and health status: implication for financing health care reform*

Inquiry, 1995 31(4):425-437

**Valutazione economica delle attività sanitarie**

LENG M., RUSSELL I., MACDONALD L.

*A new approach to the measurement of quality of life: the patient-generated index*

Medical Care, 1994 32(11):1109-1126

DRUMMOND M.F.

*Guidelines for pharmacoeconomics studies: the ways forward*

PharmacoEconomics, 1994 6(6):493-497

HODGSON T.A.

*Costs of illness in cost-effectiveness analysis: a review of the methodology*

PharmacoEconomics, 1994 6(6):536-552

JOHANNESSON M.

*The ranking properties of healthy-years equivalents and quality-adjusted life-years under certainty and uncertainty*

Technology Assessment in Health Care, 1995 11(1):40-48

BRYAN R., BROWN R.

*The use of technology assessment by hospitals, health maintenance organizations, and third-party payers in the united states*

Technology Assessment in Health Care, 1995 11(1):79-92

WHYNES D.K., WALKER A.R.

*On approximations in treatment costing*

Health Economics, 1995 4(1):31-40

**Analisi dei sistemi sanitari***Politiques et pratiques de la santé publique en Afrique la fin des modes?*

Santé Publique 1994, December n.4

BLUMENTHAL D.

*Health Care Reform- Past and Future*

The New England Journal of Medicine, 1995 332(7):465-468

SHIROM A.

*The Israeli health care reform: a study of an evolutionary major change*

Health Planning and Management 1995, 10(1):5-22

LORETI PAOLO

*Evoluzione del sistema sanitario italiano, dagli anni '70 agli anni '90*

Agenzia Sanitaria, 1995 8:12-15

FREDDI GOFFREDO

*Indirizzi di riforma economico-finanziaria nei sistemi sanitari dei principali Paesi OCSE*

Agenzia Sanitaria, 1995 12:34-41

### **Programmazione e organizzazione del lavoro**

MENON D., HARSTALL C., FUNG F., O'CONNEL P.

*The development of health technology assessment program: the case*

Technology Assessment in Health Care 1995, 11(1):93-101

GREEN ANDREW

*The state of health planning in the '90s*

Health Policy and Planning, 1995 10(1):22-28

MCCLEARY K., ASUBONTENG P., MUNCHUS G.

*The effect of financial incentives on physicians' behaviour in health maintenance organizations*

Journal of Management in Medicine, 1995 9(1):8-26

CLEMENT D.,

*HMO survival: determination of optimal size*

Health Services Management Research 1995, 8(1):10-22

CAVE D.G.

*Vertical integration models to prepare health systems for capitation*

Health Care Management Review, 1995 20(1):26-39

ZUCKERMAN H., KALUZNY A., RICKETTS T.

*Alliances in health care: what we know, what we think we know, and what we should know*

Health Care Management Review, 1995 20(1):54-64

NASH P.

*Doctors and nurses once more - an alternative to May*

Journal of Medical Ethics, 1995 21(2):83-84

### **Controllo di gestione e sistemi informativi**

ANAND P.

*Objectives, information and incentives in the NHS internal market*

Health Services Management Research, 1995 8(1):47-54

ROD T., ROBINSON J., WARING T., WAINWRIGHT D., MAGUIRE S.

*Information management and technology in England's large acute NHS hospitals: national strategy versus local reality*

Journal of Management in Medicine, 1995 9(1):40-49

COSTANZO P., GROSSI I., PAROVINA G., ZELASCHI E., TOFANINI P.

*Gestione per budget. Prime modalità di applicazione pratica in una Usl*

L'Ospedale, 1995 3:39-46

### **Varie**

HOSPITAL E HEALTH SERVICES ADMINISTRATION

*The Journal of the foundation of the American College of HealthCare Executives*

1995 40(1) Special Issue on CQI

## ASPETTI ECONOMICI DELLA MALATTIA PEPTICA

tratto da: Sassi F., *Aspetti economici*. In: Torsoli A. (a cura di) *Questioni di clinica della malattia peptica*

Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995

Negli ultimi 20 anni, la malattia peptica ha rivestito un interesse considerevole per l'economia sanitaria, come testimoniano i numerosi contributi pubblicati nella letteratura internazionale. Si può dire che il ramo della disciplina che oggi si definisce farmacoeconomia abbia mosso i primi passi con gli studi sull'introduzione della Cimetidina. Forse per la prima volta, fu sentita l'esigenza di offrire anche una motivazione di carattere economico a sostegno dell'adozione di una terapia destinata a cambiare in modo significativo la pratica clinica e l'impiego delle risorse dedicate alla cura di una particolare patologia. Il mondo scientifico rispose con grande interesse, si svilupparono nuove metodologie di ricerca, e nei primi anni '80 furono condotti numerosi studi empirici in diversi paesi. Da allora la malattia peptica ha continuato ad attrarre l'attenzione degli studiosi di economia sanitaria, anche se non tutte le nuove tecniche diagnostiche e terapeutiche hanno goduto della stessa considerazione.

I motivi di tanto interesse sono facilmente identificabili. Innanzitutto, la malattia peptica costituisce un problema sanitario rilevante, per l'ampia diffusione e le conseguenze cliniche e sociali che comporta. Nel corso del secolo, in molti paesi occidentali, la sola ulcera duodenale è arrivata a colpire il 10% della popolazione. Le tendenze più recenti variano ampiamente da paese a paese, con tassi di incidenza tra 1/1000 per il Giappone e 2,7/1000 per la Scozia, e con un incremento generalizzato della diffusione nella popolazione più anziana, in cui la malattia peptica è spesso secondaria all'assunzione di altre terapie farmacologiche. In secondo luogo, nonostante il controllo dei fattori di rischio abbia contribuito in maniera significativa al contenimento della patologia, un ruolo fondamentale hanno avuto anche le tecniche diagnostiche e terapeutiche che si sono sviluppate in grande numero negli ultimi 20 anni. Simili innovazioni hanno imposto e impongono tuttora rigorose valutazioni, in quanto fonte di costi elevati nel breve termine, bilanciati da ritorni di medio-lungo termine (come nel caso dell'impiego del misoprostolo nella prevenzione della gastropatia da Fans), o viceversa (come nel caso dell'impiego degli H<sub>2</sub> antagonisti nel trattamento dell'ulcera). Infine, le caratteristiche delle tecniche diagnostiche e terapeutiche sviluppate negli anni più recenti ne rendono possibile un uso non razionale, o non appropriato, in pazienti destinati a trarne un beneficio ridotto o nullo. Per questo, alcune di queste tecniche hanno prodotto consistenti incrementi della spesa sanitaria, non sempre giustificati da corrispondenti benefici sul piano clinico.

Per i motivi descritti, l'economia sanitaria ha trovato terreno fertile nello studio della malattia peptica, con l'obiettivo di valutare l'onere economico che quest'ultima impone sulla società, e analizzare l'impatto di modalità innovative di prevenzione, diagnosi e trattamento, per indirizzare le decisioni cliniche (nei limiti dell'autonomia professionale che le caratterizza), e le decisioni di politica sanitaria (relative, ad esempio, all'introduzione di nuovi farmaci, o all'apertura di servizi diagnostici).

Le metodologie di ricerca impiegate nello studio della malattia peptica sono quelle ormai diffusamente conosciute, anche se tuttora in rapida evoluzione, delle indagini di costo sociale e delle valutazioni economiche comparative (analisi costi-benefici e analisi costo-efficacia). Le indagini di costo sociale sono rivolte a identificare l'ammontare e la qualità delle risorse che una società consuma periodicamente in relazione all'esistenza di una particolare patologia. Gli approcci possono essere diversi. Se, da un lato, quasi tutti gli studi prendono in considerazione sia i costi direttamente imputabili alla patologia (a carico del paziente, di familiari, o di terzi paganti), sia quelli imputabili solo in via mediata (tipicamente i costi per perdita di tempo lavorativo), d'altro lato le analisi trascurano spesso elementi che presentano un legame più complesso con la patologia (ad esempio, costi che si verificano nel lungo termine, costi relativi al disagio di chi assiste il paziente, costi relativi a complicanze o patologie associate). In ogni caso, l'interpretazione degli studi di costo sociale impone particolari cautele, in quanto i costi calcolati non sono sempre, e necessariamente, costi eliminabili per la società, anche nel caso ipotetico di eradicazione totale della patologia. E anche se tali costi fossero del tutto eliminabili, il vantaggio economico che ne deriverebbe alla società non si identificherebbe automaticamente con l'ammontare dei minori costi, in quanto le risorse liberate potrebbero non trovare impiego in settori altrettanto produttivi.

