

Comitato scientifico

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

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

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

Sabino Cassese
Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini
Ordinario di economia - Università di Torino

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

Fabio Roversi Monaco
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia
Amministratore Straordinario - U.S.I. RM/10

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi
Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

Franco Sassi
Coordinatore generale

Redattori capi sezione

Giorgio Fiorentini

George France

Marco Meneguzzo

Antonello Zangrandi

Francesco Zavattaro

Redattori

Giorgio Casati

Mario Del Vecchio

Andrea Garlatti

Alessandra Massei

Corrispondenti esteri

Luciano La Camera (New York)

Michael Schofield (Londra)

Gustav Schaeter (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

Società editoriale

MECOSAN

*La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità*
edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:**Editoriale**

- 2 **Non cercare nelle leggi ciò che in esse non si trova**

Sez. 1^a - Saggi e ricerche

- 8 **Obiettivi metodi e tecniche nella valutazione dell'intervento pubblico in sanità**
di Ermanno Attanasio

- 19 **Strumenti per le decisioni d'acquisto dei servizi sanitari nei distretti inglesi**
di Neil Greig

Sez. 2^a - Documenti e commenti

- 32 **Il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economica**
di Antonello Zangrandi (a cura)

- 36 **Procedure di gestione delle risorse finanziarie per la sanità**
Regione Veneto - Dipartimento per la gestione della spesa sanitaria

- 49 **Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L. 502/92**
di Mario Del Vecchio e Francesco Longo

Sez. 3^a - Esperienze innovative

- 64 **Una strategia per la riforma nella regione Abruzzo**
di Mario Collevicchio

Sez. 4^a - Notizie dal mondo

- 70 **Il ciclo del progetto e la gestione dei programmi nella cooperazione italiana**
di Eduardo Missoni

- 87 **Il sistema sanitario romeno: la situazione attuale e una proposta di riforma**
di Mario Del Vecchio

Sez. 5^a - Sanità e impresa

- 98 **Il factoring**
di Antonio Iantosca

- 102 **La qualità delle forniture all'Unità sanitaria locale**
di Giorgio Fiorentini

- 110 **L'acquisto di generi alimentari nelle nuove Unità sanitarie locali**
di Renzo Colli

Sez. 6^a - Biblioteca

- 118 **Recensioni**

- 126 **Novità bibliografiche**

- 129 **Spoglio riviste**

- 133 **Tesi di laurea**

Appendice

- 138 **Il piano dei conti (proposto nella regione Emilia-Romagna)**

NON CERCARE NELLE LEGGI CIÒ CHE IN ESSE NON SI TROVA

CONTRIBUTO AL DIBATTITO SUL DECRETO 502/92

Da alcuni anni è andato aumentando il numero di coloro che chiedono un « intervento legislativo capace di adeguare il S.s.n. alle mutate condizioni economiche e sociali del Paese ». Si è trattato per la maggior parte dei casi di richieste miranti a cambiare il funzionamento del sistema pur nel rispetto e con il mantenimento dei principi fondamentali della legge 833/78 che ha sancito il diritto del cittadino alla tutela della salute.

Non che in questi anni la produzione normativa sia stata carente, anzi essa è apparsa sovrabbondante ed ha riguardato un po' tutti i settori in cui si articola l'azione pubblica di tutela della salute. Si avvertiva l'esigenza di una organica ridefinizione della architettura del S.s.n., della distribuzione (o redistribuzione) dei poteri e delle responsabilità tra i diversi livelli di Governo e tra diversi organi, dei modelli organizzativi in base ai quali attuare la produzione e l'erogazione dei servizi e delle prestazioni, dei criteri in base ai quali procedere alla analisi e alla valutazione dell'azione delle diverse strutture di offerta e procedere a giudizi di efficacia ed efficienza sulla loro gestione.

Ora che il Paese è dotato di una nuova legge organica sul riordino del S.s.n., il decreto 502 del 30 dicembre 1992:

— sono molte le critiche rivolte ai suoi contenuti e alla sua formulazione;

— sono state avviate iniziative per la raccolta di firme per un referendum abrogativo;

— sono stati promossi da varie Regioni ricorsi alla Suprema Corte per l'abrogazione di alcune parti del decreto;

— sono stati elaborati e proposti numerosi testi alternativi che qualcuno pensa di sottoporre al Governo per attuare quelle rettifiche che gli sono consentite in virtù della delega concessa con la L. 421/92 e tuttora in vigore.

Colpa della qualità del decreto 502 che molti giudicano « organico » solo nel senso che affronta i più rilevanti aspetti strutturali e funzionali del S.s.n., ma alquanto incongruente e incoerente in molte sue parti.

Colpa della procedura che secondo molti non si è preoccupata di promuovere e realizzare un sufficiente consenso attorno alle soluzioni proposte o di rispettare almeno quella « soglia di accettabilità » da parte del-

le varie componenti che è necessario rispettare in una vera società democratica.

Colpa del fatto che il Governo ha travalicato i confini della delega fino al punto di incidere su alcuni principi di fondo del S.s.n. e dei rapporti tra i diversi livelli di Governo (questioni dell'autonomia regionale).

Colpa, infine, secondo alcuni, del fatto che diversi gruppi portatori di interessi consolidati cercano di coalizzarsi per difendere le situazioni di privilegio conquistate o del fatto che è difficile per la società italiana abbandonare le logiche del garantismo, dell'assistenzialismo, dell'ombrello steso dalla mano pubblica (tanto criticata quando c'è e tanto rimpianta quando viene meno) ed avviarsi con decisione sulla strada della ricerca di nuovi equilibri tra socialità ed efficienza tramite una più diffusa competizione, una reale valorizzazione del merito della professionalità, un rilancio del senso di responsabilità a tutti i livelli, sia di chi « consuma » prestazioni e servizi sanitari, sia di chi, essendo chiamato a produrli, deve impegnarsi a farlo secondo le modalità più razionali.

Probabilmente tutte le succitate

motivazioni sono vere, ma in questo contributo si vuole sottolineare come, secondo il detto popolare, « il difetto sta nel manico », ossia è lo strumento stesso che appare inadeguato, o perlomeno insufficiente.

La tesi che si intende motivare di seguito può essere così sintetizzata; poiché l'intervento pubblico è passato dalla fase in cui era chiamato a garantire « diritti formali » alla fase in cui è chiamato a « garantire diritti sostanziali tramite la produzione di servizi » lo strumento giuridico non può più essere considerato dominante e centrale per la soluzione dei problemi.

Di conseguenza:

— si sono illusi, o hanno voluto illudere gli italiani, coloro che avevano attribuito alla approvazione del decreto 502 il valore di « passo fondamentale per la modernizzazione del S.s.n. e per la sua transizione verso una gestione professionale »;

— sbagliano bersaglio o a loro volta sono vittime dello stesso tipo « di illusione » (seppure di segno contrario, gli abrogazionisti, o di segno diverso, chi propone di testi alternativi), tutti coloro che concentrano i loro sforzi e le loro energie sul tentativo di modificazione del decreto come « condizione inderogabile per evitare un ulteriore degrado e lo sfascio totale del sistema » (secondo alcune prese di posizione recenti).

Non si vuole affermare che confronti e battaglie sulle leggi al fine di un loro miglioramento non debbano essere fatte, ma si intende richiamare la società italiana alla necessità di prendere atto, anche concretamente e con i comportamenti, dei seguenti dati di fatto:

— il peso reale delle norme formali nel determinare i comportamenti è diminuito non per la perdita del valore intrinseco di « regole esplicite e codificate » di cui la società ha o avrà sempre bisogno se non vuole arretrare, ma per il semplice fatto che

è aumentato il peso di altri fattori;

— si può (e si deve) incidere sul futuro del S.s.n. e del diritto del cittadino alla tutela della salute, agendo anche e soprattutto sulla « attuazione del decreto 502 » e non solo (o non tanto) sulla sua modificazione.

Affermazione forte, in un Paese intriso di cultura giuridica e figlio del « diritto formale » di cui nessuno mette in dubbio i contributi positivi, affermazione che tuttavia si fonda su una serie di considerazioni che nascono dall'osservazione della realtà e che di seguito sono brevemente discusse.

Innanzitutto si osserva che mentre per le norme che regolano i comportamenti della persona, i suoi diritti e doveri esiste il rapporto diretto tra indicazioni della norma e comportamenti (ad esempio un divieto a fare certe cose produce immediati effetti dal giorno in cui la norma entra in vigore), le norme che regolano « il funzionamento dei sistemi » non determinano un immediato cambiamento della realtà, ma costituiscono solo un « momento di avvio del cambiamento » che poi si realizza tramite complessi processi che nel caso del decreto 502 possono essere così sintetizzati:

— approvazione di leggi regionali che, ad esempio, realizzeranno concretamente l'accorpamento delle U.s.l., adatteranno il sistema contabile alla nuova normativa, definiranno il modello organizzativo, istituiranno le aziende ospedaliere, e recepiranno una serie di altre indicazioni della legge statale;

— emanazione di atti di indirizzo da parte del Ministero della sanità e di altri organi centrali e da parte delle Regioni sui tanti aspetti metodologici e tecnico operativi sollevati dal nuovo assetto (ad esempio sulle modalità di finanziamento delle aziende ospedaliere da parte delle Regioni, sulla individuazione delle « prestazioni a pagamento », sulle moda-

lità di calcolo dei prezzi delle prestazioni, sulle forme e le modalità competitive consentite all'interno del sistema, sulla regolazione dei rapporti conseguenti alla mobilità e su molti altri aspetti);

— formulazione degli statuti delle nuove aziende (U.s.l. e ospedali) e dei conseguenti regolamenti (di organizzazione, di amministrazione e contabilità, del personale, etc.);

— sviluppo di una prassi di comportamenti conseguenti all'interpretazione sia del dettato del decreto 502, sia del dettato delle norme formali ad esso conseguenti, sia degli atti di indirizzo.

