

Analisi dello scenario strategico per il governo della domanda

Logiche e strumenti possibili per le aziende USL

Francesco Longo, Emanuele Vendramini, CeRGAS-Bocconi

1. SSN e governo della domanda (1)

Il governo della domanda è un argomento che non ha occupato frequentemente la scena del dibattito sull'evoluzione del SSN, sulle sue dinamiche di funzionamento e sulle possibili logiche e strumenti manageriali adottabili dalle aziende. L'attenzione si è concentrata in passato sul governo del sistema attraverso la regolazione dell'accesso ai fattori produttivi (sistemi basati sui ripiani a piè di lista impongono agli istituti sovraordinati di programmare i fattori produttivi -in primis le dotazioni organiche- degli enti subordinati); mentre di recente il focus si è spostato sulle logiche e sui meccanismi interistituzionali di governo dell'offerta (soprattutto modelli di finanziamento). Del resto la massiccia diffusione di meccanismi di finanziamento tariffari nasce proprio dall'esigenza di guidare i sistemi a partire dal governo della dimensione dell'offerta. La diffusione dei meccanismi tariffari comporta sicuramente la necessità di accompagnarli con l'attivazione di sistemi di programmazione e controllo dei volumi delle aziende sanitarie, per frenare l'inevitabile spinta inflazionistica delle prestazioni in cui le convenienze economiche spingono i produttori ad aumentare la loro offerta. Gli strumenti di freno alla crescita quantitativa e di specializzazione dei produttori non riescono però ad essere completamente efficaci. Emerge pertanto l'opportunità o la necessità di indagare anche la possibilità di introdurre strumenti che possano portare al governo della domanda, a rafforzamento degli strumenti di governo dell'offerta, per arricchire il ventaglio delle leve per portare in equilibrio il sistema, senza volere con ciò prefigurare sistemi rigidamente programmati, privi dei necessari elementi competitivi.

Le logiche e gli strumenti di governo della domanda, come cercheremo di discutere, si sviluppano a due livelli logici:

- strumenti che regolano le dinamiche interaziendali (tra azienda ed azienda e tra azienda e holding regionale);
- strumenti tipicamente manageriali, attraverso i quali la direzione cerca di influenzare lo scenario organizzativo ed operativo dei propri professionisti, affinché questi ricevano i necessari stimoli a governare attivamente la domanda.

Il governo della domanda in un contesto a forte asimmetria informativa come il settore sanitario e socio-sanitario è un concetto estremamente delicato. Ricordiamo infatti come anche la formale libertà di scelta della struttura di cura in sanità rappresenta un concetto debole, in quanto l'utente è portato a indirizzarsi verso ambiti di cura segnalati dagli attori del sistema sanitario stesso. Ma se è vero che i professionisti sanitari sono in grado di influenzare la domanda fino al punto di indurre, con rilevanti gradi di libertà mix e volumi di prestazioni coerenti con le loro convenienze, allora gli strumenti di governo della domanda tendono a collapsare logicamente su quelli di governo delle convenienze dei professionisti, affinché questi indirizzino le scelte degli utenti nelle direzioni desiderate. Questo approccio però non si discosta di molto dal concetto di governo dell'offerta. Da un certo punto di vista si può infatti arrivare a sostenere che gli strumenti di governo della domanda, in contesti a rilevante asimmetria informativa, non esistono e che esistono soltanto gli strumenti di governo dell'offerta. La conclusione paradossale può essere superata se, pur assumendo il primato dei professionisti nel definire i mix ed i volumi di prestazioni indotte e consumate, si accetta l'utilità di suddividere gli strumenti di management, ovvero di relazione tra azienda e professionisti, in parte tra quelli maggiormente focalizzati sugli aspetti quali-quantitativi della produzione, in parte su quelli maggiormente orientati ad influenzare la domanda. Lo scopo di questa discussione è quello di approfondire l'analisi del possibile portafoglio di strumenti aziendali disponibili in sanità, rendendo più ricco e articolato il quadro delle potenzialità operative, per poter meglio governare un sistema, che alcune volte regala la triste sensazione di essere un meccanismo quasi strutturalmente ingovernabile. Del resto, proseguendo nel paradosso precedentemente citato, anche tutti gli strumenti di governo dell'offerta possono essere letti, in un settore dove la produzione induce il consumo, come strumenti stessi di governo della domanda.

Ciò che riteniamo rilevante è comunque proporre il problema del governo della domanda e discutere dei possibili strumenti manageriali che possono essere efficaci in questa direzione.

Lo stesso concetto di governo della domanda può essere scomposto in maniera più precisa ed analitica nei seguenti contenuti:

- a. eliminazione domanda impropria;
- b. educazione e prevenzione sanitaria;
- c. orientamento dell'utenza verso un determinato fornitore;
- d. orientamento dell'utenza verso un preciso ambito di cura (distretto, poliambulatorio, ospedale, ecc.);
- e. orientamento dell'utente lungo un percorso diagnostico-terapeutico (PDT) programmato.

Per effettuare la nostra riflessione sulle possibili logiche e strumenti di governo della domanda seguiremo i seguenti passaggi:

- analisi dei differenti sistemi sanitari regionali oggi presenti nel SSN;
- discussione sul differente ruolo del governo della domanda in ciascuno di essi;
- presentazione di un possibile portafoglio di strumenti manageriali;

- analisi della appropriatezza/efficacia teorica dei singoli strumenti nei differenti ruoli attribuiti al governo della domanda nei vari modelli regionali.

2. Analisi dei diversi modelli regionali nel SSN

La regionalizzazione voluta dal Dlgs. 502/92 concede alle regioni gradi di libertà così ampi da permettere a queste di disegnare come ritengono opportuno l'architettura del proprio sistema sanitario regionale. Esse possono scegliere tra diversi modelli teorici possibili, i quali contengono delle opzioni di fondo profondamente diverse tra loro. In particolare le regioni devono legiferare localmente i seguenti aspetti:

- il meccanismo di finanziamento regionale delle aziende sanitarie regionali (aziende USL, ospedali azienda, strutture private accreditate);
- l'assetto istituzionale (numero e dimensioni delle aziende pubbliche);
- l'assetto organizzativo ed i principali meccanismi operativi delle aziende.

Pur nell'importanza complessiva di tutti e tre gli aspetti delineati, la scelta del meccanismo di finanziamento è sicuramente quella che con maggior rilevanza caratterizza un assetto regionale dagli altri. L'insieme di queste decisioni può essere assunto in uno o più dei seguenti atti: legge regionale di individuazione e costituzione delle aziende (il cosiddetto "azzonamento"), legge regionale di riordino, legge di organizzazione delle aziende sanitarie, piano socio-sanitario regionale, legge o delibere di finanziamento. Quasi tutte le regioni italiane hanno compiuto l'intero iter legislativo, anche se la materia probabilmente porterà a frequenti "manutenzioni" legislative, che possono assumere anche carattere straordinario, soprattutto nei casi di cambio di maggioranze politiche.