Le valutazioni economiche comparative, invece, sono finalizzate alla selezione di strategie diagnostiche o terapeutiche razionali, basandosi sull'assunto che ogni strategia debba garantire un rapporto tra costi e benefici incrementali, rispetto all'alternativa di riferimento, non superiore al valore di tale rapporto per impieghi concorrenti delle stesse risorse. In altre parole, quando un trattamento più efficace delle alternative a disposizione presenta anche un costo superiore, è necessario dimostrare che l'efficacia aggiuntiva per ogni lira impiegata nel trattamento sia maggiore di quella che si otterrebbe finanziando con le stesse risorse un altro trattamento, eventualmente rivolto a una patologia diversa. Se questa condizione non si verificasse, l'allocatione delle risorse al primo trattamento costituirebbe di fatto un impiego inefficiente, in quanto porterebbe a una riduzione dei benefici complessivamente ottenibili dalle risorse a disposizione. Le analisi costi-benefici e costi-efficacia differiscono principalmente, ma non solo, per l'uso di diversi approcci nella misurazione dell'efficacia dei trattamenti analizzati. Nello studio degli aspetti economici della malattia peptica è stata usata spesso una metodologia mista, rispetto alle due precedentemente descritte. Soprattutto nelle prime indagini empiriche disponibili, vale a dire quelle sull'introduzione della Cimetidina, si è cercato di determinare il rapporto costi-benefici della nuova terapia valutandone l'impatto sui costi sociali complessivi della patologia in specifici contesti nazionali. Questo tipo di approccio è stato progressivamente abbandonato dagli economisti sanitari nel corso degli anni '80, e solo in tempi più recenti ha goduto di rinnovata attenzione.

ASHTON T

*Cost-effectiveness of alternative medications in the treatment of duodenal ulcer*

