

Comitato scientifico

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

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

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

Sabino Cassese
Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini
Ordinario di economia - Università di Torino

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

Fabio Roversi Monaco
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia
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

Giorgio Casati

Mario Del Vecchio

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' 

MECOSAN

*Italian Quarterly of Health
Care Management, Economics and Policy*
edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 **Il rischio delle politiche costruite su categorie logiche astratte**
- Sez. 1^a - Saggi e ricerche
- 8 **The Emilia Costing study: valutazione dell'impatto economico della salmonellosi umana**
di Vittorio Demicheli, Gian Paolo Casadio, Giuseppina Lanciotti, Francesca Novaco, Tomas Jefferson
- 16 **Scelte di esternalizzazione in sanità**
di Gianmaria Battaglia
- 28 **Analisi costo utilità della terapia intensiva nel trattamento dell'ictus emorragico**
di Maria Caterina Cavallo, Franco Sassi, Paolo Geraci
- Sez. 2^a - Documenti e commenti
- 38 **Un impianto legislativo per l'assetto istituzionale, organizzativo e finanziaria dei sistemi socio sanitari regionali**
di Elio Borgonovi, Mario Del Vecchio, Francesco Longo, Francesco Zavattaro
- 56 **I distretti nella legge regionale di riordino del servizio sanitario della regione Emilia-Romagna**
di Arnaldo Oneto
- 64 **Le tariffe come sistema di finanziamento della sanità pubblica**
di Antonello Zangrandi, Carlo Ramponi, Andrea Francesconi
- 75 **Indicatori di struttura, processo e risultato nella gestione per budget**
AA.VV.
- Sez. 3^a - Esperienze innovative
- 88 **La gestione dell'informazione in un progetto di qualità totale**
di Franco Arosio
- 98 **L'introduzione di sistemi gestionali nelle aziende sanitarie in Emilia-Romagna**
di Eugenio Anessi Pessina, Mara Bergamaschi, Francesco Zavattaro
- Sez. 4^a - La sanità nel mondo
- 112 **La gestione concorrenziale dei fornitori nel Servizio sanitario britannico. L'esperienza di una autorità sanitaria regionale**
di Robin G. Milne
- 123 **Il sistema sanitario argentino: frammentazione delle responsabilità pubbliche e crescita dei fondi assicurativi privati**
di Carlos Vassallo
- Sez. 6^a - Biblioteca
- 134 **Novità bibliografiche**
- 137 **Spoglio riviste**
- 139 **Bibliografia monotematica**
- 143 **Tesi di laurea**

IL RISCHIO DELLE POLITICHE COSTRUITE SU CATEGORIE LOGICHE ASTRATTE

La politica sanitaria del nostro Paese continua ad essere prigioniera di una delle conseguenze della complessità sociale, economica, politica, istituzionale delle società moderne di cui viene sottovalutata la conseguenza operativa, ossia: il diffondersi di una cultura fondata su «categorie» astratte cui vengono direttamente collegate le scelte concrete. Più specificamente si può dire che:

1) l'aumento delle conoscenze e la diffusione delle informazioni mette in contatto e consente/impone il confronto tra tanti «elementi» simili che in passato erano tra loro separati e considerati all'interno di un loro specifico contesto: ad esempio nella sanità si mettono a confronto tanti ospedali ognuno dei quali in passato veniva valutato in relazione alle caratteristiche del territorio e delle comunità in cui era inserito, si confrontano le attività di medici o di infermieri che operano in contesti diversi, si confrontano le qualità di molti manager che si propongono come direttori generali delle future aziende sanitarie;

2) per confrontare elementi sempre più numerosi non conosciuti direttamente da chi deve valutarli e giudicarli si ricorre alla individuazione di caratteristiche/parametri semplici che possono essere comuni;

3) ciò porta a non considerare tutte le altre caratteristiche e gli altri parametri che differenziano i diversi

elementi considerati e favorisce la cultura della standardizzazione e della categorizzazione;

4) la realtà viene perciò analizzata e interpretata sulla base di «categorie» logiche che sono sempre più semplificate quanto più ampio è il fenomeno indagato: ad esempio per confrontare la dotazione di personale della sanità tra le Regioni italiane si possono usare classi che distinguono i diversi ruoli (sanitario, tecnico, amministrativo, professionale), le diverse qualifiche, e i diversi livelli mentre se si confronta la dotazione di personale tra i diversi Paesi si deve ricorrere a categorie più generali quali medici, personale sanitario non medico, personale non sanitario, e tra i medici sono al massimo utilizzabili le categorie di «medico di medicina generale», «medico specialista» o altre altrettanto generali;

5) sistemi di classificazione che tengono conto di numerose caratteristiche e variabili che si articolano su molte classi e hanno il merito di essere più omogenee al loro interno e il limite del «difficile trattamento», mentre sistemi di classificazione che tengono conto di poche caratteristiche e variabili hanno il pregio di avere poche classi e di essere «facilmente trattabili» (esempio si adattano a politiche semplici e precise), ma hanno il difetto di avere all'interno di ogni classe elementi molto diversi tra loro e non di

rado addirittura completamente contrapposti.

Si può osservare come nelle società moderne siano presenti, specie per quanto riguarda le politiche pubbliche, spinte a considerare categorie logiche sempre più generali e astratte, il che porta a «trattare nello stesso modo fenomeni che sono tra loro assai diversi» ed a ridurre gli spazi per valutazioni di merito.

Nel caso dell'azione pubblica, poi, il principio di legalità correlata al requisito di «astrattezza» della norma induce a ridurre il più possibile gli spazi di discrezionalità in presenza di fenomeni che si presumono uguali: quando la presunzione fa riferimento a caratteristiche e variabili «eccessivamente semplificatrici del reale», come si è detto in precedenza, si finisce per trattare allo stesso modo fenomeni completamente diversi con conseguenze negative per il sistema complessivo.

Le vicende recenti e meno del S.s.n. rappresentano un chiaro ed eloquente esempio di come la cultura delle «politiche assunte sulla base di categorie logiche astratte e troppo generiche» sia stata una delle cause di progressiva degenerazione e di avvimento della crisi del sistema che pure ha radici in fattori e cause oggettive quali l'aumento del divario tra bisogni e risorse a disposizione e l'esistenza di inefficienze che impediscono di ri-

spondere in modo soddisfacente ai bisogni pure in presenza di risorse che «sarebbero teoricamente sufficienti».

Dopo la fase «costituente» del S.s.n. già a metà degli anni ottanta incominciavano a diffondersi analisi e ricominciò a consolidarsi nell'opinione pubblica la tesi secondo cui gli enti locali erano responsabili dell'aumento della spesa sanitaria e degli sprechi e inefficienze che venivano sempre più frequentemente portati alla luce.

Episodi e fenomeni con origine diversa, a volte dovuti a scarsa professionalità e a scarso senso del dovere di singole persone, a volte dovuti ai vincoli burocratici imposti dalle leggi, a volte dovuti ad indebite interferenze del privato, ecc., sono stati indistintamente ricondotti alla categoria della «cattiva gestione e della deresponsabilizzazione degli enti locali».

Sono perciò state attuate politiche di contenimento della spesa e sono state introdotte norme «vincolistiche» sui poteri delle U.s.l. (quali blocchi delle assunzioni con obbligo di chiedere «deroghe» alle Regioni, autorizzazioni preventive, necessità di documentazione di certe decisioni che comportavano gravosi impegni burocratici) senza distinguere le U.s.l. che avevano avuto aumenti di spesa elevati da quelle che avevano attuato interventi di contenimento della spesa, da quelle che avevano avuto aumenti di spesa senza miglioramento dei servizi.

Un secondo esempio è dato dalle politiche della spesa sanitaria che hanno fatto riferimento a criteri quali «assegnazioni sulla base della spesa storica» ripiano del disavanzo a consuntivo totale da parte dello Stato parziale con coinvolgimenti delle Regioni, «quote di riequilibrio per le Regioni o le aree con spesa inferiore alla media» senza nessuna valutazione di merito sulla entità della spesa storica, sulle determinanti del disavanzo o sulla possibilità che il riequilibrio della

spesa potesse essere effettivamente impiegato per realizzare un riequilibrio dei servizi e non, come spesso è accaduto, per alimentare «circuiti perversi» del potere politico ed economico.

Quando poi si sono cercate cause più puntuali delle inefficienze e degli sprechi, fine anni ottanta e inizi anni novanta, si è ritenuto di concentrare l'attenzione sul sistema e sui comportamenti politici per cui sono state costruite le categorie logiche generali dei «politici» e dei «manager».

«Via i politici dalla sanità e largo ai manager, o per meglio dire alla professionalità» è stato l'assunto di base della legge n. 111/91 che insieme a «uomini di partito» incapaci, corrotti e lottizzati ha cacciato via «persone che si erano dedicate alla politica in senso nobile» e che avevano avviato e spesso realizzato progetti e interventi di recupero di efficienza e in alcuni casi anche di contenimenti della spesa.

Non è dato sapere quanti siano state le esperienze e i progetti positivi interrotti o rallentati a seguito della «cacciata dei politici dalla sanità»: tuttavia si può sostenere che il sistema ha registrato una perdita secca e che sarebbe stato utile cercare almeno qualche meccanismo per evitare che ciò accadesse.

Tanto più che immediatamente dopo si è posto il problema di definire la categoria, anch'essa generale e astratta, dei «manager della sanità». La soluzione è stata individuata nella definizione per legge di alcuni requisiti «formali» e «oggettivi» quale base per l'inserimento in albi regionali prima e in un albo nazionale poi (per ora definitivamente limitato dalle vacanti norme) degli «aventi titolo» ad essere nominati o Amministratori Straordinari o Direttori Generali.

La compilazione degli albi e l'esperienza concreta di 3 anni di Ammini-

stratori straordinari hanno dimostrato che, a parte i problemi di diversa interpretazione dei diversi requisiti, in presenza di requisiti formali e oggettivi uniformi si hanno o si possono avere persone dotate di capacità manageriali «specifiche per la sanità» assai difformi ed a volte addirittura contrapposte.

Proprio perché si rivelano inadeguate a dare soluzioni sostanziali ai problemi, le categorie astratte e semplificate, e le politiche ad esse collegate, durano poco e vengono sostituite in tempi brevi da altre categorie e da altre politiche.

Così gli Amministratori straordinari che nella sanità erano stati presentati come «i tecnici che scacciarono la politica dalla gestione» sono presentati oggi, dopo appena tre anni (e in molti casi anche meno), come l'espressione del vecchio sistema politico.

Chi diffida delle categorizzazioni generiche e astratte sa che tra gli Amministratori Straordinari nominati nel 1991 o negli anni successivi sono presenti persone legate alle logiche e agli schemi della «politica come potere», persone che erano emerse in funzione della loro professionalità e onestà, persone magari provenienti dal privato che erano state «convinte» ad accettare l'incarico per spirito di servizio alla collettività nonostante gli svantaggi sul piano personale che esse subivano.

E sa che alcuni di loro hanno operato bene e altri hanno operato male, che alcuni hanno affrontato situazioni oggettivamente difficili cercando di migliorare la funzionalità della sanità nell'interesse generale, mentre altri hanno occupato la posizione scegliendo di «minimizzare le responsabilità personali», o peggio, perseguendo «interessi di parte» (personali, di categoria, di gruppo o partito politico).

Ma i limiti intrinseci della logica per categorie astratte e generali sono

presenti anche in chi ha criticato prima, ed eliminato poi l'albo dei Direttori Generali sulla base della considerazione che in esso erano presenti poche persone «provenienti dal privato».

Chi scrive ha da sempre manifestato grande perplessità sul fatto che la procedura di costituzione di un albo nazionale fosse idonea a selezionare i manager della sanità. E maggiori perplessità ha anche dimostrato con riguardo al tipo di requisiti da considerare che egli giudica addirittura «controproducenti rispetto all'obiettivo di selezionare manager migliori» se applicati in modo formale, come è stato fatto dalla Commissione che probabilmente però non avrebbe potuto fare diversamente.

E da sempre chi scrive è convinto che l'osmosi di persone tra un settore e l'altro sia uno strumento privilegiato per l'innovazione e il rinnovamento e che quindi l'apporto di «manager provenienti dal privato» sia da favorire e possa avere benefici ed effetti sulla sanità. Ma, non può condividere le analisi che, implicitamente o esplicitamente, si fondano sui seguenti presupposti che molte volte appaiono troppo simili ai preconcezioni:

— coloro che hanno avuto una carriera nel settore pubblico devono essere considerati meno adatti a ricoprire le funzioni di Direttore generale nelle future aziende sanitarie, rispetto a chi proviene dal «settore privato»;

— solo o prevalentemente manager provenienti dal settore privato possono realizzare un «vero» cambiamento della sanità;

— l'aumento del numero di futuri Direttori Generali provenienti dal privato di per se garantirà un miglioramento della sanità, in quanto solo essi conoscono gli strumenti della gestione aziendale.

Senza riproporre la discussione, peraltro fondamentale, sulla differen-

za tra logica e cultura di impresa e logica e cultura aziendale più volte sottolineata negli editoriali di Mecosan, si intende ricordare che in un momento storico come quello attuale in cui si manifesta anche una crescente «disoccupazione dei manager», le motivazioni per cui manager privati decidono di entrare nel pubblico potrebbero essere le più varie e le più contraddittorie quali:

— desiderio di dare il proprio contributo di esperienza e di professionalità al miglioramento di un importante settore della società;

— volontà di misurarsi con nuove sfide considerate diverse da quelle che caratterizzano le imprese che operano sul mercato producendo beni assai diversi dalla tutela della salute;

— ricerca di una occupazione di ripiego da parte di quei manager che hanno esaurito la loro carica innovativa o che addirittura sono stati marginati dalle imprese per scarsa professionalità;

— occupazione di una posizione nel sistema pubblico per tutelare interessi privati ad esso collegati (esempio imprese fornitrici di beni, aziende private fornitrici di servizi sanitari in concorrenza con quelle pubbliche, ecc.).

In altre parole le indicazioni e le qualità professionali e personali di persone provenienti dal settore privato al pari di quelle con esperienze precedenti nel settore pubblico, possono essere le più varie, alcune di tipo positivo altre di tipo negativo.

A dirigere le aziende sanitarie dovranno essere persone oneste e motivate (che si trovano nel pubblico e nel privato), dotate di conoscenze, competenze e attitudini idonee a perseguire l'efficacia, l'efficienza e l'economicità della gestione (al riguardo il fatto di avere avuto un'esperienza nel settore privato può garantire indubbi vantaggi), con una conoscenza degli specifici problemi e degli specifici vincoli

esistenti nella sanità (per questo aspetto invece la precedente esperienza nel pubblico può dare dei vantaggi).

La scelta delle persone che presentano il migliore mix di queste caratteristiche e le migliori potenzialità con riguardo alle nuove responsabilità dipende dal processo di selezione e non dalla categoria astratta «provenienza dal settore privato invece che dal settore pubblico».

Rientra indubbiamente tra le regole della società avanzata e progredita il fatto che chi ha avuto la legittimazione del consenso (il Governo) cerchi di far dirigere un sistema importante, quale è la sanità, da persone dotate di quella professionalità in cui egli crede ad esempio la professionalità di dirigenti che hanno avuto esperienze significative nel settore privato. Ma può destare qualche perplessità il fatto che tale obiettivo sia stato perseguito dal Ministro della sanità e dal Governo con strumenti di tipo istituzionale che sono contraddittori con la cultura aziendale che viene propugnata.

In effetti aver sospeso a giugno l'applicazione del D.L. n. 502 e del D.L. n. 517 e aver bloccato le nomine da parte delle Regioni dei Direttori Generali delle aziende sanitarie sulla base di argomentazioni schematiche come quelle appena ricordate, ha significato bloccare il processo di aziendalizzazione, lasciare U.s.l. e ospedali «senza vertici» o con «vertici demotivati» e che si sentono sul piede di partenza e ha significato prolungare il clima di incertezza che c'era già da alcuni anni e che rappresenta il peggiore nemico dei sistemi organizzativi complessi e delicati.

E significa anche aver bloccato il processo non per alcuni mesi, ma probabilmente per un anno e oltre, ossia fino alle prossime elezioni regionali e alla ricostituzione dei «governi regionali».

Si segnala la contraddizione che esiste tra l'analisi, secondo cui la cultura formalistica e giuridica deve essere superata, e la scelta di riaprire il confronto-scontro tra Stato e Regioni sul piano istituzionale e non su quello della funzionalità.

Di fronte al timore che «le maggioranze uscenti» delle Regioni non omologhe a quelle del Governo cercassero di porre «dirigenti di fiducia» a go-

vernare un settore delicato (anche sul piano del consenso) quale è la sanità, lo Stato avrebbe potuto percorrere un'altra alternativa e accelerare l'applicazione di criteri di funzionalità e di efficienza e costringere le Regioni (e i Direttori Generali) ad accettare la sfida su questo terreno. Ciò avrebbe attivato una sfida e una concorrenza anche politica di tipo costruttivo e sul fronte della razionalità.

Avendo deciso di affrontare il problema sul piano istituzionale (confronto, scontro tra «poteri» dello Stato e delle Regioni) e su quello «politico» (potere del consenso) si è scelta una via che potrà anche vedere vincitore il Governo, ma che molto probabilmente vedrà «perdenti» non le Regioni, ma il S.s.n., la sua funzionalità, la qualità dei servizi e quindi i cittadini-utenti.

COCHRANE HEALTH ECONOMICS METHODS GROUP AN INVITATION

The Cochrane Collaboration is an international voluntary non profit-making alliance of people working towards a common goal: that of basing health practices on a sound scientific basis of knowledge.

The structure of the Collaboration is continuously evolving but is essentially based around groups of systematic reviewers concentrating on topics such as stroke or parasitic diseases (known as Collaborative Review Groups - or CRGs).

Supporting and in parallel with these groups there are coordinating and methods formations of which the Cochrane Health Economics Methods Group is one.

The Group was officially formed at the Second Cochrane Colloquium in Hamilton, Canada in October 1994 and at present consists of about twenty health economists and non-health economists coordinated by 5 individuals: Ron Akehurst, Alastair Gray, Miranda Mugford and Tom Jefferson from UK and Bernie O'Brien from Canada. We are actively seeking new members and anybody who shares our agenda is very welcome, especially persons from developing countries as the coordinating committee is acutely aware of its anglo-saxon bias. This is due to chance, but all coordinators are actively plotting his or her own downfall at the next Colloquium.

If enough people from around the globe express an interest we intend appointing regional or national coordinators.

The agenda for work is large. We believe there is an urgent need to work alongside CRGs if they require economic input and to develop the latent potential of available economic literature by studying its limitations and potential for generalization with the ultimate aim of improving standards and hence knowledge.

If you are interested, please join us and write to Ron Akehurst, his address is at the bottom of this page. We are open to all persons who share our vision and are willing to work in a team regardless of race, creed or qualifications.

Tom Jefferson
Member of the coordinating committee and non-economist

Write to:
Professor Ron Akehurst
Sheffield Centre for Health and Related Research
The University of Sheffield
Regent Court
30 Regent Street
Sheffield S1 4DA

tel ++44 742 825453
fax ++44 742 724095

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

THE EMILIA COSTING STUDY: VALUTAZIONE DELL'IMPATTO ECONOMICO DELLA SALMONELLOSI UMANA

di Vittorio Demicheli, Gian Paolo Casadio¹, Giuseppina Lanciotti¹, Francesca Novaco¹, Tomas Oliver Jefferson²

Scuola di Specializzazione Statistica Medica, Università di Pavia

¹ Servizio Igiene Pubblica Assessorato Sanità, regione Emilia-Romagna

² Department of Public Health and Epidemiology, Kings College Hospital, London

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Aspetti metodologici - 3. Entrambi gli approcci presentano limiti - 4. La stima dei costi e dei benefici - 5. Breve rassegna di stime dei costi e dei benefici - 6. Le conseguenze economiche della salmonellosi in Emilia - 7. Scopo dello studio - 7.1. I metodi - 7.2. Valorizzazione dei costi - 7.3. I risultati - 8. Considerazioni conclusive.

A prospective study of the social and economic consequences of human salmonellosis was carried out in the Emilia-Romagna Region during 1993 by means of a questionnaire survey of the notified cases.

The direct costs to the Italian National Health Service and the indirect costs for families and society were worked out in terms of resources consumed and as result of the disease. Values were estimated as the average avoidable cost of such resources.

A willingness to pay estimate of the intangible cost of salmonellosis was also determined.

The total cost of the 676 cases studied was about 2.4 billion lire, corresponding to 3.5 million per case. Direct costs accounted for about 58% and indirect costs for about 18% of the total.

The extrapolation of the costs to the total number of cases (notified and unknown cases) gave a regional estimate of 93 billion lire, 56% of which was due to intangibles.

Marginal analysis showed that 48% of such costs would be potentially avoidable if effective preventive measures were applied.

1. Introduzione

Le malattie trasmesse da alimenti (MTA) costituiscono tuttora un importante problema di salute.

Nei paesi in cui il fenomeno viene sorvegliato si è assistito, dai primi anni 80, ad una continua crescita di incidenza particolarmente rilevante, nell'ultimo decennio, riguardo ai casi umani di salmonellosi (Sockett, 1993).

Questo aumento di incidenza produce effetti considerevoli anche dal punto di vista economico.

Le conseguenze interessano i servizi pubblici, le industrie (principalmente quelle alimentari) e, soprattutto, i soggetti colpiti e le loro famiglie.

La malattia, pur essendo generalmente lieve, comporta un notevole ricorso alla ospedalizzazione e può anche portare a morte, seppure in un numero molto limitato di casi.

Siccome una buona quota di casi è potenzialmente prevenibile, almeno una parte delle conseguenze economiche potrebbe essere evitata.

Per questo appare utile cercare di stabilire il peso economico di questa malattia: per rendersi pienamente conto delle sue varie conseguenze e per stimare l'ordine di grandezza di possibili risparmi derivabili da attività preventive.

La stima di tale peso economico è, tuttavia, complicata da numerosi problemi metodologici di identificazione delle risorse consumate e di valorizzazione delle stesse.

Nel presente lavoro sono illustrati i risultati di uno studio di valutazione delle conseguenze economiche della salmonellosi umana realizzato nella regione Emilia-Romagna nel corso del 1993.

2. Aspetti metodologici

Gli studi descrittivi sui costi delle malattie (chiamati «Cost-of-illness studies» nella letteratura anglosassone), sono tradizionalmente considerati il primo passo verso la impostazione di una analisi economica (Drummond, 1992).

La economista americana Dorothy Rice per prima ne ha descritto la metodologia, nel lontano 1966, in un lavoro

Il presente lavoro non sarebbe stato possibile senza il prezioso contributo di lavoro e di critiche giunto da parte degli operatori dei Servizi Igiene Pubblica e dell'Assessorato alla Sanità della regione Emilia-Romagna. L'impianto metodologico dello studio è stato sapientemente revisionato da Paul Sockett del CDSC di Colindale (UK) e da Jenny Roberts della London School of Hygiene and Tropical Medicine (UK). Tutti gli eventuali errori sono di responsabilità solamente degli autori.

che tuttora viene utilizzato come riferimento (Rice, 1966).

Il metodo consiste nella individuazione, elencazione, misurazione e valorizzazione di ogni item di risorse impegnato dalla malattia in questione.

I costi vengono solitamente suddivisi in costi diretti, sostenuti dal servizio sanitario, costi indiretti, soprattutto perdite produttive sostenute dal soggetto dalle famiglie e dalle aziende, e costi intangibili, sostenuti dai soggetti e dalle famiglie in conseguenza del dolore e dei fastidi procurati dalla malattia.

I dati vengono generalmente raccolti usando rilevazioni trasversali, detti studi di prevalenza, che considerano il costo di tutti i casi identificati in un certo limitato lasso di tempo (di solito un anno). Oppure vengono realizzate rilevazioni longitudinali, dette di incidenza, che mettono sotto osservazione le conseguenze di nuovi casi di malattia dal momento della loro insorgenza fino alla loro scomparsa per morte o guarigione.

La salmonellosi e le altre malattie trasmesse da alimenti sono state fra i primi argomenti trattati dagli studi cost-of-illness, attualmente, sono noti più di 40 studi sull'argomento.

Per la stima dei costi è, innanzitutto, necessario possedere informazioni epidemiologiche sulla incidenza della malattia.

Due sono i metodi solitamente utilizzati:

— stime basate su studi nazionali (o regionali) di tutti i casi verificatisi in una determinata area indipendente dalla modalità di contagio e trasmissione quale quello realizzato in Gran Bretagna in base ai casi notificati e confermati in laboratorio (Sockett, 1991);

— stime basate sullo studio di singole epidemie. Spesso si tratta di singole epidemie autolimitate ed a fonte comune (Todd, 1985a), talvolta di

grandi epidemie diffuse in interi paesi (Fountaine, 1980; Roberts, 1989).

3. Entrambi gli approcci presentano limiti

L'uso di singoli episodi non riesce a tenere in considerazione i costi relativi ai casi sporadici (che rappresentano circa i due terzi di tutti i casi notificati); inoltre uno studio trasversale difficilmente riesce ad apprezzare le conseguenze economiche che si producono nella società nel suo insieme.

Entrambi i metodi si basano su casi diagnosticati e, spesso, confermati in laboratorio. Per questo ignorano l'effetto prodotto dai casi di malattia cosiddetti sommersi che, pur rivelandosi clinicamente, non producono ricorso alle cure o comunque non vengono identificati e notificati. Le stime di sottonotifica variano da 1:10 a 1:100 nei vari studi (Curtin, 1984; Archer, 1985; Yule, 1986; Siegenthaler, 1979; Finn, 1977; Bryan, 1978; Ministry of Agriculture, 1988) e, sebbene la gravità dei casi sommersi sia evidentemente modesta, è necessario tentare di tenerli in considerazione onde evi-

tare di sottostimare i costi economici totali.

Un secondo problema riguarda gli effetti secondari o a lungo termine. Tutti gli studi, compreso il presente, considerano i costi determinati dalla fase acuta della malattia mentre stanno crescendo prove dell'esistenza di sequele a lungo termine della malattia (Maki-Ikola, 1992).

Un ulteriore problema riguarda la determinazione dei costi dovuti alle attività di prevenzione svolte nei vari stadi del processo di produzione alimentare, delle catene commerciali di distribuzione.

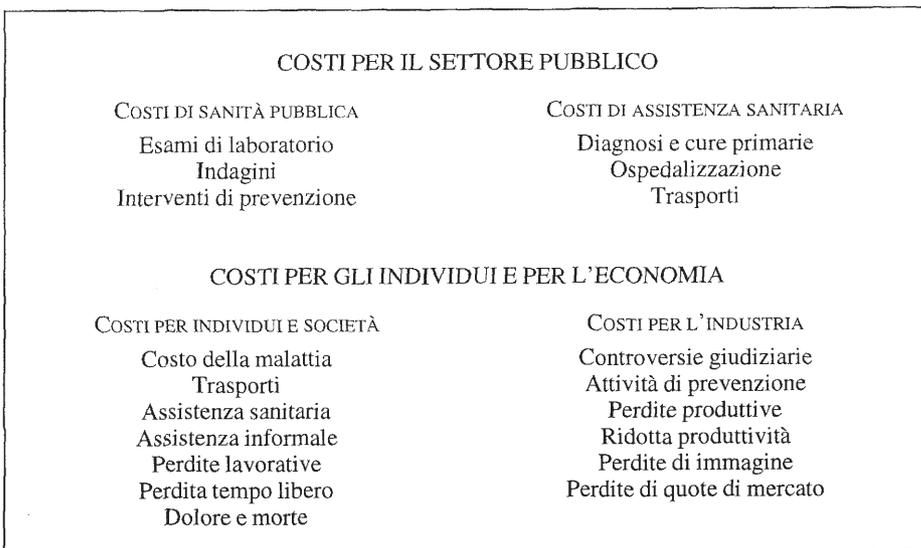
4. La stima dei costi e dei benefici

La prima fase di qualsiasi studio dei costi consiste nella identificazione di tutti i possibili costi e benefici, indipendentemente da dove derivino e da chi li sostenga.

La figura 1 riassume la struttura dei costi riguardanti la salmonellosi.

Per la valutazione dei benefici due sono gli approcci principalmente utilizzati: i costi evitabili della malattia oppure la propensione a pagare per evitare la malattia.

Figura 1: Struttura dei costi riguardanti la salmonellosi umana



Gli studi cost-of-illness si concentrano solitamente sulla stima dei costi potenzialmente evitabili.

Questo metodo consente però solo una stima grossolana dei benefici e spesso non raggiunge un buon livello di approfondimento specialmente riguardo ai costi individuali e famigliari. Inoltre i costi evitabili non rappresentano il valore che gli individui, singolarmente o come società, sarebbero disposti a spendere per evitare la malattia. La valutazione di questa propensione a pagare rappresenta un'area di grande interesse irta, però, di difficoltà metodologiche.

I valori espressi dagli individui dipendono dalle conoscenze che gli individui hanno sulla malattia e sulle sue probabili conseguenze. Sono inoltre influenzati dal metodo e dal momento in cui vengono rilevati e variano con il reddito individuale. Debbono, perciò, essere interpretati con grande cautela.

Numerosi altri problemi si incontrano nella stima dei costi e dei benefici. Tra questi rilevanti sono quelli legati ai metodi di stima del valore della vita umana, per la quale diversi metodi sono stati proposti (Marin, 1983; Jones-Lee, 1978) e delle perdite produttive che, specialmente nel caso della salmonellosi, dipendono dal ruolo giocato dai soggetti colpiti entro le organizzazioni produttive (Koopmansnap, 1993).

5. Breve rassegna di stime dei costi e dei benefici

Numerosi studi sono stati dedicati alla valutazione di singole epidemie (Todd, 1985a; Beckers, 1985; Cohen, 1983; Todd, 1985b; Yule, 1988).

Nel lavoro di Todd (Todd, 1985a) vengono passate in rassegna numerose epidemie verificatesi tra il 1962 ed il 1984 negli USA e in Canada. I costi stimati variano da 60.000 a 600.000 dollari per epidemia con un costo medio per caso di circa 800 dollari. Nell'epi-

demia avvenuta durante la Conferenza europea in Olanda nel 1981 i costi stimati ammontavano ad almeno 300.000 dollari (Beckers, 1985) ed una singola epidemia negli USA è costata circa 62 milioni di dollari (Todd, 1985b).

Le conseguenze di tali grandi epidemie possono essere enormi nel caso in cui venga identificata la responsabilità di un'azienda produttrice. Per un'epidemia provocata da prodotti per l'infanzia in Gran Bretagna la ditta produttrice perdette circa metà del suo mercato e 200 posti di lavoro (The Guardian 7 aprile 1989).

Sono stati compiuti anche alcuni tentativi di calcolare i costi nazionali della salmonellosi (Curtin, 1984; Archer, 1985; Krug, 1983; Todd, 1989; Demicheli, 1991). Questi studi sono basati su assunzioni ed ipotesi relative all'incidenza della malattia e su stime di costo formulate da esperti.

Più recentemente uno studio di valutazione economica è stato realizzato in Inghilterra nel 1988-1989 su 1482 casi di salmonella con conferma di laboratorio (Sockett, 1991) ai quali è stato somministrato un dettagliato questionario riguardante la gravità della malattia, le conseguenze individuali e famigliari della malattia, l'uso di servizi sanitari. Per gli stessi casi gli uffici di sanità pubblica hanno fornito informazioni relative agli interventi di indagine e controllo.

6. Le conseguenze economiche della salmonellosi in Emilia

Nella regione Emilia-Romagna un sistema di sorveglianza per le MTA è stato istituito nel 1988 per sopperire alla inadeguatezza dei sistemi informativi correnti di fronte all'aumento del numero di malattie trasmesse da alimenti.

L'efficienza e la sensibilità del sistema sono andate via migliorando pervenendo alla produzione di infor-

mazioni esaustive almeno per quanto riguarda l'ultimo triennio.

Nell'estate del 1992 l'attenzione è stata quasi interamente concentrata sulle epidemie sostenute da Salmonella D Enteritidis.

Tra i molti problemi allora emersi si deve annoverare una certa perplessità nel decidere se adottare provvedimenti di prevenzione e controllo derivante anche dall'apparente sproporzione esistente tra i costi necessari per gli interventi di bonifica ed i benefici potenzialmente ottenibili.

Di qui la decisione di integrare le informazioni utilizzate per sorvegliare la MTA con uno studio sui costi generati dalle malattie.

Del resto, la realizzazione di uno studio sui costi della salmonellosi avrebbe comportato uno sforzo organizzativo ed un costo insostenibile se non fosse stato possibile affiancarlo al complesso organizzativo del sistema di sorveglianza esistente.

Si è perciò deciso di dar vita allo studio sui costi della salmonellosi «D» per sopperire alle carenze informative esistenti, per sfruttare le possibilità offerte dal sistema di sorveglianza e per approntare il primo elemento costitutivo di un modello razionale utilizzabile come supporto alle decisioni riguardanti gli interventi di prevenzione e di controllo.

7. Scopo dello Studio

Determinare i costi sociali della salmonellosi (gruppo D) in Emilia-Romagna.

7.1. I metodi

Rilevazione dei dati

Indagine ad interviste realizzate dal personale dei servizi di igiene pubblica per tutti i casi di salmonellosi di gruppo «D» confermati dal laboratorio.

La rilevazione è iniziata il 1° gennaio 1993.

Il periodo di rilevazione è stato inizialmente di un semestre al termine del quale sono state calcolate, in base alla variabilità misurata, stime della numerosità campionaria necessaria per effettuare elaborazioni parziali per diversi livelli di probabilità di errore.

In base a tali stime si è deciso di proseguire la rilevazione per tutto l'anno 1993.

Una scheda composta da tre parti (per i casi accertati, per i servizi sanitari intervenuti, per le imprese produttive coinvolte) è stata utilizzata come base per l'intervista, allo scopo di approfondire ogni categoria di costo evidenziata dagli intervistati. Gli intervistatori sono stati istruiti sugli scopi dello studio e sulle modalità di esecuzione delle interviste nel corso di incontri svolti con relazioni ed esercitazioni.

La scheda è stata sperimentata in tre episodi coinvolgenti una ventina di casi. Il tempo medio di somministrazione è risultato di circa 30 minuti.

Dopo la somministrazione pilota è stata modificata la modalità di rilevazione della esperienza e della valorizzazione del dolore.

Dopo il primo semestre di rilevazione, in conseguenza delle difficoltà evidenziate, la compilazione di quest'ultima parte della scheda individuale è stata resa facoltativa.

Tutti i dati sono stati registrati ed analizzati tramite Epinfo (Dean, 1990).

7.2. Valorizzazione dei costi

Per quanto riguarda i costi diretti per il sistema sanitario si è ritenuto di rilevare le singole risorse consumate valorizzandole in seguito tramite applicazione di costi medi.

Sono state rilevate tutte le visite mediche subite dai soggetti colpiti. Le

visite del medico di medicina generale sono state valorizzate in base alla quota capitaria prevista dall'accordo nazionale e dividendola per il numero medio di visite effettuate annualmente (Pagni, 1981; Farina, 1987).

Le visite sostenute privatamente sono state rilevate sia come numero che come costo sostenuto dal soggetto.

I costi di diagnostica strumentale e di laboratorio sono stati determinati rilevando il numero ed il tipo di esami effettuati presso strutture pubbliche e moltiplicando per le tariffe previste dal tariffario regionale. È stato annotato l'eventuale pagamento di ticket.

Gli esami diagnostici privati sono stati rilevati direttamente come costo sostenuto dal soggetto.

Per i costi di trattamento si è fatto riferimento sia al tipo che alla quantità di farmaci sia alla quota pagata direttamente dagli interessati.

Le modificazioni dietetiche sono state rilevate direttamente come costo.

I costi di ricovero ospedaliero sono stati determinati in base alle giornate di degenza ed al reparto di ricovero riportati dai vari soggetti ricoverati. I costi giornalieri del ricovero sono stati forniti dal servizio statistiche sanitarie osservatorio epidemiologico dell'Assessorato alla sanità della regione Emilia-Romagna.

Il lavoro del servizio di igiene pubblica e del servizio veterinario sono stati registrati sotto forma di ore dedicate a ciascun caso o episodio da ciascuna figura professionale. Il costo medio orario è stato calcolato in base al contratto nazionale di lavoro nell'ipotesi di 10 anni di anzianità e di pieno utilizzo degli istituti contrattuali. Non è stato incluso il costo delle incentivazioni alla produttività.

Gli esami di laboratorio effettuati dai servizi su persone, alimenti ed ambienti sono stati registrati come numero e successivamente valorizzati in base al tariffario regionale.

Il costo del trasporto è stato calcolato in base ai chilometri consumati moltiplicati per la tariffa ACI prevista per una utilitaria di due anni di vita.

Le perdite lavorative medie sono state determinate in base alle giornate di lavoro perdute a causa della malattia ed in base al lavoro medio di una giornata calcolata in base al reddito lavorativo annuo lordo dichiarato.

È stato separatamente rilevato il valore della perdita di guadagno realmente determinatasi in conseguenza della assenza dal lavoro (riduzione stipendio, mancato guadagno, pagamento di penali, ecc.).

Le spese per visite ai famigliari sono state rilevate in termini di costi realmente sostenuti tranne che per le spese di trasporto che sono state determinate con le modalità precedentemente descritte.

Le spese per aiuto domestico sono state rilevate solo in termini di costi realmente sostenuti.

Le spese per l'assistenza ai casi sono state determinate in due modi:

— il costo medio dovuto alle giornate lavorative perdute dai genitori per l'assistenza ai minori ricoverati;

— i costi realmente sostenuti per l'assistenza durante la malattia (infermiere, baby sitter, ecc.).

Le spese per perdita di tempo libero sono state rilevate solamente come costi realmente sostenuti (prenotazioni, tariffe per servizi non goduti, ecc.).

Le eventuali altre spese sono state rilevate come somme realmente pagate dai soggetti per varie ragioni in conseguenza della malattia.

I costi per le imprese, dovute alle eventuali distruzioni di merci oppure a perdite commerciali, sono state registrate in quanto tali sulla base della dichiarazione degli interessati.

Il costo del dolore e del disturbo è stato determinato utilizzando un questionario appositamente disegnato in

base all'approccio della propensione a pagare (Jones-Lee, 1978).

Per il costo della perdita della vita è stata utilizzata una stima derivata dalla letteratura calcolata in base all'approccio del «capitale umano» aggiustato per la «propensione a pagare» (Landefeld, 1982).

Il possibile utilizzo dei dati a scopo decisionale è stato analizzato attraverso gli esempi offerti dalla letteratura ed è stato discusso nel corso di un workshop internazionale svoltosi a Pavia il 7 aprile 1993.

In conseguenza delle incertezze esistenti, soprattutto riguardo alla stima della efficacia degli interventi di prevenzione e controllo, si è ritenuto di limitare questa parte dello studio ad una sorta di «marginalizzazione» dei costi medi calcolati. Si è così definita e analizzata la quota di costo potenzialmente evitabile da parte di eventuali interventi preventivi.

7.3. I risultati

Completezza dello studio

Lo studio ha rilevato il 48% dei casi sporadici e il 39% dei casi verificatisi in epidemia. Le caratteristiche di età e sesso dei soggetti intervistati sono le stesse dei casi notificati mentre sono risultati significativamente più elevati sia il tasso di ospedalizzazione che la durata della degenza.

Costi diretti

Costi di consultazione medica

Sono state complessivamente consumate 764 visite mediche di medicina generale pari ad un tasso di consultazione di 1.13 visite per soggetto colpito. Sono, inoltre, state utilizzate 65 visite specialistiche (0.1 per caso) pagate direttamente dagli interessati. Il tasso di consultazione mostra di non variare significativamente né con l'età dei

soggetti né in relazione all'eventuale ricovero ospedaliero.

Il costo totale dovuto alle consultazioni mediche assomma a circa 16 milioni di lire, 6 dei quali per visite private.

Il costo medio per caso è di lire 23.800 (mediana: lire 13.000) delle quali lire 9.120 sono dovute alle visite private. Il costo medio di una visita privata è di lire 71.000.

Costi di diagnostica strumentale e di laboratorio

Per ragioni di diagnosi sono state effettuate, sui soggetti colpiti, complessivamente 1227 coproculture, pari a 1.8 coproculture per soggetto. Il numero di esami per caso diminuisce, inoltre, al crescere dell'età dei soggetti.

Il costo totale dovuto agli accertamenti coproculturali ammonta a 24.5 milioni di lire pari ad un costo per caso di lire 36.300. Il costo medio per caso sporadico è di lire 44.200 mentre quello di un caso epidemico è di lire 28.500.

Il costo complessivo dovuto agli accertamenti diagnostici è stato quindi di circa lire 26 milioni (lire 38.400 per caso). Di questi circa 13 milioni sono stati pagati direttamente dagli interessati sotto forma di ticket o di parcella (19.660 lire per caso).

Costi di trattamento e modificazioni dietetiche

Per il trattamento dei soggetti colpiti da salmonellosi sono state effettuate complessivamente 535 prescrizioni di farmaci, pari a 0.79 prescrizioni per soggetto. Il costo totale dei trattamenti è risultato di circa 25,5 milioni di lire, pari a 37.860 lire per caso e a lire 47.843 per prescrizione.

Il 94.6% di tali somme è stato pagato direttamente dai soggetti interessati (24,2 milioni totali, pari a lire 35.825 per caso).

Il costo per i trattamenti mostra una certa variabilità in relazione all'età dei soggetti (inferiore negli anziani) ed alla condizione di ricovero (maggiore per i casi non ricoverati).

Tra i 676 soggetti intervistati, 39 hanno dichiarato di aver dovuto modificare il proprio regime dietetico in modo oneroso. Il costo totale è stato di circa lire 3 milioni, pari a 4.500 lire per caso e a 77.500 lire per «dieta».

Costi di ricovero ospedaliero

I ricoveri totali tra i soggetti colpiti sono stati 295 (43.6%) per un totale di 2594 giornate di degenza pari ad una durata media della degenza di 8.8 giorni.

L'ospedalizzazione è più elevata tra gli anziani sia in termini di tasso che in termini di durata della degenza.

Il tasso di ospedalizzazione è più elevato tra i casi sporadici (51.5%) rispetto ai casi verificatisi in epidemie (30.1%).

Il costo totale dovuto alla ospedalizzazione è di lire 1.212 milioni, pari a lire 1,8 milioni per caso e lire 4,1 milioni per ricovero.

Il costo per caso varia con l'età ed è significativamente più elevato per gli anziani (lire 3,6 milioni per caso oltre i 65 anni).

Il costo diretto medio per caso dovuto alla assistenza sanitaria dimostra di essere in relazione diretta con la gravità della malattia così come dichiarato dai 257 soggetti che hanno risposto alle domande sulla esperienza del dolore.

Costi per le indagini ed i controlli

Le ore lavorate in conseguenza della salmonellosi sono state 909 nei servizi di igiene pubblica (1.3 ore per caso; 1.5 per caso epidemico, 1.2 per caso sporadico) e 57 nei servizi veterinari.

Sono stati complessivamente percorsi 3869 chilometri (5.7 per caso, 8.4 per caso epidemico, 4.1 per caso sporadico).

Sono stati effettuati 1647 accertamenti coprologici su persone (2.4 per caso, 3 per caso epidemico, 2.1 per caso sporadico), 144 accertamenti batteriologici su alimenti e 48 esami ambientali.

Costi indiretti per le famiglie e la società

Perdite lavorative

Le giornate di normale attività perdute per causa della malattia dichiarate dai soggetti, in base alla propria condizione professionale, sono riportate in tabella 1.

La perdita produttiva totale calcolata in base al reddito dichiarato dai soggetti ed all'assenza lavorativa è stata di lire 292,7 milioni, pari a lire 433 mila per caso. La perdita di guadagno concretamente determinatasi è stata di lire 68,4 milioni (23.3%), pari a lire 101 mila per caso.

Considerando solamente i soggetti occupati la perdita produttiva media totale è stata di lire 290,1 milioni e la perdita media per ciascun soggetto occupato è stata di lire 1,526 milioni. Il mancato guadagno concretamente determinatosi per colpa della malattia nei soggetti occupati è stato di lire 63,9 milioni in totale, pari a lire 336 mila per occupato.

La perdita lavorativa mostra di essere in relazione con la gravità del dolore e le perdite, sia medie che marginali, sono più elevate tra i lavoratori autonomi rispetto ai lavoratori dipendenti.

Altre spese per le famiglie e per le imprese

Rappresentano una quota solitamente poco investigata perché ritenuta secondaria.

Nel nostro studio ben lire 432,4 milioni sono risultati spesi dalle famiglie in conseguenza della malattia, pari a lire 639 mila per caso.

Sono, infine, stati registrati costi modesti per le imprese dovuti alla distruzione di merci (lire 3,45 milioni) o a perdite commerciali (lire 1,28 milioni).

Costi intangibili

Costo del dolore e del disturbo

I soggetti che hanno risposto alla sezione della scheda riguardante la esperienza e la valorizzazione del dolore sono stati 249.

Il dolore è stato considerato grave dal 58% dei casi, gravissimo dal 17%, mentre i restanti casi considerano il dolore come lieve o addirittura assente.

I soggetti hanno dichiarato di essere disposti a spendere, in media lire 1,109 milioni per evitare l'esperienza di dolore ed il valore mediano di tale propensione ammonta a lire 400.000.

Costo della perdita della vita

Il costo della unica perdita è stato calcolato utilizzando una stima specifica per età e sesso derivata dalla letteratura. Il valore, determinato in base all'approccio del «capitale umano» corretto per la «propensione a pagare» è stato attualizzato con un tasso di sconto del 8% e convertito in lire al cambio 1993.

Il valore ottenuto è pari a lire 308,2 milioni per un soggetto di 78 anni di sesso maschile.

La tabella 2 riassume il costo totale ed il costo medio per caso calcolati per l'intera popolazione di soggetti intervistati.

Stima del costo regionale totale

Per la stima del costo regionale totale della salmonellosi sono stati considerati i costi medi specifici per età, ricovero e sporadicità.

I costi medi così determinati sono stati applicati ai casi notificati ottenendo i costi totali estrapolati dei casi notificati.

Per completare la estrapolazione del costo totale sociale è necessario determinare il numero ed il costo dei casi «sommersi» che non vengono notificati.

Per la stima del numero si è fatto riferimento alla stima di sottonotifica di 1:38 derivata dalla letteratura e calcolata in una indagine *ad hoc* (Ministry of Agriculture, 1988) utilizzata per lo studio nazionale inglese. Applicando tale indice al numero di casi notificati si ottiene la stima di 84.588 casi sommersi.

Per la stima del dolore i costi diretti, indiretti e intangibili dello studio sono stati analizzati in relazione al grado di dolore soggettivamente giudicato dai rispondenti. Il costo «minimo» dei casi sommersi è stato ritenuto pari al costo mediano dei casi con dolore assente o lieve ed è risultato pari a lire 1,02 milioni per caso.

Tabella 1 - Giornate lavorative perdute a causa della salmonellosi nelle varie condizioni professionali

Condizione	Giornate	Media per soggetto
Occupati	2.245	16,03
Disoccupati	9	4,5
Studenti	195	16,25
Altri	274	45,7

Il costo totale regionale estrapolato è riportato nella tabella 3.

Stima dei costi potenzialmente evitabili

Per l'eventuale uso dei dati dello studio a fini decisionali interessa conoscere non tanto il costo medio totale dovuto alla salmonellosi, bensì interessa sapere quale è la quota del costo totale che potrebbe essere risparmiata nel caso che un intervento di prevenzione o controllo riesca a ridurre il numero di casi incidenti.

Sono stati perciò presi in considerazione, tra i costi diretti, solamente i costi delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche, dietetiche ed il costo delle visite mediche private.

Tra i costi indiretti sono stati considerati le perdite produttive concretamente determinatesi ed i costi realmente sostenuti dalle famiglie e dalle imprese.

I costi intangibili non sono stati considerati.

Ciascuna delle categorie di costo risparmiabile è stata analizzata in funzione del grado di dolore soggettivamente percepito ed è stato così definito un costo «minimo» da applicare ai casi sommersi non notificati.

I valori risparmiabili totali così calcolati sono riportati nella tabella 4 (tra parentesi la percentuale del costo risparmiabile rispetto al costo regionale totale).

8. Considerazioni conclusive

Questo studio evidenzia come, nonostante la scarsa gravità dei sintomi e delle conseguenze a lungo termine della malattia, i costi sociali totali della salmonellosi umana, appaiono tutt'altro che trascurabili.

Ciò è vero soprattutto per i costi indiretti e, tra questi, per i costi che le famiglie subiscono a causa di queste malattie.

Tabella 2 - Costo totale e medio per caso della salmonellosi umana nella popolazione intervistata (in migliaia di lire)

Spese	Totale	Per caso
COSTI DIRETTI		
<i>Per assistenza sanitaria</i>		
Visite mediche	16.097	23,8
Diagnosi	25.292	38,4
Terapia	25.596	37,9
Diete	3.024	4,5
Ricoveri	1.211.750	1.792,5
Totale assistenza	1.282.429	1.897,0
<i>Per indagini e controllo</i>		
Lavoro igiene pubblica	79.975	118,3
Lavoro veterinario	6.213	9,2
Esami di laboratorio	37.100	54,9
Trasporti	1.571	2,3
Totale indagini	124.859	184,7
Totale costi diretti	1.407.288	2081,0
COSTI INDIRETTI		
Perdite produttive	292.719	433,0
<i>Per le famiglie</i>		
Visite ai famigliari	27.491	40,6
Spese per aiuto domestico	10.925	16,2
Tempo per assistenza ai casi	44.806	66,2
Spese per assistenza ai casi	11.735	17,3
Perdite di tempo libero	16.882	24,9
Altre spese	27.890	41,2
Totale costi famiglie	432.438	639,7
<i>Per le imprese</i>		
Distruzione ed altre	4.728	6,9
Totale costi indiretti	437.166	646,6
COSTI INTANGIBILI		
Dolore o fastidio (*)	276.141	408,5
Vita umana	308.200	455,9
Totale costi intangibili	584.341	864,4
Totale generale	2.428.795	3.592,8

(*) È stata considerata solamente la stima ottenuta su 246 soggetti, il costo medio per caso risulta, pertanto sensibilmente sottostimato.

Tabella 3 - Costi sociali totali della salmonellosi in Emilia-Romagna (estrapolazione) (in migliaia di lire)

Costi	Notificati	Sommersi	Totali
Costi diretti	3.587.786	5.921.160	9.508.946
Costi indiretti	1.215.267	29.605.800	30.821.067
Costi intangibili	2.325.401	50.752.800	53.078.201
Costi totali	7.128.454	86.279.760	93.408.214

Inoltre il metodo di rilevazione adottato, basato sui servizi sanitari, non ha consentito di evidenziare adeguatamente alcune componenti, quali i costi sostenuti dalle imprese per la prevenzione e il controllo, che sicuramente contribuiscono al costo totale dovuto alla salmonellosi umana.

La quota totale potenzialmente risparmiabile è notevole e sufficiente a consentire importanti investimenti per interventi di prevenzione a patto, ovviamente, di voler adottare una prospettiva di valutazione economica non esclusivamente limitata al sistema sanitario.

Ulteriori approfondimenti sarebbero necessari in particolare per quanto riguarda la definizione dei costi indiretti sostenuti dalle imprese e per la identificazione e caratterizzazione dei casi sommersi.

Va infine sottolineato che questo studio è stato realizzato dagli operatori dei servizi di igiene pubblica della regione Emilia-Romagna e rappresenta, oltre che un esempio delle potenzialità conoscitive insite nei sistemi di sorveglianza, anche la dimostrazione delle capacità di ricerca operativa applicabili dai servizi di prevenzione.

BIBLIOGRAFIA

ARCHER D.L., KVENBERG J.E., *Incidence and cost of foodborne diarrheal disease in the United States*. Journal of Food Protection 1985; 48: 887-894.

BECKERS H.J., DANIEL-BOSMAN M.S.M., AMENT A., DAENON J., HANEKAMP A.W.J., KNIPSCHILD P., SCHUURMANN A.H.H., BIJKERK H., *Two outbreaks of salmonellosis caused by Salmonella indiana. A survey of the European summit outbreak and its consequences*. International J. Food Microbiol 1985; 2: 185-195.

BRYAN F.L., *The impact of foodborne disease and methods of evaluating control programs*. Journal of Environmental Health 1978; 40: 315-323.

COHEN D.R., PORTER I.A., REID T.M.S., SHARP J.C.M., FORBES G.I., PATERSON G.M., A

Tabella 4 - Costi totali (in migliaia di lire) risparmiabili della salmonellosi umana in Emilia-Romagna (tra parentesi la percentuale rispetto al costo regionale totale)

Costi	Notificati	Sommersi	Totali %
Costi diretti	199.894 (5)	5.667.360	5.867.290 (61)
Costi indiretti	537.790 (44)	12.840.458	13.378.248 (43)
Costi totali	737.684 (15)	18.507.854	19.245.538 (48)

cost benefit study of milk borne salmonellosis. J. Hyg 1983; 91: 17-23.

CURTIN L., *Economic study of salmonella poisoning and control measures in Canada*. Working paper 11/84. Food Market Analysis Division. Marketing and economics branch Agriculture. Canada 1984.

DEAN A.G., DEAN J.A., BURTON A.H., DICKER R.C., *Epi Info, Version 5: a word processing, database and statistical program for epidemiology on microcomputers*. USD, Incorporated, Stone Mountain, Georgia, 1990.

DEMICHELI V., JEFFERSON T.O., *Le conseguenze economiche della salmonellosi*. Antibiototerapia per la pratica 1991; 2: 73-81.

DRUMMOND M.F., *Cost-of-illness studies. A Major Headache?* Pharmaco Economics 1992; 2(1): 1-4.

FARINA A., FARINA F., *Contributo all'analisi operativa di un ambulatorio di medicina generale*. Il Medico condotto 1987; 10: 14-20.

FINN P.J., MEHR B., *A benefit-cost analysis of eradicating salmonella infection in chicken meat produced in Canada*. Proceeding of the International Symposium on Salmonella and Prospect for Control. University of Guelph. Ontario, 1977.

FOUNTAIN R.E., COHEN M.L., MARTIN W.T., VERNON T.M., *Epidemic of salmonellosis from cheddar cheese: surveillance and prevention*. Am J. Epidemiol 1980; 111: 247-253.

JONES-LEE M., *Trying to value life*. J. Public Econom 1978; 12: 249-256.

KOOPMANSCHAP M.A., RUTTEN F.F.H., *Indirect costs in economic studies. Confronting the confusion*. Pharmaco Economics 1993; 4(6): 446-454.

KRUG W., REHM N., *Nutzen-kosten-analyse de salmonellose-bekämpfung*. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. 1983.

LANDEFELD J.S., SESKIN E.P., *The economic value of life: Linking theory to practice*. Am J. Public Health 1982; 72(6): 555-566.

MAKI-IKOLA O., GRANFORS K., *Salmonella triggered reactive arthritis*. Lancet 1992; 339: 1096-1098.

MARIN A., *Your money or your life*. Three Banks Rev 1983; 138: 20-37.

MINISTRY OF AGRICULTURE, FISHERIES AND FOOD, *Food hygiene: report on a consumer survey*. London HMSO 1988.

PAGNI A., *La medicina di base in Italia*. Prospettive sociali e sanitarie 1981; 1(2): 4-12.

RICE D.P., *Estimating the cost of illness*. Health Economics Series No. 6, Public Health Service. US Government Printing Office, Washington DC, 1966.

ROBERTS J.A., SOCKETT P.N., GILL N., *economic impact of nationwide outbreak of salmonellosis: cost-benefit of early intervention*. Br. Med J. 1989; 298: 1227-1230.

SIEGENTHALER E.J., *The economic impact of foodborne disease (an american viewpoint)*. Alimenta 1979; 18: 2-6.

SOCKETT P.N., ROBERTS J.A., *The social and economic impact of salmonellosis. A report of a national survey in England and Wales of laboratory confirmed salmonella infections*. Epidemiol Infect 1991; 107: 335-347.

SOCKETT P.N., COWDEN J.M., LA BAIGUE S., ROSS D., ADAK G.K., EVANS H., *Foodborne disease surveillance in England and Wales: 1989-1991*. Communicable Disease Report Review PHLS CDSC 1993; 3(12): 150-173.

TODD E. (A), *Economic loss from food-borne disease outbreaks associated with food service establishment*. J. Food Protect 1985; 48: 169-180.

TODD E. (B), *Economic loss from food-borne disease and non-illness related recalls because of mishandling by food processors*. J. Food Protect 1985; 48: 621-633.

TODD E., *Preliminary estimates of costs of food borne disease in Canada and the cost to reduce salmonellosis*. J. Food Protect 1989; 52: 586-594.

YULE B.F., FORBES G.I., MCLEOD A.F., SHARP J.C.M., *The costs and benefits of preventing poultry borne salmonellosis in Scotland by irradiation*. Health economics research unit - University of Aberdeen. Discussion paper 5/86. 1986.

YULE B.F., FORBES G.I., MCLEOD A.F., SHARP J.C.M., *The costs and benefits of preventing poultry borne salmonellosis in Scotland by irradiation*. Bull WHO 1988; 66: 753-738.

SCELTE DI ESTERNALIZZAZIONE IN SANITÀ

di Gianmaria Battaglia

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

SOMMARIO: 1. Le scelte di esternalizzazione e le aziende - 2. Identificazione delle alternative da confrontare e criteri di valutazione - 3. Descrizione delle alternative e analisi della convenienza economica - 4. Altri elementi di valutazione - 5. Condizioni di implementazione - 6. Esplicitazione del processo decisionale.

Cost containment policies and restrictions of capital expenditure have induced Local Health Authorities (LHAs) and hospital to consider the possibility of contracting out some services traditionally provided by them selves. Opportunities provided by contracting out decisions are depicted critically to help decision making in LHAs and hospital. Market conditions necessary for contracting out to be beneficial are first examined. Contracting out decisions are then considered in their different aspects of the implementation: decisions are then examined, examining the skills needed to manage cross-organizational relations.

L'esternalizzazione è una delle modalità attraverso cui un'azienda può reperire la disponibilità di un bene o servizio di cui necessita per assolvere i propri compiti istituzionali: in particolare ne acquisisce la disponibilità da un terzo invece che svolgere in proprio l'attività.

Nel settore sanitario pubblico le scelte di esternalizzazione si inquadrano nel più ampio fenomeno della privatizzazione. L'esternalizzazione dei processi di produzione ed erogazione di determinati servizi, nei quali non si ravvede la necessità dello svolgimento da parte di depositari della funzione pubblica, è infatti talvolta considerata più efficiente della gestione diretta. Le risorse, finanziarie ed organizzative verrebbero così risparmiate a tutto guadagno dell'attività principale, a specifico contenuto sanitario.

Oggetto di scelte di esternalizzazione sono quindi tipicamente quei servizi, talvolta definiti ancillari (o periferici rispetto al cuore del servizio), che

supportano solo indirettamente l'attività medico-sanitario (pulizia e manutenzione delle strutture, servizi mensa, eccetera) e tutti quei servizi di tipo tecnico o amministrativo che possono essere acquisiti attraverso un normale contratto di fornitura o di servizio (manutenzione apparecchiature non sanitarie, servizi autoparco e trasporto persone e così via).

La criticità di tali tipo di scelte sono tanto maggiori quanto la risorsa umana è coinvolta nel processo produttivo. La rigidità della risorsa personale, caratteristica significativa proprio nel settore pubblico, il suo elevato costo relativo e la portata valoriale ed ideologica di ogni iniziativa che la coinvolge, ne fanno senza dubbio la risorsa più critica a disposizione delle attività più umane organizzate.

La portata strategica delle scelte di esternalizzazione è un elemento che viene poi spesso sottovalutato, la sussidiarietà di alcune attività rispetto al cuore della propria missione istituzionale si tramuta a volte in dipendenza

tout court quando non è più possibile far valere il proprio peso contrattuale entrando in rapporto di dipendenza con chi ha in appalto il servizio.

Il tema, spesso liquidato sotto l'aspetto di valutazione di efficienza, è in effetti assai più complesso di quello che si crede e coinvolge livelli decisionali differenti all'interno delle aziende.

La difficoltà evidenziata da alcune categorie di enti pubblici a gestire direttamente in maniera efficiente ed efficace i servizi che, in virtù di scelte politiche, sono chiamati ad organizzare e fornire alla collettività, unitamente all'opportunità di mantenere la presenza pubblica in alcuni settori dell'economia, è tema che alimenta un serrato dibattito politico e scientifico.

La soluzione che viene spesso proposta per ovviare alle inefficienze e alla scarsa capacità di fornire servizi adeguati alla necessità da parte del settore pubblico è quella della privatizzazione.

In effetti il termine privatizzazione si riferisce esclusivamente ad un cam-

bio nella natura della titolarità giuridica dell'ente: nel caso di società per azioni ad esempio, il processo di privatizzazione consiste nel passaggio del pacchetto azionario che consente il controllo della società stessa da un soggetto a diretto controllo pubblico a uno o più soggetti privati.

L'ipotesi che un cambio della titolarità del soggetto che organizza ed eroga beni e servizi automaticamente porti ad una migliore gestione in termini di allocazione più efficiente delle risorse e di maggior qualità del bene o servizio, ingloba una serie di assunzioni più o meno esplicite di differente natura. Esse si possono sintetizzare grosso modo nelle seguenti tipologie:

a) pragmatiche: «la produzione di beni e servizi attuata nell'ambito di soggetti di tipo privato avviene in maniera più efficiente, quindi porta benefici collettivi»;

b) ideologiche: «l'intervento statale è eccessivo ed a volte indebito. Le decisioni prese in organismi emanazione dello stato sono per necessità di tipo politico, mentre la gestione economica dei servizi deve rispondere alle leggi economiche che trovano nel mercato la garanzia di funzionamento neutrale e quindi che rispecchia meglio il rapporto tra beni e servizi e valore delle risorse consumate per ottenerli»;

c) commerciali: «il settore pubblico assorbe una grande parte dell'economia nazionale, gran parte delle risorse assorbite dal settore pubblico potrebbero essere dirottate nel settore privato dove troverebbero uso più efficiente ed innovativo»;

d) partecipative: «la voce del cittadino ha troppo poco peso nelle decisioni gestionali delle attività gestite dal pubblico: l'utente dovrebbe essere parte attiva nella definizione delle modalità di gestione dei servizi di cui si serve. Inoltre l'organizzazione burocratica dell'amministrazione pubblica

allontana il cittadino dalle scelte che lo riguardano come utente di servizi».

Si può facilmente notare come questa carellata, peraltro sintetica e lacunosa, di motivazioni che possono spingere verso scelte di privatizzazione originano da esigenze differenti (miglioramento dell'utilizzo delle risorse, crescita dell'economia, difesa della società da possibili indebitate commistioni tra potere politico e economico e così via) e si fondano a loro volta su assunzioni che meriterebbero attenta valutazione e verifica: efficienza del mercato nell'allocazione delle risorse, neutralità delle scelte di mercato, coincidenza, o almeno simile orientamento, in campo economico, dell'interesse particolare di singoli soggetti economici con l'interesse collettivo.

Una riflessione «a tutto campo» su questi temi è sicuramente problematica per almeno due ragioni:

1) i problemi posti dalle spinte alla privatizzazione sono complessi e si prestano a confusioni considerevoli. Come tutti i dibattiti centrati sulla (o sulle) soluzioni e non sui problemi, non solo sono gravidi di contrasti ideologici (come abbiamo voluto evidenziare sopra), ma non esplicitano realmente i termini del confronto: è in gioco la modalità di intervento statale nell'economia, il concetto stesso di intervento statale in economia oppure il ruolo dei meccanismi di mercato nel processo di regolazione e allocazione delle risorse?

In effetti tale questione non si può dirimere se non attraverso la traduzione del dibattito generale in un dibattito riguardo un problema da affrontare, certo dal punto di vista teorico, ma legato a precise ipotesi e finalità. Ad esempio, operativamente non è d'aiuto avviare una dialettica sul grado ottimale di intervento del settore pubblico nell'economia, ma può migliorare la funzionalità del sistema econo-

mico riflettere sull'opportunità di sottomettere a criteri di mercato la produzione ed erogazione dei servizi di trasporto pubblico urbano, in relazione alle esigenze di mobilità della popolazione;

2) ciascuna soluzione va poi valutata nell'ambito specifico nel quale è proposta. Ogni settore economico ha specifiche caratteristiche strutturali e di funzionamento: gli ambiti di miglioramento vanno analizzati rispetto ai problemi, alle opportunità e ai rischi della situazione particolare.

Data la complessità e la dinamicità dei sistemi socio-economici attuali non pare possibile identificare verità valide in assoluto, ma solo singole ipotesi dotate di ragionevolezza (limitata nel tempo) rispetto a particolari situazioni e contesti.

La collocazione delle scelte di esternalizzazione da parte delle aziende sanitarie pubbliche nell'ambito del più ampio dibattito sulle privatizzazioni non vuole essere fuorviante rispetto all'importante natura operativa del problema: al contrario in questa breve introduzione si è cercato proprio di enfatizzare la necessità di sterilizzare il tema dai pregiudizi ideologici attraverso la precisa definizione della problematica in oggetto, dei presupposti (motivazioni che mettono in discussione l'esistente), delle circostanze (contesto specifico ed eventuali esperienze passate od omogenee) e delle finalità della decisione (elementi da migliorare rispetto ad altri da tenere in secondo piano).

1. Le scelte di esternalizzazione e le aziende

Le riflessioni sono quindi concentrate sulle scelte di esternalizzazione dal punto di vista di singole aziende che gestiscono attività ed in particolare dei soggetti coinvolti nelle analisi e nelle decisioni operative.

Non è il caso di soffermarsi a lungo sulla considerazione che anche chi, pur avendo la possibilità di effettuare questo tipo di scelte, non si pone il problema (perchè ritiene sbagliato esternalizzare per scelte aprioristiche generali oppure per scarsa consapevolezza del proprio ruolo nelle politiche di gestione delle risorse pubbliche), in realtà effettua anch'egli precise scelte: semplicemente non esplicita il percorso decisionale adottato.

Come viene analizzato in dettaglio, le scelte effettuate all'interno delle aziende possono però essere valutate alla luce di differenti criteri: dalla convenienza dei flussi monetari del brevissimo periodo, ad una valutazione strategica dell'impatto della scelta nel lunghissimo periodo. Dato che all'interno di questo ventaglio di criteri si riscontrano indicazioni diverse e spesso contrastanti (basti pensare all'opportunità di dare in gestione a terzi una attività per la convenienza in termini di costo che però può compromettere l'indipendenza dell'azienda a seguito della perdita delle competenze necessarie al reintegro dell'attività, che accresce enormemente il potere contrattuale del contraente) non è possibile definire a priori nè qual'è la scelta migliore, né qual'è il criterio migliore per decidere. La decisione rientra nel campo delle scelte manageriali, contraddistinte tipicamente da elevato grado di rischio d'errore.

La circostanza che l'attività delle Unità sanitarie locali, appartenendo queste al sistema pubblico, deve rispondere anche ai criteri della trasparenza, imparzialità e garanzia nei confronti della legge non può imporre la ricerca di una soluzione ottimale che non esista. Ciò che è possibile fare è l'esplicitazione della situazione di fatto alla base del problema decisionale, il percorso decisionale adottato e la puntualizzazione e specificazione del-

le ipotesi e degli elementi presi in considerazione nelle diverse analisi alla base decisionale.

Come abbiamo evidenziato poc'anzi le scelte di gestione (e le scelte di esternalizzazione ne fanno parte) vanno valutate rispetto al contributo che danno al funzionamento nel lungo periodo dell'azienda che le adotta. La decisione effettiva dipende quindi da un mix di giudizi sulle alternative rispetto alle condizioni economico-finanziarie, organizzative, strategiche che le contraddistinguono. Di seguito sono illustrati una serie di elementi che è necessario tenere in considerazione durante il percorso decisionale in merito alle scelte di esternalizzazione.

2. Identificazione delle alternative da confrontare e criteri di valutazione

L'identificazione delle alternative a disposizione per assicurare una funzione all'interno delle aziende è ben lungi dall'essere un semplice problema di ricognizione di alternative tecniche per lo svolgimento del servizio richiesto.

Individuare tecniche per lo svolgimento di cui è ipotizzabile l'esternalizzazione significa effettuare un profondo esercizio di analisi e giudizio sulle caratteristiche interne dell'azienda e del contesto esterno ad essa. L'opportunità di trarre beneficio, dal punto di vista dell'azienda, dall'esternalizzazione di attività, dipende da una serie di caratteristiche di funzionamento interno che si ritengono non migliorabili (e quindi sono strutturalmente gestite meglio da terze parti, con un differenziale da giustificare, tra l'altro, il loro profitto) e di condizioni del sistema di mercato (che si ritiene più efficiente nello svolgere le funzioni di coordinamento dell'attività di più soggetti e di regolarizzazione dei loro

rapporti rispetto ai risultati finali dell'attività).

Non è questa la sede per riproporre gli spunti offerti dal filone di studio che analizza le alternative organizzazione e mercato, ma occorre ricordare come di fatto entrambe costituiscono dei meccanismi attraverso cui vengono soddisfatte le esigenze di informazione e coordinamento delle attività complesse e di individuazione delle responsabilità economiche e gestionali connesse.

Per comprendere la problematicità delle scelte di esternalizzazione è utile soffermarsi innanzi tutto sui punti di forza generalmente attribuiti alle soluzioni gestionali interne:

— il processo decisionale di riorientamento dell'attività è più flessibile in relazione ad esempio alle incertezze ambientali, in virtù della maggior rigidità strutturale dei rapporti con terzi, basati su strumenti giuridici non modificabili nel brevissimo periodo. L'evoluzione delle attese nei confronti dell'azienda ad esempio può comportare un adeguamento di alcune caratteristiche del servizio: qualora esso sia svolto direttamente dall'azienda dovrebbe essere più semplice e rapido adeguare l'attività alle nuove richieste;

— la soluzione interna evita l'affidamento a meccanismi di mercato in presenza di un basso numero di soggetti esterni e quindi con scarse garanzie sul processo competitivo che genera la migliore offerta disponibile;

— rispetto alla soluzione esterna non si pone il problema della divergenza di obiettivi di lungo periodo tra azienda e soggetto cui è chiesto di svolgere l'attività esternalizzata. Se ad esempio viene appaltato un servizio ad una impresa fortemente orientata al miglioramento dell'efficienza e quindi con uno sviluppo delle forme di responsabilizzazione e controllo di gestione basate su criteri di efficienza

pura, mentre l'azienda che esternalizza intende avviare un riorientamento di tutte le attività rivolto ad una maggiore qualità di tutti i servizi offerti, si verificheranno senz'altro tensioni e problemi di coordinamento tra servizio appaltato e le altre attività svolte;

— da un punto di vista strategico la gestione interna annulla il rischio di una futura dipendenza eccessiva da terzi soggetti in virtù del loro potere contrattuale. Qualora ad esempio sia stata esternalizzata da lungo tempo una attività, le competenze per svolgerla sono man mano state perse e quindi non si è in grado di reintegrare l'attività al proprio interno se non ad un costo elevato in termini di acquisizione delle risorse umane, materiali, tecnologiche e di *know how* necessarie per il suo svolgimento. Se poi le condizioni del mercato di quell'attività non offrono alternative valide (per economie di scala o barriere all'entrata) il potere contrattuale dell'attuale controparte diventa elevatissimo;

— la soluzione interna non richiede accurate specificazioni quali-quantitative dell'*output* dell'attività svolta. Dal momento che i rapporti con gli eventuali appaltatori sono regolati esclusivamente sulla base di contratti, in essi occorre specificare accuratamente ciò che ci si attende dall'attività appaltata. Anche qualora sia possibile interagire informalmente per ottenere un adeguamento dell'attività svolta da terzi alle proprie attese, è molto più costoso comunicare con soggetti esteri rispetto alle potenzialità della gestione interna nel cui caso è possibile esplicitare direttamente le modifiche sul processo di realizzazione, senza bisogno di individuare complessi indicatori oggettivi di *output* dell'attività svolta.

In linea di massima quindi le soluzioni gestionali interne si caratterizzano per una maggior flessibilità e sicurezza strategica: perché allora si inizia

a ipotizzare che la gestione complessiva potrebbe trarre benefici sostanziali dall'esternalizzazione di alcune attività?

La costante assenza di un riferimento, più o meno efficiente e competitivo, quale il mercato, può tendere a far diminuire la dinamicità delle funzioni interne con due effetti principali:

— crescita dimensionale e irrigidimento nel funzionamento che non trova i freni indotti dal criterio dell'efficienza;

— rendite di posizione delle funzioni interne, in virtù della loro riconosciuta importanza, con una sempre più limitata circolazione e trasparenza delle informazioni.

La scelta di esternalizzare alcune attività può quindi essere la conseguenza di una crescita disordinata dell'organizzazione che ha portato la struttura a mostrare ingiustificati appesantimenti in alcuni settori che non è più possibile (o almeno è possibile solo con sforzi eccessivi) ricondurre nel complessivo processo di coordinamento produttivo.

Vi sono peraltro anche alcune condizioni dell'ambiente di riferimento dell'azienda che possono condizionare pesantemente lo svolgimento interno di alcune attività: si pensi ad esempio al clima sindacale che è a volte fortemente influenzato dalla natura delle aziende e può, pur all'interno dello stesso ambito socio-geografico, presentarsi diversamente per soggetti diversi.

Qualora una azienda si confronti con condizioni di ambiente che ritiene penalizzanti e che pensa non gravino in egual misura su altre aziende, può utilmente servirsi di queste per veder realizzate le attività che le servono.

A fronte di queste problematiche, comuni a tutte le tipologie di azienda, il settore pubblico evidenzia caratteristiche ulteriori e consistenti principalmente in un sistema di relazioni e in-

fluenze interistituzionali che possono essere percepiti, a livello dell'azienda che gestisce i servizi, come vincoli forti all'attività.

Ci riferiamo ai vincoli che il sistema pubblico impone: ad esempio la quantità di personale, o la rigidità del bilancio autorizzativo nel complesso e in specifico la separazione fra spese correnti ed in conto capitale e così via.

Il limitato spazio di manovra a livello aziendale indotto da questi vincoli può far preferire, o addirittura imporre, la scelta esterna qualora ad esempio si intenda potenziare alcune attività senza avere a disposizione risorse in conto capitale.

In realtà il problema consiste in buona sostanza nella verifica delle capacità della funzione manageriale interna a organizzare l'attività garantendo flessibilità organizzativa e chiarezza e coerenza di obiettivi e responsabilità gestionali in presenza di spinte, esterne e interne, che tendono a irrigidire e frammentare il funzionamento aziendale. È a questi minimi termini che la problematica della maggiore o minore efficienza della funzione esterna si riconduce.

La verifica dell'opportunità della gestione interna o esterna diventa quindi in ultima istanza (e quindi, a livello operativo, in sede di analisi preliminare) la verifica della possibilità di organizzare una attività in modo efficiente ed efficace, coerentemente rispetto alle esigenze e alle risorse manageriali, umane, finanziarie, tecnologiche ecc. a disposizione dell'azienda.

A tal proposito acquisisce notevole importanza, proprio nel sistema pubblico, l'esplicitazione del percorso decisionale nel suo complesso. Data l'elevata interdipendenza e influenza dei livelli istituzionali, è importante esplicitare le motivazioni reali che possono rendere preferibile una soluzione

esterna rispetto alla gestione diretta. Rendere visibili i fattori che condizionano l'attività delle aziende è un ritorno informativo formidabile per i livelli superiori del sistema ed è la base per una chiara assunzione di responsabilità manageriali su ciò che si ritiene possibile fare o meno (1).

In questo senso, come si afferma all'inizio del paragrafo, l'individuazione delle alternative gestionali possibili deve essere la conclusione di un processo di analisi articolato e profondo delle caratteristiche ambientali e aziendali.

A questo punto è possibile dare una migliore caratterizzazione delle alternative oggetto delle valutazioni di esternalizzazione: non sono rappresentate dalle situazioni ideali di migliori efficienza possibile («se fossi efficiente funzionerei in questo modo e l'attività costerebbe questa cifra, se il meccanismo di appalto funzionasse potrei spuntare un contratto con queste caratteristiche»...).

Le alternative sono invece rappresentate dai possibili percorsi di azione rispetto alle circostanze reali di funzionamento attuale.

Ciò garantisce da un lato la veridicità delle stime quantitative e dall'altro ancora le ipotesi ai livelli di efficienza ed efficacia attuati e sperimentati.

Il problema della valutazione delle alternative a fini decisionali si pone quindi su più livelli. Posto che il criterio generale di valutazione è il contributo che la singola alternativa dà, rispetto alle altre, nel lungo periodo al perseguimento delle finalità istituzionali, occorre porsi due problemi:

a) come impostare un corretto confronto tra le alternative;

b) in quali criteri operativi è possibile tradurre il criterio generale sopra enunciato.

Per quanto riguarda il primo punto, il criterio guida per effettuare confronti significativi è quello di effettuare

confronti a parità di condizioni. Ciò significa rendere omogenee le alternative rispetto alle caratteristiche rilevanti dell'esito dell'attività. Ad esempio la quantità delle prestazioni garantite da due differenti soluzioni gestionali devono essere omogenee, oppure, se possibile, deve essere tenuto conto dei maggiori oneri (non solo economici) connessi alle conseguenze (sempre che siano accettabili) della minor qualità di una soluzione.

Questo criterio è tanto più facilmente applicabile quanto più operativa e concreta è la definizione dell'alternativa: nella sezione che descrive l'analisi economica delle alternative gli esempi utilizzati hanno anche lo scopo di esemplificare meglio questo criterio.

Il secondo problema è invece di più difficile soluzione. Del perseguimento nel lungo periodo delle finalità istituzionali delle aziende non è possibile dare una rappresentazione unica e tanto meno quantitativa.

Esso è un concetto di natura astratta che ingloba diverse sfaccettature dell'azienda rispetto: la dimensione quali-quantitativa dell'*output* dell'attività svolta, le condizioni economico-finanziarie, le condizioni competitive complessive, le caratteristiche organizzative interne e così via.

È quindi però possibile scomporre gli effetti che le scelte gestionali hanno rispetto ad una serie di condizioni ritenute di volta in volta significative.

L'individuazione delle caratteristiche aziendali su cui l'adozione di una alternativa impatta significativamente rispetto ad un'altra è compito non strutturabile a priori. Nelle prossime due sezioni verranno affrontati prima il problema dell'analisi economica delle alternative, dimensione questa per definizione presente nelle realtà aziendali, e successivamente una serie di ulteriori criteri utili ad una più corretta analisi complessiva.

Resta comunque responsabilità del processo decisionale nel suo complesso, l'individuazione delle analisi richieste e la correttezza delle stesse rispetto ad una specifica decisione: i processi decisionali aventi come criterio la convenienza aziendale sono per definizione ancorati alla specifica realtà (dell'ambiente in cui è inserita quella specifica azienda e delle sue caratteristiche interne) in cui vengono svolti e non sono trasferibili automaticamente in altri contesti e non possono essere giudicati, se non sommariamente dall'esterno.

Per questa ragione grande rilevanza assume l'esplicitazione del processo decisionale nel contesto pubblico, in cui, come si sa, grandi sono le relazioni interistituzionali e in cui il criterio della trasparenza dei processi amministrativi e gestionali non deve essere sacrificata in virtù di una presunta e generica (visto che non è dimostrabile se non esplicitando il percorso decisionale adottato) miglior efficienza ed efficacia dell'attività.

3. Descrizione delle alternative e analisi della convenienza economica

La convenienza economica (intesa in senso stretto) è, come evidenziato, solo un aspetto del giudizio complessivo sull'opportunità di esternalizzare i servizi. In particolare essa tenderà ad essere il criterio prevalente man mano che diminuisce la rilevanza che la scelta ha rispetto agli altri criteri di giudizio.