Le diverse architetture istituzionali dei sistemi sanitari regionali presenti nel SSN possono essere schematizzate in 4 tipologie:

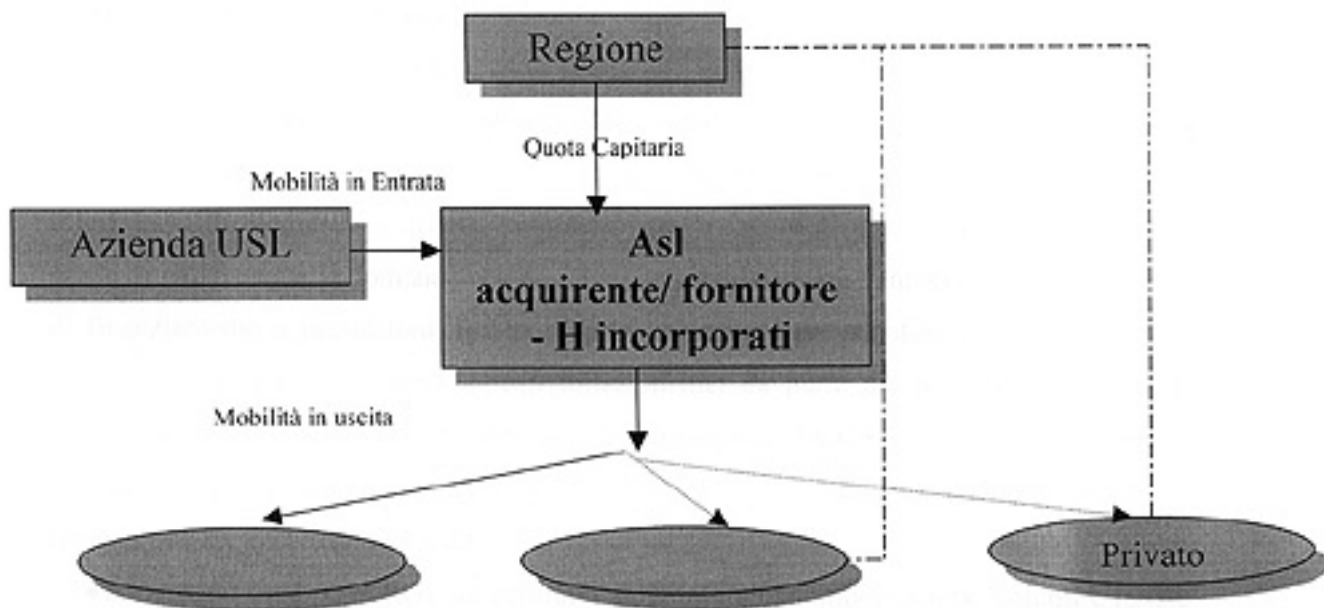
- a. Modello a centralità aziende USL: l'USL finanziata a quota capitolaria, mantiene il possesso diretto della maggior parte delle strutture d'offerta, in particolare degli ospedali, ma è responsabilizzata sul pagamento della mobilità sanitaria in uscita.
- b. Modello a centralità regionale: la regione finanzia tutte le strutture con meccanismi tariffari, definendo volumi finanziari per ogni azienda.
- c. Modello acquirente-produttore con libertà di scelta: le aziende USL sono finanziate a quota capitolaria, ma da esse sono incorporati tutti gli ospedali e le strutture specialistiche. Le USL devono pagare le prestazioni dei produttori esterni cercando di governare e indirizzare la domanda, la quale rimane formalmente libera.
- d. Modello conservatore o di transizione: le regioni continuano a pagare a piè di lista senza aver ancora definito il disegno del SSR.

In ognuno di questi modelli cambiano il ruolo e le relative convenienze economiche dell'azienda USL. Occorre pertanto analizzare i differenti scenari di riferimento per poter declinare le strategie di fondo delle USL. Tra queste emerge costantemente e con assoluta criticità il bisogno di governare la domanda, seppur con obiettivi diversi e potenziali strumenti d'azione difformi.

2. a Il modello a centralità azienda USL

In questo modello l'azienda USL gestisce direttamente la grande maggioranza dei servizi, compresi quelli ospedalieri che rimangono integrati nell'azienda USL. L'USL viene finanziata per quota capitolaria, pesata per la struttura d'età della popolazione ed eventualmente per altri indicatori epidemiologici. L'azienda USL ha l'onere di pagare, attingendo alla propria quota capitolaria, la mobilità sanitaria in uscita dei propri residenti, vale a dire paga le prestazioni rese da altri produttori ai propri cittadini. I possibili fornitori esterni sono: altre aziende USL, ospedali azienda, strutture private accreditate, strutture socio-sanitarie (es. RSA, comunità per tossicodipendenti o minori). L'azienda USL ha quindi la doppia funzione di erogatore diretto di prestazioni e di acquirente di prestazioni. Il ruolo dell'azienda USL diventa quindi assolutamente centrale nel sistema (da qui il nome attribuito al modello), mentre il ruolo della regione è più modesto e di arbitro complessivo del sistema. (Fig.1)

Fig. 1 Modello a centralità USL



La struttura dei costi in sanità (prevalentemente fissi nel breve-medio periodo) rende particolarmente oneroso per l'Azienda USL pagare la mobilità sanitaria in uscita, avendo capacità produttiva ancora disponibile. Infatti le tariffe che si pagano esternamente sono vicine al costo pieno delle prestazioni, mentre internamente si debbono sostenere solo i costi variabili, che, in un settore a rilevanti costi fissi come la sanità, possono rappresentare anche solo il 10-20% dei costi pieni, registrando quindi dei differenziali di costo notevolissimi tra produzione interna ed export sanitario.

L'azienda USL di questo modello tenderà all'autosufficienza per tutte le specialità di cui è dotata, cercando di governare la domanda affinché questa non privilegi strutture esterne. L'USL infatti non ha alcuna convenienza ad incrementare artificialmente l'attività (ad esempio ad aumentare il valore dei DRG ospedalieri prodotti) non essendo finanziata per prestazioni. Al contrario la sua convenienza è quella di limitare la produzione (per contenere i costi) fino al limite in cui questa moderazione produttiva non induca un aumento della fuga sanitaria: in altri termini l'azienda deve cercare di erogare solo prestazioni assolutamente congrue rispetto ai bisogni (o al massimo indurre mobilità in entrata).