Il cambiamento quindi, dipende non solo, e probabilmente non tanto, dalla qualità della norma originaria, ma dalla qualità degli atti e delle azioni che da essa derivano.

Indubbiamente i principi introdotti dalla legge primaria, nel caso del decreto 502 i principi di autonomia e responsabilizzazione delle Regioni, aziendalizzazione delle strutture di offerta, competizione, separazione tra funzione politica (di indirizzo e controllo) e funzione di direzione (che spetta all'autonomo potere decisionale del Direttore generale secondo le modalità che saranno definite dal modello organizzativo che ogni Direttore deciderà di adottare), hanno di per sé un rilievo ai fini del processo di modificazione, ma si intende sottolineare come principi di ordine così generale possano aprire tali e tanti spazi di azione e diversità di interpretazione da portare a risultati anche profondamente diversi, se non addirittura diametralmente opposti in alcuni casi.

Ad esempio, il principio della professionalità dei manager (Direttore Generale e altri organi di direzione) e della sua responsabilità per i risultati conseguiti darà luogo ad una molteplicità di comportamenti concreti che può andare da situazioni in cui « non cambia assolutamente nulla » (ad esempio il Direttore Ge-

nerale, quello Sanitario e quello Amministrativo sono gli stessi della situazione precedente o provengono dal mondo e dalla cultura che si vorrebbe cambiare e continuano ad essere più preoccupati della correttezza formale delle carte che non della soluzione dei problemi), a situazioni in cui si determinano « cambiamenti veramente sostanziali » (ad esempio il Direttore Generale che proviene dal privato con cultura, metodi, strumenti e magari collaboratori completamente nuovi).

Le aziende di servizi sanitari e gli ospedali-aziende si avvicineranno più al primo o al secondo estremo in dipendenza di fatti quali:

— procedure e modalità di accesso all'albo nazionale degli aventi titolo alle funzioni di Direttore Generale;

— l'interpretazione che sarà data a requisiti quali « provata esperienza », « imprese di medie e grandi dimensioni » nelle quali sia stata maturata l'esperienza per le persone provenienti dal mondo del privato, etc.;

— decisioni da parte di molti o pochi dirigenti appartenenti al mondo del privato di accettare la sfida di cimentarsi con i problemi della sanità e di chiedere quindi l'iscrizione all'albo;

— creazione di un clima « motivante » o « demotivante » attorno alla nuova esperienza;

— reale rispetto, al momento della nomina da parte delle giunte regionali, dei criteri di professionalità o persistenza di « operazioni di riciclaggio clientelare »;

— emanazione di provvedimenti o indirizzi regionali che vadano veramente nella direzione della delegificazione e della semplificazione della gestione;

— interventi di sviluppo di una nuova professionalità e applicazione di sistemi idonei a dare ad essa questi riconoscimenti sul piano economico, dell'autonomia decisionale e di

status all'interno dell'organizzazione.

L'atteggiamento corretto con cui occorre porsi di fronte al cambiamento è quindi il seguente:

— identificare e accettare le tendenze strutturali presenti nel sistema sanitario che sono legate a dinamiche generali dell'economia e della società: ad esempio le tendenze ad un maggiore decentramento, alla flessibilità della gestione, alla ricerca dell'efficienza e della produttività, alla distinzione tra servizi e prestazioni garantiti come componente dello Stato sociale e solidaristico e servizi e prestazioni che invece possono e devono essere pagati, in misura più o meno elevata, da chi li richiede sono tendenze di tipo strutturali e che rispondono a reali esigenze di « modernizzazione »;

— comprendere quali sono le tendenze di cui una corretta politica sanitaria deve prendere atto perché dipendono da complessi fenomeni economici e sociali sui quali non è possibile incidere e quali sono invece le tendenze che possono essere direttamente influenzate dalle scelte in tema di sanità;

— valutare quali sono i dispositivi della legge (decreto 502 o altro) che sono coerenti con le tendenze strutturali, quali sono i dispositivi non coerenti con tali tendenze e quali indicazioni rappresentano pure e semplici enunciazioni cui è possibile dare le più varie interpretazioni.

Alle prime si deve dare attuazione immediata e nel più breve tempo possibile, delle seconde non ci si deve preoccupare (o ad esse si deve dare attuazione solo formale) perché « ad impossibilia nemo tenetur », con riguardo alle terze è inutile attendersi circolari e altri atti interpretativi: di fronte a concetti e indicazioni generiche « si può fare tutto ciò che si vuole purché non sia in contrasto con le leggi ».

In effetti accade di sentirsi porre durante convegni, seminari, tavole ro-

tonde domande su vari aspetti del decreto 502 e di sentirsi dire, di fronte alla manifestazione di perplessità « motivate » sulla applicabilità delle indicazioni in essa contenute, che « è semplicistico ed elusivo dire che certe cose (ad esempio il bilancio a costi e ricavi a partire dal 1994) non si possono fare, perché esiste la legge e le leggi vanno applicate ».

È vero che in uno « Stato di diritto » le leggi vanno applicate, ma credo sia altrettanto doveroso ricordare a tutti che neanche le leggi possono andare contro la logica e contro la realtà dei fatti e che quindi leggi che non sono coerenti con situazioni e comportamenti reali non sono per definizione applicabili.

Chi opera nell'amministrazione pubblica non deve operare contra legem, ma a sua volta il legislatore e la legge non può andare contra facta e, quando ciò accade, è meglio attenersi ai fatti e cercare di dare più risposte e soluzioni ai problemi reali che non preoccuparsi di applicare le leggi.

Semmai, si può suggerire, al fine di evitare le responsabilità formali derivanti dalla non applicazione delle leggi, di studiare soluzioni per « adempire » formalmente agli obblighi di legge senza però pregiudicare la possibilità di affrontare in tempi e in modi diversi, con soluzioni tecnicamente ed economicamente valide, i problemi reali.

Al riguardo, peraltro, si rileva come le norme che regolano il funzionamento di sistemi amministrativi e organizzativi complessi (come nel caso del 502) contengono spesso indicazioni solo molto generali e generiche che ammettono molte interpretazioni possibili e che quindi molti dei dubbi di carattere giuridico di cui sembrano molto preoccupati coloro che operano nel Servizio sanitario nazionale (e in generale nelle amministrazioni pubbliche) si risolvono seguendo il principio e criterio guida secondo cui « è possibile fare tutto ciò

che non è esplicitamente vietato per legge ».

Ed in effetti per problematiche quali l'economicità e l'equilibrio dei bilanci, l'efficienza nell'impiego delle risorse, l'efficacia dei servizi, le analisi di produttività e dei costi, il finanziamento delle U.s.l. aziende e degli ospedali-aziende (30-80% del costo complessivo previsto per le prestazioni), l'organizzazione e i contenuti dei poteri decisionali dei vari organi e tanti altri presenti nel 502, la norma non può andare al di là di principi e criteri che aprono spazi rilevanti per tutti coloro che intendono cercare soluzioni innovative muovendosi sulla linea delle tendenze strutturali presenti nel settore della sanità.

Chi vuole veramente cambiare il S.s.n. e chi crede veramente nella possibilità che ciò avvenga non può e non deve cercare alibi di nessun tipo nella genericità della legge e nella mancanza di indicazioni e di indirizzi precisi.

I nuovi modelli gestionali e di Governo del S.s.n. fondati sui principi della aziendalizzazione, della responsabilizzazione sui risultati, della attenzione alla qualità dell'assistenza, proprio perché nuovi non sono noti e perciò non possono essere regolati né da leggi, né da regolamenti, né da altri strumenti formali.

Chi affronta il problema del cambiamento secondo la logica tradizionale si trova di fronte ad una specie di circolo vizioso secondo cui:

1) in assenza di sperimentazioni sui modelli organizzativi, su sistemi di programmazione delle attività e controllo di gestione, su sistemi di incentivazione della produttività legati a obiettivi e non al plus orario, su modalità di svolgimento dell'attività professionale intramuraria che siano realmente motivanti e incentivanti sul piano economico, sui criteri per la tariffazione delle prestazioni sia ai fini di sviluppo di « attività

a pagamento » che contribuiscono all'equilibrio economico delle aziende di servizi sanitari e degli ospedali-aziende sia al fine di regolare la mobilità interregionale e intraregionale (tra U.s.l.) etc., ben difficilmente si potrà definire una normativa soddisfacente;

2) peraltro, in assenza di una normativa sufficientemente chiara, coloro che hanno responsabilità formali nella gestione delle U.s.l. e degli ospedali divenuti « aziende » spesso sono restii alla sperimentazione che comporta indubbiamente dei rischi.