In altre parole, se le alternative identificate sono sostanzialmente irrilevanti rispetto a considerazioni di più ampio respiro strategico nella gestione o non interagiscono minimamente con le finalità istituzionali dell'ente, oppure non hanno effetti sul livello di complessità e sulle esigenze di coordinamento e integrazione della

gestione, il criterio dominante può liberamente essere quello economico in senso stretto.

Tale è per esempio il caso di un servizio di vendita di giornali e riviste all'interno di un ospedale cittadino: il servizio, nell'ipotesi che sia organizzato in economia all'interno dell'ospedale, non può essere considerato facente parte delle finalità istituzionali dell'ospedale, e, per quanto possa rientrare nel concetto di qualità del servizio sanitario ospedaliero, il servizio di vendita di giornali può essere liberamente sostituito da una analoga attività gestita da esterni alla struttura (si può pensare che sia socialmente accettabile che il reperimento di letture per i malati convalescenti sia affidato a meccanismi sociali amicali o parentali a seguito della completa eliminazione del servizio stesso). In questa ipotesi il criterio economico è sicuramente il principale metro di giudizio della preferibilità della alternativa interna a quella esterna o all'eliminazione totale dell'attività.

Nell'esempio l'attività citata prevede la vendita di beni e quindi la possibilità di contributo economico positivo all'ente: in realtà questo è un caso molto raro e normalmente le scelte riguardano differenti modalità di svolgimento di attività connesse all'organizzazione di servizi sanitari e quindi non implicanti possibili ricavi. In tale ipotesi l'analisi economica si concentra sui differenti costi delle alternative.

È bene rilevare che la bontà dell'analisi economica dipende in gran parte dalla corretta definizione e rappresentazione economica delle alternative.

Il concetto di costo non è oggettivo, ma è funzione delle finalità conoscitive che si perseguono: nel caso della scelta fra alternative la definizione del costo è finalizzata alla identificazione dell'alternativa più conveniente. Per

questo motivo la configurazione di costo da adottare per effettuare l'analisi comparativa sarà specifica e differente, ad esempio, da quella adottata per rappresentare il costo di una delle due alternative ai fini di responsabilizzazione del personale responsabile del servizio. A tal fine è necessario esplicitare tutta una serie di informazioni aggiuntive e di ipotesi alla base delle scelte atte a garantire un corretto confronto.

In particolare il concetto di costo utilizzato per le analisi è quello di costo differenziale: vengono considerati cioè solo i costi che sorgono o cessano a seguito dell'eventuale adozione di una scelta (rispetto alle alternative). È da notare come la rinuncia ad utilizzare attrezzature presenti in azienda non costituisca un costo cessante per l'alternativa che non ne prevede l'uso. Ovviamente i costi sorgenti non derivano solo da nuove acquisizioni di fattori produttivi, ma anche dall'utilizzo di risorse già presenti: in tal caso la necessità dell'inclusione del costo nel confronto fra alternative dipende dall'effettivo sacrificio che l'azienda sopporta nel destinare la risorsa in oggetto all'attività in ipotesi. Se infatti il costo è in ogni caso sostenuto e la risorsa rimarrebbe altrimenti inutilizzata, l'azienda non sopporta nessun sacrificio nell'utilizzarla. L'alternativa che ne prevede l'uso non deve quindi essere, in fase decisionale, caricata dell'aggravio di tale risorsa.

Ciò apre il secondo tema rilevante riguardo ai costi, ossia quale sia la loro quantificazione più coerente con le finalità dell'analisi. Dato che logicamente le alternative devono essere caricate dei sacrifici che l'azienda sopporta per dar seguito ad ognuna di esse, non sempre il prezzo di acquisizione della risorsa è la misura corretta di tale sacrificio. Occorre ricorrere infatti al concetto di costo opportunità, ove esso è rappresentato dal miglior

utilizzo alternativo della risorsa stessa.

Ciò è particolarmente vero in presenza di risorse molto scarse, tali da configurare dei colli di bottiglia per l'azienda che ne dispone in quantità limitate, indipendentemente dal prezzo (o remunerazione) connesso all'acquisizione. Un primo esempio è il personale che per vincoli di tipo istituzionale (piante organiche e così via) o di tipo ambientale (carenza strutturale di alcune figure professionali) sono disponibili in misura indipendente dalla remunerazione ad esso garantita. Un secondo esempio può essere costituito dalle risorse finanziarie che, qualora non disponibili in modo finalizzato, costituiscono una risorsa al cui utilizzo, probabilmente, sono connessi sacrifici superiori al costo di acquisizione. Dato che la possibilità di acquisire risorse finanziarie da immobilizzare nelle attività dell'azienda sono limitate dalla struttura finanziaria complessiva dell'azienda (quando non lo sono per norma di legge), l'utilizzo di parte di esse comporta la rinuncia al miglior utilizzo alternativo possibile in quel momento.

Queste brevi notazioni evidenziano come i costi a supporto delle decisioni di scelta fra alternative, non solo non sono gli stessi, ma anche sono quantificati diversamente, rispetto alle configurazioni di costo utilizzate ai fini di gestione più usuali e routinari (controllo e responsabilizzazione, oppure fissazione di prezzi o tariffe).

In ultimo va notato come gli strumenti e le tecniche di analisi e valutazione, non trattati in questa sede, sono poi molteplici e differenti tra loro in dipendenza delle diverse caratteristiche delle attività oggetto di analisi. A modelli di confronto di tipo uniperiodale, che prendono come base del confronto i costi annuali delle diverse alternative, si possono sostituire modelli multiperiodali in cui la dimensione

economica del tempo, a seguito di elevata diversità dei flussi nei diversi anni, diventa rilevante e impone strumenti per rendere omogenei i valori nel tempo.

L'analisi e la valutazione economica in senso stretto non fornisce risposte univoche, ma fornisce una serie di risultati ottenuti con diverse metodologie che evidenziano ciascuna alcuni aspetti del problema che occorre integrare in una valutazione complessiva.

4. Altri elementi di valutazione

A fronte della relativa semplicità dell'impostazione delle analisi economico-finanziarie delle alternative proposte, è più difficile, se non impossibile, strutturare teoricamente un percorso universalmente valido a priori nella selezione e analisi delle caratteristiche aziendali e di ambiente che devono essere tenute in considerazione nel processo di valutazione complessiva.

In questo paragrafo verranno affrontati alcuni temi che possono essere oggetto di analisi in occasione della valutazione delle opportunità di esternalizzazione e che si ritengono significativi e rappresentativi dei criteri con cui effettuare l'analisi stessa.

Una prima dimensione riguarda la natura stessa del servizio ancillare. Come già ricordato, principale oggetto di scelte di esternalizzazione sono quei servizi che non vengono ritenuti caratterizzanti l'attività tipica dell'ente (ad esempio per le aziende sanitarie possono essere citati i servizi di pulizia, lavanderia, mensa e così via). Certamente sono servizi che non possiedono quella connotazione specialistica sanitaria da congregarli nello «zoccolo duro» dell'attività propria dell'azienda. Nondimeno, se spostiamo il punto di vista da quello particolare delle differenti attività a quello dell'a-

zienda nel suo complesso, l'analisi sull'opportunità di esternalizzazione può arricchirsi di nuovi elementi.

In particolare è possibile riferirsi al principio secondo cui tutte le attività aziendali costituiscono un insieme di azioni altamente interrelate e, per quanto provengono da professionalità diverse e siano strutturate organizzativamente in diverse unità operative, devono essere considerate all'interno di un unico sistema complessivo. Questo comporta la ricerca delle relazioni che caratterizzano il funzionamento anche delle attività meno «sanitarie» e la valutazione dell'impatto che la scelta di esternalizzazione comporta.

A titolo di esempio è possibile ricordare alcuni casi all'interno dell'esperienza del NHS inglese riguardo i servizi di pulizia. Il personale addetto alle pulizie, di fatto costituiva con altre tipologie di personale (principalmente infermieristico) un unico team nella creazione del contesto in cui il malato convalescente è inserito. Esso infatti era sovente coinvolto in operazioni non direttamente legate alla pulizia dei locali (intesa in senso stretto), quale ad esempio il supporto al personale infermieristico durante il servizio dei pasti, la preparazione del tè del pomeriggio e così via.

Nell'esperienza inglese (che non si ritiene in ogni caso trasportabile nell'esempio specifico alla realtà italiana) appare come l'attività del personale addetto alle pulizie non fosse valutabile nel suo contributo al funzionamento complessivo solo attraverso il ruolo formalmente riconosciuto: il funzionamento reale delle organizzazioni complesse va al di là delle relazioni legate al ruolo formale identificato nell'organigramma o nelle procedure.

Per rimanere comunque alle caratteristiche più proprie dei servizi oggetto di valutazione ai fini di esterna-

lizzazione è necessario rilevare un ulteriore elemento.

In virtù dell'elevata complessità ed interrelazione dell'attività rispetto alla missione istituzionale (fornire tutela/servizi sanitari) sono solo in parte descritti dal contenuto specialistico delle stessa.

Ad esempio il servizio lavanderia può condizionare, in relazione alle sue modalità di svolgimento, sia le condizioni di sicurezza igienica all'interno delle strutture, sia, attraverso la puntualità e flessibilità nell'esecuzione del servizio, anche lo svolgimento dell'attività di ricovero, sia, attraverso la durata effettiva dei materiali impiegati (che può variare in relazione alle modalità di lavaggio e di trattamento dei capi di biancheria stessi) le condizioni di equilibrio economico.

Un secondo blocco di considerazioni relative a possibili analisi ulteriori è riconducibile alle specifiche risorse a disposizione dell'azienda in oggetto.

Vi possono essere infatti situazioni ove una specifica risorsa (il personale o le risorse per investimenti ad esempio) è particolarmente scarsa per quell'azienda in particolare e quindi le soluzioni gestionali che minimizzano il suo utilizzo sono, a parità di altre condizioni, preferibili (2).

Il termine risorsa deve essere inteso in senso lato e può riguardare diverse condizioni di funzionamento e finanziamento dell'azienda. Tali risorse critiche possono di volta in volta essere:

— il personale: l'assetto istituzionale in cui è inserita l'azienda può prevedere vincoli al dimensionamento in termini di personale, oppure lo specifico contesto socio-economico può non mettere a disposizione alcune tipologie di figura professionali. In tal caso la scelta di esternalizzazione diviene una possibile risposta ai vincoli esterni. La verifica della condizione di vincolo rispetto alle prestazioni da garantire (e quindi la bontà del pro-

cesso decisionale rispetto alla scelta di esternalizzazione) va però effettuata anche rispetto a condizioni di efficienza interna. Le condizioni di vincolo strutturale dettate dall'ambiente costituiscono vincolo decisionale reale per l'azienda solo quando essa non è più in grado di adattare le modalità di gestione alle condizioni d'ambiente: di fatto è proprio la natura dell'attività manageriale quella di identificare, all'interno di situazione che impone vincoli e condizionamenti, trovare le soluzioni gestionali che permettono lo svolgimento dell'attività in maniera coerente con le finalità istituzionali;

— risorse finanziarie. Gli enti pubblici possono trovare vincoli all'azione derivanti dalle modalità del loro finanziamento: la distinzione fra finanziamento di parte corrente e in conto capitale infatti di fatto irrigidisce e restringe il campo d'azione delle soluzioni gestionali possibili. Ciò è certamente vero, ma ad una analisi più approfondita risulta che in effetti i margini di negoziazione interistituzionale presenti nel sistema pubblico consentono di recuperare quei percorsi di azione apparentemente negati. Il processo di esplicitazione delle scelte gestionali, qualora nel caso di una scelta basata esclusivamente sulla convenienza economica di minor costo che dimostri ad esempio un risparmio netto significativo nel medio periodo, è probabile che si possa far valere la propria scelta ottenendo una differente struttura del finanziamento;

— risorse manageriali. È questa una considerazione abbastanza particolare: per risorsa manageriale si intende non solo la quantità di personale appartenente a particolari qualifiche, ma soprattutto la diffusione di tutti quegli elementi che rendono possibile l'attività manageriale. Ci riferiamo alla strumentazione conoscitiva e a supporto delle decisioni che consente

di governare correttamente l'attività aziendale. La complessità che sempre più contraddistingue le aziende sanitarie rende infatti sempre più critiche le attività di coordinamento e di governo complessivo che spesso non trovano adeguata attenzione e sviluppo rispetto alle risorse dedicate alle attività specialistiche. In quest'ottica le soluzioni di gestione interna possono non essere realizzabili in condizioni di efficacia e di efficienza qualora non siano disponibili le persone e gli strumenti per governare le attività da svolgere. Resta ovviamente da verificare che sia possibile con le stesse risorse scarse, gestire il rapporto contrattuale (sia per quanto riguarda il processo di definizione del rapporto contrattuale che il monitoraggio del suo funzionamento).

Un'ultima considerazione può essere fatta in merito, non più alla rigidità della struttura di finanziamento, ma alle condizioni di risorse finanziarie limitate e ai condizionamenti che ciò può portare rispetto alle alternative disponibili.

In situazioni di significativa tensione finanziaria a livello di sistema sanitario complessivo le scelte gestionali sono fortemente condizionate dalla variabile della spesa; maggiore è la tensione e più l'ottica di scelta è il breve periodo.

Questo fatto impatta da un lato sulle opzioni realmente disponibili in merito allo svolgimento delle attività e sui criteri decisionali da tenere in maggior considerazione.

Le aziende pubbliche si caratterizzano per il fatto che gestiscono risorse da destinare ad attività di erogazione di servizi al di fuori di meccanismi di scambio di mercato. In quest'ottica le scelte gestionali non sono supportabili univocamente dai criteri economici in quanto la migliore gestione (in termini sia di efficacia, sia di efficienza) può comportare sbilanci finanziari (alme-

no nel breve periodo) o anche piccoli aumenti di costo per consentire sostanziali aumenti di prestazioni complessive.

In condizioni di forti spinte al contenimento della spesa, anche nell'ambito dei criteri economici più stretti potranno quindi essere prese in considerazione solo quelle alternative che prevedono un contenimento della spesa.

A questo punto occorre fare una precisazione: queste considerazioni, come pure quelle che seguiranno, non costituiscono direttamente elementi di giudizio, ossia non devono automaticamente far propendere o meno per la soluzione esterna. Essi sono invece elementi di valutazione da inserire nel processo decisione complessivo. Questo significa che la decisione, come ricordato più volte è multicriterio, ossia si basa sull'applicazione di una pluralità di elementi di giudizio, e soprattutto (e ciò è la conseguenza che più preme sottolineare a questo punto) che ciò che è emerso da ciascuna analisi deve essere tenuto in debito conto nel momento dell'eventuale pregettazione e realizzazione del processo di esternalizzazione.

Le considerazioni ad esempio sulla rilevanza delle modalità di trattamento e lavaggio della biancheria e della puntualità nelle consegne, sulla *performance* complessiva dell'attività dovranno trovare adeguata rappresentazione nel processo di selezione dei possibili contraenti e nel meccanismo di valutazione delle proposte e assegnazione del contratto, così pure come nel contratto formale e nei meccanismi di monitoraggio e verifica dell'esecuzione.

5. Condizioni di implementazione

Una serie di elementi di analisi che riteniamo valga la pena affrontare autonomamente riguarda le condizioni

di implementazione delle alternative. La bontà della scelta gestionale dipende in larga parte infatti dalla concreta capacità di realizzare i miglioramenti, siano essi relativi all'efficienza dell'attività o alla sua qualità o altro, che si pensa di realizzare.

Alcuni degli elementi che proponiamo potranno essere inclusi in analisi già descritte o potranno essere oggetto di approfondimenti autonomi: ci pare comunque significativo dare specifico riferimento a tutti quei fattori che attengono alla implementazione delle scelte e che devono essere considerati preventivamente in fase di definizione delle alternative ed in fase di analisi delle stesse.

Il primo elemento che trattiamo riguarda le condizioni del mercato dell'attività o servizio che si intendono esternalizzare. Non è certo la sede per richiamare i criteri di analisi dei settori economici o di analisi strategica dei mercati, ma è senz'altro utile ricordare che l'effettiva possibilità di beneficiare dal passaggio dall'organizzazione interna di un servizio al suo reperimento sul mercato, dipende dalla capacità dello stesso nella selezione dei soggetti più efficienti e quindi in un corretto funzionamento del processo competitivo in atto.

Questa dimensione attiene alla sfera della convenienza economica in senso stretto, ma anche alle dimensioni strategiche della scelta di esternalizzazione. La presenza di un mercato altamente competitivo garantisce infatti:

— la possibilità di accedere ad un sistema di prezzi che da un lato semplifica le valutazioni delle offerte (almeno per quanto riguarda la parte monetaria) proprio per la facoltà di riferirsi a valori consolidati nella prassi, e dall'altro tutela il processo di selezione rispetto alle condizioni economiche complessive. Il costo della fornitura non può evidentemente

te costituire un elemento di incertezza e quindi di rischio nel processo di esternalizzazione qualora si possa fare riferimento a dei prezzi largamente praticati;

— la possibilità di sostituire il contraente senza conseguenze significative sul funzionamento dell'azienda e sulle condizioni economiche del rapporto. È questa la dimensione strategica del problema: la mancanza di una pluralità di concorrenti nel mercato di riferimento rende l'esternalizzazione estremamente rischiosa per quanto riguarda le prospettive di lungo periodo. A fronte di un contratto pluriennale giudicato particolarmente conveniente, si accompagna per la maggior parte dei casi la dimissione dell'attività svolta internamente: al momento della scadenza del contratto la presenza di un effettivo monopolio pone l'azienda in posizione di sudditanza rispetto all'unico produttore del servizio. Egli può infatti proporre un prezzo (si semplifica qui le dimensioni dello scambio solo a quella monetaria) che può commisurarsi non più alla propria efficienza (e quindi al ribasso) ma agli sforzi che l'appaltante dovrebbe fare per reintegrare un'attività di cui ha dismesso le condizioni strumentali e il cui *know-how* si è molto probabilmente disperso (e quindi effettuare un'offerta al rialzo). Ovviamente la criticità di questi rischi è direttamente proporzionale da un lato al grado di interdipendenza e rilevanza che l'attività in oggetto ha rispetto al funzionamento complessivo e dall'altro al grado di specificità (standardizzabilità) dell'attività in oggetto.

La presenza di un mercato più o meno competitivo per un determinato servizio può essere però non chiaramente identificabile alle singole aziende, così come il sistema dei prezzi non è chiaramente intelleggibile dall'esterno (3). A questo proposito,

nell'ambito del sistema pubblico, può essere ipotizzata a livello accentrato la funzione di monitoraggio dei mercati al fine di fornire alle singole aziende informazioni ed assistenza nella valutazione e ricognizione delle alternative possibili.

Il problema della presenza di condizioni di mercato caratterizzate da competitività che permettono di accedere a condizioni economiche favorevoli va però distinto dal problema più generale dei rapporti con il contraente. L'efficienza dei processi competitivi e di contrattazione consente di selezionare la controparte più efficiente con le caratteristiche di qualità desiderate e di definire formalmente le condizioni del rapporto contrattuale vincolante per un certo periodo di tempo: a questo stadio il rapporto ritorna ad essere finalizzato (per entrambe le parti) al coordinamento complessivo delle attività aziendali.

L'esternalizzazione non comporta infatti l'eliminazione della necessità di coordinamento ed integrazione fra le attività: significa semplicemente che lo svolgimento di una di queste è affidato a soggetti esterni. Questo ha come conseguenza che gli strumenti per garantire:

a) l'adeguatezza a priori dell'*output* (che sarà l'oggetto del contratto) alle necessità;

b) il necessario scambio di informazioni con il contraente;

c) il controllo sullo svolgimento dell'attività (che serve non già a verificare il rispetto formale del contratto, ma a generare quelle informazioni per mantenere il servizio svolto all'esterno funzionale rispetto alle necessità aziendali) dovranno essere previsti, progettati e quanto più possibile esplicitati in tutte le fasi formali attraverso cui si articola il processo di selezione dei contraenti.

Di seguito si richiamano quindi alcuni elementi del processo formale di

definizione del contratto che in quest'ottica sono particolarmente critici.

Data la rigidità che gli strumenti formali (quali la gara, l'appalto e così via) hanno nel rappresentare e valutare caratteristiche delle aziende e dei servizi che esse svolgono e tenuto conto che questi strumenti sono anche finalizzati al rispetto e alla tutela delle procedure, il problema della selezione dei soggetti esterni dotati dei requisiti minimi necessari per poter essere presi in considerazione può essere svolto attraverso la predisposizione di albi o elenchi di ditte che presentano una serie di caratteristiche ritenute strettamente necessarie per diventare fornitori o appaltatori di servizi per il settore pubblico (o per uno specifico settore quale quello sanitario).

Va comunque notato come questi strumenti si prestino solo ad effettuare scremature di massima, ossia ad escludere a priori quei soggetti che, per caratteristiche strutturali o per comportamenti passati, non si ritiene siano in grado di svolgere in maniera sufficientemente affidabile l'attività in questione. Al livello delle scelte sulle singole alternative non costituiscono un aiuto nel selezionare i soggetti in base ai requisiti necessari all'iscrizione all'eventuale albo. Di fatto quindi la preselezione dei fornitori ha la massima efficacia solo quando le caratteristiche qualitative delle ditte fornitrici non sono elemento determinante e di fatto esauriscono la loro utilità nell'alleggerire il processo di selezione di tutti quei candidati di cui a priori si conosce l'inadeguatezza.

Resta quindi immutata la criticità del processo di selezione formale nel valutare le diverse offerte. Mentre la dimensione monetaria delle singole offerte è quella più facilmente rappresentabile e valutabile, sorgono difficoltà nel rappresentare le caratteristiche di qualità dell'*output* e nel valuta-

re non più le caratteristiche dell'offerta in quanto tale, ma le capacità del proponente ad effettuare in maniera adeguata il servizio richiesto.

A tal fine gli unici strumenti a disposizione restano i procedimenti formali attraverso cui comunicare i possibili fornitori della richiesta di offerte e l'esplicitazione del contenuto dell'offerta.

La specificazione del contenuto del contratto è un aspetto che in prima battuta sembra piuttosto banale: il servizio mensa dovrà garantire un certo numero di pasti (eventualmente con alcune caratteristiche qualitative e nutritive), il servizio di pulizia dovrà consistere nel garantire un grado di decoro e di igiene accettabile e così via. Effettivamente è facile rappresentare il contenuto di un contratto al fine di descrivere l'attività richiesta. Di fatto però l'oggetto contrattuale svolge alcune altre importanti funzioni. È l'unico punto di riferimento in caso di controversia (su di esso si basa la tutela *ex post*, anche economica, in caso di inadempimento), ingloba in sé i contenuti del controllo e della verifica sull'adempimento del contratto, ed infine deve comprendere in sé anche i livelli di integrazione richiesta con le attività svolte internamente.

Una riflessione ci sembra opportuna sulle ultime due funzioni citate.

Per esplicitare l'oggetto di un contratto, ad esempio di pulizia, si può ricorrere alla definizione di una serie di attività da svolgere, eventualmente specificando gli strumenti da impiegare, al fine di ottenere il risultato voluto (ad esempio: pulizia con periodicità mensile dei vetri delle finestre, pulizia giornaliera dei pavimenti con macchine a vapore e così via), oppure si possono definire degli standard di pulizia da garantire (un po' più difficili da individuare, possono essere riferiti a parametri di igienicità, se esistono, da garantire nei diversi ambienti da pulire).

Nella prima ipotesi rimane sotto la responsabilità della scelta interna l'adeguatezza delle attività definite nel contratto a garantire i livelli di pulizia e igiene necessari all'attività sanitaria mentre nella seconda ipotesi è responsabilità di chi ha avuto l'appalto la definizione delle modalità per raggiungere i risultati voluti. La prima ipotesi però consente una più facile verifica dell'esecuzione del contratto attraverso l'osservazione dello svolgimento concreto dell'attività, permettendo interventi correttivi chiari ed efficaci («occorre pulire più di frequente»); significativamente più difficile è il controllo sugli *standard* di igiene, in parte per problemi di misurazione ed in parte per la difficoltà a identificare tempestivamente gli interventi correttivi necessari (soprattutto in sede di relazioni interaziendali).

Ovviamente la seconda ipotesi (pur nella difficoltà di definire *standard* verificabili della prestazione) tutela maggiormente l'azienda che esternalizza dal punto di vista del risultato, ma ha l'inconveniente che nulla ipotizza rispetto alle modalità di svolgimento dell'attività. Dal momento che il servizio esternalizzato si svolge all'interno di una serie di processi, ognuno dei quali presenta diverse esigenze, non viene garantita l'integrazione fra le attività interne e quella esternalizzata (ad esempio possono sorgere problemi di sovrapposizione di orari, di impossibilità ad utilizzare determinati macchinari e così via).

Nelle esemplificazioni fatte gli inconvenienti sarebbero potuti essere facilmente evitati tramite una specificazione delle caratteristiche dell'ambiente in cui l'attività si svolge o specificando l'orario di possibile svolgimento dell'attività.

Ciononostante il problema del *trade off* tra specificazione dell'attività e specificazione dei processi che si tramuta in scelta tra garanzia del risultato

con difficoltà di integrazione e facilità di integrazione con rischio sul risultato è strutturale e ineliminabile nelle scelte di esternalizzazione.

Un ultimo elemento di riflessione riguarda la funzione interna del monitoraggio del servizio appalto. Dalle considerazioni fin qui fatte è emerso che al fine di garantire la disponibilità del servizio in maniera adeguata alle necessità e per garantire altresì la necessaria integrazione del servizio stesso nell'attività complessiva dell'azienda è necessario predisporre alcune risorse dedicate all'osservazione dell'attività svolta in appalto.

Le problematiche relative a questa attività sono già emerse nella trattazione; è però utile evidenziarne ancora una volta i principali problemi.

Innanzitutto questa deve essere un'attività sistematica e non saltuaria o effettuata con periodicità più o meno frequente: ciò è tanto più vero quanto critiche sono le esigenze di coordinamento tra le attività dell'azienda. A fini contrattuali di verifica del contratto (e quindi di eventuale rivalsa in caso di inadempimento) possono essere previsti controlli finali, a consuntivo, con strumentazioni semplici legate alla definizione formale dell'oggetto del contratto: diversa è la necessità di verificare l'adeguatezza dell'attività esternalizzata a svolgere la funzione di cui l'azienda necessita.

Tale strumentazione informativa e le risorse (umane e materiali) dedicate devono essere quindi adeguatamente progettate e selezionate: sarebbe troppo lungo aprire qui la trattazione sugli strumenti di controllo a fini gestionali degli appalti, ci sembra però importante richiamare il costo implicito in questa funzione.

All'interno della rappresentazione delle alternative esterne quindi dovrà essere imputato il costo di monitoraggio del rapporto con le imprese appal-

tatrici che le diverse alternative comportano.

6. Esplicitazione del processo decisionale

I processi di esternalizzazione si contraddistinguono per la complessità e, come qualunque altra attività decisionale, per il rischio connesso alla valutazione secondo più criteri fra loro disomogenei, di alternative gestionali.

Dato il principio generale di trasparenza che caratterizza tutte le attività svolte nell'ambito pubblico, anche le decisioni assunte nell'ambito delle aziende sanitarie potrebbero essere esplicitate a fini informativi esterni. Sia al fine di dare informazioni alla collettività delle modalità di gestione delle risorse pubbliche ma anche per far circolare all'interno del sistema pubblico stesso, e quindi alle altre aziende sanitarie, le analisi e le scelte effettuate che, come abbiamo già ricordato non sono esportabili e trapiantabili da una realtà ad un'altra, ma possono senz'altro creare una base informativa sulle esperienze relative a particolari servizi o attività.

Dal punto di vista interno poi la strutturazione, anche in un documento concreto del processo di valutazione, analisi e implementazione legato alle esternalizzazioni può costituire uno

strumento utile a supportare il processo stesso, rendendo disponibili le conclusioni di tutte le analisi (strategiche o economiche in senso stretto) che devono essere tenute in considerazione in sede di impostazione dei vari procedimenti formali attraverso cui si implementano le scelte. In effetti poi, non è possibile giustificare una decisione se non attraverso la specificazione dei criteri decisionali adottati, della rilevanza attribuita a ciascuno di essi ed alla loro applicazione nel caso in esame.

In problematiche articolate come quella trattata in questa sede non pare possibile esplicitare il percorso complessivo se non attraverso un documento unico e integrato che affronta tutti i temi e le correlate analisi.

(1) È questa un'esigenza che ritorna, rafforzata, nei sistemi fortemente aziendalizzati ove il mandato che viene dato ai vertici delle singole aziende si basa su specifici obiettivi (mantenimento, sviluppo quali o quantitativo dei servizi e così via) negoziati periodicamente sulla base di scelte a livello di sistema e di azienda.

(2) In realtà l'analisi economica dovrebbe, come abbiamo visto, valutare le singole risorse rispetto proprio al costo del loro reperimento per l'azienda specifica in cui si effettua l'analisi. In realtà tale costo non è sempre quantificabile e, comunque, le situazioni ove nel breve-medio periodo una particolare risorsa è bloccata non riescono ad essere incluse nell'analisi economica. Proprio per questo è necessario verificare a parte le condizioni di disponibilità

Box 1

Check list i contenuti dell'analisi e la valutazione delle alternative

- Identificazione del problema: motivazioni all'esternalizzazione
- Identificazione delle alternative
- Strategie di base e altre decisioni correlate
- Descrizione delle alternative possibili (differenti corsi alternativi di azione)
- Analisi economica delle alternative
- Altri elementi di analisi e valutazione
- Condizioni di implementazione

delle risorse per impostare correttamente i criteri di giudizio rilevanti.

(3) Ricordiamo come il prezzo sia solo una delle condizioni dello scambio tra azienda e suo fornitore. Il solo prezzo quindi non dà la dimensione complessiva della relazione di tipo economico che si instaura ed il semplice confronto di prezzi non riesce a dare corretta rappresentazione delle differenti tipologie e convenienze relative degli scambi.

BIBLIOGRAFIA

HARRISON A. (A CURA DI), *From hierarchy to contract*, Transaction Books, New Brunswick and Oxford, 1993.

FRASER R. (A CURA DI), *Privatization: the U.K. experience and international trends*, Longman, Londra, 1988.

ASCHER K., *The politics of privatisations: contracting out public services*, Mac Millan Education, 1987.

KAY J.A., *The state and the market. The U.K. experience of privatisation*, Group of thirty, 1987.

SALAMONE N. (A CURA DI), *Fra stato e mercato: esperienze di privatizzazione degli anni '80*, Franco Angeli, 1993.

SAVAS E.S., *Privatisation. The key to better government*, Chapman house, 1987.

VELJANOVSKI C., *Privatisation and competition*, Inst. of Economic affairs, 1989.

ANALISI COSTO UTILITÀ DELLA TERAPIA INTENSIVA NEL TRATTAMENTO DELL'ICTUS EMORRAGICO

di Maria Caterina Cavallo, Franco Sassi e Paolo Geraci¹

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

¹ Rianimazione II - Policlinico «S. Matteo» - Pavia

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. L'analisi costo utilità in terapia intensiva - 3. Pazienti e metodologia - 4. Risultati - 5. Discussione

The use of intensive care resources is often inefficient due to the lack of sensible and rational policies for the admission of critically ill patients to intensive care units. This retrospective, case-control study aims at applying the framework of cost-utility analysis to the treatment of hemorrhagic stroke, comparing costs and outcomes of intensive and non intensive care. Patients hospitalized for hemorrhagic stroke at either the 2nd intensive care unit or the 2nd general medicine department of «S. Matteo» hospital (Pavia), from 1st March to 31st December 1991, were enrolled and followed up for six months after discharge. Patients were allocated to three groups, according to the value of a prognostic index (Saps), and the quality of life of those who survived was assessed by administering the Health measurement questionnaire and classifying patients within one of the categories of the Rosser matrix. Patients with a better prognosis treated intensively had no better outcomes than controls, at a much higher cost. Intensive care patients with intermediate prognosis achieved better outcomes than controls at a very favourable incremental cost-utility ratio (less than Lit. 500.000 per Qaly gained). The ratio was higher for patients with worse prognosis, but probably not so high as to justify denial of admission to patients for whom no alternative treatment is available.

1. Introduzione

È convinzione diffusa tra i medici che lavorano in reparti di rianimazione e terapia intensiva che il numero di posti letto a loro disposizione sia insufficiente o inadeguato.

L'analisi dell'attività di tali reparti, tuttavia, genera il dubbio che l'insufficienza lamentata possa derivare da un impiego inappropriato delle risorse a disposizione. Già all'inizio degli anni '80, sulle colonne del *New England Journal of Medicine*, Relman poneva in evidenza questo aspetto commentando due studi sull'uso inappropriato della terapia intensiva (TI) provenienti dal Massachusetts General Hospital di Boston e pubblicati nello stesso numero del giornale (Relman, 1980; Thibault et al., 1980; Mulley et al., 1980). Le difficoltà che impediscono una opportuna selezione dei ricoveri e una rapida rotazione dei pazienti, do-

vute a fattori strutturali e operativi, sono spesso alla base dell'uso inappropriato delle risorse di TI.

La possibilità di orientare i pazienti verso trattamenti alternativi a quello intensivo, meno impegnativi, costosi ed esclusivi, è spesso ostacolata dall'incertezza della prognosi o dalla convinzione che l'unica alternativa alla TI sia il decesso. Tuttavia, esistono patologie, anche gravi, che subiscono iter di trattamento diversi, intensivi e non, in relazione a fattori non propriamente razionali, anzi spesso casuali. Tra queste si colloca l'ictus emorragico.

Il termine ictus, equivalente all'anglosassone *stroke*, è utilizzato per definire genericamente alcune sindromi cliniche di tipo cerebrovascolare: infarto cerebrale, emorragia cerebrale, emorragia subaracnoidea. Con l'espressione ictus emorragico ci si riferisce alla sola emorragia cerebrale,

cioè all'improvviso sanguinamento spontaneo di vasi intracranici. La sede, l'entità e le cause possono essere diverse e condizionare, associate alle caratteristiche generali del paziente, la sintomatologia, il trattamento e la prognosi. La sintomatologia può consistere in una semplice alterazione dello stato di coscienza, della sensibilità, della motilità, o in un più grave stato di defaillance sintetizzabile nel generico termine «coma», con deficit motori e sensitivi di grado diverso. Il trattamento, medico o chirurgico, può variare dal semplice contenimento farmacologico dell'episodio emorragico

I ringraziamenti degli autori vanno al personale del reparto di rianimazione del Policlinico S. Matteo di Pavia e al prof. Mapelli che ne è alla guida; alla dott.ssa Girino della Clinica medica II e a quanti, in dir. scientifica e dir. amministrativa hanno, con il loro contributo, reso possibile la realizzazione di questo lavoro.

e delle sue complicazioni, all'intervento chirurgico orientato a risolvere eventuali problemi meccanici intracranici (ematoma, dilatazione ventricolare), o a riparare i vasi difettosi (es. aneurismatici). La prognosi può variare dalla *restitutio ad integrum* quasi completa, alla sopravvivenza con esiti neurologici di diversa gravità, alla morte.

I pazienti che giungono in ospedale con sindromatologie riconducibili a ictus emorragico possono andare incontro a percorsi diagnostico-terapeutici alquanto differenziati, non solo in relazione alla gravità delle loro condizioni, ma anche alla disponibilità di posti letto, all'ora e alle modalità di arrivo in pronto soccorso, all'atteggiamento dei parenti e dei medici (curante, di pronto soccorso, rianimatore, internista). Ai due estremi della gamma di possibilità di intervento si collocano la dimissione a domicilio in fase terminale e il ricovero in TI. Discriminante per orientare verso un trattamento intensivo è spesso, ma non sempre, la comparsa di insufficienza respiratoria, quindi la necessità di ventilazione. Ancora oggi non esistono indicazioni chiare sulla diversa efficacia, a breve e a lungo termine, dei trattamenti intensivi e non intensivi disponibili per l'ictus emorragico; il trattamento più impegnativo non garantisce necessariamente esiti più favorevoli per il paziente. La stessa osservazione vale per molte altre patologie che possono essere trattate in TI. La letteratura in proposito è estremamente carente, o addirittura fuorviante, come nel caso di uno studio di Parno e colleghi, che confrontano due campioni eterogenei senza specificarne adeguatamente le caratteristiche cliniche (Parno et al., 1982).

In simili condizioni, la probabilità di un uso inappropriato della TI diviene relativamente elevata. Pazienti che potrebbero essere adeguatamente

trattati in reparti diversi e pazienti per i quali il beneficio differenziale atteso è ridotto, vengono indirizzati alla TI senza attenzione per il costo opportunità di tale scelta; costo che si rileva nella potenziale esclusione diretta dall'accesso alla TI di pazienti per i quali non sono effettivamente disponibili alternative, nell'impiego di risorse per l'erogazione di servizi ad un costo eccessivamente elevato per unità di beneficio, rispetto a quello di impieghi concorrenti. Per superare questa situazione di evidente inefficienza, negli anni più recenti si sono sviluppati alcuni filoni di ricerca rivolti alla razionalizzazione dell'accesso alla TI. Dal punto di vista clinico, innanzitutto, sono stati messi a punto indici espressivi della gravità e della prognosi dei pazienti. Esempi significativi sono l'Apache, Acute physiologic and chronic health evaluation, in varie versioni successive (Knaus et al., 1981; Knaus et al., 1985), il Saps, Simplified acute physiologic score (Le Gall et al., 1984), e l'Mpm, Mortality prediction model (Lameshow et al., 1985). Nonostante l'utilità di tali indici sia ancora in gran parte limitata all'analisi del case-mix, l'affidamento e la validazione delle capacità prognostiche possono renderli estremamente utili anche nella determinazione delle politiche di ammissione alla TI (Miranda, 1992). Dal punto di vista economico, invece, si è tentato di quantificare il costo-associato alla TI (Ridley et al., 1991; Oye & Bellamy, 1991; Modesti et al., 1991; Rapoport et al., 1992), di porre i costi in relazione all'intensità del trattamento (Malstam & Lind, 1992), o ai risultati ottenuti (Cullen, 1977; Det-sky et al., 1981; Parno et al., 1982; Cullen et al., 1984; Bams & Miranda, 1985; Loes et al., 1987), e infine sono stati effettuati tentativi di valutazione economica in senso proprio (Byrick et al., 1980; Ridley et al. 1993; Ridley et

al., 1994). La maggior parte degli studi economici citati presenta significative incongruenze metodologiche e i risultati che emergono sono spesso ampiamente discordanti; tuttavia, in generale, la limitata disponibilità di dati e le difficoltà di applicazione delle più comuni tecniche di studio al contesto della TI limitano seriamente l'efficacia di ogni sforzo di ricerca in questa direzione.

2. L'analisi costo utilità in TI

Il presente studio rappresenta un tentativo di applicazione dell'analisi costo-utilità alla TI, attraverso una metodologia di indagine che dovrebbe consentire il superamento di alcuni seri limiti di studi precedenti (assenza di campioni di controllo omogenei, inadeguata applicazione dell'analisi incrementale e del concetto di costo-opportunità, adozione di misure di risultato insoddisfacenti).

L'analisi costo-utilità è una tecnica di valutazione economica introdotta all'inizio degli anni '70 (Torrance, 1970; Torrance et al., 1972; Torrance, 1976; Pliskin et al., 1980), e ampiamente dibattuta nel corso degli ultimi 25 anni per il contrasto tra le evidenti potenzialità sul piano teorico e gli altrettanto evidenti limiti applicativi. La tecnica si basa su una nozione di beneficio che si identifica con l'utilità di cui gode un paziente sottoposto ad un particolare trattamento sanitario, come percepita dal paziente stesso o dalla società nel suo complesso. Il concetto di utilità si ricollega a quello espresso dalla teoria economica, introdotto originariamente da Von Neumann e Morgenstern negli anni '40 (Torrance & Feeny, 1989) e rappresenta apparentemente il mezzo migliore per valutare la diversa desiderabilità di impieghi alternativi delle risorse destinate all'assistenza sanitaria. Tuttavia, il diffuso scetticismo

verso l'applicazione dell'approccio della disponibilità a pagare nel settore sanitario (nonostante recenti tentativi di rivalutazione; si veda ad es. Hutton, 1992) e l'assenza di metodi alternativi universalmente validi per la misurazione dell'utilità in termini sintetici, hanno portato la maggior parte dei ricercatori all'adozione di un approccio ibrido, consistente nell'aggiustamento della speranza di vita del paziente in funzione della qualità della vita attesa nel corso degli anni futuri. Si è così diffusa una unità di misura per la valutazione dei benefici, il Qaly (Quality adjusted life year), che ha subito numerose critiche per l'assenza di un riferimento diretto alla teoria dell'utilità (Loomes & McKenzie, 1989; Mehrez & Gafni, 1989; Carr-hill, 1989). In questo studio si è deciso di adottare comunque questo approccio in quanto, nonostante i limiti, rappresenta la migliore alternativa attualmente a disposizione. Inoltre avendo goduto di una diffusione relativamente ampia, offre numerosi termini di paragone per l'interpretazione dei risultati. La tecnica costo-utilità rappresenta l'unica forma di analisi economica in grado di esprimere compiutamente la relazione tra risorse impiegate e benefici ottenuti con la TI, considerando diversi aspetti dello stato di salute del paziente in seguito al trattamento e non limitando l'analisi a misure parziali come i tassi di mortalità o la speranza di vita alla dimissione. L'obiettivo di questo studio consiste nella determinazione del rapporto costo-utilità incrementale del trattamento in TI di pazienti con ictus emorragico di diversa gravità, rispetto alla migliore alternativa di trattamento disponibile, per determinare il costo per unità aggiuntiva di beneficio (Qaly) generato dall'invio di un paziente in TI anziché in reparti non intensivi. La scelta di una patologia così specifica come l'ictus emorragi-

co risponde all'esigenza di confrontare in modo significativo i costi e i risultati ottenuti in TI con quelli relativi a un campione omogeneo di controllo. Per poter esprimere giudizi definitivi sulle politiche di ammissione in TI è necessario estendere l'applicazione del modello di analisi ad altre patologie normalmente trattate nei reparti intensivi.

3. Pazienti e metodologia

Lo studio è stato svolto presso il Policlinico S. Matteo di Pavia, dove, a partire dal mese di marzo del 1991, è entrato in funzione un sistema informativo per la rianimazione II che consente una raccolta strutturata e sistematica dei dati relativi alla casistica trattata, rendendone relativamente rapido il recupero e l'elaborazione. Lo studio è di tipo caso-controllo, retrospettivo, e considera i pazienti con ictus emorragico inviati dall'accettazione alla Rianimazione II o alla Clinica Medica II del Policlinico S. Matteo, dal 1° marzo al 31 dicembre 1991.

Nel periodo indicato, 531 pazienti sono stati trattati in rianimazione II. Tra questi, sono stati individuati 27 casi la cui condizione al momento del ricovero corrisponde alla definizione di ictus emorragico riportata dall'Organizzazione mondiale della sanità. Dei pazienti considerati, 15 sono risultati deceduti durante la degenza in reparto, mentre i rimanenti 12 sono stati dimessi o trasferiti ad altro reparto/ospedale. Al momento del *follow up*, condotto a 6 mesi di distanza dalla dimissione, 6 pazienti sono risultati ancora in vita e i restanti 6 risultavano deceduti presso le rispettive destinazioni.

Il campione di controllo è stato selezionato tra i pazienti con ictus emorragico pervenuti all'accettazione nello stesso periodo di tempo e inviati alla Clinica Medica II per un trattamento

non intensivo. Dei 2.838 pazienti transitati nel suddetto reparto, 18 costituiscono casi di ictus emorragico. Di questi, 10 sono risultati deceduti durante la degenza, mentre 8 sono stati dimessi: 5 sono risultati sopravvissuti anche al *follow up* a 6 mesi, mentre 3 sono deceduti presso le rispettive destinazioni successive alla degenza in Clinica Medica.

Per rendere omogenei i due campioni sono stati esclusi dall'analisi i pazienti con insufficienza respiratoria e quelli sottoposti a intervento chirurgico, per i quali si rende inevitabile il trattamento intensivo-terapico. Inoltre i pazienti sono stati classificati in tre gruppi in base al valore dell'indice Saps al momento del ricovero. Come si accennava in precedenza, il Saps non costituisce ancora, a dispetto dell'obiettivo che ne ha dettato la costruzione, un indicatore predittivo in grado di dettare le politiche di ammissione alla TI. Non costituisce, in sostanza, uno strumento in grado di individuare a priori i casi suscettibili di trarre dal ricovero in TI il maggior beneficio e quelli per i quali il trattamento si rivelerebbe di scarsa o nessuna efficacia. Il Saps rappresenta, prescindendo dalle finalità relative alle decisioni di ammissione dei pazienti, uno strumento abbastanza raffinato da poter essere considerato, se non predittivo, quanto meno espressivo delle effettive condizioni fisiologiche di un paziente trattato in TI. Lo strumento si articola in una serie di voci espressive di aspetti critici per i pazienti candidati alla TI, per ognuna delle quali il punteggio attribuito è proporzionale allo scostamento registrato rispetto ai valori di normalità dei diversi parametri. Quanto più il paziente rivela valori lontani da quelli standard, tanto più elevato sarà il punteggio attribuito; tali punteggi, compresi tra 0 e 4 per ciascuno aspetto considerato, vengono in seguito sommati fino a raggiungere un va-

lore finale espressivo di una valutazione globale della condizione del paziente; il valore 10 corrisponde statisticamente a una probabilità di sopravvivenza del 50%. I campioni relativi ai due reparti da sottoporre a confronto sono stati disaggregati in fasce caratterizzate dallo stesso range di valori dell'indice: I fascia (punteggio inferiore a 10), II fascia (punteggio compreso tra 10 e 15), III fascia (punteggio superiore a 15).

La descrizione dei criteri di inclusione dei pazienti lascia intuire come il numero di casi considerati nel presente studio non consenta di derivare indicazioni statisticamente significative dal confronto tra le due modalità di trattamento. Tuttavia, l'intento principale degli autori consisteva nell'elaborazione e nella applicazione sperimentale di un modello di analisi estendibile a casistiche più consistenti e patologie diverse. E comunque, l'analisi condotta su un numero limitato di pazienti ha fornito utili indicazioni per l'estensione dello studio su scala più ampia.

La scelta del disegno dello studio (caso-controllo, retrospettivo) è stata dettata dalle difficoltà presenti nell'adozione di metodologie più rigorose. La randomizzazione dei pazienti tra trattamenti intensivi e non intensivi pone problemi etici e pratici difficilmente superabili. La TI, infatti, è in grado di offrire un trattamento di livello superiore rispetto a quello erogato in un reparto non intensivo, anche se per molte categorie di pazienti non esistono dimostrazioni di maggiore efficacia. Negare a un paziente l'accesso a un posto letto di TI nell'ambito di un protocollo sperimentale costituirebbe un atto difficilmente giustificabile sotto il profilo etico. Inoltre, l'influenza di fattori esterni (descritti in precedenza) sulla decisione di invio del paziente al reparto di cura al momento dell'accettazione,

impedirebbe in molti casi la randomizzazione. La scelta di un disegno retrospettivo, infine, è stata dettata dalla considerazione dei tempi estremamente lunghi che sarebbero stati altrimenti necessari per ottenere le stesse informazioni (pazienti arruolati in un arco di tempo di diversi mesi e seguiti dalla presentazione in accettazione fino al *follow up* a 6 mesi dalla dimissione).

Per determinare il beneficio differenziale del trattamento in TI sono stati calcolati i tassi di mortalità relativi ai due campioni e la speranza di vita di ciascun paziente sopravvissuto, aggiustata in funzione del livello di qualità della vita registrato al *follow up* a sei mesi (valutato in termini comparativi rispetto al livello pre-ictus). La speranza di vita è stata corretta in funzione delle indicazioni provenienti dagli studi di Morris e colleghi sulla prognosi dei pazienti colpiti da ictus, che indicano un lieve incremento della mortalità rispetto alla popolazione generale, in particolare in relazione all'insorgere di complicenze di tipo depressivo (Morris et al., 1993a; Morris et al., 1993b). La correzione apportata consiste in una riduzione dello 0,4% della speranza di vita indicata dalle tavole di mortalità Istat. La correzione è stata elevata a 0,7% per i pazienti che presentano segni di depressione al *follow up* a 6 mesi.

La rilevazione della qualità della vita ha solitamente luogo *ex-ante* ed *ex-post* rispetto al programma di intervento studiato, per poterne individuare la variazione intervenuta. Le peculiarità della patologia qui trattata hanno reso impossibile il rispetto di tale prassi in quanto i pazienti giunti in reparto in seguito a ictus emorragico versano in condizioni psico-fisiche tali da rendere impossibile la collaborazione con l'intervistatore. Si è pertanto deciso di ricostruire il quadro generale di salute che contraddistingueva i

singoli soggetti prima dell'accidente cerebro-vascolare al momento del *follow up* a 6 mesi, servendosi del ricordo dei pazienti stessi, della collaborazione dei familiari e del supporto del personale medico. La qualità della vita nel periodo ante-ictus dei pazienti successivamente deceduti è stata assunta pari alla media dei livelli di qualità della vita ante-ictus registrata per i pazienti sopravvissuti. La rilevazione delle informazioni relative alle condizioni dei pazienti al *follow up* a 6 mesi e a quelle precedenti la malattia, è stata condotta mediante interviste telefoniche realizzate da uno degli autori (P.G.).

La scala di misura prescelta per la rilevazione della qualità della vita è la Disability/Distress Scale (Rosser & Watts, 1972). Si tratta di uno strumento generico (non sviluppato per una specifica patologia), che determina il livello di qualità della vita in funzione di due dimensioni: la prima, disability, è legata alla disfunzione oggettiva e alle limitazioni fisiologiche causate dalla malattia, mentre la seconda, distress, registra le reazioni individuali di tipo psicologico alla malattia e risulta, quindi, dall'esperienza soggettiva del paziente. I diversi livelli previsti dalle due dimensioni (8 per disability, 4 per distress) danno luogo a una matrice con 29 possibili combinazioni, nell'ambito delle quali viene collocato ciascun paziente. Ad ogni stato di salute corrispondono valori espressivi dell'utilità attribuita alla specifica condizione. Allo stato di perfetta salute viene attribuito il valore 1, mentre alla morte corrisponde il valore 0, ma esiste la possibilità di attribuire valori negativi a stati considerati peggiori della morte. I valori che vengono normalmente utilizzati sono quelli rilevati in origine da Rosser su un campione di 60 medici che collaborarono allo sviluppo della matrice (tabella 1), anche

se successivamente sono stati derivati altri insiemi di valori, intervistando gruppi selezionati di individui (Kind et al., 1982).

Precedenti tentativi di misurazione della qualità della vita dei pazienti trattati in TI avevano fatto ricorso a strumenti di misura sviluppati ad hoc, e non discriminavano tra pazienti con diverse patologie (si veda, ad esempio, Patrick et al., 1988)

Le difficoltà pratiche relative al posizionamento dei pazienti rispetto alle due dimensioni della matrice di Rosser, già emerse in passate circostanze e sicuramente rilevanti anche in questo studio, hanno indotto a utilizzare un questionario intermedio, denominato Health measurement questionnaire (HMPQ), sviluppato presso il Centre for Health Economics dell'università di York proprio per superare le difficoltà di impiego della matrice di Rosser (Gudex, 1986). Il questionario si compone di cinque sezioni. Le risposte dei soggetti intervistati a domande dirette sulla mobilità, la capacità di selfcare, le attività quotidiane, le relazioni sociali e personali, conducono, attraverso opportuni algoritmi di conversione, al posizionamento del paziente rispetto alla variabile disability della matrice di Rosser, mentre le risposte inerenti la condizione psicologica e la percezione della malattia consentono l'attribuzione a uno dei livelli previsti dalla variabile distress.

Per quanto riguarda la determinazione dei costi di trattamento, l'assenza di un sistema di contabilità analitica presso il Policlinico «S. Matteo» ha reso necessaria l'attivazione di una serie di canali di tipo informale attraverso i quali reperire i dati di costo necessari all'analisi. Sono stati instaurati contatti con la ragioneria, la direzione scientifica e la farmacia, per identificare le attrezzature operanti presso i due reparti considerati e i valori di spesa relativi all'acquisto delle stesse,

per raccogliere i dati relativi al personale, disaggregati per livello di appartenenza, per definire il costo dei farmaci e la quota delle spese generali sostenute dall'ospedale e attribuibile ai due reparti nel periodo di riferimento. Sono stati considerati valori di costo medio (pieno), nella prospettiva del Servizio sanitario nazionale.

A livello di reparto, sono state registrate, con il supporto del personale medico, tutte le prestazioni erogate ai pazienti inclusi nei due campioni durante la degenza, mediante l'analisi delle singole cartelle cliniche.

Le prestazioni erogate durante il periodo di ricovero sono state raggruppate nelle seguenti categorie: *a*) servizi che richiedono solo l'intervento di personale del reparto e l'utilizzo di attrezzature ad uso ripetuto, *b*) prestazioni che richiedono l'impiego di materiale di consumo non riutilizzabile, *c*) prestazioni di laboratorio e servizi di radio-diagnostica, *d*) farmaci. Per la determinazione dei costi relativi alle singole categorie ci si è serviti di differenti modalità, descritte di seguito.

a) Alle prestazioni che richiedono il solo impiego di attrezzature ad uso ripetuto è stato attribuito esclusivamente un costo nullo, in quanto il costo del personale e quello delle attrezzature sono stati considerati alla

stregua di costi indiretti (secondo le classificazioni in uso in economia aziendale), e imputati per giornata di degenza.

b) Alle prestazioni che richiedono l'impiego di materiali di consumo è stato attribuito esclusivamente il costo dei materiali stessi.

c) Ai servizi di radio-diagnostica e alle prestazioni di laboratorio è stato attribuito il costo unitario riportato dal tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in vigore (decreto ministeriale 7 novembre 1991), assumendo che laboratorio e radiologia operino con capacità produttiva completamente satura, e la richiesta di una prestazione aggiuntiva dall'interno dell'ospedale sposti la domanda di una analoga prestazione proveniente dall'esterno verso una struttura privata convenzionata, ad un costo per il S.s.n. corrispondente alla tariffa ufficiale di rimborso.

d) Il costo delle terapie farmacologiche è stato determinato moltiplicando le quantità dei prodotti somministrati durante la degenza per il prezzo pagato dalla farmacia del policlinico per l'acquisto degli stessi. Per le unità di sangue e gli emocomponenti si è adottato lo stesso procedimento, servendosi dei prezzi di cessione forniti dall'emoteca.

Tabella 1 - Matrice di Rosser (1982)

Disability **	Distress *			
	A	B	C	D
I	1.000	0.995	0.990	0.967
II	0.990	0.986	0.973	0.932
III	0.980	0.972	0.956	0.912
IV	0.964	0.956	0.942	0.870
V	0.946	0.935	0.900	0.700
VI	0.875	0.845	0.680	0.000
VII	0.677	0.564	—	—1.486
VIII	—1.028	—	—	—

Valori limite: 1= completa salute; 0= decesso

* : A = nessuno stress psicologico, D = grave stress psicologico

** : I = nessuna limitazione, VII = privo di coscienza

Inoltre, sono state considerate 3 categorie di costi indiretti: i costi per le attrezzature di reparto, i costi relativi al personale e i costi generali di struttura. I costi delle apparecchiature e strumentazioni in dotazione alla Rianimazione II e alla Clinica Medica II, che rappresentano la voce principale di costo fisso dei reparti, sono stati calcolati a quote di ammortamento costanti, sulla base del valore di rimpiazzo dei cespiti e assumendo una vita utile di 8 anni. Il costo è stato suddiviso per il numero di giornate di degenza e attribuito ai pazienti in base alla durata della loro permanenza in reparto. Si è tenuto conto di possibili casi di condivisione eliminando dal calcolo (totalmente o parzialmente) il costo delle apparecchiature non esclusivamente impiegate nei trattamenti somministrati in corso di degenza. I costi del personale sono stati inclusi tra i costi indiretti in quanto considerati fissi rispetto al tipo di casi trattati e al livello di occupazione dei posti letto. Il personale è stato suddiviso per livelli di appartenenza, tenendo conto di casi di condivisione del personale infermieristico, tecnico ed ausiliario. L'imputazione è stata effettuata sulla base delle giornate di degenza. Con riferimento ai costi generali, il sistema informativo contabile operante al policlinico non ha consentito la determinazione della quota di pertinenza dei due reparti. È stato necessario, quindi, ripartire l'ammontare complessivo dei costi generali del Policlinico S. Matteo in base ai coefficienti di imputazione delle spese generali adottati presso l'ospedale S. Raffaele di Milano, che dispone di un sistema di contabilità analitica particolarmente accurato.

4. Risultati

Applicati i criteri di inclusione descritti nel paragrafo precedente, i pa-

zienti sono risultati così ripartiti: nella fascia I (Saps inferiore a 10), sono stati classificati 8 pazienti trattati in TI, di cui 5 deceduti, e 12 pazienti trattati in Clinica Medica, di cui 7 deceduti; nella fascia II (Saps o compreso tra 10 e 15), 9 pazienti trattati in TI, di cui 7 deceduti, e 6 pazienti trattati in Clinica Medica, tutti deceduti, e nella fascia III (Saps superiore a 15), solo 10 pazienti trattati in TI, di cui 9 deceduti. Per ciascun paziente è stata calcolata la riduzione della qualità della vita in seguito all'ictus e la riduzione complessiva della speranza di vita aggiustata per la qualità (Qale, Quality adjusted life expectancy). I risultati sono riportati nelle tabelle 2 e 3.

I valori di qualità della vita relativi alle condizioni antecedenti la malattia si discostano, anche se per lievi entità, dal punteggio espressivo di uno stato di completa salute a causa della presenza di fattori correlabili all'età, per quanto riguarda l'autonomia motoria, e di patologie concomitanti, con riguardo alla capacità di svolgere le attività quotidiane. Quanto alla dimensione distress, i valori rilevanti *ex-ante* rispetto al trattamento sembrano non riflettere condizioni ottimali nei casi di pazienti affetti da qualche forma di depressione o ansia, comunque non correlabile alla successiva malattia. I valori differenziali rilevati a sei mesi dalla dimissione rappresentano nor-

malmente decrementi della qualità della vita. L'ictus emorragico, infatti, comporta spesso lesioni a organi vitali e di rado consente una completa restaurazione della loro funzionalità. Analogamente, è di segno negativo per tutti i pazienti la variazione della speranza di vita aggiustata per la qualità, a causa della più elevata mortalità *post-ictus*, che si registra anche in caso di sopravvivenza nel breve termine.

Il calcolo dei costi ha portato a conseguire i risultati esposti in tabella 4, che indicano una sproporzione notevole tra i due tipi di trattamento nei costi diretti (per la sensibile differenza nelle procedure diagnostiche e terapeutiche praticate), e nei costi del personale (per la diversa dotazione dei due tipi di reparto). In media come era possibile attendersi, il costo di trattamento di un paziente in TI è superiore a quello registrato in Clinica Medica, per tutti i livelli di Saps.

L'esiguità dei campioni a disposizione, la non completa omogeneità dei valori medi di Saps riscontrati tra i gruppi posti a confronto, e dell'età media dei pazienti, non consentono il raggiungimento di conclusioni valide tramite il confronto diretto tra i due gruppi di riferimento. Si è, pertanto, deciso di calcolare il rapporto costo-utilità incrementale del trattamento intensivo rispetto a quello di controllo, per tutte

Tabella 2 - Caratteristiche dei due campioni

Suddivisione per fasce omogenee di gravità della malattia			
		Rianimazione II	Clinica medica II
Gruppo I Saps <=10	% di mortalità	62.50%	62.00%
	Riduzione media qualità della vita	-0,048	-0,210
	Valore medio Saps	8.37	6.16
Gruppo II Saps >10; <=15	% di mortalità	77.70%	100.00%
	Riduzione media qualità della vita	-0,022	—
	Valore medio Saps	14.10	12.50
Gruppo III Saps >15	% di mortalità	90.00%	—
	Riduzione media qualità della vita	-0,010	—
	Valore medio Saps	19.10	—

le fasce di Saps, standardizzando i due campioni, vale a dire, utilizzando una formula che assuma l'esistenza di un campione di controllo con le stesse caratteristiche di quello selezionato tra i pazienti trattati in TI, cui vengono applicati i tassi di mortalità e la riduzione percentuale di qualità della vita rilevata in Clinica Medica.

I risultati conseguiti con riguardo ai pazienti con livelli di Saps non superiori a 10 mostrano la possibilità di ottenere maggiori benefici con il trattamento in Clinica Medica piuttosto che in TI, come attestato dai valori espressivi della riduzione della speranza di vita aggiustata per la qualità, rispettivamente pari a -169.72 e -176.16 Qaly nei due reparti. A questo risultato si accompagnerebbe anche una riduzione dei costi pari a L. 7.841.000 per Qaly guadagnato.

Il maggiore beneficio goduto da questi pazienti, associato alla riduzione dei costi, sembra indicare l'opportunità di un trattamento non intensivo.

Il campione relativo alla fascia di Saps successiva mostra, al contrario, un esito decisamente sfavorevole per i pazienti trattati in Clinica Medica. I maggiori benefici conseguiti in TI, equivalenti a 80.95 Qaly, sono stati ottenuti con un costo incrementale per Qaly pari a L. 474.000. Il rapporto costo-utilità appare in questo caso così modesto da rappresentare di fatto una forte indicazione per il ricorso alla TI.

Nella terza fascia, non è stato registrato alcun caso trattato in Clinica Medica, dunque si è assunto che non esista alcuna valida alternativa alla TI per i pazienti con Saps superiore a 15, i quali sarebbero tutti deceduti in caso di mancato accesso al reparto. Quindi, il beneficio garantito dalla TI ai pazienti del campione è di 16,6 Qaly. Se questo viene rapportato ai costi del trattamento, si ricava un costo incrementale per Qaly pari a L. 6.496.000, che di nuovo non sembra particolar-

Tabella 3 -Aspettativa di vita aggiustata per la qualità della vita (Qale)

Gruppo I: Saps <=10				
	Rianimazione II		Clinica medica II	
Riduzione Qale pz. deceduti	pz. 1	-59.56	pz. 1	-18.39
	pz. 2	-13.11	pz. 2	-10.8
	pz. 3	-21.04	pz. 3	-15.24
	pz. 4	-38.48	pz. 4	-18.05
	pz. 5	-40.19	pz. 5	-30.54
			pz. 6	-14.56
			pz. 7	-16.01
Riduzione Qale pz. sopravvissuti	pz. 1	-1.09	pz. 1	-1.15
	pz. 2	-1.5	pz. 2	-0.72
	pz. 3	-1.21	pz. 3	-0.63
		pz. 4	-0.2	
		pz. 5	-2.1	

Gruppo II: 10 <saps <=15				
	Rianimazione II		Clinica medica II	
Riduzione Qale pz. deceduti	pz. 1	-35.47	pz. 1	-5.57
	pz. 2	-27.25	pz. 2	-16.01
	pz. 3	-14.68	pz. 3	-9.6
	pz. 4	-22.11	pz. 4	-10.8
	pz. 5	-20.5	pz. 5	-18.39
	pz. 6	-19.36	pz. 6	-11.59
	pz. 7	-18.54		
Riduzione Qale pz. sopravvissuti	pz. 1	-0.46		
	pz. 2	-2.1		

Gruppo III: Saps >15				
	Rianimazione II		Clinica medica II	
Riduzione Qale pz. deceduti	pz. 1	-11		
	pz. 2	-21.04		
	pz. 3	-39.25		
	pz. 4	-22.76		
	pz. 5	-46.78		
	pz. 6	-20.5		
	pz. 7	-44		
	pz. 8	-42.07		
	pz. 9	-45.93		
Riduzione Qale pz. sopravvissuti	pz. 1	-0.01		

Tabella 4 - Costi totali e costo medio per paziente

	I costi totali	
	Rianimazione II	Clinica medica II
Costi diretti	57,096,516	5,163,936
Costi del personale	196,135,670	19,174,574
Ammortamento	15,164,164	351,440
Costi generali	122,101,664	183,888,500
Totale	390,498,014	208,578,450

	Costo medio per paziente affetto da ictus	
	Rianimazione II	Clinica medica II
Saps <10	18,207,349	11,895,323
10 <Saps <15	15,222,070	10,972,428
Saps >15	10,436,752	

mente elevato rispetto a quello di potenziali impieghi alternativi delle stesse risorse.

5. Discussione

All'esigenza rapidamente crescente di razionalizzare l'accesso ai reparti di TI e l'impiego delle relative risorse (Miller, 1994), non corrisponde ancora la disponibilità di strumenti analitici sufficientemente raffinati da poter orientare le decisioni di trattamento. In contesti diversi da quello italiano (in particolare, ad esempio, negli Stati Uniti), esiste la pratica diffusa di stilare protocolli scritti di ammissione ai reparti intensivi (Strosberg, 1993), che tendono a penalizzare i pazienti in condizioni particolarmente serie e quelli in condizioni non gravi, tenendo conto sia della capacità di ottenere un beneficio significativo dal ricovero che delle risorse a disposizione e senza attribuire necessariamente priorità ai pazienti già ricoverati, che possono essere trasferiti in caso di necessità (secondo un procedimento definito *triage*).

Lo studio presentato in questo articolo, imperniato sul confronto tra trattamento intensivo e non intensivo dei pazienti colpiti da ictus emorragico, costituisce un ulteriore tentativo di offrire strumenti e logiche razionali, che tengano conto anche di fattori di natura economica, a supporto delle decisioni relative all'invio di pazienti alla TI. Le conclusioni raggiunte, come accennato in precedenza, vanno interpretate con estrema cautela perchè l'esiguità dei campioni confrontati non permette di attribuire ai risultati sufficiente significatività statistica. Tuttavia, a parere degli autori, il modello di analisi proposto rappresenta un sensibile miglioramento rispetto a precedenti tentativi di valutazione economica delle attività di TI e ha permesso il conseguimento di alcuni importanti risultati. Innanzitutto, è stato esplicitato

in termini quantitativi il beneficio che deriva dall'attribuire priorità di accesso alla TI ai pazienti in condizioni di gravità intermedia (fatti salvi gli evidenti problemi etici che insorgono nelle decisioni sull'ammissione-esclusione di pazienti particolarmente gravi, che non dispongono di valide alternative di trattamento). In secondo luogo, è stato dimostrato che la TI, per particolari categorie di pazienti (nel caso specifico, quelli con Saps compreso tra 10 e 15), non rappresenta affatto un intervento a costo elevato per unità di beneficio ottenuto. Al contrario, i vantaggi che consente in termini di incremento della speranza di vita aggiustata per la relativa qualità, rispetto alla migliore alternativa disponibile, sono correlati ad un costo incrementale largamente inferiore a quello della maggior parte degli interventi di uso comune.

Affinché le conclusioni fin qui raggiunte possano essere confermate e generalizzate, per costituire una base attendibile sulla quale impostare le decisioni di ammissione alla TI, è necessario svolgere ulteriori approfondimenti nelle direzioni indicate di seguito. Innanzitutto, la validità del Saps (o di altro indice analogo) nella formulazione di una prognosi per i pazienti candidati alla TI, deve essere supportata da ulteriori dimostrazioni empiriche, possibilmente riferite a patologie e condizioni specifiche. In secondo luogo, devono essere studiate con maggiore accuratezza le conseguenze dell'ammissione di un paziente a un reparto di TI, rispetto a quelle che si sarebbero verificate in caso di ammissione a un reparto non intensivo (esclusione dall'accesso di altri pazienti, incremento della rotazione dei posti letto, allungamento delle liste di attesa per i casi non urgenti in reparti non intensivi, trasferimenti ad altre strutture), che hanno implicazioni sia in termini clinici che in termini econo-

mici. In terzo luogo, la casistica considerata in questo studio deve essere estesa al maggior numero possibile di patologie tra quelle che vengono normalmente trattate nei reparti intensivi.

Gli approfondimenti auspicati costituiscono passaggi obbligati verso la definizione di politiche di ammissione alla TI che consentano un impiego razionale dei reparti, ovvero l'ottimizzazione dei benefici conseguibili dalle risorse in essi investite.

BIBLIOGRAFIA

- BAMS J.L., MIRANDA D.R. *Outcomes and cost of intensive care, a follow up study on 238 ICU patients*. Intensive Care Medicine 1985; 11(5):234-41.
- CAR HILL R.A. *Assumptions of the Qaly procedure*. Social Science and Medicine 1989;29(3):469-77.
- CULLEN D.J. *Results and costs of intensive care*. Anesthesiology 1977; 47(2):203-16.
- CULLEN D.J., KEENE R., WATERNAUX C., KUNSMAN M. *Results, charges, and benefits of intensive care for critically ill patients: update 1983*. Critical Care Medicine 1984; 12(2):102-6.
- DETSKY A.S., STRICKER S.C., MULLEY A.G., THIBAUT G.E. *Prognosis, survival, and the expenditure of hospital resources for patients in an intensive care unit*. The New England Journal of Medicine 1981; 305:667-72.
- GUDEX C. *Qalys and their use by the health care service*. University of York, Centre for Health Economics, Discussion paper n. 20, 1986.
- HUTTON J. *Cost-benefit analysis in health care expenditure decision making*. Health Economics 1992; 1:213-6.
- KIND P., ROSSER R.M., WILLIAMS A. *The valuation of quality of life: some psychometric evidence*. In: Jones-Lee MW (Ed). *The value of life and safety*. North Holland, 1982.
- KNAUS W.A., ZIMMERMAN J.E., WAGNER D.P., DRAPER E.A., LAWRENCE D.E. *Apache, acute physiology and chronic health evaluation: a physiologically based classification system*. Critical Care Medicine 1981; 9:591-7.
- KNAUS W.A., DRAPER E.A., WAGNER D.P., ZIMMERMAN J.E. *Apache II, a severity of disease classification system*. Critical Care Medicine 1985; 13:818-29.
- LAMESHOW S., TERES D., PASTIDES H. *A method for predicting survival and morta-*

- lity of ICU patients using objective derived weights. *Critical Care Medicine* 1985; 13:519-25.
- LOES O., SMITH-ERICHSEN N., LIND B. *Intensive care: cost and benefit*. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 1987; 84(suppl):3-19.
- LE GALL J.R., LOIRAIT P., ALPEROVITCH A., GLASER P., GRANTHIL C., MATHIEU D., MERCIER P., THOMAS R., VILLERS D. *A simplified acute physiology score for ICU patients*. *Critical Care Medicine* 1984; 12:975-7.
- LOOMES G., MCKENZIE L. *The use of Qalys in health care decision making*. *Social Science and Medicine* 1989; 28(4):299-308.
- MALSTAM J., LIND L. *Therapeutic intervention scoring system (TISS). A method for measuring Workload and calculating costs in the ICU*. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 1992; 36(8):758-63.
- MEHREZ A., GAFNI A. *Quality adjusted life years, utility theory and Healthy years equivalents*. *Medical Decision Making* 1989; 9(2):142-9.
- MILLER D.H. *The rationing of intensive care*. *Critical Care Clinics* 1994; 10(1):135-43.
- MIRANDA D.R. *Critically examining intensive care*. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1992; 8(3):444-56.
- MODESTI R., D'ANDREA L., REDAELLI G., GATTINONI L. *Analisi dei costi di un paziente ricoverato in rianimazione, confronto con sopravvivenza e impegno infermieristico*. *Minerva Anestesiologica* 1991; 57(10):1059-60.
- MORRIS P.L., ROBINSON R.G., ANDRZEJEWSKI P., SAMUELS J., PRICE T.R. *Association of depression with 10-year poststroke mortality*. *American Journal of Psychiatry* 1993(a); 150(1):124-9.
- MORRIS P.L., ROBINSON R.G., SAMUELS J. *Depression, introversion and mortality following stroke*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 1993(b); 27(3):443-9.
- MULLY A.G., THIBAUT G.E., HUGHES R.A., BARNETT G.O., REDER V.A., SHERMAN E.L. *The course of patients with suspected myocardial infarction: the identification of low-risk patients for early discharge from intensive care*. *The New England Journal of Medicine* 1980; 302:943-8.
- OYE R.K., BELLAMY P.E. *Patterns of resource consumption in medical intensive care*. *Chest* 1991; 99(3):685-9.
- PARNO J.R., TERES D., LAMESHOW S., BROWN R.B. *Hospital charges and long-term survival of ICU vs. non ICU patients*. *Critical Care Medicine* 1982; 10(9):569-74.
- PATRICK D.L., DANIS M., SOUTHERLAND L.I., HONG G. *Quality of life following intensive care*. *Journal of General Internal Medicine* 1988; 3(3):218-23.
- PLISKIN J.S., SHEPARD D.S., WEINSTEIN M.C. *Utility functions for life years and health status*. *Operations research* 1980; 28(1):206-24.
- RAPOPORT J., TERES D., LAMESHOW S., AVRUNIN J.S., HABER R. *Explaining variability of cost using a severity-of-illness measure for ICU patients*. *Medical Care* 1990; 28(4):338-48.
- RELMAN A.S. *Intensive care units. who needs them?* *The New England Journal of Medicine* 1980; 302:965-6.
- RIDLEY S., BIGGAM M., STONE P. *Cost of intensive therapy. A description of methodology and initial results*. *Anaesthesia* 1991; 46(7):523-30.
- RIDLEY S., BIGGAM M., STONE P. *A cost-benefit analysis of intensive therapy*. *Anaesthesia* 1993; 48:14-9.
- RIDLEY S., BIGGAM M., STONE P. *A cost-utility analysis of intensive therapy. II: Quality of life in survivors*. *Anaesthesia* 1994; 49(3):192-6.
- ROSSER R.M., WATTS V.C. *The measurement of hospital output*. *International Journal of Epidemiology* 1972; 1:361-8.
- STROBERG M.A. *Intensive care units in the triage mode: an organizational perspective*. *Critical Care Clinics* 1993; 9(3):415-24.
- THIBAUT G.E., MULLY A.G., BARNETT G.O., GOLDSTEIN R.L., REDER V.A., SCHERMAN E.L., SKINNER E.R. *Medical intensive care: indications, interventions, and outcomes*. *The New England Journal of Medicine* 1980; 302:938-42.
- TORRANCE G.W. *A generalized cost-effectiveness model for the evaluation of health programs*. Hamilton, Mc Master University, Faculty of Business, Research report 101, 1970.
- TORRANCE G.W. *Toward a utility theory foundation for health status index models*. *Health Services Research* 1976; 11:349-69.
- TORRANCE G.W., THOMAS W.H., SACKETT D.L. *A utility maximization model for the evaluation of health care programs*. *Health Services Research* 1972; 7(2):118-33.
- TORRANCE G.W., FEENY D. *Utilities and quality-adjusted life years*. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1989; 5(4):559-75.

Documenti e commenti

Sezione 2^a

GUARDIAMO LA REALTÀ CHE CAMBIA

La riforma dalla riforma, così era stato «battezzato» il processo che ha portato alla legge n. 502/92 e n. 517/93, iniziato con il ministro Donat Cattin, continuato con il ministro De Lorenzo e concluso con il ministro Garavaglia, è forse già morta.

Probabilmente oggi inizia una «Riforma della riforma della riforma» che vedremo dove porterà.

È comunque opportuno imparare dalla realtà. Infatti la pura speculazione logica è spesso foriera di pregiudizi ideologici che portano acriticamente a favorire una certa soluzione rispetto ad altre. È nella fase cosiddetta «premesse di valore» che spesso si costruiscono modelli, così lontani dalla realtà, da apparire nel migliore dei casi come «desideri di impotenti» e nei peggiori di «vecchi ideologi votati alla distruttività». È proprio per evitare ai lettori di questa sezione questi rischi che si vuole contribuire al dibattito sul cambiamento della realtà, sui problemi concreti, ma soprattutto sulle proposte di cambiamento.

Il processo di cambiamento della sanità pubblica sarà molto diverso da quanto è spesso successo negli anni passati, dove dopo l'approvazione di una legge si era interessati all'applicazione della stessa. Si supponeva che i risultati potessero derivare dalla corretta applicazione della norma.

La Riforma della 833/78 è qualcosa di molto diverso sotto il profilo culturale: richiede non già capacità applicative di schemi di riferimento, ma una attenzione ai risultati, economici e di qualità dei servizi, nel sistema della sanità pubblica; il processo di cambiamento introdotto richiede cioè autonomia organizzati-

va e decisionale che è propria della natura aziendale delle U.s.l. e degli ospedali.

Infatti questa natura comporta inevitabilmente una differenziazione di modalità di intervento, una varietà di soluzioni operative, una molteplicità di schemi organizzativi. Ciascuna azienda dovrà trovare la sua strada per erogare prestazioni efficienti e qualitative. Questa varietà di future soluzioni sono portatrici di una grande ricchezza culturale, ma anche organizzativa in quanto consentono di accelerare il processo di apprendimento che è proprio di tutte le organizzazioni che ottengono buoni risultati. Occorrerà essere ancora più attenti alle esperienze di cambiamento valutando attentamente risultati e modalità organizzative sviluppate.

A partire da questo numero si farà particolare attenzione alle proposte che scaturiranno da quelle Regioni in cui la riforma del n. 502/92 e n. 517/93 ha preso forma e si è realizzata: può essere infatti utile a tutti riflettere su esperienze concrete.

Questo non certo per omologazione politica o per preclusione ad altre innovazioni, ma perché è necessario comprendere ciò che muta e i problemi che la «competitività guidata» porta con sé.

Il comprendere ciò che accade sarà per tutti — dirigenti di U.s.l., dirigenti regionali e ministeriali, consulenti e ricercatori — fondamentale per dare concreti impulsi ai processi di cambiamento che (questo oltre che l'augurio è l'impegno di questa sezione) saranno tempestivamente descritti.

UN IMPIANTO LEGISLATIVO PER L'ASSETTO ISTITUZIONALE, ORGANIZZATIVO E FINANZIARIO DEI SISTEMI SOCIO SANITARI REGIONALI

di Elio Borgonovi, Mario Del Vecchio, Francesco Longo, Francesco Zavattaro

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

SOMMARIO: 1. Premessa - 1.1. Principi ispiratori della legge - 2. Punti qualificanti della proposta di riassetto del S.s.r. - 3. Le linee guida della proposta di riassetto - 3.2. L'organizzazione delle aziende - 3.3. Finanziamento e programmazione - 3.4. Contabilità e controllo di gestione - 3.5. La gestione della fase di transizione.

1. Premessa

I processi di innovazione gestionale, come in generale tutti i processi di cambiamento, si qualificano:

— per i loro riferimenti a conoscenze e a soluzioni non ancora sperimentate;

— per la necessità di considerare attentamente il contesto in cui il «nuovo» va ad inserirsi.

Si tratta di due aspetti critici per una corretta valutazione del processo di innovazione avviato con il decreto legislativo n. 502/92, e sue successive modificazioni, che impone alle Regioni di adottare «leggi attuative» che riguardano:

1) il nuovo assetto istituzionale dei rapporti tra la Regione e le aziende (Unità sanitarie locali e ospedali autonomi);

2) i principi guida ed i meccanismi per lo svolgimento della funzione di indirizzo e di controllo della Regione;

3) il sistema di finanziamento ed i correlati meccanismi di responsabilizzazione economica delle aziende sanitarie;

4) i principi e i criteri per la progettazione degli assetti organizzativi delle aziende;

5) la definizione di principi e l'attivazione di processi tesi a favorire lo

sviluppo di alcuni indispensabili «sistemi di gestione» innovativi e coerenti con il ruolo che le aziende dovranno assumere.

Questa fase di innovazione del S.s.n. si colloca in un periodo di «forte turbolenza» sul piano economico, sociale e istituzionale e richiede il contributo di una molteplicità di soggetti, tra cui quello del mondo della ricerca.

Vari ricercatori e centri di ricerca applicata alla sanità sono pertanto stati coinvolti a vario titolo nella definizione dei nuovi assetti organizzativi e dei nuovi sistemi di gestione. Tuttavia è ovvio che le proposte elaborate da ricercatori-consulenti esterni, anche quando sono ottenute in stretto collegamento con gli organi istituzionali in virtù di rapporti di consulenza, possono differenziarsi in misura più o meno rilevante dalle «soluzioni ufficiali» licenziate dagli uffici degli assessorati e approvate dalle Giunte e dai Consigli regionali.