La coerenza interna al modello suggerisce che le dimensioni delle aziende USL siano tali da garantire loro un buon livello di autosufficienza e quindi la potenzialità di governare la domanda con le proprie strutture d'offerta: lo scorporo di ospedali deve essere quindi limitato solo a quelli di alta specialità, misurabile in maniera significativa dal bacino di utenza, che deve essere sovrazonale per una percentuale significativa di utenti (ad esempio più del 50% devono essere fuori USL).

In altri termini questo può essere un modello definito a governo della domanda attraverso l'uso delle strutture d'offerta di un soggetto erogatore che ha anche l'onere di fungere come terzo pagante per i propri iscritti.

Va sottolineato come in questo assetto, a regime, le relazioni fondamentali ed il controllo degli erogatori privati accreditati vengano svolti fondamentalmente dall'azienda USL, nella sua seconda funzione di acquirente di prestazioni.

2. b Modello a centralità regionale

In questo modello la regione cerca di mantenere in mano saldamente le redini del gioco, pertanto finanzia tutti i produttori (aziende USL, ospedali azienda, privato accreditato) con il meccanismo tariffa per prestazioni. Trovandoci però in un settore a rilevanti asimmetrie informative tra domanda e offerta, completamente a favore di quest'ultima, l'offerta è in grado di indurre tutta la domanda che desidera, cercando di trarre vantaggio dal meccanismo di finanziamento a prestazioni. Infatti proprio la struttura prevalentemente fissa dei costi favorisce l'adozione di comportamenti inflazionistici da parte dei produttori, essendo il costo marginale delle ultime prestazioni in media significativamente inferiore alla tariffa. Per sterilizzare la naturale tendenza a comportamenti espansionistici delle prestazioni la regione può scegliere tra tre strade:

- imporre ad ogni produttore un contratto di fornitura che imponga mix, volumi e tariffe per le prestazioni;
- imporre ad ogni produttore un tetto di finanziamento massimo, lasciando successivamente ad uno studiato gioco tariffario il determinarsi di mix di prestazioni che la regione giudica virtuoso;

- imporre al cartello dei produttori un tetto di finanziamento massimo, lasciando alla loro capacità di concertazione la suddivisione delle quote, utilizzando però lo stesso uno studiato gioco tariffario per ottenere mix di prestazioni desiderati.

In altri termini nella prima soluzione la holding negozia puntualmente con ogni produttore il mix e i volumi di prestazioni attesi: in questo caso la programmazione regionale cerca di esplicitare ex ante ciò che giudica debba essere erogato da ogni singola azienda per soddisfare le esigenze collettive mantenendo in equilibrio il sistema regionale. Nella seconda soluzione, invece, una volta determinato il tetto complessivo per produttore, la regione cercherà di influenzare i mix di produzione, che naturalmente cercheranno di spostarsi sulle prestazioni con le tariffe ritenute più remunerative, manovrando sapientemente il tariffario regionale (e gli eventuali abbattimenti delle tariffe al crescere dei volumi) nel tentativo di rendere finanziariamente attraenti le prestazioni giudicate proprie e viceversa. La terza soluzione invece spinge l'insieme dei produttori a fare "cartello" e a suddividersi al loro interno le quote di finanziamento e le correlate percentuali di mercato. (Fig.2)

Fig.2 Modello a centralità regionale



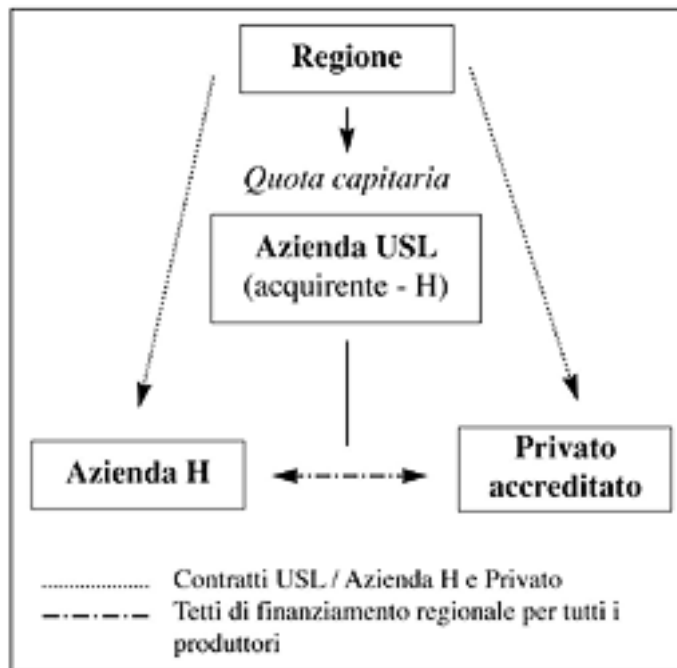
In questo modello in cui tutte le aziende sono dei semplici produttori e la regione costituisce l'unico grande acquirente del sistema, la dimensione delle USL è abbastanza indifferente in quanto non vi sono particolari esigenze di autosufficienza sanitaria, come nel caso precedente, così come è possibile ipotizzare lo scorporo di un numero significativo di ospedali dalle USL, in quanto questo è un assetto basato sull'autocontrollo dell'offerta (grazie ai contratti o ai tetti) e non basato sull'uso delle strutture d'offerta per il controllo della domanda come nel modello precedente. Risulta evidente in questo modello il ruolo assolutamente centrale che si attribuisce la regione, dovendo essa definire le produzioni ottimali per ogni produttore e cercando di imporla nella negoziazione con ogni singola azienda. In coerenza a questa impostazione la regione mantiene anche a regime il controllo diretto dei rapporti con i fornitori privati accreditati.

2. c Modello di separazione tra acquirenti e fornitori

Ispirandosi al modello inglese di separazione tra acquirenti e fornitori, una importante regione ha costruito un assetto istituzionale che scorpora dalle aziende USL tutte le funzioni di produzione ospedaliera o specialistica, lasciandovi quindi le sole funzioni di igiene pubblica e veterinaria, di medicina di base e quelle socio-sanitarie (cioè gli eventuali servizi socio-assistenziali delegati dai comuni, le strutture di ricovero non ospedaliere, ecc.). In questo caso l'azienda USL è finanziata a quota capitaria e deve pagare le prestazioni effettuate per i propri residenti dalle aziende di produzione pubbliche e private. Nell'assetto istituzionale inglese il soggetto acquirente ha l'onere formale di sottoscrivere contratti di fornitura con i produttori (determinando mix, volumi e tariffe), mentre la domanda non è libera di rivolgersi ai fornitori di fiducia, dovendosi indirizzare presso i produttori contrattati dall'azienda USL di residenza. Nel caso italiano invece l'azienda USL non ha alcun potere formale di imporre contratti d'acquisto, così come la domanda è libera di rivolgersi presso le strutture sanitarie che preferisce. Risulta quindi decisivo per l'azienda USL sviluppare logiche negoziali che facciano risultare conveniente ai produttori la sottoscrizione di contratti (ad esempio garantendo loro quote interessanti di mercato) per riuscire ad assolvere la funzione di acquisto. Sul lato del governo della domanda, non avendo alcun potere formale di interdizione, l'azienda USL deve attivare tutti gli strumenti impliciti di indirizzo della domanda, come il budget dei MMG, il budget di distretto, la definizione di percorsi diagnostico-

terapeutici, l'utilizzo degli stessi contratti con i fornitori. In questo caso siamo di fronte a un modello basato sulla separazione tra acquirenti e fornitori e sulla libertà di scelta, che impone all'USL di attivare tutti i possibili strumenti di governo implicito della domanda. (Fig.3)