Non solo, ma quando qualche « illuminato » legislatore regionale o nazionale cerca di regolare un po' più in dettaglio il nuovo sistema senza fare riferimento a concrete sperimentazioni, lo fa sulla base di « modelli astratti definiti a tavolino o copiati da altre realtà (esempio altri sistemi sanitari o mondo delle imprese) », che poi si rivelano inapplicabili, quando non controproducenti, in rapporto alle condizioni oggettive del S.s.n. italiano.

In una fase di cambiamenti radicali come quella attuale in cui si cerca di passare dal garantismo alla competizione (tra strutture pubbliche e tra pubblico e privato), dalla tendenziale gratuità delle prestazioni ad una più estesa compartecipazione al costo dei servizi e corresponsabilizzazione economica del paziente-utente, dal modello amministrativo basato sul controllo sugli atti, al modello aziendale basato sul controllo sui risultati, dall'idea dell'uniformità centralistica a quella della differenziazione legata al decentramento, è possibile uscire dal « blocco » sopra ricordato, solo attraverso le due seguenti linee di intervento:

1) ampia e diffusa disponibilità delle realtà decentrate (le Regioni nei confronti dello Stato e le « aziende » di produzione ed erogazione di servizi nei confronti delle Regioni) a correre i rischi (perché di questo si trat-

ta) connessi alla sperimentazione di soluzioni innovative in base alle quali dare attuazione ai principi e ai criteri generali della legge;

2) emanazione da parte di Stato e Regioni di normative di carattere flessibile che non abbiano la pretesa di imporre « modelli più o meno ottimali » (che comunque sarebbero di dubbia utilità in quanto come si è detto, disegnati prevalentemente a tavolino), ma che al contrario favoriscano la ricerca di soluzioni differenti per situazioni differenti (reale contenuto dell'autonomia).

I fattori chiave del rinnovamento sono allora:

— la disponibilità di chi ha responsabilità decisionali nel sistema sanitario (specie nelle U.s.l. e negli ospedali) ad abbandonare la ricerca della sicurezza dei comportamenti e della conformità e ad accettare un elevato livello di rischio;

— l'abbandono, da parte di chi ha responsabilità di regolazione, della logica secondo cui si ricercano « uniformità di soluzioni pur in presenza di condizioni differenti » e accettazione della logica secondo cui è fondamentale « imporre l'uniformità dei criteri e dei metodi di valutazione accettando però la diversità delle soluzioni gestionali ».

L'accettazione e la propensione del rischio e al riconoscimento che in sistemi complessi e articolati la differenziazione è condizione fisiologica e non patologica sono l'alfa e l'omega che devono guidare il processo di attuazione della Riforma sanitaria.

Propensione al rischio come atteggiamento culturale ma anche come consapevolezza del fatto che se si è in possesso di adeguate conoscenze, competenze, e strumenti tipici della « gestione aziendale » si potranno affrontare e risolvere in modo soddisfacente tutte le difficoltà connesse all'introduzione di tale modello nella sanità.

Propensione che sarà favorita e sti-

molata se nel sistema si passerà rapidamente:

— *dalla prevalenza del concetto di rischio giuridico (patrimoniale, amministrativo, penale);*

— *alla prevalenza del concetto di rischio aziendale (connesso al raggiungimento degli obiettivi o all'impossibilità di realizzare soddisfacenti risposte ai problemi).*

Il rischio giuridico è elemento essenziale di un sistema nel quale l'esistenza, e la minaccia, di una responsabilità « personale » per il mancato rispetto di una norma ha lo scopo di indurre gli individui ad attenersi alla norma, ai criteri, agli obiettivi.

Il rischio aziendale nasce invece dal fatto che in una realtà complessa e di fronte a problemi complessi, come sono quelli della sanità, può accadere di non riuscire ad ottenere risultati soddisfacenti pur applicando le conoscenze tecniche, organizzative ed economiche ritenute adeguate.

Nel sistema delle responsabilità giuridiche e formali, da cui nasce il primo tipo di rischio, l'errore (o lo scostamento dell'azione concreta dagli obiettivi perseguiti) non è ammesso e comunque di esso è chiamato a rispondere personalmente chi ha deciso (o chi ha firmato).

Nel sistema di responsabilità gestionali, da cui nasce il secondo tipo di rischio, il mancato raggiungimento degli obiettivi (ad esempio di efficienza) rientra tra le alternative possibili, può dipendere da scelte e da comportamenti delle persone che hanno responsabilità formali su certe attività, ma anche da fattori esterni ad esse non riferibili né imputabili, viene rilevato non per « individuare e colpire le persone », ma per modificare in senso migliorativo lo svolgimento delle attività.

In un sistema nel quale domina ed è radicato (nelle norme di legge, nelle decisioni degli organi di giustizia, nella giurisprudenza e nella cultura dei dirigenti e degli operatori) il principio della responsabilità (e del conseguente rischio) formale si diffondono, specie in momenti di incertezza e di legislazione contorta, confusa e contraddittoria comportamenti secondo cui « chi meno fa meglio fa ».

In un sistema nel quale la mancata soluzione di problemi complessi (quali ad esempio il mancato raggiungimento del pareggio di bilancio o la mancata risposta a certi bisogni) non è di per sé penalizzante per le persone, ma serve da stimolo per migliorare, si diffonde una diversa cultura sintetizzata nel giudizio secondo cui « non sbaglia solo chi non fa » e quindi si diffondono comportamenti rivolti ad accettare le sfide del cambiamento e del possibile errore.

Oggi ci si deve rendere conto che il futuro del sistema sanitario non è affidato alle norme, ma alla professionalità e ai comportamenti delle centinaia di migliaia di persone che in esso operano e che reagiscono ai comportamenti di milioni di cittadini che usano i servizi e ai giudizi dell'opinione pubblica.

Ma il cambiamento della professionalità e dei comportamenti si ottengono:

1) cambiando le persone fisicamente (eliminazione della tutela del posto di lavoro e ricambio generazionale);

2) introducendo sistemi forti di premi (per chi assume comportamenti coerenti con gli obiettivi di cambiamento) e punizioni (per chi ha comportamenti non coerenti con gli

obiettivi);

3) realizzando una mirata e intensa azione di formazione rivolta sia a chi già oggi opera nel sistema (cosiddetta formazione postesperienza), sia ai giovani che non sono ancora entrati nel « mondo lavorativo ».

Indubbiamente i primi due tipi di intervento possono produrre effetti in tempi brevi, anche se si deve ritenere che non sempre siano facilmente praticabili, ma chi scrive ritiene che una soluzione radicale del problema nel lungo periodo possa derivare dalla terza linea di azione.

Proprio in quest'ultima prospettiva si muove l'Università Bocconi che, mentre partecipa con molte altre istituzioni formative alla realizzazione di iniziative rivolte ad incidere sulla cultura e sulla professionalità degli attuali responsabili della sanità (corsi di management in sanità della SDA) ha deciso di fare, e di proporre per la società italiana un « investimento per il futuro » avviando a partire dal a.a. 1993/94 un nuovo corso di Laurea in « Economia delle Amministrazioni pubbliche e delle Istituzioni internazionali » che intende preparare i futuri manager dei sistemi di servizi pubblici, tra i quali quello della sanità è sicuramente fondamentale.

La speranza è che molti giovani si rivolgano ad esso per contribuire in futuro con un'adeguata professionalità economica e gestionale innestata in profondi valori etici e morali, a rinnovare anche il funzionamento del sistema di tutela della salute, oltre che le istituzioni e genericamente la società.

Si potrà così dare un significato e una prospettiva precisa alle istanze di cambiamento che rappresentano una tipica caratteristica dei giovani.

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

OBIETTIVI METODI E TECNICHE NELLA VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO PUBBLICO IN SANITÀ

di Ermanno Attanasio

C.N.R. - Istituto Tecnologie Biomediche - Roma

SOMMARIO: Introduzione - Il processo e gli obiettivi della valutazione in sanità - La valutazione clinica: l'efficacia - La valutazione economica: gli aspetti allocativi; efficienza tecnica; efficienza gestionale; efficienza allocativa - La valutazione etico-sociale: gli aspetti distributivi - Metodi e tecniche di valutazione - Conclusioni.

Because of scarcity of resources, in the health sector a choice can be made giving more importance to an area of pathologies than to another. This implies, often, to make distributive choices for some age groups or regions or occupational positions. From these considerations the paper reviews the process, the aims and the different aspects of the evaluation in the health care, stressing the lack of a correct consideration of the equitative ones. Further, it gives some indications on the way to measure these aspects according to the current literature and finally, the paper focuses on methods and techniques mostly used in the evaluation of health care programmes.

Introduzione

Negli ultimi decenni, i paesi occidentali hanno visto crescere, piuttosto rapidamente, le quote di bilancio destinate al settore sanitario: in rapporto al PIL (Prodotto Interno Lordo), in Italia, la spesa sanitaria è salita, dal 3,7% nel 1960, al 7,6% nel 1989; per il complesso dei paesi dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) la media della spesa sanitaria è salita, dal 2,5% nel 1960, al 7,4% nel 1989 (Stiglitz, 1989; Schieber et al., 1991).