Ciò in quanto tali soluzioni sono influenzate da fattori di «contesto specifico» che riguardano:

— la competenza professionale e, a volte, alcune preferenze «personali» che devono essere riconosciute a chi assume una responsabilità diretta nella gestione (politica o tecnica) del sistema;

— la fattibilità tecnica;

— la convenienza politica, riferita al momento in cui i provvedimenti sono adottati (i compromessi sono spesso necessari per ottenere l'approvazione dei provvedimenti).

In una chiara distinzione di ruoli, deve essere chiaro che:

— il «tecnico», il consulente, non può mai pretendere che le sue proposte siano recepite *sic et simpliciter* nella presunzione che esse siano «oggettive», «razionali» e «neutrali»;

— gli organi istituzionali non possono ricercare nel rapporto con i tecnici una «copertura» per le loro scelte.

Poiché nei mesi scorsi il Centro di Ricerche per la Gestione dell'Assistenza Sanitaria dell'Università L. Bocconi (Ce.R.G.A.S.) è stato coinvolto, da varie Regioni, nella elaborazione di proposte attuative del decreto n. 502/92, si ritiene di dare un utile contributo al dibattito in corso nel S.s.n. pubblicando una proposta «tecnica», messa a punto da alcuni ricercatori del centro stesso per la ridefinizione dell'assetto istituzionale, organizzativo e finanziario del Sistema socio-sanitario regionale (S.s.s.r.) della Lombardia. La proposta, presentata in questa sede anche sotto forma di articolo di legge, contiene un disegno di

riordino complessivo del S.s.s.r. che si ritiene coerente con il quadro normativo e con i poteri concessi alle Regioni.

Viene quindi presentato un modello organico di sistema sanitario regionale che, seppur studiato e pensato per la regione Lombardia, e su di essa contestualizzato, potrebbe costituire un utile punto di riferimento per altre regioni italiane che non avessero ancora legiferato in materia o che volessero affinare gli assetti del proprio S.s.s.r.

Infatti gli spazi formali che la normativa nazionale lascia all'autonomia regionale (esplicitamente o implicitamente) e quelli sostanziali, derivanti dalla responsabilità finanziaria, sono tali da fornire alle Regioni l'opportunità e l'onere di disegnare e implementare un modello autonomo di funzionamento della sanità.

Il modello istituzionale, organizzativo e finanziario proposto deve essere letto e interpretato alla luce di alcune scelte fondamentali che influenzano in via pregiudiziale alcune caratteristiche essenziali del sistema e precisamente:

— la definizione dei nuovi ambiti territoriali delle U.s.s.l.-azienda;

— di individuazione degli ospedali azienda.

Infatti il modello proposto è coerente con una scelta strategica che si propone di rilanciare, riordinandolo, il S.s.n., senza però stravolgerne l'assetto complessivo di fondo e senza modificare i fini istituzionali dei singoli soggetti del sistema. Le U.s.s.l. in particolare, rimangono i responsabili fondamentali della salute della propria popolazione di riferimento, anche attraverso la produzione diretta di prestazioni e servizi sanitari. Questa scelta strategica risulta coerente con la definizione di ambiti territoriali delle U.s.s.l. piuttosto ampi (oltre i 200.000 abitanti) e lo scorporo di un numero limitato di ospedali azienda, selezionando solo i presidi che costituiscono

poli di riferimento regionali ultraspecialistici. Eventuali assetti di sistema diversi, ad esempio con l'U.s.s.l. concepita fundamentalmente come acquirente di prestazioni e con la maggioranza degli ospedali costituiti come aziende autonome (sull'esempio del modello inglese), invocherebbe schemi istituzionali, organizzativi e finanziari molto diversi da quelli che vengono qui proposti.

2. I principi ispiratori della legge

Alla base del modello proposto vi sono alcune ulteriori assunzioni che è opportuno espletare.

2.1. Governo pubblico del sistema. Seppure con modalità innovative rispetto al passato, il sistema socio-sanitario deve rimanere un'area dominata dalle scelte che perseguono interessi generali (scelte collettive). Ciò implica che:

— l'evoluzione del sistema non sia dominata esclusivamente da «automatismi» di tipo economico che escluderebbero dai servizi larghe fasce di popolazione, ma sia garantita da organi rappresentativi della comunità regionale tramite organiche e coordinate scelte di programmazione e di finanziamento (coordinamento della domanda e organizzazione dell'offerta);

— almeno per il prossimo futuro, permanga una rilevante responsabilità del settore pubblico nei processi di produzione ed erogazione dei servizi (tramite strutture di offerta innovative di tipo «aziendale») soprattutto in quelle aree di assistenza che sarebbero penalizzate da scelte di convenienza economica particolare;

— si ricerchino nuove modalità di integrazione tra pubblico e privato nelle diverse aree di tutela della salute in modo da valorizzare le rispettive «vocazioni» e al fine di ottenere un più elevato livello complessivo di risposta ai bisogni.

2.2. Elementi di competizione nel sistema. Nonostante una certa opinione diffusa, spesso basata su elementi distorti di giudizio circa il mal funzionamento delle strutture pubbliche in campo sanitario, il S.s.s.r. della Lombardia ha mostrato discreti livelli di *performance* rispetto al panorama nazionale, soprattutto per quanto riguarda il controllo della spesa e la qualità delle prestazioni. È quindi necessario introdurre innovazioni capaci di rilanciare lo sviluppo del sistema, tuttavia senza perdere la capacità di controllare la quantità delle risorse complessivamente assorbite dal settore stesso. Tale equilibrio, nel progetto che qui si propone, è raggiunto per effetto:

— di un riqualificato ruolo dell'azione politica che dovrà rafforzare la capacità di dare indirizzi e di stabilire priorità;

— di una maggiore autonomia e responsabilità delle singole aziende;

— dell'introduzione di elementi di competizione, all'interno del settore pubblico e tra settore pubblico e settore privato, in quelle aree in cui essa risulti tecnicamente possibile, economicamente conveniente e utile sul piano della qualità dei servizi forniti.

2.3. Il ruolo degli EE.LL. Il ruolo degli EE.LL., oggettivamente indebolito dall'architettura della riforma, deve essere per quanto possibile salvaguardato e valorizzato:

— attuando efficaci strumenti e meccanismi di comunicazione con i cittadini;

— offrendo reali, seppur circoscritte, possibilità di acquisizione da parte degli EE.LL. di servizi socio-sanitari integrativi.

2.4. Organizzazione del livello di governo regionale. Si tratta di ripensare, da una parte, la struttura tecnico-professionale preposta alla guida di un gruppo di aziende pubbliche di così rilevanti dimensioni (al fine di superare i limiti degli attuali meccanismi buro-

cratici di funzionamento dell'assessorato) e, dall'altra, di ridefinire il ruolo del Consiglio e della Giunta regionale (di formulazione e di controllo delle politiche sanitarie).

2.5. Processi di responsabilizzazione. I contenuti generali di riassetto, e in particolare quelli riguardanti il sistema di finanziamento e gli schemi organizzativi, devono essere tali da facilitare l'identificazione, anche all'interno delle aziende, di specifiche responsabilità per significative aree di prodotti e/o servizi erogati. Ciò consentirebbe di superare l'attuale situazione di frammentazione delle responsabilità che impedisce, tra l'altro, la formulazione di ponderati giudizi da parte dei cittadini sulla qualità dei servizi ricevuti e da parte degli organi regionali sui risultati della gestione e sui livelli di efficienza conseguiti.

3. I punti qualificanti della proposta di riassetto del S.s.s.r.

L'assetto istituzionale e normativo costituisce la parte strutturale di regolazione del sistema e, in quanto tale, rappresenta un insieme di condizioni/vincoli all'esercizio dell'autonomia aziendale. Per essere coerente con il processo di aziendalizzazione delle Unità sanitarie locali e degli Ospedali, la Regione deve abbandonare le forme di regolamentazione dettagliata (prevalenti in passato) per riconoscere ampi spazi di autonomia organizzativa e funzionale alle aziende. La regolamentazione regionale deve perciò contenere principi, criteri e indirizzi che riguardano gli aspetti rilevanti e qualificanti del funzionamento delle aziende, in modo da realizzare un equilibrio tra autonomia decisionale del livello locale e sua responsabilizzazione sugli obiettivi di salute perseguiti e sulla coerenza tra risorse assegnate e servizi prodotti.

Lo scopo che ci si prefigge è quindi quello di favorire una progressiva dele-

gificazione e deregolamentazione nel funzionamento del Servizio sanitario regionale. Questo dovrebbe permettere:

- una maggiore flessibilità dei processi di produzione-erogazione dei servizi cui correlare una maggiore efficacia della funzione di indirizzo e controllo da parte della Regione;

- la piena valorizzazione delle logiche di gestione aziendale;

- valutazioni delle aziende basate sui risultati raggiunti e non solo sul rispetto delle norme burocratiche.

Il principio della delegificazione e il conseguente passaggio a una logica di valutazione dei risultati dove quindi trovare piena espressione in tutti gli aspetti della legge di riordino.

3.1. Assetti organizzativi. Anche a livello infra-aziendale deve essere introdotto il binomio autonomia-responsabilità. Ciò implica due rilevanti innovazioni:

- le responsabilità devono essere individuate in relazione ai prodotti forniti, ai «mercati» servizi e alle tecnologie impiegate, secondo una logica di divisionalizzazione e non più secondo criteri di specializzazione funzionale (ciò potrebbe consentire, peraltro, una notevole semplificazione della struttura organizzativa);

- l'introduzione, in termini estesi, di meccanismi di nomina diretta dei dirigenti da parte del direttore generale.

3.2. Meccanismi finanziari. Si rende necessaria l'identificazione di meccanismi di finanziamento e di programmazione regionale che portino all'esplicazione di distinte e distinguibili responsabilità nei diversi livelli istituzionali e che possano fungere da quadro di riferimento comprensibile per le aziende. Il meccanismo di finanziamento deve quindi svolgere la funzione di efficace sistema di trasmissione degli impulsi e degli indirizzi regionali nel rispetto dell'autonomia gestionale delle aziende.

3.3. Sistemi di rilevazione. Il sistema di rilevazione contabile ed extracontabile (dati di attività, ecc.) deve essere orientato a supportare la funzione di governo dell'azienda per il raggiungimento dell'efficiente impiego delle risorse, dell'efficacia delle prestazioni erogate e dell'economicità complessiva della gestione.

4. Le linee guida della proposta di riassetto per la regione Lombardia

4.1. Assetto istituzionale

L'assetto istituzionale deve consentire alla Regione di dotarsi degli strumenti operativi e delle competenze professionali necessarie per esercitare un qualificato ruolo di indirizzo e di governo di un sistema socio-sanitario regionale costituito da un insieme di aziende autonome.

A tal fine, occorre trovare soluzioni che si pongano nella linea del più generale processo di riforma in atto nel sistema delle Pubbliche amministrazioni mirante a distinguere sempre meglio la funzione degli organi elettivi/politici, di indirizzo e controllo dell'azione amministrativa, dalla funzione tecnico-professionale, responsabile della gestione e della traduzione delle finalità istituzionali in concrete azioni. La separazione tra livello politico-istituzionale e livello tecnico-manageriale risulta ancora più opportuna per un settore, come quello sanitario, caratterizzato da fortissimi elementi di professionalità, specializzazione e differenziazione.

4.1.1. Assetto regionale. Per raggiungere gli scopi esplicitati in precedenza, si richiede una forte capacità di rilancio della funzione di indirizzo da parte della regione. Appare quindi necessario il rafforzamento sia della funzione politica di indirizzo e di controllo dei risultati, sia le funzioni di tipo tecnico.

Posto che, nonostante le recenti normative sul pubblico impiego e sulla modernizzazione delle amministrazioni pubbliche, non sembra possibile un radicale rinnovamento delle procedure e delle prassi amministrative dell'assessorato (vincolate da molte leggi nazionali e regionali che sarà impossibile modificare in tempi brevi) e delle professionalità (legate ad un sistema di selezione, inquadramento e sviluppo di carriera che risponde prevalentemente alla necessità di mantenere un elevato grado di omogeneità in tutto l'apparato regionale), si ritiene che l'unica via realisticamente percorribile sia quella di istituire una Agenzia regionale per la sanità.

L'Agenzia sarebbe responsabile della traduzione in strumenti e tecniche operative di tutti gli indirizzi politici provenienti dall'assessorato, che rimarrebbe il supporto alla funzione più prettamente politica dell'assessore. Questo riassetto dovrebbe in particolare riguardare:

— le fasi di programmazione, affidando all'assessorato la funzione di elaborare un piano strategico che tracci le linee di sviluppo, ad esempio per un triennio, del sistema sanitario regionale mentre all'agenzia è attribuita la funzione di predisporre il piano attuativo annuale;

— il riparto dei fondi, attribuendo all'assessorato la definizione dei criteri generali e all'agenzia la predisposizione dei parametri tecnici;

— il controllo, per il quale l'agenzia gestirebbe il necessario sistema informativo, l'*auditing*, l'analisi dei dati, mentre all'assessorato spetterebbe la funzione di valutare, sulla base dei dati e delle analisi tecniche forniti dalla agenzia o sulla base di altre fonti informative, i risultati del sistema regionale in relazione, ad esempio, ai livelli di assistenza uniformi da garantire.

L'agenzia avrebbe l'indubbio vantaggio di poter seguire normative e

prassi operative più agili, dotandosi di personale qualificato proveniente in parte dall'assessorato stesso, in parte dalle U.s.s.l. e in parte attingendo autonomamente al mercato del lavoro.

La strada dell'agenzia, se imboccata, deve essere intrapresa con decisione, arrivando ad un rapido sfolgimento dell'assessorato e alla nascita di una tecnostuttura capace ed efficace, per evitare la duplicazione del livello di governo regionale.

4.1.2. Luas locali. Il Fondo sanitario nazionale dovrebbe essere calcolato per permettere alle Regioni di finanziare predeterminati livelli uniformi di assistenza sanitaria (Luas): le quote relative, in un processo discendente, dovrebbero essere poi ripartite alle U.s.s.l. La Regione può comunque decidere di finanziare livelli uniformi di assistenza sanitaria superiori attingendo a mezzi finanziari propri.

Al fine di rafforzare il livello istituzionale locale, fortemente indebolito dalla riforma, anche ai Comuni dovrebbe essere concessa la possibilità di finanziare Luas superiori, con risorse proprie provenienti dall'imposizione locale. Per evitare tuttavia una eccessiva frammentazione dell'offerta sanitaria, questo dovrebbe essere permesso solo in caso di accordi complessivi tra tutti i Comuni appartenenti ad un distretto.

4.1.3. L'area metropolitana milanese. Per l'area metropolitana milanese, in relazione all'elevata densità della popolazione delle strutture di offerte e per i rilevanti flussi di immigrazione sanitaria è necessario prevedere un processo che porti al progressivo coordinamento tra i diversi presidi di offerta (ospedalieri e territoriali) attraverso protocolli di intesa, convenzioni e consorzi. L'obiettivo è quello di evitare la proliferazione ingiustificata di centri di offerta metropolitani, di limitare le duplicazioni con i conseguenti effetti di concorrenza perversa, e di fa-

vorire, in particolare per gli ospedali, processi di specializzazione come poli di eccellenza per la Regione e per il paese. In tale area si propone perciò la messa a punto di una «rete integrata di servizi» che potrà portare, dopo una prima fase sperimentale, ad identificare nuovi assetti istituzionali.

4.2. L'organizzazione delle aziende

4.2.1. L'alta direzione. Le aziende assumono dimensioni tali da avere in media 200-250 mila abitanti di riferimento, con bilanci superiori ai 300 miliardi annui. Per aziende di queste dimensioni è fondamentale distinguere con chiarezza un livello decisionale che potremmo definire strategico, da un livello decisionale di direzione operativa. Questo avviene in tutte le imprese e in tutte le aziende sanitarie dei paesi occidentali. Le aziende U.s.s.l. dovranno perciò strutturarsi dotandosi di una alta direzione, responsabile della funzione strategica, e di una direzione operativa, responsabile della funzione di programmazione e controllo operativi. Nel primo livello sono da collocare il Direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore sociale (questo permetterebbe anche di rafforzare il ruolo di quest'ultimo). Nelle direzioni operative sono da collocarsi i direttori dei settori di attività in cui si articola la U.s.s.l.

La «squadra» dei direttori, di entrambi i livelli, dovrebbe essere nominata integralmente dal Direttore generale (ovviamente fra coloro che sono dotati dei requisiti professionali minimi previsti dalla legge) che così si troverebbe a dirigere l'azienda con persone che godono della sua fiducia, dotati di autonomia e responsabilità rispetto a specifiche aree di risultati. La conferma o la revoca del Direttore generale sarà quindi il risultato di un giudizio sull'operato dell'intera «squadra» dei direttori.

4.2.2. Divisionalizzazione dell'azienda. La struttura organizzativa delle U.s.s.l. deve raggiungere alcuni scopi fondamentali: individuare chiare responsabilità su aree di servizi o di domanda (superando la logica frammentaria specialistica), recuperare una visione unitaria sull'utenza, rivitalizzare la medicina territoriale, favorire l'integrazione tra territorio e ospedale, tra sociale e sanitario.

A questo proposito lo schema organizzativo più idoneo appare la strutturazione dell'U.s.s.l. in due settori fondamentali: quello dei servizi territoriali e quello dei servizi ospedalieri.

Il settore dei servizi territoriali dovrebbe costituire un interlocutore forte, credibile, simmetrico rispetto all'ospedale, che fino ad oggi ha attratto la maggior parte delle attenzioni e delle risorse a disposizione. Esso dovrebbe essere responsabile soprattutto di una visione unitaria sui percorsi intrapresi dal paziente e quindi, di regolatore della domanda e l'erogatore dei servizi primari.

Attraverso accordi interni, realizzati con adeguati sistemi di programmazione devono essere attivati tutti i possibili meccanismi operativi di integrazione, in particolare quelli di tipo budgettario.

4.2.3. Settore territoriale-distretti. Il settore territoriale dovrebbe articolarsi in distretti, responsabili del complessivo stato di salute dei cittadini residenti. I distretti dovrebbero perciò orientare la domanda, erogare tutte le prestazioni di primo livello, essere momento di prevenzione, integrazione tra sociale e sanitario, di invio, quando necessario, all'ospedale, e di ripresa in carico al momento della dimissione dalla degenza. I distretti non sono quindi intesi come semplici presidi di offerta decentrati, ma come centri di responsabilità sull'uso dei servizi per la popolazione di un ambito territoriale definito, ciò anche al

fine di perseguire un oculato impiego delle risorse disponibili.

I distretti dovrebbero quindi essere dotati di un *budget* inteso come meccanismo operativo per responsabilizzare il direttore di distretto sull'ammontare complessivo di prestazioni indotte per i propri iscritti per spesa farmaceutica, diagnostica, specialistica, ecc. A tale *budget* potrebbe poi essere collegata la quota variabile incentivante distribuita o trattenuta ai medici di base (ex D.L.vo n. 502/92) rapportata alla loro partecipazione alle attività distrettuali e all'ammontare delle spese indotte dal loro comportamento prescrittivo.

4.2.4. Settore supporto logistico-alberghiero-tecnologico. A sostegno dei due settori fondamentali dovrebbe collocarsi la funzione di supporto tecnico, logistico e alberghiero. Questa funzione è destinata ad acquistare un ruolo sempre più significativo nel contesto sanitario.

Infatti esso dovrebbe essere responsabile delle risorse tecnologiche, che rappresentano un'area in forte espansione e da cui dipenderà sempre più la qualità e l'economicità dell'assistenza. Inoltre dovrebbe occuparsi complessivamente delle dotazioni infrastrutturali, spesso fin troppo trascurate nelle U.s.s.l. A questo si deve aggiungere l'importante funzione di responsabilità sull'erogazione delle prestazioni alberghiere che rappresentano un elemento determinante della qualità percepita da parte dei pazienti e costituiscono oggi uno dei principali punti di debolezza della struttura pubblica rispetto a quella privata.

4.2.5. Autonomia nella gestione del personale. L'aziendalizzazione delle U.s.s.l. dovrebbe permettere di superare il rigido controllo sui singoli fattori produttivi. Il vincolo invalicabile per ogni azienda dovrebbe essere costituito dall'ammontare complessivo di risorse finanziarie a disposizione. Ogni azienda dovrà perciò essere

maggiormente libera di assumere personale nei limiti delle proprie disponibilità finanziarie e all'interno dei propri programmi di attività. Questo dovrebbe portare al lento superamento del concetto di pianta organica, a favore quindi di strumenti organizzativi e di programmazione.

4.3. Finanziamento e programmazione

4.3.1. Il meccanismo di finanziamento. Il meccanismo di finanziamento deve contemperare tre esigenze fondamentali: garantire l'equità nell'accesso ai servizi, stimolare la qualificazione dell'offerta e governare la dinamica complessiva della spesa.

Tali obiettivi possono essere raggiunti a partire da un sistema di finanziamento delle U.s.s.l. tendenzialmente a quota capitaria. Le U.s.s.l. provvedono successivamente a compensare la mobilità sanitaria inter aziendale (compresa quella rivolta agli ospedali aziendali), vale a dire a «fatturare» prestazioni erogate a cittadini iscritti presso altre U.s.s.l. e a pagare le cure di propri iscritti presso presidi di altre aziende. In questo modo l'U.s.s.l. è stimolata, stante la libertà di scelta del cittadino sancita dal decreto legislativo n. 502 del 1992, a rendere attrattive le proprie prestazioni e le proprie strutture per evitare la perdita dei propri pazienti.

Il meccanismo finanziario di compensazione della mobilità dovrebbe essere di «competenza», mentre la «cassa» dovrebbe affluire direttamente all'azienda che ha prodotto la prestazione, tramite un sistema di compensazione regionale. Se questo viene correlato all'ipotesi di tesoreria unica regionale si dovrebbe riuscire a limitare parte degli attuali oneri finanziari che sono causati da una non razionale gestione della cassa.

4.3.2. Ruolo delle tariffe. In questo scenario finanziario, le tariffe giocano

un ruolo determinante e quindi possono costituire una forte leva di governo a disposizione della Regione per una corretta programmazione sanitaria e per stimolare il perseguimento dei suoi obiettivi. Sarà infatti sufficiente prevedere delle tariffe molto basse (vicine cioè al costo variabile aziendale) per tutte le prestazioni che si ritiene debbano essere erogate presso l'U.s.l. di appartenenza e prevedere delle tariffe alte (vicine cioè al costo pieno aziendale) per tutte le prestazioni per le quali si ritiene opportuno sviluppare un «mercato», tra varie strutture di produzione.

4.3.3. Budget di spesa per i medici di medicina generale. Anche la definizione di *budget* di spesa per i medici di base può contribuire al rilancio della funzione di assistenza primaria, che in tutti i paesi occidentali ha visto negli ultimi anni una forte valorizzazione, mentre in Italia è ancora ferma al ruolo di certificatore burocratico. A questo proposito il *budget* dovrà essere inteso nella sua accezione corretta, cioè non come un semplice tetto di spesa (i tetti di spesa non hanno mai funzionato), ma come insieme di obiettivi di attività correlato a livelli di spesa. Il *budget* di spesa andrebbero quindi definiti e gestiti all'interno dei distretti. Questo favorirebbe la rottura dell'attuale isolamento in cui operano i medici di base e potrebbero favorire il recupero della centralità del loro ruolo, la qualificazione delle loro prestazioni professionali, il rafforzamento della pratica della medicina di gruppo.

4.3.4. Gli strumenti di programmazione. La programmazione sanitaria, oltre a trovare utili strumenti nelle leve finanziarie, dovrebbe prevedere alcuni precisi e distinti momenti di pianificazione.

Il Consiglio regionale dovrebbe emanare ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità, e almeno triennialmente, gli indirizzi politici fondamentali contenuti in un piano strategico. La Giun-

ta regionale, su proposta dell'agenzia, potrebbe così emanare il piano attuativo, che traduce tecnicamente gli indirizzi strategici. Anche in questo modo si perfezionerebbe la divisione tra momento politico e momento tecnico.

Inoltre, sarebbe opportuno che l'Agenzia predisponesse lo scenario finanziario annuale in modo tale che le U.s.s.l. siano preventivamente messe in grado di predisporre la propria programmazione aziendale (*budget*).

4.4. Contabilità e controllo di gestione

4.4.1. Contabilità generale. La contabilità generale dovrà basarsi sulla logica della contabilità economica patrimoniale, che ha il vantaggio di rappresentare in modo più adeguato le condizioni di svolgimento della gestione e la sua economicità, soprattutto in presenza di processi economici complessi, a forte interdipendenza tra i diversi periodi amministrativi. La contabilità economica è stata sviluppata nel contesto delle imprese, quindi in situazioni di mercato in cui la differenza tra ricavi e costi rappresenta un indicatore estremamente significativo del buon funzionamento dell'azienda. Non è quindi possibile trasferirla acriticamente al settore sanitario pubblico, la cui finalità istituzionale prevalente è il soddisfacimento dei bisogni di salute: occorre perciò un suo profondo adattamento logico e metodologico da realizzare tramite una attenta progettazione del sistema, tramite una adeguata sperimentazione che consenta di definire principi contabili idonei a rendere i dati contabili realmente espressivi dei risultati di gestione e ad evitare il rischio di rappresentazioni distorte della realtà.

4.4.2. Contabilità direzionale. Le rilevazioni di contabilità generale dovranno essere utilmente integrate da altre rilevazioni contabili e extracontabili a supporto dei processi aziendali di

pianificazione, programmazione, decisione e controllo. In particolare sarà opportuno favorire l'introduzione di strumenti quali la contabilità analitica per centri di costo e il *budget*. Questi strumenti difficilmente verranno sviluppati grazie alla semplice imposizione in una legge regionale; per essi si dovranno prevedere altri percorsi di implementazione, tipicamente quelli di diffusione di logiche manageriali, in particolare attraverso processi di sperimentazione e formazione per il futuro *management* delle nuove aziende.

4.5. La gestione della fase di transizione

4.5.1. Posto che la proposta di legge di riordino dei servizi socio-sanitari della regione Lombardia contiene tutte le norme transitorie e finali necessarie per gestire la fase di transizione, una particolare attenzione deve essere posta ai meccanismi di finanziamento.

Per quanto riguarda il sistema di finanziamento è prevista una graduale transizione dagli attuali modelli di finanziamento per fattori a quelli basati sulla quota capitaria al fine di evitare che si determinino «rotture» nei livelli di funzionalità e situazioni di crisi. Va comunque tenuto presente che:

— l'aumento della dimensione delle U.s.s.l. riduce la varianza dell'attuale spesa pro capite (U.s.s.l. di ancora maggiori dimensioni avrebbero consentito una varianza ancora minore);

— differenze nella spesa pro capite normalmente riflettono fenomeni di mobilità, di cui il nuovo meccanismo tiene però conto;

— il nuovo sistema verrà introdotto gradualmente e portato a regime solo dopo un congruo periodo di tempo.

Dopo l'illustrazione dei principi e del modello sottostante la legge, almeno nei suoi aspetti fondamentali, proponiamo analiticamente l'articolato della proposta.

Titolo I

ASSETTO ISTITUZIONALE
DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO

Art. 1

Scopo della legge

1. - La presente legge disciplina i principi e i criteri per il graduale riordino del Servizio socio sanitario della regione Lombardia dettando, altresì, norme per l'attuazione del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché norme in materia di programmazione socio-sanitaria e di criteri per il finanziamento del servizio stesso.

Art. 2

Il sistema socio sanitario regionale

1. - Il sistema socio sanitario regionale è costituito dal sistema integrato delle funzioni socio sanitarie, previste dalle norme nazionali e regionali in materia, finalizzate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute di tutta la popolazione.

2. - Il Servizio socio sanitario regionale si propone l'obiettivo di governare e coordinare il sistema socio-sanitario regionale e opera mediante l'utilizzo delle strutture pubbliche (aziende del Servizio socio sanitario regionale di cui al successivo art. 8) e private di produzione ed erogazione dei servizi nonché tramite l'organizzazione delle relative attività sul territorio regionale con il concorso delle organizzazioni di volontariato di cui alla L.R. n. 22 del 24 luglio 1993.

3. - I rapporti tra le aziende del Servizio socio sanitario regionale ed i Comuni sono regolati da apposite convenzioni quadro.

4. - I rapporti tra le aziende del Servizio socio sanitario regionale e le istituzioni sanitarie private sono ispirate ai seguenti principi:

a) nel perseguire il proprio fine istituzionale di tutela della salute dei cittadini le aziende possono avvalersi delle prestazioni erogate dalle istituzioni sanitarie private;

b) il ricorso da parte delle aziende alle istituzioni sanitarie private deve assicurare un più efficace ed efficiente perseguimento delle proprie finalità istituzionali nel rispetto delle condizioni che assicurano il mantenimento dell'equilibrio economico dell'azienda stessa.

Art. 3

La regione

1. - Gli obiettivi del Servizio socio sanitario regionale sono perseguiti, coerentemente con gli indirizzi della programmazione nazionale, tramite:

a) la definizione dei livelli di assistenza uniformi garantiti ai cittadini della regione Lombardia, indipendentemente dalla loro condizione economica e sociale;

b) lo studio e l'elaborazione di indirizzi di politica sanitaria coerenti con il livello di sviluppo socio-economico della Regione, anche mediante analisi comparative con altri sistemi;

c) la specificazione dei criteri per una presenza coordinata di strutture pubbliche e private, nel rispetto del principio generale della piena valorizzazione delle strutture socio sanitarie pubbliche;

d) la definizione del fabbisogno di risorse finanziarie coerenti con i livelli assistenziali di cui alla lettera *a)* e con gli obiettivi e gli indirizzi della programmazione socio-economica della Regione anche al fine dell'individuazione delle modalità di reperimento delle eventuali risorse finanziarie aggiuntive;

e) l'informazione e la consultazione dei soggetti istituzionali e sociali che concorrono alla programmazione socio-sanitaria, anche al fine di favorirne la partecipazione alle scelte di politica sanitaria;

f) la definizione dei principi e dei criteri che devono ispirare l'azione delle aziende pubbliche di servizi sanitari, di cui alla presente legge, per la realizzazione di un equilibrato sviluppo del sistema socio sanitario di tutela della salute su tutte le aree del territorio regionale;

g) la definizione di criteri generali atti a realizzare la responsabilizzazione delle singole aziende sui risultati complessivi della gestione, sulla qualità delle prestazioni e sul proprio equilibrio economico e finanziario;

h) la traduzione dei principi e dei criteri di cui ai punti precedenti in metodi e strumenti per regolare i rapporti operativi e finanziari nel sistema delle aziende che producono ed erogano servizi sul territorio regionale;

i) la verifica e il controllo finalizzati a garantire che i comportamenti effettivi delle aziende sanitarie siano conformi al mantenimento dell'equilibrio generale del sistema socio-sanitario regionale;

l) la realizzazione di un sistema informativo che fornisca un quadro consolidato delle attività svolte, delle prestazioni erogate e delle risorse impiegate, anche per le verifiche e i controlli di cui alla lettera precedente.

2. - Le competenze in ordine alle materie di cui alle lettere *a)*, *b)*, *c)*, *d)*, *e)*, *f)*, *g)*, sono attribuite al Consiglio regionale e alla Giunta regionale, di seguito G.R., secondo quanto stabilito dalla presente legge e dallo statuto regionale. Le competenze di cui alle lettere *h)*, *i)*, *l)* sono attribuite all'Agenzia regionale per la sanità, a supporto delle decisioni degli organi regionali, dotata di autonomia gestionale e di adeguate professionalità tecniche, organizzative ed economiche, secondo quanto disposto dal successivo articolo.

Ipotesi B per il comma 2

Con riferimento alle attività di cui al comma precedente, dalla lettera *a)* alla lettera *g)*, le competenze sono attribuite al Consiglio regionale e alla Giunta regionale in base alle rispettive competenze, stabilite dalla presente legge e dallo statuto regionale.

Sono attribuite alla piena responsabilità della struttura tecnica del settore competente le attività di cui ai punti *h)*, *i)*, *l)*.

Art. 4

L'Agenzia regionale

1. - È istituita, contestualmente alla Aziende sanitarie, l'Agenzia regionale del Servizio socio sanitario regionale, di seguito agenzia, quale strumento tecnico della Giunta Regionale teso a garantire il corretto e coordinato funzionamento del Servizio socio sanitario regionale e delle Aziende sanitarie. L'agenzia opera nel quadro delle scelte e degli indirizzi di politica sanitaria stabiliti dalla Regione tramite i propri strumenti di programmazione e di ogni altro atto o deliberazione espressivi della volontà politica della Regione in materia socio-sanitaria.

2. - L'agenzia, pur dotata di autonomia organizzativa, contabile e amministrativa, tecnica e di bilancio, opera, ai fini funzionali, nell'ambito del competente settore della Regione e non ha personalità giuridica.

3. - L'agenzia è diretta da un Direttore generale (di seguito D.G.), nominato dal Presidente su proposta della Giunta regionale ed assunto con contratto di diritto privato a tempo determinato rinnovabile, di durata coincidente con quella del Consiglio regionale. Il D.G. dell'agenzia può essere revocato dal presidente della giunta con provvedimento motivato, su conforme delibera della giunta. Al D.G. sono attribuiti tutti i poteri di gestione compresa la rappresentanza legale dell'agenzia e la possibilità di adottare gli atti e di stipulare i contratti necessari allo svolgimento delle funzioni e al raggiungimento degli obiettivi dell'agenzia stessa.

4. - L'organizzazione e il funzionamento dell'agenzia sono disciplinate dal regolamento, allegato A, facente parte integrante della presente legge.

5. - L'agenzia svolge le funzioni attribuite ai sensi dell'art. 3 tramite:

a) l'analisi delle situazioni dei bisogni di salute, della domanda e dell'utilizzazione dei servizi anche ai fini di effettuare proiezioni e previsioni sulle future esigenze del sistema socio sanitario regionale;

b) l'attivazione di un sistema di monitoraggio sulle caratteristiche strutturali e funzionali delle Aziende sanitarie anche attraverso la definizione di informazioni idonee ad attuare confronti e valutazioni sui livelli di efficienza ed in generale sulla qualità della gestione;

c) la pianificazione dei flussi finanziari, di competenza e di cassa, in conto patrimonio e in conto esercizio, dalla Regione alle aziende e tra le aziende a fini di regolazione dei rapporti di acquisto e cessione di prestazioni sanitarie che, nell'ambito delle assegnazioni stabilite con provvedimento regionale e delle norme sulla gestione della tesoreria del settore pubblico, determinino la minimizzazione degli oneri finanziari per il sistema regionale, favoriscano il pagamento dei creditori nei termini stabiliti dalle leggi e dai contratti stipulati, consentano l'eliminazione dei costi indotti dai ritardi di pagamento, nel rispetto dell'autonomia delle aziende;

d) la produzione di rapporti conoscitivi sui sistemi di gestione adottati dalle Aziende sanitarie anche al fine di proporre interventi sui sistemi gestionali stessi, tesi al miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità;

e) l'analisi dei risultati gestionali raggiunti dalle Aziende sanitarie, rilevati tramite il sistema di monitoraggio di cui al precedente punto *b)* e tramite gli strumenti gestionali adottati dalle aziende stesse;

f) l'individuazione e la segnalazione agli organi competenti di tutte quelle situazioni che, presentando anomalie o eccezionalità sotto l'aspetto amministrativo, contabile, economico e dei livelli assistenziali, siano giudicate meritevoli di specifiche indagini ispettive riguardanti la legittimità e il merito;

g) la promozione e il supporto ad interventi finalizzati allo sviluppo delle competenze manageriali ai vari livelli del sistema regionale ed in generale al miglioramento della funzionalità del Servizio socio sanitario regionale e della soddisfazione del cittadino;

h) la promozione dell'applicazione dei risultati di appropriati studi sulla valutazione delle tecnologie sanitarie.

6. - L'agenzia opera tramite personale assunto con contratto di diritto privato a tempo determinato di durata non superiore al quinquennio e rinnovabile e tramite personale comandato dalla regione e dalle Aziende sanitarie, nei limiti del contingente stabilito con apposita delibera della Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare. Detto provvedimento deve essere ispirato al principio della piena valorizzazione delle risorse umane e professionali del competente settore della Regione.

7. - Le spese di funzionamento dell'agenzia sono assicurate con apposito stanziamento nel bilancio della Regione, nonchè con attribuzioni dal fondo sanitario regionale e con le eventuali entrate proprie ed è tenuta a rispettare il pareggio di bilancio.

Art. 5

La Provincia

1. - La Provincia, oltre all'espressione dei pareri previsti dalle vigenti norme in materia socio-sanitaria, esercita le funzioni di cui agli art. 14 e 15 della legge n. 142/90, collaborano con la Regione nelle funzioni di coordinamento territoriale dei servizi socio-sanitari. A tal fine la Regione nell'ambito della propria attività programmatica prevede le modalità di coordinamento e interazione tra Provincia, Aziende sanitarie ed Enti locali.

Art. 6

L'area metropolitana

Ipotesi A

1. - In ragione della stretta interdipendenza delle strutture di offerta di servizi socio sanitari operanti sul territorio dell'area milanese e in attesa della delimitazione dell'area metropolitana e dell'istituzione della città metropolitana ai sensi dell'art. 19 della

legge n. 142/90, è costituita nell'ambito della agenzia una specifica sezione cui sono attribuite le seguenti funzioni:

a) promuove il coordinamento della produzione ed erogazione di prestazioni e servizi sul territorio dell'area milanese, tramite indirizzi finalizzati ad orientare la domanda in rapporto alle caratteristiche delle aziende sanitarie e dei presidi operanti sul territorio;

b) promuove un adeguato livello di integrazione operativa ed organizzativa tra le varie strutture di offerta;

c) favorire e controllare il coordinamento tra gli indirizzi regionali e gli indirizzi comunali in materia socio-sanitaria e assistenziale;

d) favorire e controllare il raccordo degli indirizzi relativi alle aziende sanitarie dell'area milanese con quelli relativi al resto del territorio regionale.

Ipotesi B

In ragione della stretta interdipendenza delle strutture di offerta di servizi socio sanitari operanti sul territorio dell'area milanese e in attesa della delimitazione dell'area metropolitana e dell'istituzione della città metropolitana ai sensi dell'art. 19 della legge 8 giugno 1990, n. 142, la Giunta regionale, con il parere vincolante della Commissione consiliare competente, predispone, entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, idonei atti amministrativi per l'articolazione dei servizi socio sanitari del comune di Milano, ivi compresi i Comuni inclusi nelle ex U.s.s.l. 74 e 76, in ottemperanza ai seguenti indirizzi:

a) costituzione dell'azienda per l'area milanese a sua volta articolata nelle seguenti aziende, dotate ciascuna di personalità giuridica:

l'azienda per la gestione di tutti i presidi ospedalieri;

l'azienda per la gestione dei servizi socio-sanitari territoriali;

l'azienda per la prevenzione e la sanità pubblica;

b) l'azienda per l'area milanese, dotata di autonomia giuridica e di un proprio statuto, è sovraordinata alle aziende di cui alla lettera a) nella definizione delle strategie di gruppo, dei programmi di integrazione, del coordinamento e del controllo;

c) il Direttore generale dell'azienda per l'area milanese e i Direttori generali delle aziende sottordinate sono nominati con le procedure di cui all'art. 3 del D.Lvo. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

d) le funzioni di cui al comma 14 dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni sono esercitate nei confronti dell'azienda per l'area milanese.

Art.7

I Comuni

1. - I sindaci dei Comuni facenti parte del territorio dell'azienda U.s.s.l., nell'ambito della programmazione regionale e nel rispetto delle modalità previste dal comma 14 dell'art. 3 del

D.Lvo. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, provvedono alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esaminano il bilancio di previsione e il conto consuntivo e rimettono alla giunta regionale le relative osservazioni, verificano l'andamento generale dell'attività e contribuiscono alla definizione dei piani programmatici, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al D.G. e all'Assessorato regionale alla sanità, sia per le funzioni socio-sanitarie sia per le funzioni assistenziali.

2. - I sindaci dei Comuni facenti parte del territorio del distretto socio-sanitario esercitano le funzioni di cui all'art. 2, comma 5, della L.R. n. 28/93 sia per le funzioni socio sanitarie sia per le funzioni socio assistenziali.

3. - Per favorire l'integrazione tra le programmazioni assistenziali e socio-sanitaria, per i comuni che optano per la gestione associata, le aree territoriali di riferimento coincidono con gli ambiti territoriali previsti dalla tabella B allegata alla legge regionale n. 28/93 ovvero con l'ambito del territorio di ciascun distretto.

4. - Le aziende U.s.s.l. hanno l'obbligo di assumere la gestione dei servizi socio assistenziali loro affidati dai Comuni, con oneri a carico dei Comuni stessi, allorché tutti i Comuni appartenenti allo stesso distretto lo richiedano. Le modalità di esercizio della gestione dei servizi socio assistenziali affidati sono regolati da apposita convenzione da stipularsi tra i Comuni e l'U.s.s.l. sulla base di un'apposita convenzione quadro, da predisporre da parte della Giunta regionale.

5. - La Regione, al fine di promuovere la gestione associata e delegata alle Unità socio sanitarie locali azienda delle funzioni socio-assistenziali, individua appositi finanziamenti destinati a sostenerla.

6. - I Comuni singoli o associati possono concordare con l'azienda U.s.s.l. forme integrative di assistenza socio sanitaria per livelli di assistenza superiori a quelli stabiliti dalla Regione, di cui alla lettera a), del comma 1, dell'art. 3 della presente legge. Occorre in ogni caso che:

a) tali servizi integrativi siano erogati a livello di distretto e siano richiesti da tutti i Comuni che insistono nell'area territoriale del distretto stesso;

b) i costi di gestione dei servizi integrativi trovino piena copertura da parte dei Comuni richiedenti, sulla base di specifiche contabilizzazioni rese dall'azienda U.s.s.l.

Titolo II

ASSETTO ISTITUZIONALI DELLE AZIENDE

Art.8

Istituzione delle Aziende

1. - Sono istituite le aziende U.s.s.l. e le Aziende ospedale, di seguito Aziende sanitarie, quali aziende della Regione per l'esercizio delle funzioni di tutela della salute di cui all'articolo 1 della legge n. 833/78.

2. - Le aziende sanitarie sono responsabili dello svolgimento di tutte le attività tecnico-operative, decisionali, di raccolta ed elaborazioni di informazioni necessarie per realizzare la produzione e l'erogazione di prestazioni e di servizi, coerenti in quantità e qualità con la domanda e i bisogni di salute presenti in ogni area territoriale della Regione, secondo modalità finalizzate a realizzare l'efficacia della tutela della salute, l'efficiente impiego delle risorse, l'equilibrio economico di lungo periodo.

3. - Le Aziende sanitarie sono dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica e di un proprio statuto allegato B facente parte integrante della presente legge.

4. - Ai sensi delle norme vigenti la giunta regionale verifica tramite l'agenzia l'applicazione degli indirizzi di politica socio-sanitaria regionale, e, previa istruttoria dell'agenzia stessa, a prova altresì gli atti fondamentali delle aziende e provvede alla nomina ed alla eventuale revoca del Direttore generale.

5. - Le aziende sanitarie informano la loro attività a criteri di efficacia, efficienza, economicità; sono tenute a perseguire il pareggio di bilancio nel rispetto degli indirizzi regionali, salvaguardando il patrimonio aziendale ed attraverso l'equilibrio tra i costi e i proventi della gestione, ivi compresi i trasferimenti.

6. - Sono trasferiti al patrimonio delle aziende sanitarie di cui al primo comma del presente articolo:

a) tutti i beni mobili, ivi compresi quelli da reddito, e le attrezzature che alla data della costituzione delle aziende sanitarie facevano parte del patrimonio delle preesistenti Unità socio sanitarie locali e dei preesistenti presidi ospedalieri;

b) le posizioni attive e passive facenti capo, alla data di costituzione delle aziende, alle preesistenti presidi ospedalieri.

7. - Il presidente della giunta in sede di istituzione di ciascuna delle aziende di cui al primo comma del presente articolo conferisce il fondo di dotazione iniziale.

Art. 9

Gli organi dell'Azienda sanitaria

1. - Sono organi dell'Azienda sanitaria il Direttore generale e il Collegio dei revisori.

Art. 10

Il Direttore generale

1. - Tutti i poteri di gestione e la rappresentanza della Azienda sanitaria sono attribuiti al Direttore generale, di seguito indicato con D.G.

2. - Il Direttore generale è nominato dal Presidente della giunta tra gli iscritti nell'apposito elenco nazionale istituito presso il Ministero della sanità, di cui al comma 10 dell'art. 3 del D.Lvo. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, su conforme deliberazione della giunta stessa.

3. - Il D.G. è responsabile del perseguimento delle finalità istituzionali dell'azienda nell'ambito degli indirizzi derivanti dalla programmazione regionale, e della conservazione del patri-

monio aziendale, tramite l'equilibrio tra i costi e i proventi della gestione, ivi compresi i trasferimenti.

4. - Il D.G. emana i regolamenti dell'azienda in ottemperanza ai principi stabiliti dalla presente legge e nei limiti dallo statuto.

Art. 11

Composizione, funzionamento e compiti del Collegio dei revisori

1. - Il Collegio dei revisori:

a) vigila sulla regolarità delle scritture contabili;

b) attesta la rispondenza alle scritture contabili del bilancio di esercizio in relazione ai principi contabili stabiliti dalla presente legge ed ai principi contabili di generale accettazione finalizzati a fornire un quadro fedele della situazione patrimoniale, finanziaria ed economica delle Aziende sanitarie.

3. - Per le specifiche esigenze connesse con l'espletamento delle funzioni di cui al precedente comma, il Collegio dei revisori ha diritto di accesso agli atti e ai documenti dell'Azienda sanitaria. Tali funzioni vengono esercitate dal collegio dei revisori tramite l'utilizzo dei metodi e degli strumenti comunemente accettati dalla prassi professionale.

Titolo III

PRINCIPI GENERALI DI FUNZIONAMENTO E ORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE

Art. 12

Principi di funzionamento

1. - Le Aziende sanitarie ispirano il loro funzionamento ai principi generali della programmazione socio-sanitaria dettati dalla Regione.

2. - Le Aziende sanitarie garantiscono la partecipazione dei cittadini e dell'utenza secondo quanto disposto dalle leggi vigenti nazionali, dall'art. 14 del D.Lvo. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni e dalle leggi regionali, adottando a questo proposito i necessari provvedimenti organizzativi e procedurali.

3. - Le Aziende U.s.s.l. nell'esercizio delle proprie competenze e funzioni garantiscono l'erogazione in forma integrata delle funzioni socio-sanitarie.

4. - Nel caso di affidamento della gestione di servizi socio assistenziali da parte dei comuni del proprio ambito territoriale, l'azienda U.s.s.l. realizza l'integrazione delle funzioni socio-sanitarie con quelle socio-assistenziali, in ottemperanza agli indirizzi regionali e con le procedure definite dal Piano socio assistenziale.

Art. 13

Criteri di organizzazione.

1. - All'Azienda sanitaria è assicurata l'autonomia organizzativa nel quadro dei principi generali definiti dalla presente leg-

ge e nei limiti dello statuto aziendale di cui al comma 3 nell'articolo 8.

2. - L'esercizio dell'autonomia organizzativa è ispirato ai seguenti criteri:

a) il rispetto dei diritti e la piena salvaguardia delle esigenze degli utenti dei servizi;

b) la piena valorizzazione delle risorse umane e professionali presenti nell'azienda;

c) la chiara individuazione di responsabilità e correlati livelli di autonomia, con riferimento agli obiettivi e alle risorse assegnate ai differenti livelli organizzativi;

d) la flessibilità organizzativa in relazione alle dinamiche esigenze dell'utenza e alle modificazioni dei sistemi di produzione e di erogazione dei servizi;

e) il rispetto del carattere di unitarietà dell'azienda.

3. - L'Azienda sanitaria si articola in settori e dipartimenti intersettoriali.

Art. 14

Procedure per la definizione dell'assetto organizzativo

1. - Il D.G. predispone il piano di organizzazione che:

a) specifica i criteri che guidano la progettazione organizzativa;

b) individua le articolazioni organizzative a cui corrispondono specifiche responsabilità e correlate autonomie, anche attraverso la loro rappresentazione nell'organigramma aziendale.

2. - Il piano di organizzazione e le sue modifiche costituiscono parte integrante del piano programmatico di esercizio.

Art. 15

Dimensione e dinamica del personale nelle aziende

1. Il Direttore generale predispone il piano previsionale delle dinamiche complessive del personale nel rispetto dei seguenti criteri:

a) coerenza tra scelte di dimensionamento dell'organico e quantità e qualità dei servizi che l'azienda intende erogare direttamente tramite proprie strutture;

b) compatibilità delle scelte di dimensionamento dell'organico con l'equilibrio economico e finanziario dell'azienda nel breve e nel lungo periodo;

c) coerenza con le più complessive politiche e priorità stabilite per il comportamento del pubblico impiego.

2. - Tale piano, che costituisce parte integrante del piano programmatico di esercizio, contiene:

a) l'analisi della situazione esistente;

b) la dimensione quantitativa e qualitativa che si intende raggiungere nel personale, in relazione ai criteri di cui al comma precedente;

c) la previsione delle variazioni in aumento e diminuzione nell'entità complessiva del personale;

d) la previsione delle conseguenze economiche e finanziarie delle dinamiche programmate;

e) le politiche generali del personale, ivi compresi i criteri per la mobilità intra-aziendale, di cui al comma successivo.

3. - Al fine di garantire una piena valorizzazione delle risorse umane e professionali e il più razionale utilizzo delle stesse, la mobilità intra-aziendale del personale è vincolata esclusivamente al rispetto del profilo professionale.

Art. 16

Funzioni di alta direzione delle aziende

1. - Tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza dell'Azienda sanitaria sono attribuiti al D.G.

2. - Il D.G. è responsabile delle seguenti funzioni di alta direzione:

a) il raggiungimento e il mantenimento delle condizioni gestionali che garantiscono l'efficacia nella tutela della salute;

b) l'efficiente impiego delle risorse;

c) l'elaborazione delle strategie aziendali e al loro specificazione attraverso gli strumenti di programmazione;

d) il perseguimento e il mantenimento dell'equilibrio economico nel breve e nel lungo periodo;

e) il mantenimento dell'unitarietà nella gestione dell'azienda;

f) la conservazione del patrimonio dell'azienda.

3. - Per l'esercizio delle funzioni di alta direzione il D.G. si avvale del Direttore sanitario (D.S.) e del Direttore amministrativo (D.A.) e, nelle aziende U.s.s.l., del Direttore dei servizi sociali (D.S.S.) a cui è affidata la gestione dei servizi socio assistenziali ai sensi dell'art. 3 del D.Lvo. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

4. - Il piano di organizzazione, di cui al precedente art. 14, disciplina le responsabilità di direzione della gestione operativa delegate dal D.G., D.A., D.S. e D.S.S. ai Direttori dei settori di cui ai successivi articoli.

Art. 18

Funzione di supporto all'alta direzione (staff)

1. - Per il supporto alle proprie funzioni di alta direzione il D.G. può avvalersi di professionalità specifiche presenti nell'azienda o di nuclei operativi specializzati appositamente costituiti, anche a carattere temporaneo, con possibile ricorso a consulenze professionali esterne, ai sensi dell'art. 7, comma 6, D.Lvo. n. 29 del 1993

2. - Nell'ambito dei propri compiti di alta direzione il Direttore generale si avvale del contributo consultivo del Consiglio dei sanitari.

3. - Il D.A., il D.S., il D.S.S. per il supporto alle funzioni di alta direzione possono avvalersi del contributo dei coordinatori di dipartimento intersettoriale.

Art. 17

Il Direttore dei servizi sociali

1. - Nelle aziende U.s.s.l. cui è affidata la gestione dei servizi socio assistenziali, il D.G. nomina il Direttore dei servizi so-

ciali (D.S.S.) con le stesse modalità previste dall'art. 3, comma 7, del D.Lvo. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Il D.S.S. è un laureato in discipline psicologiche, sociali, giuridiche o economiche, che non abbia compiuto il 65° anno di età e che abbia svolto almeno 5 anni una qualificata attività di direzione tecnico socio sanitaria in enti o strutture pubbliche o private di medio grandi dimensioni. È soppressa la figura del dirigente coordinatore sociale, di cui alla legge regionale n. 1 del 1986.

2. - Il D.S.S. dirige i servizi sociali ai fini organizzativi e tecnico-professionali delle discipline psicologiche e socio-educative, fornisce parere obbligatorio al D.G. sugli atti relativi alle materie di competenza.

Art. 19

Settori e dipartimenti intersettoriali

1. - Le aziende U.s.s.l. si articolano in settori, dotati di autonomia operativa, per il raggiungimento di obiettivi prefissati nel quadro delle risorse e delle funzioni loro assegnate dall'alta direzione.

2. - I Settori dell'azienda U.s.s.l. sono:

- a) il settore dei servizi territoriali;
- b) il settore dei presidi complessi;
- c) il settore dei supporti tecnico, logistico e alberghieri.

3. - Il D.G. nomina i Direttori di settore, ai quali è affidata la piena responsabilità della gestione operativa.

4. - Ai fini di garantire una migliore integrazione dell'attività dei diversi settori in relazione alla globalità e continuità dell'intervento deve essere prevista la costituzione di appropriati dipartimenti intersettoriali. Il dipartimento intersettoriale costituisce una modalità di coordinamento stabile tra articolazioni organizzative appartenenti a settori diversi. Il coordinatore di dipartimento è nominato dal D.G. sentiti i direttori dei settori interessati.

Art. 20

Il settore dei servizi territoriali

1. - Il settore dei servizi territoriali è responsabile dell'organizzazione, della produzione e dell'erogazione dei servizi forniti tramite il sistema dei presidi territoriali.

2. - Il settore dei servizi territoriali si articola in distretti. Il distretto è l'unità organizzativa responsabile, per una definita area territoriale, delle funzioni di cui al comma precedente. Esso assicura la tutela della salute della popolazione del proprio territorio anche esercitando, nelle forme opportune, un'azione di orientamento della domanda, al fine di garantire le risposte più appropriate ai bisogni sanitari sotto il profilo dei costi e della qualità.

3. - Nel distretto vengono erogate:

- a) le attività di informazione ed educazione sanitaria;
- b) l'assistenza medico generica, pediatrica di base e infermieristica;

c) l'assistenza sanitaria, psicologica e sociale agli anziani, agli handicappati e ai soggetti a rischio, anche in forma di assistenza domiciliare;

d) le attività di segretariato e assistenza sociale polivalente di base;

e) l'attività consultoriale di cui anche alla legge n. 194/78 e alla L.R. n. 44/76;

f) l'assistenza a persone affette da patologie psichiatriche;

g) l'assistenza fisioterapeutica e riabilitativa;

h) l'assistenza sanitaria alle collettività e alle comunità scolastiche;

i) l'attività di igiene e di veterinaria che risulti conveniente distrettualizzare;

l) l'attività di prelievo per esami di laboratorio;

m) le prenotazioni e le pratiche amministrative necessarie alla popolazione del distretto;

n) l'assistenza e consulenza specialistica di più frequente supporto alle attività precedenti;

o) ogni altra attività sanitaria, psicologica e sociale che si ritiene conveniente distrettualizzare.

4. - Per i servizi non distrettualizzati è possibile prevedere una o più articolazioni organizzative per l'erogazione di prestazioni a livello sovradistrettuali, la cui responsabilità è affidata a un direttore del servizio sovradistrettuale ovvero al Direttore di settore.

5. - Le risorse umane, tecnologiche e operative necessarie per la produzione ed erogazione dei servizi di competenza del settore, sono attribuite ai distretti e agli eventuali servizi sovradistrettuali.

6. - Il Direttore generale su proposta del Direttore sanitario, nomina, tra il personale dirigenziale, i responsabili di distretto e degli eventuali servizi sovradistrettuali, questi assumono la piena responsabilità sulle risorse loro assegnate e sui risultati conseguiti.

7. - Il piano di organizzazione di cui al precedente art. 14 individua gli ambiti tecnico-professionali cui far corrispondere le unità operative finalizzate a garantire all'interno del settore, l'omogeneità di approccio scientifico, lo sviluppo professionale delle risorse umane, la qualità tecnico professionale delle prestazioni, e le responsabilità tecnico professionali, certificative e autorizzative previste dalla normativa vigente.

Art. 21

Il settore dei presidi ospedalieri e dei presidi complessi

1. - Il settore comprende tutti i presidi ospedalieri ed eventuali altri presidi complessi che si ritiene opportuno qui ricomprendere.

2. - Tutti i presidi ospedalieri dell'azienda U.s.s.l. sono accorpati, a fini funzionali, ai sensi del comma 9, art. 4, del D.Lvo. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nell'ospedale unico.

3. - Il settore è responsabile dell'organizzazione, della produzione e dell'erogazione di tutti i servizi forniti dall'ospedale dell'azienda U.s.s.l.

4. - Il settore si articola in aree. Le aree sono aggregazioni di divisioni e di servizi, anche di presidi diversi, a cui è attribuita la responsabilità dell'uso coordinato delle risorse umane, tecnologiche e infrastrutturali comuni e dei risultati conseguiti. Di norma il settore si articola nelle seguenti aree:

- a) medica;
- b) chirurgica;
- c) materno-infantile;
- d) della terapia intensiva e dell'emergenza;
- e) della diagnosi per immagini;
- f) della patologia clinica.

In relazione a specifiche esigenze le aziende passano a una diversa configurazione delle aree, fermo restando il principio dell'afferenza di ogni divisione o servizio a una sola specifica area. La definizione delle aree e delle unità ad esse afferenti è parte integrante del piano di organizzazione di cui al precedente art. 14.

5. - Il D.G. nomina, su proposta del Direttore di settore, sentito il Consiglio dei sanitari, i singoli direttori di area tra i primari delle unità che compongono l'area.

6. - I dipartimenti ospedalieri costituiscono una modalità di coordinamento stabile tra divisione e servizi appartenenti ad aree diverse. I coordinatori dei dipartimenti ospedalieri sono nominati dal Direttore generale su proposta dei direttori di area interessati.

7. - Il Direttore del settore è il dirigente medico previsto dall'articolo 4, comma 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni. Nella gestione del settore l'azienda Unità socio-sanitaria locale, per le funzioni gestionali e di coordinamento amministrativo, prevede un dirigente amministrativo ai sensi dell'articolo 4, comma 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

Art. 22

Settore dei supporti tecnici, logistici e alberghieri

1. - Il settore dei supporti tecnici, logistici e alberghieri è responsabile della gestione delle attività connesse:

- a) al mantenimento della funzionalità del patrimonio immobiliare e tecnologico, ivi comprese le tecnologie biomediche e sanitarie;
- b) alla produzione e distribuzione dei servizi alberghieri tesi al miglioramento dell'accessibilità e del confort dell'utenza;
- c) all'immagazzinamento e movimentazione dei beni;
- d) alla produzione di ogni altro servizio di natura tecnica di supporto di cui risulti conveniente una gestione unitaria in forma centralizzata;
- e) alla gestione dei contratti relativi ai servizi di cui alle lettere precedenti quando questi fossero acquisiti da fornitori esterni.

2. - Il settore si organizza secondo i criteri delle competenze professionali, dei processi operativi coinvolti e dei destinatari dell'attività posta in essere.

Art. 23

Le funzioni amministrative

1. - Al fine di garantire adeguati livelli di autonomia operativa ai settori, l'organizzazione delle funzioni amministrative si ispira al criterio del decentramento. I settori dispongono quindi direttamente del personale necessario all'espletamento di tali funzioni.

2. - Il piano di organizzazione, di cui al precedente art. 14, disciplina la delega ai Direttori di settore, da parte del D.A. in relazione alla complessità organizzativa, alle esigenze del settore e alla dimensione dell'azienda.

3. - Fermo restando che gli adempimenti amministrativi centralizzati dipendono direttamente dal D.A. anche per le funzioni amministrative decentrate rimane responsabilità del D.A. il coordinamento per l'uniformità delle procedure amministrative e per la circolazione delle informazioni.

Art. 24

I settori nell'azienda ospedaliera

1. - Le aziende ospedaliere si articolano nei seguenti settori:

- a) settore ospedaliero;
- b) settore dei supporti tecnici, logistici e alberghieri.

2. - I principi che ispirano l'organizzazione dei settori e dei dipartimenti intraospedalieri sono analoghi a quelli stabiliti per le aziende U.s.s.l.

Titolo IV

NORME IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE E DI FINANZIAMENTO

Art. 25

Gli atti regionali di programmazione del sistema socio-sanitario

1. - Le funzioni di indirizzo, di guida e di coordinamento del sistema Socio sanitario regionale e delle aziende che lo compongono sono esercitate dalla Regione tramite l'utilizzo di adeguati strumenti di programmazione, diretti a:

- a) definire le priorità che il Servizio socio sanitario regionale intende perseguire in un determinato arco temporale;
- b) predisporre i quadri di riferimento e le linee di indirizzo per l'azione delle Aziende sanitarie, al fine di orientarne i comportamenti e valutarne i risultati;
- c) specificare i contenuti della funzione normativa e regolamentativa di competenza regionale, al fine di imporre specifici obblighi a tutte le aziende e i soggetti che operano nel sistema socio sanitario regionale.

2. - Il processo di programmazione a livello regionale, in coerenza con gli indirizzi nazionali e nel rispetto dei livelli di autonomia garantiti alle Aziende sanitarie e in coerenza con le scelte del Piano regionale di sviluppo, prevede la predisposizione del Piano sanitario regionale (P.S.R.) composto dai seguenti documenti:

- a) il piano strategico del servizio socio-sanitario quale documento fondamentale di indirizzo per l'esercizio delle fun-

zioni della Regione in materia socio sanitaria e per le scelte di gestione a livello delle Aziende sanitarie;

b) il piano attuativo quale articolazione applicativa degli indirizzi del piano di cui al punto a);

c) il documento annuale con lo scenario economico finanziario e i livelli uniformi di assistenza, per la predisposizione dei documenti di programmazione di breve periodo delle Aziende sanitarie, di cui al successivo articolo.

3. - Il piano strategico per il Servizio socio sanitario regionale è un atto di indirizzo generale, proposto dalla Giunta regionale e approvato dal consiglio con atto deliberativo, di norma a cadenza triennale, salvo verifiche ogni qualvolta si ravvisi la necessità di una ridefinizione delle politiche sanitarie. In esso vengono individuate politiche e strategie che il S.s.r. intende adottare nel periodo considerato per il raggiungimento delle proprie finalità, in relazione ai più rilevanti mutamenti che si prevede interverranno nel quadro socio sanitario.

4. - Il piano attuativo traduce sul piano tecnico-operativo le scelte definite dal piano strategico. In esso vengono definiti il quadro delle risorse disponibili per il periodo preso in considerazione, gli obiettivi e i vincoli specifici posti all'operato delle aziende, al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi generali e un adeguato grado di coordinamento tra le diverse aziende. In particolare il piano attuativo definisce le aree prioritarie di intervento anche al fine del riequilibrio territoriale, i livelli uniformi di assistenza che le aziende devono garantire a tutti i cittadini, le politiche di reperimento delle risorse finanziarie complessive, le azioni da intraprendere in relazione a specifiche priorità di intervento, compresi i progetti obiettivi, le azioni programmate, la ricerca e la formazione. Il piano attuativo viene adottato dalla giunta, sulla base delle indicazioni fornite dall'agenzia.

5. - L'agenzia predisporre, entro il 31 marzo di ogni anno, il documento informativo, di cui al precedente comma 2, lettera c), contenente previsioni e politiche finanziarie che si intendono adottare a livello di S.s.r. per l'esercizio successivo, affinché queste possano costituire un supporto conoscitivo per le Aziende sanitarie per la predisposizione dei documenti di cui al successivo articolo.

Art. 26

Gli atti di programmazione e controllo delle Aziende

1. - Le Aziende sanitarie predispongono i seguenti documenti di programmazione e controllo, sulla base degli indirizzi del piano strategico e del piano attuativo vigenti:

a) il piano pluriennale che contiene le scelte e gli obiettivi che si intendono perseguire, da predisporre congiuntamente al bilancio pluriennale;

b) il piano programmatico di esercizio che contiene il bilancio economico preventivo, il piano di organizzazione e il piano previsionale delle dinamiche complessive del personale;

c) il conto consuntivo e la relazione annuale.

2. - I documenti di cui al comma 1 sono adottati dal D.G. e trasmessi alla conferenza dei sindaci nonché alla Regione e all'agenzia per quanto di competenza.

Art. 27

Risorse a disposizione per il finanziamento del Servizio sanitario regionale

1. - Costituiscono fonti per il finanziamento del Servizio sanitario regionale:

a) l'importo dei contributi di malattia attribuiti direttamente alla Regione (ai sensi dell'art. 11, D.Lvo. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni);

b) la quota del Fondo sanitario nazionale integrativo assegnata alla regione (ai sensi dell'art. 12 del D.Lvo. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni), con esclusione del saldo netto derivante dalla mobilità sanitaria calcolata per tipologia di prestazioni secondo le risultanze di contabilità analitiche fornite dalle aziende sanitarie;

c) i trasferimenti alla Regione per il finanziamento di spese in conto capitale;

d) gli eventuali apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale stabiliti per legge in base al programma regionale di sviluppo e ai piani sanitari regionali;

e) le somme derivanti da forme di partecipazione diretta alla spesa da parte dei cittadini e non ricomprese nelle precedenti fattispecie;

f) il totale delle entrate derivanti dalla mobilità sanitaria interregionale;

g) le entrate proprie delle Aziende sanitarie di cui alle lettere da e) ad i) dell'art. 35 della presente legge.

2. - Le somme di cui alle lettere a), b), c), d), e) del precedente comma costituiscono il Fondo sanitario regionale e, unitamente alle somme di cui alla lettera f), sono iscritte, a partire dall'esercizio 1994, nello stato di previsione dell'entrata del bilancio pluriennale nonché, in appositi capitoli, nel bilancio annuale della Regione.

Art. 28

Iscrizione del Fondo sanitario regionale nello stato di previsione della spesa

1. - Nello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale nonché, in appositi capitoli, del bilancio annuale della Regione è iscritta una somma pari all'entità complessiva delle entrate di cui al comma 2 del precedente art. 27; detti capitoli concernono rispettivamente:

a) le somme destinate ad ogni Azienda sanitaria a titolo di conferimento con vincolo di incremento del patrimonio netto della stessa;

b) la somma complessiva destinata alle Aziende sanitarie in conto esercizio quale contributo straordinario ai programmi di mantenimento della funzionalità delle strutture e di mantenimento della dotazione tecnologica e strumentale delle aziende stesse;

c) la somma complessivamente destinata alle Aziende sanitarie in conto esercizio per il raggiungimento di particolari obiettivi fissati dalla legge e dai piani sanitari regionali;

d) il fondo di riserva per interventi imprevisti;

e) la somma complessivamente destinata alle Aziende sanitarie in conto esercizio per lo svolgimento della generalità

delle funzioni del Servizio socio sanitario regionale loro attribuite inclusa dei costi connessi alla mobilità sanitaria interregionale.

Art. 29

Conferimenti di patrimonio alle Aziende sanitarie

1. - La G.R. su proposta dell'agenzia e sentita la competente Commissione consiliare, approva il riparto delle somme destinate al finanziamento degli investimenti delle aziende sanitarie con vincolo di incremento del patrimonio netto delle stesse nell'ambito dei criteri stabiliti dal piano strategico, di cui al precedente art. 25, comma 2, *sub a*).

2. - La G.R. approva altresì nelle stesse forme previste dal precedente comma ogni altra destinazione di somme ad incremento del patrimonio netto delle Aziende sanitarie.

Art. 30

Contributi straordinari per il mantenimento della funzionalità delle strutture e delle tecnologie

1. - La G.R. su proposta dell'agenzia e sentita la competente Commissione consiliare, approva il riparto delle somme complessive destinate alle Aziende sanitarie in conto esercizio quale contributo straordinario ai programmi di mantenimento della funzionalità delle strutture e di mantenimento della dotazione tecnologica e strumentale delle aziende stesse.

Art. 31

Spese per il raggiungimento di particolari obiettivi

1. - Nell'ambito dei principi generali stabiliti dagli atti di programmazione del Consiglio regionale, la G.R. stabilisce i criteri attraverso i quali l'agenzia provvede a finanziare:

a) gli ospedali azienda per una quota da definirsi nei limiti di cui all'art. 4, comma 7 del D.Lvo. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

b) i progetti obiettivo e le azioni programmate;

c) eventuali altri interventi per il raggiungimento di specifici obiettivi.

Art. 32

Fondo di riserva

1. - Il fondo di riserva per interventi imprevisti di cui al precedente art. 28, comma 1, lettera *d*) è determinato in misura non superiore al 2% del Fondo sanitario regionale di cui al precedente art. 27, comma 2.

2. - Il fondo di cui al presente articolo può essere utilizzato solo per interventi resi necessari a seguito di eventi di straordinaria rilevanza e gravità sopravvenuti dopo l'approvazione del bilancio preventivo economico delle Aziende sanitarie e non prevedibili al momento dell'approvazione medesima.

3. - La quota del fondo di riserva di cui al presente articolo non utilizzata alla fine dell'esercizio, costituisce nelle somme di cui alla lettera *a*) dell'art. 28.

Art. 33

Spese d'esercizio

1. - L'ammontare dello stazionamento di cui all'art. 28, comma 1, lettera *e*), è determinato in misura non inferiore all'80% del Fondo sanitario regionale.

2. - La Giunta regionale stabilisce i criteri per il riparto di tale stanziamento tra le aziende U.s.s.l. di cui al precedente art. 5 nel rispetto del principio generale dell'assegnazione su base capitaria.

Art. 34

Il riparto del Fondo sanitario regionale

1. - Gli stanziamenti di cui al precedente art. 28 lettera *b*) ad *e*) sono attribuiti alle Aziende sanitarie dall'agenzia nel rispetto dei principi stabiliti dalla presente legge e dei criteri emanati dalla Giunta regionale per il perseguimento degli obiettivi del Servizio socio sanitario regionale in conformità alle disposizioni del precedente art. 3.

2. - La Giunta regionale, tramite l'assessorato competente per materia, vigila sulla corretta applicazione dei criteri di riparto da parte dell'agenzia.

Art. 35

Fonti finanziarie delle Aziende sanitarie

1. - Le Aziende sanitarie finanziano la gestione corrente e gli investimenti attraverso l'acquisizione di quote capitarie ed altri finanziamenti e conferimenti dalla Regione e da altri enti, nonché attraverso la cessione di prestazioni e servizi tariffabili.

2. - In particolare, costituiscono fonti finanziarie per le aziende U.s.s.l.:

a) proventi derivanti da trasferimenti, determinati su base capitaria o a qualsiasi altro titolo, dalla Regione e da altri enti, destinati alla copertura della gestione corrente. Tali proventi sono da considerarsi inclusivi delle quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute da parte dei cittadini;

b) ricavi derivanti dalla cessione di prestazioni sanitarie ad altre Aziende sanitarie della Regione, valorizzate sulla base di tariffari regionali secondo le disposizioni vigenti;

c) proventi derivanti dai contributi straordinari, della Regione e di altri enti, per la copertura dei costi connessi ai programmi di mantenimento della funzionalità delle strutture e di mantenimento della dotazione tecnologica e strumentale;

d) le somme conferite dalla regione per l'incremento del patrimonio netto;

e) ricavi per la cessione di prestazioni sanitarie ad altre aziende sanitarie non appartenenti al territorio regionale, valorizzate sulla base di tariffari nazionali e regionali secondo le disposizioni vigenti;

f) ricavi derivanti dalla cessione di prestazioni e servizi integrativi a privati paganti, valorizzati sulla base di tariffari nazionali, regionali o definiti in sede locale, secondo le disposizioni vigenti;

g) rendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda;

h) sopravvenienze connesse a lasciti e donazioni;
i) altri proventi anche derivanti da contratti e convenzioni.

3. - In particolare costituiscono fonti finanziarie per le aziende ospedaliere:

a) proventi derivanti da trasferimenti dalla Regione e da altri enti, determinati in una quota percentuale dei costi delle prestazioni che l'azienda è nelle condizioni di erogare, come stabilita dal precedente art. 31, destinati alla copertura della gestione corrente per il raggiungimento di determinati obiettivi. Tali proventi sono da considerarsi inclusivi delle quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute da parte dei cittadini;

b) ricavi derivanti dalla cessione di prestazioni sanitarie ad altre Aziende sanitarie della Regione, valorizzate sulla base di tariffari regionali secondo le disposizioni vigenti;

c) proventi derivanti dai contributi straordinari, della Regione e di altri enti pubblici, per la copertura dei costi connessi ai programmi di mantenimento della funzionalità delle strutture e di mantenimento della dotazione tecnologica e strumentale;

d) le somme conferite dalla regione per l'incremento del patrimonio netto;

e) ricavi per la cessione di prestazioni sanitarie ad altre Aziende sanitarie non appartenenti al territorio regionale, valorizzate sulla base di tariffari nazionali e regionali secondo le disposizioni vigenti;

f) ricavi derivanti dalla cessione di prestazioni e servizi integrativi a privati paganti, valorizzati sulla base di tariffari nazionali, regionali o definiti in sede locale, secondo le disposizioni vigenti;

g) rendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda;

h) sopravvenienze connesse a lasciti e donazioni;

i) altri proventi anche derivanti da contratti e convenzioni.

Titolo V

RILEVAZIONI CONTABILI ED EXTRACONTABILI E BILANCI

Art. 36

Finalità delle rilevazioni

1. - Le Aziende sanitarie si dotano di sistemi di rilevazione contabili ed extracontabili al fine di:

a) fornire adeguati flussi informativi che favoriscono la formulazione di giudizi da parte di tutti i soggetti interessati a valutare il grado di raggiungimento delle finalità istituzionali, l'efficienza nell'impiego delle risorse e l'efficacia dei servizi erogati, ovvero a valutare l'economicità complessiva della gestione;

b) definire un quadro fedele della situazione patrimoniale, finanziaria ed economica dell'azienda attraverso l'elaborazione di opportune sintesi di bilancio;

c) consentire la predisposizione di bilanci consolidati del servizio sanitario regionale da parte dell'agenzia;

d) soddisfare le esigenze conoscitive interne all'azienda per supportare l'esercizio delle funzioni di pianificazione, programmazione, decisione e controllo della gestione;

e) soddisfare le esigenze informative di cui all'art. 5, commi 5 e 6, D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. - Le scritture contabili, in particolare, devono consentire:

a) la rilevazione dei ricavi, dei proventi, ivi compresi i trasferimenti, e dei costi d'esercizio nonché delle variazioni negli elementi attivi e passivi del patrimonio in un piano dei conti approvato dal D.G. e conforme allo schema tipo di piano dei conti emanato dalla Giunta regionale ai sensi dell'art. 42;

b) il raggruppamento dei valori di cui alla precedente lettera a) ai fini della redazione dei bilanci di cui al successivo articolo;

c) la redazione di periodici prospetti emanati dalla Giunta regionale per gli adempimenti di cui all'art. 5, comma 6, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni e successive modificazioni;

d) la determinazione, l'analisi e la valutazione, a preventivo e a consuntivo, dei costi e, ove possibile, dei ricavi e dei proventi, per centri di responsabilità o con riferimento ad altri opportuni oggetti di calcolo secondo le più aggiornate tecniche di contabilità direzionale, anche in conformità agli eventuali indirizzi in proposito emanati dalla Giunta regionale ai sensi del successivo art. 42;

e) la formazione di sintesi periodiche *infra*-esercizio a fini di utile rappresentazione dell'andamento economico della gestione per l'esercizio delle funzioni di direzione.

Art. 37

Il sistema dei bilanci delle Aziende sanitarie

1. - L'esercizio delle Aziende sanitarie coincide con l'anno solare. A decorrere dall'esercizio 1995, ciascuna azienda adotta obbligatoriamente i seguenti documenti di bilancio:

a) il bilancio d'esercizio;

b) il bilancio preventivo economico annuale;

c) il bilancio pluriennale di previsione.

Art. 38

Il bilancio d'esercizio

1. - Il D.G. deve redigere il bilancio d'esercizio, costituito dalla tavola del patrimonio, dalla tavola dei proventi e dei costi d'esercizio e dalla nota integrativa, in conformità allo schema adottato dalla giunta regionale con le modalità previste dal successivo art. 42.

2. - Il bilancio deve essere redatto con chiarezza e deve rappresentare in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell'azienda nonché il risultato economico dell'esercizio. A tal fine si applicano i principi stabiliti dal terzo e dal quarto comma (capoverso) dell'art. 2423 del c.c. come integrato e modificato dal D.L.vo n. 127/91.

3. - Nella redazione del bilancio devono essere osservati i principi stabiliti dall'art. 2423-*bis* del c.c. come integrato e modi-

ficato dal D.L.vo n. 127/91 in quanto compatibili e coerenti con le disposizioni della presente legge. In particolare, ai fini del punto 2) del richiamato art. 2423-*bis* del c.c., gli utili devono intendersi quali risparmi prodotti dalla gestione dell'azienda.

4. - Il bilancio viene deliberato dal D.G. e depositato entro il 30 aprile dell'esercizio successivo a quello di competenza presso apposito ufficio della Regione costituito presso l'agenzia ed è pubblico.

Art. 39

Indirizzi della Giunta regionale in tema di contabilità e bilanci

1. - La G.R. entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con apposito atto deliberativo, approva e stabilisce lo schema tipo del piano dei conti nonché quello di bilancio.

2. - Al fine di garantire uniformità di applicazione, l'agenzia può emanare indirizzi per la tenuta della contabilità di magazzino, della contabilità dei costi, di sistemi di programmazione budgetaria.

Art. 40

Controllo di gestione e budget

1. - Le Aziende sanitarie per supportare l'attività di gestione si dotano di strumenti di programmazione e controllo formalizzati, quali contabilità analitica per centri costo e sistemi di gestione per *budget*.

2. - A tal fine l'agenzia emana apposite linee guida per l'attuazione di quanto previsto al precedente comma.

Titolo VI

I CONTRATTI

Art. 41

I contratti

1. - Entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, disciplina, con apposito regolamento, la formazione e la esecuzione dei contratti delle Aziende sanitarie, in conformità a quanto stabilito dagli artt. 3 e 5 del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 e nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) la suddetta regolamentazione deve riguardare l'intera attività contrattuale, attiva e passiva, delle aziende;

b) la disciplina dell'attività contrattuale deve risultare corrispondente ai principi della contabilità pubblica, previsti dalla legislazione vigente, con particolare riferimento al diritto comunitario ed alle direttive del Consiglio della C.E.E., anche se non ancora recepite nell'ordinamento italiano, qualora sia già scaduto il termine per l'entrata in vigore nelle stesse stabilito;

c) i contratti devono avere termini durata certi, e non possono prevedere dilazioni di pagamento superiori ai novanta giorni;

d) deve essere prevista la costituzione di un albo dei fornitori di beni e servizi delle aziende sanitarie, nonché di un apposito osservatorio prezzi, con funzioni di raccolta ed elaborazione dei dati informativi relativi all'attività contrattuale delle aziende, al fine della fissazione di criteri e parametri di riferimento.

I DISTRETTI DOPO IL RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

di Arnaldo Oneto

Servizio assistenza di base e specialistica - Assessorato sanità regione Emilia-Romagna

SOMMARIO: 1. Le caratteristiche e i contenuti dell'autonomia del distretto - 2. Gli strumenti per il perseguimento degli obiettivi - 3. Gli obiettivi e le scelte aziendali - 4. La direzione del distretto - 5. La delimitazione territoriale.