Scandinavian Journal of Gastroenterology 1991; 26:82-88

BLOOM BS

*Cross-national changes in the effects of peptic ulcer disease*

Annals of Internal Medicine 1991; 114:558-62

BORGONOV E, DELLAMANO R

*Analisi costi-benefici: stima degli effetti su base nazionale, anni 1978-1979*

Farmaci 1982; 6(suppl.1):15-3 5

BORGONOV E, TARRICONE R

*Comparazione degli effetti economici della terapia anti-infiammatoria*

Reumatismo 1994; 46:195-9

BULTHIUS R

*Cimetidine and the cost of peptic ulcer in the Netherlands*

Effective Health Care 1984; 1(6):297-309

BUREAU D'INFORMATIONS ET DE PREVISIONS ECONOMIQUES

*The economics of ulcers in France*

Neuilly, Seine Cedex, 1978

- CARRIN G, TORFS KE  
*Economic evaluation of prophylactic treatment with misoprostol in osteoarthritic patients treated with NSAIDs*  
Revue d'Epidemiologie et Santé Publique 1990; 38:187-99
- CULYER AJ, MAYNARD AK  
*Cost-effectiveness of duodenal ulcer treatment*  
Social Science and Medicine 1981; 15C:3-11
- DE POUVOURVILLE G, BADER GP  
*Analyse économique du traitement préventif par le misoprostol chez l'homme des ulcères gastriques liés aux anti-inflammatoires non stéroïdiens*  
Gastroenterologie Clinique et Biologique 1991; 15:399-404
- DE POUVOURVILLE G.  
*The economic consequences of NSAID-induced gastropathy: the French context*  
Scandinavian Journal of Rheumatology 1992; 96(suppl.):49-53
- DI MARIO F, GRASSO GA, BATTAGLIA G, DE BONI M, VIANELLO F, DE BONA M, PASQUINO M, CHIOZZINI G, SAGGIORO A  
*Valutazione dei costi della terapia di mantenimento (sei mesi) con ranitidina 150 mg vs omeprazolo 20 mg vs omeprazolo 20 mg a giorni alterni nell'ulcera duodenale*  
Minerva Gastroenterologica e Dietologica 1993; 39(2):83-7
- DRUMMOND MF, BLOOM BS, CARRIN G, HILLMAN AL, HUTCHINGS HC, KNILL-JONES RP, DE POUVOURVILLE G, TORFS K  
*Issues in the cross-national assessment of health technology*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care 1992; 8(4):671-82
- ELDESON JT, TOSTESON A, SAX P  
*Cost-effectiveness of misoprostol for prophylaxis against nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastrointestinal tract bleeding*  
JAMA 1990; 264:41-7
- ELDESON JT, TOSTESON A  
*The cost-effectiveness of misoprostol*  
JAMA 1991; 265:594-5
- FESTEN H, JACOBS J, NEYENHUIS A  
*A cost-effectiveness analysis of the use of misoprostol for the prophylaxis of NSAID induced gastric ulcers in the Netherlands*  
Netherlands Journal of Medicine 1992; 40:2A
- FINEBERG HV, PEARLMAN LA  
*Benefit-and-cost analysis of medical interventions: the case of cimetidine and peptic ulcer disease*  
Washington, Office of Technology Assessment, 1981
- GABRIEL SE, JAAKKIMAINEN L, BOMBARDIER C  
*The cost-effectiveness of misoprostol for nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated adverse gastrointestinal events*  
Arthritis and Rheumatism 1993; 36(4):447-59
- GEWEKE J, WEISBROD BA  
*Clinical evaluation vs economic evaluation: the case of a new drug*  
Medical Care 1992; 20(8):821-30
- GRAHAM DY, AGRAWAL NM, ROTH SH  
*Prevention of NSAID induced gastric ulcers with misoprostol: multicentre, double-blind, placebo-controlled trial*  
The Lancet 1988; 3:1277-83
- HERTZMAN P, JÖNSSON B, LINDGREN B  
*The economic costs of ulcer disease*  
Lund, The Swedish Institute for Health Economics, 1976
- HERTZMAN P, JÖNSSON B, SILVERBERG R  
*The economic costs of ulcer disease in Denmark*  
Lund, The Swedish Institute for Health Economics, 1981
- HILLMAN AL  
*Economic analysis of alternative treatments for persistent gastroesophageal reflux disease*  
Scandinavian Journal of Gastroenterology - Supplement 1994; 201:98-102
- HILLMAN AL, BLOOM BS  
*Economic effects of prophylactic use of misoprostol to prevent gastric ulcer in patients taking nonsteroidal anti-inflammatory drugs*  
Archives of Internal Medicine 1989; 149:2061-5
- HILLMAN AL, BLOOM BS, FENDRICK AM, SCHWARTZ JS  
*Cost and quality effects of alternative treatments for persistent gastroesophageal reflux disease*  
Archives of Internal Medicine 1992; 152:1467-72
- HORISBERGER B  
*A review of the epidemiological development of peptic ulcers and an evaluation of duodenal ulcers in the Federal Republic of Germany before and after cimetidine*  
In: Culyer AJ, Horisberger B (a cura di). Economic and medical evaluation of health care technologies. Berlino, Springer-Verlag, 1983
- ISTITUTO DI STUDI POLITICO ECONOMICI  
*La determinazione dei costi sociali dell'ulcera peptica in Italia*  
Università di Pavia, ISPE, 1978
- ISTITUTO DI STUDI POLITICO ECONOMICI  
*Valutazione dei benefici sociali derivanti dall'introduzione della cimetidina*  
Università di Pavia, ISPE, 1978
- JENSEN DM  
*Health and economic aspects of peptic ulcer disease*  
American Journal of Medicine 1984; 77(suppl. 5B):8-14