Fig 3 Modello di separazione acquirente fornitore



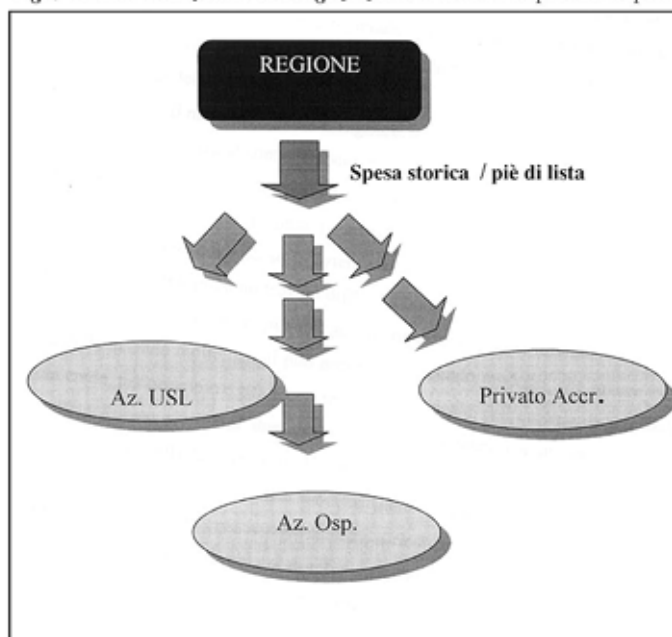
La coerenza del modello imporrebbe nella definizione dell'assetto istituzionale delle aziende di produzione, dopo lo scorporo degli ospedali e della specialistica dalle aziende USL, la costituzione di una pluralità di produttori, per favorire lo sviluppo di scenari competitivi; il modello è abbastanza indifferente alle dimensioni degli acquirenti, che se da un lato non debbono essere troppo piccoli affinché abbiano sufficiente potere negoziale nei confronti dei produttori, dall'altro non hanno nessun motivo per essere molto grandi.

A regime in questo modello il ruolo della regione dovrebbe essere abbastanza modesto, di arbitro del sistema, come nel I° modello, mentre l'acquirente USL dovrebbe relazionarsi anche con il privato accreditato.

2. d *Modello conservatore o di transizione*

Questo assetto caratterizza quelle regioni che dopo aver istituito le aziende USL e quelle ospedaliere non sono state in grado di modificare il modello di finanziamento, di solito per la mancanza dei necessari strumenti di supporto gestionale. In altri termini procedono ancora con il finanziamento in base alla spesa storica, che ex post si trasforma in un ripiano a piè di lista. In molti di questi casi non è ancora neppure possibile intravedere verso quale dei tre modelli precedenti si tende ad indirizzarsi, essendo i documenti formali in contrasto con i comportamenti reali. In queste situazioni la regione mantiene un assoluto ruolo di primo piano, anche nei confronti del privato accreditato, benchè mostri debolissime capacità di governo del sistema, o non facendo leva sui meccanismi economico-finanziari e sulle convenienze da essi derivati.

Fig.4 Modello tradizionale con negoziazione ex ante ed ex post della spesa



2. e Le caratteristiche dei modelli regionali

In uno sguardo d'insieme le caratteristiche dei tre modelli (trascorrendo l'ultimo, che costituisce un'assenza di idea di sistema regionale) sono profondamente diverse tra loro. Il primo e il terzo si basano prevalentemente sul governo della domanda, il secondo sul governo dell'offerta. Il primo modello utilizza le strutture d'offerta per governare la domanda, il terzo invece strumenti impliciti di indirizzo dei cittadini. Il primo ed il terzo attribuiscono un ruolo maggiore alle aziende, il secondo alla regione. I tre modelli, partendo dal primo ed arrivando al terzo, presentano livelli di integrazione tra ospedale e territorio decrescenti. Il primo modello invoca aziende USL di ampie dimensioni, mentre il secondo ed il terzo sono abbastanza indifferenti alle dimensioni della azienda USL. Le coerenze di sistema invocano nel primo modello un contenimento degli ospedali scorporati, mentre il terzo li scorpora tutti necessitando di un numero ampio di ospedali azienda per favorire la competizione, così come il secondo modello è abbastanza indifferente al numero degli ospedali azienda. Sicuramente il primo ed il terzo modello impongono che i dirigenti più capaci del sistema regionale vengano spostati in capo alle aziende, mentre il secondo modello, a centralismo regionale, richiede in servizio presso la holding i migliori professionisti del sistema.

Non esiste il modello regionale migliore, ma ciò che vanno ricercate sono le coerenze interne nei sistemi e la coerenza al contesto socio-economico locale. Così come può risultare incoerente il modello a centralismo regionale qualora non sappia associare al meccanismo tariffario per i produttori efficaci tetti di spesa o contratti aziendali, così possono risultare contraddittori il primo ed il terzo modello se le aziende non sono in grado di governare la domanda. Forse le regioni più grandi hanno difficoltà maggiori ad applicare il modello a centralismo regionale, che può risultare più efficace in contesti geografici limitati. Chi ha delle aziende molto deboli può preferire il secondo modello, che invece è osteggiato da chi crede, per principio o per dimostrata capacità locale, nell'autonomia aziendale.

Sicuramente gli ultimi due modelli hanno la tendenza a incoraggiare comportamenti inflazionistici sul lato della produzione sanitaria, incoraggiando maggiormente la ricerca dell'efficienza, mentre il primo modello tende a limitare l'aumento di produzione e a sottolineare maggiormente la convenienza a ricercare l'efficacia. Sicuramente la maggior parte dei sistemi ha sia problemi di efficienza che di efficacia: solo una valutazione politica può indicare dove risiede l'aspetto più critico e quindi in che direzione occorre muoversi. Va invece ridimensionata l'affermazione che il primo modello introduca pochi elementi di competizione se paragonato con gli altri due. Infatti anche in presenza di USL di ampie dimensioni il fenomeno della mobilità sanitaria infra-regionale ma inter-aziendale è così ampio da influenzare sempre percentuali significative dei bilanci aziendali (almeno il 20-30%), introducendo quindi rilevanti elementi di competitività.