Dalla legge regionale 12 maggio 1994, n. 19

Art. 9

Distretti

1. - I distretti sono articolazioni territoriali, organizzative e funzionali delle aziende di cui all'articolo 4, con le caratteristiche di autonomia ivi indicate. Ad essi è affidata la gestione delle strutture e dei servizi ubicati nel territorio di competenza e destinati all'assistenza sanitaria di base e specialistica di primo livello, nonché l'organizzazione dell'accesso dei cittadini residenti ed altre strutture e presidi, anche avvalendosi delle farmacie pubbliche e private sulla base di uno schema-tipo di convenzione predisposto dalla Regione. I distretti svolgono altresì le attività socio-assistenziali di base delegate dagli enti locali alla Azienda-Unità sanitaria locale ai sensi del comma 3 dell'articolo 3 del decreto legislativo di riordino, assicurandone l'integrazione con le attività di assistenza sanitaria.

2. - L'individuazione dei distretti in cui si articola ciascuna delle Unità sanitarie locali di cui al comma 1 dell'articolo 4 è effettuata dal sindaco o dalla Conferenza dei sindaci, di concerto con il direttore generale della Unità sanitaria locale, sentita la consulta provinciale di cui all'articolo 14, sulla base dei seguenti criteri:

- 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, di norma, con quello delle Comunità montane.

3. - I provvedimenti di individuazione dei distretti, formalmente adottati dai Direttori generali entro sessanta giorni dal loro insediamento, sono trasmessi alla Giunta regionale per la verifica di conformità ai criteri previsti. Trascorso inutilmente tale termine provvede la Giunta regionale con propria deliberazione, sentite le Province interessate e la competente commissione consiliare.

4. - Le funzioni di indirizzo e di verifica sull'attività del distretto possono essere esercitate, su delga del sindaco o della Conferenza dei sindaci, dai presidenti di circoscrizione o dal sindaco ovvero dai sindaci dell'ambito territoriale di riferimento del distretto costituiti in comitato.

Uno dei principi generali di maggiore rilevanza posto dalla legge di riordino del Servizio sanitario regionale in Emilia-Romagna (L.R. n. 19/1994), è quello affermato dalla lettera f) dell'art. 2 relativo alla «distinzione, nell'ambito dell'Unità sanitaria locale, tra funzioni di direzione strategica, di finanziamento e di controllo di gestione e funzioni gestionali e tecniche rivolte all'erogazione delle prestazioni».

I due strumenti preposti all'esercizio delle funzioni «gestionali e tecniche rivolte alla erogazione delle prestazioni» sono il presidio ospedaliero e il distretto. Con una differenza, mentre il presidio ospedaliero è infatti lo strumento preposto per sua natura quindi esclusivamente alla erogazione diretta di prestazioni, al distretto competono anche funzioni non di sola erogazione, ma di tramite per «organizza-

re l'accesso dei cittadini residenti» alle diverse sedi erogative, siano esse organizzate dal distretto stesso, da altri soggetti pubblici (strutture di altri distretti, di altre U.s.l., presidi ospedalieri, aziende ospedaliere) o da soggetti privati.

Il distretto [art. 4, lett. b)] è definito quale «articolazione territoriale, organizzativa e funzionale della U.s.l.» caratterizzata da:

a) «autonomia economico-finanziaria con contabilità separata»;

b) «autonomia gestionale per lo svolgimento di funzioni e il conseguimento degli obiettivi aziendali»;

c) «funzioni di coordinamento organizzativo ed erogativo delle attività».

Il distretto è, infine, lo strumento per l'esercizio integrato delle attività socio assistenziali di base con quelle di assistenza sanitaria.

Il complesso degli elementi prima individuati consente di definirne, sia pure in via sommaria, il ruolo e i contenuti.

In via generale appare significativa la circostanza che, anche se il legislatore regionale non ha ritenuto opportuno attribuire alcuna qualificazione al distretto, non vi è dubbio che per l'Emilia-Romagna si tratta di «distretto socio-sanitario».

Numerose sono infatti le norme che, nell'auspicarlo, stimolano gli enti locali ad esercitare la loro facoltà di delega nei termini di cui al comma 3 dell'art. 3 del D.L.vo n. 517/93, al fine di consentire all'Unità sanitaria locale anche la gestione delle attività e dei servizi socio assistenziali.

1. Le caratteristiche e i contenuti dell'autonomia del distretto

La definizione del distretto quale «articolazione territoriale, organizzativa e funzionale» della Azienda U.s.l. avente caratteristiche di autonomia, sostanzialmente identiche a quelle che all'art. 9 del D.L.vo n. 517/93 espressamente attribuisce agli ospedali non costituiti in azienda, rappresenta il contratto più originale della legge regionale e, colmando una lacuna della legge delegata n. 502/92 rispetto alla legge delega n. 421/92, consente di riempire di contenuti operativi, l'evanescente previsione della legge delegata che, relativamente al tema speci-

fico, si limita, come noto, ad affermare che la legge regionale deve regolarmente i distretti, definiti quali «articolazioni delle Unità sanitarie locali [lett. b), comma 5, art. 3, D.L.vo n. 517/93]».

I contenuti, le modalità di esercizio della autonomia economico-finanziaria e gestionale prevista dalla legge potranno assumere connotazioni diverse a seconda del più complessivo assetto organizzativo del quale la U.s.l., nell'ambito del proprio potere di autoregolamentazione, riterrà di dotarsi.

I limiti, invece, sono posti dalla legge regionale.

Per quanto riguarda gli aspetti economico-finanziari, la legge regionale impone una «contabilità separata all'interno del bilancio aziendale».

Il distretto, in altri termini, dovrà essere dotato di una sua propria contabilità, non di un vero e proprio bilancio in senso tecnico. Il bilancio della azienda, infatti, deve essere unico, articolato al suo interno a seconda dei presidi e dei distretti presenti sul territorio.

Un ulteriore problema è quello degli elementi che andranno a costituire la contabilità separata distrettuale; non è ancora definito se nella stessa dovrà confluire il finanziamento dei fattori produttivi necessari per la gestione delle sole attività e funzioni erogative dirette o anche di quello necessario ad assicurare ai cittadini residenti le prestazioni e le attività rese per il tramite di soggetti erogatori esterni rispetto al contesto organizzativo distrettuale. Anche quest'aspetto, tuttavia, potrà essere affrontato in termini diversi a seconda delle scelte aziendali.

Analogo il limite posto dalla legge in ordine all'autonomia gestionale.

Anche in questo caso la individuazione dei livelli e delle modalità di esercizio della autonomia è demandata alle scelte organizzative aziendali,

entro il limite posto dal perseguimento degli obiettivi stabiliti dall'azienda stessa.

Il distretto, in altri termini, è lo strumento per il perseguimento degli obiettivi dell'azienda: non potrà e non dovrà, in nessun caso assumere decisioni autonome o modificare decisioni aziendali quando ciò possa porsi come ostacolo al perseguimento degli obiettivi stabiliti dalla direzione generale dell'azienda.

Altro, come meglio si dirà di seguito, è il problema concernente le modalità attraverso cui stabilire gli obiettivi aziendali.

I contenuti di tale autonomia gestionale sono rinvenibili oltre che nella formulazione della medesima lett. b) del 3 comma dell'art. 4, anche nelle successive lettere c), d) ed e).

La lettera b) puntualizza che, entro il limite del conseguimento degli obiettivi aziendali, l'autonomia del distretto, attiene al «coordinamento organizzativo ed erogativo delle attività».

Compete, pertanto, al distretto, nell'ambito di quella autonomia gestionale prima delineata, esercitare una funzione di coordinamento sia sugli aspetti organizzativi riguardanti le attività distrettuali che su quelli riferiti alla erogazione delle prestazioni.

L'esercizio di un'attività definita di «coordinamento» e non di «direzione» non deve essere ritenuta irrilevante. Tale funzione, infatti, attiene, il più delle volte, all'esercizio di attività professionali, come tali sottoposte alla specifica ed estremamente delicata materia delle professioni intellettuali. Esse, come noto, hanno una particolare disciplina civilistica, deontologica e contrattuale che, anche se relativamente ad attività espletate in un contesto organizzativo pubblico, pongono comunque notevoli limitazioni alle possibilità di intervento.

Le successive lettere e) e d) del medesimo 3 comma puntualizzano, come

si faceva cenno, i contenuti dell'autonomia gestionale, distintamente per le funzioni amministrative, per quelle sanitarie e per quelle soci-assistenziali.

1a. Funzioni amministrative

La lettera *e*) stabilisce che le funzioni amministrative organizzate a livello centrale, di direzione generale, trovano una loro corrispondenza anche a livello di distretto e che in entrambi i casi, comportano l'espletamento delle relative attività in posizione di *staff* rispetto al «responsabile della gestione complessiva».

Poiché il distretto ha natura di «articolazione» dell'azienda, appare evidente il trasferimento della medesima natura anche agli assetti organizzativi interni: le funzioni amministrative assumono, pertanto, l'assetto di articolazioni territoriali delle corrispondenti funzioni centrali. In questo senso la Direzione Generale, nell'ambito dei propri poteri di autoregolamentazione, disciplinerà le modalità di rapporto, i vincoli e la sfera di autonomia demandata alle delegazioni territoriali che, per le singole aggregazioni funzionali, sarà utile ed opportuno organizzare a livello distrettuale vvi motivi di snellezza operativa fanno propendere per l'accorpamento del complesso delle funzioni amministrative e tecniche in un contesto organizzativo unitario, quale una segreteria generale di Distretto.

Richiamando i contenuti del comma 6 dell'art. 3 del D.L. n. 517/93, è utile ricordare che l'unico soggetto titolare del potere di rappresentanza della Unità sanitaria locale è il Direttore generale. Gli atti e i provvedimenti che aventi rilevanza esterna, si riferiscono al potere di rappresentanza dell'azienda e impegnano giuridicamente la medesima, devono essere pertanto assunti dall'unico soggetto cui la legge espressamente demanda tale potere.

Lo strumento giuridico cui far ricorso per trasferire l'esercizio di alcuni di tali poteri (e solo entro i limiti espressamente ed analiticamente preindividuati), appare quello della delega.

Attraverso l'utilizzazione di tale strumento la direzione generale, sia relativamente agli atti aventi rilevanza esterna che a quelli aventi più specifica attinenza ad aspetti organizzativi interni, delimiterà la sfera di effettivo esercizio della autonomia gestionale attribuita al livello distrettuale. Con la conseguenza implicita che le funzioni e le attività non delegate in assoluto (o fino al momento di concreta attivazione della delega), saranno gestite sotto la diretta ed immediata responsabilità del Direttore generale per gli aspetti gestionali aventi valenza generale e, ciascuno per gli aspetti di rispettiva competenza, sotto la responsabilità diretta del Direttore amministrativo o del Direttore sanitario.

1b. Funzioni sanitarie

La lettera *d*) pone i principi ispiratori dell'assetto organizzativo riguardante l'esercizio delle funzioni sanitarie.

Il modello dipartimentale per aree tematiche omogenee riferito alla organizzazione aziendale non può essere, evidentemente, scevro di implicazioni anche rispetto al livello distrettuale.

Appare evidente, in questo senso, la necessità che, con afferenza alle relative aree dipartimentali centrali, anche in ambito distrettuale si proceda alla individuazione di dirigenti di diversa qualifica e di diverso livello cui, a seconda delle complessità e della natura del settore di intervento, affidare, da parte del dirigente responsabile del distretto, il coordinamento tecnico delle attività e la responsabilità nella utilizzazione degli operatori, delle attrezzature e più complessivamente di tutti gli strumenti necessari per il perseguimen-

to dell'obiettivo o degli obiettivi preindividuati.

Tale coordinamento tecnico attiene, oltre che all'espletamento delle funzioni squisitamente professionali, agli aspetti organizzativi di natura operativa finalizzati alla erogazione delle prestazioni e all'espletamento delle attività quotidiane, ivi compresa la gestione dei rapporti e delle interrelazioni necessari per l'esecuzione di attività abbisognevoli di metodologie improntate all'integrazione di funzioni, anche eventualmente afferenti ad altre aree di coordinamento operanti nel distretto.

In tale contesto sarà necessario che, al fine di realizzare l'obiettivo di una organizzazione improntata alla diffusione delle responsabilità, il dirigente complessivo del distretto individui, per ciascuna sede erogativa presente sul territorio, un responsabile della conduzione complessiva della sede che, a seconda delle caratteristiche personali e della complessività organizzativa, potrà o meno coincidere con il coordinatore tecnico o con uno dei coordinatori tecnici operanti nel contesto della singola sede erogativa.

L'espletamento delle funzioni sanitarie va indagato, oltre che sui rapporti interni alle diverse aree funzionali o alla singola sede erogativa, anche relativamente alle relazioni con la direzione distrettuale e con la direzione generale.

Circa la prima serie di relazioni non vi è dubbio che l'afferenza dell'area o della sede ad un contesto gestionale unitario riconducibile sotto la responsabilità di un unico soggetto — il dirigente del distretto — fa sì che competente a quest'ultimo — nella salvaguardia delle prerogative squisitamente tecnico-professionali dei diritti operatori — predisporre le condizioni oggettive e affrontare i problemi aventi natura organizzativa di carattere generale, avvalendosi, se del caso, dei supporti presenti a livello di direzione generale, necessari per consentire, al meglio,

ed entro i limiti delle deleghe ricevute, l'espletamento delle funzioni ricomprese tra le competenze dei singoli settori, aree e strutture operative.

Il sicuro divario dimensionale esistente tra i singoli Distretti comporterà evidentemente anche una diversa capacità erogativa che, come noto va commisurata al soddisfacimento dei bisogni accertati per ciascun ambito territoriale. Da ciò discende la conseguenza che anche da un punto di vista organizzativo la strutturazione delle funzioni sanitarie potrà essere, da un punto di vista gerarchico, articolata a seconda del livello di complessità in:

- servizio;
- settore o modulo;
- unità operativa.

In dipendenza pertanto, della complessità e della dimensione delle funzioni sanitarie presenti, ogni distretto graduerà nei termini sopradescritti l'assetto organizzativo dei servizi sanitari distrettuali.

Per quanto riguarda, invece, i rapporti con la direzione generale viene in evidenza, per un verso la necessità di esaltare il ruolo di direzione strategica e di controllo proprio della direzione generale che, in quanto relativo ad aspetti tecnico-professionali, è gestito per il tramite della direzione sanitaria aziendale organizzata per aree tematiche dipartimentali.

Senza entrare, in questa sede, nel merito circa la natura e le competenze dell'assetto funzionale dipartimentale, preme evidenziare l'assenza dei contenuti propri di una sovraordinazione gerarchica del dipartimento nei confronti delle aree di coordinamento gestionale, pur nella necessità di assicurare l'esercizio di un ruolo di sistematico raccordo tecnico avente fini di uniformità compartimentale e di supporto tecnico per l'attivazione di strumenti di verifica e controllo sul conseguimento degli obiettivi aziendali da parte della direzione generale.

1c. Funzioni socio-assistenziali

Diverso e per molti versi in evoluzione, è l'esame delle modalità di esercizio distrettuale delle funzioni e delle attività socio-assistenziali.

Sicuramente tra gli obiettivi del riordino del servizio sanitario regionale rientra quello di perseguire l'integrazione delle funzioni socio-assistenziali con quelle sanitarie [art. 2, lett. c)] e sicuramente il riferimento territoriale per la realizzazione di tale obiettivo è quello distrettuale (art. 7, comma 2; art. 1, comma 1).

Superata la fase transitoria destinata, secondo la previsione dell'art. 22 della legge regionale, a protrarsi per non oltre un anno dalla sua entrata in vigore, è ipotizzabile un quadro di riferimento istituzionale non del tutto omogeneo a causa della facoltà che il comma 3 dell'art. 3 del D.L.vo riconosce agli Enti locali di procedere o meno alla delega, in capo alle Unità sanitarie locali, delle loro competenze in materia.

Ci si potrebbe trovare, in sostanza, di fronte ad un quadro in cui — ferma restando la necessità di un esercizio integrato delle funzioni socio-assistenziali con quelle sanitarie e fermo restando il riferimento territoriale per l'esercizio di tale integrazione — le modalità e gli strumenti per l'esercizio materiale delle relative attività potrebbero avere non più un unitario riferimento organizzativo, riconducibile sotto una unica responsabilità gestionale, ma una doppia referenza istituzionale: la sanità e le sue articolazioni organizzative ed erogative per gli aspetti sanitari; i Comuni, singoli o associati per gli aspetti e gli interventi riconducibili alle tematiche socio-assistenziali.

La legge regionale pur lasciando sullo sfondo tale possibile scenario, propende chiaramente per la gestione integrata ed unitaria attraverso l'esercizio della facoltà di delega da parte degli enti locali nei cui confronti è pre-

vista l'attivazione di specifiche iniziative di promozione e di incentivazione (art. 7).

Il modello prospettato dalla legge per lo svolgimento delle funzioni socio-assistenziali è analogo a quello più generale della U.s.l.-Azienda.

La lettera e) dell'art. 4 prevede, infatti, una organizzazione dipartimentale su base aziendale della quale è tecnicamente responsabile un coordinatore dei servizi sociali.

Il comma 2 del successivo art. 7 stabilisce che, a seguito della delega da parte degli enti locali interessati, le aziende U.s.l. assumono la gestione delle relative attività con bilanci e contabilità separate.

La stessa norma richiamata per ultimo, oltre che quella di cui al successivo art. 9 prevede che lo svolgimento materiale delle attività, da gestire in chiave integrata, è demandata al distretto.

La individuazione dei modelli organizzativi più idonei per la gestione delle attività delegate e la regolazione dei relativi rapporti finanziari dovranno essere stabiliti per il tramite di intese conformi ad indirizzi unitari definiti dalla Regione in accordo fra tutte le parti istituzionali interessate.

In tale contesto, particolarmente delicata appare la definizione di precisi contenuti per il dipartimento socio-assistenziale aziendale e la parallela individuazione delle modalità di raccordo con il responsabile di distretto, posto che le deleghe dei singoli Comuni non saranno, presumibilmente, uniformi e di pari contenuto da parte di ciascun Comune; ogni singolo distretto potrebbe, pertanto, avere competenze e dover affrontare tematiche differenziate, nell'ambito del suo territorio di competenza.

Le stesse risorse, che evidentemente saranno correlate alle singole materie delegate, è possibile debbano essere finalizzate ad interventi a favore dei cittadini del singolo Comune delegan-

te, e non per tutta la popolazione distrettuale e, a maggior ragione, per tutta la popolazione della U.s.l.

Si tratta di problemi non facilmente affrontabili che possono creare notevoli problemi organizzativi e gestionali e che, quindi, dovranno trovare soluzione solo nell'ambito di quelle intese e di quegli accordi previsti dal già richiamato art. 7.

2. Gli strumenti per il perseguimento degli obiettivi

Il distretto, quale articolazione territoriale, organizzativa e funzionale dell'azienda è strumento per il perseguimento di obiettivi aziendali che, in ogni caso, dovranno anche riferirsi a quelli «generali» sinteticamente elencati dall'art. 2 della legge regionale:

1) partecipazione delle comunità locali;

2) integrazione delle funzioni socio-assistenziali con quelle sanitarie;

3) ottimizzazione del rapporto risorse/qualità-quantità dei servizi allo scopo di conseguire economicità di gestione e soddisfare nuovi bisogni;

4) integrazione con il «privato»;

5) organizzazione improntata all'autonomia e alla responsabilità delle singole figure professionali;

6) controllo di gestione come metodo per la verifica dei risultati;

7) coinvolgimento degli utenti per le verifiche della qualità dei servizi.

2a. La gestione delle strutture e dei servizi

Il perseguimento di tali obiettivi oltre che di quelli aziendali specifici deve improntare le scelte programmatiche ed operative della U.s.l. che a tali fini, nell'utilizzare lo strumento distrettuale, affida allo stesso la gestione delle strutture e dei Servizi «ubicati nel territorio di competenza», come si esprime la legge.

Una prima serie di competenze riguarda, pertanto, la gestione di strutture e servizi.

La formulazione letterale della norma sembrerebbe limitare tale competenza alla sola gestione di quelli destinati «all'assistenza sanitaria di base e specialistica di primo livello», con la conseguenza che le strutture o i servizi aventi ad oggetto funzioni e/o prestazioni classificabili diversamente non potrebbero ricadere sotto la competenza distrettuale.

Chiarito, invece, che l'accezione «assistenza di base» e «di primo livello», va intesa soprattutto con riferimento alla esclusione dalla competenza distrettuale delle funzioni ricomprese tra le competenze dell'altro strumento erogativo della unità sanitaria, il «presidio ospedaliero» per il quale il distretto deve «organizzare l'accesso», sembra poter propendere per una competenza distrettuale riguardante il complesso delle strutture e dei servizi presenti sul proprio territorio indipendente dal «livello» delle prestazioni erogate, con la sola esclusione di quelle ospedaliere [fatta salva l'eccezione prevista dall'ultima parte della lettera b) dell'art. 4].

Analogamente per una corretta interpretazione di quel «di base», riferito alle attività socio-assistenziali di competenza distrettuale.

Sarà, di fatto, la direzione generale di ogni singola azienda che, sulla base delle potenzialità, anche umane, disponibili valuterà l'opportunità o meno di includere nella delega al distretto tutte o, inizialmente, alcune soltanto delle strutture, dei servizi e delle attività organizzate a livello territoriale.

Ciò posto, volendo meglio puntualizzare i contenuti — a regime — delle competenze distrettuali e ipotizzare un modello operativo entro cui ricondurre la gestione delle relative disponibilità e responsabilità finanziarie, non vi è dubbio che nel riempire di contenuti la

«contabilità separata» del distretto, il *budget* distrettuale riguardi, il complesso delle strutture, delle funzioni, delle attività e dei servizi presenti nel territorio di ciascun distretto.

La parificazione che, come si accennava, la legge regionale ha fatto del distretto al presidio ospedaliero di cui al comma 9 dell'art. 4 del D.L. n. 517 e la estensione che la legge nazionale fa a tali presidi delle modalità di finanziamento espressamente disciplinate per le aziende ospedaliere, determina la parallela estensione dei medesimi principi anche alle modalità di finanziamento dei distretti.

In questo senso la direzione generale della azienda U.s.l., nell'individuare i contenuti del *budget* di ogni singolo distretto, dovrà ispirarsi ai medesimi principi che la legge impone alle Regioni per il finanziamento delle aziende ospedaliere, vale a dire:

— prevede l'attribuzione di una quota del proprio bilancio destinata alla copertura parziale delle spese necessarie per la gestione, determinata in termini di percentuale, delle strutture e dei servizi presenti sul territorio distrettuale, basata, ove possibile. Sulle prestazioni e sulle attività che ciascun distretto è in grado di rendere, prevedendo, in tale contesto, l'entità delle entrate dirette.

Tale finanziamento, la cui entità dovrebbe formare oggetto di preventiva contrattazione tra la direzione generale e la direzione distrettuale, dovrebbe essere commisurato alla copertura dei fattori produttivi (personale, utenze, attrezzature, ecc.) impiegati per rendere il complesso delle prestazioni e per espletare il complesso delle funzioni e delle attività demandate alla competenza del distretto e valutate, ove possibile con riferimento a tariffe unitarie rapportate, per le parti compatibili, al tariffario di cui al comma 6 dell'art. 8 D.L. n. 517. In mancanza sulla base di autonome valutazioni locali sempre, comunque, basate sul

rapporto tra i fattori produttivi impiegati e prodotto conseguito.

Periodicamente, e comunque al termine di ciascun esercizio, con riferimento alle prestazioni ed alle attività effettivamente rese, in sede di confronto tra la direzione generale dell'azienda e la direzione distrettuale, si dovrebbe procedere alle opportune valutazioni di congruità tra i fattori produttivi impiegati ed i risultati raggiunti tra quelli compresi tra gli obiettivi aziendali demandati alla gestione del distretto, provvedendo, in tale sede, agli aggiustamenti programmatici operativi e finanziari del caso.

La direzione distrettuale dovrebbe attivare una analoga metodologia nei confronti dei responsabili di ciascuna sede erogativa presente sul territorio in modo da realizzare compiutamente quell'assetto organizzativo fondato sull'autonomia e sulla diffusione delle responsabilità che è uno degli obiettivi primari posti dalla legge.

2b. L'organizzazione dell'accesso

L'altra serie di competenze del distretto riguarda il compito di organizzare l'accesso dei cittadini residenti ad «altre strutture e presidi».

Il richiamo generico ad altre strutture e presidi determina l'attribuzione al distretto del compito di predisporre le condizioni per organizzare l'accesso ad ogni tipo di strutture e presidi erogati prestazioni aventi natura sanitaria e sociale, sia pubblici che privati, sia territoriali che ospedalieri, ubicati o meno sul territorio distrettuale.

Tale formulazione costituisce l'esatta applicazione della norma di cui al comma 5 dell'art. 8 del D.L.vo n. 517 che, dopo aver affermato la competenza dell'Unità sanitaria locale ad assicurare ai cittadini «secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali», la erogazione delle prestazioni contemplate dai livelli di assi-

stenza, stabilisce che «allo scopo si avvale dei propri presidi, nonché...».

La legge regionale, concretizzando, relativamente a questo aspetto, la «disposizione» prevista dalla legge nazionale, stabilisce che la unità sanitaria, al fine di «assicurare» le prestazioni, utilizza lo strumento distrettuale cui viene demandata la gestione dell'accesso al fine di realizzare una di quelle, se non la principale, procedura di semplificazione prevista dal comma 2 dell'art. 1.

In questo senso il distretto diventa l'interfaccia sistematica ed unica del cittadino abbisognevole di accedere alle diverse sedi erogative e, nell'ambito dello specifico mandato ricevuto, realizza tale primaria finalità che la legge regionale demanda alla U.s.l.

La individuazione dei punti di accesso, sia in quanto a numero che a dislocazione, formerà oggetto di specifici obiettivi aziendali; la organizzazione materiale degli stessi sarà demandata alla esclusiva responsabilità della direzione distrettuale:

Analogamente, dovrà, essere la direzione aziendale ad instaurare gli eventuali rapporti coi soggetti erogatori di prestazioni dislocati su territorio diverso da quello distrettuale, se aventi natura pubblica, o anche nel medesimo territorio del distretto ove si tratti di sedi erogative estranee rispetto al servizio sanitario, nella salvaguardia di quella libertà di scelta del cittadino riconosciuta dal medesimo comma 5 dell'art. 8 del D.L.vo n. 517; la direzione distrettuale, invece, avrà il compito di gestire gli adempimenti e le procedure applicative entro i limiti e secondo modalità concordate con la direzione generale.

Problema particolare, demandato ad autonome scelte e valutazioni aziendali è quello, come si accennava all'inizio, di stabilire se la «contabilità separata» dovrà includere nel *budget* distrettuale, sia pure in termini even-

tualmente solo figurativi, tutte le prestazioni «assicate» ai cittadini residenti e filtrate dagli strumenti costituiti per la regolazione dell'accesso, o se, invece, il distretto debba essere chiamato a rispondere delle sole prestazioni direttamente erogate, (con evidenziazione, comunque, della prevenienza dell'utenza e ciò al fine di consentire forme sistematiche di monitoraggio della mobilità).

3. Gli obiettivi e le scelte aziendali

Obiettivo primario ed esclusivo dell'azienda sanitaria è quello di assicurare ai cittadini l'erogazione delle prestazioni contemplate dai livelli di assistenza stabiliti secondo le modalità previste dal D.L.vo.

La individuazione e la distribuzione territoriale delle sedi erogative e delle diverse tipologie di prestazioni incluse nei «livelli», sono demandate alle scelte di programmazione regionale. Le aziende, infatti, non potranno autonomamente stabilire la tipologia delle attività, delle funzioni e delle prestazioni erogate per il tramite dei propri servizi e presidi, se non in conformità con le scelte della programmazione regionale. Ciò evidentemente per le funzioni, in particolare ospedaliere, a più alto impegno tecnologico e finanziario.

Entro i limiti della programmazione regionale, invece, le aziende potranno autonomamente, purchè nel rispetto degli ovvi vincoli di natura economico-finanziaria, valutare l'assetto organizzativo cui dar corso per la migliore e più funzionale erogazione delle prestazioni dovute. In tale contesto, stabiliranno anche quale, tra i diversi strumenti erogativi a disposizione, sia quello più confacente al soddisfacimento della esigenza posta, sia in termini erogativi che di costi.

È evidente come al processo decisionale riguardante la scelta debbano concorrere tutte le competenze tecni-

che e gestionali presenti nel contesto organizzativo dell'azienda, ognuno per la parte ed entro i limiti delle rispettive competenze, pur rimanendo la decisione finale prerogativa esclusiva del Direttore generale.

Una volta definiti gli obiettivi ed operata le scelte aziendali, l'apparato dell'azienda darà corso agli adempimenti operativi conseguenti, mentre la gestione materiale dello strumento così costituito sarà incluso, ove si tratti di funzione non ospedaliera, tra quelle attribuite alla responsabilità gestionale del distretto.

3a. Il ruolo degli enti locali

Determinante, nell'ambito della definizione delle scelte aziendali circa il livello e le stesse modalità per il soddisfacimento dei bisogni dell'utenza, può essere il ruolo degli enti locali e, per essi, della Conferenza dei sindaci e, ove costituito, del comitato di distretto.

Come noto l'art. 3 del D.L.vo attribuisce alle comunità locali, oltre che competenze specifiche in materia di bilancio, il duplice ruolo:

a) di soggetti titolari «del diritto-dovere di esprimere il bisogno socio-sanitario» delle popolazioni e di definire le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività;

e:

b) di soggetti titolari del potere di «verifica sull'andamento generale delle attività» oltre che di «partecipi, con proprie valutazioni e proposte, ai piani programmatici locali e regionali».

La legge regionale, al comma 4 dell'art. 9, stabilisce che «le funzioni di indirizzo e di verifica nell'attività del distretto» possono, su delega del sindaco o della Conferenza dei sindaci, essere esercitate dal sindaco, dai sindaci o dai presidenti di circoscrizione, a seconda che si tratti di distretto il cui territorio coincida con un Comune, con più Comuni o con una o più circo-

scrizioni comunali. La stessa norma prevede che tali soggetti si costituiscono in Comitato Distrettuale.

La mancata riproposizione effettuata dal D.L.vo n. 517/93, della non delegabilità di tali funzioni prevista, invece, dal D.L.vo n. 502, consente la possibilità di delega dai sindaci ad altri componenti la Giunta comunale o il consiglio circoscrizionale.

Ai sensi della legge regionale tale potere di indirizzo e di verifica, ricompreso tra le funzioni, prima richiamate sotto la lettera b), può essere esercitato direttamente dal comitato di distretto nei confronti della direzione distrettuale e, con riferimento alla formulazione del comma 14 dell'art. 3 del D.L.vo n. 517, troverà esplicitazione formale nella trasmissione di «valutazione e proposte» alla direzione distrettuale e alla direzione generale dell'azienda.

Diverse saranno, invece, le modalità e gli strumenti per la esplicitazione dell'altra serie di oneri ricompresi tra le competenze degli enti locali, quella richiamata sotto la precedente lettera a) e consistente nell'esercizio del diritto-dovere di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali riferite al territorio distrettuale.

In questo caso, anche a causa della mancanza di potere decisionale da parte del distretto, la evidenziazione del bisogno da soddisfare dovrà essere mediata dalla Conferenza dei sindaci che, avendo una competenza più generale in quanto riferita all'intero territorio della unità sanitaria, potrà eventualmente esercitare valutazioni di più ampio respiro e meno influenzabili da problemi di «campanile».

La proposta di soddisfacimento, così valutata, sarà espressa dalla «conferenza» alla direzione generale della U.s.l.

La direzione generale, avvalendosi degli strumenti a propria disposizione, dovrà dar corso ad una valutazione di compatibilità in termini giuridici, programmatici ed economici circa le pos-

sibilità di soddisfacimento effettivo del bisogno, in assoluto o relativamente alle ipotesi di soluzione prospettata.

Ove la proposta appaia compatibile darà corso agli adempimenti necessari per la sua attuazione affidandone poi la gestione alla direzione distrettuale che, nell'esercizio concreto, sarà sottoposta al potere di verifica del comitato distrettuale nei termini prima illustrati.

Ove il giudizio di compatibilità non sia positivo, invece, la direzione generale potrà controproporre alla Conferenza dei sindaci o sottoporre il problema alla regione perchè, la stessa, se il tema ricade tra quelli di competenza regionale, dia corso all'assunzione dei provvedimenti normativi o programmatici necessari per realizzare quanto proposto.

4. La direzione del distretto

La lettera b) dell'art. 4 stabilisce che il direttore generale, nel procedere alla nomina dei dirigenti di distretto, individua, per ciascun distretto, il dirigente responsabile della gestione complessiva.

Tale individuazione è subordinata al parere del Comitato di distretto eventualmente costituito.

Mentre per i presidi ospedalieri la norma stabilisce, in conformità alla previsione del comma 9 dell'art. 4 del D.L.vo 517, che la dirigenza deve essere costituita da un dirigente medico e da uno amministrativo, per i distretti si esprime attraverso la dizione di «dirigenti», senza qualificazioni e precisazioni numeriche e funzionali.

Dipenderà, pertanto, dalla qualità e quantità delle strutture e delle attività presenti sul territorio di ciascun distretto stabilire, autonomamente, quale, e con che qualificazione, debba essere la dirigenza distrettuale.

Tra i dirigenti di distretto il Direttore generale individua il «dirigente responsabile della gestione complessiva».

Poiché si tratta di un incarico istituzionale di natura fiduciaria, nessun vincolo la legge ha posto circa la nomina da parte del Direttore generale.

Si tratta, evidentemente, di incarico, che, in quanto fiduciario, può essere revocato liberamente ove i suoi presupposti vengano meno.

Si tratta, come è intuitivo, di una funzione tipicamente «manageriale» non collegata a profili o qualificazioni professionali di provenienza (sanitaria, amministrativa, tecnica), ma al possesso di caratteristiche personali la cui valutazione è discrezionalmente rimessa al Direttore generale.

L'unico vincolo è dato dalla necessità che tale figura sia reperita all'interno dell'organico della azienda.

Il dirigente preposto alla gestione complessiva si avvarrà, in funzione di *staff*, della collaborazione delle altre figure dirigenziali, amministrative, sanitarie e tecniche presenti nell'organico distrettuale per esercitare, nell'ambito delle competenze e delle funzioni delegate dalla direzione generale, il complesso delle attività presente sul territorio relativamente a tutti gli aspetti gestionali, con esclusione pertanto, di quelle aventi natura tecnico-professionali. Queste ultime dovranno essere demandate a momenti di coordinamento e direzione specifica e dovranno essere raggruppate, nei limiti del possibile, per singole sedi erogative; andranno comunque caratterizzate dall'accorpamento in aree funzionali più o meno ampie a seconda del livello di interdipendenza delle materie e delle attività afferenti a ciascuna area funzionale.

Anche a livello distrettuale, in sostanza, come si è avuto modo di esplicitare già nelle pagine precedenti, va superata la logica della rigidità gerarchica e della separatezza tra servizi che ha caratterizzato la esperienza in via di superamento.

In deroga rispetto alla separata articolazione delle strutture gestionali del-

le U.s.l., in presidi ospedalieri, per le funzioni di degenza e in distretti, per l'esercizio delle funzioni e attività territoriali, l'ultimo comma della lettera *b*) dell'art. 4 stabilisce che nei territori montani per i quali l'articolazione territoriale del distretto coincida con quello di una Comunità montana e sia presente un solo presidio ospedaliero, viene costituita una unica dirigenza complessivamente preposta alla gestione sia dell'ospedale che del distretto.

Prevale, in questo caso, la organizzazione stabilita dalla legge per la gestione dei presidi ospedalieri per cui la direzione generale della U.s.l., nel nominare, ai sensi dell'art. 4, del comma 9, il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo del presidio ospedaliero, attribuisce ad uno dei due l'incarico non solo riguardante la gestione dell'ospedale, ma anche quella del distretto.

Tra le funzioni gestionali affidate alla responsabilità della direzione distrettuale, è compresa anche quella riguardante il personale funzionalmente collocato alle dipendenze dei diversi servizi, strutture ed attività distrettuali.

Relativamente alle attività sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali il personale, con indicazione della relativa afferenza dipartimentale, andrà collocato in settori operativi ed assegnato alle diverse sedi erogative presenti sul territorio, sotto la responsabilità come si è puntualizzato in precedenza, di dirigenti di diversa qualifica e livello.

Relativamente alle attività e funzioni amministrative il personale sarà assegnato ad uffici i cui responsabili dipenderanno funzionalmente dal dirigente complessivo del distretto. Ciascun ufficio distrettuale dovrà essere collegato, per l'esercizio delle funzioni amministrative non decentrate, ma riconducibili al livello di direzione generale, al dipartimento amministrativo aziendale e alle eventuali sue articolazioni interne.

5. La delimitazione territoriale

In rapporto al livello istituzionale di riferimento i distretti possono essere distinti in:

— distretti comunali, se coincidenti con il territorio di un Comune;

— distretti infracomunali, se coincidenti con il territorio di una o più circoscrizioni comunali;

— distretti sovracomunali, se coincidenti con il territorio di più Comuni.

I parametri di popolazione fissati dalla legge dovranno essere intesi in senso dinamico: vale a dire che i limiti di popolazione (40-80.000 abitanti) anche se espressamente derogabili per le sole aree montane, dovranno tener conto delle altre condizioni oggettive che caratterizzano i diversi territori della Regione. Ciò non solo con riferimento alle condizioni morfologiche e di viabilità, ma anche alla dotazione di strutture, di servizi e di uffici dei singoli territori tenendo, in ogni caso, presente la necessità di superare una logica meramente «erogativa» del distretto.

La legge, infatti, esalta, per una serie di servizi ed attività, la funzione di «organizzazione dell'accesso» attribuita al distretto aprendo, in tal senso, a soggetti tradizionalmente non coinvolti su tali aspetti, quali le farmacie viste — e già esistono alcune prime esperienze in tal senso — come possibili sedi decentrate e capillarmente diffuse per la gestione dei problemi di accesso. E non solo per le tradizionali prestazioni specialistiche, ma anche per quelle di degenza. A maggior ragione in questa logica rientra il coinvolgimento del medico di base nelle attività distrettuali anche attraverso la sperimentazione della gestione budgetaria della loro attività.

In particolare nei centri urbani di media e grande dimensione il limite massimo di popolazione deve essere visto come meramente indicativo, posta la opportunità di evitare inutili proliferazioni di uffici e di centri di potere.

LE TARIFFE COME SISTEMA DI FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ PUBBLICA

di Antonello Zangrandi, Carlo Ramponi, Andrea Francesconi

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

SOMMARIO: 1. Le speranze del finanziamento legato alle attività svolte - 2. Competitività e flessibilità delle strutture di costo - 3. Gli obiettivi sono espressi solo dalle tariffe? - 4. Quale concreta realizzabilità del sistema tariffario - 5. L'utilizzo del sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri secondo lo schema ROD (DRG), per l'applicazione del decreto del Ministero della sanità 15 aprile 1994 - 6. Le critiche al sistema DRG - 7. Gli utilizzi potenziali del sistema ROD (DRGS) - 8. Gli utilizzi potenziali nel sistema italiano - 9. La determinazione delle tariffe - 10. Considerazioni in merito alla implementazione regionale del sistema tariffario.

Il tema delle tariffe per le prestazioni ospedaliere è divenuto oggi in Italia una realtà. Il decreto approvato e qui pubblicato di fatto è la base per una forte rivoluzione del sistema di finanziamento degli ospedali oggi in Italia.

Alcune caratteristiche fondamentali sono le seguenti:

— il sistema delle tariffe è esteso a tutti i soggetti pubblici e privati che beneficiano di risorse pubbliche;

— il sistema delle tariffe si basa sui DRG, sistema di classificazione dei casi con una lunga esperienza internazionale;

— il sistema è gestito dalle Regioni che possono adattarlo alle specifiche esigenze e agli obiettivi che vogliono poi perseguire concretamente.

Di seguito sono messi in evidenza alcune osservazioni sia sui DRG (a cura di Carlo Ramponi) sia sul sistema di determinazione dei costi (a cura di Andrea Francesconi). Inoltre per una riflessione critica sul sistema tariffario applicato al S.s.n. si rimanda all'articolo comparso su questa rivista (n. 9/94) di Mario Del Vecchio.

Alcune osservazioni preliminari appaiono opportune per comprendere la portata effettiva della nuova norma.

Si possono in via sintetica indicare quattro punti:

— le speranze del finanziamento legato alle attività svolte;

— competitività e flessibilità delle strutture di costo;

— gli obiettivi sono espressi solo dalle tariffe?;

— quale concreta realizzabilità del sistema tariffario.

1. Le speranze del finanziamento legato alle attività svolte

I criteri di riparto dei fondi in un sistema pubblico basato sull'accantonamento fiscale e previdenziale sono spesso utilizzati per dare forti segnali alle singole unità del sistema al fine della ricerca dell'equilibrio finanziario. Senza voler qui entrare nella ricca e copiosa bibliografia circa il riparto dei fondi giova ricordare come tali criteri risultano spesso non espressivi delle specifiche esigenze e, nella esperienza italiana non sembra abbiano svolto quel ruolo di responsabilizzazione finanziaria che spesso ci si attendeva. Il criterio del piè di lista ha preso spesso il sopravvento premiando di fatto chi più aveva speso. Peral-

tro le politiche di contenimento basate sui criteri di riparto pesavano in modo differente nelle diverse unità a secondo del livello di efficienza. I condizionamenti purtroppo si sono concentrati soprattutto sugli investimenti (che hanno spesso canali a sé stanti); spesa corrente nel breve periodo, senza interventi strutturali, con i prezzi dei fattori produttivi (farmaci, personale) decisi in altre sede decisionali è risultata essere di fatto rigida.

Se questi aspetti sono visti dal lato delle singole unità erogative di prestazioni sanitarie le cose si complicano ulteriormente. Infatti si ha una specie di «impotenza» ad agire sulle entrate che sono determinate con processi decisionali molto distanti dalla realtà operativa. Si ha la situazione in cui le entrate determinano i tetti di spesa (almeno *ex ante*, perchè in realtà a consuntivo spesso sono riconosciuti tutti i costi sostenuti) e le attività svolte non influenzano affatto le entrate.

In realtà la situazione non è mai stata così «neutrale» in quanto il criterio della spesa storica ha sempre avuto rilevanza nella distribuzione di fondi. Con tale criterio infatti si tiene implicitamente in considerazione sia del li-

vello di attività pregressa, sia del livello di efficienza, sia dei volumi (che spesso è poi la variabile che maggiormente influenza la spesa). In realtà la spesa storica tende però a conservare comportamenti del passato ed è poco stimolante per il cambiamento, sempre che non sia corretta da altri criteri di riferimento.

In questi ultimi anni è emersa una esigenza molto rilevante: considerare la quantità e la qualità (intesa qui come varietà) delle attività svolte da una struttura. Si tratta di una ovvia esigenza: finanziare sulla base delle attività svolte. Una struttura sarà così incentivata a sviluppare una certa coerenza tra entrate, derivanti dai volumi e dalle caratteristiche dei casi trattati, e spesa, espressione delle caratteristiche della struttura e dell'organizzazione.

È questa la grande speranza che apre il decreto! Si tratta di un sistema che sa sviluppare una certa coerenza tra entrate e spese, non in base a politiche di programmazione centralistiche di fatto fortunatamente solo enunciate e mai realizzate, non in base alla negoziazione politica basata sui finanziamenti discrezionali e sulla gestione spesso clientelare delle deroghe, ma in base alle caratteristiche del «servizio» offerto.

In questo caso l'unità di produzione diviene azienda, nel senso proprio cioè che i risultati dipendono sempre più dai comportamenti della singola unità, pur nell'ambito di sistemi di indirizzo e controllo regionale (su questo tema si veda l'editoriale del n. 9 di E. Borgonovi).

Il finanziamento in base alle tariffe è quindi un modo per percorrere la strada del cambiamento verso una reale responsabilizzazione. È questo collegamento che è mancato negli anni passati determinando una certa rigidità dei comportamenti, una stratificazione delle decisioni, la rilevanza di

una decisionalità politica anche su aspetti non fondamentali di politica sanitaria.

Quindi utilizzo dei livelli di attività per:

— responsabilizzare maggiormente a livello di azienda;

— stimolare la ricerca di efficienza nella erogazione delle prestazioni;

— decentrare parte delle scelte di politica sanitaria alle U.S.I. secondo criteri di convenienza.

La risposta a questa sfida la si potrà giudicare solo tra alcuni anni. Infatti il cambiamento di un sistema così complesso non può essere immediato ma necessita di adeguati tempi. Inoltre deve essere valutato che questi cambiamenti comportano modificazioni nei criteri decisionali utilizzati dal management in queste aziende: ciò impone necessariamente tempi di adattamento non brevi.

Il segnale è comunque forte: nuovi i criteri di convenienza, nuova la responsabilità, nuovi gli spazi di azione. È su questa base che si deve ricercare il cambiamento (1).

2. Competitività e flessibilità delle strutture di costo

La speranza di nuovi criteri di convenienza che spingono alla ricerca della efficienza e della qualità delle prestazioni si può realizzare a condizioni che esistano concreti spazi di azione (cioè che ci sia poi realmente possibilità di azione, cioè autonomia). Elemento cruciale del cambiamento è la possibilità di ridefinire le strutture di offerta. Deve cioè essere possibile la ridefinizione dei servizi in base al criterio di convenienza. Deve essere possibile ad esempio ridefinire la struttura degli ospedali sotto il profilo del numero dei posti letto, del tipo di servizi erogati in regime di ricovero e in regime di *day hospital* o di ambulatorio. Deve essere possibile individua-

re strade per il riassorbimento del personale eventualmente in esubero attraverso la mobilità o strumenti propri di altri settori, dalla cassa integrazione alla riqualificazione. Tutto ciò è alla base della innovazione del decreto sulle tariffe; se ciò non potrà avvenire difficilmente si potranno realizzare gli obiettivi che questa riforma sanitaria porta con sé.

In particolare qui giova evidenziare due elementi che potrebbero ostacolare questa logica della competitività, e in particolare:

— la flessibilità dei costi delle aziende ospedaliere;

— il controllo della domanda di servizi sanitari.

Per quanto riguarda la flessibilità dei costi molti Autori osservano che la struttura dei costi di produzione dei servizi sanitari è rigida. Si fa spesso riferimento ai costi legati alle strutture e alle tecnologie; i processi di riconversione appaiono difficilmente gestibili nel breve periodo se non attraverso azioni programmatiche complessive con orizzonti temporali di tre-cinque anni. Limiti strutturali di questo genere sono evidentemente presenti all'interno del S.s.n., ma i processi di cambiamento devono comunque iniziare. Si tratterà di favorire questo processo di «flessibilizzazione» della spesa con appositi strumenti come ad esempio sul piano del finanziamento la creazione di un apposito fondo per i servizi ad esaurimento e sul piano della gestione delle risorse la creazione di strumenti come la mobilità atti a favorire la riconversione dei servizi.

Più rilevante il secondo tema circa il controllo della domanda. È questo un punto critico del sistema che dovrà essere attentamente valutato al fine evitare la crescita incontrollata della spesa sanitaria pubblica.

Sulle possibilità di controllo della spesa sanitaria le opinioni sono diver-

genti: c'è chi ritiene impossibile un controllo effettivo della domanda sanitaria da parte della struttura pubblica, chi ritiene, viceversa, che solo attraverso la pubblicizzazione dei servizi sia possibile una qualche azione di controllo. In via generale, senza volere qui entrare nel merito dell'importante dibattito, tre strade appaiono oggi percorribili da parte dell'azienda U.s.l.

La prima consiste nella chiara distinzione di responsabilità tra chi produce prestazioni (i presidi sanitari in genere, gli ospedali, i poliambulatori, ecc.) e chi «acquista» prestazioni sanitarie. Chi produce prestazioni sanitarie dovrebbe essere responsabilizzato sul costo di produzione e sulla qualità, chi acquista prestazioni sanitarie dovrebbe essere responsabilizzato sulla valutazione di convenienza (di costo e qualità) e sulla opportunità della richiesta.

Insomma le U.s.l. aziende in particolare vedrebbero da un lato la loro responsabilizzazione legata a due diversi e contraddittori momenti: la produzione per i propri presidi e la domanda dei propri residenti.

È questo un modo di interpretare fra l'altro l'art. 8, comma 5, del D.L.vo n. 502/92, rettificato dal D.L.vo n. 517/93. Per garantire la realizzabilità di questo modello è probabilmente necessario un fortissimo cambiamento nelle modalità di organizzazione e gestione delle U.s.l.

Altri due strumenti sono oggi individuabili: la responsabilizzazione dei medici di medicina di base e il diretto controllo dell'offerta di servizi.

Per quanto riguarda la responsabilizzazione dei medici di medicina di base è necessario che lo strumento convenzionale vada in questa direzione, cioè che vengano dati concreti margini di manovra alle U.s.l. per negoziare *budget* per i medici di base o per incentivare azioni di risparmio nella richiesta di prestazioni.

Infine per quanto concerne il controllo dell'offerta dei servizi è fondamentale il ruolo della Regione che è chiamata alla realizzazione di concrete azioni di programmazione che come suggerisce l'art. 8, comma 5, dei decreti legislativi devono essere indirizzati alla integrazione con il servizio pubblico.

3. Gli obiettivi sono espressi solo dalle tariffe?

Le tariffe e le convenienze che implicitamente portano con sé non devono essere ipotizzate come uniche strade per raggiungere obiettivi di efficienza ed efficacia del S.s.n.

Peraltro la utilizzazione della variabile finanziaria per il riequilibrio territoriale male si adatta alle caratteristiche del settore e alle molteplici spinte sociali e locali che comunque devono trovare un giusto livello di attenzione, data la rilevanza del settore sanitario.

Giova qui indicare come il sistema di finanziamento collegato alle attività non possa ricomprendere tutti gli obiettivi, ma che deve servire soprattutto a raggiungere un obiettivo di efficienza produttiva. Altri obiettivi devono essere raggiunti attraverso altre strade.

Questo appare molto importante oggi per anticipare critiche sul ruolo delle tariffe. Come ben evidenziano gli aziendalisti (2) la molteplicità degli obiettivi e delle politiche deve trovare coerenza in una molteplicità di strumenti in una visione sistemica. Ciò significa che dovranno essere utilizzati altri strumenti che in modo coerente permettano il raggiungimento ad esempio di obiettivi di innovazione, di distribuzione dei servizi, ecc.

La realtà della sanità è oggettivamente molto complessa anche per i forti e spesso contrastanti interessi in gioco; non può essere solo lo strumento tariffa a regolamentare tutta l'azione programatoria.

4. Quale concreta realizzabilità del sistema tariffario

È questo l'aspetto che più oggi suscita perplessità e attenzione. Il sistema tariffario si basa ovviamente su due elementi: le tariffe e la quantità di prestazioni.

Per quanto riguarda le tariffe sono definite le modalità per la loro determinazione nello stesso decreto; A. Francesconi nel commento mette in evidenza potenzialità e limiti di quanto indicato. Per quanto riguardo le prestazioni si è fatta la scelta di utilizzare per i ricoveri ospedalieri i DRG (Diagnosis related groups); potenzialità e limiti sono messi in evidenza dal commento di C. Ramponi. Promuovere lo sviluppo del sistema significa comunque disporre di informazioni atte a permettere la conoscenza del numero di prestazioni erogate dall'ospedale in tempi utili e con un livello elevato di significatività del dato.

La disponibilità di queste informazioni e poi di specifiche elaborazioni che permettano ai vari livelli di responsabilità all'interno delle aziende e alla Regione di comprendere le conseguenze delle decisioni prese è elemento sostanziale per la effettiva realizzabilità di questo modello. È forse questo un elemento di debolezza in molte Regioni italiane che in questi anni non sono riuscite a sviluppare questi sistemi informativi.

È comunque necessario promuovere all'interno delle aziende e al livello di Regione validi sistemi informativi che siano in grado di fornire informazioni sul livello di attività svolte, sui costi di produzione e in generale sull'assorbimento delle risorse rispetto alle attività poste in essere.

È questo un *test* estremamente rilevante per giudicare della capacità del sistema pubblico di realizzare nuove logiche di gestione. Sapranno le nuove aziende sviluppare sistemi informativi congrui con i nuovi criteri di

convenienza? Saranno in grado le aziende di produrre le nuove informazioni necessarie per la gestione in tempi rapidi?

5. Il sistema ROD per la classificazione dei ricoveri ospedalieri

L'articolo 2, lettera *a*) del sopracitato decreto precisa: «prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di degenza: i singoli episodi di ricovero specificati secondo il sistema di classificazione dei raggruppamenti per diagnosi, riportato nell'allegato 1A...».

Nella sostanza il D.M. rimanda la definizione delle tariffe per i ricoveri ospedalieri all'applicazione di un sistema di classificazione dei pazienti, di cui ancora poco si conosce nell'ambito delle istituzioni sanitarie italiane, eccezion fatta per alcune amministrazioni regionali particolarmente sensibili ai temi connessi alla gestione delle aziende sanitarie.

Lo schema ROD (Raggruppamenti omogenei per diagnosi) non è che l'applicazione italiana del sistema di classificazione americano DRG (Diagnosis related groups). Questo sistema è stato sviluppato negli anni '70 con l'intento di descrivere, attraverso la ricerca degli elementi comuni, tutti i pazienti ospedalizzabili in un ospedale per acuti nell'intento di comprendere l'origine dei costi continuamente crescenti dell'assistenza americana; pertanto lo schema prevedeva la descrizione sia della popolazione anziana, che di quella adulta e pediatrica (compresa la neonatologia). Tale descrizione è basata sulla identificazione di caratteristiche legate al paziente (tipo di patologia espressa attraverso la diagnosi, nonché l'età e il sesso), di caratteristiche legate alla strategia terapeutica adottata dal medico (strategia chirurgica o medica), nonché di modalità organizzative di trattamento *intra-ri-*

covero e post-ricovero (trasferimenti intraospedalieri e tipologia di dimissioni): la scelta delle caratteristiche sopra-elencate è dovuta alla loro capacità di spiegare perché, per esempio, i pazienti ricoverati con diagnosi di calcolosi delle vie urinarie, sono caratterizzati da durate di ricovero così differenti. La possibilità di utilizzare caratteristiche del paziente, caratteristiche terapeutiche e caratteristiche organizzative per spiegare differenti durate di ricovero, consente di aggregare pazienti in gruppi omogenei per risorse consumate (espresse, in prima approssimazione, tramite la durata della degenza). L'aggregazione in gruppi favorisce la conoscenza e la misurazione delle differenti casistiche trattate nei differenti dipartimenti ed ospedali, ben oltre la conoscenza consentita dai classici indicatori di efficienza imperniati tutti sulla risorsa posto-letto.

Proprio perché il sistema di classificazione correlava adeguatamente caratteristiche del paziente e strategie terapeutiche con le risorse assorbite, esso fu scelto da Medicare come base per il finanziamento dei ricoveri ospedalieri, dopo che lo schema di classificazione era stato modificato per tener conto della popolazione di riferimento coperta dal programma stesso. Questo utilizzo evidenzia come uno strumento concettuale, costruito a fini prevalentemente interni, di gestione aziendale, si possa utilizzare anche per finalità «regolatorie» di tipo finanziario, tra il cosiddetto terzo pagante e le aziende di erogazione. L'uso dello schema di classificazione DRG a fini di finanziamento prospettico dei ricoveri ospedalieri (Prospective Payment System, PPS) ha richiesto la trasformazione della durata della degenza, espressione delle risorse necessarie al trattamento di ogni singolo caso, in un valore monetario che fosse espressivo delle risorse «specifiche»

assorbite dal caso stesso. Si è trattato, in qualche modo, di trasformare il caso trattato in una sorta di «ricetta di produzione» che elencasse tipologia di risorse (semplice o complesse), quantità e qualità, e che, contestualmente tenesse in considerazione il prezzo (variabile, nel caso del mercato del lavoro negli Stati Uniti) di acquisto dei fattori produttivi stessi. L'elaborazione, molto complessa, si è basata sugli archivi dati di Medicare; in estrema sintesi il processo di definizione delle tariffe è stato il seguente: sulla base della fatturazione che ogni singolo ospedale emetteva per ogni specifico paziente, è stata costruita una statistica di prezzi DRG-specifica.

Da tale statistica si è poi risaliti a definire per ogni singolo DRG, un peso relativo di riferimento; tale peso rappresenta il coefficiente di moltiplicazione della tariffa utilizzata da Medicare. Se per esempio il peso relativo del DRG «x» è pari a 0,8971 mentre il peso relativo del DRG «y» è pari a 2,0918, nell'ipotesi che la tariffa sia, per l'anno 199x pari a \$ 3100, allora ogni ospedale riceverà \$ (3100 x 0,8971) per il DRG «x» e \$ (3100 x 2,0918) per il DRG «y».

6. Le critiche al sistema DRG

Le principali critiche all'uso del DRG quale strumento di finanziamento prospettico per gli ospedali americani sono state mosse dalle organizzazioni mediche; la particolare configurazione del sistema ospedaliero americano prevede una netta separazione tra il pagamento delle prestazioni erogate dai professionisti e il pagamento delle prestazioni erogate dalla struttura ospedaliera; più del 90% dei medici americani operanti in ospedale sono liberi professionisti e le loro attività sono remunerate sulla base di un prezzo per servizio reso (*fee-for-service*), prezzo determinato (fino alla fine del

1992) sulla base di un «customary, prevailing and reasonable method». Interesse del medico è di erogare quanti più servizi possibili al proprio paziente, in quanto il pagamento dei servizi resi è a consuntivo; tuttavia per erogare servizi medici, occorrono attrezzature, spazi e personale tecnico e infermieristico adeguati; insomma tutte le condizioni di base per l'esercizio dell'attività professionale di elevata complessità.

In un sistema di pagamento basato sulla fatturazione «a consuntivo», di tutte le prestazioni erogate dall'ospedale, esiste un evidente sinergia di interessi tra proprietà della struttura ospedaliera e professionisti nel prolungamento del ricovero in quanto nel maggior tempo disponibile, è possibile erogare un maggior numero di servizi medici (pagati fee-for service), servizi che richiedono peraltro supporti alberghieri, tecnologici e di assistenza infermieristica, forniti invece dalla struttura ospedaliera.

Dal momento in cui la struttura ospedaliera è finanziata «mediamente» per il trattamento di «specie» di pazienti (finanziamento prospettico tramite il sistema DRG), per la stessa struttura non è più conveniente trattare a lungo il paziente, anzi esiste un interesse oggettivo ad accorciare le degenze DRG-specifiche, in quanto, a fronte del minor tempo disponibile per l'erogazione di servizi medici, corrisponde un minor consumo di «condizioni produttive» che sono sotto la diretta responsabilità economica del management ospedaliero.

Proprio il minor tempo disponibile per l'erogazione di prestazioni mediche, viene considerato dai medici stessi come minaccia alla loro professionalità ed autonomia, nonché come una fonte potenziale di riduzione della qualità delle cure se non addirittura una fonte di iniquità nel trattamento dei differenti pazienti.

Nella realtà americana l'adozione del sistema DRG per il finanziamento prospettico ha effettivamente condotto ad una razionalizzazione dei ricoveri ospedalieri, con una riduzione rilevante delle giornate di degenza, una conseguente ridefinizione del numero di posti letto complessivi, e chiusura di ospedali. Per quanto riguarda la qualità delle cure, non esistono, ad ora, evidenze che segnalino una riduzione della qualità professionale in termini di mancate diagnosi, o di terapie inefficaci, rispetto al periodo precedente l'adozione del sistema DRG; si segnalano invece riduzioni nella quantità dell'assistenza infermieristica, modifiche che riguardano la sfera di influenza del management sanitario.

Quanto poi all'effetto sul contenimento dei costi, mentre c'è evidenza del fenomeno sulle attività in regime di ricovero, non altrettanto si può dire circa la quantità e la tipologia dei servizi medici erogati; per mantenere intatto, o per incrementare il proprio potenziale reddituale, i medici americani hanno spostato l'erogazione dei servizi a pagamento prima e dopo il periodo di ricovero (il cosiddetto effetto finestra) ottenendo, come risultato netto, un incremento dei costi dell'assistenza a carico dei differenti programmi assicurativi.

7. Gli utilizzi potenziali del sistema ROD (DRG)

Il sistema ROD (DRG) come strumento di classificazione dei pazienti ospedalizzati, è stato costruito, individuando quali, tra le caratteristiche del paziente e quelle del comportamento medico, fossero maggiormente in grado di spiegare l'assorbimento di risorse necessarie per il trattamento in ambito ospedaliero. Individuate le più significative, tra le numerose possibili variabili incidenti sull'assorbimento di risorse (pertanto un problema di co-

sti di produzione), il sistema di classificazione si è dimostrato utile anche per altre finalità che si possono riassumere secondo una doppia prospettiva:

a) valutazione esterna nei confronti dell'azienda ospedale:

1) misurazione dell'outcome attraverso la relazione dei tassi di mortalità DRG specifici;

2) come strumento a disposizione del terzo pagante per selezionare l'azienda fornitrice di prestazioni in regime di ricovero in base a indicatori di *performance* (qualità, quantità, costo);

b) management interno:

1) come strumento per identificare, entro aree specialistiche omogenee, le differenze di comportamento clinico da parte delle differenti *equipès*;

2) come strumento adeguato per comunicare ai professionisti interessati le differenze rilevate tra le *performances*;

3) come strumento che, in quanto basato sulla misurazione quantitativa, può rappresentare una forte motivazione per il cambiamento dei comportamenti professionali.

Un sistema di classificazione peraltro non deve essere confuso con un nomenclatore che in ambito medico identifica un elenco di termini e descrizioni utili per descrivere e codificare osservazioni cliniche e morbose. A fini descrittivi pertanto un nomenclatore deve essere il più ampio possibile ed essere in grado di accogliere nuovi termini via via che il progresso scientifico aggiunge nuove conoscenze (nuove osservazioni). Tuttavia la completa specificità di un nomenclatore permette un uso a fini statistici solo se è possibile creare «famiglie» o gruppi di concetti che siano sottoponibili ad indagini quantitative.

In campo sanitario esistono molte classificazioni che riguardano differenti ambiti applicativi; si veda per

esempio la classificazione dei farmaci, dei parafarmaci e dei presidi sanitari. Per ogni schema di classificazione è in ogni caso fondamentale conoscere o esplicitare l'elemento o la caratteristica che « aggrega » le unità elementari.

Per quanto riguarda la classificazione dei pazienti nei Raggruppamenti omogenei per diagnosi (ROD), se l'elemento aggregante è rappresentato dal singolo paziente, gli elementi aggregati provengono a loro volta dalla classificazione internazionale delle malattie, delle procedure ed atti diagnostici (ICD-9-CM). Tale classificazione rappresenta l'elemento essenziale su cui è fondata la significatività clinica del sistema ROD.

Tuttavia le maggiori critiche al sistema ROD sono proprio originate dalla ICD-9-CM ritenuta dagli specialisti:

- non adeguatamente esaustiva delle procedure e degli interventi utilizzati nella pratica professionale, in quanto privilegia il concetto di classe omogenea di interventi;

- datata nella identificazione di tecniche di intervento ormai obsolete;

- stilata sulla base della terminologia e degli studi di origine anglosassone, spesso alquanto differenti dalla impostazione metodologica europea;

- soprattutto è inadeguata a rispecchiare la pratica clinica ed organizzativa italiana (organizzazione per divisioni rispetto alla organizzazione per dipartimento).

Nella esperienza personale è soprattutto l'ultima obiezione quella che rende maggiormente difficile l'accettazione del sistema ROD da parte dei medici italiani; infatti data la struttura organizzativa dell'ospedale italiano, fondata ancora sulla struttura divisionale, il sistema di responsabilità sia di tipo professionale che sul consumo di risorse è definito per ambiti organizzativi e non per caso trattato, se si dà a

questo termine l'accezione di tutto quanto serve e si fa per un paziente dal momento del suo ingresso in ambiente ospedaliero, fino alle sue dimissioni. Mentre il concetto di « caso trattato » ben (o abbastanza) rispecchia le modalità organizzative e gli amiti di responsabilità del sistema americano (contributo della struttura ospedaliera separata dal contributo dei liberi professionisti), questo non può dirsi per la struttura dell'ospedale italiano; valga per tutti l'esempio del rapporto organizzativo tra divisioni e servizi nella definizione delle responsabilità per il consumo di risorse specifiche del caso trattato.

8. Gli utilizzi potenziali nel sistema italiano

Condizione necessaria all'utilizzo del sistema ROD è sicuramente la disponibilità di informazioni raccolte attraverso la scheda di dimissioni (allegata alla cartella clinica).

Allo stato attuale questa tipologia di informazioni consente di classificare i pazienti secondo lo schema ROD e di qualificare il gruppo di pazienti sulla base della durata media della degenza ROD-specifica.

La disponibilità di queste informazioni può consentire un uso a fini di valutazione statistica della *performance* dell'ospedale o dell'*équipe* interessata; assumendo per esempio (con qualche ragione statisticamente provata) che la durata della degenza sia una buona *proxy* della complessità del caso trattato (entro ambiti specialistici omogenei), si possono fare confronti tra singole unità operative ed area specialistica omogenea (per esempio su base regionale) per valutare *performance* operativa (indicatore di efficienza) e la complessità del case-mix (l'indicatore di complessità della casistica trattata).

In prospettiva l'elaborazione delle schede di dimissioni per quanto riguar-

da numero e tipologia di diagnosi secondarie ed interventi chirurgici (con relativo indice di complessità) potranno essere di ausilio per discriminare la complessità della casistica trattata.

Quanto alla correlazione tra ROD e sistemi di controllo gestionale interni all'azienda ospedaliera, ciò si potrà perseguire laddove esistano sistemi di rilevazione contabili piuttosto sofisticati, in grado cioè di collegare il cosiddetto prodotto (ROD) con i fattori produttivi, attraverso la descrizione dei relativi processi di produzione.

9. La determinazione delle tariffe

L'adozione di un sistema di finanziamento delle U.s.l. e delle aziende ospedaliere basate, seppure per il momento solo parzialmente, sulle « attività svolte » valorizzate tramite un meccanismo tariffario pone una serie di problemi cui fornire risposta per garantire un adeguato equilibrio gestionale di tale classe di aziende.

Innanzitutto vi è l'esigenza di definire un sistema di misurazione delle attività sanitarie adeguato rispetto al meccanismo di finanziamento previsto. A tale proposito la scelta effettuata ha condotto al recepimento nel nostro sistema sanitario del Diagnosis Related Group System introdotto definitivamente negli USA nella seconda metà degli anni '80. Tale sistema, individua raggruppamenti di diagnosi, omogenei sotto il profilo dell'assorbimento di risorse, ad ognuno dei quali è associata una diversa tariffa.

Non approfondendo tale aspetto, trattato del resto da Ramponi in questo stesso articolo, ci si vuole qui soffermare sulle problematiche connesse agli elementi tecnico contabili inerenti le metodologie e le modalità di determinazione delle tariffe da associare ai DRG.

Con riferimento agli aspetti tecnico contabili le principali considerazioni sviluppati sono relative a:

1) titolarità della responsabilità in merito alla definizione delle tariffe;

2) metodologie di definizione delle tariffe.

1) A tale proposito, la responsabilità è direttamente attribuita dalla normativa in vigore alle Regioni. Sono le Regioni infatti a dover stabilire con apposito provvedimento le tariffe in uso sul loro territorio per il finanziamento della mobilità sanitaria.

Le aziende ospedaliere si troveranno, di conseguenza, ad operare in un contesto equiparabile a quello dei «prezzi amministrati»; infatti, indipendentemente dalla metodologia utilizzata per la definizione delle tariffe, U.S.I. e Aziende ospedaliere recepiranno la legge Regionale che associa alle diverse tipologie di attività sanitarie il relativo ammontare di risorse finanziarie.

In tal modo, sul territorio della Regione alfabetata, il DRG 111 verrà remunerato x lire mentre il DRG 222 verrà remunerato y lire etc.

Da tali valori, dai volumi di attività svolte, dalla tipologia di mobilità registrata (prevalenza di attrazione piuttosto che di fuga di pazienti) saranno influenzate le dinamiche finanziarie ed economiche degli erogatori di assistenza sanitaria.

Questi dovranno essere in grado di valutare le conseguenze generate dal meccanismo di finanziamento sulla propria gestione al fine di prendere decisioni in merito a politiche di prodotto; ai livelli di qualità sanitaria ed assistenziale; alla locazione delle risorse tra le diverse unità operative etc.

Le Aziende sanitarie non avranno invece alcun margine di autonomia relativamente ad eventuali politiche di prezzo.

In altri termini, le aziende sanitarie non hanno e non avranno, stante l'attuale contesto normativo, la possibilità di modificare i valori finanziari associati alle varie tipologie di presta-

zioni al fine di renderli coerenti con proprie politiche di prodotto; con la propria struttura dei costi; con i «prezzi» praticati da altre Aziende sanitarie pubbliche o private loro concorrenti.

2) Con riguardo alle metodologie utilizzabili per la definizione delle tariffe si individuano due tipologie di approcci:

— approccio basato sul costo di produzione;

— approccio basato sull'analisi del mercato e della concorrenza.

Le metodologie basate sui costi di produzione sono maggiormente orientate alla ricerca della congruenza tra dinamica dei costi aziendali (e delle relative uscite finanziarie) e dinamica dei ricavi aziendali (e delle relative entrate finanziarie).

Le metodologie basate sull'analisi del mercato e della concorrenza sono invece orientate prevalentemente alla ricerca della congruenza tra le scelte aziendali e le dinamiche presenti nell'ambiente in cui l'azienda sanitaria opera. In prima approssimazione le dinamiche ambientali possono essere collegate alle variazioni nelle esigenze e nei bisogni della popolazione; nella domanda di prestazioni sanitarie; nelle caratteristiche della struttura di offerta presente sul territorio.

Nel contesto del sistema sanitario italiano la metodologia prevista per la definizione delle tariffe fa riferimento al costo di produzione, non essendo nemmeno ipotizzato dal D.L. il ricorso alla metodologia basata sulle caratteristiche del mercato.

L'orientamento al costo di produzione è stato determinato da un lato dalla oggettiva impossibilità, nell'attuale situazione, di fare riferimento ad un «mercato sanitario»; dall'altro dal recepimento di esperienze sviluppate in altri sistemi (soprattutto gli U.S.A.).

La metodologia prevede il ricorso al costo pieno di produzione da determinarsi tenendo in considerazione. i

costi diretti associati ai diversi tipi di DRG; i costi indiretti; una quota parte di costi generali.

Se l'algoritmo stabilito dalla normativa per la definizione delle tariffe appare tutto sommato semplice, l'effettivo calcolo delle tariffe presenta invece una serie di aspetti problematici connessi a:

a) costi da tenere in considerazione;

b) basi dati utilizzate;

c) criteri di allocazione dei costi comuni utilizzati.

a) Costi da tenere in considerazione

A tale proposito il problema è connesso con l'orientamento ai costi storici o ai costi futuri. Determinare le tariffe sulla base dei costi storici, come ipotizzato dal decreto legge, può implicare due possibili ordini di conseguenze negative:

— inglobare nella tariffa i livelli passati di inefficienza gestionale;

— definire tariffe inadeguate rispetto agli effettivi costi di produzione.

Questo secondo fenomeno può essere determinato sia da fattori di ordine generale connessi al sistema socio economico nel suo complesso; quali ad esempio variazioni del tasso di inflazione, sia da fattori direttamente legati a scelte gestionali delle aziende sanitarie quali ad esempio: curve di esperienza; variazioni di volume che incrementano i livelli di utilizzazione degli investimenti in capacità produttiva; variazioni del case-mix trattato che modificano le modalità di utilizzazione delle risorse etc.

Utilizzare i costi futuri, ovvero i livelli di utilizzazione delle risorse previsti per l'esercizio futuro consente da un lato, di superare le problematiche sinteticamente descritte, ma impone, dall'altro, una rilevante attività di programmazione volta a ridurre il livello di soggettività e di incertezza fisiolo-

gicamente connesso con la formulazione di ipotesi inerenti il futuro.

La scelta di ricorrere ai costi consuntivi o ai costi prospettici è rilevante anche in funzione della necessità di stabilire dei valori tariffari uniformi su tutto il territorio regionale. Tale esigenza sembra infatti suggerire il ricorso all'utilizzo di valori medi calcolati sulla base dei livelli di utilizzazione delle risorse propri di ogni realtà sanitaria pubblica operante sul territorio regionale. L'utilizzazione di valori medi di costo genera squilibri sulle diverse aziende sanitarie, squilibri connessi con il loro posizionamento in termini di costi e di attività rispetto al valore medio tariffario.

In tal senso il ricorso a valori storici, che da un lato garantisce una maggiore oggettività teorica ai fini del calcolo delle tariffe, dovrebbe essere integrato da elementi rappresentativi della dinamica futura dei costi di gestione.

In relazione a tali considerazioni, meglio sarebbe ricorrere, come base per la definizione delle tariffe, alla determinazione di un costo storico rettificato. Tale tipologia di costo consentirebbe da un lato, di utilizzare le informazioni relative ai costi sostenuti nel passato caratterizzate da un elevato grado di oggettività; dall'altro, di definire le tariffe sulla base di considerazioni (soggettive) sulle dinamiche gestionali future.

I costi storici andrebbero allora modificati in relazione al livello atteso di inflazione; ma anche in relazione ad obiettivi di recupero di inefficienza e sprechi gestionali; a specifiche politiche sanitarie regionali o nazionali (si pensi ad esempio alla costituzione di dipartimenti di emergenza), ad ipotesi inerenti i livelli di attività previsti e, infine, ad ipotesi inerenti le variazioni del mix di attività, tutti elementi questi ultimi, che contribuiscono alla dinamica dei livelli e delle tipologie di pre-

stazioni erogate dalle aziende operanti sul territorio regionale.

b) *Basi dati utilizzate*

In tal senso si fa riferimento ai dati ed alle informazioni disponibili per supportare la definizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie da parte delle Regioni.

L'utilizzo del criterio del costo pieno richiede implicitamente di ricorrere ai costi sostenuti dalle aziende sanitarie operanti sul proprio territorio. Sulla base di tali costi si dovrebbe infatti procedere, tramite l'applicazione di adeguate interpolazioni statistiche, al calcolo delle tariffe.

A tale proposito tuttavia la situazione italiana appare fortemente problematica.

Poche, se non pochissime, sono infatti le aziende sanitarie italiane dotate di sistemi di controllo di gestione o, più semplicemente di sistemi di contabilità analitica, in grado di rilevare i costi di produzione.

Il precedente sistema di finanziamento, il ricorso ad un sistema di contabilità finanziaria, la bassa responsabilizzazione sull'utilizzo delle risorse, hanno infatti limitato nel passato l'adozione di tali strumenti gestionali.

Attualmente quindi i supporti informativi esistenti nelle Aziende sanitarie sono quasi esclusivamente di tipo finanziario.

Ciò può determinare due possibili approcci:

— definizione delle tariffe sulla base non dei costi di produzione quanto dei dati finanziari disponibili. In questo caso l'algoritmo definito per il calcolo delle tariffe sarà applicato con larghi margini di approssimazione;

— definizione delle tariffe sulla base di costi stimati.

Il secondo approccio è quello indicato dal decreto del 15 aprile 1994 che consente alle Regioni di limitare la ri-

levazione dei costi di produzione, in fase di prima applicazione, ad un campione di prestazioni utilizzando per tutte le altre un sistema di pesi definito a livello ministeriale.

Tale secondo approccio, senz'altro più consono rispetto all'attuale disponibilità di informazioni di costo, impone comunque alle Regioni, in prima approssimazione, ed alle Aziende sanitarie in seconda approssimazione, la rilevazione effettiva dei costi di produzione. Le aziende sanitarie hanno infatti l'obbligo di trasmettere alle regioni le necessarie informazioni sui propri costi di produzione attestandone la veridicità e la corrispondenza alle proprie scritture contabili.

Anche in questo caso, tuttavia, in relazione all'assenza di adeguati sistemi di rilevazione, la determinazione dei costi per campione di prestazioni potrà essere effettuata solo con serie difficoltà da parte delle aziende erogatrici di servizi sanitari.

Anche le aziende sanitarie che, in modo lungimirante, avevano in passato investito nell'attivazione di sistemi di controllo economico, non si sono infatti, dotate di sistemi di calcolo del costo delle singole prestazioni, quanto di sistemi di contabilità per centri di costo volti ad enfatizzare i costi controllabili ai fini di responsabilizzazione degli operatori. Per tali aziende, chiaramente, si ha a disposizione una base dati conoscitiva adattabile alle nuove esigenze connesse con il sistema tariffario. Per tutte le altre si tratta di attivare meccanismi di rilevazione ad hoc, i quali, se non integrati con adeguate procedure di rilevazione dei costi, (si pensi alla gestione dei magazzini, del patrimonio, etc.) richiedono tempi lunghi di implementazione e si caratterizzano per un elevato costo di realizzazione e di gestione.

Quale quindi, per queste realtà, può essere la attendibilità delle informazioni relative ai costi di gestione?

Come produrranno i dati da inviare alle Regioni per stabilire successivamente le tariffe?

A tale riguardo si possono solo fare delle ipotesi; ipotesi che, tuttavia non appaiono molto confortanti in relazione all'esigenza di addivenire ad un equilibrato sistema tariffario.

La sostanziale indisponibilità di dati di costo nelle aziende sanitarie ed il correlato obbligo, per le stesse aziende, di fornire informazioni sui costi di produzione delle prestazioni, mal si conciliano.

Le aziende sanitarie di fronte alle richieste di informazioni da parte delle Regioni potranno reagire in vari modi: i comportamenti plausibili appaiono essere i seguenti:

1) ritardare il più possibile la trasmissione dei dati;

2) non fornire affatto i dati adducendo come motivazione la indisponibilità degli stessi;

3) procedere al calcolo dei costi sulla base dei dati finanziari di bilancio;

4) procedere alla definizione di «distinte base» relative ai DRG campione per poi definire un costo *standard*.

I primi tre comportamenti, probabilmente i più frequenti, non appaiono adeguati rispetto alla problematica esaminata e si concretizzano, di fatto, nella necessità da parte delle Regioni di calcolare in modo autonomo le tariffe non avvalendosi di un adeguato supporto informativo e, in tal modo, sottomettendosi al rischio di definire tariffe nei fatti avulse dalle reali strutture dei costi delle aziende sanitarie. Il quarto comportamento, conforme al decreto ministeriale, potrà essere attuato solo da quelle realtà che hanno già realizzato sistemi di controllo di gestione e quindi in grado, con uno sforzo organizzativo rilevante ma non eccessivo, di procedere al calcolo dei costi *standard*.

c) Criteri di allocazione dei costi comuni utilizzati

Il ricorso al criterio del costo pieno impone la necessità di definire criteri di allocazione dei costi indiretti e dei costi generali ai prodotti delle aziende sanitarie.

Il decreto 15 aprile 1994 individua al proposito due distinti criteri:

1) i costi generali dell'unità produttiva della prestazione devono essere allocati alle prestazioni erogate in misura proporzionale;

2) i costi generali dell'azienda sanitaria devono essere allocati alle prestazioni sulla base di una percentuale calcolata rapportando il complesso dei costi generali di struttura al complesso dei costi direttamente ed indirettamente attribuiti alle prestazioni.

In prima approssimazione si può affermare che, maggiore è la quota di costi generali, maggiore sarà la soggettività dell'informazione del dato di costo calcolato (3). Qualsiasi criterio di attribuzione dei costi generali, infatti, si caratterizza per una sostanziale arbitrarietà rispetto all'oggetto di calcolo.

In particolare si evidenzia, come rispetto a quanto previsto dal decreto ministeriale del 15 aprile 1994, i criteri definiti tendano ad una sostanziale equiparazione delle prestazioni con riferimento all'allocazione dei costi comuni diretti attribuiti, di fatto, in relazione al volume di attività svolta e, invece, ipotizzino un assorbimento dei costi generali di struttura proporzionale rispetto all'ammontare dei costi diretti speciali e dei costi diretti comuni delle prestazioni.