- JÖNSSON B  
*A review of the macroeconomic evaluation of cimetidine*  
In: Culyer AJ, Horisberger B (a cura di). *Economic and Medical evaluation of health care technologies*. Berlino, Springer-Verlag, 1983
- JÖNSSON B  
*Economic evaluation of new medical technology*  
Scandinavian Journal of Gastroenterology - Supplement 1994; 201:87-90
- JÖNSSON B, CARLSSON P  
*The effects of cimetidine on the cost of ulcer disease in Sweden*  
Social Science and Medicine 1991; 33(3):275-82
- JÖNSSON B, HAGLUND U  
*Cost-effectiveness of misoprostol in Sweden*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care 1992; 8(2):234-44
- KNILL-JONES R  
*An economic evaluation of Arthrotec in the treatment of arthritis*  
British Journal of Medical Economics 1992; 5:51-8
- KNILL-JONES R, DRUMMOND MF, KOHLI H, DAVIES L  
*Economic evaluation of gastric ulcer prophylaxis in patients with arthritis receiving non-steroidal anti-inflammatory drugs*  
Postgraduate Medical Journal 1990; 66:639-46
- KURATA JH  
*Ulcer epidemiology: an overview and a research framework*  
Gastroenterology 1989; 96:569-74
- LAINÉ L  
*Multipolar electrocoagulation in the treatment of peptic ulcers with nonbleeding visible vessels*  
Annals of Internal Medicine 1989; 110:510-4
- LAM SK  
*Epidemiology and genetics of peptic ulcer*  
Gastroenterologia Japonica 1993; 28(suppl. 5):145-57
- MCLEAN AJ, HARCOURT DM, MCCARTHY PG, DUDLEY FJ, McNEIL JJ  
*Relative effectiveness and costs of antiulcer medications as a basis for rational prescribing*  
Medical Journal of Australia 1987; 146:431-42
- MARKS RD, RICHTER JE, RIZZO J, KOEHLER RE, SPENNEY JG, MILLS TP, CHAMPION G  
*Omeprazole versus H<sub>2</sub>-receptor antagonists in treating patients with peptic stricture and esophagitis*  
Gastroenterology 1994; 106:907-15
- NEBEL OT, FORNES MF, CASTELL DO  
*Symptomatic gastroesophageal reflux: incidence and precipitating factors*  
American Journal of Digestive Diseases 1976; 21:953-8
- NETHERLANDS ECONOMIC INSTITUTE  
*Present cost of peptic ulceration to the Dutch economy and possible impact of cimetidine on its cost*  
Rotterdam, Netherlands Economic Institute, 1977
- NISHIOKA NS, RICHTER JM  
*Endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers: a cost-benefit analysis*  
Gastrointestinal Endoscopy 1987; 33(4):277-83
- PIPER DW, PYM BM, TOY S, GELLATLY R, BYTH K, SEVILLE P  
*The effect of maintenance cimetidine therapy on the medical, social, and economic aspects of patients with chronic gastric ulcers*  
Medical Journal of Australia 1986; 145:400-3
- PYM B, SANDSTAD J, SEVILLE P, BYTH K, MIDDLETON WRJ, TALLEY NJ, PIPER DW  
*Cost-effectiveness of cimetidine maintenance therapy in chronic gastric and duodenal ulcer*  
Gastroenterology 1990; 99:27-35
- ROBINSON ASSOCIATES  
*The impact of cimetidine on the national cost of duodenal ulcers*  
Robinson Associates, Bryn Mawr, 1978
- RUSZNIEWSKI P, LEVY E, MIGNON M  
*Analyse économique du traitement d'entretien de la maladie ulcéreuse duodénale par la ranitidine 150 mg*  
Gastroenterologie Clinique et Biologique 1993; 16:842-7
- SAGGIORO A, ALVISI V, BLASI A  
*Misoprostol prevents NSAID induced gastroduodenal lesions in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis*  
Italian Journal of Gastroenterology 1991; 23:119-23
- SCHMORANZ I  
*A cost-benefit analysis of cimetidine*  
Vienna, Institut für Höhere Studien, 1980
- SILVERBERG R  
*The prevalence and social costs of ulcer disease in Norway*  
Lund, The Swedish Institute for Health Economics, 1981
- SONNENBERG A  
*Cost of medical and surgical treatment of duodenal ulcer*  
Gastroenterology 1989; 96(6):1445-52

STUCKI G, JOHANNESSON M, LIANG MH

*Is misoprostol cost-effective in the prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastropathy in patients with chronic arthritis? A review of conflicting economic evaluations*

Archives of Internal Medicine 1994; 154:2 020-5

TARRICONE R, BERTOLINI F, SAGGIORO A, GRAZIOLI I

*Gastropatia da fans in Italia: valutazione economica della prevenzione con misoprostol*

Argomenti di Gastroenterologia Clinica 1994; 7:263-9.