Le maggiori responsabilità, per tale crescita, vengono attribuite all'estensione dell'intervento pubblico nel finanziamento della sanità (Stiglitz, 1989), con conseguente allargamento della copertura assicurativa a sempre più ampi strati della popolazione, all'uso e all'abuso delle tecnologie biomediche (Altman e Blendon,

1977) e al progressivo invecchiamento della popolazione, con l'ineliminabile carico di malattie cronico-degenerative (Brenna, 1992).

La scarsità di risorse pone la sanità in concorrenza con gli altri settori economici, così che sempre più frequentemente ci si trova nella necessità di scegliere, ad esempio, tra la costruzione di un ospedale e quella di una scuola, oppure tra l'avvio di un programma di medicina preventiva, quale la vaccinazione contro l'epatite B, e la dotazione di nuove armi all'esercito, oppure, ancora, tra l'istituzione dei DEA (Dipartimenti ospedalieri di Emergenza-Accettazione) e il rinnovo e l'adeguamento dei mezzi di trasporto cittadini. Anzi, nell'ambito del medesimo settore sanitario, devono essere fatte scelte a scapito di altre, ad esempio, trattare l'AIDS invece delle malattie microcemiche o trattare i tumori anziché le malattie cardiovascolari, e così di

seguito. In pratica, una scelta può essere fatta soltanto affidandosi a ineludibili giudizi di valore sulle priorità, ovvero dando più importanza agli investimenti di un'area di patologie anziché ad un'altra e ciò comporta, spesso, scelte « distributive » a favore di determinate fasce di età, o di alcune regioni, o di particolari condizioni professionali (Florio, 1991). Ecco, quindi, che ciò sembra un'azione diretta esclusivamente alla tutela della salute diventa un potente strumento di redistribuzione di ricchezza collettiva, dato che ogni programma relativo alla sanità, pur apportando un beneficio agli individui interessati, finisce con il favorire le loro famiglie che vengono aiutate o sostituite, nella sopportazione dei costi, dall'azione dello Stato.

Pertanto, senza una compiuta analisi degli obiettivi di fondo della politica sanitaria, lo studio dei singoli progetti ha un valore limitato ed in

molti casi non può neppure essere fatto.

Con questo lavoro ci si propone di definire e analizzare gli obiettivi della valutazione dell'intervento pubblico in sanità, descrivendone sinteticamente metodi, tecniche e possibilità di misurazione.

Il processo e gli obiettivi della valutazione in sanità

La valutazione è un procedimento, innanzi tutto logico, che tende a scoprire o a evidenziare i caratteri intrinseci di un bene (misura fisica), o ad attribuirgli una misura in termini monetari (valore di scambio) oppure in termini di utilità (valore d'uso). Il processo valutativo ha per oggetto beni e servizi, e richiede una simultanea capacità di analisi e di sintesi. Le sue fasi essenziali sono rappresentate dall'individuazione degli scopi, dalla selezione del livello di aggregazione e dall'identificazione dei metodi da utilizzare (Eriksson, 1992). Infatti, lo scopo del processo valutativo di ogni intervento pubblico è quello di verificare che le politiche e gli obiettivi fissati dalla società siano stati raggiunti. La scelta del livello di aggregazione consente di adeguare il processo valutativo alla dimensione più appropriata (nazionale, regionale, locale). Infine, la definizione dei metodi usati favorisce l'esplicitazione del punto di vista degli esecutori, nonché la ripetibilità della procedura, vale a dire un controllo sull'esattezza delle conclusioni e, in definitiva, sulla qualità della valutazione.

Un modo logico, anche se schematico, di descrivere il processo di valutazione in sanità è dato dalla fig. 1 dove vengono delineati il campo di azione (sanità), gli obiettivi (clinici, economici ed etico-sociali), i risultati (nuova conoscenza) e i comportamenti conseguenti (adozione e

diffusione delle innovazioni con implementazione dei cambiamenti nell'attività).

Per l'individuazione degli obiettivi dell'intervento pubblico in sanità, è sufficiente rifarsi alla legge di riforma (L. 833/1978) le cui enunciazioni di principio riguardano:

a) la tutela della salute, intesa in modo unitario e globale (art. 1). Il ruolo affidato alla prevenzione e ai servizi sanitari di base manifesta la volontà di promuovere lo stato di salute della popolazione, mediante interventi ritenuti di maggiore « efficacia » rispetto al sistema sanitario preesistente;

b) la corrispondenza tra costi dei servizi e relativi benefici (art. 11, comma 2, lettera c). Pur se affidata alla competenza regionale, appare estremamente chiaro il perseguimento dell'« efficienza » da parte del Servizio sanitario nazionale;

c) la redistribuzione delle risorse disponibili tra le diverse regioni e tra i diversi cittadini (art. 2,3,51).

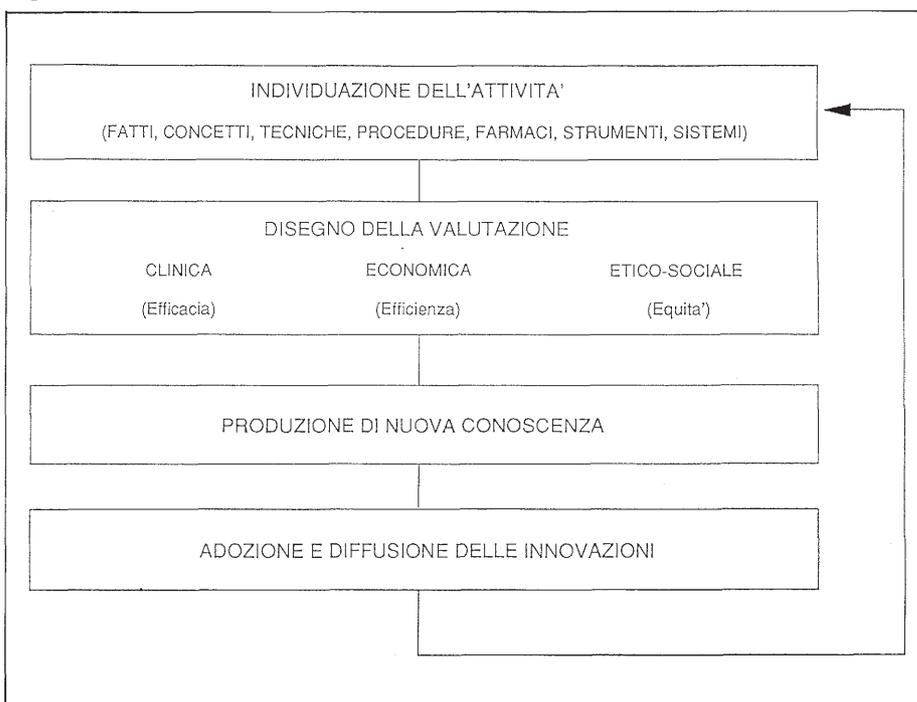
Per quanto articolata su tre diversi modelli di allocazione delle risorse non immediatamente compatibili, appare rilevante l'intento di raggiungere un certo livello di « equità » all'interno del sistema sanitario.

I tre concetti non hanno goduto di indagini sistematiche che ne rivelassero natura e interrelazioni. Vale la pena, pertanto, esaminarli in maniera più approfondita.

La valutazione clinica: l'efficacia

La valutazione dell'efficacia dei trattamenti sanitari è antica quanto la medicina stessa. Lo sviluppo della ricerca clinica ha aumentato le esigenze della valutazione dei risultati dell'attività medica. All'inizio del secolo, fu introdotto il concetto di « scopo-risultato » quale sistematico strumento per la valutazione dell'attività ospedaliera e sanitaria, mentre rispetto alla « misurazione degli ef-

Figura 1 - Il processo di valutazione in sanità



fetti di una particolare azione medica nell'alterare favorevolmente la storia naturale di una malattia », è stata fatta da Cochrane, nel 1973, una distinzione tra i risultati conseguiti attraverso la ricerca e i risultati ottenuti nella pratica clinica (Goodman, 1992). Nel primo caso, i risultati, conseguiti nei centri di eccellenza, misurano l'*efficacy*, vale a dire il valore ideale, nel secondo caso l'*effectiveness*, ovvero il valore medio espresso dalla *routine* quotidiana. L'*efficacy* è di pertinenza più delle industrie farmaceutiche o dei gruppi di ricerca che del Servizio sanitario nazionale; l'*effectiveness* è perseguibile in un contesto concreto di assistenza sanitaria (Vineis, 1990). Nella pratica quotidiana, infatti, i pazienti non sono selezionati come quelli sottoposti a nuove procedure terapeutiche, né i medici sono gli stessi che abitualmente sperimentano tecniche innovative, né, infine, tali tecniche, proprio perché innovative, sono sempre disponibili.

Per poter dare un giudizio sul valore diagnostico di un trattamento sanitario sono necessarie misure sull'efficacia dei trattamenti che comprendano anche gli indici di *sensitività* e

di *specificità* (Sibbald e Inman, 1992). In tab. A è riportato un esempio sui possibili risultati di un test diagnostico.