In altri termini, la logica sottostante ai criteri definiti ipotizza un assorbimento omogeneo, da parte delle diverse tipologie di prestazioni, dei costi comuni, quali, ad esempio, le manutenzioni ordinarie delle apparecchiature sanitarie divisionali, ripartiti sulla

base del numero totale di prestazioni erogate.

Si ipotizza invece un assorbimento diversificato, in relazione all'ammontare dei costi speciali e dei costi diretti comuni, dei costi generali di struttura, quali, ad esempio, il costo dei servizi amministrativi.

Concretamente, ad esempio, il costo totale sostenuto da una divisione di chirurgia per la manutenzione ordinaria delle apparecchiature sanitarie piuttosto che per l'acquisizione di beni economici, sarà ripartito omogeneamente su tutti i DRG trattati; mentre i costi dei servizi amministrativi, piuttosto che quelli relativi agli oneri finanziari, andranno a pesare maggiormente sui DRG che richiedono un assorbimento maggiore di costi diretti.

Ad un intervento sull'apparato genitale femminile per neoplasie maligne sarà allocata quindi una quota di costi generali superiore alla quota attribuita per un intervento di appendicectomia.

In relazione a tale metodologia di calcolo, dunque, le tariffe associate ai DRG varieranno non solo in funzione dell'effettivo assorbimento di risorse, ma anche in relazione ai criteri di imputazione dei costi generali.

Ai DRG più complessi verranno attribuite quote maggiori di costi generali e ciò contribuirà alla lievitazione della tariffa ad essi associata; viceversa, la tariffa associata ai DRG meno complessi sarà ridotta in relazione alla minore quota di costi generali loro attribuita.

10. Considerazioni in merito alla implementazione regionale del sistema tariffario

Le possibilità di implementazione del decreto inerente la determinazione delle tariffe e, conseguentemente, l'effettiva applicazione del nuovo meccanismo di finanziamento delle attività sanitarie, presenta caratteri di elevata

eterogeneità in relazione alle caratteristiche proprie delle diverse amministrazioni regionali.

In alcune Regioni si è infatti già provveduto a determinare le tariffe e ad utilizzarle come meccanismo di finanziamento della mobilità; in altre si è in fase avanzata di implementazione, in altre ancora si è appena partiti o, addirittura, si è in fase di primo recepimento del decreto legge.

Senza voler entrare nel merito delle singole realtà regionali, si vuole qui evidenziare quali possano essere i fattori maggiormente critici ai fini dell'applicazione del decreto.

A tale proposito si ritiene che tali fattori siano individuabili in:

— grado di introduzione di adeguati sistemi gestionali ed informativi presso le Unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere presenti sul territorio regionale;

— qualità ed affidabilità dei sistemi informativi regionali;

— livello di diffusione della cultura gestionale nell'ambito del sistema sanitario regionale;

— stabilità istituzionale a livello regionale;

— stato di avanzamento della legge regionale di recepimento del D.L. n. 517/93.

Le prime tre tipologie di fattori incidono sulla possibilità tecnica di procedere alla determinazione delle tariffe. Sono in tal senso avvantaggiate quelle realtà che in passato avevano ritenuto opportuno adottare strumenti di gestione volti al controllo economico delle attività.

Le seconde due tipologie fanno invece riferimento ad aspetti di ordine istituzionale, quali la stabilità politica, e ad aspetti inerenti l'efficienza dei processi legislativi a livello regionale,

questi, a loro volta, dipendenti, perlomeno parzialmente, da considerazioni di natura istituzionale.

(1) È peraltro possibile che questa evoluzione abbia ulteriori accelerazioni attraverso una diretta competizione tra assicurazioni private e sistema pubblico. In questo caso le strutture erogatrici di prestazioni opererebbero sia con il sistema pubblico sia con il sistema assicurativo e il livello di competizione sicuramente sarebbe molto rilevante con ricadute tutte da studiare sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate.

(2) Si veda per tutti E. Borgonovi, *Impresa pubblica*, Giuffrè, 1983, pag. 214 e ss.

(3) In relazione alla significatività del costo pieno di prodotto ed alle problematiche connesse con l'allocazione dei costi comuni si rimanda a: Bubbio A., *Contabilità analitica per l'attività di direzione*, 1989; Coda V., *I costi di produzione*, 1968. Per quanto riguarda l'analisi dei costi nelle aziende sanitarie si veda Francesconi A., *L'Activity Based Costing nei servizi sanitari*, in *Economia e Management*, n. 1, 1993.

INDICATORI DI STRUTTURA, PROCESSO E RISULTATO, NELLA GESTIONE PER BUDGET

SOMMARIO: 1. Premessa - 1.1. Obiettivi - 1.2. Piano di riequilibrio - 1.3. Ripartizione delle risorse tra le aree d'intervento dell'organizzazione - 1.4. Disegno generale: finanziamento pro-capite, per presidio, per programma - 2. Il sistema degli indicatori per l'azienda U.s.l. - 2.1. Area assistenza primaria e specialistica territoriale - 2.2. Programma assistenza psichiatrica - 2.3. Programma assistenza anziani non autosufficienti - 2.4. Area prevenzione collettiva - 2.5. Area assistenza ospedaliera - 3. Il sistema degli indicatori per l'azienda ospedaliera - 4. Programma emergenza sanitaria - 5. Valutazione dell'impatto del programma di finanziamento e delle performance delle aziende.

Di seguito si riporta il testo della circolare «Criteri di riferimento per la scelta degli indicatori di struttura, questo e risultato utilizzabile nel processo di gestione a budget nelle aziende U.s.l. e ospedaliere dell'Emilia-Romagna (anno 1994)».

Il sistema di finanziamento della regione Emilia-Romagna porta con sé elementi di novità soprattutto alla luce della nuova situazione istituzionale: l'accorpamento delle Unità sanitarie locali, la costituzione, delle aziende sanitarie, la nomina dei direttori generali e dei direttori sanitari e amministrativi.

La circolare è stata stesa dal gruppo di lavoro «per la definizione dei nuovi criteri di ripartizione delle risorse tra le aziende del sistema sanitario» attuato presso l'osservatorio epidermiologico dell'Assessorato alla sanità e servizi sociali della regione Emilia-Romagna di cui fanno parte: Barbara Borghi, Barbara Curcio Rubertini, Tiziano Carradori, Giandomenico Degli Esposti, Eugenio Di Ruscio, Maria Vizioli, Eleonora Verdini, Augusto Zappi.

1. Premessa

1.1. Obiettivi

Scopo di questa circolare è rendere disponibili alle Aziende U.s.l. e ospedaliere i criteri generali e specifici ai quali il governo regionale si è ispirato per la definizione dei criteri budgetari delle aziende stesse e dare riferimenti sugli indicatori utilizzabili all'interno di ciascuna organizzazione per la negoziazione degli obiettivi e dei budget delle unità organizzative individuate dalla legge regionale (L.R. 12 maggio 1994, n. 19) come responsabili della offerta e/o produzione di servizi e prestazioni (distretti e presidi ospedalieri per l'azienda U.s.l., divisioni e servizi per l'azienda ospedale).

Gli indicatori utilizzati sono quelli correntemente disponibili nel sistema

sanitario regionale e si basano su flussi informativi routinari a disposizione di tutte le aziende: composizione della popolazione per fasce di età, consumi farmaceutici, tassi di ospedalizzazione, composizione della casistica ospedaliera per D.R.G. e altri.

Anche se gli indicatori qui previsti per il primo ciclo di attività delle aziende (luglio-dicembre 1994) non sono esaustivi dell'intera batteria di misure utilizzabili per il controllo di gestione e pur dovendosi assolutamente riconoscere una piena responsabilità di ogni direzione generale nell'attivare un proprio sistema di monitoraggio per la programmazione e la verifica dei risultati di gestione, si ritiene che gli indicatori qui descritti debbano comunque rappresentare la base minima del sistema di negozia-

zione e di verifica degli obiettivi e delle risorse all'interno dell'azienda, in quanto costituiscono il primo nucleo del sistema di valutazione dei costi e delle qualità dei servizi erogati dalle aziende del sistema sanitario previsto dalla legge regionale (art. 12).

L'amministrazione regionale, d'altro canto, si impegna ad adeguare il sistema degli indicatori sulla base della disponibilità delle informazioni generate nel sistema informativo sanitario regionale e del contributo delle aziende stesse.

In particolare, sono in via di attuazione progetti di sperimentazione per l'adeguamento del sistema di indicatori a dinamiche di finanziamento più strettamente aderenti all'evoluzione del sistema, come ad esempio il finanziamento per caso trattato e program-

mi di verifica dei processi e dei risultati utilizzabili sottoforma di criteri di accreditamento.

1.2. Piano di riequilibrio

Per consentire un graduale avvicinamento agli *standard* di finanziamento per ogni azienda in base al valore dei suoi indicatori, è stato messo a punto un piano quinquennale di riequilibrio, che è stato utilizzato come base per determinare le assegnazioni definitive e l'autorizzazione finale di spesa corrente alle aziende (si faccia riferimento alla deliberazione della Giunta regionale avente per oggetto il finanziamento di spesa corrente 1994).

In tale sede si è provveduto a stilare un piano di rientro (o di incremento, a seconda della posizione di ciascuna azienda) rispetto alle quote percentuali di finanziamento erogate nel 1993.

Nelle tavole 1 (*omissis*) e 2 è esemplificato il calcolo utilizzato: sono stati messi a confronto i coefficienti di assorbimento, sul totale delle risorse a disposizione, derivati dall'applicazione in toto dei criteri qui esposti e quelli realizzati, invece, nell'esercizio 1993 (esercizio nel quale il sistema di indicatori qui illustrato non è stato utilizzato).

Dal confronto è derivato un «coefficiente riequilibrato», che assorbe, per il 1994, il 20% della differenza osservata (in incremento o in difetto a seconda del segno, positivo o negativo, della differenza tra applicazione dei criteri e finanziamento per l'esercizio 1993).

1.3. Ripartizione delle risorse tra le aree d'intervento dell'organizzazione

Il modello deve innanzitutto prevedere, proprio sulla base dell'impegno di revisione dell'esistenza, la individuazione dei criteri per la stima della ripartizione percentuale delle risorse

fra le tre aree di intervento delle aziende del sistema: l'area dell'assistenza primaria e specialistica territoriale (di competenza dei distretti), l'area della assistenza ospedaliera (di competenza dei presidi e delle aziende ospedaliere) e l'area della prevenzione collettiva.

Nella fase di transizione dalle U.s.l. alle aziende, questo criterio è stato individuato nella percentuale del costo totale di gestione attribuibile a ciascuna delle tre aree.

Si sono infatti stimati, sulla base di un protocollo concordato con le U.s.l. e da esse applicato in tutta la Regione, i «costi pieni» per il funzionamento, ai livelli attuali di efficacia e qualità, dei servizi sanitari, attribuendo a ciascun servizio sanitario la propria quota di costi intermedi e generali di U.s.l. e

quella per il funzionamento dei diversi settori dell'amministrazione (circolare dell'Assessorato alla sanità e servizi sociali n. 39/1993)

È evidente che l'individuazione di quale quota di budget possa essere attribuita a ciascuna area di intervento è legata strettamente alle decisioni di politica sanitaria che il governo regionale adotta in sede di pianificazione.

È altresì evidente che le procedure di finanziamento delle aziende sanitarie da parte della Regione e i processi di negoziazione all'interno delle aziende dovranno d'ora in poi fare esplicito riferimento a tale pianificazione degli obiettivi, come primo passo a cui applicare successivamente criteri ulteriori.

Si passa cioè da un sistema di finanziamento su base storica a un sistema

Tavola 2 - Confronto tra i coefficienti teorici e quelli riequilibrati. Finanziamento delle aziende sanitarie

Aziende sanitarie	Assegnazione teorica 1994 (1)	Assegnazione teorica 1993 (2)	Autorizzazione 1994 (3)
Istituto ortopedico Rizzoli	69.651	88.002	84.333
Piacenza	380.083	374.144	375.331
Ospedali Riuniti	341.150	316.041	321.064
Parma	367.277	360.158	361.583
Reggio Emilia	643.567	583.955	595.877
Policlinico Modena	266.747	204.620	217.046
Modena	766.220	663.891	684.357
Bologna sud	195.574	202.828	201.377
Imola	185.347	178.944	180.228
Bologna nord	181.769	181.046	181.188
S. Orsola Malpighi	446.871	523.853	508.456
Bologna città	508.842	589.346	573.245
Arcispedale S. Anna	218.619	262.130	253.425
Ferrara	399.091	383.113	386.311
Ravenna	593.414	629.955	622.643
Forlì	247.964	277.347	271.466
Cesena	277.908	264.419	267.114
Rimini	357.902	64.201	362.944
Totale Regione	6.447.982 (4)	6.447.982 (4)	6.447.982 (4)
(1) È calcolata sulla base del coefficiente teorico 1994.			
(2) È calcolata applicando i coefficienti di assorbimento 1993 alle risorse distribuite nel 1994.			
(3) È calcolata sulla base del coefficiente riequilibrato.			
(4) Le risorse considerate non comprendono quelle destinate ai programmi speciali (emergenza sanitaria, assistenza psichiatrica territoriale e assistenza anziani non autosufficienti), ai progetti regionali e comprendono le entrate proprie.			

che utilizza il finanziamento in prospettiva come strumento di regolazione dell'offerta di servizi.

Sulla base dell'attuale realizzazione di quanto previsto dalla legge di Piano sanitario regionale la stima effettuata sull'intera Regione ha dato il seguente risultato:

— il 55% delle risorse, a livello regionale, viene attualmente dedicato alla assistenza ospedaliera;

— il 45%, sempre a livello regionale, viene invece dedicato alla assistenza territoriale (di cui 13% per la prevenzione collettiva).

Tale stima è stata utilizzata per definire, a livello dell'intera Regione, l'ammontare complessivo delle risorse da destinare al sistema delle aziende per ciascuna area di intervento delle nuove organizzazioni (assistenza di base e specialistica, assistenza ospedaliera, prevenzione collettiva).

Questa stima, tuttavia, non può essere utilizzata con gli stessi rapporti relativi nelle diverse aziende, in quanto non riflette le peculiarità della domanda, dell'offerta e della utilizzazione dei servizi in ciascun bacino di riferimento (sia esso regionale, provinciale o sub-provinciale) identificato per le aziende dalla legge regionale n. 19/94.

Di conseguenza è stato necessario, una volta stabilito il *quantum* di risorse a disposizione su base regionale per ciascuna area, definire in termini percentuali il peso di ciascuna azienda nell'assorbire risorse, sulla base del valore degli indicatori.

Il risultato finale nella composizione diverso «peso specifico» di ogni azienda nelle diverse aree (cioè il «coefficiente di assorbimento teorico 94») è riportato nella tavola 1 (*omissis*).

La tavola 3 illustra invece il risultato dell'applicazione dei nuovi criteri da un punto di vista «interno» ad ogni Azienda U.s.l., anziché da quello della

Regione: essa infatti individua, sul totale delle risorse complessive a disposizione per singola azienda U.s.l., il peso di ciascuna area di intervento, calcolato in base al sistema di indicatori che verrà più avanti specificatamente approfondito.

Per ogni area, infatti, verranno descritti gli indicatori di interesse per la pianificazione delle risorse, indicatori, come detto in premessa, desumibili dagli attuali sistemi informativi correnti a livelli considerati accettabili di affidabilità e qualità.

1.4. Disegno generale: finanziamento pro-capite, per presidio, per programma

Una volta definita la percentuale di ripartizione tra le tre aree, si è precisato quali sono le prestazioni per le quali si prevede il finanziamento pro-capite e quale quelle per le quali il finanziamento viene erogato a fronte dell'attività di una struttura, indipendentemente dalla provenienza dell'utente.

Il modello che si è prefigurato comprende quindi due principali modalità di finanziamento, la prima prevalente-

mente per l'area dell'assistenza primaria e per la prevenzione collettiva e la seconda per l'area dell'assistenza ospedaliera delle Aziende U.s.l. (e, ovviamente, per le aziende ospedaliere).

Questa scelta permette di adattare le modalità di ripartizione alla maturità dei sistemi informativi delle aziende in termini di completezza delle informazioni e, soprattutto, di sviluppo di indicatori di efficacia, efficienza e qualità.

Infatti, se non sono disponibili validi indicatori per misurare queste dimensioni del funzionamento dei servizi sarà impossibile utilizzare modalità di finanziamento legate alle strutture operative e si dovranno utilizzare esclusivamente sistemi legati alla popolazione utente.

Uno dei vantaggi del finanziamento dei presidi che erogano servizi in base ad indicatori di struttura e attività è, nel nuovo sistema delineato dalla legge nazionale, la possibilità di ridurre la necessità di fatturazione delle prestazioni rese, almeno per i cittadini residenti nella Regione.

La mobilità sanitaria di cittadini emiliano-romagnoli tra presidi del ter-

Tavola 3 - Incidenza percentuale delle risorse assegnabili alle tre aree di intervento delle aziende U.s.l.

Aziende sanitarie	Area assistenza ospedaliera	Area assistenza di base	Area prevenzione collettiva	Totale (*)
Piacenza.....	47,92%	43,09%	8,99%	100%
Parma.....	21,71%	65,05%	13,24%	100%
Reggio Emilia.....	52,79%	38,73%	8,48%	100%
Modena.....	45,98%	45,45%	8,58%	100%
Bologna sud.....	25,34%	65,74%	8,91%	100%
Imola.....	63,67%	32,01%	4,32%	100%
Bologna nord.....	35,31%	57,18%	7,51%	100%
Bologna città.....	42,57%	49,72%	7,71%	100%
Ferrara.....	37,11%	54,08%	8,80%	100%
Ravenna.....	58,41%	35,36%	6,23%	100%
Forlì.....	49,46%	41,34%	9,20%	100%
Cesena.....	58,47%	35,99%	5,53%	100%
Rimini.....	53,54%	40,75%	5,71%	100%

Le percentuali di area sono state calcolate sul totale che non comprende i programmi speciali e progetti di interesse regionale.

(*) Corrisponde agli ammontari indicati nella tavola 2.

ritorio regionale si esaurisce in gran parte all'interno delle Provincie (mediamente il 90% per l'assistenza ospedaliera per acuti).

Il sistema di finanziamento quindi può prevedere una compensazione differenziata, riducendo la necessità di fatturazione per l'utilizzazione da parte del cittadino di presidi programmaticamente non presenti in tutte le aziende: questo, a patto di avere a disposizione le informazioni per poter utilizzare indicatori validi e condivisi che permettano di misurare e confrontare i risultati ottenuti nelle diverse realtà.

In questa prima fase, il finanziamento per l'attività di assistenza ospedaliera sarà attribuito direttamente alle Aziende, U.s.l. e ospedaliere, che erogano i servizi e le prestazioni e non alle Aziende U.s.l. di residenza, considerando l'effettivo bacino di utenza dei diversi presidi, senza necessità di prevedere una compensazione.

Sono quindi da fatturare all'Unità sanitaria locale di residenza solo le prestazioni ospedaliere erogate a cittadini di altre Regioni.

Potranno essere periodicamente rivisti gli ambiti di servizi e prestazioni ai quali applicare un finanziamento legato alla struttura erogatrice piuttosto che al cittadino utente, compatibilmente, come si diceva, allo sviluppo di indicatori e *standard* di struttura, di processo e di risultato nelle varie aree di intervento.

All'interno delle tre aree di intervento già delineate (cioè ospedaliere, territoriale e prevenzione) sono stati poi specificatamente previsti un numero molto limitato di programmi speciali per i quali la rispettiva quota di finanziamento è stata evidenziata al fine di garantire una modalità «trasparente» di destinazione delle risorse e ai quali sarà legato uno specifico sistema di indicatori per la verifica del raggiungimento degli obiettivi.

In questa prima fase, tali programmi riguardano:

- il sistema dell'emergenza sanitaria;
- l'assistenza psichiatrica territoriale;
- l'assistenza alle persone anziane non autosufficienti.

Per questi programmi il finanziamento viene erogato direttamente alla Azienda U.s.l. (o all'azienda ospedaliera) responsabile del suo funzionamento per tutto il bacino di utenza di riferimento, escludendo quindi la necessità di fatturazione per i residenti nello stesso bacino.

2. Il sistema degli indicatori per l'azienda U.s.l.

2.1. Area assistenza primaria e specialistica territoriale

Quest'area d'intervento (una volta escluse l'assistenza psichiatrica territoriale e l'assistenza alle persone anziane non autosufficienti) assorbe circa il 39% delle risorse complessive del Sistema sanitario regionale.

Nella tavola 3 sono riportate le percentuali di assorbimento di risorse da parte di quest'area sul totale delle risorse assegnate ad ogni azienda.

Le risorse da destinare a ciascuna azienda, a loro volta, sono state determinate attribuendo «pesi» differenziali alle diverse fasce di età delle popolazioni residenti.

I criteri utilizzati per definire il peso delle popolazioni *target* degli interventi di assistenza primaria e specialistica ambulatoriale sono i seguenti:

- soggetti di età < 1 anno: peso 1.5;
- soggetti fra 1 e 14 anni: peso 1.2;
- maschi fra 15 e 64 anni: peso 1;
- femmine fra i 45 e 64 anni: peso 1;
- femmine tra 15 e 44 anni (dato corretto per indice di fecondità): peso 1.8;
- soggetti di età > 64 anni: peso 4.

Le tavole 4 (*omissis*) e 5 e la figura 1 riportano il risultato della applica-

Tavola 5 - Aziende U.s.l. - Area assistenza di base e specialistica: composizione percentuale del coefficiente teorico (in base al peso della popolazione equivalente)

Aziende U.s.l.	Coefficiente
ex-U.s.l. 1	17,97%
ex-U.s.l. 2	54,37%
ex-U.s.l. 3	27,66%
U.s.l. di Piacenza.....	100%
ex-U.s.l. 4	58,32%
ex-U.s.l. 5	23,73%
ex-U.s.l. 6	11,24%
ex-U.s.l. 7	6,71%
U.s.l. di Parma	100%
ex-U.s.l. 8	11,81%
ex-U.s.l. 9	41,42%
ex-U.s.l. 10	14,72%
ex-U.s.l. 11	10,15%
ex-U.s.l. 12	13,29%
ex-U.s.l. 13	8,62%
U.s.l. di Reggio Emilia.....	100%
ex-U.s.l. 14	11,52%
ex-U.s.l. 15	12,98%
ex-U.s.l. 16	43,95%
ex-U.s.l. 17	16,65%
ex-U.s.l. 18	6,46%
ex-U.s.l. 19	8,43%
U.s.l. di Modena.....	100%
ex-U.s.l. 20	49,51%
ex-U.s.l. 21	23,41%
ex-U.s.l. 22	27,08%
U.s.l. di Bologna sud.....	100%
ex-U.s.l. 23	100%
U.s.l. di Imola.....	100%
ex-U.s.l. 24	30,01%
ex-U.s.l. 25	39,31%
ex-U.s.l. 26	25,16%
Comune Pieve di Cento.....	3,44%
Comune Castello D'Argile.....	2,08%
U.s.l. di Bologna nord.....	100%
U.s.l. di Bologna città	100%
ex-U.s.l. 30	10,32%
ex-U.s.l. 31	48,42%
ex-U.s.l. 32	13,37%
ex-U.s.l. 33	16,31%
ex-U.s.l. 34	11,58%
U.s.l. di Ferrara	100%
ex-U.s.l. 35	47,48%
ex-U.s.l. 36	28,79%
ex-U.s.l. 37	23,73%
U.s.l. di Ravenna.....	100%
ex-U.s.l. 38	96,24%
Comune Modigliana.....	2,86%
Comune Tredozio.....	0,90%
U.s.l. di Forlì	100%
ex-U.s.l. 39	100%
U.s.l. di Cesena.....	100%
ex-U.s.l. 40	65,30%
ex-U.s.l. 41	34,70%
U.s.l. di Rimini	100%

zione di questi criteri di peso alla popolazione residente nei bacini di utenza delle Aziende U.s.l., così come identificati dalla legge regionale.

In particolare, la tavola 5 permette di ricostruire, sul totale delle risorse destinate a ogni Azienda U.s.l. per questa area di intervento, il peso relativo delle popolazioni residenti nei territori delle ex-U.s.l.. Tuttavia, poiché l'elaborazione si fonda su un lavoro analitico effettuato per Comune di residenza, sarà possibile, una volta identificati i distretti previsti dalla legge regionale n. 19/94, ricalcolare il peso delle popolazioni per ogni distretto.

I criteri sono stati desunti inizialmente dalla letteratura, soprattutto inglese, che identifica le diverse fasce di popolazione in base alla probabilità di essere «consumatrici» di servizi sanitari.

Successivamente, sono state effettuate delle verifiche sui consumi sanitari della nostra popolazione.

In particolare, dal rapporto dell'O.C.D.E. (l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico che riunisce i dieci paesi più industrializzati) del 1992 sul «caso italiano» risulta un consumo per fasce di età, e una conseguente percentuale di spesa procapite, su base nazionale (dati al 91) pari a 3/4 volte per gli Over-64 rispetto agli adulti da 15 a 64 anni.

Questa maggiore spesa è stata calcolata, e il risultato è identico in tutti i casi, sia per il ricorso alla assistenza ospedaliera che a quella specialistica ambulatoriale che alla farmaceutica sulla base di informazioni fornite dal Ministero della sanità.

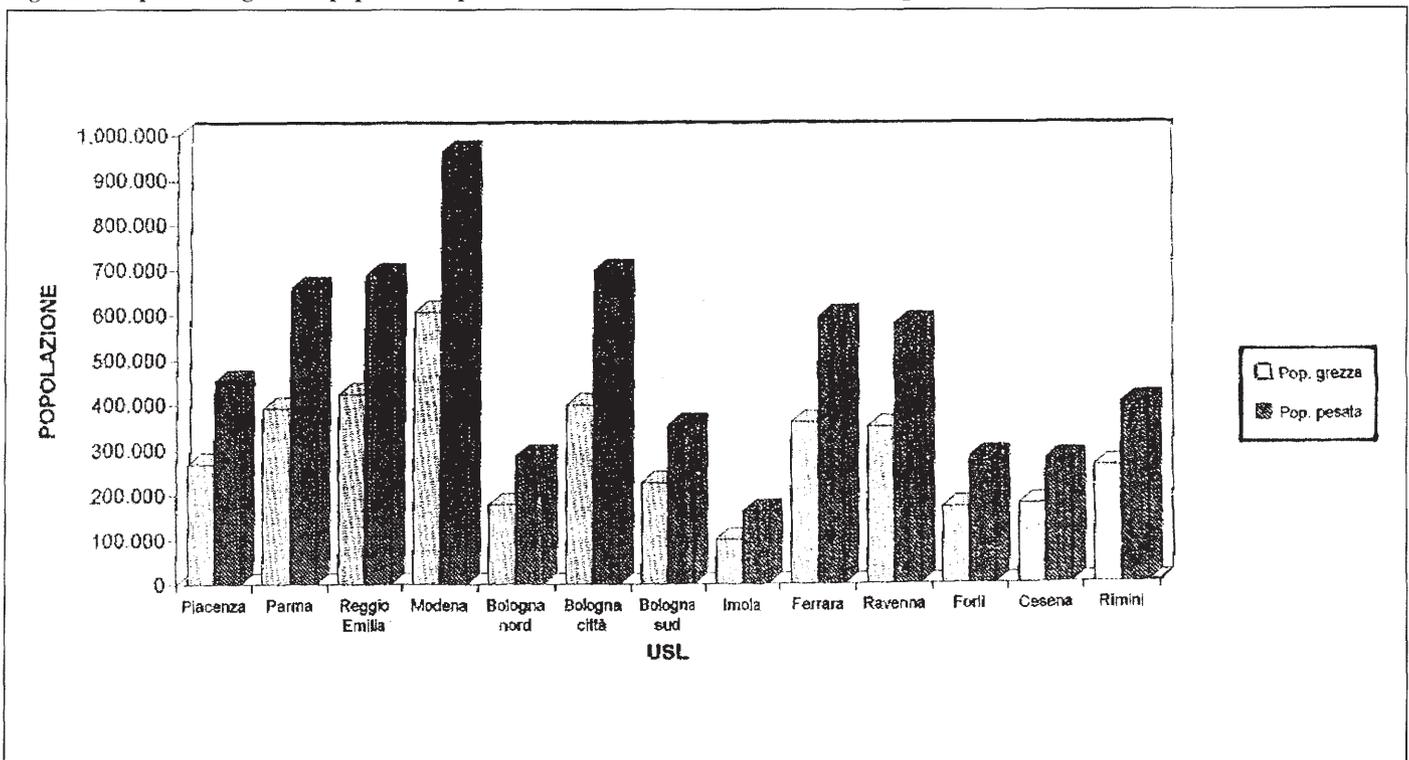
Per quanto riguarda la nostra Regione, è stata condotta nel 1991 una prima indagine campionaria, in collaborazione con alcune U.s.l., sul consu-

mo di farmaci in relazione all'età del paziente.

Tale indagine è stata ripetuta nel 1992 ed è stata infine condotta una analisi su tutte le U.s.l. per il 1993. Il risultato di tali studi ha permesso di stimare l'impatto, per le nuove U.s.l., del consumo di farmaci per classi di età. In particolare, l'analisi condotta ha permesso di individuare, nella proporzione di popolazione anziana, un fattore strettamente correlato alla spesa farmaceutica: in sostanza la popolazione Over-64 spiega il 60% della variabilità della spesa farmaceutica fra le U.s.l.

Dato il considerevole peso della popolazione anziana nella nostra Regione (20,1% sul totale verso il 14,8% dell'Italia) e data quindi la notevole pressione sui servizi esistenti, e in considerazione che il dato nazionale è un dato medio che viene influenzato non solo dalle caratteristiche della po-

Figura 1 - Popolazione grezza e popolazione pesata nelle aziende U.s.l. dell'Emilia-Romagna



polazione ma è anche legato alla offerta di servizi (che, nella nostra Regione, sono molto più disponibili che in altre, è stato stabilito un peso 4 per gli Over-64).

All'interno di quest'area d'intervento sono state evidenziate le risorse destinate a due programmi speciali:

— il programma di assistenza psichiatrica territoriale (a cui vengono finalizzate circa il 2,5% delle risorse regionali);

— il programma di assistenza agli anziani non autosufficienti (a cui vengono finalizzate circa il 3% delle risorse regionali).

2.2. Programma assistenza psichiatrica territoriale

Il finanziamento delle attività previste da questo programma per le varie aziende è riportata nella tavola 6.

Gli indicatori utilizzati sono indicati nella tavola 6-bis.

Tavola 6 - Programma speciale. Assistenza psichiatrica territoriale

Aziende sanitarie	Attività ambulatorio	Contributi rette sussidi	Attività in regime semiresidenziale	Assistenza ex-manicomiale	Assistenza residenziale ai disabili psichici		Totale
					Comunità protette	Residenze	
Piacenza.....	4.567.526.000	2.408.000.000	1.743.720.220	3.285.000.000	4.624.493.978	3.256.685.900	19.885.426.098
Parma.....	6.665.819.000	3.510.500.000	2.544.774.430	2.153.500.000	10.616.796.034	3.517.220.772	29.008.610.236
Reggio Emilia.....	7.211.094.000	3.734.500.000	2.752.941.180	12.227.500.000	2.605.348.720	3.061.284.746	31.592.668.646
Modena.....	10.315.345.000	5.341.000.000	3.938.034.650		455.936.026	390.802.308	20.441.117.984
Bologna sud.....	3.514.223.000	2.037.000.000	1.341.606.310				6.892.829.310
Imola.....	1.714.416.000	896.000.000	654.503.620	12.629.000.000	7.490.377.570		23.384.297.090
Bologna nord.....	2.532.099.000	11.596.000.000	966.666.030		7.360.110.134		12.454.875.164
Bologna città.....	7.555.718.000	3.727.500.000	2.884.506.460	4.489.500.000		7.490.377.570	26.147.602.030
Ferrara.....	6.277.182.000	3.265.500.000	2.396.406.540	3.978.500.000	1.302.674.360	977.005.770	18.197.268.670
Ravenna.....	5.969.465.000	3.153.500.000	2.278.931.050		781.604.616	1.888.877.822	14.072.378.488
Forlì.....	2.919.614.000	1.519.000.000	1.114.605.580		1.107.273.206	651.337.180	7.311.829.966
Cesena.....	3.043.068.000	1.547.000.000	1.161.735.960		1.432.941.796		7.184.745.756
Rimini.....	4.464.693.000	2.264.500.000	1.704.462.210			325.668.590	8.759.323.800
Totale Regione.....	66.750.262.000	35.000.000.000	25.482.894.140	38.763.000.000	37.777.556.440	21.559.260.658	225.332.973.238

Tavola 6-bis - Programma speciale. Assistenza psichiatrica territoriale: indicatori utilizzati

Aziende sanitarie	Attività ambulatoriale	Contributi rette sussidi	Attività in regime semiresidenziale	Assistenza ex-manicomiale	Assistenza residenziale ai disabili psichici	
	Popolazione residente	Distribuzione popolazione > 18	Popolazione residente	Presenze	Comunità protette posti	Residenze posti
Piacenza.....	268.678	6,88	268.678	90	71	50
Parma.....	392.107	10,03	392.107	59	163	54
Reggio Emilia.....	424.182	10,67	424.182	335	40	47
Modena.....	606.785	15,26	606.785		7	6
Bologna sud.....	227.899	5,82	227.899			
Imola.....	100.848	2,56	100.848	346	115	
Bologna nord.....	179.065	4,56	179.065		113	
Bologna città.....	400.858	10,65	400.858	123		115
Ferrara.....	361.544	9,33	361.544	109	20	15
Ravenna.....	351.145	9,01	351.145		12	29
Forlì.....	171.742	4,34	171.742		17	10
Cesena.....	179.004	4,42	179.004		22	
Rimini.....	262.629	6,47	262.629			5
Totale Regione.....	3.926.486	100,00	3.926.486	1.062	580	331

Attività ambulatoriale: L. 17.000 pro capite.
 Contributi rette sussidi: L. 35 miliardi ripartiti in base alla popolazione 18 anni.
 Attività in regime semiresidenziale: L. 6.490 pro capite.
 Assistenza ex-manicomiale: presenze x 365 x L. 100.000.
 Assistenza residenziale ai disabili psichici: L. 65.133.718 per posto.

Le tipologie di servizi/attività che sono state prese in considerazione sono:

- attività ambulatoriale;
- contributi, rette, sussidi;
- attività in regime semiresidenziale;
- assistenza ex-manicomiale;
- assistenza residenziale ai disabili psichici (comunità protette, residenze).

Per l'attività ambulatoriale resa a livello del distretto, sulla base degli *standard* di personale e dei relativi costi, è stato stimato il fabbisogno di ogni azienda calcolato per la popolazione residente (tale fabbisogno corrisponde a una stima pro-capite dei costi pari a L. 17.000 per ogni cittadino residente).

Contributi, rette e sussidi sono stati stimati complessivamente a livello regionale e ripartiti in base alla popolazione residente di età maggiore ai 18 anni.

Il fabbisogno per l'assistenza in regime semiresidenziale è stato determi-

nato per ciascuna azienda sulla base della prevalenza nella popolazione dei problemi trattati (si stima un tasso di ricorso all'assistenza semiresidenziale psichiatrica pari a 15 utenti per 100.000 abitanti).

Sulla base degli *standard* di personale sono stati definiti i costi per questa tipologia di assistenza, che sono stati attribuiti alle popolazioni in termini di «costo medio per abitante».

Il finanziamento per l'assistenza ex manicomiale è stato calcolato in base alla stima del costo per giornata di degenza (desunto dalla contabilità dei costi) e al numero di presenze effettive.

Si prevede che, come già indicato da una circolare regionale apposita, questo finanziamento «segna» l'utente, nel momento in cui egli viene dimesso e preso in carico, sotto un'altra modalità di assistenza, della Azienda U.S.I. di residenza.

Per quanto riguarda l'assistenza erogata nelle residenze psichiatriche e nelle comunità protette, è stato calcolato il costo di gestione annuo per ogni

posto, sempre sulla base degli *standard* del personale.

2.3. Programma assistenza alle persone anziane non autosufficienti

Nella tavola 7 viene illustrata la ripartizione delle risorse da destinare a questo programma.

Le tipologie di assistenza considerate (esclusivamente per gli oneri a carattere sanitario) sono le seguenti:

- assistenza in casa protetta;
- assistenza in centri diurni;
- assistenza in comunità alloggio e residenze protette;
- assistenza domiciliare.

Per tutte le tipologie di assistenza il finanziamento del programma è stato determinato sulla base delle dotazioni *standard* di personale e dei relativi costi.

Anche il costo per i beni e servizi è stato stimato e, in tal modo, è stato possibile calcolare un finanziamento pari al costo di gestione giornaliero per tutti i giorni di attività previsti nell'anno.

Tavola 7 - Programma speciale. Assistenza anziani non autosufficienti

SERVIZI E STRUTTURE AL 31-12-1993					FINANZIAMENTO				
Aziende sanitarie	N. posti conv. casa protetta	N. posti conv. centri diurni	N. posti conv. c. all. e res. prot.	N. anz. non a. in ass. domic.	Case protette	Centri diurni	Com. all. resid. prot.	Ass. dom.	Totale per U.S.I.
Piacenza.....	718	16	8	246	14.937.990.000	107.520.000	52.560.000	767.520.000	15.865.590.000
Parma.....	1347	90		360	28.024.335.000	604.800.000	0	1.123.200.000	29.752.335.000
Reggio Emilia..	1308	45		722	27.212.940.000	302.400.000	0	2.252.640.000	29.767.980.000
Modena.....	1373	85	25	585	29.565.265.000	571.200.000	164.250.000	1.825.200.000	31.125.915.000
Bologna sud....	286	23		100	5.950.230.000	154.560.000	26.280.000	312.000.000	6.443.070.000
Imola.....	248	10		70	5.159.640.000	67.200.000	0	218.400.000	5.445.240.000
Bologna nord...	487	8	4	140	10.132.035.000	53.760.000	0	436.800.000	10.622.595.000
Bologna città....	536	6		600	11.151.480.000	40.320.000	0	1.872.000.000	13.063.800.000
Ferrara.....	982	8		236	20.430.510.000	53.760.000	0	736.320.000	21.220.590.000
Ravenna.....	975	92	62	526	20.284.875.000	618.240.000	407.340.000	1.641.120.000	22.951.575.000
Forlì.....	567	10		8	11.796.435.000	67.200.000	0	24.960.000	11.888.595.000
Cesena.....	370	20	7	100	7.697.850.000	134.400.000	45.990.000	312.000.000	8.190.240.000
Rimini.....	376			330	7.822.680.000	0	0	1.029.600.000	8.852.280.000
Regione.....	9573	413	106	4023	199.166.265.000	2.775.360.000	696.420.000	12.551.760.000	215.189.805.000
Parametri di riferimento. Case protette 57.000 al giorno per 365 giorni. Centri diurni 26.000 al giorno per 280 giorni. Comunità alloggio e res. protette 18.000 al giorno per 365 giorni. Assistenza domiciliare 10.000 per 6h settimanali per 52 settimane.									

Il fabbisogno in assistenza domiciliare è stato stimato sulla base della prevalenza, nella popolazione Over-75 di ciascuna Azienda U.s.l., di persone non autosufficienti. A questa stima è stato poi applicato il dato di costo.

2.4. Area prevenzione collettiva

Quest'area assorbe poco meno del 6% delle risorse complessive del sistema.

All'interno dell'area il peso percentuale dei diversi settori (igiene pubblica, medicina del lavoro, veterinaria, presidio multizonale di prevenzione) è stato determinato in base alla struttura della dotazione organica e al consumo in beni e servizi (tavola 9):

- 37% igiene pubblica;
- 15% medicina del lavoro;
- 28% veterinaria;
- 20% PMP.

Il peso delle popolazioni *target* dei programmi di prevenzione collettiva è stato quindi determinato, con riferimento al piano sanitario regionale, utilizzando i seguenti principali indicatori riferiti ai bacini di utenza:

— popolazione residente (per l'igiene pubblica e il presidio multizonale di prevenzione);

— popolazione attiva (per la medicina del lavoro e il presidio multizonale di prevenzione);

— superficie del bacino d'utenza (per tutte queste aree di intervento);

— capi equivalenti e strutture da controllare (per la veterinaria).

Secondo questi criteri «di popolazione» vengono pesate le aziende e vengono ripartite le risorse finanziarie in una percentuale del 100% per gli interventi veterinari e dell'80% per quelli di igiene pubblica, medicina del lavoro e del PMP.

Per questi settori, infatti viene considerato anche un indicatore di strutture (gli operatori in servizio).

Per l'igiene pubblica, una ulteriore correzione viene effettuata in base ad

alcuni indicatori di prodotto, basati sulle prestazioni equivalenti effettuate, e di processo («capacità di operare secondo obiettivi e programmi, realizzazione di interventi e azioni a carattere dipartimentale, rilevanza della formazione degli operatori»).

L'1 per cento delle risorse dell'area della prevenzione collettiva viene ripartito tra le aziende che gestiscono attività di rilievo regionale nei campi della sorveglianza ambientale, della sorveglianza dei rischi da lavoro, dell'educazione sanitaria e della informazione (tavola 8).

Tavola 8 - Aziende U.s.l. - Ripartizione percentuale delle risorse destinate all'area prevenzione collettiva

Aziende sanitarie	Settori di attività	Funzioni regionali	Totale
Piacenza	99%	1%	100%
Parma	99%	1%	100%
Reggio Emilia	98%	2%	100%
Modena	99%	1%	100%
Bologna sud.....	100%		100%
Imola	100%		100%
Bologna nord.....	100%		100%
Bologna città	97%	3%	100%
Ferrara	99%	1%	100%
Ravenna.....	99%	1%	100%
Forlì.....	100%		100%
Cesena	100%		100%
Rimini	100%		100%
Totale Regione	99%	1%	100%

Tavola 9 - Aziende U.s.l. - Ripartizione percentuale delle risorse destinate ai diversi settori di attività dell'area prevenzione collettiva

Aziende sanitarie	Igiene pubblica	Servizio veterinario	Medicina del lavoro	P.M.P.	Totale attività
Piacenza	35%	33%	13%	19%	100%
Parma	34%	34%	14%	18%	100%
Reggio Emilia	31%	40%	13%	16%	100%
Modena	34%	34%	14%	18%	100%
Bologna sud.....	51%	27%	21%	0%	100%
Imola	49%	33%	18%	0%	100%
Bologna nord.....	50%	28%	23%	0%	100%
Bologna città	34%	5%	16%	45%	100%
Ferrara	42%	17%	17%	24%	100%
Ravenna.....	39%	25%	15%	21%	100%
Forlì.....	29%	27%	11%	33%	100%
Cesena	46%	37%	17%	0%	100%
Rimini	43%	17%	15%	25%	100%
Totale Regione	37%	28%	15%	20%	100%

2.5. Area assistenza ospedaliera

Quest'area d'intervento assorbe il 55% delle risorse complessive del sistema regionale.

Il peso delle funzioni di assistenza ospedaliera che i presidi delle Aziende U.s.l. e le aziende ospedaliere erogano è stato definito come segue:

— una quota finalizzata al finanziamento dell'attività teoricamente erogabile sulla base della struttura dell'offerta e a un livello *standard* di produttività (a questa quota è stato destinato il 70% delle risorse per l'assistenza ospedaliera a livello regionale);

— una quota finalizzata al riconoscimento degli aspetti di eccellenza quali-quantitativa realizzati nella produzione dei servizi effettivamente erogati che riconosce:

la complessità dell'assistenza effettivamente erogata;

l'efficienza operativa, a parità di casistica (a questa quota è stato destinato il 30% delle risorse per l'assistenza ospedaliera a livello regionale).

Gli indicatori che sono stati utilizzati sono desunti dalla scheda nosologica individuale (composizione della casistica per DRG e durata di degenza a parità di casistica) per l'anno 1992 e dalla struttura dei posti letto per specialità, aggiornata al 1994.

I risultati attesi in termini di prestazioni erogabili sono stati calcolati per il 1994 considerando una dotazione *standard* di personale sia per le funzioni di degenza che per i servizi senza posti-letto.

Questo ha permesso di «pesare» il prodotto di ciascun ospedale (il prodotto atteso in base alla struttura erogativa e quello effettivo misurato sulla base dei DRG) e di determinare il suo finanziamento.

La tavola 10 riporta, sul totale del finanziamento per l'area assistenza

Tavola 10 - Aziende U.s.l. - Area assistenza ospedaliera: composizione percentuale del coefficiente di assorbimento teorico (suddiviso per ciascun ex-SAO)

Aziende sanitarie	% struttura	% casistica	% eff. operativa	totale
ex-U.s.l. 1	70,69%	20,36%	8,95%	100%
ex-U.s.l. 2	81,20%	15,27%	3,53%	100%
ex-U.s.l. 3	59,45%	18,98%	21,56%	100%
U.s.l. di Piacenza	74,57%	17,00%	8,43%	100%
ex-U.s.l. 4	12,05%	24,64%	63,31%	100%
ex-U.s.l. 5	69,71%	19,08%	11,21%	100%
ex-U.s.l. 6	60,21%	19,13%	20,66%	100%
U.s.l. di Parma	63,79%	19,45%	16,75%	100%
ex-U.s.l. 8	47,95%	18,36%	33,69%	100%
ex-U.s.l. 9	72,25%	15,47%	12,28%	100%
ex-U.s.l. 10	69,55%	19,08%	11,36%	100%
ex-U.s.l. 11	65,05%	17,62%	17,33%	100%
ex-U.s.l. 12	62,11%	24,57%	13,32%	100%
ex-U.s.l. 13	67,48%	17,50%	15,02%	100%
Usl di Reggio Emilia	67,96%	17,20%	14,84%	100%
ex-U.s.l. 14	66,33%	15,68%	17,99%	100%
ex-U.s.l. 15	47,98%	15,24%	36,78%	100%
ex-U.s.l. 16	49,42%	14,15%	36,44%	100%
ex-U.s.l. 17	43,70%	13,87%	42,43%	100%
ex-U.s.l. 18	69,42%	14,61%	15,97%	100%
ex-U.s.l. 19	67,45%	21,01%	11,54%	100%
U.s.l. di Modena	54,21%	15,13%	30,66%	100%
ex-U.s.l. 20	46,91%	16,63%	36,46%	100%
ex-U.s.l. 21	72,58%	19,15%	8,28%	100%
ex-U.s.l. 22	79,42%	20,58%	0,00%	100%
U.s.l. di Bologna sud	62,25%	18,50%	16,25%	100%
ex-U.s.l. 23	59,32%	14,44%	26,25%	100%
U.s.l. di Imola	59,32%	14,44%	26,25%	100%
ex-U.s.l. 24	72,30%	21,60%	6,10%	100%
ex-U.s.l. 25	76,74%	23,26%	0,00%	100%
ex-U.s.l. 26	59,86%	23,35%	16,79%	100%
U.s.l. di Bologna nord	69,96%	22,77%	7,27%	100%
ex-U.s.l. 27	79,22%	16,14%	4,64%	100%
ex-U.s.l. 29	84,35%	13,29%	2,36%	100%
U.s.l. di Bologna città	80,87%	15,22%	3,91%	100%
ex-U.s.l. 30	47,80%	14,92%	37,27%	100%
ex-U.s.l. 31	61,13%	13,20%	25,67%	100%
ex-U.s.l. 32	60,72%	21,24%	18,04%	100%
ex-U.s.l. 33	70,58%	22,67%	6,75%	100%
ex-U.s.l. 34	56,67%	17,98%	25,35%	100%
U.s.l. di Ferrara	58,73%	17,94%	23,33%	100%
ex-U.s.l. 35	57,62%	12,10%	30,28%	100%
ex-U.s.l. 36	68,65%	12,19%	19,16%	100%
ex-U.s.l. 37	64,96%	16,75%	18,29%	100%
U.s.l. di Ravenna	62,74%	12,97%	24,29%	100%
ex-U.s.l. 38	82,93%	15,06%	2,01%	100%
U.s.l. di Forlì	82,93%	15,06%	2,01%	100%
ex-U.s.l. 39	73,00%	10,90%	16,11%	100%
U.s.l. di Cesena	73,00%	10,90%	16,11%	100%
ex-U.s.l. 40	83,52%	14,27%	2,21%	100%
ex-U.s.l. 41	45,46%	14,46%	40,08%	100%
U.s.l. di Rimini	69,67%	14,34%	15,99%	100%

ospedaliera di ciascuna Azienda Unità sanitaria locale, il peso percentuale di ciascuna quota, come risultato del valore effettivo degli indicatori.

La tavola 11 riporta anche il peso relativo determinato sui SAO delle «vecchie» Unità sanitarie locali, che può essere utile nel processo di *budget*.

Per quanto riguarda l'area assistenza ospedaliera dell'Azienda U.s.l., viene esemplificato (tavola 11) lo stesso meccanismo adottato per le aziende ospedaliere al fine di calcolare una quota del *budget* che dovrà essere sottoposta a verifica, a consuntivo della attività svolta.

Tale quota (calcolata con gli stessi criteri che verranno di seguito illustrati per l'azienda ospedaliera) è stata comunque attribuita alla Azienda U.s.l. sede del presidio.

La direzione generale potrà, se lo ritiene opportuno, erogarla a verifica secondo gli stessi criteri previsti per l'azienda ospedaliera autonoma.

Nell'ambito dell'area di assistenza ospedaliera viene inoltre evidenziato un programma speciale:

— programma emergenza sanitaria.

Questo programma assorbe complessivamente circa il 2,55 delle risorse complessive del sistema sanitario regionale.

3. Il sistema degli indicatori per l'azienda ospedaliera

I criteri generali e specifici per definire il peso in termini di struttura, casistica e efficienza operativa sono gli stessi illustrati per i presidi ospedalieri delle Aziende U.s.l.

Come in quel caso gli indicatori utilizzati provengono dai sistemi informativi correnti sulla struttura e l'attività ospedaliera (flussi diretti al Ministero della sanità e scheda nosologica individuale).

Tavola 11 - Aziende U.s.l. - Finanziamento per l'area assistenza ospedaliera (in base al peso degli ex SAO)

Ex servizio assistenza ospedaliera	Assegnazione finale	Quota provvisoria	Quota A consuntivo
ex-U.s.l. 1.....	18,08%	10,22%	7,86%
ex-U.s.l. 2.....	60,15%	39,07%	21,07%
ex-U.s.l. 3.....	21,77%	10,36%	11,42%
U.s.l. di Piacenza.....	100,00%	59,65%	40,35%
ex-U.s.l. 4.....	6,66%	0,62%	6,04%
ex-U.s.l. 5.....	71,57%	39,96%	31,61%
ex-U.s.l. 6.....	21,77%	10,45%	11,32%
U.s.l. di Parma.....	100,00%	514,03%	48,97%
ex-U.s.l. 8.....	9,20%	3,53%	5,67%
ex-U.s.l. 9.....	54,80%	31,68%	23,13%
ex-U.s.l. 10.....	12,11%	6,74%	5,37%
ex-U.s.l. 11.....	7,42%	3,86%	3,56%
ex-U.s.l. 12.....	7,54%	3,75%	3,80%
ex-U.s.l. 13.....	8,92%	4,81%	4,10%
Usl di Reggio Emilia.....	100,00%	54,37%	45,63%
ex-U.s.l. 14.....	16,58%	8,80%	7,78%
ex-U.s.l. 15.....	18,84%	7,23%	11,61%
ex-U.s.l. 16.....	30,78%	12,17%	18,61%
ex-U.s.l. 17.....	16,90%	5,91%	10,99%
ex-U.s.l. 18.....	9,25%	5,14%	4,11%
ex-U.s.l. 19.....	7,65%	4,13%	3,52%
U.s.l. di Modena.....	100,00%	43,37% 5	6,63%
ex-U.s.l. 20.....	31,09%	11,67%	19,42%
ex-U.s.l. 21.....	59,34%	34,46%	24,88%
ex-U.s.l. 22.....	9,57%	6,08%	3,49%
U.s.l. di Bologna sud.....	100,00%	52,21%	47,79%
ex-U.s.l. 23.....	100,00%	47,45%	52,55%
U.s.l. di Imola.....	100,00%	47,45%	52,55%
ex-U.s.l. 24.....	31,27%	18,08%	13,19%
ex-U.s.l. 25.....	36,80%	22,59%	14,21%
ex-U.s.l. 26.....	31,93%	15,29%	16,64%
U.s.l. di Bologna nord.....	100,00%	55,96%	44,04%
ex-U.s.l. 27.....	67,77%	42,95%	24,82%
ex-U.s.l. 29.....	32,23%	21,75%	10,48%
U.s.l. di Bologna città.....	100,00%	64,70%	35,30%
ex-U.s.l. 30.....	26,47%	10,12%	16,35%
ex-U.s.l. 31.....	17,32%	8,47%	8,85%
ex-U.s.l. 32.....	19,71%	9,58%	10,14%
ex-U.s.l. 33.....	20,38%	11,51%	8,87%
ex-U.s.l. 34.....	16,11%	7,31%	8,81%
U.s.l. di Ferrara.....	100,00%	46,98%	53,02%
ex-U.s.l. 35.....	52,51%	25,81%	26,70%
ex-U.s.l. 36.....	27,53%	13,32%	14,21%
ex-U.s.l. 37.....	19,96%	11,06%	8,90%
U.s.l. di Ravenna.....	100,00%	50,19%	49,81%
ex-U.s.l. 38.....	100,00%	66,34%	33,66%
U.s.l. di Forlì.....	100,00%	66,34%	33,66%
ex-U.s.l. 39.....	100,00%	58,40%	41,60%
U.s.l. di Cesena.....	100,00%	58,40%	41,60%
ex-U.s.l. 40.....	63,62%	42,51%	21,12%
ex-U.s.l. 41.....	36,38%	13,23%	23,15%
U.s.l. di Rimini.....	100,00%	55,74%	44,26%

Assegnazione finale: corrisponde alle risorse erogate sulla base dei coefficienti teorici di assorbimento. Quota provvisoria: da intendersi come acconto. È calcolata con gli stessi criteri utilizzati per le Aziende ospedaliere (con l'esclusione della quota per l'insegnamento e di quella per le funzioni con bacino d'utenza regionale).
Quota a consuntivo: erogabile in totale o in percentuale sulla base della verifica degli indicatori 1994.

La tavola 14 evidenzia inoltre un criterio aggiuntivo che è stato adottato per le aziende ospedaliere che sono anche sede del triennio clinico delle facoltà di medicina e chirurgia e per gli istituti ortopedici Rizzoli.

In particolare, è stato adottato il criterio del National Health service inglese, che riconosce una quota di «costi formativi» agli ospedali di insegnamento legata alla presenza degli specializzandi e degli studenti del corso di laurea in medicina e alle loro necessità di apprendimento. Questa quota di finanziamento viene ripartita, in proporzione ai livelli di attività e agli iscritti al corso di laurea e alle scuole.

Il dato inglese, infatti, corrisponde a quanto verificato in Emilia-Romagna in relazione al maggior consumo di risorse legato soprattutto all'effettuazione di più numerose indagini diagnostiche e al prolungamento della degenza, a parità di DRG, nell'ospedale universitario rispetto a quello non di insegnamento.

Appare inoltre logico, come in Inghilterra, non attribuire *in toto* l'eccesso di costo ad azione «programmata», ma riconoscere come inevitabile solo una quota dello scostamento osservato per favorire un recupero di efficienza.

Si è quindi attribuita una maggiorazione di finanziamento, dell'ordine di grandezza di quella utilizzata dall'NHS, pari al 7% di quanto calcolato sulla base degli indicatori di offerta e di attività dei policlinici. In questo modo, la maggiorazione, in termini assoluti, è proporzionale alla diversa ampiezza delle strutture considerate e ai diversi livelli quali-quantitativi dell'attività svolta.

La tavola 14, inoltre, illustra, sul totale del finanziamento previsto per l'azienda ospedaliera, l'entità di una quota a consuntivo, prevista ai fini dell'applicazione del dettato legislativo nazionale, che prevede per le aziende ospedaliere la possibilità di fi-

Tavola 12 - Programma speciale: emergenza sanitaria

Aziende sanitarie	Emergenza sanitaria 118			Totale 118
	Elisoccorso (appalto e basi)	Rete telefonica e rete radio	Quota capitaria (*)	
Piacenza			8.329.018.000	8.329.018.000
Parma		12.155.317.000		
Ospedali riuniti	4.426.108.363		13.149.642.000	16.581.425.363
Reggio Emilia			18.810.335.000	13.149.642.000
Modena				18.810.335.000
Policlinico Modena			7.064.869.000	
Bologna sud			3.126.288.000	
Imola			5.551.015.000	
Bologna nord				
Bologna città	17.369.720.073	11.864.977.401	12.426.598.000	57.403.467.474
S.Orsola Malpighi				
Ferrara			11.207.864.000	
Arcispedale S.Anna				11.207.864.000
Ravenna	4.426.108.363		10.885.495.000	26.184.729.363
Forlì			5.324.002.000	
Cesena			5.549.124.000	
Rimini			8.141.499.000	8.141.499.000
Totale Regione	11.864.977.401	11.864.977.401	121.721.066.000	159.807.980.200

(*) La quota viene erogata all'Azienda U.s.l. o ospedaliera sede di centrale (per le funzioni finanziate con la quota capitaria vedere testo della circolare).

Tavola 13 - Aziende ospedaliere. Composizione percentuale del coefficiente di assorbimento teorico

Aziende ospedale	% struttura	% casistica	% eff.operativa	% insegnamento	Totale
Istituto Rizzoli	52,04%	14,83%	26,59%	6,54%	100%
Ospedali riuniti di Parma	71,23%	13,10%	9,13%	6,54%	100%
Policlinico di Modena	58,69%	11,27%	23,50%	6,54%	100%
Policlinico S. Orsola-Malpighi	81,07%	12,39%	0,00%	6,54%	100%
Arcispedale S. Anna di Ferrara	80,62%	12,84%	0,00%	6,54%	100%

Tavola 14 - Aziende Ospedaliere. Finanziamento: quota provvisoria e quota a consuntivo (in %)

Aziende ospedale	Quota provvisoria		Quota a consuntivo			assegnazione
	% struttura	% insegnamento	% struttura	% casistica	% eff. operativa	
Istituto Rizzoli	41,63	6,54	10,41	14,83	26,59	100
Ospedali riuniti di Parma ..	58,86	6,54	12,37	13,10	9,13	100
Policlinico di Modena	47,83	6,54	10,86	11,27	23,50	100
Pol. S. Orsola-Malpighi	67,57	6,54	13,50	12,39	0,00	100
Arcis. S. Anna di Ferrara	66,01	6,54	14,61	12,84	0,00	100

Assegnazione: corrisponde alle risorse erogate sulla base dei coefficienti teorici di assorbimento.
Quota provvisoria: da intendersi come acconto.
Quota a consuntivo: erogabile in totale o in percentuale sulla base della verifica degli indicatori 1994.

nanziamento solo fino ad un massimo dell'80%.

Questa quota, la cui erogazione si intende confermata solo, a consuntivo dell'attività effettivamente svolta nel 1994, è stata calcolata per tutte le funzioni ad esclusione di quelle che trovano sede nelle aziende autonome ma che hanno un bacino di utenza teorico pari all'intera Regione.

Per queste funzioni, previste dal Piano sanitario regionale, l'attribuzione alle aziende ospedaliere è pari al 100% del totale previsto, mentre per le restanti funzioni l'attribuzione viene distinta in una quota provvisoria e una a consuntivo.

Il finanziamento riconosciuto per «costi formativi» viene erogato al 100%.

4. Programma emergenza sanitaria

Sono stati valutati a livello regionale i costi sostenuti e prevedibili per il sistema delle emergenze sanitarie, considerando in maniera analitica le seguenti voci:

- rete telefonica regionale;
- rete radio regionale;
- centrale operativa per 500.000 abitanti;
- elisoccorso costi appalto;
- elisoccorso costi U.s.l.;
- servizio di primo soccorso a mezzo di ambulanza non medicalizzata (aree urbane ed extraurbane);
- servizio di soccorso a mezzo di ambulanza medicalizzata art. 22;
- servizio di soccorso avanzato a mezzo di ambulanza medicalizzata con medico dipendente a bordo;
- attività interospedaliera di competenza delle centrali 118.

Complessivamente e considerando lo stato di avanzamento del progetto «emergenze» previsto dalla legge di «Il piano sanitario regionale» nonché dall'attuazione delle disposizioni legislative relativamente della rete 118, è

stato valutato per il 1994 un finanziamento pro-capite.

I criteri per il riparto tra le aziende sono stati così definiti:

— è stato attribuito a 8 aziende di riferimento una quota di finanziamento per cittadino residente nel territorio del bacino di utenza, secondo lo schema seguente:

Azienda di riferimento	Bacino d'utenza
Piacenza	Provincia di Piacenza
Parma ospedali riuniti	Provincia di Parma
Reggio Emilia	Provincia di Reggio Emilia
Modena policlinico	Provincia di Modena
Bologna città	Provincia di Bologna
Ferrara policlinico	Provincia di Ferrara
Ravenna	Provincia di Ravenna
	Provincia Forlì/Cesena
Rimini	Provincia di Rimini

Questa quota di finanziamento viene erogata per il funzionamento delle centrali operative relativamente al pronto soccorso, al soccorso assistito, al soccorso avanzato e al trasporto interospedaliero, eliminando in tal modo la necessità di fatturazione dei servizi tra azienda del bacino di utenza di ciascuna centrale di riferimento.

Per la provincia di Forlì/Cesena (che fa riferimento alla centrale di Ravenna) tale finanziamento potrà essere utilizzato anche direttamente dalle

centrali di Forlì e Cesena sulla base di un piano di spesa concordato con la centrale di riferimento.

Il residuo finanziamento pro-capite su base regionale è stato suddiviso tra le aziende sedi di riferimento per l'elisoccorso, sulla base delle funzioni a loro attribuite dal coordinamento regionale, e precisamente:

a) costi di gestione delle basi di elisoccorso (1/3 dei costi previsti a livello regionale per ciascuna delle tre basi di Parma, Bologna, Ravenna);

b) costi della rete telefonica regionale, della rete radio regionale, dell'appalto per l'elisoccorso a Bologna città.

5. Valutazione dell'impatto del programma di finanziamento e della performance delle aziende

Il corollario del decentramento delle responsabilità gestionali a livello locale è il fatto che i responsabili locali della erogazione di servizi dovranno periodicamente rendere conto dei risultati sanitari ottenuti e dei costi per la collettività legati al raggiungimento di quei risultati.

L'avvio di un programma di finanziamento basato su indicatori oggettivi

Tavola 15 - Popolazione residente e densità nelle Aziende U.s.l. dell'Emilia-Romagna

U.s.l.	Numero Comuni	Popolazione	Superf.	Densità ab. kmq
Piacenza	48	266.678	2589	104
Parma	47	392.107	3449	114
Reggio Emilia	45	424.182	2293	185
Modena	47	606.785	2690	226
Bologna nord	20	179.065	1212	148
Bologna città	1	400.858	141	2843
Bolognasud	30	227.899	1721	132
Imola	9	100.848	628	161
Ferrara	26	361.544	2632	137
Ravenna	18	351.145	1858	189
Forlì	15	171.742	1260	136
Cesena	15	179.004	1117	160
Rimini	20	262.629	534	492
Regione.....	341	3.926.486	22124	177

vi permette, infatti, la valutazione in merito alla coerenza dei risultati realizzati dalle aziende con gli obiettivi di qualità e di economicità della gestione posti dalla programmazione regionale.

Per tutte le aree di intervento e per tutti gli indicatori illustrati in questa circolare è infatti prevista, al termine del III trimestre 1994, una verifica dei risultati ottenuti rispetto all'atteso.

In particolare per le aziende ospedaliere le quote di finanziamento accantonate potranno essere erogate solo a consuntivo in maniera totale o parziale, dipendentemente dalla coerenza tra livelli di attività attesi e livelli effettivamente raggiunti (cioè, la quota accantonata potrà essere erogata solamente se l'azienda ospedaliera avrà raggiunto nel 1994 un livello degli indicatori di casistica e di efficienza operativa almeno pari a quelli calcolati in

sede di riparto sulla base dell'attività pregressa, riferita al 1992).

La verifica effettuata a livello regionale nei termini suddetti stimerà l'attività 1994 sulla base dei dati pervenuti nell'ambito dei flussi informativi correnti: a questo scopo si sottolinea la necessità, da parte delle aziende, di curare particolarmente la completezza e la tempestività dell'invio dei dati, onde evitare una stima in difetto dell'attività effettivamente svolta.

Esperienze innovative

Sezione 3^a

LA GESTIONE DELL'INFORMAZIONE IN UN PROGETTO DI QUALITÀ TOTALE

IL SISTEMA DI GESTIONE DELL'ATTIVITÀ (SI.GE.A.)

di Franco Arosio

Segretario generale, Istituto nazionale neurologico «Carlo Besta» - Milano

in collaborazione con Andrea Busnelli, Stelio Girardi, Roberto Zoni

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Pianificazione e controllo dell'informatizzazione - 3. Il Sistema di Gestione dell'Attività (SI.GE.A.) - 4. Il sistema di contabilità dei consumi - 5. Il sistema di rilevamento delle attività - 6. Il sistema di budget - 7. Il sistema di reporting - 8. Il sistema di previsioni - 9. Il sistema di scelte - 10. Conclusioni.

1. Premessa

All'interno del progetto orientato alla Qualità Totale in corso di realizzazione presso l'Istituto Neurologico «Carlo Besta», lo sviluppo di un adeguato sistema informativo si è imposto come prima e fondamentale tappa verso il raggiungimento di obiettivi di efficienza ed efficacia nell'utilizzazione delle risorse disponibili.

Il sistema informativo deve essere inteso come un insieme ordinato di informazioni che partecipano, direttamente o indirettamente, alla gestione dell'Azienda/ospedale, associandosi in funzione di obiettivi predefiniti (analisi, controllo, misurazione, ecc.).

Per tali motivi, un sistema informativo deve tenere presenti alcuni concetti fondamentali:

— occorre che le informazioni nascano, si evolvano e si distribuiscono secondo modelli programmati, in modo da agevolarne lo scambio e la comparazione;

— le informazioni significative non sono solo quelle interne all'ente, ma anche quelle che vengono, o possono venire, a contatto con l'ente, condizionandone la gestione e la produttività;

— il valore dell'informazione dipende dagli obiettivi che ciascun ente si è imposto;

— l'utilità dell'informazione dipende anche dal costo sostenuto per la sua acquisizione;

— una banca dati deve interagire con le banche dati degli altri enti territoriali per assicurare unitarietà e complementarietà nei diversi interventi sanitari sul territorio e per elevare la qualità dei servizi;

— la banca dati deve, inoltre, essere integrata con altre banche dati di livello superiore (regionale e centrale), per assicurare interventi di prevenzione e di raccolta dati, al fine di agevolare i raffronti;

— il valore primario dell'informazione sanitaria deve garantire la salute del cittadino in fase preventiva, curativa e riabilitativa. L'obiettivo da perseguire non è limitato alla gestione amministrativa dell'ente e del bilancio conseguente, ma si estende all'amministrazione integrata di tutti i fatti sanitari, amministrativi e tecnici necessari per effettuare correttamente le prestazioni mediche richieste dai cittadini.

Sulla base di queste considerazioni, le leggi e i decreti emanati successivamente alla legge n. 833/78 assegnano

al sistema informativo sanitario funzioni prevalenti quali:

— la sorveglianza esterna sul controllo dello stato di salute della popolazione;

— il monitoraggio interno per il controllo delle prestazioni erogate tramite le risorse del sistema sanitario;

— la valutazione, in termini di efficienza/efficacia, del rapporto tra risultato raggiunto e risorse impiegate e la valutazione dei benefici indotti dai trattamenti sanitari specifici;

— l'ausilio alla ricerca sanitaria.

Ci muoviamo all'interno di una realtà in cui i processi di realizzazione, individualmente presi, diventano sempre più complessi e la loro integrazione non fa che rendere più difficile l'erogazione di un servizio. I rischi di errori si moltiplicano e devono essere necessariamente minimizzati: ciò non sarà possibile che a prezzo di una formazione adeguata ed intensiva impartita agli individui ed un controllo sui processi di realizzazione.

Proprio in questi ambiti l'Istituto «Carlo Besta» sta sviluppando un sistema informativo integrato per la gestione dell'informazione.

2. Pianificazione e controllo dell'informatizzazione

L'efficacia del processo di informatizzazione di un ente ospedaliero deriva, in larghissima parte, dalla correttezza metodologica e dall'efficienza della sua pianificazione.

Col termine pianificazione intendiamo una chiara definizione ed esplicazione formale dei seguenti punti:

1) *Obiettivi* che si intendono raggiungere. L'obiettivo che ha originato il progetto globale del nostro lavoro è sviluppare uno strumento per l'analisi e la valutazione della gestione di ogni attività all'interno dell'ospedale, e di quest'ultimo nel suo complesso, da effettuarsi attraverso il confronto, da una parte, tra risultati ottenuti e risorse effettivamente impiegate e, dall'altra, tra risultati preventivati e quelli ottenuti;

2) *Vincoli*. Il nostro Istituto si trova in una posizione favorevole perché i precedenti investimenti in sistemi informatici per l'area amministrativa sono stati di modesto valore: non si è trovato nella situazione di dover adattare ad un nuovo progetto, al fine di ammortizzarne i costi, realizzazioni preesistenti;

3) *Risorse disponibili*. Valutazione delle capacità dell'Istituto in termini di risorse:

— *finanziarie*: sono stati attivati, ed ottenuti, finanziamenti da parte della Regione Lombardia e del Ministero della Sanità;

— *organizzative*: gli indirizzi direttivi della Segreteria Generale, oltre al proprio organico, coinvolgono il Provveditorato-economato, la Ragioneria, il Magazzino generale, la Farmacia, le divisioni diagnostiche ed i reparti;

— *umane*: dopo un primo momento nel quale, poco orientate ad una cultura informatica, tali risorse stavano opponendo una certa resistenza (il processo di informatizzazione veniva identificato nel «computer», uno stru-

mento che rende il lavoro più difficile ed alienante), attraverso un'azione di coinvolgimento e formazione è diventato a tutti evidente che lo strumento informatico rappresenta un insostituibile mezzo per migliorare il proprio lavoro;

4) *Elaborazione progetto*: è stato sviluppato il progetto SI.GE.A., argomento del presente articolo;

5) *Realizzazione*. La stesura di un piano strategico per la realizzazione del progetto è sicuramente un fattore critico per il conseguimento del successo. L'amministrazione dell'Istituto ha proceduto attraverso la scomposizione del progetto in sottoprogetti, definendo per ciascuno:

- le attività da svolgere;
- il calendario e la sequenza del loro svolgimento;
- il personale coinvolto in ciascuna attività;
- le modalità di rendicontazione delle attività svolte;
- il controllo dei risultati e delle spese sostenute;

6) *Collaudo e messa in esercizio del sistema*. La formazione del personale operativo viene effettuata sulla base delle moderne metodologie di gestione delle risorse umane. Il singolo operatore non solo viene istruito sull'uso del *software* disponibile alla sua prestazione di lavoro ma, come per il personale direttivo, è posto a conoscenza del suo preciso ruolo all'interno del sistema informativo. Si ottiene così un miglior coinvolgimento di tutto il personale, con evidenti benefici per l'intero Istituto;

7) *Verifica periodica* del funzionamento del sistema.

3. Il Sistema di Gestione dell'Attività (SI.GE.A.)

Il Sistema di Gestione dell'Attività si inquadra nel progetto di Qualità Totale. Un elemento fondamentale per il rag-

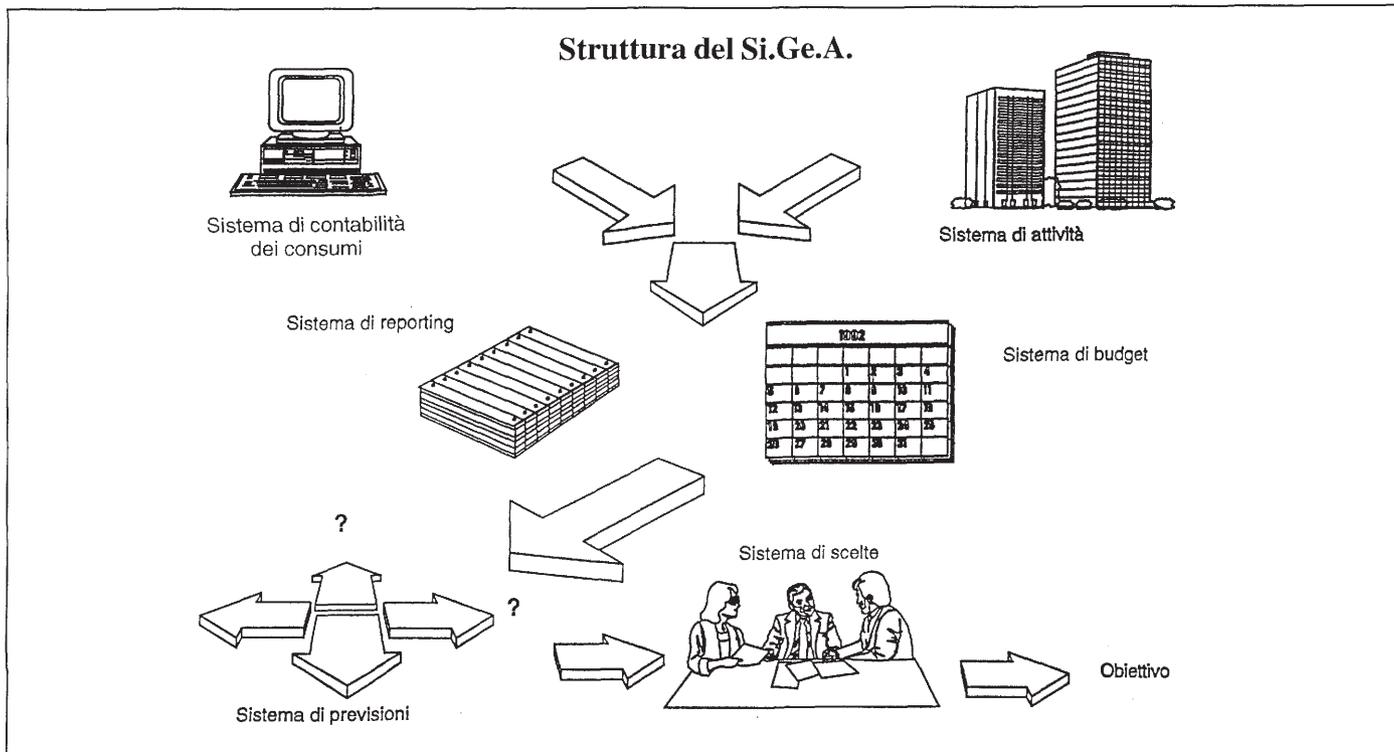
giungimento degli obiettivi di questo progetto è rappresentato dalla «consapevolezza» di ciò che può significare qualità; consapevolezza che può essere raggiunta attraverso un monitoraggio continuo: la qualità non progredisce che grazie alla misurazione.

A tale riguardo l'obiettivo che l'Istituto Nazionale Neurologico «Carlo Besta» persegue è proprio quello di realizzare uno strumento che, utilizzando le moderne tecnologie informatiche, faciliti l'analisi e la valutazione della gestione di una determinata attività: uno strumento che si concretizza nei confronti tra risultati effettivamente ottenuti e risorse impiegate (indicatori di efficienza) e risultati preventivati ed ottenuti (indicatori di efficacia).

Il SI.GE.A. rappresenta uno strumento di monitoraggio del lavoro che permette di ricavare le informazioni necessarie alla revisione dei «processi produttivi», ottenendo, al tempo stesso, un miglioramento dei livelli qualitativi. Conoscere le metodologie di lavoro, confrontarle con i risultati ottenuti ed analizzare il livello di raggiungimento degli obiettivi rende possibile la correzione di eventuali errori o inefficienze, consente di evitare fasi che potrebbero, in seguito, rivelarsi superflue o intralcianti ed, infine, accelera il raggiungimento dei risultati prefissati. Il SI.GE.A. non rappresenta, tuttavia, unicamente uno strumento di monitoraggio. Costituisce un sistema di supporto all'attività ed alla gestione: fornisce agli amministrativi, ai sanitari e ai ricercatori informazioni nel momento e nel luogo in cui servono.

Il SI.GE.A. si concretizza attraverso la gestione coordinata di sei sottosistemi che esaminiamo di seguito. È fondamentale sottolineare il fatto che tutti questi sottosistemi interagiscono tra loro, in quanto la variazione in uno di essi comporta la conseguente revisione di tutti gli altri.

Tavola 1



4. Il Sistema di Contabilità dei consumi

L'obiettivo che ci si è proposti consegue il vantaggio di rilevare il consumo di risorse (tecnologiche, umane, di prodotti e servizi) che ogni centro di responsabilità, preventivamente definito, utilizza per lo svolgimento della propria attività.

Il meccanismo studiato per rilevare il consumo di prodotti e servizi si concretizza in una nuova gestione delle richieste, degli ordini e dei magazzini: il sistema informativo si occupa dell'automazione delle fasi di controllo nel processo di approvvigionamento (sfondamento del *budget* e delibere).

Con tale meccanismo, il responsabile di unità operativa può disporre delle informazioni necessarie ad una consapevole gestione del proprio *budget*. È in grado, in tempo reale, di conoscere:

— entità del proprio *budget* e parte già spesa;

— articoli richiedibili;

— valorizzazione totale della richiesta;

— disponibilità residua della delibera relativa all'articolo in richiesta;

— articoli non più richiedibili per eventuale esaurimento della delibera;

— eventuale sfondamento del proprio *budget*;

— quantità subito consegnabili (giacenza di magazzino) e quantità da ordinare;

— tempi medi di approvvigionamento;

— articoli alternativi (diversa giacenza di magazzino e diverso costo).

In base a queste informazioni può decidere se confermare l'invio della richiesta o modificarne il contenuto.

Ciò consente di effettuare scelte mirate, a livello di reparto, in fase di richiesta di approvvigionamento quoti-

diano e, a livello globale di Istituto, in fase di deliberazione annuale degli acquisti, con evidenti vantaggi sia per l'attività del singolo reparto, che così può utilizzare al meglio e più efficacemente le risorse a sua disposizione, sia per l'Istituto nel suo complesso, che può avere a disposizione informazioni dettagliate sugli approvvigionamenti necessari e, quindi, sui fabbisogni finanziari connessi.

Le richieste vengono automaticamente scomposte in «consegne» ed «ordini»: le consegne, costituite dagli articoli in giacenza, vengono aggiunte alla lista per il magazzino, mentre gli ordini, rappresentati dagli articoli non giacenti in magazzino, vengono aggregati per fornitore e giornalmente evasi al Provveditorato.

Al Magazzino perviene automaticamente la lista giornaliera delle consegne di merce in giacenza, corredata dall'indicazione delle unità operative

richiedenti e l'elenco degli ordini in attesa di carico.

Lo scarico della merce ai reparti avviene contestualmente alla consegna da parte del magazziniere.

Il Provveditorato si occupa dell'aggiornamento dei listini e di eventuali modifiche delle delibere e dei budgets decisi dalla Direzione Amministrativa.