TREVISANI L, PAZZI P, PUTINATI S, BELTRAMI D, SARTORI S, STABELLINI G

*Helicobacter pylori and the Italian general practitioner*  
Gastroenterologie Clinique et Biologique 1990; 14(3):293-4

VON HAUNALTER G, CHANDLER VV

*Cost of ulcer disease in the United States*  
Stanford Research Institute, Menlo Park CA, 1977

WALAN A, ERIKSSON S

*Long-term consequences with regard to clinical outcome and cost-effectiveness of episodic treatment with omeprazole or ranitidine for healing of duodenal ulcer*

Scandinavian Journal of Gastroenterology - Supplement 1994; 29(201):91-7

# TESI DI LAUREA

*Tesi di laurea presentata all'università «L. Boccioni». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1992-1993. Relatore Elio Borgonovi*

## **MECCANISMI DI FINANZIAMENTO E DI VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÀ SANITARIA: IL CASO DEL DRG IN IRLANDA**

**di Elisabetta Trincherò**

La maggior parte dei Servizi Sanitari Nazionali dei Paesi del mondo industrializzato è oggi in fase di revisione, in conseguenza della generale scarsità di risorse finanziarie. Ciò ha generato la necessità di intervenire sia sulle modalità di reperimento dei fondi necessari, sia sulle modalità di allocazione e di impiego degli stessi, portando da un lato alla sperimentazione di nuovi sistemi di finanziamento, dall'altro all'introduzione di meccanismi di pianificazione, programmazione e controllo della gestione degli enti sanitari.

Tra i sistemi di finanziamento in fase di sperimentazione, il più diffuso è il Sistema di Pagamento Prospettico (PPS), in base al quale viene corrisposto ad ogni ospedale un ammontare fisso per tipologia di caso trattato, a prescindere dall'effettivo assorbimento di risorse. In Irlanda, in particolare, a fini di rimborso prospettico degli ospedali, è in atto la messa a punto del sistema dei Diagnosis-Related-Group (DRG) che, sviluppato negli Stati Uniti alla fine degli anni Settanta, rappresenta uno dei più noti tentativi di misurazione del prodotto dell'attività ospedaliera.

Tra i principali aspetti che hanno agevolato in Irlanda il processo di implementazione del sistema DRG, sono da ricordare:

1) la gradualità prevista per il processo di introduzione del sistema di finanziamento DRG, che è stato attuato secondo un preciso piano strategico ministeriale;

2) la presenza di un già testato e diffuso sistema informatico di raccolta dei dati a livello nazionale (Sistema HIPE);

3) la presenza di un diffuso consenso da parte della classe medica all'introduzione di questo sistema di valutazione del casemix, che nell'esperienza irlandese si è dimostrato uno strumento di sintesi semplice ed efficace, in grado di riassumere ed esprimere con completezza la casistica di un reparto ospedaliero. Esso è stato accolto sia come utile mezzo di classificazione e codifica dell'attività svolta, sia come un valido meccanismo di autovalutazione. In particolare il sistema DRG, evidenziando le implicazioni economiche delle decisioni cliniche ha richiesto alla classe medica una maggiore attenzione ai costi.

Dopo avere riconosciuto l'utilità di questo strumento di finanziamento, la tesi ne segnala anche i limiti e riporta le critiche che esso ha sollevato:

1) una prima serie di critiche riguarda la definizione dei diversi DRG. In particolare si rileva che le diverse categorie non risultano statisticamente ottimali e che non tutti i casi clinici trovano una classificazione appropriata. Inoltre evidenti limitazioni all'omogeneità economica all'interno dei DRG sono state rilevate nelle patologie croniche;

2) il sistema DRG può poi rischiare di ritardare il processo di diffusione di nuove tecnologie, poiché questo richiede ingenti investimenti;

3) si ritiene che sia fondato il pericolo di un abbassamento qualitativo delle prestazioni sanitarie erogate, nonché di una forte spinta alla specializzazione degli ospedali in quei gruppi diagnostico-terapeutici che comportano meno rischi e in quelli che consentono maggiori margini;

4) è stato infine evidenziato dal Ministero della Sanità Irlandese come la procedura abbia dato risultati notevolmente inferiori alle aspettative in merito al contenimento dei costi, per l'insorgenza di comportamenti perversi tendenti ad aggirare i vincoli.