Il primo ed il terzo modello a regime tendono a mettere in capo all'azienda USL la regolazione dei rapporti con il privato accreditato, mentre il secondo modello prefigura costantemente un governo regionale delle strutture accreditate. Per molte regioni questo rapporto con i produttori privato è un aspetto centrale ed estremamente critico a causa della percentuale elevata di incidenza delle strutture accreditate sul totale della spesa regionale e quindi va valutato con grande attenzione quale possa risultare la migliore controparte per questi produttori privati: la regione o le aziende USL. Il primo ed il terzo modello sottolineano, almeno dal punto di vista teorico, una maggiore rilevanza attribuibile al governo della domanda, anche rincorrendo la collaborazione fra ospedale e territorio: nel primo caso ciò dovrebbe

avvenire attraverso accordi infra-aziendali di carattere organizzativo, nel terzo caso ciò è perseguibile solo con accordi interaziendali.

2. f L'analisi dello stadio attuativo dei modelli

La messa a regime di uno dei tre modelli proposti richiede un orizzonte temporale rispetto ai contesti regionali italiani che oscilla tra i 4 e i 7 anni. A metà del 1998 le tendenze in atto sono le seguenti:

- le grandi regioni del centro-nord (Veneto, Emilia, Piemonte, Toscana) hanno espresso una preferenza per il modello basato sul centralismo dell'azienda USL;
- la Regione Lombardia ha optato per l'assetto che separa produttori da acquirenti;
- il legislatore nazionale ha espresso nelle leggi finanziarie per gli anni '95 e '96 una significativa preferenza per il modello a centralismo regionale, non disponendo però di un reale potere decisionale che è ormai saldamente nelle mani delle regioni, come dimostra la loro adozione dei modelli alternativi;
- alcune piccole regioni con poche aziende stanno cercando di applicare il modello a centralismo regionale;
- le regioni del centro-sud (Lazio, Sicilia, Sardegna, Campania, Puglia) si trovano sostanzialmente nel modello conservazione-transizione, finanziando ancora ex ante in base alla spesa storica ed ex post ripianando a piè di lista fino a dove possono.

Ciò che è interessante osservare è come nella fase iniziale di transizione sia le regioni che hanno adottato il primo modello, sia la Regione Lombardia che ha optato per lo scorporo di tutti gli ospedali, mantengano comunque uno stretto controllo degli ospedali azienda e del privato accreditato cercando di definire rigidi tetti di spesa per ogni produttore, sostanzialmente non fidandosi della capacità delle aziende USL di governare la domanda e di fare contratti di fornitura con i produttori. In questa fase si delinea una sorta di modello misto: l'azienda USL è finanziata a quota capitaria e paga la mobilità in uscita, ma è supportata dalla regione nel tentativo di opporsi alle tendenze inflazionistiche dei produttori ospedalieri. Questo modello misto può consolidarsi ed andare a regime in questo modo, oppure può rappresentare una fase di passaggio il cui esito sostanziale può essere rappresentato dal modello a governo della domanda (nella versione 1 o 3) oppure il progressivo consolidarsi del modello a centralismo regionale.

In molte regioni, singole aziende USL si trovano in uno scenario particolare, che risulta eccezionale rispetto agli altri contesti locali della regione: il modello generale adottato (ad esempio USL senza scorporo di ospedali) trova della varianti locali dettate da specifiche caratteristiche della rete d'offerta (ad esempio scorporo di un grande presidio di riferimento sovrazonale). Questo vale soprattutto per le grandi aree metropolitane dove è collocata la maggior parte delle aziende ospedaliere istituite con la riforma. Questo significa, che a prescindere dal modello regionale, vi sono molte aziende USL, soprattutto metropolitane, che di fatto si trovano nel terzo modello, perché hanno subito lo scorporo di tutti o dei principali presidi ospedalieri (oltre a Milano ad esempio Bologna, Firenze, Trieste, Ancona, Pesaro, ecc.): ciò è dovuto al fatto che in media nazionale oltre il 40% della rete ospedaliera è stata scorporata dalle aziende USL.

A questo punto cercheremo di discutere, alla luce delle differenti convenienze strategiche dell'azienda USL, quale dovrebbe essere il ruolo del governo della domanda in ognuno dei 4 modelli, per interrogarci successivamente sui possibili strumenti attuativi per declinare operativamente questo ruolo.

3. Quale ruolo sistemico del governo della domanda nei diversi modelli regionali

Nei diversi modelli regionali il governo della domanda è differente, in coerenza alla dinamica complessiva dei singoli sistemi. Le divergenze di ruolo si accompagnano anche alle differenze di leve strategiche di cui le aziende sanitarie dispongono nei modelli, le quali devono successivamente essere declinate in concreti strumenti operativi.

Nel modello a "centralità USL" quest'ultima è chiamata, almeno nell'assetto a regime, ad essere la responsabile unica del governo della domanda, dovendo frenare con le proprie strutture e con le leve manageriali che è capace di attivare la naturale emorragia verso gli ospedali azienda ed i privati accreditati esterni. L'efficacia dell'USL a governare la domanda determina anche il livello di risorse finanziarie (e quindi reali) che rimangono sotto il suo controllo diretto, protette dal pericolo di defluire sotto forma di pagamenti per la mobilità in uscita. Questa minaccia ed opportunità competitiva rappresenta per il vertice aziendale sicuramente una significativa leva con cui motivare i propri professionisti, i cui fattori produttivi disponibili (da cui discende parte del loro livello di specializzazione e quindi di prestigio professionale) dipendono in modo significativo dalla quota di mercato (traducibile in percentuale della quota capitaria) che rimane direttamente all'interno dell'USL. La debolezza strutturale delle USL a governare la domanda contrapposta invece alla vivace dinamicità con cui gli ospedali azienda ed il privato accreditato riescono ad indurre consumi sanitari, spiega la tendenza delle regioni ad intervenire a supporto delle USL, imponendo tetti massimi di produzione agli ospedali scorporati e ai privati, per un periodo congruo affinché l'azienda territoriale riesca ad implementare strumenti di governo dell'export sanitario. L'esperienza della Regione Emilia Romagna dimostra come, al rafforzarsi dell'autonomia e delle capacità gestionali dell'USL, quest'ultima subentri progressivamente alla Regione nella negoziazione e nel controllo dei produttori pubblici e non.