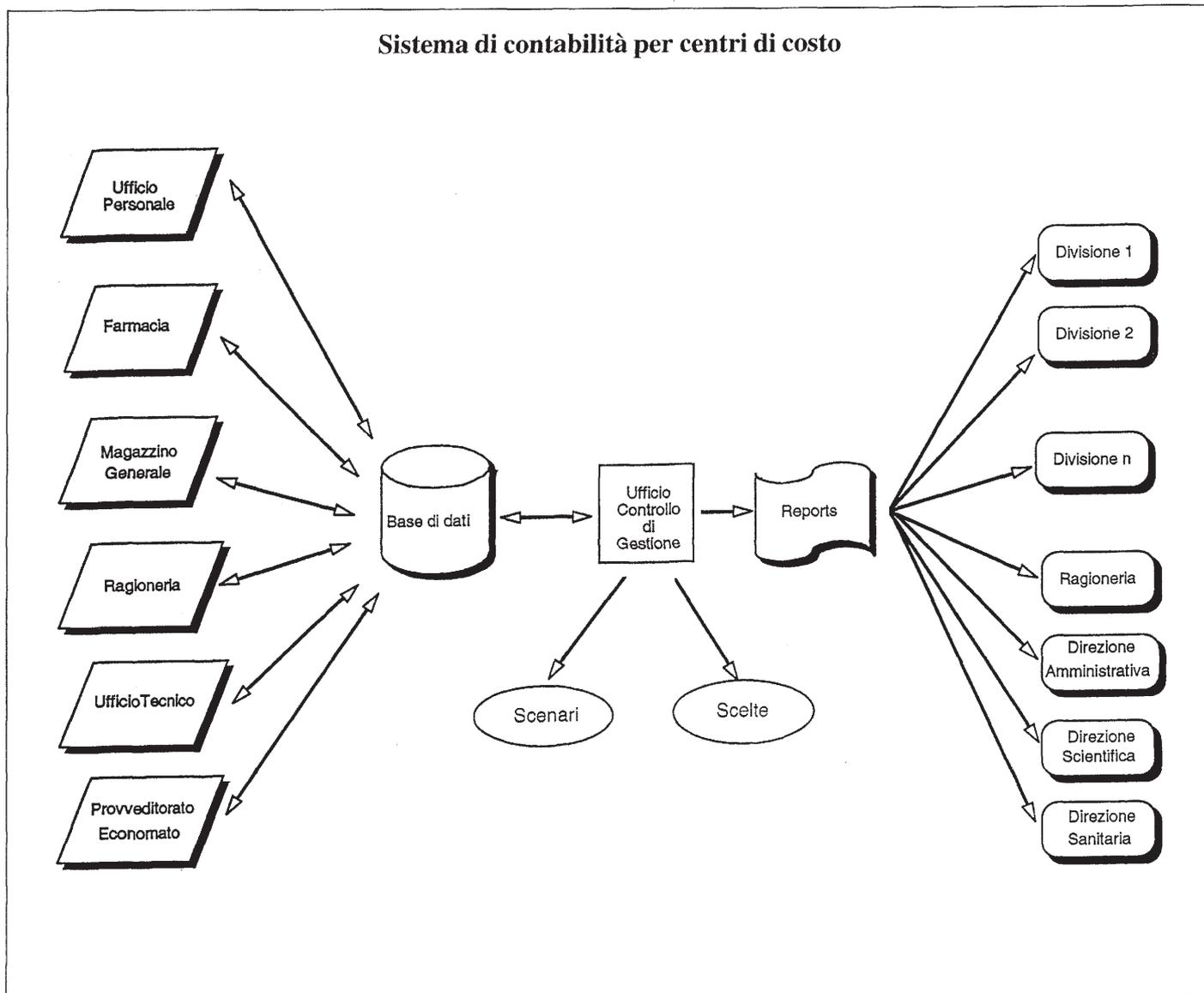
L'attribuzione ai centri di responsabilità del «consumo» del fattore lavoro

avviene in base al numero di ore prestate e valorizzate attraverso un costo medio orario. Quest'ultimo è suddiviso con riferimento alle diverse tipologie di ore (ordinarie, straordinarie e plus-orario) ed alle differenti qualifiche presenti in Istituto. Definiti questi elementi, diventa, allora, necessario rilevare le presenze in ciascun centro di responsabilità. Ciò avviene attraverso l'individuazione del centro presso cui viene svolto effettivamente

il lavoro; nel caso un dipendente svolga la propria attività presso diverse unità, si procede attraverso una ripartizione proporzionale.

È da contabilizzare, infine, anche l'utilizzo, da parte del reparto, delle apparecchiature e delle infrastrutture: il consumo si concretizza nel costo delle manutenzioni e nell'ammortamento, la cui ripartizione viene determinata in base al numero di ore di utilizzo.

Tavola 2



5. Il Sistema di Rilevamento delle Attività

La gestione informatizzata di tutti i dati relativi alle prestazioni erogate, nei confronti di un paziente oppure in riferimento ad uno specifico progetto di ricerca, rappresenta uno strumento fondamentale per gestire l'Istituto in maniera efficace, non solo dal punto di vista sanitario e scientifico, ma anche da un punto di vista amministrativo ed economico. In una realtà come quella dell'Istituto, la misurazione delle attività svolte dai singoli centri di responsabilità può avvenire utilizzando come unico centro di raccolta dati la «cartella clinica». L'obiettivo, infatti, non è quello di considerare la cartella clinica unicamente come strumento idoneo a risolvere problemi strettamente sanitari, bensì come archivio dal quale ricavare tutte le informazioni utili anche da un punto di vista gestionale.

Si può, infatti, pensare alla cartella clinica come ad un «diario», intestato ad ogni singolo paziente, o ad uno specifico progetto di ricerca, sul quale annotare tutti i servizi prestati all'*intestario* del «diario» stesso.

Quando viene effettuata una prestazione per il paziente x (o per il progetto di ricerca y), sulla cartella clinica intestata a x o y viene annotata la prestazione di cui x o y ha usufruito.

Ogni unità operativa deve disporre di uno strumento semplice ed omogeneo che permetta di associare ogni prestazione erogata ad uno specifico utente. Nel momento in cui l'unità operativa eroga un servizio, deve specificare il paziente o il progetto di ricerca che beneficia di tale servizio; ogni prestazione fornita deve essere codificata in modo che sia possibile individuare il centro di responsabilità dal quale è stata erogata.

Viene così costruito un archivio relativo all'attività svolta dall'intero Istituto: sommando le prestazioni an-

notate su ciascuna cartella clinica si ottiene il volume globale dell'attività. Da tale volume di attività, attraverso la particolare codifica di cui è fornita ciascuna prestazione, è possibile estrapolare la parte svolta da ciascuna unità operativa.

Il monitoraggio dell'attività e la valutazione della gestione vengono ottenute attraverso una dettagliata analisi di ciascun servizio erogato. Una volta «scorporata» la singola prestazione, individuando il costo dei fattori produttivi utilizzati per fornire la prestazione stessa (quantità e costo dei materiali, ore-uomo, ore-macchina, spese generali), è, allora, possibile stimare in modo sufficientemente attendibile il «valore monetario» della singola prestazione erogata da quel particolare centro di responsabilità.

L'archivio costruito con queste cartelle cliniche consente di ricavare i quantitativi di ogni singola prestazione, o gruppo omogeneo di prestazioni, erogati in un determinato periodo di tempo da una specifica unità operativa, quantitativi che, moltiplicati per il loro valore stimato (archivio prestazioni), forniscono un valore monetario attendibile dell'attività svolta. Questo valore monetario deve essere successivamente confrontato con i costi realmente sostenuti nello stesso periodo (procedura di contabilità dei consumi) per rilevare eventuali scostamenti.

La cartella clinica rappresenta, dunque, un «diario» in cui registrare tutte le informazioni concernenti sia l'aspetto sanitario che la gestione del singolo centro di costo: con una particolare strutturazione della stessa, è possibile risparmiare il tempo ed il denaro necessari per la progettazione di sistemi di rilevamento alternativi.

L'archivio pazienti deve essere gestito dall'ufficio di Accettazione amministrativo-sanitaria, qualora il paziente necessiti di ricovero, o dal ser-

vizio di Accettazione ambulatoriale, qualora si tratti di soli esami; la codifica di ciascun paziente deve essere accessibile a tutti i centri di responsabilità che erogano i servizi, in modo da permettere l'individuazione di chi riceve il servizio stesso. Le informazioni accessibili riguardano, tuttavia, solo i dati indispensabili ad identificare il paziente o il progetto di ricerca: la consultazione della cartella clinica può avvenire solamente con modalità che preservano la riservatezza delle informazioni in essa contenute (parole chiave, possibilità di visualizzare e modificare solo determinate informazioni, ecc.). È importante, infatti, precisare che sono salvaguardati sia i dati relativi al paziente che il lavoro svolto dal personale (sanitario, scientifico ed amministrativo): a ciascun operatore è permesso l'accesso solo alla parte di cartella clinica di sua competenza.

Questa strutturazione della cartella clinica permette, quindi, di associare al singolo paziente, o progetto di ricerca, ogni tipo di servizio fornito: sia i servizi specifici (sanitari ed amministrativi) erogati internamente o esternamente all'istituto (convenzioni), che i servizi generali, risolvendo ogni particolare necessità di informazioni.

Tra i servizi specifici, la somministrazione di farmaci, ad esempio, comporta la necessità di registrare giornalmente i quantitativi e la tipologia dei prodotti forniti al singolo paziente. La soluzione prevista per questo problema consiste nella dotazione di un semplice terminale portatile, molto simile ad una calcolatrice da tavolo, ed eventualmente, dotato di una penna ottica per facilitare la rilevazione, sul quale il responsabile della somministrazione dei farmaci ne registra i quantitativi e la tipologia, associando ciascun farmaco al codice del paziente interessato. A fine giornata i dati contenuti nel terminale portatile vengono fatti confluire nell'archivio delle car-

telle cliniche per poter, in seguito, essere utilizzati per le necessarie elaborazioni. Al tempo stesso, i dati anagrafici contenuti nel terminale portatile vengono aggiornati utilizzando l'archivio pazienti (gestito dall'Accettazione amministrativo-sanitaria) e l'archivio farmaci (gestito dalla Farmacia). Il responsabile della somministrazione dei farmaci dispone, così, direttamente della codifica dei nuovi pazienti, effettuata dall'accettazione amministrativo-sanitaria, e dei nuovi farmaci, effettuata dalla Farmacia, e non dovrà far altro che continuare ad indicare le informazioni di sua competenza, ossia i quantitativi e la tipologia dei farmaci somministrati ai pazienti.

Per quanto riguarda le spese generali, che contraddistinguono la giornata di degenza di un singolo paziente appartenente ad uno specifico gruppo omogeneo di diagnosi, ad esempio l'assistenza ed i pasti, possono essere trattati individuando un valore medio o standard riferito ad un singolo degente e ad uno specifico gruppo di diagnosi, valore che può differire da reparto a reparto in base all'attività del reparto stesso ed essere diverso da patologia a patologia.

Un'informazione più aggregata può essere ottenuta classificando in gruppi omogenei, in base alle prestazioni fornite, tutte le diverse patologie riscontrate, al fine di determinare un valore medio solo per questi gruppi.

L'insieme di tutti questi fattori (esami effettuati presso laboratori interni, esami effettuati all'esterno, convenzioni, altri servizi erogati dalle unità presenti nell'Istituto, somministrazione di farmaci, prestazioni generali) permette l'individuazione del valore monetario di una giornata di degenza riferito ad uno specifico reparto e, all'interno del reparto, ad ogni gruppo omogeneo di patologia.

L'utilizzo di queste informazioni, raccolte nella cartella clinica intestata

al fruitore delle prestazioni, consente di ricavare i dati relativi all'attività svolta dall'intero Istituto e, più analiticamente, da ciascuna unità operativa, dati utili sia dal punto di vista sanitario, in quanto permettono di decifrare il cammino che ha seguito il paziente all'interno dell'Istituto, sia in termini di prestazioni ricevute che dal punto di vista della gestione del reparto.

A livello operativo il Sistema di Rilevamento dell'Attività si struttura nel seguente modo:

a) il servizio di Accettazione ambulatoriale e l'ufficio di Accettazione amministrativa gestiscono rispettivamente l'archivio ambulatoriale e l'archivio degenti. La prassi di effettuare esami presso gli ambulatori dell'Istituto prima del ricovero agevola l'aggiornamento dell'archivio degenti, avvenendo direttamente in base alle informazioni già inserite dal servizio di Accettazione ambulatoriale;

b) l'archivio cartella clinica viene gestito dai reparti, i quali associano ciascuna prestazione erogata ad uno specifico codice «utente» (paziente, degente, progetto di ricerca, ecc.), ricavando sia il codice del paziente, o progetto di ricerca, al quale associare la prestazione, che il codice della prestazione stessa dalla consultazione degli archivi degenti e prestazioni. L'aggiornamento dell'archivio prestazioni è effettuato con l'ausilio dell'ufficio di controllo di gestione: viene assegnata alla prestazione una codifica che permette di individuare da quale centro la prestazione viene erogata; sono, inoltre, individuati e valorizzati i «fattori produttivi» impiegati (materiale, uomo, ore-macchina, ecc.) per eseguire la prestazione stessa;

c) l'ufficio di controllo di gestione utilizza le informazioni contenute nell'archivio cartelle cliniche per effettuare le elaborazioni necessarie. I dati accessibili riguardano solo la tipologia di prestazioni erogate ed il

centro che ha erogato le prestazioni stesse, non eventuali informazioni riservate. L'impiego di queste elaborazioni svolge una funzione rilevante nell'ambito del progetto di ricerca del Ministero della Sanità, a cui partecipa anche l'Istituto «Carlo Besta», mirato a determinare le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di ricovero e cura.

Con il Sistema di Rilevazione dell'Attività e il Sistema di Contabilità dei Consumi si è in grado di definire la base informativa tramite la quale strutturare un insieme di indicatori, strumenti particolari che permettono di valutare numericamente un fenomeno qualitativo/quantitativo e di esprimerne la tendenza.

Esistono diversi livelli di indicatori:

— *indicatori di risorse*: permettono di valutare i mezzi a disposizione dell'Istituto in termini di personale, attrezzature e tempo;

— *indicatori di attività*: misurano le prestazioni fornite da ciascun servizio;

— *indicatori di efficienza*: rapportano le prestazioni fornite, valutate sia in termini quantitativi che in termini qualitativi, alle risorse effettivamente impiegate per ottenere tali risultati;

— *indicatori di efficacia*: valutano i risultati che scaturiscono dal confronto fra le prestazioni effettivamente erogate e gli obiettivi attesi o le aspettative degli utenti: tempi di attesa, costi e tempi di degenza;

— *indicatori di qualità*: confrontano i servizi prodotti con i risultati raggiunti;

— *indicatori di economicità*: confrontano i costi di acquisto con le risorse acquisite.

Gli indicatori previsti da questo sistema vengono calcolati per ogni unità operativa, in maniera tale che la valutazione possa assumere un adeguato livello di dettaglio.

Indicatori di risorse:

- numero ore lavorative mensili, effettive e contrattuali, suddivise per qualifica;
 - numero ore di funzionamento delle attrezzature, effettive e possibili.
- Il confronto tra quantità effettive e previste di questi indicatori consente la determinazione del grado di utilizzo delle risorse disponibili.

Indicatori di attività:

- numero totale ricoveri suddivisi per diagnosi;
- numero prestazioni erogate suddivise per tipo e diagnosi;
- percentuale ricoveri urgenti;
- percentuale interventi chirurgici sui ricoveri;
- percentuale interventi chirurgici sui ricoveri urgenti;
- percentuale ricoveri importati da altre strutture sanitarie;
- numero visite ambulatoriali suddivise per tipo;

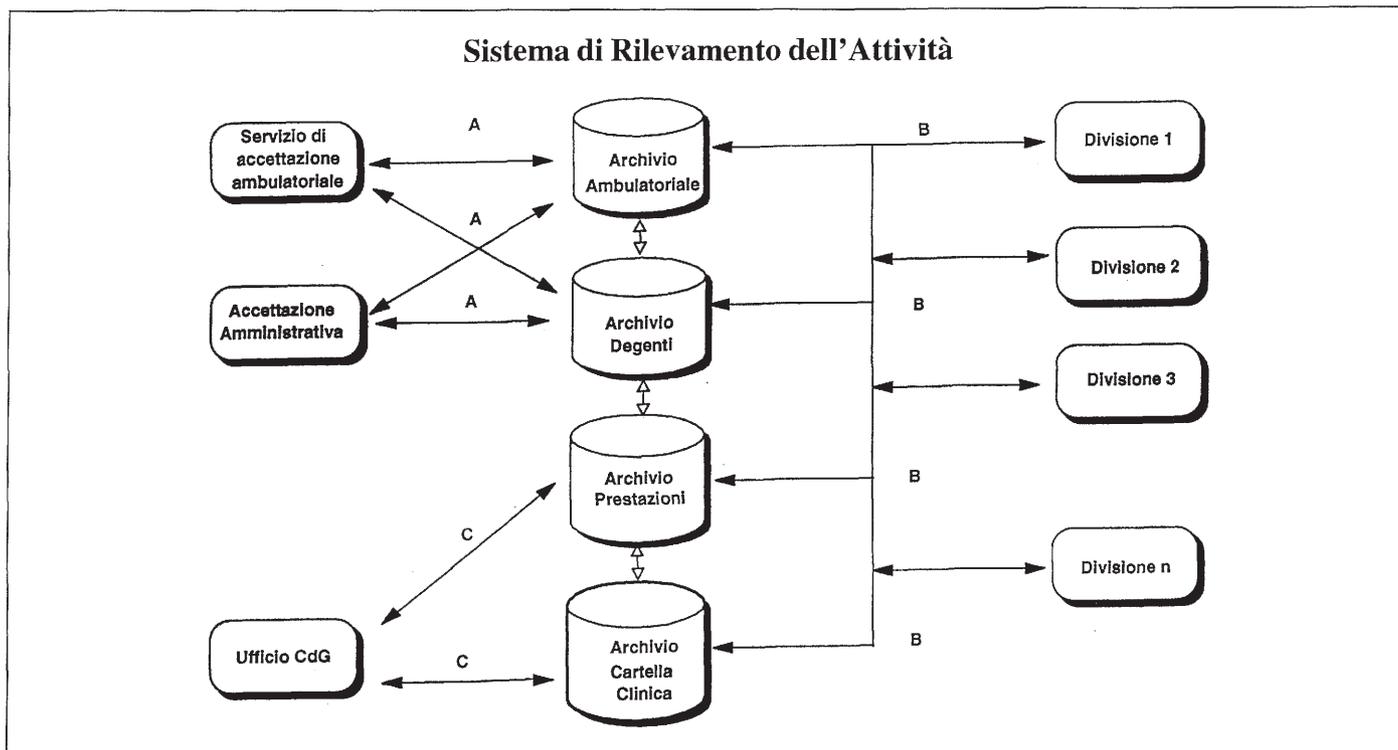
- numero esami di laboratorio suddivisi per tipo;
- numero partecipazioni a congressi;
- numero totale ore di funzionamento delle apparecchiature.

Indicatori di efficienza:

- numero ricoveri per ore lavorative personale medico e infermieristico;
- numero interventi chirurgici per ore lavorative personale medico;
- numero giornate di degenza per addetto non medico;
- tasso di utilizzazione dei posti letto;
- intervallo di turnover;
- indice di rotazione;
- degenza media;
- degenza media pazienti operati e non operati;
- degenza media pre-operatoria;
- tempo medio di attesa per ricoveri, visite ambulatoriali, esami di laboratorio, consegna referti;

- numero visite ambulatoriali per ore di ambulatorio;
- numero esami di laboratorio per ore personale e per ore di funzionamento delle attrezzature;
- dimessi per dipendente (numero dimessi/personale totale);
- letti per dipendente (suddivisi per personale sanitario laureato, infermieri professionali, tecnici sanitari);
- numero interventi chirurgici per medico chirurgo;
- ore di attività operatoria per medico chirurgo;
- ore di attività per sala operatoria (media settimanale);
- percentuale dimessi con degenza breve (massimo 2 giorni);
- numero medio giorni intercorrenti tra ricovero e intervento chirurgico;
- numero esami effettuati per ora di funzionamento apparecchiatura;
- numero esami effettuati per dipendente;

Tavola 3



- numero esami per ricovero;
- percentuale scarico farmaci scaduti su scarico farmaci prelevati.

Indicatori di efficacia:

- percentuale diagnosi dimissione = diagnosi ammissione;
- numero secondi ricoveri;
- percentuale numero dimissioni su numero ricoveri.

Altri indicatori di efficacia sono calcolabili attraverso il confronto tra il valore effettivo ed il valore atteso degli indicatori di efficienza.

Indicatori di qualità:

- numero infezioni ospedaliere (avvenute dopo il ricovero) x 1.000, diviso il numero dei giorni di degenza;
- numero denunce per infortuni dei dipendenti (x 1.000) diviso il numero dei giorni di degenza;
- numero decessi diviso numero dimessi;
- percentuale ricoveri ripetuti entro un mese dalla dimissione sul totale dei ricoveri;
- percentuale dimessi da reparti chirurgici, ma non operati, rapportati sul numero dimessi dagli stessi reparti dopo l'intervento chirurgico;
- percentuale pazienti trasfusi (esclusi gli autotrasfusi) sul numero interventi.

Indicatori di economicità:

- costo medicinali ed emoderivati per giorno di degenza;
- costo complessivo sostenuto per giornata di degenza;
- costo dei presidi medico chirurgici per ricovero;
- costo materiali di consumo per esami per numero esami effettuati;
- incidenza dei costi fissi sul numero esami effettuati;
- costo medio per diagnosi;
- confronto dei costi e tempi previsti ed effettivi dei progetti di ricerca.

6. Il Sistema di Budget

Con questo sistema identifichiamo una serie di obiettivi che si intendono raggiungere e che vengono espressi:

- con riferimento a più periodi temporali (mese, trimestre, semestre e anno);
- in termini monetari e fisici;
- per ogni centro di responsabilità.

La struttura di questo sistema è basata sull'analisi dei livelli di attività passati e dei consumi previsti.

Il sistema che ne risulta è flessibile e dinamico, in quanto tutti i *budgets* non restano immutati, ma possono essere soggetti a variazioni dovute agli effettivi risultati riscontrati nei mesi precedenti, variazioni che comportano una revisione del *budget* annuale di unità operativa.

Il sistema viene strutturato in:

— *budget delle prestazioni*: in base all'analisi delle serie storiche relative alla quantità e qualità delle prestazioni erogate ed attraverso lo studio evolutivo dei fenomeni considerati, possono essere attendibilmente stimati il numero ed il tipo di prestazioni che ogni singola unità operativa dovrà erogare nel breve e lungo periodo;

— *budget dei consumi*: si determinano il volume ed i costi dei materiali e dei prodotti necessari al raggiungimento dei livelli produttivi previsti e del relativo dimensionamento delle scorte, in modo tale da trovare il giusto equilibrio tra livello delle stesse e rischio di rottura *stock*. In questo caso è opportuno ricorrere a modelli statistici particolari, quali il tempo di approvvigionamento, i consumi mensili negli ultimi mesi, il consumo mensile stimato, il lotto d'ordine, lo scarto quadratico medio tra valori effettivi e valori stimati;

— *budget del personale*: la finalità di questo *budget* consiste nel determinare la qualità, entità e costo delle risorse lavoro necessarie per attuare le tecniche produttive prefissate.

Tale insieme di strumenti, definito per intervalli di tempo relativamente brevi (in genere ogni mese), permette il confronto periodico tra valori preventivati e valori riscontrati ed, inoltre, consente la correzione delle successive stime.

7. Il Sistema di Reporting

Al responsabile di ciascuna unità operativa viene fornito un prospetto contenente informazioni relative all'attività svolta, all'efficienza nell'impiego delle risorse ed al livello di raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Ciascun *report* viene suddiviso in tre sezioni contrapposte:

1) nella prima sezione si evidenziano i valori effettivamente generati dall'attività svolta:

- numero prestazioni erogate suddivise per tipologia;
- quantità e qualità impiegata della risorsa lavoro (indicatori di risorse);
- quantità e qualità dei materiali utilizzati (contabilità dei costi);
- valori effettivi degli indicatori di attività ed efficienza visti in precedenza;

2) nella seconda sezione vengono descritti gli obiettivi prefissati dal responsabile dell'unità operativa di concerto con gli organi direttivi:

- numero previsto di richieste di prestazioni da esaudire;
- numero prestazioni erogabili;
- valori previsti degli indicatori di risorse, di attività e di efficienza;

3) nella terza sezione vengono illustrati gli scostamenti fra risultati effettivamente conseguiti e risultati attesi:

- valori degli indicatori di efficacia;
- livello qualitativo delle prestazioni erogate;
- grado di soddisfazione delle attese degli utenti;
- risultati raggiunti da ogni progetto di ricerca.

L'obiettivo prefissato si propone di effettuare un confronto diretto tra quantità realmente riscontrate e quantità stimate, desumibili dai *budgets*, relative a ciascun aspetto della gestione, in modo da comprendere la situazione reale di ogni unità operativa. Questo complesso di informazioni, infatti, consente al responsabile di ciascuna unità operativa di valutare la propria attività, sia in termini di efficienza nell'impiego delle risorse e delle metodologie di lavoro, che in termini di efficacia delle proprie scelte operative e strategiche.

8. Il Sistema di Previsioni

Le previsioni vengono strutturate essenzialmente in base all'analisi ed elaborazione statistica delle prestazioni erogate nei mesi precedenti, ai relativi consumi e costi sostenuti, dai quali si possono ricavare stime attendibili delle prestazioni, dei consumi e dei costi per i mesi successivi: tali previsioni terranno, inoltre, conto di eventuali situazioni particolari che ogni unità operativa potrà incontrare nel breve e lungo periodo.

In termini operativi, si tratta di stimare il numero ed il tipo di prestazioni che dovranno essere erogate. Tali valori saranno calcolati in base ad un'analisi statistica delle serie storiche relative al numero e tipo di prestazioni fornite a livello di Istituto, a livello di U.s.s.l., a livello regionale ed, infine, nazionale, in modo da comprendere e stimare l'andamento del fenomeno analizzato.

In base alle informazioni ricavate attraverso questa prima fase, potranno essere costruiti scenari alternativi in cui l'Istituto potrebbe trovarsi ad operare. Si definirà per ciascuno di essi:

— l'aspetto organizzativo e strutturale in termini di personale, attrezzature e materiali;

— l'aspetto economico relativo all'organizzazione e alle strutture scelte;

— il livello di flessibilità dell'organizzazione (possibilità di modificare le strutture e di allocare in maniera più conveniente le risorse a disposizione);

— grado di probabilità con il quale ogni scenario potrebbe verificarsi.

9. Il Sistema di Scelte

Sulla base delle informazioni ricavate dal sistema precedente, gli organi direttivi hanno a disposizione una pluralità di alternative tra le quali scegliere quelle più consone agli obiettivi prefissati o, eventualmente, rivedere e modificare gli stessi, oppure definirne di nuovi.

Per ogni scenario, gli organi direttivi ed il responsabile dell'unità operativa disporranno di *reports* contenenti:

— costi consuntivi e costi «raggiungibili» suddivisi per area operativa, per progetto di ricerca, per singola prestazione, per articolo e per fornitori;

— statistiche sui consumi e su tutti gli indicatori descritti nel paragrafo «Sistema di Rilevamento dell'Attività»;

— probabilità di verificarsi dello scenario;

— possibilità di modificare e rivedere le scelte relative allo scenario.

Una volta prese le decisioni ritenute più convenienti, occorrerà effettuare un controllo continuo per verificare l'effettiva validità delle scelte.

Per quanto riguarda l'aspetto sanitario, ogni medico, avendo a disposizione tutti i dati storici relativi a casi simili già trattati (dallo stesso medico o da altro medico), potrà effettuare un confronto fra le possibili terapie da intraprendere, valutando *a priori* quali potrebbero essere le conseguenze per il paziente in base ai risultati già rilevati in casi precedenti. Tale sistema potrà così rappresentare uno strumento di supporto all'attività del medico. Si tratta di inserire, relativamente al caso trattato:

— dati anagrafici;

— caratteristiche fisiche del paziente;

— sintomi rilevati;

— esito degli esami eseguiti;

— altre informazioni ritenute significative.

Il confronto di queste informazioni con quelle già presenti nella banca dati dell'Istituto, o di altri istituti, consente di verificare l'esistenza di precedenti analoghi. Qualora questi venissero rilevati, potrebbe essere analizzato il risultato delle diverse terapie seguite (se terapie diverse vi sono state) per valutare quale sia la terapia che ha dato i migliori risultati. L'obiettivo è, comunque, quello di consentire una prima analisi del caso trattato, fornendo al medico una serie di informazioni che, altrimenti, possono essere conseguite solo nel tempo e trattando un numero «considerevole» di casi. Il medico avrà, dunque, a disposizione una descrizione dettagliata della terapia seguita per quella particolare patologia, ossia quale profilo di cura venga seguito dagli altri medici e come lui stesso ha trattato, in passato, quel particolare caso.

10. Conclusioni

L'obiettivo prefissato dall'Istituto è, dunque, quello di fornire ad ogni singola unità operativa, in tempo utile, tutte le informazioni necessarie affinché il responsabile dell'unità stessa possa gestire in modo efficiente le risorse disponibili attraverso una politica di *budget* e, al tempo stesso, fornire agli organi amministrativi strumenti efficaci attraverso i quali gestire l'Azienda/ospedale. Tale sistema rappresenta uno strumento innovativo nell'ambito di un ente pubblico, che si trova così a potersi avvalere delle più avanzate tecniche di gestione.

Il costante controllo delle risorse impiegate, unito alla consapevolezza

di un miglior utilizzo del proprio *budget*, agevola il raggiungimento dell'efficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e nell'efficacia della gestione economica.

L'utilizzo di un sistema di questo tipo agevola, inoltre, l'attività di *auditing* interno, consentendo un più rapido controllo del rispetto delle procedure interne e della normativa vigente.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *La programmazione ed il controllo nelle strutture sanitarie*, Edizioni McGraw-Hill Libri Italia, Milano, 1988.
- AA.VV., *Apprendere la qualità quale formazione per la qualità* (Atti del VII Convegno ISPER sulla formazione aziendale), ISPER Edizioni, Bologna, 1990.
- AA.VV., *Misurazioni d'azienda*, a cura di F. Amigoni, Giuffrè Editore, Milano, 1988.
- AA.VV., *Pianificazione e management*, Cusl, Milano, 1992.
- AGLIATI M., *La contabilità direzionale. Metodologie di misurazione dei costi*, Cusl, Milano, 1990.
- BANCI A., IACONO G., *La qualità nei progetti software. Una guida per il Cliente e per il Fornitore*, Franco Angeli Editore, Milano, 1993.
- BILLIA G., *Dall'Azienda di prodotto all'Azienda di processo: le strategie organizzative e tecnologiche verso la Qualità Totale*, in: «Fronte della qualità» (Bollettino n. 31, 1992), a cura del progetto «ISPER 2000 Qualità del lavoro-Qualità della vita».
- BORGONOVÌ E., *La valutazione della qualità: una nuova frontiera del Sistema Sanitario Nazionale*, Franco Angeli Editore, Milano, 1989.
- FERRARI B., TRAPANI E., *Programmazione e Controllo*, Edizioni Unicopli, Milano, 1993.
- FERRINI G., *Informatica e organizzazione. Come progettare e sviluppare un sistema organizzativo e informativo integrati*, Edizioni Franco Angeli, Milano, 1990.
- FRATTA C., *Alcune modalità di intervento sulla Qualità Totale nelle Aziende di Servizi*, in: «Fronte della qualità» (Bollettino n. 27, 1992), a cura del progetto «ISPER Qualità del lavoro-Qualità della vita».
- GALGANO A., *La Qualità Totale. Il Company-Wide Quality Control come nuovo sistema manageriale*, Edizioni Il Sole 24 Ore Libri, Milano, 1990.
- ID., *Sette strumenti della Qualità Totale. Manuale operativo*, Edizioni Il Sole 24 Ore Libri, Milano, 1992.
- GARLATTI A., *Qualità e immagine nell'economia dei servizi sanitari*, in: «Azienda Pubblica. Teoria e problemi di management» (n. 1, Aprile), Giuffrè Editore, Milano, 1992.
- JAQUES E., *L'Organizzazione indispensabile. Guida pratica alla leadership e alla struttura creativa*, Edizioni Angelo Guerini e Associati, Milano, 1991.
- LEGGIO A., *Information technology e management*, Edizioni Il Sole 24 Ore Libri, Milano, 1993.
- MEDIOBANCA (a cura di), *Indicatori per il controllo dell'efficienza e dell'economicità della spesa nel Servizio Sanitario Nazionale*, Capriolo Editore, Milano, 1993.
- NAVARRA P., *Tecniche di controllo di gestione*, Franco Angeli Editore, Milano, 1990.
- OPILIO R., *La Qualità Totale nei servizi (il perché)*, in: «Fronte della qualità» (Bollettino n. 37), a cura del progetto «ISPER 2000 Qualità del lavoro-Qualità della vita».
- TASSINARI R., *L'analisi delle funzioni. Come realizzare un prodotto/servizio che soddisfi perfettamente tutti i bisogni dell'utente*, Franco Angeli Editore, Milano, 1993.

L'INTRODUZIONE DI SISTEMI GESTIONALI NELLE AZIENDE SANITARIE IN EMILIA-ROMAGNA

TERZA FASE: IL PROCESSO DI BUDGET

di Eugenio Anessi Pessina, Mara Bergamaschi, Francesco Zavattaro (*)

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

SOMMARIO: 8. L'introduzione di un sistema di *budget* nelle U.s.l. della regione Emilia-Romagna - 9. La prima versione della scheda di *budget* - 10. La versione definitiva della scheda di *budget* - 11. I consolidati di sintesi.

8. L'introduzione di un sistema di *budget* nelle U.s.l. della regione Emilia-Romagna

Le esperienze di introduzione della contabilità per centri di costo e il progetto «*budget* a base zero» avevano reso palese la necessità di incidere sui meccanismi decisionali esistenti nelle U.s.l. e negli ospedali. Tale necessità era infatti giudicata il principale fattore di successo al fine di rendere pienamente funzionanti gli strumenti gestionali sviluppati.

D'altra parte le diverse esperienze confermavano la validità della scelta, adottata nella seconda metà degli anni Ottanta dalla regione Emilia-Romagna, del ruolo di promotore dei processi di cambiamento e di innovazione sui sistemi di gestione delle U.s.l..

Sulla base di tale impostazione, possibili risultati in termini di contenimento della spesa e di miglioramento della qualità dei servizi sono conseguibili solo operando in modo incisivo sui processi e sulle modalità di funzionamento delle aziende. Ciò aveva quindi spinto le U.s.l. emiliano-romagnole a concentrarsi sulla progettazione e soprattutto sulla attuazione di molteplici sistemi operativi (1) ed in particolare di quelli di

pianificazione, programmazione e controllo (2).

Tra i sistemi di programmazione e controllo la regione Emilia-Romagna aveva attribuito particolare rilevanza al *budget*, in quanto sistema gestionale che meglio consente di rispondere alla esigenza di recuperare la centralità del processo decisionale di definizione di obiettivi e di correlate risorse.

I sistemi di *budget* avrebbero quindi dovuto rispondere all'esigenza di fondo di ricondurre sotto obiettivi parziali e comportamenti settoriali delle diverse unità operative alle finalità globali dell'azienda, attraverso un meccanismo sistematico basato sul confronto continuo tra obiettivi e risultati a livello di singola unità operativa e a livello di intera U.s.l..

Alla luce di queste considerazioni la decisione adottata nella primavera del 1989 di avviare la sperimentazione del *budget* poggiava quindi sulla sua valenza di sistema operativo di supporto all'attività di governo dell'intera azienda.

Dall'interpretazione del *budget* come sistema operativo di programmazione e controllo ne è discesa la necessità di definire:

a) la struttura delle responsabilità economiche;

b) le caratteristiche del processo decisionale, finalizzato, in particolare, al confronto ed alla negoziazione di obiettivi di risultati e risorse;

c) la strumentazione tecnico-contabile e informativa a supporto del processo di *budget*.

Molte delle considerazioni metodologiche messe a punto attraverso il progetto «*budget* a base zero» (BBZ), condotto a partire dal gennaio 1988, sono quindi state rilette rispetto ai tre temi sopra riportati. Analogamente, con riferimento allo svolgimento operativo del progetto, è stata confermata l'organizzazione già sperimentata nel processo di introduzione della contabilità per centri di costo e che, in particolare, prevedeva l'attivazione di:

— un gruppo regionale di coordinamento, costituito da funzionari regionali, ricercatori esterni e da un referente per ciascuna delle U.s.l. sperimentatrici;

(*) L'articolo è frutto di uno sforzo congiunto da parte degli autori, tuttavia ciascuno ne ha curato le singole parti, di cui si assume la piena responsabilità, pur nel quadro del progetto comune. In particolare questa terza parte è stata curata da Mara Bergamaschi. La prima e la seconda parte di questo lavoro sono state pubblicate nei numeri 9 e 10 di **Mecosan**.

— gruppi di lavoro a livello di singola U.s.l., che, da un lato, inglobassero le funzioni dei precedenti gruppi di lavoro sulla contabilità per centri di costo e, dall'altro, costituissero il nucleo di un potenziale ufficio programmazione e controllo.

L'analisi della struttura delle responsabilità economiche

Per quanto riguarda la struttura delle responsabilità economiche il gruppo regionale di coordinamento ha fatto propria l'esperienza accumulata attraverso il progetto «budget a base zero», recependo in particolare i criteri per la predisposizione del piano dei centri di responsabilità (3).

Particolarmente rilevante è stata la conferma del principio secondo cui la sperimentazione del budget avrebbe dovuto coinvolgere tutte le unità operative di ciascuna U.s.l.

L'esperienza del BBZ aveva infatti evidenziato che, attivando sperimentazioni parziali, sarebbe venuta a mancare una visione organica ed unitaria degli interventi di razionalizzazione gestionale da porre in essere; soprattutto sarebbe diventato estremamente difficile verificare la coerenza tra:

— obiettivi di attività del singolo centro di responsabilità e obiettivi di altri centri di responsabilità;

— obiettivi di attività del singolo centro di responsabilità e obiettivi generali della U.s.l.;

— risorse richieste e risorse complessivamente a disposizione dell'organizzazione.

La progettazione del processo decisionale

Anche con riferimento al processo decisionale numerosi sono stati i contributi forniti dal progetto «budget a base zero» e di cui il gruppo di coordinamento ha potuto avvalersi.

In un primo aspetto, si è confermata la necessità di riconoscere autonomia decisionale ed operativa ai responsabili delle diverse unità organizzative circa le modalità di utilizzo delle risorse necessarie per il conseguimento degli obiettivi preventivamente individuati e negoziati.

In un secondo aspetto, è stata confermata la scelta per una configurazione del processo secondo una logica «bottom-up» rettificata; in essa la negoziazione degli obiettivi formulati dalle diverse unità organizzative si sviluppa all'interno di linee guida relative all'intera U.s.l. (4).

Più in particolare:

— le proposte di budget sarebbero state formulate dai singoli centri di responsabilità;

— è stato costituito un apposito organo di analisi e valutazione delle proposte (Comitato Budget) al fine di definire il budget complessivo di U.s.l., in cui obiettivi e risorse di ogni centro di responsabilità risultassero coordinati e integrati in un disegno organico;

— i responsabili di Servizio avrebbero svolto funzioni di negoziazione degli obiettivi e delle risorse con i singoli centri di responsabilità;

— il vertice dell'azienda avrebbe avuto il compito di approvare la proposta di budget di U.s.l. definita dal Comitato Budget.

In un terzo aspetto l'esperienza BBZ aveva mostrato l'estrema difficoltà insita nella radicale messa in discussione delle attività svolte dall'organizzazione sanitaria pubblica e i conseguenti vincoli alla riallocazione delle risorse tra le diverse unità operative.

Ciò a motivo della rigidità indotta dalla presenza di elementi di congiunzione e di interdipendenza in molti processi tecnico-assistenziali e, conseguentemente, dalla presenza di fattori produttivi comuni che rendono estremamente difficile la possibilità di

isolare le singole decisioni e di specificare i fattori produttivi per ciascuna area di attività.

Tutte le fasi del processo decisionale avrebbero quindi dovuto garantire la concretizzazione del principio di *unitarietà dell'azienda*, ossia la necessità di superare la frammentazione del processo decisionale tipica delle organizzazioni sanitarie pubbliche. Questa favorisce infatti una gestione rivolta esclusivamente alla risoluzione di problemi contingenti e non consente una chiara percezione delle interdipendenze organizzative e temporali di tutte le decisioni relative alla gestione.

La valorizzazione di una visione complessiva, organica e unitaria dell'azienda costituisce infatti il carattere di maggiore peculiarità del progetto budget avviato.

Da ultimo, il gruppo regionale di coordinamento attivò una serie di iniziative mirate a garantire un'ampia e diffusa informazione, tra tutti gli operatori coinvolti, nei vari momenti di sviluppo della sperimentazione budgetaria, attraverso:

— un preliminare chiarimento delle regole del gioco e delle modalità concrete di introduzione del nuovo sistema decisionale;

— la costante applicazione del principio della *trasparenza* circa:

— gli obiettivi che ogni singola unità operativa intendeva perseguire;

— le modalità ritenute più idonee a perseguire gli obiettivi e le risorse reali e organizzative richieste all'organizzazione;

— i criteri di allocazione delle risorse tra i diversi centri di responsabilità.

La strumentazione tecnico-contabile e informativa a supporto del processo di budget

La ricerca di una visione unitaria dell'azienda e della trasparenza del processo decisionale hanno assunto

un particolare rilievo nella progettazione della strumentazione tecnico-contabile e informativa di supporto.

Il perseguimento del principio dell'*unitarietà* dell'azienda, in particolare, richiedeva la predisposizione di una strumentazione tecnico-contabile in grado di evidenziare le interrelazioni e le interdipendenze tra le diverse attività delle U.s.l.; ciò al fine di sviluppare modalità di governo unitarie e coordinate.

La soluzione adottata è stata quella:

- di concentrare l'esplicitazione delle proposte di *budget* da parte dei centri di responsabilità in un unico momento temporale, utilizzando uno strumento informativo che permettesse di riflettere in modo organico sulle politiche di offerta di servizi e di gestione delle risorse, e che evidenziasse il duplice collegamento esistente tra obiettivi di intervento e richiesta di fattori produttivi e tra scelte di gestione corrente e scelte di sviluppo strategico dell'organizzazione;

- di ricondurre ad un *budget* complessivo di U.s.l. tutte le proposte formulate dai responsabili di unità operativa, al fine di valutare le stesse rispetto al quadro complessivo dei vincoli sull'acquisizione e sull'utilizzo delle risorse.

Anche al fine di garantire la trasparenza del processo decisionale, il gruppo regionale di coordinamento ha articolato il processo di *budget* in fasi tecniche e, per ciascuna di esse, ha cercato di evidenziarne il fabbisogno informativo.

Il processo di *budget* inizia con la *definizione del quadro di riferimento* che rappresenta l'esplicitazione delle scelte strategiche e delle linee guida di intervento da parte degli organi massimi di governo e direzione delle U.s.l..

Alla definizione del quadro di riferimento segue la fase di *precompilazione delle schede di budget* con dati storici relativi al consumo di fattori pro-

duktiviti e ai livelli di attività erogati per ciascun centro di responsabilità.

Le schede vengono quindi inviate ai responsabili di CdR che formulano le *proposte di budget operativo* in termini di obiettivi di attività e di correlati fabbisogni di risorse per l'anno successivo.

Vi è poi una fase di *analisi delle proposte* finalizzata a valutare la loro coerenza interna e a individuare i principali problemi di coordinamento verticale ed orizzontale tra le stesse. Tale fase rappresenta la base di partenza per il processo di negoziazione, il cui risultato finale è rappresentato dalla *formulazione del budget complessivo di U.s.l.*

Nel corso dell'anno di riferimento del *budget* viene infine condotta una fase di *controllo budgetario* basata sul confronto periodico e sistematico tra dati di *budget* e dati consuntivi. Tale fase ha l'obiettivo di evidenziare gli eventuali scostamenti, ricercarne le cause e intraprendere le necessarie azioni correttive, con l'eventuale *riadeguamento delle previsioni di budget*.

Il gruppo di coordinamento regionale si attivò quindi immediatamente per predisporre gli strumenti informativo-contabili idonei a supportare adeguatamente tutte le fasi del processo di *budget* individuate.

In particolare, l'attenzione si focalizzò:

- da subito, sulla costruzione della *scheda di budget*, attraverso la quale i responsabili di unità operativa avreb-

bero dovuto esplicitare le proprie proposte;

- successivamente, sulla progettazione dei *consolidati di sintesi*, attraverso i quali rendere trasparenti le decisioni assunte dalle U.s.l..

La tavola 9 evidenzia le diverse fasi del processo di *budget* ed i relativi strumenti tecnici di supporto.

In particolare la scheda di *budget* costituisce il riferimento operativo per le prime due fasi.

I consolidati di sintesi svolgono invece un'importante funzione nella fase decisionale, per l'analisi e la valutazione delle diverse proposte, e nella formulazione del *budget* di U.s.l., nonché nelle fasi di controllo budgetario e di riadeguamento delle previsioni di *budget*.

9. La prima versione della scheda di budget

La predisposizione della scheda-base

In sintonia con gli spunti di progettazione sopra delineati, il gruppo di coordinamento regionale ha formalizzato nella fase iniziale una scheda-base per ciascun centro di responsabilità.

Nella prima versione tale scheda prevedeva il ricorso a pochi elementi quantitativi e presentava un'articolazione su tre blocchi logici principali:

- a) una *parte introduttiva*, in cui ad ogni centro di responsabilità veniva richiesto di esplicitare gli obiettivi di sviluppo a medio e lungo termine che intendeva realizzare. Obiettivo di tale

Tavola 9 - Le fasi del processo di *budget* e la strumentazione tecnico contabile di supporto

definizione del quadro strategico di riferimento	scheda di <i>budget</i>
precompilazione scheda di <i>budget</i>	scheda di <i>budget</i>
formulazione proposte <i>budget</i> operativo	scheda di <i>budget</i>
analisi delle proposte	consolidati di sintesi / reportistica
formulazione <i>budget</i> di U.s.l.	consolidati di sintesi / reportistica
controllo budgetario	consolidati di sintesi / reportistica
riadeguamento previsioni <i>budget</i>	consolidati di sintesi / reportistica

parte era il rafforzamento del legame tra processo di *budget* e pianificazione strategica;

b) una *seconda parte* in cui, partendo dagli obiettivi a medio termine, veniva richiesto di identificare le azioni prioritarie e i progetti da realizzare ed attuare nel corso dell'anno di riferimento del *budget*;

c) una *parte finale*, in cui veniva richiesto di individuare gli obiettivi operativi (quantificando i risultati previsti tramite indicatori di attività, cercando di utilizzare la metodologia dei Gruppi di attività omogenee G.A.O.) ed esplicitare il fabbisogno di risorse necessario per il conseguimento degli stessi.

Tale impostazione rappresentava il tentativo di rispondere ad un'esigenza di semplicità e comprensibilità della scheda a tutti i livelli dell'organizzazione.

Costruire una scheda semplice e comprensibile sembrava infatti rappresentare una condizione fondamentale per assicurare il successo della sperimentazione del sistema di *budget*.

Inoltre la scelta di muoversi seguendo una impostazione partecipativa, che esigeva e valorizzava il contributo e il coinvolgimento dei responsabili dei diversi centri di responsabilità della U.s.l., richiedeva che gli strumenti di supporto fossero il più possibile coerenti con le culture professionali e specialistiche di tali operatori.

Ciò significava pensare ad una impostazione della scheda di immediata e diretta comprensibilità e soprattutto capace di raccogliere e collegarsi alle precedenti esperienze di inserimento di sistemi gestionali ed amministrativi all'interno della U.s.l.

La soluzione metodologica più coerente con questa esigenza sembrava essere rappresentata proprio dalla scheda-base sopra delineata, scheda che avrebbe potuto essere affinata

successivamente in funzione delle esigenze, dei dubbi e delle richieste di chiarimento che venivano avanzate dai destinatari e dagli utenti finali della stessa nel corso della sperimentazione.

La scelta adottata dal gruppo regionale di coordinamento è stata quella di rifarsi ad un processo di apprendimento graduale (*learning by doing*) che, attraverso l'evidenziazione delle difficoltà emerse nel corso della sperimentazione della scheda base, arrivasse a individuare gli eventuali possibili affinamenti della stessa.

Il processo di *learning by doing* ha quindi costituito un punto di forza nella sperimentazione del *budget*, dato che ha consentito di mobilitare interesse ed attenzione a livello dell'intera organizzazione.

Dalla scheda-base alla versione definitiva

Fin dai primi tentativi di applicazione, ci si rese conto delle difficoltà ad usare una scheda eccessivamente semplificata e in cui gli aspetti quantitativi apparivano essere particolarmente deboli.

La struttura della scheda di *budget* definitiva rappresenta quindi il frutto di una serie di continui progressivi affinamenti maturati a seguito del superamento dei principali nodi critici emersi durante le prime sperimentazioni.

In particolare i nodi critici emersi sono rappresentati da:

1) difficoltà di esplicitare il legame tra processo di *budget* e quadro di riferimento strategico;

2) continuo riferimento da parte dei responsabili di centro ad una logica di tipo incrementale, settoriale e parziale nella compilazione delle azioni prioritarie.

Con riferimento al primo aspetto va infatti ricordato che:

— per la prima volta veniva chiesto ai singoli centri di responsabilità di condurre una riflessione sulle possibili strategie di sviluppo della propria unità operativa;

— l'orientamento al medio-lungo periodo era stato sempre inteso dai responsabili di centro come coinvolgimento, in molte situazioni giudicate rituali e formali, alla predisposizione di documenti di piano e programmatici.

Inoltre la scheda-base richiedeva semplicemente di presentare obiettivi e progetti di intervento a medio-lungo periodo del singolo centro di responsabilità, ma non consentiva la formulazione di strategie alternative di sviluppo basate sull'analisi dell'evoluzione quantitativa della domanda e dell'offerta di servizi da parte del centro stesso.

Al fine di superare questa difficoltà, nelle versioni successive della scheda si è quindi aggiunta una parte relativa all'esplicitazione delle tendenze evolutive del settore di attività del singolo centro di responsabilità.

Inoltre, al fine di supportare il responsabile di unità operativa nella compilazione di tale parte, è stato fornito un quadro informativo contenente alcuni indicatori strutturali relativi sia alla domanda che all'offerta.

Con riferimento al secondo aspetto, nella fase iniziale della sperimentazione, i responsabili di centro tendevano a considerare separatamente gli obiettivi innovativi proposti attraverso le azioni prioritarie dalla gestione consolidata.

La tendenza a considerare le azioni prioritarie come progetti speciali del tutto scollegati e staccati dalla gestione corrente, pur presentando aspetti sicuramente positivi legati alla valorizzazione della capacità di innovazione ed anticipazione delle dinamiche esterne, aveva come rischio evidente quello di sbilanciare l'attenzione, le

capacità direzionali e l'interesse del centro di responsabilità sulle azioni individuate, trascurando gli spazi di miglioramento e razionalizzazione delle attività consolidate.

In ultima analisi, venivano selezionate come prioritarie soltanto quelle azioni che richiedevano risorse incrementali (di fondi, di personale, di tecnologie, di servizi).

In definitiva i contributi più significativi del processo di apprendimento organizzativo hanno riguardato l'arricchimento della parte *a*), relativa agli obiettivi di sviluppo a medio e lungo termine, e della parte *b*), relativa alle azioni prioritarie e ai progetti che si intendevano realizzare nel corso dell'anno di riferimento.

10. La versione definitiva della scheda di budget

Il risultato finale del processo di affinamento è quindi rappresentato dalla messa a punto di una scheda di *budget*, corredata da un documento contenente le istruzioni per l'uso e articolata nei seguenti blocchi logici (figura 5):

- le tendenze strutturali del settore di attività nel medio-lungo periodo;
- l'analisi dei punti di forza e di debolezza;
- le modificazioni rilevanti da portare a termine nel medio-lungo periodo;
- le azioni prioritarie previste per l'anno di riferimento;
- i livelli di attività previsti;
- il fabbisogno di risorse.

Le tendenze strutturali del settore di attività nel medio-lungo periodo

Secondo lo schema metodologico impostato dal gruppo di coordinamento regionale, la compilazione della scheda di *budget* inizia con la ricostruzione del quadro delle tendenze strutturali di medio lungo periodo che ri-

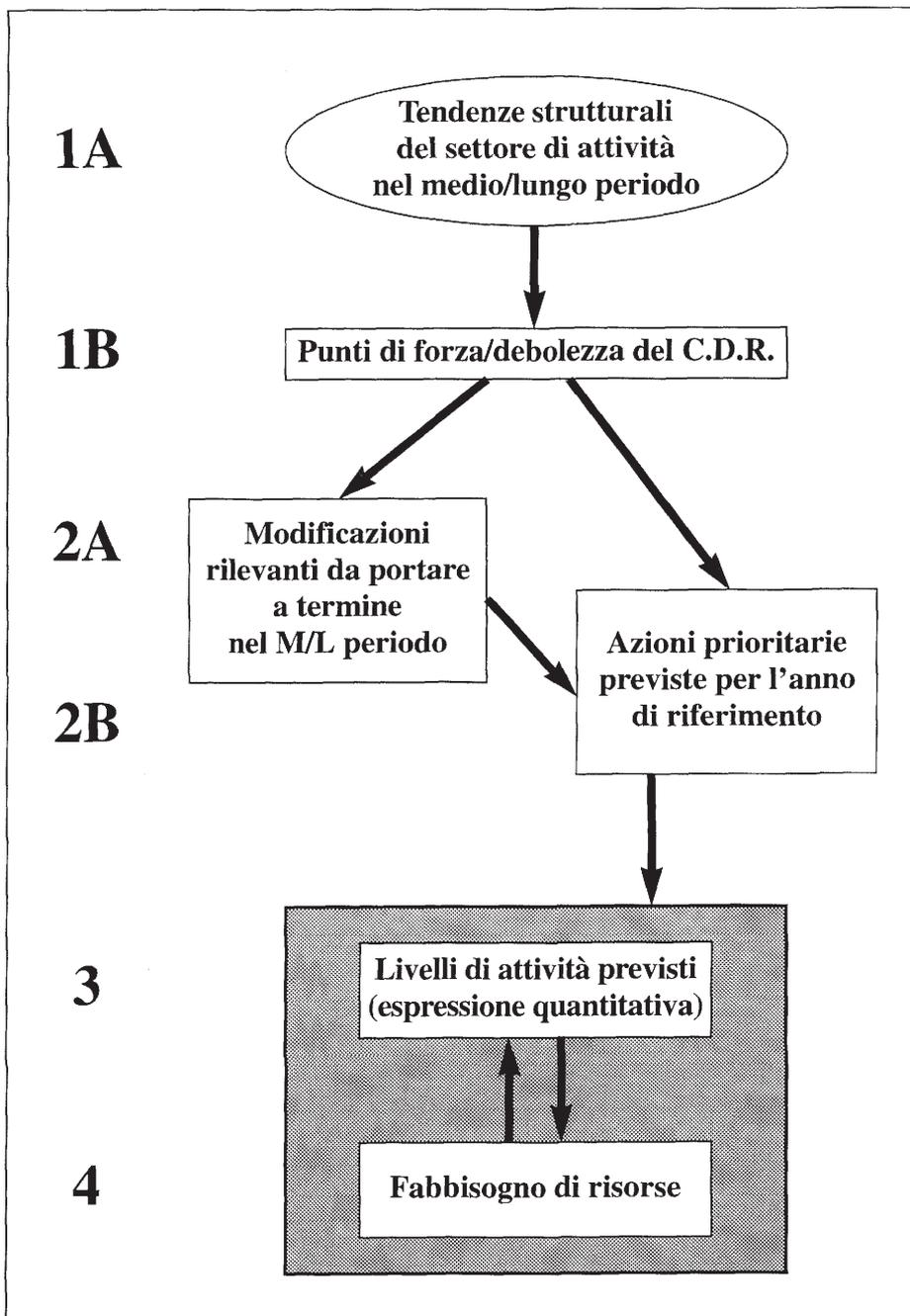
guardano lo specifico settore di attività in cui opera il centro di responsabilità.

Le tendenze evolutive sono state organizzate in quattro blocchi logici:

- quantità e qualità della domanda di servizi sanitari a cui il centro sarà

chiamato a rispondere in futuro (numero e tipologie di prestazioni/servizi che potranno essere richiesti, caratteristiche e composizione della utenza di riferimento, interventi e programmi di prevenzione primaria e secondaria attivabili, ecc.);

Figura 5 - Schema di riferimento per la compilazione della scheda di *budget*



— politiche e modalità tecniche di organizzazione della offerta (metodiche diagnostiche e terapeutiche, intensità tecnologica, ecc.);

— modifiche nella logica di offerta (concentrazione/decentramento di attività, introduzione di circuiti di offerta differenziati in relazione alle tipologie di utenza, attivazione di servizi a pagamento, sviluppo delle attività ambulatoriale, dei day hospital, della spedalizzazione domiciliare, affidamento all'esterno di servizi sanitari e di servizi tecnici di supporto, ecc.);

— variazioni e modifiche nel comportamento di altri soggetti/organizzazioni appartenenti al sistema sanitario pubblico o al settore sanitario privato.

Lo scopo è quello di favorire una ricognizione delle minacce e delle opportunità che ciascun centro di responsabilità dovrà fronteggiare nell'ambiente di riferimento.

A titolo esemplificativo infatti, alcune modifiche nella logica di offerta possono costituire alternativamente:

— opportunità interessanti da sfruttare per centri che presentano flessibilità gestionale e buona capacità operativa;

— minacce incombenti, qualora le modifiche nelle politiche di offerta vengano attivate in altre organizzazioni sanitarie con cui il centro stesso si trova in competizione.

Le istruzioni per la compilazione della scheda di *budget* stimolavano quindi il responsabile dell'unità organizzativa ad una lettura non meramente descrittiva delle tendenze evolutive in atto, ma ad una valutazione del potenziale impatto positivo o negativo delle stesse sulle modalità di funzionamento e sulle possibilità di sviluppo del centro.

Le istruzioni richiedevano inoltre un approccio di tipo selettivo e quindi il più possibile sintetico, supportato, tra l'al-

tro, da dati quantitativi che validassero la consistenza delle ipotesi di lavoro.

Infine, questa parte era stata progettata per favorire un confronto fra l'evoluzione quantitativa della domanda di prestazioni e servizi e il probabile andamento della capacità di offerta; ciò avrebbe infatti permesso di valutare l'effettiva capacità di copertura da parte del centro di responsabilità della domanda di servizi.

L'analisi dei punti di forza e di debolezza

Alla ricostruzione del quadro delle tendenze strutturali segue la valutazione dei punti di forza e di debolezza del centro di responsabilità.

Obiettivo dell'analisi è quello di evidenziare le caratteristiche e le specificità dell'unità operativa che sono in sintonia con l'evoluzione delle tendenze strutturali o che, per contro, possono rappresentare un ostacolo ad uno sviluppo coerente con le tendenze prospettate.

L'inserimento di questa analisi, particolarmente innovativa nelle aziende sanitarie pubbliche, parte dall'adattamento, nel contesto sanitario, di logiche tipiche dei processi aziendali di elaborazione strategica.

Attraverso l'inserimento della valutazione dei punti di forza e di debolezza si intendeva sensibilizzare i centri di responsabilità sulla verifica della disponibilità di capacità professionali e risorse critiche rispetto alle tendenze evolutive delineate.

L'analisi dei punti di forza e di debolezza e del quadro delle minacce e della opportunità presenti nell'ambiente di riferimento, doveva potenzialmente costituire la base per la definizione delle politiche di offerta di servizi e quindi delle correlate scelte di posizionamento del centro di responsabilità nelle diverse aree di attività (5).

La tavola 10 presenta un possibile schema operativo di riferimento per l'individuazione dei punti di forza e di debolezza di un generico centro di responsabilità.

Tavola 10 - Possibili elementi da prendere in considerazione nella analisi dei punti di forza e di debolezza per un centro di responsabilità di azienda sanitaria pubblica

Assetto organizzativo
Innovazioni organizzative
Capacità e competenze professionali dei dirigenti
Capacità e competenze professionali dei quadri intermedi
Sistema informativo
Cultura professionale
Atteggiamento degli operatori
Dotazione quali-quantitativa del personale
Abilità tecnico professionali
Modalità di funzionamento
Sistemi di gestione adottati
Capacità di interpretazione dei bisogni
Conoscenza della domanda/utenti
Qualità percepita
Immagine presso utenti/donatori/altri livelli istituzionali
Capacità di attrazione utenti
Code/tempi di attesa
Dotazione tecnologica

Modificazioni rilevanti da portare a termine nel medio-lungo periodo e azioni prioritarie previste per l'anno di riferimento

L'analisi delle tendenze strutturali e l'individuazione dei punti di forza e di debolezza avrebbero dovuto aiutare il responsabile di centro ad identificare gli interventi di medio lungo periodo (parte 2A) e le azioni prioritarie da attivare nell'anno di riferimento (parte 2B).

Come già ricordato, particolare considerazione è stata posta nella riprogettazione della parte relativa alle azioni prioritarie, con l'obiettivo di arrivare ad una chiara esplicitazione di quegli elementi che favoriscono l'attivazione di un processo decisionale il più razionale possibile.

In questa parte il responsabile di unità organizzativa segnala quei progetti, o quelle azioni, su cui intende concentrare l'attenzione nell'anno di riferimento del *budget* e che sono finalizzati a determinare modifiche o innovazioni sostanziali rispetto al «normale andamento dell'attività».

Per ciascuna azione prioritaria la scheda prevede che siano esplicitati:

- gli impegni presi nei confronti dell'organizzazione (i risultati attesi);
- le condizioni essenziali (risorse e altre condizioni organizzative) per il perseguimento degli obiettivi considerati prioritari.

Più in particolare la descrizione delle azioni è stata organizzata in cinque blocchi logici:

a) i problemi organizzativi ed operativi che le azioni prioritarie si propongono di risolvere;

b) il collegamento tra i contenuti e le caratteristiche distintive delle azioni prioritarie con il quadro delle tendenze strutturali o i progetti di intervento a lungo periodo;

c) gli obiettivi operativi che si intendono perseguire tramite l'azione proposta e le modalità di misurazione degli stessi;

d) le risorse ritenute essenziali per il successo della azione, in termini di:

- risorse correnti;
- tecnologie e altri investimenti;

e) le altre condizioni organizzative necessarie per portare a termine l'obiettivo proposto.

Nel punto a) viene presentata la situazione, attuale o prospettica, sulla quale il responsabile di centro intende intervenire attraverso l'attivazione dell'azione prioritaria proposta.

Tale parte ha costituito un'innovazione rilevante nell'ultima versione della scheda ed è nata dall'esigenza di esplicitare e rendere maggiormente chiari all'organo decisionale i problemi operativi o organizzativi che il responsabile di centro intende risolvere mediante l'azione.

Al punto a) risulta essere strettamente correlato il punto b), in cui si richiede di esplicitare l'azione ipotizzata per la soluzione del problema, evidenziando i collegamenti con il quadro di riferimento di medio-lungo periodo e se tale azione rappresenta la parte annuale di una delle modificazioni rilevanti di cui alla parte 2A della scheda.

Con riferimento al punto c), la prima fase di sperimentazione aveva messo in evidenza la difficoltà ad esprimere in termini operativi gli obiettivi che si intendevano perseguire tramite le azioni proposte e, in particolare, a formularli in coerenza con la descrizione della situazione problematica sulla quale si sarebbe dovuto intervenire e descritta nel punto a).

A tal fine si è enfatizzata l'esplicitazione degli obiettivi operativi in termini quantitativi (a titolo esemplificativo, aumento percentuale della capacità di offerta dei servizi, riduzione dei tempi di attesa nella acquisizione di servizi comuni), o comunque secondo modalità che consentono di esprimere, nelle fasi intermedie di attuazione e a completamento del progetto, un giudizio di

raggiungimento o di parziale/mancato raggiungimento degli stessi.

Risultò tuttavia da subito evidente che l'individuazione di indicatori di risultato-obiettivo, benché scarsamente agevole per le azioni prioritarie che si propongono di rafforzare la capacità di offerta (indicatori di attività) o di migliorare l'utilizzo delle risorse (indicatori di produttività dei fattori e di valutazione dei costi), risulta sicuramente ancora più complessa nel caso di azioni destinate a migliorare la qualità dei servizi forniti o a rafforzare sinergie operative e gestionali tra i diversi centri di responsabilità.

Per quanto riguarda il quadro delle risorse la scheda prevede che siano evidenziate le risorse essenziali e critiche per la realizzazione dell'azione, mettendo in risalto potenziali margini di manovra di razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse esistenti o di riallocazione interna delle stesse.

Obiettivo è quello di portare il responsabile del centro a richiedere alla organizzazione risorse incrementali solo laddove questo sia ritenuto fattore critico di successo e indispensabile per lo sviluppo dell'azione proposta.

Con riferimento al punto e), la scheda prevede che siano evidenziati:

— l'impatto provocato dalla messa in atto di ciascuna azione sulle altre attività del centro (ad esempio il parziale ridimensionamento di altre attività a seguito di un processo di riallocazione interna delle risorse);

— i contributi e gli interventi richiesti ad altri centri di responsabilità (richiesta di specifiche risorse, di capacità tecniche e organizzative o, al limite, richiesta di reimpostazione dei piani di attività di altri centri in funzione delle esigenze manifestate);

— eventuali conseguenze *indotte* su altri centri di responsabilità o su tutta l'organizzazione.

Lo scopo perseguito è quello di ricostruire un quadro unitario delle in-

terdipendenze organizzative esistenti tra le diverse unità operative e evidenziare le aree di attività che condizionano lo sviluppo e il miglioramento organizzativo della azienda sanitaria pubblica nel suo complesso.

La figura 6 fornisce un quadro di sintesi dei principali contenuti e della logica da seguire, all'interno del processo di *budget*, per la progettazione di una azione prioritaria.

Livelli di attività previsti e fabbisogno di risorse

Queste parti della scheda di *budget* focalizzano l'attenzione sulla esplicitazione dei livelli di attività previsti e sul correlato fabbisogno di risorse, che rappresentano le proposte di *budget* in senso stretto del centro di responsabilità.

Solo dopo aver esplicitato la strategia che intende perseguire, il responsabile di unità operativa è effettivamente in grado di esprimere la propria proposta di *budget* in termini di obiettivi di attività e di risorse, riportando ad unitarietà

l'attività complessivamente posta in essere nel centro di responsabilità.

Per quanto riguarda la parte 3 relativa ai livelli di attività previsti per il singolo centro di responsabilità, la scheda di *budget* proposta dal gruppo regionale di coordinamento lasciava la più ampia autonomia di progettazione alle singole U.s.l..

Si sottolinea infatti che, ai fini di compilazione di tale parte, non tutte le U.s.l. erano state in grado di applicare la metodologia dei G.A.O..

Con riferimento alla parte 4 della scheda, lo sforzo organizzativo maggiore ha riguardato il tentativo di legarla con le procedure già esistenti di richiesta dei fattori produttivi.

Ciò al fine di procedere ad una unificazione progressiva di tutti i meccanismi di richiesta e di escludere quindi processi decisionali di allocazione delle risorse alternativi o paralleli a quello del *budget*.

Malgrado gli sforzi effettuati per il costante affinamento della struttura

della scheda di *budget*, l'applicazione della stessa non incontrò il consenso desiderato soprattutto da parte di alcuni Comitati di budget e portò ad un'adozione parziale della scheda proposta dal gruppo regionale di coordinamento.

Ciò a motivo della rilevante mole di lavoro che si presentava:

— al responsabile di centro nella fase di predisposizione della propria proposta di *budget*,

— agli organi decisionali che dovevano processare tutte le informazioni contenute nelle schede.

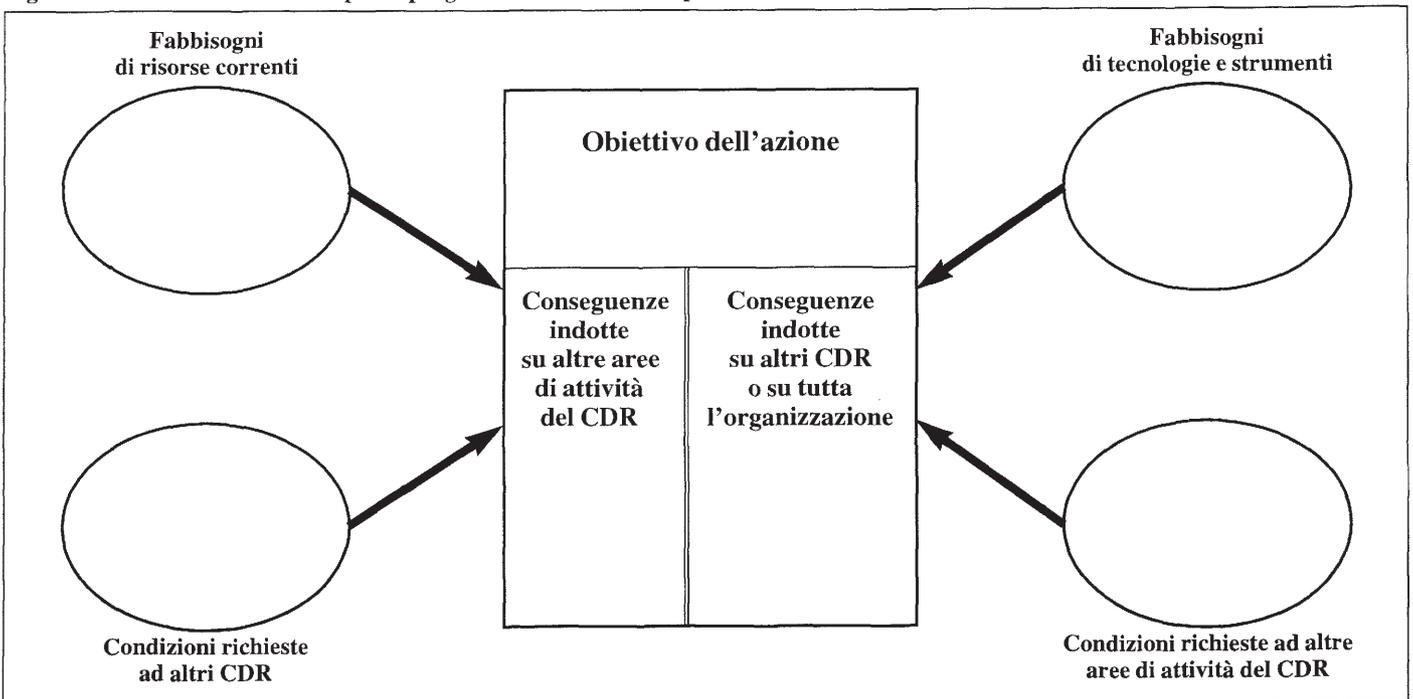
In particolare in alcune U.s.l. sperimentatrici si determinò:

1) la mancata compilazione della parte relativa alle tendenze strutturali di medio/lungo periodo;

2) una estrema focalizzazione sulla parte delle azioni prioritarie considerate come progetti a sé stanti secondo una logica incrementale e con scarsa attenzione alle interdipendenze organizzative;

3) una compilazione sommaria

Figura 6 - Schema di riferimento per la progettazione di un'azione prioritaria



della parte relativa alla previsione dei livelli di attività.

In realtà le iniziative di semplificazione intraprese dalle singole U.s.l. sono fallite nel loro tentativo di alleggerimento del processo decisionale.

Già nel corso dei tentativi di applicazione della prima versione della scheda era infatti emersa la difficoltà di utilizzare uno strumento troppo semplificato e carente negli aspetti quantitativi.

Ancora una volta veniva confermata la necessità di non tralasciare, nella compilazione della scheda, nessuno degli elementi che erano stati attentamente valutati nella progettazione della stessa e che permettevano, pur nella loro complessità, di addivenire ad un processo decisionale reale, credibile e il più oggettivo possibile in relazione alla complessità della realtà.

10. I consolidati di sintesi

Con la messa a regime delle schede di *budget* in un numero sempre maggiore di U.s.l. della regione Emilia-Romagna (per un quadro complessivo delle U.s.l. coinvolte nelle diverse fasi del progetto si veda la tavola 11) si sviluppò l'esigenza di progettare e costruire nuovi strumenti informativi.

Ciò al fine di rafforzare l'efficacia del *budget* e rendere trasparenti, comprensibili e diffuse, a tutti i livelli dell'organizzazione, le decisioni finali di allocazione delle risorse assunte dai vertici direzionali.

Si era infatti consapevoli che la predisposizione di strumenti di trasmissione delle informazioni all'interno e al di fuori dell'organizzazione avrebbe rappresentato un vero e proprio salto di qualità nel progetto *budget*.

Solo tramite la messa in atto di una adeguata fase di *reporting* si sarebbe potuto superare uno dei punti di debolezza più critici che spesso presentava l'introduzione di nuove tecniche gestionali nelle organizzazioni sanitarie pubbliche.

Il processo di *budget* avrebbe finalmente assunto la caratterizzazione di processo decisionale organico e completo, rafforzando ulteriormente consenso e visibilità all'interno e all'esterno delle U.s.l..

Il gruppo di coordinamento regionale e le U.s.l. sperimentatrici si sono così concentrati e focalizzati sulla progettazione degli schemi e delle tabelle di sintesi del processo di *budget* e sulle modalità di comunicazione di queste ultime, non solo ai diversi centri di responsabilità, ma anche e soprattutto verso la Regione.

Obiettivi dei consolidati di sintesi erano:

— permettere ai vertici direzionali della U.s.l. una immediata e diretta lettura dell'impatto delle decisioni assunte in termini economici;

— consentire un confronto quanti-

tativo tra impatto economico e quadro delle risorse disponibili;

— fornire, ai responsabili delle unità operative coinvolte nel processo e a tutti gli attori a vario titolo interessati, una chiara informazione sulle decisioni finali assunte dall'organizzazione.

In termini operativi significava sviluppare due diverse strutture delle informazioni che consentissero di individuare:

1) consolidati a supporto del processo decisionale del Comitato Budget;

2) consolidati di presentazione dei risultati del processo stesso.

Si trattava infatti:

— in una prima fase, di aggregare le proposte contenute nelle schede di *budget* secondo criteri sia verticali (per servizi o per aree organizzative), sia orizzontali (per tipologie di risorse

Tavola 11 - Le U.s.l. coinvolte nelle diverse fasi del progetto *budget*

Decreto di riferimento	Numero U.s.l. complessivamente coinvolte	Ulteriori U.s.l. coinvolte
D.L. n. 1565 del 15-12-1989	3	U.s.l. n. 16 di Modena U.s.l. n. 35 di Ravenna U.s.l. n. 20 di Casalecchio di Reno
D.L. n. 1617 del 2-8-1990	5	U.s.l. n. 29 di Bologna est U.s.l. n. 23 di Imola
D.L. n. 4 dell' 11-2-1992	15	U.s.l. n. 8 di Montecchio Emilia U.s.l. n. 9 di Reggio Emilia U.s.l. n. 10 di Guastalla U.s.l. n. 13 di Castelnuovo ne' Monti U.s.l. n. 18 di Pavullo nel Frignano U.s.l. n. 19 di Vignola U.s.l. n. 27 di Bologna ovest U.s.l. n. 31 di Ferrara U.s.l. n. 40 di Rimini U.s.l. n. 41 di Riccione
D.L. n. 2 dell' 11-2-1993	23	U.s.l. n. 4 di Parma U.s.l. n. 15 di Mirandola U.s.l. n. 21 di Porretta Terme U.s.l. n. 25 di S. Giorgio di Piano U.s.l. n. 28 di Bologna nord U.s.l. n. 36 di Lugo di Romagna U.s.l. n. 38 di Forlì U.s.l. n. 39 di Cesena

ritenute critiche quali personale e attrezzature), al fine di favorirne il processo di analisi e selezione da parte degli organi decisionali;

— in una seconda fase, di consolidare le richieste approvate attraverso modalità di aggregazione del tutto simili alle prime.

In realtà, nella fase iniziale di avvio del processo di *budget*, il gruppo di coordinamento regionale ha lasciato elevata autonomia alle U.s.l. sperimentatrici nella definizione della struttura e dei flussi informativi contenuti nei *report*.

In considerazione del fatto che le diverse U.s.l. coinvolte nel progetto procedevano nella sperimentazione con ritmi e tempi molto differenziati, la prima fase di messa a punto degli schemi di sintesi avveniva quindi in maniera alquanto disordinata.

Ogni U.s.l. procedeva infatti singolarmente nella costruzione degli strumenti informativi che meglio potessero supportarla nelle diverse fasi del processo di *budget* e tutto ciò aveva com-

portato un allungamento dei tempi decisionali all'interno di ogni singola realtà.

Solo in una fase successiva fu quindi presa, a livello regionale, la decisione di tentare una razionalizzazione degli strumenti progettati nelle diverse U.s.l., con l'obiettivo di costruire alcuni schemi generali che potessero diventare comuni a tutte le realtà.

Tuttavia questo tentativo ebbe come risultato quello di trasformare il sistema di *budget* da strumento di governo della singola U.s.l. a strumento di supporto al processo di negoziazione istituzionale tra U.s.l. e Regione, con particolare riferimento alla negoziazione delle risorse finanziarie.

Formulazione e progressivo perfezionamento dei consolidati finali nel processo di *budget* hanno quindi coinciso con il loro impiego nelle relazioni interistituzionali, di negoziazione sulle risorse, tra Regione e U.s.l.

Solo in un secondo momento questi costituirono la base per la predisposizione di *report* con valenza informativa interna ad ogni singola U.s.l..

L'impiego dei consolidati di *budget* nella negoziazione Regione-U.s.l. sulle risorse finanziarie ha comportato il soddisfacimento di due esigenze informative fondamentali:

— chiarire il rapporto tra i costi sostenuti e le funzioni svolte;

— identificare i margini di discrezionalità (controllabilità) disponibili nell'acquisizione e nell'impiego dei fattori produttivi.

Consolidati utili al fine di valutare le scelte di convenienza economica

In questa tipologia di *report* l'attenzione si focalizza sulla distinzione tra costi relativi a combinazioni produttive interne e costi relativi a combinazioni produttive esterne.

L'obiettivo che ci si pone attraverso l'utilizzo di questi consolidati è quello di valutare le scelte di convenienza economica, in particolare del tipo *make or buy*, intraprese dall'organizzazione sanitaria. La figura 7 esemplifica una delle prime applicazioni di

Figura 7 - Consolidato di sintesi per funzioni regionali e per fattori produttivi (distinti tra interni ed esterni)

Funzione	COSTI RELATIVI A COMBINAZIONI PRODUTTIVE INTERNE				COSTI RELATIVI A COMBINAZIONI PRODUTTIVE ESTERNE				Totale costi di funzione	Indicatori di attività	Rapporto costi/indicatori di attività	
	FATTORI PRODUTTIVI	Personale	Beni di consumo	Ammortamenti	Totale costi interni	Servizi in convenz.	Altri servizi	Altri costi				Totale costi esterni
Funzione ospedaliera											N. posti letto gg. degenza	
Funzione prevenzione											Popolazione residente	
Funzione territoriale											Popolazione residente	
Funzione amministrativa											N. dipendenti	
Totale per fattore produttivo										TOTALE U.S.L.		

un consolidato di sintesi per funzioni regionali e per fattori produttivi.

In particolare, i fabbisogni di risorse da parte delle U.s.l. sono stati riferiti alle funzioni di assistenza ospedaliera, di prevenzione, di assistenza territoriale e amministrativa, ossia alle quattro funzioni utilizzate a livello centrale per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale.

Per le diverse funzioni sono quindi stati presentati i costi riferiti ai fattori produttivi utilizzati, effettuando una distinzione tra costi relativi a combinazioni produttive interne ed a combinazioni produttive esterne.

È rilevante sottolineare anche lo sforzo di introdurre, e quindi di definire, un indicatore per funzione che consenta di arrivare a determinare un indice costo/risultato utile per effettuare confronti tra U.s.l. o come possibile riferimento per nuove modalità di attribuzione delle risorse finanziarie.

Consolidati utili al fine di confrontare dati preventivi e dati consuntivi

In questa tipologia di *report* l'attenzione si focalizza sulla distinzione tra costi consuntivi (anno X-1), derivati,

dal sistema di contabilità per centri di costo e costi previsionali (anno X), come da *budget* approvato per l'anno di riferimento.