Il lavoro conclude ricordando l'attuale dibattito sugli ambiti di applicazione del sistema DRG. Sebbene in Irlanda sia apprezzato principalmente come strumento di allocazione delle risorse finanziarie agli ospedali, molti sono coloro che ritengono abbia un potenziale campo di utilizzo assai più vasto. In particolare si sostiene che lo strumento DRG possa essere utilizzato soprattutto nell'area della verifica e revisione della qualità e come elemento a supporto dei sistemi di programmazione e controllo. È però auspicabile che i DRG non vengano adottati in maniera acritica senza verificarne la coerenza rispetto ai fini loro assegnati, per non creare distorsioni difficilmente gestibili sia a livello di singola azienda sia di sistema nel suo complesso.

**Costo dell'abbonamento per l'anno 1995: L. 215.000**

# MECOSAN

## CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato, l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere inoltre gli interessi di mora, nella misura del 2% (dueper cento) mensile, sul prezzo di abbonamento. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuare il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento dell'abbonamento, per essere considerato immediatamente liberatorio, dovrà essere effettuato con versamento sul:

c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** - Viale Parioli, 77 - 00197 Roma

Il prezzo di abbonamento per l'anno 1995 è fissato in:

**L. 215.000 per l'abbonamento ordinario**  
**L. 500.000 per l'abbonamento sostenitore**

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%  
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%  
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%  
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina di L. 60.000).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Le richieste di mutamento di indirizzo vanno accompagnate da L. 1.000 in francobolli.

---

**La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.**

---

## ANNATE ARRETRATE

**Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:**

**Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556) L. 200.000**  
**Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) L. 200.000**  
**Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) L. 200.000**

**Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di L. 510.000, anziché L. 600.000, e, nel caso siano richieste più copie, sarà praticato uno sconto particolare.**

Caro Abbonato,

dopo quattro anni di pubblicazioni, Mecosan desidera valutare se il formato e i contenuti della rivista rispondano sempre adeguatamente alle attese dei lettori. A questo scopo, abbiamo predisposto il questionario riportato di seguito, che La preghiamo di compilare, staccare, e rispedire via fax (02-89404523), oppure via posta, alla redazione di Mecosan (via Balilla, 16 - 20136 Milano). Le informazioni che Le chiediamo ci permetteranno di rispondere in modo sempre più efficace alle esigenze di chi studia e chi dirige il Servizio sanitario nazionale.

---

**Quali sezioni Le interessano maggiormente**

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

**Quali argomenti a suo giudizio Mecosan dovrebbe approfondire**

- 1)
- 2)
- 3)

**L'articolazione in sezioni è per lei:**

- funzionale alla lettura
- non funzionale alla lettura
- eventuali suggerimenti .....

**In che modo la Rivista riesce ad esserle utile nella professione**

- aggiornamento
- approfondimento
- informazioni

**Lei ritiene che il linguaggio di Mecosan sia:**

- adeguato all'impostazione della rivista
- troppo impegnativo
- altro .....

**Sesso:** maschio  femmina  **Età:** 20-30 anni   
30-40 anni   
40-50 anni   
50-60 anni   
60 e oltre

**Città di residenza**..... **Provincia** ( )

**Collocazione professionale:**

**Università**.....  borsista  
 ricercatore  
 professore associato/ordinario

**Ssn** (specificare posizioni).....  Usl  
 Regione  
 Ministero

**Struttura sanitaria privata** (specificare posizione).....

**Indipendente**.....  libero professionista  
 imprenditore

**Altro**.....

**Come è venuto a conoscenza della Rivista**

- sul lavoro
- in ambito universitario
- in biblioteca

**Giudica adeguata la periodicità (trimestrale) di Mecosan?**

- si
- no

**Da quanto tempo è abbonato a Mecosan**

- da un anno
- da due anni
- da tre anni

**Osservazioni e commenti**

.....  
.....  
.....