La sensitività esprime il numero dei veri positivi rispetto al totale dei malati (veri positivi più falsi negativi) e quindi la percentuale delle persone realmente malate individuate dal test.

La specificità esprime il numero dei veri negativi rispetto al totale dei sani (veri negativi più falsi positivi) e quindi la percentuale delle persone effettivamente sane, classificate come tali dal test.

Poiché non è possibile ottenere, allo stesso tempo, un'alta sensitività e un'alta specificità, è necessario un bilanciamento (*trade-off*) tra i due indici, tramite la determinazione dei valori soglia tra stato di salute e stato di malattia; la scelta dei valori soglia dipenderà anche dai costi relativi all'ottenimento di un falso positivo e di un falso negativo (Di Orio, 1990; Leaverton, 1991).

Se dalla fase diagnostica si passa a quella curativa, l'efficacia va misurata sui trattamenti terapeutici. Oggi, i controlli sulla validità di tali trattamenti si sono fatti più sistematici

grazie soprattutto ai *Randomized Clinical (controlled) Trials* (RCT) ovvero alle sperimentazioni cliniche controllate (randomizzate). Attualmente rappresentano il « golden standard » della ricerca terapeutica e la loro affidabilità, per la comparabilità delle prove, dipende essenzialmente dalla randomizzazione dei pazienti precedentemente selezionati, in base a ben definite caratteristiche cliniche (Pagliari, 1992).

Ad ogni modo, sia che riguardi gli aspetti diagnostici, sia che riguardi quelli terapeutici, l'efficacia può essere misurata attraverso il rapporto tra *outcome* e *output* (Brenna, 1990), vale a dire tra risultati ottenuti e risultati attesi. Infatti, questi ultimi non sono altro che le prestazioni effettuate (*output*), dato che da ogni prestazione sanitaria ci si attende un miglioramento delle condizioni di salute o un avanzamento nella conoscenza dello stato di salute (nel caso di tests diagnostici).

Diversa, dalla valutazione delle prestazioni sanitarie, è l'area che va sotto i nomi di *valutazione della qualità*, *garanzia di qualità*, *monitoraggio della qualità*, etc. Quest'area analizza il grado di appropriatezza e di abilità a cui può arrivare un trattamento sanitario, ma non l'efficacia ideale o pratica dello stesso (Sibbald e Inman, 1992). Il termine « qualità dell'assistenza » e i suoi sinonimi eludono una precisa definizione, né dispongono di alcuno strumento per misurare la qualità intrinseca dei trattamenti sanitari. Le ricerche sulla qualità, nel settore medico, si basano sulle categorie che Donabedian utilizzò nel passare in rassegna la letteratura, vale a dire uno schema a tre variabili: struttura-processo-risultato. Tale schema appare limitato poiché non riesce ad incorporare né il costo, né la soddisfazione del paziente: dimensioni, queste, che sono state mutate dalla teoria economica (Doessel e Marshall, 1985).

Tabella A - Possibili risultati di un test diagnostico

RISULTATO DEL TEST	STATO DELLA MALATTIA		
	Presenza	Assenza	Totale
Positivo	200 (a)	100 (b)	300 (a + b)
Negativo	40 (c)	900 (d)	940 (c + d)
Totale	240 (a + c)	1000 (b + d)	1240 (a + b + c + d)

Proprietà:

$a/(a + c)$	= Sensitività	($200/240 \times 100 = 83\%$)
$d/(b + d)$	= Specificità	($900/1000 \times 100 = 90\%$)
$a/(a + b)$	= Valore predittivo positivo	($200/300 \times 100 = 66\%$)
$d/(c + d)$	= Valore predittivo negativo	($900/940 \times 100 = 96\%$)
$(a + d)/(a + b + c + d)$	= Accuratezza	($1100/1240 \times 100 = 89\%$)
$(a + c)/(a + b + c + d)$	= Prevalenza della malattia	($240/1240 \times 100 = 19\%$)

La valutazione economica: gli aspetti allocativi

Il perseguimento dell'efficienza risulta essere un compito più arduo nel settore sanitario che in altri settori. Ciò è dovuto in gran parte all'inadeguata informazione sui processi produttivi, all'assenza di un prezzo di mercato e alla indeterminazione del prodotto sanitario. Rispetto al primo fattore, va sottolineato che, in conseguenza della riforma sanitaria, i maggiori produttori di servizi sanitari, gli ospedali (ai quali è addebitabile circa il 60% della spesa), hanno perduto l'autonomia contabile e, con essa, la possibilità di rilevare i costi di produzione. In relazione al secondo fattore, va notato che la mancanza di un prezzo di mercato impedisce qualsiasi calcolo economico razionale. Ciò consente all'operatore pubblico, non solo di produrre beni non richiesti dal mercato, ma anche di sottrarsi al calcolo del rapporto tra costi delle risorse impiegate e valore dei beni e servizi prodotti. Infine, l'indeterminazione del prodotto sanitario non permette immediate concordanze tra investimenti nel settore sanitario e miglioramenti dello stato di salute.

Infatti, già la definizione del prodotto sanitario (miglioramento dello stato di salute) non è suscettibile di oggettive misurazioni. Inoltre, è ormai pacifica la consapevolezza che il miglioramento dello stato di salute, pur legato alla biologia umana, all'ambiente, allo stile di vita e all'organizzazione dell'assistenza sanitaria (Evans e Stoddart, 1990), sembra essere influenzato maggiormente dal progresso nelle condizioni di vita, in generale, che non dalle specifiche attività sanitarie. A tutto ciò va aggiunto la difformità degli indicatori utilizzati nei diversi programmi sanitari (caso scoperto, caso trattato, anni di vita potenziali perduti, QALYs, etc.) che non consentono

confronti immediati di efficienza tra le diverse attività sanitarie.

Poiché sono diversi i significati che la letteratura economica attribuisce al termine di « efficienza », vale la pena discuterli brevemente.

Efficienza tecnica

L'efficienza tecnica è data dall'impiego della quantità minima di risorse per ottenere un determinato prodotto, oppure dal massimo prodotto ottenibile da un determinato ammontare di risorse. Essa rappresenta un problema di minimizzazione delle risorse o di massimizzazione del prodotto ed è il risultato della migliore combinazione dei fattori impiegati in un processo produttivo. Si può quindi dire che, se vi è efficienza tecnica, non è possibile aumentare la produzione di un prodotto qualsiasi senza ridurre al tempo stesso la produzione di almeno un altro bene (Graziani, 1982).

Un altro concetto di efficienza è quello di X-efficiency introdotto da Leibenstein nel 1966, sulla rilevazione che non vi fosse nulla di tecnico nelle inefficienze di tipo non allocativo riguardanti le organizzazioni. A quel tempo sembrava mancare la nozione di inefficienza organizzativa, oppure di inefficienza motivazionale, che comprendesse tutti gli elementi relativi alle inefficienze di tipo non allocativo. Da qui il termine onnicomprensivo di *X-inefficiency* (Leibenstein, 1987). La qualificazione negativa (inefficienza anziché efficienza) è dovuta al fatto che le imprese generalmente non operano al limite delle loro possibilità di produzione (curva di massima efficienza). Tale limite è costituito da una curva teorica e inarrivabile nella pratica (frontiera della produzione).

Efficienza gestionale

Il criterio dell'efficienza gestionale (detta anche manageriale o com-

portamentale) implica la minimizzazione dei costi di produzione. Per ottenere ciò, non basta l'efficienza tecnica. Infatti, specialmente in una impresa pubblica, l'esistenza di vincoli politico-istituzionali può rendere non sempre possibile la scelta delle combinazioni più convenienti dei fattori (Bondonio e Scacciati 1990).

In altre parole, l'efficienza gestionale consiste nella minimizzazione del « costo marginale » di un determinato prodotto, oppure nella massimizzazione del prodotto per un determinato « costo marginale » (Culyer, 1985).

L'efficienza gestionale non è altro che l'efficienza tecnica associata al concetto di costo marginale e costituisce il riferimento ultimo di qualsiasi giudizio di convenienza. Proprio perché associata al costo, che è l'espressione del sacrificio sostenuto e la sintesi delle risorse utilizzate per l'ottenimento di un prodotto, l'efficienza gestionale, a volte, è detta anche efficienza economica, espressione, in genere, riservata all'efficienza allocativa.

Efficienza allocativa

Il concetto di efficienza allocativa deriva dall'economia del benessere e dall'ottimo paretiano, e si riferisce alla allocazione delle risorse fra gli agenti economici e tra i relativi impieghi dell'intero sistema economico, nella sua globalità.

Una data situazione reale si dice efficiente, dal punto di vista allocativo, se lo spostamento verso una situazione diversa comporta una perdita di benessere (Bos, 1986). In genere, l'efficienza allocativa viene detta anche efficienza economica, assumendo un senso più esteso e generale, dal momento che condizione necessaria ma non sufficiente, perché le risorse si distribuiscano efficientemente nel sistema economico, è che tutte le unità produttive del sistema realiz-

zino, individualmente, condizioni di efficienza interna. A quest'ultimo termine sembra doversi ricondurre anche l'efficienza complessiva (Petretto, 1987) che scaturisce dalla combinazione tra efficienza tecnica e efficienza gestionale.