L'obiettivo che ci si pone attraverso l'utilizzo di questi consolidati è quello di fare emergere eventuali scostamenti al fine di valutarne le cause e procedere alle necessarie azioni correttive.

Ad esemplificazione si riporta in figura 8 un consolidato di sintesi per Servizi e per fattori produttivi.

In questo consolidato, sulle righe, sono evidenziati i Servizi, così come previsti dalla legge regionale di organiz-

Figura 8 - Confronti fra costi consuntivi e costi previsti per Servizi e fattori produttivi

Fattori ⇒ produttivi	Personale competenze fisse		Personale competenze accessorie		Convenzioni specialistica interna e medicina servizi		Materiale sanitario		Materiale tecnico economale		Acquisto servizi sanitari e non sanitari		Manutenzioni ordinarie in appalto		Altri costi		Totale		Altre convenzioni nazionali		Totale	
	Cons.	Prev.	Cons.	Prev.	Cons.	Prev.	Cons.	Prev.	Cons.	Prev.	Cons.	Prev.	Cons.	Prev.	Cons.	Prev.	Cons.	Prev.	Cons.	Prev.	Cons.	Prev.
Servizi ↓																						
P.M.P.																						
Igiene pubblica																						
Medicina preventiva e igiene del lavoro																						
Veterinaria																						
Maternità, infanzia e età evolutiva																						
Salute mentale																						
Medicina di base specialistica e farmaceutica																						
Tossicodipendenze																						
Sociale(fondo sanitario)																						
Assistenza ospedaliera																						
Servizi amministrativi																						
Costi non ripartiti per servizio																						
Costi comuni di U.s.l.																						
Totale																						

zazione vigente, mentre, sulle colonne, vengono indicate le classi di costo ritenute rilevanti ai fini decisionali.

Si sottolinea come tale consolidato risulti in realtà poco leggibile in quanto, nel tentativo di concentrare tutte le variabili in una stessa pagina, richiede al lettore un grosso sforzo di interpretazione.

Consolidati utili al fine di evidenziare il grado di controllabilità dei diversi fattori produttivi

In questa tipologia di *report* l'attenzione si focalizza sulla distinzione tra costi controllabili e costi non controllabili a livello di organizzazione complessiva.

L'obiettivo che ci si pone attraverso l'utilizzo di questi consolidati è quello di identificare gli ambiti (quindi le classi di valori) rispetto ai quali l'azienda dispone di margini di discrezionalità e può quindi essere responsabilizzata.

A titolo esemplificativo, si riporta in figura 9 un consolidato di sintesi per Area/Servizio e per fattori produttivi. In particolare, le modalità di aggregazione per funzioni sono simili a quelle adottate nella figura 7 e fanno quindi riferimento alle funzioni regionali di spesa; al loro interno le funzio-

ni sono state ulteriormente suddivise in aree/servizi il cui numero dipende dal livello di diversificazione e dal grado di complessità presente nelle diverse realtà. Si sottolinea infine che, nell'esemplificazione fornita, tutti i costi interni sono stati classificati come costi controllabili.

Le considerazioni finora svolte sui consolidati di sintesi consentono di affermare che, sempre più in futuro, questo strumento richiederà interventi di ulteriore perfezionamento.

In particolare fino ad oggi due sono state le linee di sviluppo e di progres-

Figura 9 - Consolidato di sintesi per area/servizio e per fattori produttivi (distinti tra controllabili e non controllabili)

	COSTI CONTROLLABILI					COSTI NON CONTROLLABILI					TOTALE PER AREA/SERVIZIO
	INTERNI		ESTERNI			ESTERNI					
	PERSONALI	BENI DI CONSUMO	ALTRI SERVIZI	ALTRE CONVENZ.	AMMORTAMENTI	ALTRI COSTI	CONVENZ. MEDICINA DI BASE	CONVENZ. FARMACEUT.	CONVENZ. PROFES. RIABILIT.	CONVENZ. UNIV.	
Funzione osped.											
Area chirurgica											
Area medicina											
Area serv. diagnostici											
Funz. prevenz.											
Serv. P.M.P.											
Serv. I.P.											
Serv. M.L.											
Serv. veter.											
Funz. territor.											
Serv. tossic.											
S.M.B.S.F.											
S.M.I.E.E.											
S.I.M.A.P.											
Funz. amministr.											
Serv. Affari Gen.											
Serv. Personale											
Serv. Bilancio											
Servizio tecnico/econ.											
Tot. fatt. prod.											Totale U.s.l.

Legenda:

P.M.P. = presidio multizonale di prevenzione.

I.P. = igiene pubblica.

M.L. = medicina del lavoro.

S.M.B.S.F. = Servizio medicina di base, specialistica, farmaceutica.

S.M.I.E.E. = Servizio materno infantile e dell'età evolutiva.

S.I.M.A.P. = Servizio igiene mentale ed assistenza psichiatrica.

sivo perfezionamento delle prime ipotesi di consolidati:

— una crescente attenzione allo stato di attuazione dei piani operativi (grado di realizzazione degli obiettivi previsti) e al rapporto attività/risorse;

— una rifocalizzazione sui fabbisogni informativi connessi all'attività di gestione interna delle aziende sanitarie pubbliche.

(1) Viene qui adottata la definizione di sistemi operativi come sottosistemi di compiti, di modalità di loro svolgimento e tecniche, individuati con riferimento a funzioni tipicamente trasversali rispetto all'articolazione dell'intera struttura organizzativa. Tipicamente i sistemi operativi sono rappresentati dai sistemi di pianificazione, dai sistemi di programmazione e controllo, dai sistemi di ricompensa, dai sistemi di sviluppo dell'organismo personale e dai sistemi informativi e di decisione. Airoldi (1980).

(2) Sul tema dei sistemi operativi di programmazione e controllo si veda Amigoni (1979).

(3) Per i criteri di costruzione del piano dei centri di responsabilità si veda la II fase di questo articolo in *Mecosan* III (10):62, 1994.

(4) Per un approfondimento sul tema si veda Zavattaro (1993).

(5) Per un approfondimento sul tema si veda Reborra-Meneguzzo (1990).

BIBLIOGRAFIA GENERALE

AA.VV. (1984). *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*. Milano: Giuffrè.
AA.VV. (1988). *L'azienda Sanità*. Milano: F. Angeli.
AGLIATI M. (1988). *Il budget e l'attività di programmazione e controllo per aree funzionali*, in Amigoni F. (a cura di) *Misurazione d'azienda*, vol. II. Milano: Giuffrè.
AIROLDI G. (1980). *I sistemi operativi*. Milano: Giuffrè.
AMIGONI F. (1979). *I sistemi di controllo direzionale*. Milano: Giuffrè.
ANESSI E. (1993). *Alcune considerazioni in tema di sistema informativo contabile dell'azienda composta pubblica*, in *Scritti in onore di Carlo Masini*. Milano: Egea.
ANTHONY R.N. & YOUNG D.W. (1988).

Management control in non profit organizations. Homewood, IL: Irwin.
ANSOFF H.I. (1984). *Implanting strategic management*. Englewood Cliffs, NY: Prentice Hall.
BORGONOV E. (1984). *Il sistema contabile negli istituti pubblici: caratteristiche, valutazione, prospettive*, in *Studi e ricerche della facoltà di Economia e commercio dell'università di Parma*. Parma: Patron.
CHEEK (1977). *Zero base budgeting comes of age*. New York, N.Y.: Anacom.
CODA V. (1968). *I costi di produzione*. Milano: Giuffrè.
CODA V. (1988). *L'orientamento strategico dell'impresa*. Torino: Utet.
MASON R.O. & SWANSON E.B. (1979). *Measurement for management decision: a*

perspective. California Management Review, XXI (3):70-81.
PHYRR R. (1973). *Zero-base budgeting*. New York, N.Y.: Wiley.
REBORA G.-MENEGUZZO M. (1990). *Strategia delle amministrazioni pubbliche*. Torino: Utet.
ZAVATTARO F. (1986). *La contabilità direzionale come strumento di gestione dell'U.s.l.: aspetti di progettazione del sistema*. Come, IV (3):36-39.
ZAVATTARO F. (1990). *La determinazione dei valori nel sistema di contabilità analitica*, in Borgonovi E. (a cura di) *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*. Milano: Egea.
ZAVATTARO F. (1993). *Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario*. *Mecosan*, II (5):24-35.

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

LA GESTIONE CONCORRENZIALE DEI FORNITORI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE BRITANNICO

L'ESPERIENZA DI UNA AUTORITÀ SANITARIA REGIONALE

di Robin G. Milne (*)

Department of Political Economy - University of Glasgow

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. L'autorità sanitaria regionale South West Thames (SWT) - 3. La selezione delle imprese - 4. Servizi di pulizia - 5. Ristorazione - 6. Servizi di lavanderia - 7. Il risultato del market-testing - 8. Discussione.

1. Introduzione

Il *market-testing* è l'espressione con cui viene attualmente definita la gestione concorrenziale dei fornitori; si tratta, in pratica, di una gestione concorrenziale obbligatoria (1). Questo sistema viene usato dal Governo inglese per verificare il grado di efficienza dei servizi ausiliari del Servizio sanitario nazionale (NHS). Così definito, il *market-testing* è espressione diretta della politica dei governi conservatori che si sono succeduti dal 1979 in poi.

Il Ministero della difesa ha per primo utilizzato il *market-testing* per i servizi di pulizia dimostrando la possibilità di ottenere consistenti risparmi di spesa (Hall, 1984). Questa esperienza ha spinto il Governo ad estendere l'uso della gestione concorrenziale dei fornitori ad altri settori della pubblica amministrazione, uno dei quali è appunto il Servizio sanitario nazionale (NHS). Nel settembre del 1983, sono state pubblicate le direttive che richiedevano al NHS di gestire attraverso il *market-testing* i servizi di lavanderia, ristorazione e pulizia. Tali direttive sono state emesse da tutti i ministeri della sanità del Regno Unito che coprono il territorio di Inghilterra, Galles, Scozia ed Irlanda del Nord.

Questo lavoro analizza l'esperienza di una delle autorità sanitarie regionali inglesi, quella del South West Thames (SWT), considerando come arco temporale il periodo che va dall'introduzione del *market-testing* fino al 1992.

È stata selezionata una Regione dell'Inghilterra perché in questo dipartimento l'implementazione delle direttive è stata più rapida che non negli altri (Milne, 1992). La Regione SWT è stata selezionata sulla base del successo ottenuto dalle imprese appaltatrici dei servizi ausiliari in questione, le quali hanno raggiunto un notevole grado di penetrazione nel mercato dei servizi alberghieri per il NHS (NAO, 1987).

Pertanto la SWT non può essere considerata un esempio significativo dell'esperienza inglese del *market-testing*. Infatti, anche se ci sono state difficoltà nell'implementazione della nuova politica nella Regione suddetta, è probabile che queste sino state comunque di minore entità rispetto a quelle che altre amministrazioni sanitarie locali hanno dovuto affrontare.

Un altro studio, che prende in considerazione l'esperienza scozzese, permette di effettuare alcuni raffronti al proposito.

L'opportunità di analizzare i risultati dell'introduzione della politica del

market-testing in un'altra Regione dell'Inghilterra ha fornito all'autore lo stimolo a sviluppare questo studio.

Sono stati esaminati sei contratti di *market-testing*, riferiti ai tre servizi in questione. Nonostante la piccola dimensione di questo campione, era evidente tuttavia che le imprese appartenenti ai tre settori avevano avuto esperienze differenti (Milne, 1987). Contemporaneamente a questa ricerca, la commissione incaricata dell'analisi della spesa pubblica del National Au-

(*) La traduzione dall'inglese è stata curata da Alberto Antognozzi.

Ringraziamenti: Questo studio non sarebbe stato realizzabile senza l'assistenza di Colin Clark, consulente regionale per i servizi alberghieri per l'autorità sanitaria regionale «South West Thames», di diversi dipendenti del Servizio sanitario nazionale in servizio presso le autorità sanitarie distrettuali, e dello staff della passata organizzazione «Servizi di fornitura regionale» e della presente divisione Sud-Ovest del NHS divisione di forniture. Fiona Brough e Mary Latham hanno entrambe fornito particolare aiuto alla ricerca. Il supporto finanziario è stato garantito dal «Consiglio per le ricerche economiche e sociali» e dal lascito di John Robertson. Mi scuso con tutti coloro i quali non ho nominato. Una prima bozza di questo lavoro è stata presentata al gruppo di studio di economia sanitaria della London School of Hygiene and Tropical Medicine, tenutosi dal 5 al 7 gennaio 1994.

dit Office (NAO) esaminò l'applicazione della politica a livello nazionale. I risultati ottenuti sono molto simili, per quanto possano essere comparabili dati che si riferiscono ad esperienze sviluppate in differenti ambiti geografici (NAO, 1987). In particolare, le imprese di pulizia sono riuscite a penetrare più facilmente nel mercato e hanno ottenuto maggiori risparmi di costo rispetto alle imprese private di lavanderia e di ristorazione.

In questo articolo vengono esaminate le differenti esperienze maturate nei tre servizi. Determinate misure sono state prese dal Governo nel 1986 per rendere più facile l'ingresso di tali imprese nel sistema sanitario; viene anche esaminata l'evidenza e l'impatto di tali provvedimenti. Elemento basilare di questa analisi è comunque il fatto che il *market-testing* ha senso solamente se il settore che si intende esternalizzare è caratterizzato da sufficienti spinte competitive. In caso contrario non avrebbe senso gestire attraverso il meccanismo della concorrenza tali servizi; sarebbe infatti meglio risparmiare tutte le spese necessarie ad approntare un adeguato sistema di regolamentazione, funzionale all'introduzione di un meccanismo di *market-testing* (Williamson, 1971 e 1979).

2. L'autorità sanitaria regionale South West Thames (SWT)

Introduzione

Oltre a quanto precedentemente osservato, il SWT non era caratterizzato da ulteriori specifici aspetti. Al momento dell'introduzione della politica di *market-testing*, la Regione era composta da tredici autorità sanitarie distrettuali; tale numero è rimasto invariato fino al 1992. Negli ultimi anni, relativi all'arco temporale considerato, i fornitori del Sistema sanitario nazionale hanno ottenuto un certo grado

di autonomia dalle rispettive autorità sanitarie distrettuali diventando fiduciarie del NHS (NHS Trust, United Kingdom, 1989). Nel SWT nell'aprile del 1991 e nello stesso mese dell'anno successivo furono rispettivamente create prima sette e poi altre quattro unità fiduciarie. Delle tredici autorità sanitarie distrettuali, otto ebbero le loro fiduciarie entro la fine del 1992.

Durante il periodo di studio, le autorità sanitarie distrettuali avevano l'obbligo di implementare il sistema competitivo, mentre l'autorità sanitaria regionale era responsabile della corretta realizzazione e messa in opera dello strumento in base alle direttive impartite dal Governo. Le fiduciarie del Servizio sanitario nazionale sono un'eccezione, e stipulano autonomamente i loro particolari accordi, malgrado la loro *performance* sia comunque oggetto di vigilanza da parte dell'autorità.

Nei primi anni dopo il 1983, le autorità sanitarie distrettuali dovevano fornire dei resoconti quadrimestrali sull'andamento delle attività, indicando:

- quali contratti erano stati offerti nella forma di *market-testing*;
- chi era risultato vincitore di tali contratti;
- quanti erano stati i risparmi ottenuti;
- la percentuale sul valore totale dei servizi distrettuali organizzati secondo la procedura di *market-testing*.

Queste informazioni dovevano essere consegnate al dipartimento della sanità. Alcune di esse apparivano ad intervalli regolari nella *Hansard*, la pubblicazione ufficiale che raccoglie i dibattiti parlamentari e le risposte scritte dei ministri, e sono state una preziosa fonte per successivi studi.

Nel periodo finanziario 1982-83, cioè l'anno antecedente la pubblicazione delle direttive governative, solo una piccola frazione dei servizi in questione era prodotta dal settore privato

nel SWT: circa il 2% per quanto riguarda i servizi di ristorazione (Hansard, 19 dicembre 1983). Questi dati sono molto simili a quelli riscontrabili a livello nazionale.

Tali cifre implicano per la Regione SWT le seguenti considerazioni.

Nel caso dei servizi di pulizia, in tutti i tredici distretti già figuravano contratti di gestione concorrenziale dei fornitori, ma uno solo tra questi era caratterizzato da dimensioni di una certa rilevanza. Quasi sempre gli appalti consistevano nella pulizia degli uffici e delle finestre, ma non degli ospedali.

Nel caso del servizio di ristorazione, solo sei dei distretti utilizzavano imprese appaltatrici esterne e, a causa delle piccole dimensioni dei contratti di *market-testing* stessi, nessuna di tali imprese forniva i suoi servizi direttamente ai pazienti. Infine, nel caso dei servizi di lavanderia, tutti i distretti analizzati usavano forme contrattuali di gestione competitiva dei fornitori: le dimensioni del *market-testing*, in questo settore erano relative a contratti di natura essenzialmente marginale, tranne che per una unità dove l'importo della spesa sostenuta era più della metà delle spese complessivamente sostenute per tale servizio.

Ricerche successive suggeriscono che gli appalti per le pulizie sono stati spesso espletati in altri distretti da unità interne al NHS, ad un livello che era ritenuto consono per un servizio ausiliario organizzato su base regionale o *supra-regionale*, lasciando così intendere che si sarebbero potute sfruttare economie di scala. Dunque, anche nel caso dei servizi di lavanderia, risulta incerto stabilire il livello di utilizzo di contratti di *market-testing* relativamente al caso delle imprese private prima della pubblicazione delle direttive sull'utilizzo del *market-testing* stesso.

Le direttive emanate nel settembre del 1983 indicavano quali servizi, a li-

vello di distretto, avrebbero dovuto essere gestiti attraverso il *market-testing*.

Successivamente, sempre nel corso del 1983, nel mese di dicembre, il dipartimento della sanità e della sicurezza sociale «...statuì che tutte le autorità interessate, a meno che non fossero insorte circostanze particolari, avrebbero dovuto completare i programmi entro il settembre del 1986» (NAO, 1987). Alla fine dei tre anni presi in considerazione, delle tredici autorità sanitarie distrettuali, cinque avevano effettivamente portato a termine questo obiettivo per quanto riguarda i servizi di pulizia, due nel caso del servizio di ristorazione e quattro nel caso dei servizi di lavanderia (Hansard, 25 novembre 1986).

Entro la fine del mese di settembre del 1986 alcuni distretti erano prossimi a gestire attraverso il *market-testing* tutti i servizi in parola. Pertanto, considerando ogni distretto avente ugual peso, la proporzione regionale dei singoli servizi che venivano gestiti in maniera concorrenziale sul valore totale previsto, entro il termine considerato, era rispettivamente dell'87% per i servizi di pulizia, del 47% per i servizi di ristorazione e del 64% per i servizi di lavanderia. I dati per l'Inghilterra nel complesso non erano molto differenti, essendo del 77%, 55% e 73% rispettivamente (NAO, 1987).

Simili informazioni sono state pubblicate periodicamente e ci hanno permesso di monitorare il progresso dell'attività in questione presso la SWT per i tre servizi analizzati. Queste osservazioni vengono evidenziate nella figura 1, per il periodo dal dicembre del 1984 allo stesso periodo del 1986. Tutti e tre i servizi mostrano un continuo progresso man mano che i distretti procedono all'esternalizzazione. In ogni caso, anche verso la fine del 1986, solamente due dei tredici distretti avevano portato a compimento l'intero programma.

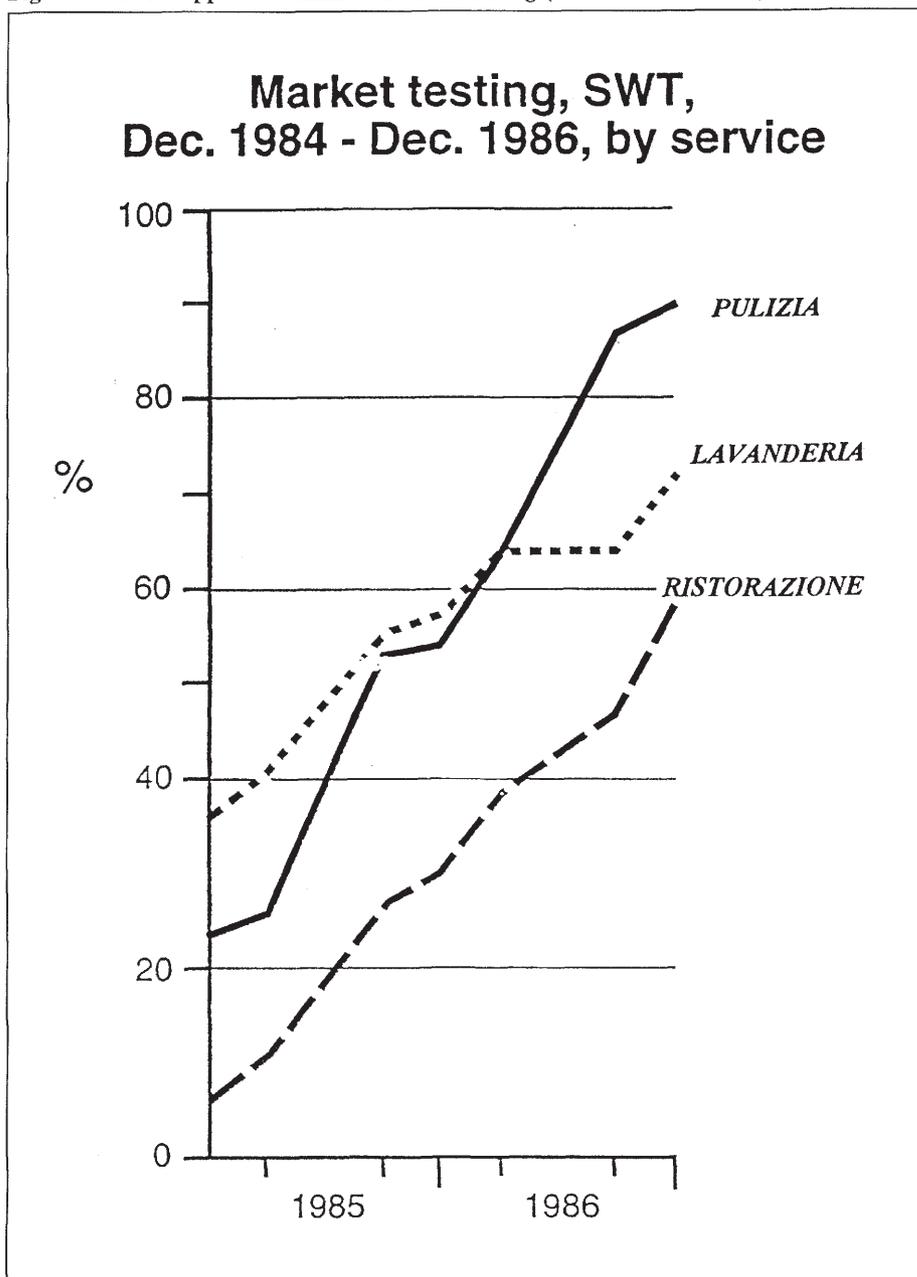
Lo scopo principale che anima questa ricerca è la definizione del livello di concorrenza che si è manifestato con riguardo ai tre servizi in oggetto.

Informazioni pertanto sono state raccolte, con riferimento a tutti i contratti di *market-testing* stipulati a partire dalla pubblicazione delle direttive

in materia, su coloro cui è stata estesa l'offerta di *market-testing*, su coloro che hanno risposto all'offerta ed infine su coloro che hanno ottenuto un contratto di tal genere.

Il campione studiato nella nostra analisi comprende i contratti che sono stati formalmente offerti attraverso il

Figura 1 - Lo sviluppo dell'utilizzo del *market-testing* (dicembre 1984-1986)



meccanismo di *market-testing*. In alcuni casi ad alcune offerte non è, poi seguita l'assegnazione del servizio a causa della carenza di imprese esterne interessate e per offerte di adesione assolutamente inaccettabili fornite dalle organizzazioni interne. In quei casi non si è avuto alcun cambiamento rispetto alla formale relazione preesistente che legava le autorità sanitarie alle unità interne fornitrici del servizio. Il bollettino *Hansard* registra talvolta, erroneamente, tali assegnazioni del servizio ai settori interni al servizio sanitario come se fossero avvenute tramite *market-testing*. Il campione oggetto di analisi non considera i tentativi di stipulare una gestione concorrenziale dei fornitori falliti prima di raggiungere lo stadio di offerte formali a causa della evidente mancanza di imprese interessate alla gara.

In base alle precedenti considerazioni, sono 224 i contratti che sono stati identificati come veri contratti di *market-testing* stipulati nel periodo che va dal settembre del 1983 alla fine del 1992. Solamente uno tra i contratti identificati dall'*Hansard* in questo periodo non è stato preso in considerazione in questo studio. Alcuni appalti per la pulizia degli uffici, troppo piccoli per essere rilevati dal dipartimento per la sanità, possono poi non essere stati considerati. A parte queste omissioni, si ritiene che il grado di accuratezza delle rilevazioni sia in ogni caso accettabile. Di queste, solamente otto non si riferiscono ad un singolo servizio; considerando come singolo servizio la pulizia, la ristorazione e la lavanderia. Questo studio si concentra sui 216 contratti che fanno riferimento al *market-testing* di un singolo servizio. Informazioni sulla distribuzione di questi contratti per tipo di servizio e per anno di inizio sono rappresentati nella seguente tabella 1.

In questo contesto l'esperienza della SWT contrasta con quella scozzese.

In Scozia i contratti di *market-testing* multi-servizio erano già molto comuni nel 1989, e sono risultati i più diffusi nel 1991 (Milne, 1993a). L'enfasi posta dalla Regione SWT su contratti riguardanti un singolo servizio fino al 1992 contrasta inoltre con l'attuale tendenza da parte del Governo di favorire la stipula di contratti sui servizi (United Kingdom, 1991) secondo cui l'intero insieme di servizi secondari deve essere gestito con la possibilità poi di concedere sub-appalti.

Una ragione che spiega l'esistenza di un maggior numero di contratti di *market-testing* per le pulizie, rispetto al settore della ristorazione, risiede nel fatto che i primi si sono sviluppati in precedenza ed hanno una durata piuttosto breve, in genere triennale. Per questa ragione un maggior numero di contratti di pulizia dovette essere rinnovato e offerto di nuovo attraverso il meccanismo del *market-testing*, spes-

so più di un volta. Questo appare chiaramente dalla tabella 2.

Nel caso dei contratti riguardanti i servizi di lavanderia, il loro relativo minor numero dipende dal fatto che si riferiscono frequentemente all'autorità sanitaria distrettuale nel suo caso complesso, piuttosto che ai singoli ospedali.

3. La selezione delle imprese

Nelle sue originarie direttive, il dipartimento per la sanità e la sicurezza sociale identificò quattro associazioni di categoria di servizi: una per il servizio di ristorazione, un'altra per il servizio di pulizia e due per il servizio di lavanderia. A suo tempo poi soltanto una associazione di categoria ha finito per rappresentare i servizi di lavanderia. Le direttive non obbligavano l'autorità sanitaria a rivolgersi alle imprese aderenti alle associazioni menzionate, ma, in ogni caso, essa «...doveva

Tabella 1 - Contratti di *market-testing* singoli, per servizio, 1983-1992

Anno d'inizio	Pulizia	Ristorazione	Lavanderia	Tutti i singoli servizi
1983	1	—	—	1
1984	7	2	8	17
1985	21	10	6	37
1986	22	16	3	1
1987	15	5	6	26
1988	10	7	3	20
1989	13	10	1	24
1990	14	3	4	21
1991	7	7	3	17
1992	5	2	5	12
Tutti gli anni	115	62	39	216

Tabella 2 - Contratti di *market-testing* per singolo servizio e numero di gare di *market-testing* dal 1983 al 1992

Gara	Pulizia	Ristorazione	Lavanderia	Tutti i singoli servizi
1	65	41	16	122
2	41	20	13	74
3 o più	9	1	10	20
Tutte le gare	115	62	39	216

valutare come soddisfacenti, sia da un punto di vista tecnico che finanziario, le caratteristiche dell'impresa a cui era rivolta l'offerta di *market-testing*» (DHSS, 1983).

La quasi totale assenza di imprese private che svolgono servizi attraverso la forma del *market-testing* all'epoca della pubblicazione delle direttive metteva a disposizione dell'autorità distrettuale una esperienza assai limitata a cui far riferimento per compiere la selezione. All'inizio alcuni distretti effettuarono le loro proprie selezioni, ma ben presto si rivelò assai più conveniente centralizzare questo compito a livello regionale.

Nel caso dei servizi di pulizia, una divisione dei servizi di fornitura regionali si occupò per prima della selezione delle imprese. In seguito la funzione di scelta delle imprese appaltatrici dei servizi di pulizia fu presa in carico dal dipartimento regionale per i servizi alberghieri. Questo dipartimento fu anche responsabile della selezione dei potenziali appaltatori per i servizi di ristorazione e di lavanderia. Più di recente, nel 1990, la Regione ha definito un'altra breve lista di appaltatori ufficiali per i servizi alberghieri. Dovrebbe tuttavia essere sottolineato il fatto che questi elenchi erano disponibili per le autorità sanitarie distrettuali ad esclusivo uso informativo, non costituendo assolutamente un elenco vincolante all'interno del quale effettuare le scelte.

Le disposizioni per il coordinamento del meccanismo di *market-testing*, che includevano la selezione delle imprese, variavano da distretto a distretto. In sei delle tredici autorità sanitarie distrettuali il coordinamento fu effettuato da una divisione dei servizi di fornitura regionali. L'attività correlata alla stipula dei contratti di *market-testing* costituisce il campo di attività principale dei dipartimenti per la fornitura dei servizi. In ogni caso, quando le direttive furono inizialmente pubblica-

te, l'esperienza di questi dipartimenti era soprattutto concentrata sull'acquisto di prodotti, non tanto di servizi.

Nessun modello esplicito di comportamento è ravvisabile per le altre autorità sanitarie distrettuali. Talvolta furono utilizzati i dipartimenti per la gestione dei servizi, in base alla loro esperienza, altre volte invece dipartimenti per il personale, con la loro esperienza nelle relazioni industriali. Qualunque fosse il settore di appartenenza del soggetto che coordinava il processo di *market-testing*, il giudizio finale da questi espresso in merito alla scelta delle imprese, che dovevano essere invitate a partecipare alla gara di *market-testing* era comunque influenzato dai punti di vista espressi dalla direzione dell'unità che avrebbe dovuto fruire del servizio. Tali unità destinatarie del servizio erano costituite di volta in volta da una serie di autorità sanitarie, da un ospedale o da gruppi di ospedali. In conseguenza, se uno dei fruitori del servizio avesse ottenuto un trattamento inadeguato, poteva, nella persona del dirigente responsabile depennare il nome dell'impresa appaltatrice dalla lista delle imprese chiamate a partecipare ai futuri appalti.

Le autorità sanitarie distrettuali hanno seguito una normale procedura di ricerca dell'interesse delle società o unità interne a partecipare a processi di *market-testing*. Probabilmente esistono alcune circostanze in cui l'autore non è riuscito ad identificare tutte le imprese che non avevano intenzione di partecipare al meccanismo di gestione concorrenziale dei fornitori pur avendone i necessari requisiti. Tali omissioni derivano da particolari circostanze in cui non erano disponibili dati completi e tutte le informazioni rimanenti riguardano le imprese che effettivamente hanno partecipato agli appalti. Tuttavia i dati che si riferiscono agli inviti alle gare di *market-testing* possono essere considerati suffi-

cientemente completi per gli scopi di questo studio.

Per quanto riguarda il grado di correttezza nei confronti delle imprese invitate alle gare di *market-testing*, bisogna sottolineare che quelle interessate sono invitate collegialmente a sessioni *pre-market-testing*, durante le quali vengono loro spiegati i termini del contratto e possono visitare il sito in cui si dovranno svolgere le attività di servizio. Le imprese appaltatrici, di conseguenza, hanno una corretta percezione del grado di concorrenza e possono considerare in piena consapevolezza se possa valere la pena sostenere i costi necessari a preparare gli estremi del progetto per la partecipazione alla gara di *market-testing*.

La valutazione delle offerte è condotta in modo normale, con l'obiettivo di accettare l'offerta minore, «...a meno che non si manifestino motivazioni particolari che ostacolano tale scelta a livello dell'autorità sanitaria distrettuale» (DHSS, 1987). In realtà, la politica del *market-testing* è stata così scrupolosa che in diverse occasioni è stato necessario rivolgersi al livello superiore. Le «particolari ragioni» normalmente dovrebbero riguardare dubbi in merito alla capacità dell'impresa appaltatrice di portare a compimento le specifiche contrattuali rispetto al numero di persone da assumere e la capacità di assumere una quantità sufficiente di forza lavoro specializzata al livello retributivo indicato.

Si analizza ora l'esperienza maturata nei tre servizi. In tutti e tre i casi vengono fornite alcune note esplicative che si riferiscono alla situazione nazionale. In un secondo momento viene esaminata l'esperienza della SWT per le indicazioni che essa può fornire.

4. Servizi di pulizia

Le imprese private appaltatrici di questo servizio furono entusiaste ri-

guardo l'opportunità che si apriva loro, di entrare nel mercato costituito dal Servizio sanitario nazionale. Solo alcune godevano di precedenti esperienze nel campo della pulizia degli ospedali: infatti questo servizio era generalmente fornito internamente al NHS stesso. L'impresa tipo, che poteva vantare una lunga esperienza nello specifico settore, in realtà aveva operato in condizioni di mercato assai differenti. In particolare, in passato, il livello di concorrenza generata da altre imprese appaltatrici era praticamente nullo. Infatti l'autorità sanitaria che decideva di assumere una impresa lo faceva per propria scelta, non essendo obbligata a farlo. Perciò i contratti erano generalmente «negoziati», e rinnovati più o meno automaticamente su base annuale.

Una ulteriore peculiarità che caratterizzava questa impresa di pulizie era data dal fatto che il contratto di pulizia dell'ospedale faceva parte della «gestione dei servizi». Gli addetti alle pulizie erano impiegati direttamente dal NHS ed erano pagati sulla base del contratto nazionale *Whitley Council* per quanto riguarda i salari e le condizioni di fornitura del servizio. In conseguenza, questa impresa non era preparata ad affrontare la competizione determinata dal *market-testing*, con la conseguenza che perse molti dei contratti che deteneva in precedenza e ha trovato serie difficoltà nell'ottenere un profitto sui contratti che era riuscita ad aggiudicarsi.

Altre imprese che hanno partecipato alle gare di *market-testing* non avevano invece alcuna esperienza di pulizia degli ospedali. Ciò non trattenne però le autorità sanitarie dall'invitarle a concorrere, nè queste dal partecipare. Alcuni segni tangibili di questa inesperienza si manifestano, per esempio, nelle dimensioni nelle proposte avanzate per un contratto di cui erano disponibili informazioni. In questo

caso il numero delle imprese invitate a concorrere era insolitamente elevato per la SWT. Il grande divario dei valori che erano stati presentati è indicato nella tabella 3. Il contratto è stato aggiudicato al miglior offerente.

Le imprese per le quali è stato possibile ottenere informazioni di tipo finanziario sufficientemente attendibili e complete, hanno tutte sostenuto delle perdite entrando nel mercato dei servizi di supporto al NHS secondo il meccanismo del *market-testing* (Milne, 1993b). Questo fattore può essere valutato come un normale «costo di entrata», infatti le imprese che si erano aggiudicate i contratti avevano volontariamente sottostimato il costo pur di vincere il contratto, o semplicemente hanno scontato «la maledizione del vincitore». La maggior parte delle imprese, che sono entrate nel mercato nel periodo iniziale di implementazione dei nuovi regolamenti, si sono dovute successivamente ritirare, alcune a causa del fatto che la loro impresa-madre

era stata comprata da un'altra azienda. Inoltre, le imprese che rimasero sul mercato alzarono successivamente i costi a livelli più realistici (Domberger, et altri, 1987; Milne, 1993b). Come si può dimostrare che questo cambiamento nella politica di offerta abbia ottenuto un impatto tangibile sulla accettazione da parte delle imprese di partecipare alle gare di *market-testing*?

Informazioni sugli inviti alle gare di *market-testing* e sugli appalti assegnati è fornita nella tabella 4 per due sotto-periodi: dal 1983 al 1986, quando il mercato per i servizi di pulizia degli ospedali era in fase di costituzione, e dal 1987 al 1992, quando si poteva considerare il mercato ormai maturo. Esiste un caso isolato in cui nessuna impresa appaltatrice fu invitata ad un'offerta, ed il contratto stipulato fu effettivamente negoziato. Ma era assai più comune per le autorità sanitarie distrettuali invitare 4 o 5 imprese in entrambi i periodi. Ma, cosa più impor-

Tabella 3 - Offerta per un contratto *market-testing* per la pulizia di un ospedale (in migliaia di sterline)

meno di 300.....	2
da 300 a 599	8
da 600 a 999	2
1000 e più.....	2

Tabella 4 - La risposta delle imprese alle offerte: i servizi di pulizia

Imprese	Inviti				Offerte			
	1983-86		1987-92		1983-86		1987-92	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
0.....	—	—	1	2	2	4	6	9
1.....	1	2	1	2	7	14	10	16
2.....	1	2	1	2	13	25	17	27
3.....	3	6	10	16	10	20	14	22
4.....	12	24	13	20	10	20	13	20
5.....	22	43	23	36	7	14	3	5
6.....	8	16	7	11	—	—	1	2
7 e più.....	4	8	8	13	2	4	—	—
Tutte le imprese	51	100	64	100	51	100	64	100

tante per la costituzione di un mercato competitivo, in entrambi i periodi era raro che sia l'impresa esterna che l'utilità di fornitura interna non fossero sottoposte ad un qualche tipo di concorrenza. In ogni caso le imprese appaltatrici private furono meno inclini ad inoltrare offerte nel secondo periodo, anziché nel primo.

5. Ristorazione

È in questo settore che l'assenza di concorrenza è stata più evidente nel periodo iniziale: il livello di risparmio dei costi è stato assai limitato e le imprese private furono in grado di aggiudicarsi soltanto pochi contratti (NAO, 1987). Il Governo, preoccupato per questa situazione, affidò ad un'impresa di consulenza direzionale il compito di fornire «...consigli in merito alla creazione di un nuovo sistema di ristorazione, che utilizzasse tecnologie innovative, ed informazioni sulle differenti possibilità che erano utilizzabili per fornire un adeguato servizio di ristorazione» (Coopers & Lybrand associates, 1985). Una delle opzioni caldegiate dalla società di consulenza fu di organizzare il servizio di ristorazione a livello di autorità sanitaria distrettuale nel suo complesso, e non a livello di singolo ospedale. La consulenza forniva anche elementi di valutazione in merito all'introduzione di unità di fornitura centralizzate dove le nuove tecnologie di cottura e refrigeramento rapidi potessero essere adeguatamente implementati. Le motivazioni economiche per l'uso di unità produttive centralizzate erano simili a quelle per l'utilizzo di lavanderie centralizzate: l'obiettivo era quello di raggiungere economie di scala, con laboratori ed imprese posseduti o dalle imprese appaltatrici o dalle autorità sanitarie.

Una notevole difficoltà a proposito dell'utilizzo delle unità di produzione centralizzate, subito riscontrata non

appena il lavoro dei consulenti fu pubblicato, consisteva nel pericolo di scarsa igiene del cibo e di avvelenamenti. Per questa ed altre ragioni alcune autorità sanitarie distrettuali richiedevano la preparazione di pasti freschi, la cui cottura dovesse avvenire all'interno dei singoli ospedali. Un aspetto significativo è che tuttavia le imprese appaltatrici non hanno dovuto pagare l'uso delle cucine ospedaliere di proprietà del NHS fino all'aprile del 1992. Quindi, come nel passato, sia le imprese appaltatrici che le unità di produzione interne furono trattate in maniera uguale. A causa delle preoccupazioni per la cottura, cioè per l'utilizzo del raffreddamento rapido e le necessità riguardanti la cottura dei pasti sul posto, sono state raccolte le seguenti informazioni sulla base di domande per ogni contratto *market-testing* per la ristorazione:

1) le cucine di proprietà del NHS hanno dovuto essere utilizzate?

2) l'opzione di raffreddamento rapido avrebbe potuto essere utilizzata?

Le risposte a queste domande possono essere osservate nella tabella 5. Entrambe indicano che le condizioni operative sopportate dagli appaltatori divennero meno onerose dopo che il Governo fornì la sua consulenza alle autorità sanitarie.

Quale fu la risposta delle imprese appaltatrici? Informazioni, paragonabili a quelle indicate nella tabella 4 a proposito dei servizi di pulizia sono fornite nella tabella 6. Non accadde solo che le autorità sanitarie ritardassero gli inviti per le gare di *market-testing* (si veda la figura 1), ma anche che le imprese rivolgersero scarsa attenzione agli inviti che vennero loro mandati nel periodo iniziale. Più della metà delle offerte, che sono state poi aggiudicate alle unità interne, non sono state caratterizzate da alcun grado di concorrenza.

Tabella 5 - Restrizioni agli appalti per la ristorazione

Appalti	Cucine NHS		Opzione di cottura-raffred.	
	1983-86	1987-92	1983-86	1987-92
si	22	14	11	19
no.....	6	20	17	15
Tutti i contratti	28	34	28	34

Tabella 6 - Risposte delle imprese alla gara di *market-testing* servizi di ristorazione

Appaltatori	Inviti				Offerte			
	1983-86		1987-92		1983-86		1987-92	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
0.....	—	—	—	—	16	57	26	76
1.....	1	4	1	3	9	32	5	15
2.....	1	4	3	9	2	7	2	6
3.....	1	4	5	15	1	4	1	3
4.....	6	21	14	41	—	—	—	—
5.....	8	29	11	32	—	—	—	—
6.....	5	18	—	—	—	—	—	—
7 e più	6	21	—	—	—	—	—	—
Tutte le imprese	28	100	34	100	28	100	34	100

Il tentativo del Governo e delle autorità sanitarie di interessare imprese appaltatrici dopo il 1986 sembra non aver riscosso grande successo, non evidenziando alcun aumento nella volontà delle imprese di partecipare alla gestione attraverso *market-testing*. Nel periodo successivo i tre quarti dei contratti che vennero offerti in *market-testing* furono vinti da unità di fornitura interne senza che si sviluppasse alcun grado di concorrenza. La risposta fu così scarsa in entrambi i periodi che non vennero aggiudicati 6 dei contratti identificati. Solo altri due contratti, tra 224 identificati, includevano anche servizi di ristorazione. La conclusione inevitabile è che il Governo ha fallito nel suo tentativo di raggiungere il grado di concorrenza necessario a giustificare il meccanismo di *market-testing* per i servizi di ristorazione.

6. Servizi di lavanderia

Si riteneva che, una volta introdotto il *market-testing*, il settore privato avrebbe garantito un adeguato grado di concorrenza alle lavanderie interne al NHS. Una fonte di probabile confusione fu l'apparente gran numero di fornitori privati evidenziato dallo *Statutory Accounts* pubblicato dall'autorità sanitaria. Sembra infatti che alcuni appalti che riguardano la fornitura del servizio da parte di una autorità sanitaria ad un'altra siano stati erroneamente conteggiati come appalti forniti da imprese private. Il secondo errore di valutazione consisteva nel compito globale di lavanderie private che fornivano un servizio di supporto al NHS quando gli impianti di quest'ultimo si rompevano o quando non erano in grado di fornire servizi nei periodi di eccesso di richiesta. Infine il settore privato era caratterizzato da una strutturale situazione di eccesso di capacità produttiva causato da un declino del-

l'attività nei settori base della lavanderia personale ed alberghiera determinata dall'espandersi dell'utilizzo di lavatrici domestiche e di lavanderie automatiche. Quello che in effetti avvenne fu che l'eccesso di capacità produttiva manifestatasi nel settore privato si esaurì rapidamente non appena le imprese private vinsero alcuni dei grandi appalti del NHS. Non appena questo accadde, la base appropriata di una politica dei prezzi fondata sui costi marginali cambiò ed il settore privato dovette tenere in considerazione anche il costo del capitale oltre ai normali costi di gestione. Nel NHS, il fattore capitale era incluso nell'offerta interna solo nel caso che le spese in conto capitale superassero il mezzo milione di sterline (DHSS, 1983). E, anche in quel caso, le autorità sanitarie tenevano in considerazione solo le spese in conto capitale aggiuntive, che si erano dovute sostenere a causa del contratto, mentre tutte le precedenti spese in conto capitale non venivano considerate.

Due cambiamenti furono introdotti per far sì che le lavanderie private e le unità di produzione interna potessero gareggiare sulla stessa base. Entrambe riguardavano le spese per il capitale fisso. La prima venne introdotta sulla base di nuove linee guida introdotte nel gennaio del 1986 dal DHSS, le quali richiedevano che le autorità sanitarie offrissero agli appaltatori privati l'opportunità di utilizzare gli impianti di lavanderia interni al pari delle unità interne (Paige, 1986, app. B). Era inclusa anche l'indicazione dei termini della cessione in uso. Sinteticamente si affermava che bisognava vendere l'impianto ed i macchinari con allegate le condizioni per il riacquisto alla fine del contratto, e di affittare gli edifici. Le autorità sanitarie non erano obbligate a seguire questa direttiva, anche se in pratica molte di esse ne seguirono le indicazioni. La

seconda direttiva riguardava l'imposizione di un costo d'uso del capitale dall'aprile del 1992 a tutti gli utilizzatori del capitale fisso del NHS, sia che fossero lavanderie private che unità interne. Questi cambiamenti, tuttavia, fanno riferimento ad un arco temporale che va al di là di quanto considerato in questa ricerca.

In aggiunta a questi cambiamenti riguardanti l'introduzione di un costo d'uso del capitale fisso, fu anche richiesto alle autorità sanitarie di prendere in considerazione l'opportunità di noleggiare, attraverso procedure di *market-testing*, la biancheria (Paige, 1986, app. A). Questa indicazione fu data in risposta all'attività di *lobbying* del settore privato che affermò che si sarebbero potuti raggiungere risparmi nei costi nell'ordine del 30% (NAO, 1987). Se ciò era vero o meno, l'offerta di contratti di affitto per il noleggio della biancheria offrirono al settore commerciale l'opportunità di ottenere un maggior valore aggiunto e possibilmente profitti una volta che questo servizio venne organizzato attraverso la procedura del *market-testing*.

È ragionevole considerare che i cambiamenti indicati, avvenuti all'inizio del 1986, abbiano manifestato i loro effetti all'inizio del 1987. A questo proposito facciamo di nuovo uso della suddivisione in due periodi temporali, dal 1983 al 1986 e dal 1987 al 1993 per un riscontro nei dati. Le autorità sanitarie distrettuali sono state interrogate su due argomenti particolari a proposito del nuovo meccanismo di gestione del servizio di lavanderia o di affitto di biancheria:

1) hanno potuto le imprese private utilizzare realmente, all'occorrenza, le lavanderie del NHS?

2) se sì, quali erano/sarebbero stati gli accordi di tipo finanziario intercorsi?

Le risposte alla seconda domanda sono già state evidenziate: la direttiva

emessa dal DHSS all'inizio del 1986 è stata normalmente seguita. La risposta alla prima domanda è data nella tabella 7, suddivisa in due parti. Nella tabella 7a viene indicata la disponibilità delle strutture di proprietà del NHS, attraverso il loro uso da parte o delle unità interne o delle imprese private esterne.

I dati contenuti nella tabella 7a mostrano che le autorità sanitarie distrettuali spesso hanno appaltato i loro servizi di lavanderia, offrendoli sia ad imprese private che ad unità interne al NHS. Anche in questi casi il differente trattamento riguardante le spese per il capitale fisso hanno svantaggiato le imprese private nei confronti delle unità interne, questo fino all'aprile del 1992. La tabella mostra anche che le autorità sanitarie distrettuali a volte hanno messo a disposizione degli appaltatori privati le loro strutture prima che fosse loro richiesto. E' particolarmente interessante analizzare uno dei due casi in cui ciò è accaduto. In quel caso infatti l'autorità sanitaria richiedeva addirittura alle imprese private che desideravano aderire alla procedura del *market-testing* di usare il proprio impianto. Ricerche su altre autorità sanitarie mostrano che questo non è stato un caso isolato. Infine, la tabella mostra che gli appaltatori non hanno avuto l'accesso alle strutture dell'autorità sanitaria in cinque contratti di *market-testing* sui dodici che sono stati stipulati nell'ultimo periodo. Alcuni contratti di *market-testing* comprendevano solamente un piccola parte del servizio prodotto dall'unità erogatrice, dal momento che la restante parte dell'*output* prodotto veniva destinato ad altre autorità sanitarie distrettuali.

I dati indicati nella tabella 7b indicano il successo ottenuto dalle unità interne nell'aggiudicarsi gli appalti. Dare alle imprese private l'opportunità di usare gli impianti dell'unità sanitaria ha avuto come risultato che le unità interne hanno perso solamente

uno dei contratti sugli otto per cui è stata effettuata la gara. Infatti le imprese esterne hanno scelto di usare il sito produttivo soltanto una volta nei nove casi loro disponibili. Questo caso particolare risulta poi abbastanza singolare, per il fatto che alle unità interne non era stata offerta la medesima opportunità di competere.

Le autorità sanitarie distrettuali hanno risposto positivamente anche all'incoraggiamento di gestire in ma-

niera competitiva i servizi di affitto di biancheria. Nel periodo iniziale solamente uno dei diciassette contratti di *market-testing* per i servizi di lavanderia conteneva anche la specifica per il noleggio della biancheria; nel periodo seguente sei dei ventuno contratti contenevano tale offerta.

Nella tabella 8 sono indicati i dati riguardanti le proposte *market-testing* offerte, le risposte da parte delle imprese concorrenti e notizie riguardanti

Tabella 7 - Leasing dei servizi di lavanderia ed esperienza contrattuale interna

A) Leasing servizi di lavanderia			
	1983-86	1987-92	
Appalti	17	22	
Siti di produzione non disponibili	9	10	
Lavanderie NHS disponibili	8	12	
Opportunità di leasing	2	7	
B) Esperienze contrattuali interne			
	Offerte interne		Vincite interne
Opportunità di leasing degli appaltatori			
1983-86			
si (n. = 2)	2	2	
no (n. = 15)	6	4	
tutti gli appaltatori (n. = 22)	8	6	
1987-92			
si (n. = 7)	6	5	
no (n. = 15)	6	3	
tutti gli appaltatori (n. = 22)	12	8	

Tabella 8 - La risposta delle imprese appaltatrici e delle altre autorità sanitarie alle offerte di *market-testing*: i servizi di lavanderia

Imprese	Inviti				Offerte			
	1983-86		1987-92 (*)		1983-86		1987-92 (*)	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
0.....	—	—	—	—	1	6	2	10
1.....	2	12	2	10	6	35	5	24
2.....	—	—	1	5	3	18	5	24
3.....	4	24	5	24	1	6	4	19
4.....	2	12	4	19	3	18	3	14
5.....	3	18	4	19	1	6	1	5
6.....	2	12	—	—	1	6	—	5
7 e più.....	4	24	5	24	1	6	—	—
Tutti gli appaltatori.....	17	100	21	100	17	100	21	100

(*) Informazioni mancanti in un contratto.

gli altri distretti sanitari. Nell'ultimo periodo le offerte di servizi gestite attraverso il *market-testing* sono state minori, ma questo non sembra aver avuto un effetto negativo sul numero degli appalti sottoscritti. La competizione caratterizzante questo servizio, sia in risposta al maggiore sforzo di interessare le imprese appaltatrici, sia per altri motivi, ha continuato a manifestarsi.

7. Il risultato del *market-testing*

Nello studio viene analizzata la differente esperienza che caratterizza i tre servizi.

Quali sono i risultati ottenuti, analizzati sulla base delle imprese che sono riuscite o meno ad aggiudicarsi i contratti di fornitura? Informazioni sui soggetti che sono riusciti ad ottenere i contratti è fornita nella tabella 9, per ognuno dei tre servizi nel periodo considerato. I risultati sono sorprendentemente prevedibili, dato l'interesse delle imprese nell'aggiudicarsi gli appalti. In particolare, le imprese di pulizia erano molto agguerrite ed infatti sono riuscite ad aggiudicarsi quasi la metà degli appalti. I ristoratori, d'altra parte, raramente hanno concorso e solo due sono riusciti ad aggiudicarsi appalti. Le lavanderie private sono uscite quasi sempre sconfitte quando si sono trovate a competere con le lavanderie interne che potevano avvantaggiarsi dell'utilizzo degli impianti interni (si veda tabella 7b), ma hanno avuto un notevole successo quando hanno concorso, insieme alle lavanderie interne al NHS, ad appalti banditi dalle autorità sanitarie distrettuali, aggiudicandosi 19 (39-20) dei 39 contratti banditi (si veda sempre tabella 7b).

La valutazione finanziaria dei contratti attraverso cui sono stati gestiti i servizi ausiliari è difficilmente valutabile e l'attenzione è pertanto centrata

sulla durata dei contratti, verificandone il raggiungimento del termine finale. Dei 216 appalti analizzati, 17 non sono stati portati a compimento. In tre casi i contratti sono stati interrotti a causa della chiusura degli ospedali, e non sono stati ulteriormente presi in considerazione. Dei rimanenti 14 contratti che sono stati sospesi, sei erano per i servizi di pulizia, due per la ristorazione e tre per la lavanderia. Inoltre di questi 14 due erano stati assegnati ad unità interne, due ad altre dell'NHS e dieci ad imprese private.

Si è portati a ritenere che la minore percentuale di contratti rescisi nel settore della ristorazione sia conseguenza del fatto che le autorità sanitarie non avevano alternative rispetto alle imprese considerate, piuttosto che a causa dell'effettiva buona qualità del servizio erogato. Purtroppo non esiste una prova concreta che aiuti a stabilire quali delle due cause sia quella corretta. I migliori risultati ottenuti dalle unità interne, in confronto agli appaltatori privati, non dipende solamente dal fatto che le prime detenevano la maggior parte dei contratti di ristorazione. I loro risultati sono migliori anche nel caso dei servizi di pulizia e di lavanderia. Bisogna da ultimo evitare di considerare in maniera negativa la cessazione anzi tempo dei contratti gestiti attraverso procedure di *market-testing*. È questo infatti un compito molto complesso che non viene intrapreso in questo studio. Bisogna comunque sottolineare il fatto che i titolari

non hanno mantenuto nessuno dei quattordici contratti che sono stati rescisi.

8. Discussione

Giudicata in base all'esperienza di una unità sanitaria regionale, la politica del *market-testing* britannico ha avuto successo in due dei tre servizi considerati. Nel caso dei servizi di pulizia, è noto che le imprese appaltatrici hanno dovuto sostenere all'inizio anche perdite sostanziali. In una certa misura queste perdite sono state anticipate dalle case madri e la concorrenza ha potuto continuare a svilupparsi con prezzi di offerta allineati a valori più realistici man mano che le imprese risultavano aggiudicatrici delle gare di offerta.

Nel caso dei servizi di ristorazione, gli appaltatori sono stati più riluttanti ad entrare nel mercato. Una delle imprese che invece accettò di entrare soffrì pesanti perdite dalle quali non riuscì a riprendersi prima di essere rilevata (Milne and McGee, 1992). Era così serio il problema di assicurarsi l'interesse delle imprese appaltatrici che non fu caso raro che contratti di *market-testing* banditi non siano mai stati aggiudicati. L'implementazione della politica di *market-testing* per i servizi di ristorazione è stata ritardata rispetto a quanto è avvenuto per gli altri due servizi considerati.

Da ultimo, nel caso dei servizi di lavanderia, il *market-testing* non ha fat-

Tabella 9 - Appalti aggiudicati, per servizio, 1983-92

	Pulizie	Ristorazione	Lavanderia (*)
Interni	60	54	14
Altri NHS	—	—	9
Privati	55	2	20
Non aggiudicati	—	6	—
Tutti gli appaltatori	115	62	39

(*) In tre casi gli appalti sono stati divisi tra due o tre fornitori. In due casi le unità interne erano uno dei fornitori.

to altro che rendere maggiormente codificata e standardizzata una pratica di esternalizzazione dei servizi già frequentemente utilizzata. Le autorità sanitarie distrettuali hanno reagito positivamente alle direttive emesse nel 1986 per rendere ancora più appetibile la gestione competitiva di tali servizi e il *market-testing* ha continuato ad interessare un sempre maggior numero di lavanderie private che sono spesso riuscite ad assicurarsi contratti in competizione con le unità di lavanderia interne al NHS.

L'autorità sanitaria regionale SWT è stata selezionata per questo studio in quanto si è ritenuto fosse in grado di fornire dati incoraggianti sull'utilizzo della politica di *market-testing* per i tre servizi analizzati. Nessun tipo di analisi simile è stata svolta per quanto riguarda altre autorità sanitarie regionali. Comunque, un genere di studio simile è stato compiuto per la Scozia, che ha implementato la politica di *market-testing* molto più tardi di quanto sia avvenuto nel caso della SWT.

Il contrasto tra i servizi di pulizia e di ristorazione è avvenuto anche in Scozia (Milne, 1993b). L'esperienza dei servizi di lavanderia è stata invece alquanto differente. Quest'ultimo servizio è stato gestito in Scozia sulla base delle direttive originali. In ogni caso la mancanza di un significativo livello di presenza delle imprese private ha spinto il dipartimento per la sanità scozzese (l'equivalente scozzese delle autorità sanitarie distrettuali inglesi) a non insistere nella pretesa di gestire tali servizi attraverso

procedure concorrenziali. Nel periodo considerato, fino al 1991, di 202 contratti di *market-testing* offerti in gara (riferiti a tutti e tre i servizi in analisi), solamente sette riguardavano i servizi di lavanderia e di affitto di biancheria.

In conclusione i tre servizi sono caratterizzati in maniera particolare sia per quanto riguarda il fabbisogno di capitali che per le tecnologie. Conseguentemente si possono individuare parallelismi tra vari servizi di supporto, come la pulizia e la portineria, la lavanderia e i servizi di trasporto di ammalati non gravi in ambulanza, così che l'esperienza che si può trarre da questa analisi può avere implicazioni pratiche per molti altri servizi che il Governo potrebbe in futuro voler appaltare, sia nel settore pubblico in generale (United Kingdom, 1991) sia in particolare nel NHS (dipartimento per la sanità, 1993).

(1) La differenza tra il *market-testing* britannico (gestione concorrenziale dei fornitori) ed il normale appalto di servizi consiste nel fatto che nel primo caso i dipendenti interni (direct labour force o DLO) hanno il diritto di fare una propria offerta in concorrenza con le imprese private. Questa procedura è stata introdotta in forma obbligatoria nel NHS nell'agosto del 1989. Per ulteriori approfondimenti si veda Rebora G., Meneguzzo M., *La strategia delle amministrazioni pubbliche*, Torino, UTET 1991 (N.d.T.).

BIBLIOGRAFIA

COOPERS & LIBRAND ASSOCIATES (1985), *Catering Services: Competitive Tendering*, DHSS: London;

DEPARTMENT OF HEALTH, NHS MANAGEMENT EXECUTIVE (1993), *Market-testing in the NHS: Revised Guidance*, HMSO: London.

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1983), *Competitive tendering in the provision of domestic, catering and laundry services*, Circular HC (83) 18, DHSS: London.

DOMBERGER, S. ET AL. (1987), *The impact of competitive tendering on the cost of hospital domestic services*, Fiscal Studies 8 (4), 39-54.

HALL, JOHN (1984), *MoD save 40% on cleaning costs*, Contract services March/April.

MILNE, ROBIN G. (1987), *Competitive tendering in the NHS: an economic analysis of the early implementation of HC (83) 18*, Public Administration 65 (2) 145-160.

MILNE, ROBIN G. (1992), *Competitive tendering of support services*, in E. Beck, et al. (eds) *In the best of health?*, Chapman & Hall: London.

MILNE, ROBIN G. (1993A), *Competitive tendering of NHS hotel services in Scotland*, Scottish Affairs 3.

MILNE, ROBIN G. (1993B), *Contractors' experience of compulsory competitive tendering: a case study of contract cleaners in the NHS*, Public Administration 71 (3).

MILNE, ROBIN G. AND MAGNUS MCGEE (1992), *Compulsory competitive tendering in the NHS: a new look at some old estimates*, Fiscal Studies 13 (3).

NATIONAL AUDIT OFFICE (1987), *Competitive tendering of support services in the NHS*, HC 318, HMSO: London.

PAIGE, V. (1986), *Letter to regional health authority Chairmen*, dated 3 January, and four appendices, DHSS: London.

UNITED KINGDOM (1989), *Working for patients*, Cm 555, HMSO: London.

UNITED KINGDOM (1991), *Competing for quality*, Cm 1730, HMSO: London.

WILLIAMSON, O.E. (1971), *The vertical integration of production: market failure considerations*, American economic Review, 61 (2).

WILLIAMSON, O.E. (1979), *Transaction-cost economic: the governance of contractual relations*, Journal of Law and Economics 22 (2).

IL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO: FRAMMENTAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ PUBBLICHE E CRESCITA DEI FONDI ASSICURATIVI PRIVATI

di Carlos Vassallo (*)

Ufficio studi - Congresso della Repubblica Argentina

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Spesa sanitaria - 3. Le caratteristiche del sistema sanitario - 4. Il settore pubblico - 4.1. Gli ospedali e i farmaci - 5. Le opere sociali - 6. Il settore privato - 7. La crisi del sistema sanitario - 7.1. La causa esogena: il carattere «ciclico» del finanziamento delle opere sociali - 7.2. Le cause endogene - 7.3. I contratti di rischio, la duplice copertura sanitaria e la mancanza di solidarietà - 8. Le proposte per una riorganizzazione del sistema sanitario - 8.1. Il progetto O.S.A.M. (Organización sanitaria de Atención Médica) - 8.2. Il progetto 1993 - 9. Conclusioni finali.

1. Introduzione

Il presente articolo affronta nella parte introduttiva il tema della spesa pubblica nel settore sanitario in Argentina, analizzandone la composizione nei vari settori ed il tasso di crescita registrato durante gli ultimi anni.

Di seguito viene effettuata una descrizione delle caratteristiche dei sub settori in cui è articolato il più generale settore sanitario, proponendo alcune riflessioni sulle dinamiche di funzionamento dello stesso.

Nelle conclusioni si presentano le sfide che si delineano all'orizzonte: in particolare si descrivono alcune delle alternative di riorganizzazione del settore che il governo ha cercato di attuare negli ultimi due anni.

2. La spesa sanitaria

L'Argentina è una nazione che destina una parte importante delle risorse pubbliche al settore sanitario. Si stima che la spesa relativa abbia raggiunto nel 1986 l'8.9% del prodotto interno lordo.

Nel 1993 il Cepal (Nazioni Unite) ha ricalcolato il P.I.L., è risultato am-

montare a 226.000 milioni di dollari; questa ridefinizione ha modificato radicalmente le percentuali precedentemente stimate (1). In base alle nuove stime, la spesa sanitaria si colloca attualmente intorno al 7% del prodotto interno lordo, ed ammonta all'incirca a 15.800 milioni di dollari.

In tutti i casi, la spesa pro-capite risulta essere di circa 480 dollari, il che collocherebbe l'Argentina, dopo gli Stati Uniti ed il Canada, al terzo posto fra i paesi americani per quanto concerne la spesa pro-capite per la salute.

In Argentina si ha la seguente distribuzione della spesa per soggetto finanziatore:

1) il settore pubblico sostiene all'incirca il 23% della spesa sanitaria (di cui il 4% a carico del Governo centrale ed il 19% a carico delle Province e dei municipi);

2) le opere sociali sostengono il 37% della spesa;

3) il settore privato assorbe il 41% della spesa.

Dall'analisi di tali dati si può rilevare che il settore pubblico a livello centrale contribuisce in modo limitato alla spesa sanitaria totale; tale partecipazione si è ulteriormente ridotta a

causa della dismissione realizzata nel 1992 di alcuni ospedali che fino ad allora avevano fatto parte del settore pubblico nazionale. Per tale ragione e con l'eccezione dei mezzi impiegati per il funzionamento dei servizi erogati dalle opere sociali, la quota restante del finanziamento (che ammonta a circa il 6% del P.I.L.) è rappresentata da risorse destinate al settore privato attraverso il pagamento delle prestazioni delle opere sociali ed il pagamento delle spese sostenute dai soggetti privati.

3. Le caratteristiche del sistema sanitario

Il sistema sanitario in Argentina risulta caratterizzato da un insieme di istituzioni erogatrici e/o finanziatrici dei servizi fortemente eterogenee, alcune delle quali di carattere pubblico, altre di carattere privato, e da un settore di assicurazione obbligatoria a carico delle opere sociali (le quali assomigliano alle mutue esistenti in Ita-

(*) La traduzione dallo spagnolo è stata curata da Giulio Guarracino e Marco Meneguzzo.

lia fino alla riforma sanitaria del 1978).

I 3 sub-settori precedentemente elencati, il pubblico, il privato e la sicurezza sociale (o sistema delle opere sociali), sono responsabili della copertura medica assistenziale di una popolazione di 33 milioni di persone.

La quantità di risorse impiegate nel sistema sanitario è andata aumentando nel tempo, fino a raggiungere gli attuali 12.000 milioni di dollari; tale crescita pur se in parte dovuta all'aumento della popolazione assistita dal sistema sanitario, deve essere principalmente imputata alle crescenti aspettative, in termini di qualità e di complessità dei servizi sanitari, espresse dai segmenti di popolazione a reddito più elevato (fenomeno già manifestatosi nei Paesi sviluppati).

Il sistema sanitario evidenzia gravi carenze dal punto di vista dell'«accessibilità» per alcune categorie sociali quali ad esempio quelle dei disoccupati o degli indigenti; i relativi livelli di mortalità per malattia non si dimostrano soddisfacenti, se confrontati con alcuni Paesi che destinano una minore quantità di risorse a tale settore, come ad esempio il Cile e il Costa-rica.

Il sistema sanitario argentino dispone di 3.066 ospedali, con una capacità complessiva di 140.000 posti letto, dei quali 92.000 appartengono al settore pubblico e 48.000 al settore privato. Il tasso medio di posti letto è di circa il 4,8 per mille abitanti.

Nel sistema sanitario sono impiegate all'incirca 400.000 persone, delle quali 90.000 sono medici; ne deriva una media di un medico ogni 338 persone, livello superato soltanto da Italia ed Israele.

Si analizzano di seguito in dettaglio i 3 sub-settori responsabili del sistema sanitario argentino.

4. Il settore pubblico e i sistemi provinciali

La fonte di finanziamento del settore pubblico è costituita dalle imposte sui redditi generali (per le quali imposte l'Argentina detiene il primato, insieme alla Nigeria, di paese dove la struttura del sistema impositivo risulta essere più regressiva). La cosiddetta copartecipazione federale (cioè la distribuzione dell'esazione impositiva tra le varie Province) e le entrate specifiche permettono alle stesse di finanziare i relativi servizi sanitari.

Il segretariato dalla sanità del paese, che in teoria costituisce il soggetto responsabile della formulazione delle politiche sanitarie, genera una spesa che ammonta a meno del 5% della spesa totale sanitaria del Paese. Ad esso fanno capo modeste strutture di offerta di servizi sanitari, per cui risulta carente capacità di direzione e di coordinamento del sistema.

L'ospedale pubblico a causa della sua natura di «opera di beneficenza», si è sempre orientato verso quelle categorie sociali caratterizzate da un più basso livello dei redditi. I lavoratori dipendenti iscritti per obbligo legislativo alle opere sociali, hanno usufruito di tale servizio solo nei casi in cui si sono trovati senza posto di lavoro. Tuttavia la crisi finanziaria ed organizzativa delle opere sociali, con le relative carenze nell'offerta dei servizi sanitari da parte dei soggetti erogatori, ha fatto sì che negli ultimi anni un numero cospicuo di iscritti a tali opere si siano serviti degli ospedali pubblici, finendo così con il togliere il posto alle categorie più povere e bisognose della popolazione.

Nel paese risultano esistere all'incirca 3.100 ospedali pubblici, con una capacità globale di 92.000 posti letto.

Gli ospedali si trovano sotto la giurisdizione delle Province e dei municipi. Durante e all'inizio degli anni ottanta e dei novanta l'autorità centrale

statale ha trasferito la gestione ed il controllo degli ospedali a dette istituzioni, senza ricevere le garanzie preventive corrispondenti; ciò ha generato una notevole diminuzione del livello qualitativo dei servizi sanitari dovuta alle scarse remunerazioni offerte al personale ed al ritardo tecnologico che ha indebolito sia le capacità diagnostiche e terapeutiche.

Di conseguenza a livello centrale sono rimasti solo alcuni laboratori o istituti di riferimento (quali ad esempio gli ospedali pediatrici, o per il trapianto e la donazione degli organi) ai quali attualmente è stata conferita un'ampia autonomia in modo che essi possono rispondere in maniera più flessibile alla domanda di servizi sanitari.

Nel 1964 fu creato l'Istituto centrale di farmacologia che ha svolto un ruolo di leader in Sudamerica sul tema del «controllo della qualità dei medicinali»; tuttavia il ruolo di tale struttura è andato via via diminuendo a causa dell'instabilità politica e delle lobby farmaceutiche.

Le morti causate da alimenti in cattivo stato o da farmaci venduti senza gli adeguati controlli, hanno spinto il Governo attuale ad affrontare una riorganizzazione del settore ispirandosi al modello proposto dal F.D.A. (Food and Drug Administration), destinando un budget iniziale di 6 milioni di dollari per l'istituzione dell'«Amministrazione nazionale dei farmaci, alimenti e tecnologie mediche» (definita sinteticamente A.N.M.A.T.).

4.1. Gli ospedali e i farmaci

Gli ospedali costituiscono il nucleo dei Sistemi sanitari provinciali e locali, essendo collegati ad unità ambulatoriali di cura con un più o meno ampio grado di autonomia a seconda delle province considerate. La porta di accesso al sistema sanitario tuttavia ri-

sulta di solito essere costituita dagli ospedali, data la mancanza di una capacità di offerta adeguata in termini di risorse umane e di apparecchiature da parte di tali unità ambulatoriali.

La crisi finanziaria, e la pressione delle istituzioni bancarie internazionali nei confronti del governo centrale hanno introdotto spinte consistenti verso la ridefinizione del ruolo degli ospedali basata su un processo di decentralizzazione che implica una maggiore autonomia rispetto alle influenze politiche ed una piena responsabilizzazione riguardo la gestione del bilancio (la copertura delle prestazioni degli iscritti alle opere sociali).

Il Governo centrale ha istituito il «registro nazionale degli ospedali con gestione autonoma» con il decreto n. 578/93, nel quale si elencano una serie di procedure obbligatorie da seguire per effettuare l'iscrizione di tali ospedali (provinciali e municipali); in tal modo si è fatto sì che questi possano esigere direttamente il pagamento delle prestazioni erogate a favore degli iscritti delle opere sociali.

Gli ospedali acquisiranno con detto decreto la capacità:

- 1) di stipulare convenzioni;
- 2) di creare una complementarietà nei servizi con altre istituzioni assistenziali;
- 3) di gestire la propria rete di servizi con altre organizzazioni accreditate pubbliche o private;
- 4) di esigere il pagamento delle prestazioni da parte dei soggetti e delle istituzioni con capacità di spesa.

Alcune Province (2) si stanno impegnando per l'introduzione di un prontuario per i medicinali, ma detta azione risulta non facile causa le pressioni delle lobbies interessati a non ridurre la spesa farmaceutica.

In Argentina si spendono approssimativamente 4.500 milioni di dollari in medicinali, ma oltre il 66% di tale spesa grava sui portafogli dei consu-

matori, mentre lo Stato e le opere sociali coprono il restante 34% della spesa (2.9% del prodotto interno lordo).

Nel 1985 la spesa totale in medicinali è stata di 1.610 milioni di dollari equivalenti al 2.4% del P.I.L. ed al 29.6% delle spese totali del settore sanitario.

5. Le opere sociali

Il sistema delle opere sociali ha permesso ad ampie categorie sociali di usufruire dell'assistenza sanitaria, per cui tale opzione strutturale ha rappresentato una fonte importante di progresso sociale.

Il sistema copre all'incirca 17.7 milioni di persone, un *target*-obiettivo che può essere suddiviso in due categorie:

- 1) la categoria sindacale-statale costituita da soggetti che hanno aderito a contratti collettivi di lavoro;
- 2) la categoria del personale di direzione costituita da soggetti di livello gerarchico superiore.

In Argentina esistono 337 opere sociali delle quali 313 risultano essere sindacali-statali, mentre solo 24 sono relative al personale di direzione; il totale di queste arriva a fatturare annualmente 3.500 milioni di dollari.

L'eterogeneità costituisce l'elemento caratterizzante le opere sociali, in quanto esse risultano differite tra loro sia per numero di affiliati, sia in termini di potere detenuto; infatti 5 opere sociali (3) coprono ben il 50% dei beneficiari della sicurezza sociale mentre le 20 opere con il maggior numero di iscritti coprono approssimativamente l'80% della popolazione totale, facendo sì che ben 300 opere assistano soltanto il 20% della stessa (Isuani, 1988).

Il sub-settore della sicurezza sociale si è affermato in modo definitivo agli inizi degli anni '70, quando il Governo militare, mediante la legge 18610,

impose come obbligatorio il contributo del lavoratore ed del datore di lavoro alle opere sociali.

Conseguenza diretta di tale legge fu il rafforzamento finanziario di tali istituzioni (ed allo stesso tempo dei sindacati, data la stretta relazione esistente tra le due categorie di istituzioni) (4). Alcune opere sociali erogarono una serie di prestazioni sanitarie direttamente, calmierando i prezzi pagati. (Nel 1984 le opere sociali disponevano di 7.000 posti letto).

La grande maggioranza delle opere si sviluppò sotto forma di fondi di assicurazione «puri», assumendo un ruolo di interfaccia tra la domanda di servizi sanitari e l'offerta di prestazioni sanitarie da parte del settore privato (con o senza fini di lucro).

La sicurezza sociale si finanzia mediante una contribuzione del 3% a carico dei lavoratori e del 6% a carico dei datori di lavoro; tali risorse risultavano fino al 1992 depositate direttamente presso i conti a disposizione delle opere (diminuite del 10%, quale quota spettante all'I.N.O.S. per contribuire al fondo di compensazione).

Il cosiddetto «decreto di deregolamentazione» n. 2284 del 1991 emanato dal Governo ha stabilito l'assegnazione delle risorse raccolte al sistema unificato di sicurezza sociale, il che ha permesso per la prima volta la quantificazione del totale delle risorse riscosse dalle opere sociali.

Le forti pressioni degli organismi sindacali hanno obbligato il Governo a fare una parziale retromarcia riguardo a tale iniziativa, dato che si sono riscontrate nella fase iniziale difficoltà in termini di distribuzione delle contribuzioni riscosse; per tale motivo si è giunti oggi ad una situazione nella quale le risorse vengono assegnate alle opere sociali, mentre un certificato indicante il totale del relativo deposito viene emesso a beneficio al sistema unificato di sicurezza sociale.

L'ammontare delle risorse amministrative dalle opere sociali ha favorito una fortissima crescita del settore privato, in particolare di soggetti quali i medici, i biochimici, i farmacisti delle cliniche e delle case di cura e di alcune istituzioni private «Prepagos» che incominciano a trovare una propria collocazione nel sistema sanitario argentino.

Quindi si evidenzia come da sempre sia esistita una stretta relazione tra le opere sociali ed il settore privato erogatore di servizi sanitari. Tale relazione è sempre stata caratterizzata da una conflittualità potenziale, che si è manifestata in ritardi nei pagamenti, carenze nei servizi, fatturazioni gonfiate...; fenomeni che in ultima analisi si sono riflessi sull'utente di detti servizi trasformandolo nella maggiore vittima di tale conflittualità. L'utente si è trovato inoltre nell'impossibilità di far sentire la propria voce critica, data la mancanza di canali adeguati che ne facilitassero la partecipazione al processo decisionale.

La legge 18610 istituì inoltre un «Ente di regolamentazione, controllo e redistribuzione del sistema delle opere sociali» denominato I.N.O.S.-A.N.S.S.A.L., responsabile di una serie di compiti, fra i quali in particolare:

- 1) la determinazione di una politica per il settore;
- 2) il controllo dei bilanci redatti dalle opere sociali;
- 3) la redistribuzione delle risorse dalle opere ricche a quelle meno dotate;
- 4) la determinazione di un elenco nazionale delle tariffe per le varie prestazioni sanitarie erogate dalle stesse;
- 5) la definizione di una normativa per la creazione di tali istituzioni.

Tuttavia tale ente, ad eccezione della fissazione di tariffe di riferimento (5) e di una «politicizzata» redistribuzione delle risorse, non ha avuto la

capacità necessaria a mettere in atto una politica di governo e coordinamento dell'intero settore. Nella pratica quindi, ciascuna opera sociale ha condotto una sua politica orientata alle proprie convenienze, finendo così con il creare una maggiorazione dei costi complessivi sostenuti dal sistema.

6. Il settore privato

Il settore privato risulta costituito da 5 componenti principali che di seguito saranno analizzate in dettaglio:

1) le associazioni professionali operanti a livello nazionale, regionale e locale, titolari dell'offerta di servizi di tipo medico, biochimico, odontologico, farmaceutico e di ricovero (pre-disposti dalle cliniche e/o dalle case di cura private);

2) gli ospedali senza fini di lucro appartenenti nella maggioranza dei casi alle varie collettività nazionali presenti nel Paese (ospedali italiani, francesi, britannici, tedeschi...);

3) le istituzioni mediche di elevata complessità con presenza di titolari del pacchetto azionario estranei alla classe medica;

4) le forme di assicurazione medica private o prepagate (nel 1993 si sono rilevati 280 sistemi prepagati, di cui 180 nella capitale federale e nel relativo distretto e 100 nella parte interna del Paese, i quali globalmente assistono 2.5 milioni di persone, fatturando 1.200 milioni di dollari l'anno);

5) le attività realizzate individualmente dal medico, collegate generalmente ai consultori ambulatoriali, pagate direttamente dagli utenti.

7. La crisi del sistema sanitario

Nel 1983 con l'avvento della democrazia in Argentina, le opere sociali si trovano già da tempo in crisi finanziaria in conseguenza dell'elevata disoccupazione dovuta al processo di deindustrializzazione verificatosi nel Paese durante il periodo di governo militare dal 1976 al 1983.

dustrializzazione verificatosi nel Paese durante il periodo di governo militare dal 1976 al 1983.

7.1. La causa esogena: il carattere «ciclico» del finanziamento delle opere sociali

Il finanziamento delle opere sociali risulta strettamente collegato all'andamento economico del Paese, per cui ad esempio, un periodo di recessione, con una riduzione dei salari e delle relative contribuzioni, incide negativamente sull'ammontare di risorse a disposizione di tali istituzioni: quest'ultime si trovano costrette a diminuire l'offerta di servizi sociali proprio nel momento in cui le necessità degli utenti sono più evidenti; si innesca un «circolo vizioso» nel quale gli utenti dei servizi sanitari risultano colpiti su due fronti.

7.2. Le cause endogene

La crisi del sistema sanitario può essere ricondotta anche a cause endogene al sistema delle opere quali ad esempio:

1) la scarsa capacità di attirare un *management* qualificato per la gestione di organizzazioni complesse quali sono quelle delle opere sociali;

2) la corruzione strutturale che permea l'intero settore.

L'obbligatorietà dell'appartenenza dei beneficiari alle opere sociali (6) ha disincentivato le stesse dall'effettuare politiche orientate all'efficienza ed alla efficacia, data l'assenza del pericolo di perdere gli utenti a fronte di bassa qualità dei servizi. Agli utenti infatti risultava preclusa la possibilità di optare per prestazioni sanitarie fornite da altre istituzioni.