Il modello a "centralità regionale" è invece quello che ripone minor enfasi sul problema del governo della domanda. Tale assetto presenta un focus che è assolutamente spostato sul governo dell'offerta, al punto che la sua autolimitazione, frutto di tetti finanziari o vincoli contrattuali, deve cercare di portare in equilibrio il sistema.

Il modello "separazione acquirente-fornitore", al contrario, ripone nel governo della domanda, assieme alla negoziazione dei contratti, il cardine della propria razionalità sistemica. Infatti il potere di negoziare contratti e di farli rispettare, trasformando l'USL in acquirente, evitando che si limiti al ruolo di semplice "pagatore", dipende proprio dalla capacità dell'azienda territoriale di attivare strumenti capaci di controllare la domanda. In questo caso possiamo prefigurare dei veri e propri circoli viziosi e virtuosi: se l'USL riesce ad attivare processi di governo della domanda, rafforza la sua credibilità negoziale e, probabilmente, riesce a svolgere attivamente il proprio ruolo di acquirente e

quindi di programmatore sanitario; come del resto gli stessi produttori tenderanno a rispettare i limiti contrattuali, temendo il pericolo di perdere il “cliente USL” capace di controllare la domanda. Viceversa, l’eventuale debolezza dell’azienda USL nel presidio della domanda indebolirebbe l’interesse dei fornitori a sottoscrivere contratti, adottando comportamenti espansivi ed inflattivi, che renderebbero ancora più difficile il governo della domanda stessa. La rilevanza e delicatezza della questione è stata colta con grande preoccupazione dal legislatore della Regione Lombardia, il quale, per rafforzare la possibilità di governo della domanda dell’Azienda USL, ha introdotto nella riforma due significativi strumenti. Da un lato il medico di medicina generale (MMG) è diventato prescrittore unico ed obbligatorio del sistema. Questo significa che ogni consumo che ricade in conto USL deve essere stato prescritto dal medico di base, lasciando prefigurare la convenienza per le aziende a determinare precisi tetti di spesa/prestazioni inducibili da ogni medico o gruppi di essi. Dall’altro lato la Regione Lombardia ha abbandonato i tetti per produttori, adottando i tetti massimi di consumi previsitati per residenti di USL, a prescindere dall’azienda di erogazione. Il ruolo dell’USL, che per circa l’80% del proprio bilancio compra prestazioni, vorrebbe essere completamente spostato a favore del ruolo di programmazione/acquisto sanitario e di governo della domanda, affinché questa possa essere indirizzata nel rispetto dei mix, dei volumi e dei fornitori contrattati.

4. Un possibile portafoglio di strumenti manageriali per il governo della domanda

Le logiche e gli strumenti per il governo della domanda disponibili per le azienda USL sono i seguenti:

a. definizione di budget di consumo di prestazioni per i residenti di un distretto

Questo strumento prevede che si definiscano dei “pacchetti di prestazioni” erogabili / consumabili da ciascun distretto.

Tali pacchetti si possono riferire sia alla farmaceutica, che alla specialistica, che di ricorso a prestazioni in regime di ricovero.

Secondo questa logica denominata Budget di Distretto, quest’ultimo viene responsabilizzato sulla domanda di prestazioni sanitarie complessiva della popolazione di riferimento.

Uno dei punti chiave di questo strumento risulta essere quale ruolo debba ricoprire il Distretto all’interno del processo, in particolare è possibile ipotizzare tre scenari:

a1. Distretto come centro di responsabilità (CdR) di II° livello sovraordinato ai CdR di I° (medicina scolastica, minori, dipendenze, ecc). In questo caso al Distretto verrà chiesto di attivare al proprio interno tutta una serie di cicli di programmazione e controllo con i CdR di I° livello;

a2. Distretto come CdR di I° livello;

a3. Distretto come Centro di Negoziazione (CdN). In questo caso i Distretti assumono il ruolo di “Ambasciatori” dei CdR nei confronti della Direzione Generale. Quest’ultima continua a rapportarsi con i CdR, avendo di fatto un budget costituito per CdR ma con un processo negoziale di CdN.

b. attribuzione di budget di spesa o prestazioni indotta per gruppi di MMG

Questo strumento intende attivare un processo di programmazione e controllo con i MMG sulla loro attività prescrittiva (farmaceutica, specialistica, ricoveri).

Dal punto di vista organizzativo possono essere seguiti tre differenti approcci:

- definire un sistema operativo per singoli MMG;
- definire un sistema su gruppi di MMG;
- operare sia sui singoli che sui gruppi.

La definizione di obiettivi di gruppo favorisce da un lato la “cultura dell’associazionismo” medico ma dall’altro pone tutta una serie di difficoltà organizzative e gestionali (debole legame tra i MMG ad esempio).

Allo stesso modo la costruzione del sistema premiante oltre a dipendere dal modello organizzativo adottato per i MMG è legata al sistema di obiettivi negoziati.

In particolare anche per il sistema degli incentivi è possibile identificare 3 architetture di sistema:

- incentivi per i singoli;
- incentivi di gruppo;
- incentivi in percentuale al gruppo ed in percentuale al singolo.

c. programmazione e controllo delle prestazioni, individuando mix e volumi appropriati tali da attrarre e indirizzare la domanda

Il controllo dell’offerta rappresenta uno strumento per cui l’Azienda USL rivede profondamente l’attività svolta dai propri centri di offerta (presidi ospedalieri e mondo territoriale).

All’interno di questo processo l’accento viene posto ad esempio sulla tipologia ed il “peso” delle prestazioni che vengono erogate in Ospedale, responsabile nel momento dell’acuzie.

La logica in analisi si interroga sulla appropriatezza del luogo di erogazione delle prestazioni all’interno di un processo che esplicitamente mira a trasferire tutta una serie di prestazioni dall’ospedale al territorio.

Contemporaneamente al trasferimento di prestazioni impropriamente trattate in ospedale questo approccio si interroga sulle modalità di risposta che possono essere fornite dal territorio (attivazione di tutta una serie di servizi tra cui home care, assistenza domiciliare integrata, ecc).

d. reingegnerizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici in un’ottica integrata, che accompagnino l’utente lungo tutto il suo processo di cura

Le riflessioni sul processo di ridefinizione dei percorsi diagnostico - terapeutici e clinico assistenziali sono strettamente correlate con lo strumento analizzato precedentemente.

La costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) impone non solo una definizione del ruolo che i tre principali attori dell'ASL devono ricoprire ma anche il ripensamento del processo di cura del paziente all'interno di una logica di Disease Management.

e. costruzione di meccanismi di accesso, prenotazione, logistici, che orientino il cittadino

La costruzione di meccanismi di accesso al fine di orientare il cittadino presuppone un completo coinvolgimento del MMG ad esempio per la definizione di un sistema di prenotazione delle prestazioni specialistiche e diagnostiche direttamente dal suo ambulatorio (indirizzando l'utenza al momento della prescrizione).

È altresì ipotizzabile non solo la prenotazione ma anche l'erogazione di prestazioni specialistiche direttamente nell'ambulatorio/poliambulatorio del MMG, all'interno, ad esempio, di un modello organizzativo che prevede la presenza dei MMG nelle strutture Distrettuali al fianco degli specialisti (dipendenti e non).

f. negoziazione di contratti interaziendali, anche per PDT, volumi, mix e tariffe

Quest'ultimo strumento prevede che l'Azienda USL discrimini tra quanto possa essere erogato dalle proprie strutture e quanto possa essere acquistato da aziende esterne.

In questo senso non solo dovranno essere definiti contratti che disciplinino il volume, il mix delle prestazioni ed il loro prezzo ma anche, sulla base del processo di reingegnerizzazione interno all'azienda, si renderà necessario una definizione di PDT e PCA, o comunque programmi di integrazione interaziendali, che garantiscano al cittadino la continuità delle cure (ad esempio programma di dimissioni protette dell'Azienda Ospedaliera e complementare attivazione di Unità di Valutazione Distrettuale e/o Centro di Coordinamento dell'Assistenza Primaria nell'azienda USL con modalità di raccordo tra i due programmi).

Ciascuna di queste logiche di fondo può oggi essere presentata e discussa anche alla luce delle prime esperienze delle aziende del SSN.

5. Analisi della appropriatezza/efficacia teorica dei singoli strumenti nei differenti modelli regionali

Una corretta tensione attuativa impone la riflessione a valutare quali strumenti di governo della domanda privilegiare, non essendo probabilmente utile introdurli tutti contemporaneamente, perchè in parte rindondanti o sovrapposti e perchè la gestione dei processi di implementazione richiede di indicare le priorità e gli sviluppi successivi. Risulta pertanto importante, da un punto di vista aziendale, analizzare e decidere quali strumenti di governo della domanda privilegiare cronologicamente o introdurre in maniera esclusiva.

Considerando che le logiche di sistema divergono nei diversi modelli regionali e con esse il ruolo del governo della domanda, tra i molti strumenti proposti ogni sistema, teoricamente, prefigura una maggior efficacia/appropriatezza per alcuni strumenti aziendali di governo della domanda piuttosto che per altri.

La tabella 1 mostra in un primo quadro sinottico d'insieme quali strumenti potrebbero palesare una maggiore coerenza nei diversi assetti regionali.

a. + b. Il budget di domanda del distretto e dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta (MMG/PLS) è fondamentale nell'assetto regionale che separa acquirente da fornitore, perchè, prevedendo il SSN la libertà di scelta del fornitore, le possibilità di ottenere il rispetto dei contratti da parte dei fornitori risiedono, almeno in parte, nella capacità dell'azienda USL di controllare la spesa indotta da parte dei MMG e del distretto. La stessa fisiologia del modello impone infatti che il ruolo dell'USL si focalizzi sull'acquisto e sullo sforzo di orientare l'utenza all'interno del mix, dei volumi e del fornitore contrattato. Lo stesso impianto organizzativo delle aziende USL in questo modello potrebbe articolarsi proprio lungo tre grandi direttrici: acquisto, governo della domanda, produzione (le prime riclassificazioni di bilancio di alcune aziende USL lombarde - effettuate nel corso di una ricerca CeRGAS, 1998 - mostrano infatti una rispettiva incidenza delle tre voci in percentuale sul bilancio del: 62 % acquisti; 20 % governo della domanda, MMG e farmaci; 18% produzione igiene pubblica, servizi socio-sanitari).

c. Gli strumenti del budget di consumi per i residenti di distretto e per gli iscritti dei MMG/PLS ha una forte valenza anche nel modello a "centralità USL", anche se questo si deve raccordare logicamente con la programmazione interna dell'offerta, la quale è strumentale anche al governo della domanda. In questo assetto i tre strumenti dovrebbero essere coordinati tra loro: ai volumi prodotti internamente, dovrebbero infatti corrispondere riduzioni dei consumi nell'export esterno. In questo caso i tre strumenti (budget consumi distretti e MMG e programmazione attività) possono in parte risultare anche ridondanti tra loro, potendone attivare solo uno o due, a secondo dei concreti sistemi operativi disponibili, rappresentando comunque gli strumenti esclusi complemento logico dei prescelti. In altri termini se l'azienda USL riesce a introdurre strumenti di programmazione e controllo incisivi rispetto all'ottenimento di volumi e di mix di produzione capaci di influenzare l'export sanitario, essa non necessita di sviluppare ulteriori strumenti di management per governare la mobilità sanitaria in uscita. Viceversa, se l'azienda USL riesce a sviluppare strumenti di gestione capaci di incidere significativamente sui consumi sanitari esterni indotti dai distretti o dai MMG/PLS, perchè evidentemente influenzano i loro atteggiamenti produttivi, può risultare superfluo cercare di governare anche le loro prestazioni. D'altra parte è possibile sviluppare sistemi ed indicatori di programmazione e controllo che siano in parte di produzione in parte di consumi indotti da parte di centri di responsabilità territoriali (distretti o MMG/PLS).

Strumenti di programmazione e controllo delle attività e delle prestazioni socio-sanitarie sono invece molto meno efficaci nel modello che separa acquirenti da fornitori, essendo l'azienda USL sprovvista di una rilevante capacità produttiva, capace di modificare sostanzialmente il comportamento degli utenti. Questa è infatti limitata ai soli servizi di prevenzione (sanità pubblica e veterinaria) e al comparto socio-sanitario.

Tab. 1 Coerenza fra strumenti di governo della domanda e modelli regionali

MODELLO REGIONALE STRUMENTO AZIENDALE	Centralità USL	Centralità Regione	Separazione Acquirente- Fornitore
a. Budget di distretto	++	-	+++
b. Budget per medici di medicina generale e pediatri di libera scelta	++	-	+++
c. Programmazione offerta	+++	-	+
d. Reingegnerizzazione Percorsi diagnostico-terapeutici	+++	-	+ interno ++ nei contratti
e. Percorsi accesso	+++	-	-
f. Contratti interaziendali	+	-	+++
Legenda:			
- non utile			
+ debolmente efficace			
++ efficace			
+++ molto efficace			

d. Strumenti di riprogettazione dei percorsi e dei processi, quali la reingegnerizzazione dei processi e la costruzione di percorsi diagnostico terapeutici, sono, almeno teoricamente, estremamente utili nel modello a “centralità USL”, essendo questa chiamata a governare la domanda con le proprie strutture di offerta. La definizione di un binario assistenziale lungo il quale un case manager accompagna l’utente, determina la certezza che questi non abbandoni il circuito assistenziale interno all’azienda USL. La costruzione di PDT, codificati e condivisi, può garantire infatti all’azienda USL, dotata dei presidi ospedalieri zionali e delle relative strutture specialistiche, non solo di intercettare la domanda, ma anche di indirizzarla verso l’ambito di cura che essa ritiene più congruo (avendone definito l’ottimalità dal punto di vista della massimizzazione del rapporto beneficio-costi rispetto l’intensità della patologia), utilizzando un mix di prestazioni e di professionisti valutato appropriato.