In sanità, la misurazione dell'efficienza è affidata al rapporto tra costo ed efficacia di un trattamento o di una procedura. Esso è un indicatore « inverso » (Bondonio e Scacciati, 1990), in quanto stabilisce una relazione inversa con l'efficienza: mi-

nore è il rapporto, maggiore è l'efficienza. Infatti, questo rapporto esprime il costo per unità di prodotto utile, ovvero il costo medio, invece della quantità prodotta per unità di costo (indicatore diretto).

Tuttavia, non sempre il solo rapporto costo-efficacia consente di giungere alla scelta del trattamento sanitario più efficiente così che bisogna affidarsi a valutazioni più accurate. Valga l'esempio riportato in tab. B dove sono messi a confronto i costi medi e marginali dei programmi sa-

nitari A e B per il trattamento delle rispettive malattie. Con un bilancio di 1 miliardo di lire, utilizzabile in quote da 100 milioni, potrebbero essere evitati da 70 a 235 morti causati dalla malattia A, oppure da 22 a 130 causati dalla malattia B. Ma nessuna delle quattro soluzioni appare la scelta migliore: questa va fatta in base al calcolo del costo marginale delle morti evitate in ciascun programma. Allora, dati i vincoli di bilancio, bisogna scegliere quella combinazione dei due programmi i cui costi marginali sono i più vicini possibili tra loro.

In tab. C sono espone le diverse strategie possibili, grazie a combinazioni successive di quote del programma A e di quote del programma B. Le combinazioni di quote dei due programmi sanitari sono contraddistinte dalle lettere da *a*) ad *m*). La strategia *a*) utilizza tutto il bilancio disponibile nel programma A. La strategia *m*) utilizza tutto il bilancio disponibile nel programma B. Le strategie intermedie utilizzano quote di bilancio di A e di B combinate tra di loro.

La migliore strategia è costituita dalla *e*) che comprende n. 6 quote del programma A e n. 4 quote del programma B.

In fig. 2 è evidenziato l'andamento dei costi marginali dei due programmi sanitari e la strategia più conveniente, la *e*), determinata dalla massima vicinanza dei rispettivi costi marginali. Infatti, questa combinazione impegna l'intero bilancio [(600 + 400) milioni], massimizza il risultato (205 + 76 = 281 morti evitate) e minimizza il costo medio (L. 3,559 milioni). Se le strategie utilizzassero quote di bilancio perfettamente divisibili, così da diventare variabili continue anziché discrete, la scelta cadrebbe nel punto corrispondente all'intersezione delle curve marginali. Pertanto, quando vi sono più vie da seguire, una buona regola è quella di rendere il più possibile uguali i costi marginali (Culyer, 1985).

Tabella B - Costi e risultati di due programmi sanitari

QUOTE DI BILANCIO		PROGRAMMA A			PROGRAMMA B		
(No.)	(migliaia di lire)	morti evitate	costo medio	costo marginale	morti evitate	costo medio	costo marginale
			(migliaia di lire)			(migliaia di lire)	
1	100.000	70	1.429	1.429	22	4.545	4.545
2	200.000	111	1.802	2.439	42	4.762	5.500
3	300.000	144	2.083	3.030	60	5.000	5.556
4	400.000	170	2.353	3.846	76	5.263	6.250
5	500.000	190	2.632	5.000	90	5.556	7.143
6	600.000	205	2.927	6.667	102	5.882	8.333
7	700.000	216	3.241	9.091	112	6.250	10.000
8	800.000	224	3.571	12.500	120	6.667	12.500
9	900.000	230	3.913	16.667	126	7.143	16.667
10	1.000.000	235	4.255	20.000	130	7.692	25.000

Tabella C - Costi marginali e risultati di strategie sanitarie alternative

STRATEGIE ALTERNATIVE	QUOTE DI BILANCIO		COSTI MARGINALI		MORTI EVITATE	COSTO MEDIO
	(bilancio = 1 mld L.)	programma A	programma B	programma A		
a	10	0	20.000	0	235	4.255
b	9	1	16.667	4.545	252	3.968
c	8	2	12.500	5.000	266	3.759
d	7	3	9.091	5.556	276	3.623
e	6	4	6.667	6.250	281	3.559
f	5	5	5.000	7.143	280	3.571
g	4	6	3.846	8.333	272	3.676
h	3	7	3.030	10.000	256	3.906
i	2	8	2.439	12.500	231	4.329
l	1	9	1.429	16.667	196	5.102
m	0	10	0	25.000	130	7.692

I costi marginali si prestano meglio dei costi medi a determinare non tanto se intraprendere o meno un trattamento terapeutico, quanto a stabilire le quantità del trattamento e quindi la quantità delle risorse da investire in esso (Goddard e Hutton, 1991).

La valutazione etico-sociale: gli aspetti distributivi

Ogni intervento pubblico nel settore sanitario stabilisce la priorità delle malattie da curare (cosa produrre), la priorità delle categorie di persone ammesse ai trattamenti sanitari (a favore di chi) e, infine, stabilisce il determinato ammontare di risorse, distolto da altri impieghi alternativi (a spese di chi). Occorre, allora, esplicitare i criteri in base ai quali le quote di spesa sanitaria vanno fatte gravare o sull'intera collettività o sui sin-

goli cittadini o su determinate categorie di questi. Occorre determinare, altresì, se le spese debbono essere distribuite in modo uniforme oppure tenendo conto delle condizioni e delle necessità di ciascuno; e forse, il punto più delicato e difficile è proprio quello di individuare un criterio razionale che permetta una valida applicazione del principio di eguaglianza. Come si vede, si presentano seri problemi di non facile, se non di impossibile risoluzione: sono i medesimi che accompagnano la società umana da sempre, e che sono definiti dal vocabolo *giustizia* combinato con altri quali *sociale*, *economica*, *distributiva* o *retributiva* (von Hayek, 1986), oppure che sono definiti singolarmente con i termini *equità* ed *eguaglianza*.

Certamente, il termine eguaglianza non ha, qui, il significato matematico di parità assoluta tra due ter-

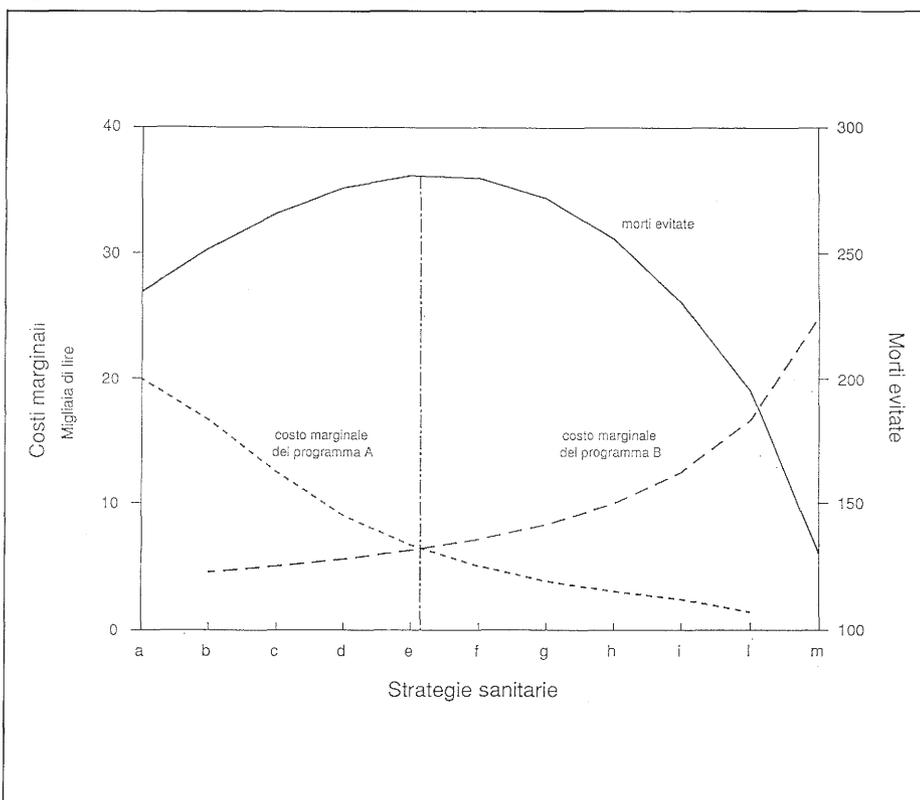
mini posti a confronto ma, come meglio si addice alle scienze umane, ha il significato di parità relativa, riferita, cioè, a particolari punti di vista. In genere, tale termine è usato in una varietà di situazioni e, tra l'altro, per significare eguaglianza di fronte alla legge (uguale trattamento da parte dell'autorità), eguaglianza di opportunità (uguali possibilità iniziali all'interno del sistema economico) e eguaglianza di risultati (uguale distribuzione di beni e servizi) (von Hayek, 1986). Da tale diversità di significati, i concetti di equità e di eguaglianza non sembrano, a tutt'oggi, suscettibili di una rigorosa definizione.