La relazione conflittuale tra le istituzioni private e le opere sociali, che assai spesso si concretizzava in una carenza quali/quantitativa dei servizi e quindi in inadeguate prestazioni offer-

te agli iscritti, finiva con il costituire un elemento per il rafforzamento finanziario delle opere sociali fino al momento in cui si stipulavano i nuovi contratti tra le due categorie di attori. Il sistema di pagamento «per prestazioni» utilizzato, generava seri problemi in termini di fatturazione e/o di prestazioni «gonfiate» da parte degli erogatori dei servizi al fine di massimizzare i propri guadagni.

L'esistenza di un tariffario nazionale orientato a privilegiare le prestazioni sanitarie incorporanti tecnologie diagnostiche e di cura, ed a disincentivare quelle caratterizzate da un'elevata attività professionale del medico, ha determinato una notevole distorsione nell'offerta di tali prestazioni.

Il sistema esistente invogliava quindi ad investire in quei settori dove già esistevano pratiche sanitarie qualificate, ad acquistare apparecchiature e ad incrementare le entrate. Nel 1979 esistevano nel Paese 14 «gamma camera», mentre solo 5 anni dopo la capacità nazionale era salita a 110 attrezzature; lo stesso fenomeno si è verificato per le apparecchiature impiegate per le ecografie, le tomografie computerizzate e le risonanze magnetiche.

7.3. I contratti di rischio, la duplice copertura sanitaria e la mancanza di solidarietà

Con l'acuirsi dei problemi di finanziamento, le opere sociali cominciarono ad utilizzare il meccanismo dei «contratti di rischio», in base ai quali l'erogatore del servizio si assume l'incarico ed «il rischio» di curare un certo numero di pazienti, ricevendo anticipatamente un valore pro-capite per assistito. In generale il soggetto istituzionale cui spetta l'erogazione delle prestazioni paga i soggetti che effettivamente erogano tali prestazioni (denominati associati); nel caso in cui le risorse risultino insufficienti, il primo soggetto paga una somma minore di

quella concordata e stabilisce un sistema di controllo per bilanciare le entrate con le uscite.

Durante i periodi nei quali gli affiliati si trovano senza copertura sanitaria, questi possono ricorrere agli ospedali pubblici che sono obbligati a fornire l'adeguata assistenza; si configura così una forma di sussidio incrociato della società nei confronti di un gruppo di soggetti che ha già pagato (in modo mensile ed in forma obbligatoria) per ottenere delle prestazioni di cui non può usufruire nel modo prestabilito.

Uno studio condotto dal F.I.E.L. ha evidenziato come il 9.4% della popolazione riceva una duplice copertura sanitaria; di questo segmento il 4% è costituito da soggetti appartenenti a «più» di una opera sociale, ed il restante 5.4% appartiene ad una sola opera sociale, ma sceglie di stipulare una polizza assicurativa addizionale sulla salute. Il costo di tale duplicazione è stato stimato in 350 milioni di dollari.

Infine la mancanza di solidarietà nel sistema sanitario è diretta conseguenza del meccanismo di assegnazione obbligatoria degli individui alle varie opere sociali. La scelta di perseguire contestualmente una segmentazione di tipo verticale (tutti i soggetti di un ramo di attività appartengono alla stessa opera sociale) ed una segmentazione di tipo orizzontale (la distinzione tra il personale di livello superiore ed i lavoratori convenzionati), implica che il criterio della solidarietà risulti rispettato all'interno di ciascuna opera sociale, ma non nelle relazioni tra le stesse.

In conclusione si può evidenziare come questo insieme pluralista e diversificato di istituzioni erogatrici ed assicuratrici di servizi sanitari si sia dimostrato assai frammentato per l'assenza di un soggetto centrale capace di orientare l'insieme di istitu-

zioni verso gli obiettivi nazionali in ambito sanitario, e di coordinare ed ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili.

In sintesi si può affermare che «il sistema sanitario argentino stona come un'orchestra alla quale manca il direttore» (Isuani, 1988).

8. Le proposte per una riorganizzazione del sistema sanitario

L'ultimo governo militare del 1976-83 ed il governo Alfonsín si sono adoperati nel tentativo di modificare il funzionamento del sistema sanitario risultando entrambi incapaci di ottenere tale risultato, mentre il governo peronista attuale, nonostante abbia sostenuto la crescita del ruolo del mercato come meccanismo di allocazione delle risorse tra le varie categorie sociali, non è stato in grado di realizzare un'effettiva ristrutturazione del settore sanitario.

Il governo militare ha cercato di dare un ruolo centrale al settore privato, ma è incappato in contraddizioni endogene che ne hanno vanificato gli obiettivi; subito dopo, il governo radicale di Alfonsín ha cercato di ampliare l'accesso del sistema a quelle categorie sociali senza copertura assicurativa, operando contestualmente una suddivisione delle attività tra il settore pubblico e le opere sociali che permettesse di configurare una forma «sui generis» di assicurazione sanitaria nazionale.

Il settore privato ricopriva un ruolo rilevante in tale sistema come «erogatore» dei servizi sanitari; in esso tuttavia il finanziamento e la responsabilità erano di spettanza pubblica. Il fallimento del processo di democratizzazione sindacale ed una certa inesperienza del governo radicale in termini di tattica politica necessaria per negoziare con i vari gruppi di potere, sono stati le cause principali dell'insuccesso

del tentativo di ristrutturazione del sistema.

Qualsiasi modifica del sistema sanitario che sia finalizzato al risparmio di risorse implica un tipo di «gioco» nel quale alcuni soggetti perdono ed altri guadagnano, per cui «il dibattito sulle forme di finanziamento del sistema non è altro che un dibattito sul potere dei vari attori detentori di interessi nel sistema sanitario».

I movimenti sindacali che dalla loro nascita risultano strettamente collegati alle opere sociali, ricoprono un ruolo cruciale nel sostenere una certa redistribuzione dei redditi. Nessuno dei governi è stato in grado fino ad oggi, pur utilizzando i più svariati meccanismi, di sottrarre agli stessi il ruolo chiave assunto nel sistema sanitario.

Sebbene l'avvento del governo di Menem abbia portato una certa tranquillità ai sindacati, dato l'appoggio da essi garantito alla candidatura del leader peronista, la formulazione di un programma di ristrutturazione economica ha provocato una situazione di grande incertezza per gli stessi.

Il tentativo di conseguire un certo livello di credibilità ed i seri problemi di finanziamento cui si è trovato di fronte l'attuale governo peronista, hanno fatto sì che questi ispirasse la sua azione alle proposte di ristrutturazione economica e di privatizzazione suggeritegli dalla Banca mondiale. Detti processi orientati alle privatizzazioni ed all'uscita dello Stato da certe responsabilità e da certi settori di attività, comprendono non solo questioni di tipo economico-imprenditoriale (quali ad esempio i servizi pubblici ed alcune produzioni strategiche), ma anche proposte di ampia decentralizzazione («municipalizzazione»), deregolamentazione, sussidi alla domanda e focalizzazione della spesa volta alla sicurezza sociale.

I dibattiti concernenti il sistema sanitario risultano influenzati dalle pres-

sioni esercitate dagli organismi internazionali ed ispirate alle direttive del cosiddetto «Accordo di Washington», che ha sostenuto la necessità di incentivare soluzioni orientate verso la privatizzazione, la deregolamentazione, l'incremento del livello di concorrenzialità, i sussidi a sostegno della domanda... Il piano, denominato «friendly market», ha implicato una forte riformulazione dei sistemi sanitari nazionali, sostenendo l'opportunità delle iniziative private a scapito delle soluzioni implicanti una partecipazione del settore pubblico.

Il Governo peronista (1989) non è riuscito a produrre cambiamenti rilevanti nel sistema sanitario, ma ha raggiunto un risultato inimmaginabile fino a pochi anni fa, cioè l'indebolimento del potere dei sindacati, i quali oggi non sono più in grado di contrastare la riformulazione da parte governativa del sistema delle opere sociali. Tuttavia essi continuano ad avere un ruolo sufficientemente rilevante, in quanto il Governo è costretto a stipulare con gli stessi alla vigilia di ogni scadenza elettorale dei compromessi aventi ad oggetto il rinvio delle riconversione delle opere sociali e del sistema sanitario; rinvio usato come moneta di scambio per ottenere l'appoggio elettorale.

Il modello cileno di riforma del sistema previdenziale (che ha abbandonato il modello di riparto «puro» per adottare un modello misto di riparto e di capitalizzazione) e la riforma del sistema sanitario hanno fatto sì che le categorie sociali caratterizzate dai più elevati livelli reddituali optassero per un'assistenza sanitaria offerta da istituzioni private di assicurazione, ottenendo il duplice effetto strettamente collegato di:

1) spostare ingenti contribuzioni verso il settore privato;

2) rompere in tal modo il legame di solidarietà fino ad allora ispiratore del sistema sanitario.

Nell'esperienza argentina si è scelto di analizzare ed ispirarsi ai suddetti modelli di riforma per la formulazione delle proposte di cambiamento nei vari settori sociali. Fino al momento attuale si è riuscita a realizzare solo una trasformazione del sistema previdenziale, ma il potere politico che conserva il governo peronista dopo 4 anni, induce a pensare che la riforma del sistema sanitario verso una liberalizzazione della scelta delle istituzioni erogatrici dei servizi e la «municipalizzazione» dell'educazione sanitaria costituiranno due temi ispiratori dell'azione futura.

Gli studi condotti dal F.I.E.L. e dalla fondazione mediterranea riferiti principalmente all'area delle opere sociali (7), hanno delineato la direzione da seguire per realizzare una riorganizzazione del sistema sanitario.

Il progetto di riforma interveniva su tutti i tre sub-settori del sistema sanitario al fine di coordinare e guidare gli stessi verso l'obiettivo di garantire l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini. Al contrario, i progetti in discussione agli inizi degli anni '90 risultavano riferiti quasi esclusivamente al sub-sistema delle opere sociali e sono finalizzati ad ottenere, attraverso la modificazione dello stesso, effetti sul resto del sistema sanitario.

La nomina del ministro Cavallo al Ministero dell'economia nell'estate del 1991 ha accresciuto le preoccupazioni dei sindacati, beneficiati dal tipo di gestione del sistema delle opere sociali esistente.

Nel periodo 1992-93 sono stati presentati due progetti di riorganizzazione del sistema delle opere sociali:

1) il progetto «O.S.A.M.» lanciato nell'estate del 1992;

2) il progetto avviato nell'estate del 1993, culminato con l'approvazione dei decreti di regolamentazione della legge sull'«Assicurazione sanitaria nazionale» del 1988-89.

8.1. Il progetto O.S.A.M. («Organizzazione Sanitaria de Atención Médica»)

Il progetto lanciato nel 1992 era finalizzato, secondo i propositi dei suoi promotori, alla correzione dei problemi di efficienza e di mancanza di solidarietà caratterizzanti il sistema delle opere sociali; si riteneva che:

1) la crisi del sistema fosse strettamente collegata alla sua configurazione organizzativa

2) pur ricoprendo un ruolo rilevante, i fattori esogeni al sistema fossero di secondaria importanza nell'individuazione delle cause alla base del suo collasso.

In altri termini, focalizza l'attenzione sulla correzione delle disfunzioni organizzative di un modello scarsamente competitivo, non rispondente alle esigenze degli iscritti alle opere sociali.

Tra le proposte più rilevanti incluse nel progetto si evidenziano le seguenti:

1) la libera scelta da parte dell'utente dell'opera sociale cui appartiene;

2) un periodo di 6 mesi per mantenere le opere al riparo dalla concorrenza, trascorso il quale le stesse entrano a far parte del settore privato (sistemi prepagati con fini di lucro);

3) un intervallo di 6 mesi per permettere la riconversione, la fusione e l'associazione delle opere sociali che si devono preparare ad affrontare una situazione di tipo concorrenziale;

4) un vincolo quantitativo del 20% della popolazione-obiettivo: tale sarebbe la quota limite per iscriversi ad una singola opera in modo da evitare un sovradimensionamento dell'opera più scelta dagli utenti potenziali.

5) l'Ente I.N.O.S.-A.N.S.S.A.L. dovrebbe assumere il ruolo di sog-

getto compensatore per quei potenziali beneficiari che scelgono opere con contribuzioni obbligatorie superiori; l'I.N.O.S. si assume il finanziamento della differenza, in modo che i beneficiari abbiano diritto ad un pacchetto minimo ed obbligatorio di servizi sanitari stabilito preventivamente;

6) l'esistenza di una combinazione di prestazioni cioè il già citato «pacchetto base» di prestazioni, nonché altre offerte differenziate (ottenibili pagando un sovrapprezzo) ed un pacchetto speciale per gli anziani;

7) il divieto assoluto per le opere sociali di mantenere relazioni contrattuali con le associazioni professionali;

8) la generalizzazione dell'assistenza sanitaria, ai disoccupati, agli indigenti ed ai pensionati;

9) il finanziamento dei servizi sanitari a carico degli ospedali pubblici in modo che gli stessi si configurerebbero come dei finanziatori, piuttosto che come i diretti erogatori dei servizi e sarebbero costretti ad operare in condizioni di concorrenza. Si finanzierebbero soltanto attività quali la ricerca, l'insegnamento, la prevenzione etc, etc;

10) lo schema per rendere omogenee le entrate di qualsiasi ente erogatore di servizi (opera sociale o prepagato) si baserebbe sulla quota parte di assistenza medica (definita sinteticamente C.U.P.A.M.). Tale quota verrebbe stabilita rapportando il totale della raccolta dei conferimenti e delle contribuzioni ed il totale dei beneficiari del sistema sanitario (cioè i titolari ed i gruppi familiari).

Ciascun ente erogatore avrebbe quindi il diritto di ricevere tante quote *Cupam* quanti sono i beneficiari dei suoi servizi (8).

Il pregio del progetto O.S.A.M. consiste nel perseguire un positivo e forte effetto redistributivo in quanto in base ad esso tutti gli individui avrebbero diritto a ricevere lo stesso pacchetto base di prestazioni sanitarie quale che sia la loro contribuzione, lasciando intatta la possibilità di creare dei pacchetti più articolati, per ottenere i quali gli utenti dovrebbero pagare delle quote addizionali. Di contro il maggior difetto del detto progetto consisterebbe nel creare una situazione di concorrenza nella quale non esisterebbero pari condizioni per i soggetti coinvolti, in quanto si ritiene improbabile che le opere sociali riescano a superare le profonde carenze organizzative che le caratterizzano in un intervallo temporale così limitato (i 6 mesi indicati).

L'attuazione di tale progetto implicherebbe l'assorbimento da parte del settore privato degli iscritti alle opere sociali dotati di maggiori capacità contributiva, determinando così una spinta alla privatizzazione dell'intero sistema.

Le altre critiche avanzate sul progetto sono:

1) essere carente dal punto di vista dell'integrazione (trascura di considerare il funzionamento articolato dei 3 settori);

2) non dedicare attenzione alle questioni relative all'equità ed alla qualità delle prestazioni sanitarie;

3) enfatizzare gli aspetti finanziari nel determinare i motivi della crisi del sistema, finendo così con il sopravvalutarli.

4) non predisporre una valutazione dell'impatto di tale riforma del sistema sanitario.

In conclusione il progetto finì con il naufragare sotto la spinta dei sindacati ed a causa delle contraddizioni interne allo stesso governo promotore.

8.2. Il progetto del 1993

Nell'estate del 1993 si è elaborato un secondo progetto per la riforma delle opere sociali che è culminato con l'approvazione dei decreti di regolamentazione della legge sull'assicurazione sociale nazionale del 1988-89, che a tutt'oggi non risulta ancora essere stato implementato.

Di seguito si presentano le misure principali del progetto:

1) libera scelta da parte del beneficiario della opera sociale cui vuole essere iscritto (9), per cui risulta essere elevato il livello di concorrenza tra le opere sociali; inoltre non si prevede nelle regolamentazioni un termine entro il quale settore privato possa iniziare a competere con le stesse;

2) la percentuale dei nuovi iscritti in una opera sociale non può superare il 20% del totale degli affiliati alla stessa, per evitare che le opere più efficaci attirino un elevato numero di nuovi utenti con effetti negativi sulle stesse;

3) il sistema prevede la partecipazione dell'utente alle attività di indirizzo dell'opera sociale;

4) l'obbligo a carico delle opere sociali di pagare le prestazioni offerte ai loro iscritti da parte degli ospedali pubblici. Si stabiliscono al riguardo dei meccanismi che permetteranno a tali istituzioni di ricorrere all'I.N.O.S. - A.N.S.S.A.L. per esigere i pagamenti, evitando di essere messe in secondo piano in termini di priorità di pagamento/riscossione.

Sebbene si sia scelto di mantenere la possibilità di libera opzione da parte dell'utente, si è limitato l'ambito di tale scelta al solo sistema delle opere sociali, nella speranza che tale limitazione produca un incentivo verso processi di fusione e/o di associazione delle opere sociali, nonché l'inizio di un programma di riconversione delle stesse che si orienti alla diminuzione del peso della burocrazia amministra-

tiva; quest'ultima in alcuni casi assorbe fino al 25% delle intere risorse stanziare.

Attualmente si è quindi in attesa dell'attuazione dei decreti di regolamentazione, dato che la mancanza di anagrafi degli assicurati per ciascuna delle opere sociali (cioè l'indicazione del numero degli iscritti) è servita per ritardare l'implementazione. La determinazione dei reali beneficiari delle opere sociali ed un sistema informativo in grado di rilevare gli aumenti e le diminuzioni del numero degli stessi per ciascuna opera, costituiscono le condizioni amministrative indispensabili per l'effettiva attuazione di un meccanismo di libera scelta da parte dell'utente.

Anche il Governo ha approvato alcuni decreti relativi al settore pubblico in qualità di «erogatore», aventi ad oggetto ad esempio l'istituzione di alcuni strumenti per il controllo della qualità delle strutture di assistenza pubbliche e private e del personale medico.

Riguardo al settore privato dei prepagati, caratterizzati da una piena autonomia gestionale che ha prodotto la crescita spettacolare del settore in termini economici, non si devono dimenticare gli abusi che si sono verificati nelle relazioni con gli utenti; quest'ultimi si trovano a non possedere alcun mezzo per reclamare od esigere le prestazioni non contrattate preventivamente con i citati soggetti.

La sovrintendenza alle assicurazioni stimolata dal ministero dell'economia (preoccupato per il costante aumento delle tariffe dei servizi sanitari) e sollecitata dalle difficoltà incontrate dagli utenti, ha deciso di introdurre la clausola che tratta «i sistemi prepagati alla stregua delle assicurazioni».

La regolamentazione definisce una serie di condizioni di tipo contabile, tecnico, giuridico, etc., che devono es-

sere rispettati dai prepagati per poter operare sul mercato delle prestazioni sanitarie. Ciò ha provocato una serie di proteste da parte dell'associazione che raggruppa i sistemi prepagati, ma a distanza di tempo si può sostenere che detti soggetti abbiano accettato le condizioni poste.

9. Conclusioni finali

Le peculiarità del sistema sanitario argentino rappresentano una combinazione delle problematiche affrontate nei paesi sviluppati ed in quelli non sviluppati.

Una società fortemente segmentata come quella argentina determina un'ampia ed eterogenea gamma di esigenze cui il sistema sanitario deve riuscire a rispondere. Infatti esso mentre da una parte deve raggiungere un maggior grado di efficienza nel processo di allocazione delle risorse, mediante il controllo dei consumi dei servizi e dell'uso delle tecnologie, dall'altra deve ampliare l'accessibilità a vasti settori della popolazione privi di assistenza sanitaria, e migliorare la qualità dei servizi erogati.

Il sistema sanitario argentino risulta caratterizzato da un'eccessiva atomizzazione che si manifesta in un vero «mosaico» di modalità distinte di assistenza medica; ciò fa comprendere come sia difficile qualificare lo stesso come «sistema», se per sistema si intende «un'insieme di parti caratterizzato da una coerenza interna e da una razionalità che permette accesso ed assistenza compatibili con le risorse e le competenze disponibili».

Uno sviluppo di meccanismi adeguati di coordinamento e di regolamentazione dell'attività di erogazione dei servizi sanitari, in un Paese caratterizzato da una così elevata diversità di istituzioni finanziatrici ed erogatrici, con tanti livelli di governo responsabili (lo Stato, le Province, i Municipi-

pi) costituisce probabilmente soltanto un puro esercizio di immaginazione.

Detto sistema presenta una contraddizione di fondo: da un lato esso conferisce all'utente una ampia libertà di scelta nel contrattare i servizi, con il serio rischio di legittimare in tal modo le diseguaglianze sociali esistenti; dall'altro non allarga l'accessibilità dei servizi ottenuti con finanziamento pubblico, confermando la varietà dei soggetti erogatori esistenti.

Due sono le possibili alternative di intervento: il primo modello si ispira all'esperienza cilena nella quale si osservano elevati livelli di iniquità, mentre il secondo modello è ispirato all'esperienza canadese caratterizzata:

1) da un lato da una forte decentralizzazione che assicura un insieme di prestazioni minime ed obbligatorie per tutti i cittadini (10);

2) dall'altro da uno Stato federale che garantisca la compensazione delle diseguaglianze esistenti tra le varie Province.

Lo scarso potere di regolamentazione dello Stato in Argentina induce a ritenere che sarà difficile controllare gli interessi dei privati (orientati al profitto) che gradualmente stanno allargando le proprie attività e che considerano la salute «come un contratto privato di servizi, piuttosto che come un diritto dei cittadini».

In conclusione quindi il meccanismo del libero mercato nel sistema sanitario, lo scarso potere di regolamen-

tazione e di controllo, l'eterogeneità delle istituzioni erogatrici e/o finanziatrici dei servizi, rappresentano la combinazione degli elementi nei prossimi anni contrasterà la creazione di un sistema sanitario efficiente, efficace e dal punto di vista sociale equo.

(1) Come risulta dal testo «La spesa sanitaria in Argentina» di Gines Gonzalez Garcia, Silvina Ramos ed altri autori redatto nel 1985-86.

(2) Un esempio è costituito dalla Provincia di Buenos Aires.

(3) In dettaglio si tratta delle opere sociali dei pensionati, degli agricoltori, dei dipendenti nel commercio, dei metallurgici e degli operai edili.

(4) È possibile in tal modo dare una spiegazione allo straordinario potere dei sindacati durante gli anni '70 in Argentina.

(5) Per altro nella maggior parte dei casi l'elenco nazionale delle tariffe risulta poco rispettato dagli accordi tra i soggetti erogatori dei servizi e le opere sociali.

(6) Ciascun lavoratore appartiene all'opera sociale della sua categoria professione in modo obbligatorio; si vedrà quindi come entrambi i progetti di riforma del sistema sanitario presentati nel paragrafo 8, siano caratterizzati dall'introduzione dell'opzione libera, da parte del beneficiario, dell'erogatore da lui preferito.

(7) Tali studi si focalizzano sulle opere sociali in quanto non esiste un forte interesse nell'approfondire le conoscenze relative agli altri due rami del sistema sanitario, data la scarsa rilevanza del settore pubblico in tema di prevenzione, e la assoluta non rilevanza del settore privato in termini di deficit fiscale.

(8) In base ai calcoli effettuati, il valore medio della quota parte di assistenza medica si sarebbe dovuto aggirare intorno ai 20 dollari.

(9) La scelta dell'opera sociale da parte del potenziale utente secondo tale progetto avviene una volta all'anno.

(10) Ci si riferisce al pacchetto base di prestazioni sanitarie (citato nel paragrafo 8.1), punto 5) da garantire obbligatoriamente ad ogni individuo della collettività.

BIBLIOGRAFIA

- F.I.E.L. (Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas), *El sistema de Obras Sociales en la Argentina: Diagnóstico y Propuesta de Reforma*, Congreso ADEBA-Buenos Aires, agosto 1991.
- ERNESTO ALDO ISUANI, *Consideraciones sobre el Sistema de atención a la salud en la Argentina*, Seminario sobre financiamiento de sistemas unificados y descentralizados de salud, San Paolo (Brasil), agosto 1988.
- OSVALDO GIORDANO E ALEJANDRA TORRES, *Reflexiones sobre la propuesta de reformulación del régimen de obras sociales*, Revista Novedades económicas, Buenos Aires, marzo 1992.
- Programa PNUD ARG/87/014 Fundación Isalud, *Sistemas de salud en los Países del Mercosur*, Buenos Aires, diciembre 1992.
- ERNESTO ISUANI E HUGO MERCE, *La Fragmentación institucional del sector salud en la Argentina: pluralismo o irracionalidad?*, Boletín de Techint, Buenos Aires, 1985.
- MARIA CRISTINA VARGAS DE FLOOD, JUAN LUIS BOUR, JOSE INCOLLA E JORGE MERA, *Seminarios Desregulación de Obras sociales*, FUNAM (Fundación argentina y el Mundo), Buenos Aires, 1992.
- JORGE ALBERTO MERA, *Política de salud en la Argentina - la construcción del seguro Nacional de salud*, Buenos Aires, 1988.
- Asociación de Economía de la salud, *Jornadas Internacionales de Economía de la Salud «Tendencias económicas de los sistemas de salud»*, Buenos Aires, 1992.

CAMPAGNA PROMOZIONALE VALIDA FINO AL 30 MARZO 1995

3 abbonamenti a Mecosan al prezzo di 2

Gentile lettore,

per chi è animato da quell'antico, naturale desiderio che è la voglia di conoscere, le pagine di **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, rivista trimestrale edita sotto gli auspici del Ministero della sanità, rappresentano un incontro unico.

A rivelarsi, attraverso centinaia di pagine, è la sanità sotto il profilo manageriale, per la prima volta raccolta in una grande rivista, dalle grandi pagine (f.to 21 x 28), analizzata in ogni aspetto, in ognuna delle forme e delle espressioni prodotte dalle fonti giuridiche e mediche.

Partendo da esse, **Mecosan** amplia i propri orizzonti ed offre al lettore la possibilità di approfondire tutti gli aspetti nel contesto gestionale in cui la sanità si esprime.

Per Lei, per i suoi collaboratori, per chi ha voglia di conoscere, per chi si propone di studiare, di sapere, di approfondire, di arricchirsi interiormente, **Mecosan** è, come Ella sicuramente ben sa, uno strumento fondamentale ed inesauribile di conoscenza.

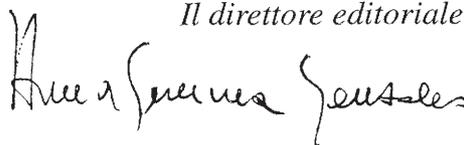
Certamente Ella vorrà rinnovare la sottoscrizione dell'abbonamento a **Mecosan** per il 1995.

Fino al 30 marzo 1995 il rinnovo è ancora più vantaggioso consentendoLe di sottoscrivere **3 abbonamenti a Mecosan al prezzo di 2**.

Utilizzi subito questa opportunità compilando l'acclusa cedola.

Con distinti saluti

Il direttore editoriale



Roma, novembre 1994

CAMPAGNA PROMOZIONALE VALIDA FINO AL 30 MARZO 1995

Programma abbonamento 1995

Spediz. in abb. postale - 50%

M E C O S A N
Management ed economia sanitaria

● Vi prego voler mettere in corso alle condizioni qui di seguito indicate e agli indirizzi sul retro indicati

- n. 3 abbonamenti per il costo complessivo di L. 430.000 anziché L. 645.000
- n. 6 abbonamenti per il costo complessivo di L. 860.000 anziché L. 1.290.000

Barrare la casella che interessa

● A tal uopo:

- Accludo **assegno bancario o circolare**, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - Roma
- Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - Roma, come da ricevuta allegata

Barrare la casella che interessa

FIRMA E TIMBRO

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

Biblioteca

Sezione 6^a

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

A. RAITANO

**Farmaeconomia.
Elementi gestionali
prospettici
in ospedali**

Il Pensiero Scientifico
Roma, 1994
pagg. 161, L. 38.000

Cosa vuol dire «qualità della vita»? Come la si deve misurare? Esistono indici e parametri obiettivi? Quanto deve costare salvare una vita? Quanto può osare l'uomo-medico sulla vita altrui? A queste e altre domande prova a rispondere l'autore di «Farmacoconomia», un libro che vaglia schematicamente gli aspetti connessi, in maniera diretta o indiretta al problema generale dell'economia applicata alla sanità e alla farmacia ospedaliera in particolare. Puntuale e specifica esigenza nel sistema sanitario, la farmacoconomia è qui proposta come un momento critico, integrativo, interattivo, della valutazione del farmaco, bene di consumo connesso, come tutto ciò di cui si vuol godere, ad un prezzo da pagare. Giustificare tale costo, o meglio investimento, è l'obiettivo generale di questa panoramica.

Il libro propone ed esemplifica concetti e metodologie per la valutazione dell'assistenza sanitaria. L'ipotesi è che tenuto conto dei vincoli di risorse è diventato indispensabile determinare il modo di utilizzarle al meglio. La valutazione è uno strumento utile a questo obiettivo. Il libro è diviso in tre parti: 1) concetti e significati della valutazione applicata all'assistenza sanitaria; 2) rassegna dei metodi di valutazione disponibili; 3) applicazioni pratiche dei metodi e dei criteri di valutazione. Il libro riporta inoltre esperienze concrete sviluppate nei Paesi della Cee.

W.W. HOLLAND
(a cura di)

**La valutazione
dell'assistenza sanitaria**

La Nuova Italia
Scientifica,
Roma, 1993,
pagg. 311, L. 46.500

IVAN CAVICCHI

**U.s.l. e ospedali
come negoziare
l'azienda sanità**

Ediesse,
Roma, 1994,
pagg. 178, L. 14.000

Le Unità sanitarie locali e i più importanti ospedali diventano aziende. Organizzare un servizio sulla base del modello aziendale non è altro che una maniera razionale di disporre di risorse materiali e umane. Contano però anche le finalità, i valori, i principi a cui tale organizzazione deve essere rivolta. Si apre quindi un'importante fase di negoziato, nella quale tutti gli interlocutori (istituzionali e sociali) possono e debbono svolgere un ruolo specifico. Questo libro si propone di agevolare la ricerca e l'adempimento di tali funzioni, valendosi del contributo di un ricco ventaglio di pareri, esperienze e competenze.

LEONARDO FREZZA

Farmaci e impreseIl Sole 24 Ore Libri,
Milano, 1994
pagg. 179, L. 40.000

Vengono descritti mercati, ambienti, competizioni, strutture e management dell'industria farmaceutica. E proprio in un momento a forte risonanza, con i riflettori puntati, poiché la società appare oltremodo sensibile verso questo settore. Infatti la salute dipende comunque dalla disponibilità di medicine valide.

Le aziende farmaceutiche italiane stanno vivendo un momento di profonda evoluzione. Dato il cambiamento di mercato, la ristrutturazione va vista come l'analisi sulla coerenza tra i processi, le funzioni e l'organizzazione necessaria per sostenere o incrementare la propria attività.

Lo studio affronta complessivamente la struttura organizzativa dell'azienda farmaceutica, per fornire dati, analisi, informazione e dare suggerimenti di flessibilità e tendenza verso l'inizio del nuovo periodo.

Quasi tutti i paesi stanno riesaminando il proprio sistema sanitario per far fronte all'esigenza comune di riuscire a garantire la migliore assistenza sanitaria possibile in un contesto di risorse limitate. L'approccio concorrenziale è considerato con favore nei nuovi modelli assistenziali di molti paesi, Italia compresa, in quanto si ritiene che promuova un maggior interesse per la qualità e i costi. Per il settore sanitario può essere opportuna l'introduzione di un tipo di concorrenza molto particolare, la cosiddetta «concorrenza amministrata». Dove le regole che governano la competizione tra fornitori e pazienti, e in alcuni casi, tra mutue sanitarie per gli iscritti, devono essere specificate con attenzione.

GEORGE FRANCE
(a cura di)**Concorrenza
e servizi sanitari
Quaderni per la ricerca
serie studi /33**Istituto di Studi sulle Regioni
Roma, 1994
pagg. 200 (pubblicazione
gratuita su richiesta)VODIA CREMONCINI
(a cura di)**Una sperimentazione
operativa e formativa
nei servizi sociali
e sanitari**Fondazione E. Zancan
Franco Angeli,
Milano, 1993
pagg. 239, L. 36.000

In questi anni molte scuole di formazione per assistenti sociali, sorte nella grande maggioranza come scuole libere, di livello universitario, ma cresciute fuori dall'università, stanno sperimentando il loro inserimento nelle strutture accademiche. Può dare un contributo a tali scopi il «Progetto policentrico di sperimentazione operativa e formativa nel campo dei servizi sociali e sanitari», (1985/1988), promosso e guidato dalla fondazione E. Zancan per verificare un'ipotesi di scuola di formazione di assistenti sociali, come dovrebbe conservarsi anche dopo l'inserimento nell'università. La ricerca, svolta in un'ottica valutativa dei contenuti e dei metodi della formazione di base e delle esigenze di formazione ricorrente degli assistenti sociali è tuttora di viva attualità. Le riflessioni, le prospettive non toccano solo le professioni sociali, ma la stessa teorizzazione e definizione degli interventi di politica sociale e dei soggetti implicati.

Il livello qualitativo delle prestazioni dei servizi, in particolare quelli di diagnostica strumentale dotati di apparecchiature biomedicali di elevata tecnologia e di organizzazione via via complessa, pur essendo strettamente collegato alle capacità tecnico-specialistiche del medico-operatore, dipende sempre di più dalle sue capacità manageriali. Una cattiva gestione dei servizi e delle unità operative può condizionare negativamente le capacità professionali pur elevate dei singoli. Scopo principale del testo è quello di approfondire le conoscenze relative alle problematiche della gestione e della valutazione delle attività a tutti i livelli (organizzazione, qualità, economicità della gestione, programmazione) e alla capacità operativa per la messa in pratica di soluzioni organizzative più corrette, efficienti ed economiche.

GIOVANNI OTTONE

**Servizi ospedalieri
di diagnostica
strumentale**Centro Scientifico
Editore
Torino, 1994
pagg. 111, L. 28.000

GIOVANNI OTTONE

Day hospital

Centro Scientifico
Editore
Torino, 1994
pagg. 111, L. 28.000

La logica dell'assistenza in regime di ricovero diurno risponde sia a finalità di tipo clinico, sia alla necessità di garantire il massimo benessere per effettuare trattamenti anche altamente specialistici e complessi (vale a dire tenta di coniugare efficacia, efficienza e umanità delle cure). Il livello qualitativo delle prestazioni delle unità operative, in particolare quelle di day hospital, ove un'organizzazione adeguata è fondamentale, pur essendo strettamente collegato alle capacità specialistiche del medico, dipende sempre più dalle sue capacità manageriali. Il medico deve interagire con altri colleghi e altre figure professionali, raccordarsi con altre unità operative, dirigere e programmare l'attività, richiedere risorse all'amministrazione e rispondere in ultima analisi dei risultati.

SPOGLIO RIVISTE

Struttura e organizzazione dei sistemi sanitari

SCHEFLE R., CLEMENT D., SULLIVAN S. ET. AL.
The hospital response to medicare's prospective payment system: an econometric model of blue cross and blue shield plans
Medical Care 1994, 32(5): 471-485

MALLET JEAN-OLIVER
Italie: d'un system de santè sous influence à un système sous concurrence entre financeurs et prestataires de soins?
Journal d'Economie Medicale 1994, 12(1): 59-76

CLEMENT J., SMITH D., WHEELER J.
What do we want and what do we get from not-for-profit hospitals?
Hospital & Health Services Administration 1991, 39(2): 159-178

MARRIOTT NEIL, MELLETT HOWARD
The financial awareness of managers in the reformed NHS
Health Services Management Research 1994, 7(1): 23-30

FERLIE E., FITZGERALD L., ASHBURNER L.
The creation and evolution of the new health authorities: the challenge of purchasing
Health Services Management Research 1994, 7(2): 120-13

REPETTO F., TARONI F., FEDERICO P., FORMIGARO F., GHIOLDI R., BLACO R.
Il mix pubblico-privato nell'assistenza ospedaliera in regione Lombardia
Epidemiologia & Prevenzione 1994, 18: 35-48

Valutazione economica delle attività sanitarie

BATTISTA R.N.
Scienze della salute, decisione politiche e valutazione delle tecnologie: sta espandendosi il ruolo degli epidemiologi?
Epidemiologia & Prevenzione 1994, 18: 15-21

HAAS-WILSON DEBORAH
The relationships between the dimensions of health care quality and price: the case of eye care
Medical Care 1994, 32(2): 175-182

MCGUIRE THOMAS
Predicting the cost of mental health benefits
The Milbank Quarterly 1994, 72(1): 3-26

Gestione dei servizi sanitari

PEI-SHU HO, HERZBERG M., WAN T.
Modeling two dimensions of patient satisfaction: a panel study
Health services Management Research 1994, 7(1): 66-76

TAYLOR STEVEN
Distinguishing Services Quality from patient satisfaction in developing health care marketing strategies
Hospital & Health Services administration 1994, 39(2): 221-236

BATIFOULIER P.
Incertitude sanitaire et risque probabilisable
Journal D'Economie Medicale 1994, 12(1): 3-16

LEVITT SAMUEL
Quality of care and investment in property, plant, and equipment in hospitals
Health Services research 1994, 28(6): 713-727

MELONI F., CORRIAS A., ABRUZZESE P.
Analisi economica sui costi dei principali interventi cardiocirurgici
L'Ospedale 1994, 3: 39-48

TARONI F.
La promozione dell'assistenza sanitaria: prospettive e problemi
Epidemiologia & Prevenzione 1994, 18: 70-76

MORTON S., KOMINSKI G., KAHAN J.
An examination of the resource-based relative value scale cross-specialty linkage method
Medical Care 1994, 32(1): 25-39

HODGKIN D., MCGUIRET T.
Payment levels and hospital response to prospective payment
Journal of Health Economics 1994, 13: 1-29

Assistenza farmaceutica

SANCHEZ LISA
Expanding the role of pharmacists in pharmacoeconomics
Pharmaco Economics 1994, 5: 367-375

O'BRIEN B., DRUMMOND M.
Statistical versus quantitative significance in the socioeconomic evaluation of medicines
Pharmaco Economics 1994,5: 389-398

Economia sanitaria

SHAPIRO M.
Is the Spirit of capitalism undermining the ethics of health services research?
Health Services Research 1994,28(6): 661-672

GARAVAGLIA MARIAPIA
Scarsità delle risorse e nuove forme di responsabilità
L'Arco di Giano 1994,4: 127-134

Varie

Atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione del piano sanitario nazionale relativo al triennio 1994-1996
Sanità Pubblica 1994,3: 355-397

SCORTEGAGNA RENZO
L'unità valutativa geriatrica nel progetto anziani
Prospettive Sociali e Sanitarie 1994, 8: 10-13

RANCI ORTIGOSA EMANUELE
Quali direttori per le U.s.l.?
Prospettive Sociali e Sanitarie 1994, 9: 1-2

BALDUCCI E., MONTI M., CUNIETTI E.
«Hospice» in ambiente pubblico
Prospettive Sociali e Sanitarie 1993, 18: 4-6

IL VOLONTARIATO TRA SOCIETÀ E ISTITUZIONI

tratto da: Casolino E., Sgaramella N.

Il volontariato tra società e istituzioni - Franco Angeli, Milano 1992

La preoccupazione di non ingabbiare il volontariato in schemi rigidi o impropri e di valorizzare il carattere spontaneo del fenomeno, che nasce per rispondere ad un bisogno e muore quando il bisogno cessa di manifestarsi oppure trova una risposta istituzionale, ha avuto come conseguenza l'espandersi del significato del termine, utilizzato nel dibattito di questi anni fino a ricomprendervi fenomeni che in realtà hanno caratteristiche e finalità differenti. L'accumunare fenomeni diversi discende dal fatto che tutte le esperienze presentano alcune caratteristiche del volontariato (quali la gratuità e la democraticità di gestione) ed operano con modalità difformi da quelle normalmente utilizzate dalle istituzioni pubbliche e dal mercato.

Conseguenza diretta di questo dilatarsi del termine è l'impressione ormai diffusa che il termine stesso stia progressivamente perdendo di significato e che questa caduta di identità aumenti notevolmente i pericoli di strumentalizzazione.

La riflessione attuale si indirizza allora alla ricerca di una ridefinizione del settore, effettuando le necessarie distinzioni tra i vari soggetti che — al di là della comune filosofia di fondo — pur esistono e si manifestano. In anni recenti non sono mancati da parte di enti di ricerca tentativi di ricostruzione definitoria e terminologica.

Il risultato più interessante di tale lavoro consiste nell'aver evidenziato il desiderio delle singole associazioni di distinguersi con un termine meno «inflazionato» utilizzando definizioni più articolate e precise, quali «comunità», «centro sociale», ecc. Ci sembra significativo rilevare come questa ricerca terminologica giunga a risultati assai diversificati.

In alcune sedi, per riflettere la distinzione fra le diverse esperienze in cui articola il fenomeno, si preferisce adottare il plurale «volontariati» piuttosto che il singolare «volontariato», distinguendo dai gruppi operanti nelle forme più tradizionali, sia il «nuovo» volontariato — al quale si connettono le esperienze di comunità cui abbiamo accennato — sia il volontariato «emergente», gruppi spontanei, impegnati soprattutto sul fronte culturale e su quello della difesa dell'ambiente.

In altre sedi, il termine volontariato viene ritenuto troppo astratto e generico, meglio sostituibile con «lavoro di volontariato» o «lavoro di servizio». Con questa impostazione si tende a privilegiare gli aspetti di mercato del lavoro e della professionalità che i singoli individui che offrono prestazioni volontarie si trovano ad affrontare.

Questo approccio al volontariato tende ad esaltare gli aspetti motivazionali, quali la solidarietà, la gratuità, la generosità, la carità, a prescindere se queste spinte personali siano in grado o meno di manifestarsi ad un livello collettivo, capace di avere una valenza politica (di stimolo alla rimozione delle cause di emarginazione) o sociale (di risposta al bisogno). Questo tipo di approccio, centrato sulle prestazioni individuali, sembra dunque mettere in secondo piano il fatto associativo che, viceversa, è stato considerato centrale da altri studiosi

della materia. Non sono però mancati tentativi di superare questa contrapposizione tra chi esalta esclusivamente le motivazioni culturali e chi, invece, considera soltanto i servizi e le prestazioni che il volontariato è in grado di fornire. Il possibile coagulo tra queste due linee interpretative è stato individuato nella caratterizzazione del volontariato come soggetto collettivo operante in «ambiti organizzati di azione sociale».

Ancora diverso l'approccio di coloro che sotto le dizioni «azione volontaria» e «solidarietà sociale» riunificano tutte quelle realtà di volontariato e di *self-help* organizzate, considerate come una «risorsa cruciale» per i moderni sistemi di *welfare state*. In questa impostazione, più che i soggetti, diventano rilevanti i servizi e le prestazioni che vengono forniti: la ricerca sul volontariato si sposta quindi dall'identificazione dei soggetti a quella del ruolo che gli stessi devono ricoprire.

Diversa l'impostazione adottata da tutti quegli studiosi — tra cui A. Ardigò e P. Donati — che, pur considerando il volontariato in stretta connessione con la crisi del *welfare state* (i noti «mondi vitali» di Ardigò), lo inseriscono all'interno di un «terzo settore» o «terza dimensione» (terzo dopo il sistema politico-amministrativo ed il mercato) che comprende il «privato-sociale», in cui al volontariato si affiancano altre forme di solidarietà informale, dalla famiglia e le reti di socialità amicale fino ad organizzazioni più strutturate come le cooperative di solidarietà sociale.

Le problematiche che scaturiscono da questa differenziazione — che spesso non è solo semantica e lascia supporre notevoli differenze di impostazione nello studio dei temi in questione — hanno costituito oggetto di importanti momenti di riflessione.

Ci si è chiesto, ad esempio, se si possono considerare come elementi costitutivi del volontariato — minimo comune denominatore — la spontaneità e la gratuità. Se la risposta è sì per la spontaneità, ciò che è comandato dalla legge, come ad esempio il servizio civile degli obiettori di coscienza, non è quindi volontariato. Se il secondo elemento essenziale è la gratuità, allora ciò che è pagato non è volontariato. Il criterio della gratuità però va considerato in senso assoluto o in senso relativo? Se si considera in senso assoluto il volontariato non deve ricevere alcun compenso. Sempre sotto il profilo del significato che si attribuisce al termine volontariato c'è ancora tutta una serie di quesiti: *a)* le attività gratuite delle grandi associazioni di massa rientrano nel volontariato?; *b)* le associazioni di categoria di handicappati (ad es. l'Unione ciechi, le varie associazioni di invalidi, ecc.) che difendono i propri membri, o di famiglie di handicappati (es. Anffas) che tutelano i propri figli, si possono chiamare associazioni di volontariato? Le associazioni non di servizio diretto, ma di azione sociale, come ad esempio, l'Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale (Ulces) o la Lega per i diritti e la liberazione dei popoli, si possono considerare associazioni di volontariato? Se il minimo comune denominatore è costituito dalla spontaneità e dalla gratuità si potrebbero sicuramente individuare quali espressioni di volontariato le associazioni che si dedicano ai servizi sociali e sanitari, alla tutela dei beni culturali, alla tutela dell'ambiente, alla protezione civile. Le stesse caratteristiche sono però presenti anche nelle associazioni sportive, nelle bande musicali, nelle associazioni di radiamatori, nelle associazioni d'arma, ecc.

Emerge con evidenza già da queste brevi note come l'attenzione degli studiosi verso il fenomeno del volontariato sia di segno diverso che nel passato: sempre più rivolta a coglierne le caratteristiche peculiari e a delimitare i confini, sempre meno interessata alla dimensione quantitativa.

È avvertita da più parti, cioè, l'esigenza di identificare a meglio definire il volontariato, sia per organizzare le conoscenze teoriche sia per avviare a soluzione, attraverso una maggiore chiarezza, i problemi che concretamente emergono nel rapporto che si instaura tra volontariato ed istituzioni.

- MONTANA P.J.
Marketing in non profit organizations
Amacom, New York 1978
- AA.VV.
Assistenza e beneficenza tra pubblico e privato
Franco Angeli, Milano 1980
- RADOS D.L.
Marketing for non profit organizations
Auburn House Publishing Company. 1981
- KOTLER P., FERREL O., LAMB C.
Cases and readings for marketing for non profit organizations
Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New York 1983
- MASON D.E.
Voluntary non profit enterprise management
Plenumpress, New York 1984
- SARPELLON G. (A CURA DI)
Le politiche sociali tra stato, mercato e solidarietà
Franco Angeli, Milano 1986
- COLOZZI I., TAVAZZA L. (A CURA DI)
Volontariato e salute
Dehoniane, Bologna 1988
- AA.VV.
Solidarietà ed innovazione nelle politiche sociali: idee, soggetti, proposte
da: Impresa sociale, ottobre 1990
- BASSANINI M.C., RANCI P. (A CURA DI)
Non per profitto
Fondazione A. Olivetti, 1990
- KOTLER P., REIN I., STOLLER M.
Alta visibilità
Isedi, Torino 1990
- BORGATA C.
Il terzo sistema. Una nuova dimensione della complessità economica e sociale
Fondazione Zancan, Padova 1991
- KOTLER P., ANDREASEN A.
Strategic marketing for non profit organizations
Prentice Hall, Inc., 1991
- SANTAGATA W. (A CURA DI)
Offerta privata di beni pubblici
Il Mulino, Bologna 1991
- IPPOLITO A., TAVAZZA L. (A CURA DI)
Volontariato e solidarietà
Sei, Torino 1991
- CASOLINI E., SGARMELLA N. (A CURA DI)
Il volontariato tra società e istituzioni. Esperienza nel socio sanitario
Franco Angeli, Milano 1992
- FIORENTINI GIORGIO
Organizzazioni non profit e di volontariato
Etas Libri, Milano 1992
- PROPERSI A., ROSSI G.
Associazioni e fondazioni
De Lillo Editore, 1992
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W.
Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit
McGraw-Hill, 1992
- ITALIA V.
Il volontariato. Organizzazioni, statuti e convenzioni
Giuffrè, Roma 1992
- BOCCACIN L.
La sinergia della differenza. Un'analisi sociologica del terzo settore in Italia
Franco Angeli, Milano 1993
- BOBBA LUIGI (A CURA DI)
Fare impresa
Ed. Idea Duemila, 1993
- MATTIONI A.
Le leggi della solidarietà
Ed. Vita e Pensiero, Milano 1993
- GRONBJERG K.A.
Understanding nonprofit funding. Managing revenues in social services and community development organizations
Jossey-Bass, San Francisco 1993
- ASCOLI U., PASQUINELLI S. (A CURA DI)
Il Welfare mix. Stato sociale e terzo settore
Franco Angeli, 1993
- BOBBA L. (A CURA DI)
Fare impresa. Organizzazioni sociali e imprese nonprofit: esperienze e modelli in Italia e in Europa
Idea Duemila, 1993

- ELLENA A., GIORDANO M., NERVO G., PASINI G., SCONOCCHIA, SERVIDATI M., TAVAZZA L.
Il volontariato nel quadro dei servizi sociali sul territorio
Fondazione E. Zancan, 1993
- AA.VV.
Non profit institutions in America
Garland Pub., Ney York 1993
- RATHGEB S., LIPSKY M.
Non profit for hire
Harvard Un., 1993
- HORAK
Controlling in non profit organisations
Int. Fund. Raising Workshop, 1993
- ROCCHI S.
Il volontariato fra tradizione e innovazione
Nis, 1993
- HAMMACK D.C., YOUNG D.R.
Nonprofit organizations in a market economy. Understading, New Roles, Iusses and trend
Jossey-Bass, San Francisco 1993
- COLOMBO G.M.
Le organizzazioni di volontariato. Aspetti civilistici e fiscali
Giuffrè editore, 1993
- DEL MARE G., CANINO A.
Come gestire un'associazione
SIPI, 1993
- GRONBJERG K.A.
Understanding nonprofit funding. Managing revenues in social services and comunit y development organizations
Jossey-Bass, San Francisco 1993
- BURKHARTP J., REUSS S.
Successful strategic planning. A guide for nonprofit agencies and organizations
Sage Publications, USA 1993
- BRYSON J. (A CURA DI)
Strategic planning for public service and non-profit organization
Pergamon, 1993
- CAMPELLI ENZO
Solidarietà ed etica laica
Franco Angeli, Milano 1994
- GIUMELLI G.
Una nuova vecchiaia ipotesi e realtà. Politiche sociali a favore degli anziani
Gurini Studio, Milano 1994
- HERZLINGER R., NITTERHOUSE D.
Finacial accounting and Managerial control for non-profit organizations
South-Western, 1994
- PEARCE J.L.
Volontariato. Motivazioni e comportamenti nelle organizzazioni di lavoro
Cortina, 1994
- PONZANELLI G.
Gli enti non profit in Italia
Cedam, 1994
- RANCI C., VANOLI A.
Beni pubblici e virtù private. Il terzo settore nelle politiche di Welfare
Fondazione Adriano Olivetti, 1994
- HARRISON J.
Managing charitable investment
Icsa, 1994
- AA.VV.
Volontariato ed enti locali. percorsi di collaborazione per attuare la legge quadro e costruire una società responsabile e solidale
Edizioni delle Autonomie, 1994
- SCARLATA FAZIO M.
Le associazioni
Pirola Società, 1994
- DE LEONARDIS O., MAURI D., ROTELLI F.
L'impresa sociale
Anabasi, 1994
- BRIMSON J., ANTOS J.
Activity-based management for service industries, government entities, and non profit organizations
Wiley, 1994
- CATTARINUSSI B. (A CURA DI)
Altruismo e solidarietà. Riflessioni su prosocialità e volontari
Franco Angeli, 1994
- SANDERS M.I.
Partnerships & Joint Ventures Involving tax-exempt organizations
Wiley, 1994
- GREENFIELD J.M.
Fund-raising fundamentals. A guide to annual giving for professionals and volunt eers
Wiley, 1994

TESI DI LAUREA

Tesi di laurea presentata all'università «L. Boccioni». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1993-1994. Relatore Elio Borgonovi

L'INTRODUZIONE DI NUOVE LOGICHE COMPETITIVE ED INCENTIVANTI NEL PROCESSO DI RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

di Ilaria Tamburiello

Esistono strumenti gestionali che possono essere adottati dalle aziende sanitarie per modificare il comportamento dei professionisti sanitari e per stimolare una maggiore efficienza nel comparto della medicina territoriale.

Il decreto legislativo n. 517/93 lascia alle singole Regioni l'opportunità di introdurre correttivi, dal lato della domanda e dell'offerta, che permettano loro di orientare i propri assetti verso due soluzioni alternative: una maggiore concorrenzialità, libero incontro tra domanda ed offerta pubblica e privata, l'altra che le avvicini maggiormente ad una competitività detta «collaborativa», dove un ente regolatore, ad esempio la Regione, possa definire priorità e vincoli per tutte le aziende.

Questa seconda soluzione, verso la quale il decreto sembra essere maggiormente orientato, appare, almeno a livello teorico, la più adeguata in considerazione delle peculiarità del settore in oggetto tuttavia, se con essa ci si può attendere una probabile maggiore rilevanza data alle esigenze dell'utenza ed ai suoi effettivi bisogni, vi è il rischio di porre poca attenzione agli elementi di spesa e di efficienza delle aziende sanitarie.

Si vuole qui dimostrare come sia possibile cercare di arginare questo reale pericolo tramite l'introduzione ed implementazione di precisi strumenti gestionali aziendali.

Tra i numerosi strumenti aziendali disponibili per stimolare una maggiore attenzione all'utilizzo delle risorse nell'ambito della medicina territoriale, escludendo le strutture ospedaliere che esulano dalla nostra trattazione, ve ne sono quattro in particolare sui quali ci si intende focalizzare evidenziando come non sia possibile un loro utilizzo separato e differenziato, od anche solo una loro trattazione, ma come la stretta correlazione ne renda necessaria un'analisi integrata all'interno di un processo di progressiva programmazione e controllo delle attività così da facilitarne il monitoraggio della spesa delle aziende sanitarie, il controllo dell'accesso alle strutture erogatrici e la selezione della domanda.

Il primo passo, per il raggiungimento di tali obiettivi, dovrebbe essere compiuto tramite l'introduzione di un sistema informativo che porti al monitoraggio della spesa indotta sia direttamente, sia indirettamente, dal medico di base rappresentando esso stesso il perno ed il responsabile ultimo a cui il nostro sistema delega le decisioni finale; un sistema informativo in grado, dunque, di rilevare, in ordine rispetto alla vicinanza al medico di base, le seguenti classi di spesa:

- farmaceutica;
- diagnostica;

- specialistica intra ed extra-ospedaliera;
- pronto soccorso;
- ricoveri.

La rilevazione di tali voci di spesa dovrebbe avvenire tramite il Centro unico di prenotazione (CUP): il sistema integrato di data base che permette all'utente di prenotare in tempo reale le prestazioni erogabili ambulatorialmente dalle aziende sanitarie, in più presidi diffusi in tutto il territorio di competenza dell'azienda: i distretti, gli ospedali ed ogni altro luogo che si reputi idoneo per favorire l'accesso. Risulta quindi essere un requisito fondamentale per ciascuna azienda sanitaria.

Ad esso è strettamente connessa l'introduzione di un sistema di programmazione e controllo: il *budget*

Nel comparto della medicina di base, dove l'obiettivo primario non è spendere poche risorse, ma ottimizzarne l'utilizzo, tale strumento deve rispettare due precise esigenze:

— deve essere inteso non come un rigido tetto di spesa, ma come la definizione di una serie di obiettivi da raggiungere, in termini di prestazioni da erogare, in un arco di tempo delimitato; un *budget* virtuale che permetta la valutazione ed il confronto di ciò che è stato possibile realizzare rispetto le previsioni per poter successivamente analizzare le motivazioni degli eventuali scostamenti. Non sarebbe infatti proponibile un meccanismo che limitasse l'erogazione di prestazioni sanitarie in nome di uno sterile equilibrio economico-finanziario;

— il *budget* deve essere concepito per gruppi di medici non essendo statisticamente significativo fare previsioni sulla base dei pazienti di un singolo medico: basterebbe che uno o più di essi si collocasse al di fuori della casistica perché il *budget* non fosse rispettabile. Inoltre, il *budget* di gruppo, stimolerebbe il reciproco controllo tra i medici senza lederne il principio dell'autonomia professionale.

Il modello organizzativo da adottare

Attualmente i due maggiori problemi del medico di base sono:

— soffre di un forte isolamento all'interno della struttura: la specialistica non ha più il ruolo, così come era stato concepito dalla riforma del '78, di consulente del medico di base, ma sempre più si sostituisce ad esso. La progressiva specializzazione ha portato non solo ad una visione frammentata della salute del cittadino, ma soprattutto ad una forte demotivazione del medico ormai ridotto a mero burocrate e semplice prescrittore per la banalità dei compiti che gli sono demandati.

— egli stesso, in mancanza di rapporti con la specialistica e con gli altri medici di base visti come dei competitori, non è stimolato ad intraprendere i necessari percorsi di aggiornamento professionale: né espliciti, spesso scarsi dei quali si denuncia l'inadeguatezza, né impliciti derivanti dal continuo confronto ed interazione con i restanti operatori sanitari, come spontaneamente avviene all'interno dei reparti ospedalieri.

Una possibile soluzione a tali problematiche può essere ricercata nel modello organizzativo dell'associazionismo (ricollegandoci in tal modo al *budget* di gruppo) per facilitare, ad un primo stadio, l'integrazione e la riscoperta del ruolo del medico di base, per poi, in fase di rilancio dei distretti come conseguenza della risonizzazione delle U.s.l., implementare tale modello tramite la costituzione di *équipes* dove potrà avere luogo lo scambio di informazioni tra i collaboratori sanitari.

L'ultimo strumento da introdurre, come diretta conseguenza dei precedenti, è il sistema di incentivazione

Il decreto legislativo n. 502/92 prima, ed il decreto legislativo n. 517/93 dopo, hanno previsto la possibilità di remunerare il medico di base in parte a quota capitaria ed in parte a quote variabili. Tale parte variabile, ancorata al grado di raggiungimento degli obiettivi fissati all'inizio del periodo, può fungere da stimolo al singolo ed al gruppo nel perseguimento degli stessi.

In questo modo andrebbe a chiudersi il processo circolare di rilevazione e monitoraggio della spesa delle aziende sanitarie che, pur nel rispetto delle esigenze dell'utenza, sarebbero incentivate ad un migliore utilizzo delle risorse in presenza di un sistema di premi e punizioni collegato al grado di efficienza raggiunto.

A fronte dell'ottimismo connesso ai possibili risultati conseguibili tramite l'introduzione di tali strumenti lungo il percorso evolutivo delle aziende sanitarie, preme sottolineare come l'adozione di ciascuno di essi incontri forti ostacoli all'interno della medicina di base: la realtà è ancora molto immatura ed arretrata rispetto i progetti teorici che vengono oggi elaborati per una nuova sanità pubblica e nessuno di essi può essere di successo senza la presenza contemporanea di strumenti gestionali accettati ed interiorizzati.

Il rischio vero, in sostanza, è che ancora una volta la riforma permetta avvicinamenti a tappe successive, ma scollegati tra di loro, al traguardo del vero cambiamento; il D.L.vo n. 517/93 mette a disposizione degli strumenti in più, ma solo se si sapranno usare i nuovi spazi con una rinnovata cultura si potrà modificare il volto della sanità, ma sarà ugualmente un percorso molto difficile: ci saranno le condizioni organizzative per fare formazione nei modi in cui ci si propone di farlo?

Se la finalità generale del riordino della sanità è la creazione di aziende orientate al servizio, appare evidente la criticità della qualità del personale e l'importanza della formazione dello stesso; si rischia un utilizzo degli strumenti gestionali secondo la vecchia logica burocratica, così da provocare un ulteriore irrigidimento della struttura senza garantirne la necessaria flessibilità.

Tesi di laurea presentata all'università «L. Boccioni». Corso di laurea in Economia aziendale A.A. 1993-1994. Relatore Elio Borgonovi

INTRODUZIONE E SVILUPPO DI SISTEMI DI CONTROLLO DIREZIONALE DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE NELLE NUOVE U.S.L. AZIENDA

di Giovanni Soro

La crisi del Sistema sanitario nazionale, manifestatasi alla fine degli anni ottanta, si è convinta sia dovuta principalmente alle deficienze dal punto di vista gestionale che hanno caratterizzato il suo operare. Le aziende sanitarie che svolgevano la propria attività all'interno del S.s.n. non si sono dimostrate capaci di coniugare le esigenze della domanda complessiva di prestazioni con le limitate risorse a loro disposizione, dando vita ad un circolo vizioso caratterizzato dall'inefficienza gestionale coniugata all'inefficacia assistenziale. In tale contesto i singoli operatori (nel nostro caso i medici di base) non riuscivano a valutare quelle che erano le implicazioni sulle dinamiche economiche complessive delle U.s.l. e, in generale, dell'intero Sistema sanitario nazionale, derivanti dal loro comportamento clinico.

Si deve sottolineare che alla centralità del ruolo sociale assegnato alla medicina di base non è sembrato accompagnarsi nella riforma (legge n. 833/78) un'adeguata consapevolezza del delicato ruolo economico che essa esercita ed un'effettiva analisi della valenza economica dell'attività del medico di base. Tale situazione ha portato ad un fenomeno di sempre maggior distacco tra professionisti e logiche di funzionamento previste dal Sistema sanita-

rio nazionale, con una sempre maggiore deresponsabilizzazione nel rispetto delle regole di comportamento a livello organizzativo-gestionale introdotte nelle organizzazioni pubbliche.

Sono dunque divenuti necessari degli interventi che diano avvio ad un processo di ristrutturazione del S.s.n. che consentano:

— un aumento del grado di responsabilizzazione economico-finanziaria in capo alle strutture sanitarie che erogano servizi sanitari;

— un coinvolgimento più diretto della componente medica negli aspetti di gestione dei servizi e non solo per gli aspetti strettamente tecnici e clinico-assistenziali.

L'opportunità di una svolta in tal senso sembra offerta dal decreto n. 502/92 di «riordino della disciplina in materia sanitaria» che tenta di fornire una risposta ai due precedenti problemi prospettati attraverso:

a) l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie. In tal modo la singola U.s.l. sarà incentivata a sviluppare degli strumenti gestionali che consentano un effettivo monitoraggio e controllo dell'attività svolta;

b) la responsabilizzazione economica dei medici di base. Si innescherà in tal modo un progressivo e reale coinvolgimento dei professionisti medici nei processi di controllo di gestione.

In relazione alle problematiche gestionali individuate ed alle opportunità offerte dall'applicazione del decreto di riforma si è evidenziata la necessità di introdurre nelle specifiche realtà sanitarie dei sistemi di controllo di gestione che consentano un effettivo miglioramento in termini di efficienza ed efficacia nello svolgimento dell'attività sanitaria.

Il controllo di gestione assume nelle organizzazioni sanitarie particolari caratteristiche che devono essere attentamente valutate e considerate. La specificità dei servizi erogati, le caratteristiche organizzative, l'autonomia di molti operatori, le modalità di finanziamento delle attività ed i legami tra i vari livelli istituzionali (Stato, Regione e U.s.l.) condizionano inevitabilmente la stessa logica del controllo. Negli anni passati in effetti si è riscontrato il prevalere di una logica di controllo che ricalca gli schemi del settore pubblico ed è rivolta agli atti formali piuttosto che alla rispondenza dei risultati agli obiettivi predefiniti. È da ricordare che le operazioni di utilizzo di molti strumenti di controllo di gestione non sono particolarmente diffuse nelle U.s.l. a causa di una generale mancanza di cultura del controllo di gestione che deriva da un fattore strutturale: l'assenza o l'inadeguatezza di alcuni meccanismi di regolazione economica propri del mercato, quali lo scambio ed il prezzo.

Il decreto legislativo n. 502/92 introduce delle rilevanti novità in ambito sanitario che potranno essere utilizzate per un effettivo rilancio del processo di implementazione dei sistemi di controllo di gestione nelle strutture sanitarie ed in particolare per quanto riguarda l'assistenza sanitaria di base. La medicina di base rappresenta un contesto peculiare; in effetti l'autonomia clinica, accompagnata dalla difficoltà di misurare il risultato delle attività sanitarie in modo attendibile, rappresenta un fenomeno che, collegato alla personalizzazione delle prestazioni, spinge a logiche di intervento organizzativo maggiormente focalizzate sulla definizione di spazi di autonomia nell'ambito d'intervento e nella ricerca di forti livelli di autoresponsabilizzazione da parte degli stessi medici di base che divengono così l'essenziale punto di riferimento di tutta l'organizzazione sanitaria.

La teoria aziendale, anche se contestualizzata in ambito pubblico per tener conto delle peculiarità che caratterizzano tale settore in generale e la sanità in particolare, suggerisce l'implementazione di meccanismi operativi che permettono, da una parte, un effettivo processo di responsabilizzazione dei singoli professionisti che operano nelle strutture sanitarie, con il *budget* e, dall'altra, un efficace razionalizzazione della propria attività, attraverso lo sviluppo di un adeguato sistema informativo che consenta un'attenta analisi dell'assistenza sanitaria di base nelle sue molteplici implicazioni economico-gestionali.

L'utilità del *budget* consiste, non solo nel definire la spesa indotta da ciascun operatore sanitario, ma anche nel chiamare ciascun responsabile a formulare programmi di attività, nonché stimare i mezzi necessari al raggiungimento degli obiettivi predefiniti. La particolare realtà, costituita dall'assistenza sanitaria di base, rende necessaria l'adozione di un modello che consenta la definizione autonoma, l'analisi, la discussione, la valutazione ed il controllo del *budget* all'insieme dei medici di base secondo una logica *bottom-up* che realizzi un reale processo di pianificazione dal basso, attraverso la definizione degli obiettivi da parte dei singoli professionisti.

In tale contesto il sistema informativo vedrà i medici di base protagonisti nella produzione delle informazioni rilevanti per la gestione dei servizi sanitari, diviene di importanza fondamentale poiché non risulta possibile delineare nessun tipo di attività gestionale senza uno sviluppo adeguato dei sistemi informativi che consentono un'effettiva responsabilizzazione sull'utilizzo delle risorse.

Le innovazioni stesse introdotte dal decreto n. 502/92, riguardo l'organizzazione e la gestione delle U.s.l., richiedono lo sviluppo di sistemi informativi che siano in grado di fornire al «management aziendale» informazioni, reperibili internamente ed esternamente all'U.s.l., correlandole a quei fattori divenuti critici per il raggiungimento dei risultati.

Il sistema informativo infine, non bisogna dimenticarlo, rappresenta una variabile organizzativa in quanto esercita una certa influenza sul comportamento organizzativo-operativo nei soggetti coinvolti nello svolgimento dell'attività. Esso in effetti consente un miglioramento dei processi decisionali, riducendo i tempi di produzione e distribuzione delle informazioni e rendendo possibili analisi assai complesse, ed incoraggia cambiamenti nel comportamento prescrittivo e nella pratica clinica.

La centralità del sistema informativo nella gestione delle attività sanitarie, e non solo, è stata riconosciuta in tutta la sua importanza dalla regione Lombardia che, a fronte delle necessità relative, da una parte, all'analisi degli strumenti informativi a disposizione delle singole U.s.l. per monitorare la spesa indotta dai medici di base e, dall'altra, allo sviluppo di una strategia di fondo per indirizzare la progettazione dei sistemi informativi nelle U.s.l., ha deciso di sponsorizzare una ricerca sul campo che consiste di effettuare due tipologie di analisi, tra loro interconnesse per avere un quadro più chiaro della situazione nella realtà regionale:

a) un'analisi qualitativa con un campione di tre U.s.l. da cui poter trarre spunto per l'introduzione di strumenti di controllo e di monitoraggio della spesa indotta dai medici di base;

b) un'analisi quantitativa, a livello regionale, con l'obiettivo di definire un quadro completo delle varie tipologie di sistemi informativi utilizzati negli enti sanitari lombardi.

Quest'ultima analisi si è resa necessaria in vista della definizione della procedura di riparto di un finanziamento, deliberato dalla Regione nel 1989 ma non ancora distribuito, relativo all'informazione dei sistemi informativi utilizzati presso ciascuna U.s.l., attraverso la predisposizione da parte delle stesse di un progetto per l'implementazione dei sistemi di CUP.

Per CUP (Centro unico di prenotazione) si intende l'attivazione di un sistema informativo automatizzato, costituito da basi dati «univoche» per tutta l'U.s.l., gestite e consultabili al fine dello svolgimento del processo di prenotazione delle prestazioni specialistiche intra ed extra ospedaliere e la contemporanea riscossione delle quote che risultano a carico dell'utente.

L'attuazione di un tale sistema automatizzato dovrebbe garantire un più facile accesso alle prestazioni, attraverso un processo di standardizzazione delle procedure di accesso; una maggiore trasparenza dei processi amministrativi ed un'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse professionali e strutturali, attraverso il monitoraggio dell'attività con l'ausilio di adeguati indicatori.

I risultati dell'analisi, confermando l'esistenza di difficoltà nel monitorare i dati relativi alla spesa indotta dal medico di base, hanno ribadito l'esigenza di superare la vecchia logica di accentramento dei sistemi informativi conseguente al rapporto con Lombardia informatica ed un contemporaneo sviluppo di sistemi informativi automatizzati (con l'implementazione di sistemi di CUP) a livello di singola struttura sanitaria che consenta un effettivo monitoraggio dell'attività svolta ed una sua correlazione all'insieme delle risorse assorbite.

Occorre sottolineare la necessità di sviluppare, nelle realtà sanitarie, un'adeguata cultura gestionale che consenta utilizzo di tali strumenti, potenzialmente molto efficaci, ma praticamente senza valore, o quasi, qualora non supportati dallo sviluppo di una mentalità aziendale tra gli operatori responsabili del loro funzionamento ed utilizzo. Questa precisazione sta a significare che gli strumenti informatici, per quanto evoluti essi siano, non rappresentano da soli le soluzioni ai problemi connessi al monitoraggio ed al controllo della spesa, ma invece rappresentano un'opportunità che dovrebbe essere colta da parte degli operatori sanitari in vista di una maggiore razionalizzazione ed un effettivo controllo sull'attività da loro svolta.

Tesi di laurea presentata all'università degli studi di Torino. Corso di laurea in Scienze delle finanze A.A. 1992-1993. Relatore Nerina Dirindin

LA TECNICA DELL'ANALISI COSTI-BENEFICI NEL SISTEMA SANITARIO. TEORIA ED APPLICAZIONI PRATICHE

di Alessandra Tapra

La necessità di tenere sotto controllo le spese dello Stato e di identificare dei criteri espliciti in base ai quali ripartire i fondi pubblici, ha spinto molti Governi ad adottare l'analisi costi-benefici in diversi settori di scelta pubblica. Una importante applicazione di questa tecnica di valutazione economica è rappresentata dal settore sanitario, dove la scarsità di risorse si scontra con la comune aspirazione di medici, operatori sanitari e pazienti a migliorare le condizioni di salute con l'impiego di ogni possibile mezzo.

L'utilizzo dell'analisi costi-benefici presuppone che vengano identificati e quantificati in termini di una unità monetaria comune i costi ed i benefici sociali relativi o al progetto che si vorrebbe intraprendere, fornendo così informazioni circa la sua convenienza assoluta, o ai progetti alternativi tra i quali deve avvenire una scelta, individuando così qual'è quello migliore dal punto di vista del beneficio sociale netto. Procedendo in tal senso, l'operatore del decisore pubblico può essere tenuto costantemente sotto controllo, visto che le scelte da lui effettuate si fondano su criteri razionali e soprattutto espliciti.

L'approccio costi-benefici nelle sue tre varianti, l'analisi costi-efficacia, l'analisi costo-utilità e l'analisi costo-beneficio, è stato utilizzato in ambito sanitario per diverse patologie. Tra i vari studi effettuati sono di seguito esaminate le applicazioni ai programmi di screening relativi a quattro diverse malattie: l'HIV, la retinopatia diabetica, il cancro alla mammella e l'epatite B.

Uno degli studi sul virus dell'HIV, è stato quello di R.S. Einsenstaedt e T.E. Getzen «Screening Blood Donors for Human Immunodeficiency Virus antibody: Cost-Benefit Analysis». In esso viene adottata l'analisi costo-beneficio per valutare la convenienza di un programma di screening sui donatori di sangue, utile per individuare coloro che risultano positivi all'HIV ed evitare così che le persone trasfuse vengano infettate. Vengono stimati i costi di tale programma e vengono confrontati con i benefici che da esso si possono trarre, in termini di costi evitati per curare le persone infettate. Dallo studio risulta che i benefici sono, anche se di poco, superiori ai costi, che comunque sono stati sottovalutati.

La retinopatia diabetica è stata oggetto di studio da parte di M.J. Sculpher, M.J. Buxton et al. in «Screening for Diabetic Retinopathy: a relative cost-effectiveness analysis of alterna-

tive modalities and strategies». Essi hanno utilizzato un'analisi costo-efficacia per individuare il migliore tra diversi programmi di screening, necessari ad identificare in soggetti asintomatici stadi precoci di tale malattia. Le diverse modalità di screening sono state valutate in termini di costo per caso positivo scoperto ed in termini della specificità e sensibilità, ossia rispettivamente la percentuale di persone malate e sane che rispondono positivamente e negativamente al test. È stato impossibile determinare quale programma fosse il migliore perché quello che comportava un minore costo per caso positivo scoperto era quello che presentava anche una minore sensibilità.

Tra gli studi relativi al cancro alla mammella vi sono quelli di I. Okubo, H. Glick et al. in «Cost-Effectiveness Analysis of Mass Screening for Breast Cancer in Japan» e di P.J. Van der Maas, H.J. de Koning et al. in «The Cost-Effectiveness of Breast Cancer Screening».

Il primo tra i due è stato effettuato con riferimento al Giappone, dove il Governo attualmente raccomanda lo screening effettuato con la visita medica. Nello studio viene confrontato con altri programmi alternativi, tra i quali la mammografia attualmente raccomandata negli Stati Uniti, utilizzando un'analisi costo-efficacia ed in particolare il costo per anno di vita salvato. Si conclude che la visita medica è, tra i programmi valutati, quello che presenta un maggiore costo per anno di vita salvato, cosicché il Governo dovrebbe raccomandare altre modalità di screening, per esempio la mammografia il cui costo per anno di vita salvato è il più basso tra quelli calcolati.

Il secondo studio valuta alternativi tipi di screening che si distinguono per il numero di visite cui sottopone le donne e per l'intervallo tra una visita e l'altra. Essi sono stati confrontati in termini di costo per morte evitate e di costo per anno di vita guadagnato. Si arriva a concludere che l'alternativa che prevede un totale di dieci screening con un intervallo di due anni tra uno e l'altro, consente una riduzione della mortalità per il cancro alla mammella del 12%.

In ultima analisi ci sono studi che prendono in considerazione l'epatite B. Tra di essi: «Cost-Effectiveness of Hepatitis B Vaccine in Greece» di E.J. Hatziandreu, A. Hatzakis et al. e «A Cost-Effectiveness Analysis of a Simple Micromethod for Hepatitis B Screening in Hepatitis B Virus Control Programmes» di M.A. Lansang, E. Domingo et al.

Lo studio effettuato in Grecia adottando un'analisi costo-efficacia, confronta l'alternativa della non vaccinazione con quella dell'utilizzo di due tipi diversi di vaccino. Il programma di vaccinazione consente una riduzione considerevole del rischio di infezione anche se comporta un aumento dei costi rispetto al caso della non vaccinazione. Ma questo incremento di costi è tanto più contenuto quanto più è basso il costo del vaccino.

Nel secondo studio si valuta l'efficacia di un micrometodo che utilizza un prelievo capillare per individuare le madri gravide portatrici del virus dell'epatite B. Esso viene confrontato con i metodi tradizionali che comportano un prelievo venoso e con l'immunizzazione di massa. Si conclude che il micrometodo è il migliore, infatti presenta un rapporto costo-efficacia più basso degli altri, ma la sua convenienza relativa si riduce al diminuire del costo del vaccino, soprattutto nei confronti dell'immunizzazione di massa.

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Le pagine di *Mecosan* sono aperte al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari. I contributi devono essere originali e avere contenuto innovativo, ma soprattutto devono essere in grado di favorire la diffusione della cultura economica e manageriale nella sanità italiana, migliorando le capacità gestionali di coloro che operano sul campo e offrendo nuove indicazioni per le attività di ricerca e sperimentazione. Gli autori sono tenuti a rispettare le seguenti norme editoriali nella preparazione e nell'invio dei contributi.

Uso delle maiuscole

Scrivere sempre in carattere minuscolo le cariche, i titoli di studio e simili, i nomi di popoli, i nomi generici di enti, e organi istituzionali. Le sigle vanno scritte con la sola iniziale maiuscola (esempio: U.s.l., S.s.n. etc.).

Per la denominazione per esteso di società o enti, usare la maiuscola solo per il primo termine.

Tabelle, Figure e Formule matematiche

Tabelle e formule matematiche devono essere dattiloscritte e prive di correzioni che ne rendano difficile la comprensione.

Le tabelle e i grafici devono essere richiamati nel corso dell'articolo con riferimenti puntuali, e devono essere corredati di una didascalia analitica che permetta di comprendere il significato senza ricorrere alla lettura del testo.

Le tabelle e i grafici vanno consegnati anche in copia cartacea.

Le note

Le note devono essere il più possibile ridotte, in numero ed estensione, ed elencate alla fine dell'articolo (non a piè di pagina).

Cartelle

Le cartelle si considerano di 30 righe e 60 battute per riga.

Bibliografia

I richiami bibliografici si devono effettuare con il sistema autore-data (non con numeri progressivi). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo secondo le modalità dell'esempio che segue:
per i testi (Clerico, 1984) Clerico G. Economia della salute. Milano, Franco Angeli 1984
per gli articoli (Volpato, 1990) Volpato O. La privatizzazione dei servizi pubblici. Azienda Pubblica 1990; 2:243-252.

Per la sezione **SAGGI e RICERCHE** sono previsti articoli di lunghezza variabile tra le 15 e 30 cartelle. Deve essere allegato un abstract in lingua inglese, di lunghezza non superiore a 200 parole, che illustri i principali contenuti dell'articolo e ne anticipi le conclusioni. L'autore deve indicare almeno tre parole e non più di cinque parole chiave per la classificazione del proprio contributo. I resoconti di indagini e ricerche devono essere articolati secondo la scansione tradizionale: obiettivi, dati e metodologia, risultati, conclusioni.

Per la sezione **ESPERIENZE INNOVATIVE, LA SANITÀ NEL MONDO, SANITÀ, e IMPRESA** sono previsti articoli di lunghezza non superiore a 20 cartelle (non superiore a 15 per la sezione Sanità e Impresa). I riferimenti bibliografici se presenti, devono essere limitati a 10 per articolo.

I testi devono pervenire su disco magnetico, preferibilmente composto in Macintosh o in Microsoft Word per Dos o Windows, con allegata una copia cartacea preceduta da una prima pagina che indichi: nome e cognome di tutti gli autori (il primo sarà l'autore principale), istituzioni di appartenenza; indirizzo completo, numero di telefono e di fax dell'autore principale; titolo suggerito; sezione per la quale si intende proporre il contributo.

I contributi devono essere inviati all'attenzione di Franco Sassi, presso **la redazione di Mecosan**, via Balilla, 16, 20136 Milano tel. 02/58363132-3131 fax 02/89404523. Tutti gli articoli pervenuti per la pubblicazione nella sezione «Saggi e Ricerche» saranno sottoposti al vaglio di almeno due referenti esterni accreditati. Per le altre sezioni il Direttore Scientifico può decidere di sottoporre i contributi semplicemente al vaglio della redazione.

Qualore risultasse mancante alcuno degli elementi descritti in queste istruzioni il contributo potrà essere scartato oppure integrato dalla redazione senza richiesta di consenso all'autore.

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'invio 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 sottoidicato:

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, in corso di stampa) 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.