Viceversa, l’utilizzo delle tecniche di reingegnerizzazione di processo o di costruzione di PDT condivisi, appare debolmente efficace per l’azienda USL nel modello in cui ad essa sono state scorporate tutte le strutture specialistiche, in primis quelle ospedaliere. Infatti, non essendo dotata di una significativa capacità di offerta, non si presenta l’opportunità di controllare la domanda attraverso la costruzione di codificati percorsi assistenziali interni, salvo per i pochi servizi che le sono rimasti. Appare invece potenzialmente efficace l’opportunità di costruire relazioni contrattuali aventi per oggetto convenzionale l’acquisto per PDT. Questo significa che l’acquirente ed il produttore non negoziano solo mix, volumi e tariffe, ma anche percorsi assistenziali. Questi potrebbero servire ad almeno tre scopi:

1. favorire l’integrazione tra i servizi dell’azienda ospedaliera e quella territoriale per le prestazioni pre e post ricovero, codificando il percorso e le procedure di coordinamento clinico proprio nel PDT, magari correlato ad una coerente suddivisione degli oneri finanziari;
2. incoraggiare comportamenti orientati all’appropriatezza e all’evidence based practice, codificati proprio all’interno dei parametri di inclusione ed esclusione dei pazienti, previsti nei criteri di reclutamento dei pazienti nei PDT condivisi;
3. sostenere il reciproco rispetto del contratto di fornitura-acquisto, inviando gli utenti presso il fornitore contrattato, anche sfruttando il binario del PDT lungo il quale si accompagna gli utenti.

In sintesi, per l’USL inserita nel modello di “separazione tra acquirente e fornitore”, così come per l’USL metropolitana da cui sono stati scorporati i principali ospedali, lo strumento della costruzione di PDT non risulta particolarmente utile per valorizzare la capacità di offerta interna, mentre invece può risultare estremamente efficace per rafforzare la negoziazione della tipologia delle prestazioni, della relativa appropriatezza e dei percorsi di integrazione ospedale-territorio, nella formulazione dei contratti, che potrebbero avere come base tariffaria dei PDT e non più semplici ricoveri o prestazioni.

e. Valutazioni simili possono essere espresse riguardo l’utilizzo di logiche relative ai sistemi di prenotazione ed accesso alle prestazioni orientate al governo della domanda. Queste sono potenzialmente molto utili per l’USL inserita nel I modello (“centralità USL”), in quanto possono risultare efficaci per intercettare e fidelizzare la domanda, la quale è orientata nella tipologia di prestazioni e nell’ambito di erogazione proprio dal canale di eccesso. Viceversa questi strumenti hanno una debole rilevanza per le USL del modello regionale di “separazione tra acquirente e fornitore”, in quanto i servizi disponibili interni sono pochi. Invece l’accordo con il fornitore esterno di prestazioni, può prevedere che questi utilizzi proprio strutture e/o mezzi dell’azienda USL per strutturare i propri canali di accesso ospedalieri, utilizzando i presidi territoriali e decentrati dell’USL. Potendo il fornitore utilizzare strutture di prenotazione e accesso interne all’USL può disporre di un significativo vantaggio competitivo rispetto ai fornitori non contrattati, rendendo più probabile la possibilità di governare la domanda, potendo così rispettare più facilmente i volumi ed i mix di prestazioni contrattati.

f. I contratti interaziendali, tra USL ed aziende ospedaliere, strutture private accreditate ed istituti socio-sanitari sono potenzialmente efficaci sia nel I modello che nel III (“separazione acquirente-fornitore”). Sicuramente in quest’ultimo caso rivestono, anche nell’economia generale del modello, una rilevanza fondamentale, mentre nel I modello (“centralità USL”) essi

devono essere di supporto e rafforzamento alla capacità che deve attivare l'USL di governare la domanda con le proprie strutture di offerta. I contratti interaziendali sono tanto più efficaci quanto riescono a sintetizzare e a tutelare le convenienze economiche di entrambe le aziende contraenti. In particolare questo deve significare che l'accordo deve permettere all'USL o una contrazione dei volumi e dei relativi oneri finanziari, oppure a pari condizioni economiche un miglioramento dell'appropriatezza del case mix prodotto per i propri residenti; mentre per i produttori questo deve portare ad un aumento delle relative quote di mercato (magari controbilanciato da un contributo diretto alla riduzione del mercato complessivo), oppure alla possibilità di raggiungere tetti massimi di prestazioni riconosciute minimizzando i relativi costi di produzione.

Come si evince da questa analisi la potenziale efficacia degli strumenti di governo della domanda è quasi simmetricamente opposta nelle USL inserite nei due distinti modelli regionali ("centralità USL" e "separazione acquirente-fornitore"), in coerenza al differente ruolo assegnato al governo della domanda nei due sistemi. Non abbiamo analizzato il ruolo degli strumenti di governo della domanda nel modello "centralità della regione" in quanto il suo focus è prevalentemente sul versante del controllo dell'offerta da parte della holding regionale. Le logiche di governo della domanda possono essere utilizzate però dai produttori per indurre domanda fino all'esaurimento dei propri tetti riconosciuti di produzione, oppure per scoraggiarla nelle fasi di superamento dei budget di produzione che verranno tariffati.

Il ruolo strategico e lo spazio per questi strumenti di indirizzo dell'utenza si mostra ampio, di sicuro interesse metodologico ed operativo, con grandi potenzialità rispetto ai risultati, come dimostrano le primissime esperienze nel SSN: occorre sicuramente rafforzare la ricerca sulle relative metodologie e tecniche manageriali, favorire processi di sperimentazione e diffusione capillare, per poter valutare l'efficacia complessive con studi valutativi degli impatti.

Speriamo che gli strumenti di governo della domanda riescano perlomeno a sviluppare la domanda necessaria alla loro introduzione!

(1) Relazione presentata al IV Workshop di economia sanitaria; Torino, 4-5 giugno 1998