Essi corrispondono all'ideale di « giustizia » che ciascuno porta in sé. L'equità integra la giustizia e rappresenta una categoria morale, superiore al valore della legge, che tiene viva nella coscienza dell'uomo l'impossibilità di una perfetta coincidenza tra l'agire e la legge codificata (Perotto, 1984). Per equità si intende una giustizia distributiva il cui esercizio costituisce, fin dall'antichità, un dovere fondamentale dello Stato, perché rinsalda quella solidarietà comunitaria che è alla base del patto stabilito dagli uomini fin dall'origine. Agli occhi dei più, ogni disuguaglianza, appare come una differenza ingiustificabile e la sua legittimazione costituisce un processo di costruzione sociale e culturale che varia nel tempo e tra le popolazioni (Scamuzzi, 1990).

I diversi approcci alla giustizia distributiva non consentono una schematizzazione onnicomprensiva, che tenga cioè conto delle peculiarità di ciascuna teoria o posizione, così che verrà fatto un brevissimo accenno soltanto a quelle più note.

Se consideriamo una società costituita da n individui, che producono, tra loro, determinate varietà di beni, un *egualitarista* sceglierà la distribuzione per la quale ciascuno avrà esattamente $1/n$ del prodotto totale. Ma quest'allocazione, per quanto

Figura 2 - Costi e risultati di strategie sanitarie alternative



equa inizialmente, non è destinata a rimanere tale. Infatti se gli individui hanno gusti e preferenze diversi, cominceranno a scambiare i beni in loro possesso, così che l'allocazione finale non necessariamente corrisponderà a quella iniziale.

Per un *utilitarista*, il procedimento di massimizzazione deve estendersi anche alla sfera distributiva, e di conseguenza la sua scelta cadrà sulla distribuzione che produce la massima utilità totale, nonostante le eventuali perdite dei singoli, in termini sia assoluti che relativi.

Un *paretiano* cercherà una distribuzione che, attraverso scambi per migliorare la posizione di almeno un componente la collettività, senza peggiorare quella di nessuno, non potrà essere abbandonata senza che almeno un individuo sia danneggiato e che, pertanto, vi si opponga. Oltre tale posizione (ottimo paretiano) l'unanimità non è più possibile e cessano gli scambi volontari tra gli individui. Va sottolineato che solo in apparenza nessuno perde: infatti, il peso relativo, l'influenza sociale e l'equilibrio tra i componenti la collettività si modificano notevolmente. Il modello paretiano contiene implicita una concezione equitativa basata sull'indifferenza delle distanze relative tra i singoli membri di una collettività (Granaglia, 1988).

Infine, per un *rawlsiano*, secondo cui il compito primario della giustizia consiste nel distribuire diritti e doveri fondamentali (Kecker e Berg, 1992), la distribuzione migliore sarà quella che garantisce, all'individuo più svantaggiato, l'aumento della propria utilità, senza tener conto dei costi di trasferimento imposti ai più ricchi. Al « rawlsiano » non interessa tanto eguagliare le utilità marginali quanto massimizzare il benessere dell'individuo più povero anche se il più ricco acquisisce utilità aggiuntive in maniera più che proporzionale (Stiglitz, 1989).

In campo sanitario, si distinguono diversi aspetti di equità da cui si fanno discendere altrettanti criteri di riparto delle risorse finanziarie (Fattore e Garattini, 1989; Wagstaff, 1991): a) uguale spesa pro-capite; b) uguale numero di servizi (o trattamenti) pro-capite; c) uguale numero di servizi (o trattamenti) per uguale bisogno; d) uguale opportunità (o uguale accesso) per uguale bisogno; e) uguale utilizzo dei servizi per uguali bisogni; e) uguale livello di salute. I primi due corrispondono alla così detta « equità orizzontale » secondo cui, rispetto al bisogno, le caratteristiche personali sono irrilevanti (capacità di pagare, età, sesso, razza, residenza, etc.), riservando quindi trattamenti uguali a persone uguali. Gli altri quattro aspetti corrispondono alla cosiddetta « equità verticale » che aderisce pienamente alla concezione solidaristica in virtù della quale bisogna « dare a ciascuno secondo le proprie necessità e ciascuno deve essere chiamato a contribuire secondo le proprie capacità ». Quan'anche ciò avvenisse, sarebbe comunque necessario valutare la capacità contributiva (in tempo o in denaro) di ciascuno, ovvero di quanto uno è tenuto a pagare più di un altro, nonché il maggior beneficio che costui riceve dall'attività dello Stato.

Wagstaff et al. (1991), in una rassegna critica della letteratura esistente, hanno registrato diversi metodi di misurazione delle ineguaglianze in sanità, di cui i più noti sono i seguenti: il campo di variazione, l'indice di dissomiglianza, l'indice di pendenza della disuguaglianza e il coefficiente di Gini con l'associata curva di Lorenz.

Il campo di variazione è la misura più usata e consiste nel quantificare la distanza, in termini percentuali, degli estremi della scala dei gruppi socio-economici. Ha il difetto di trascurare i gruppi intermedi e la dimensione dei gruppi in esame.

L'indice di dissomiglianza misura

la divergenza delle distribuzioni di due variabili con caratteri qualitativi (mutabili statistiche) assumendo valori da zero (somiglianza) ad uno (dissomiglianza) (Girone e Salvemini, 1983). Ha il difetto di non rapportare a sufficienza la dimensione socio-economica alle disuguaglianze nello stato di salute.

La pendenza dell'indice di ineguaglianza è la pendenza di una retta di regressione che mostra la relazione tra stato di salute della classe e la posizione relativa di questa, nella scala socio-economica.

Il coefficiente di Gini misura la differenza esistente tra la curva di Lorenz e la perfetta eguaglianza. Esso fornisce non solo una misura totale dell'ineguaglianza ma anche la possibilità di calcolare l'*errore standard* attraverso il quale è possibile effettuare gli opportuni *test* di significatività statistica (Russel e Chaudhuri, 1992).

Graficamente il coefficiente di Gini è dato dall'area tra la diagonale (del quadrato di lato unitario) e la sottostante curva di Lorenz. Quando quest'ultima coincide con la diagonale, esprime una perfetta uguaglianza nella distribuzione, in cui il 10% della popolazione è titolare del 10% della salute totale; quando la curva di Lorenz coincide con i lati inferiore e destro del quadrato, esprime una assoluta disuguaglianza nella distribuzione, in cui tutta la salute è detenuta da una sola persona.

In fig. 3 è mostrata una curva di Lorenz costruita sulla percentuale cumulata della popolazione, sana e non anziana, di impiegati (in ascissa) e sulla percentuale cumulata di spesa sanitaria per un determinato anno di assicurazione. Il coefficiente di Gini è 0,748 con un errore standard di 0,0102. Nell'anno considerato, il 5% degli individui è stato responsabile di circa la metà della spesa totale, più esattamente del 45,1%. La distribuzione della spesa sanitaria per

la popolazione presa in esame è altamente ineguale; l'ineguaglianza declina considerevolmente quando vengono considerati periodi di più anni. In genere, le alte spese sono la conseguenza di uno o più soggiorni

in ospedale. In ciò, le spese mediche sono simili a quelle dei beni durevoli quali la casa o l'auto, che si sostengono una volta ogni certo numero di anni (Russel e Chaudhuri, 1992).

Metodi e tecniche di valutazione

In letteratura esistono ormai moltissime esperienze di valutazioni di interventi sanitari. Negli ultimi 16 anni sono comparsi circa 3.000 lavori riguardanti il solo approccio costi-benefici (analisi costi-benefici, analisi costi-efficacia, analisi costi-utilità) (Hurley, 1990). Esistono anche altri metodi di valutazione economica quali la programmazione lineare, l'analisi multiattributi e i modelli econometrici (Carrin, 1984) che non raggiungono, tuttavia, la notorietà dell'approccio costi-benefici; quest'ultimo, in sanità, è di gran lunga il metodo più utilizzato. Uno schema delle tecniche di valutazione più note è mostrato in fig. 4. Alcune di esse vengono ricondotte alla denominazione unitaria di approccio costi-benefici in quanto hanno le stesse basi teoriche, costituendo un particolare « modo di pensare » che richiede l'esplicita considerazione dei vantaggi e degli svantaggi associati ai differenti tipi di progetto (Drummond, 1981). La differenza tra queste tecniche consiste, essenzialmente, nel diverso modo di misurare il prodotto sanitario. L'analisi costi-benefici converte i risultati in unità di conto (lire, dollari, etc.); l'analisi costi-efficacia utilizza indicatori oggettivamente calcolabili (casi individuati, vite salvate, anni di vita risparmiati, etc.); l'analisi costi-utilità utilizza invece indicatori costruiti su basi soggettive (Quality Adjusted Life Years, QALYs) (Drummond et al., 1987).

Proprio l'esigenza di tradurre i risultati di un programma sanitario in termini finanziari rappresenta il limite dell'analisi costi-benefici. Questa, oggi, non ha praticamente più seguito e, a ben vedere, le sue applicazioni, in senso appropriato, sono state veramente scarse nel settore sanitario.

L'analisi costi-efficacia ha il suo

Figura 3 - Curva di Lorenz

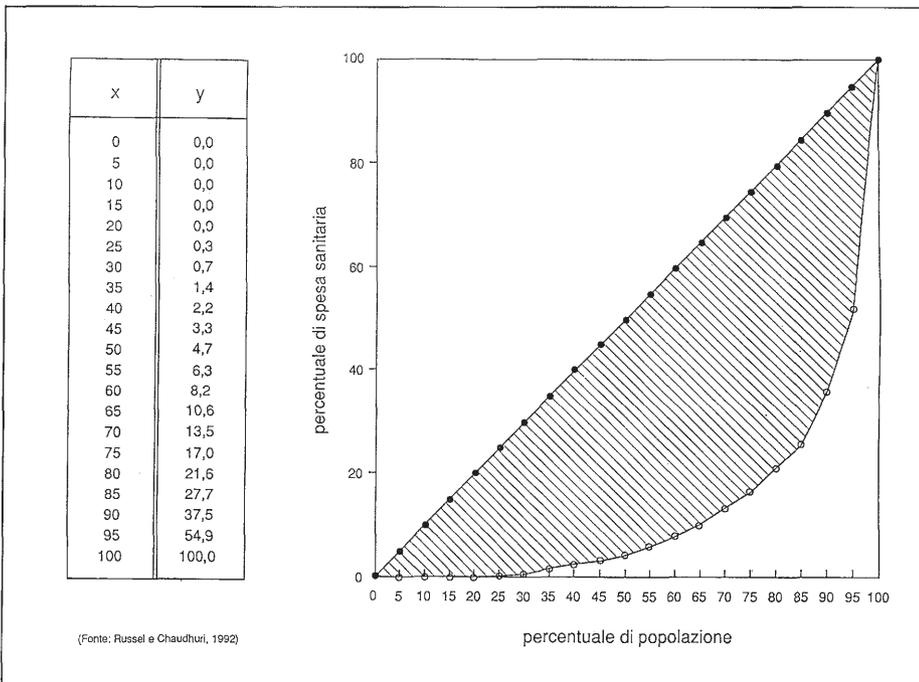
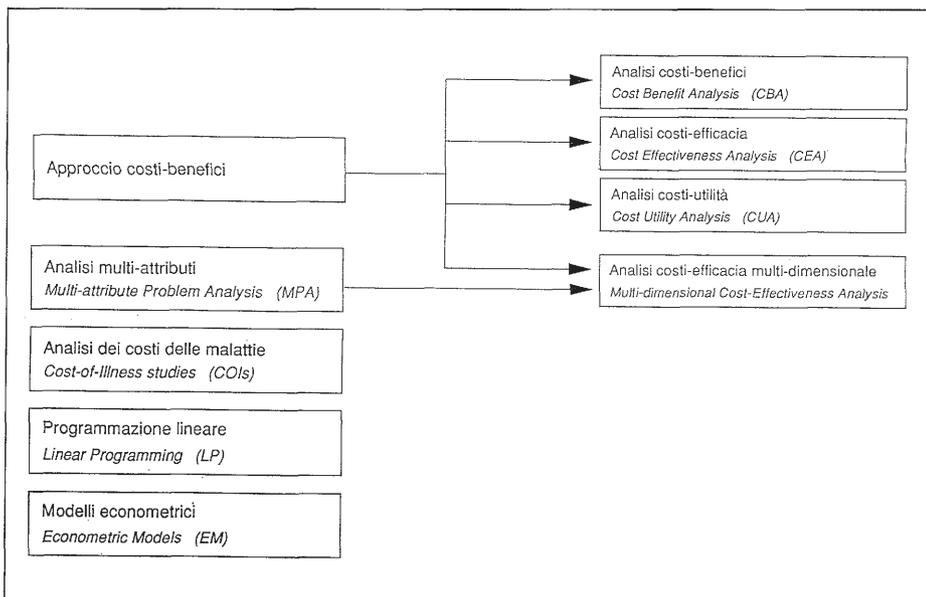


Figura 4 - Tecniche di valutazione economica



limite maggiore nell'impossibilità di confrontare progetti sanitari i cui risultati vengono espressi con indicatori differenti (ad esempio, morti evitate e anni di vita risparmiati). Per superare tale limite può essere utilizzata l'analisi multi-attributi, che è un insieme di procedure per la combinazione ottimale degli attributi relativi a un progetto e che, senza pesarli o ridurli ad una singola misura, tende a renderli equivalenti mediante la ricerca di un tasso di sostituzione tra loro, al fine di raggiungere una situazione di dominanza incontrovertibile di un progetto rispetto ad un altro (Carrin, 1984). A tutt'oggi, l'analisi multi-attributi ha goduto essenzialmente di trattazione teorica, senza sfociare in alcuna applicazione pratica, proprio per l'impossibilità di costruire attendibili tassi di sostituzione tra i diversi attributi. Seppure mutuata da altre discipline, per la sua idoneità teorica ad adattarsi all'analisi costi-efficacia, essa può essere inserita tra le tecniche dell'approccio costo-benefici.

Talvolta con il termine analisi costi-benefici sono state denominate, impropriamente, le applicazioni di altre tecniche quali, ad esempio, l'analisi dei costi sociali causati da particolari patologie. Gli studi sul costo delle malattie (Cost of illness studies, COIs) hanno come obiettivo la stima dei costi diretti (relativi ai trattamenti sanitari), dei costi indiretti (relativi alle perdite di produzione) e dei costi intangibili (relativi alle conseguenze psico-sociali della malattia) (Politi, 1993). In genere, essi seguono uno dei due approcci: quello della « prevalenza », che stima i costi totali della malattia in un determinato anno, e quello dell'« incidenza », che stima il costo della durata della vita dei casi diagnosticati in un dato anno (Drummond, 1992). Tali studi sono fonte di notevole dibattito a causa dei risultati, spesso fuorvianti, a cui possono giungere.

La programmazione lineare è, come definita da Baumol, il metodo matematico per l'analisi e il calcolo delle decisioni ottimali che non violano i limiti imposti dai vincoli dati (di bilancio, di produzione, etc.), nel senso che non venga oltrepassato il massimo di risorse disponibili (Carrin, 1984). In tale settore, meglio si inserirebbero quegli studi di minimizzazione dei costi che, non rientrando nell'analisi costi-efficacia, fanno categoria a sé nella classificazione di Drummond et al. (1987).

I modelli econometrici del settore sanitario formulano relazioni tra variabili sanitarie ed economiche per mezzo di un sistema di equazioni matematiche i cui parametri possono essere stimati dalle varie procedure statistiche esistenti (Carrin, 1984).

Nella descrizione dei metodi e delle tecniche di valutazione non può essere omessa la distinzione tra analisi economica ed analisi finanziaria.

L'attività umana, rivolta al procacciamento delle risorse per la sopravvivenza, produce effetti *reali* ed effetti *finanziari*: mentre ogni attività finanziaria rientra nel campo economico, non necessariamente ogni attività economica ha natura finanziaria, il cui interesse è rivolto essenzialmente al mercato dei capitali, ai loro movimenti e variazioni. Ma in sanità, molti aspetti hanno a che fare con il disagio, l'ansia, la sofferenza, etc., che, pur avendo un innegabile contenuto sociale ed economico, non possono essere immediatamente ricondotti al settore finanziario. Da qui nascono le preferenze per l'approccio costi-benefici che sembra essere la tecnica più adatta a tener conto anche degli effetti reali (non finanziari). Ciò non esclude che ogni processo di valutazione comporti anche l'esecuzione di una analisi finanziaria, a fronte di un progetto, sia esso la costruzione di un nuovo ospedale o l'acquisizione di nuove tecnologie sanitarie. In fin dei conti, l'analisi

finanziaria rimane un primo strumento di valutazione a cui le altre procedure di analisi economica possono aggiungere o sottrarre validità, fino a ribaltarne l'iniziale giudizio di convenienza.

Conclusioni

La scarsità di risorse impone alla collettività scelte sempre più ardue in un contesto socio-economico in cui beni e servizi vengono offerti in soluzioni sempre più sofisticate e di sempre più difficile comparazione. La sanità è in posizione concorrenziale con altri settori di attività, e già al suo stesso interno avverte l'esigenza di una rigorosa selezione delle patologie da curare. In pratica, una scelta è possibile soltanto grazie a inevitabili giudizi di valore sulle priorità e sugli obiettivi di fondo della politica sanitaria. Una scelta dunque che deve essere fatta, non in base ad una occasionale intuizione, ma al termine di un coerente processo di valutazione. Questo appare irrinunciabile soprattutto nel caso in cui le alternative si presentano in modo profondamente diverso, oppure nel caso in cui l'intervento sanitario esige un ragguardevole impegno economico.

In relazione agli obiettivi, che in sostanza costituiscono i differenti punti di vista, occorre distinguere una valutazione clinica (riferita all'efficacia), una valutazione economica (riferita all'efficienza) ed infine, una valutazione etico-sociale (riferita all'equità).

La valutazione clinica, specialmente oggi, con l'esperata diffusione di tecnologie, non può trascurare l'accertamento dei requisiti (quali l'*affidabilità*, la *sicurezza*, la *praticità*, etc.) della strumentazione biomedica utilizzata nelle diverse fasi in cui si usa scomporre il trattamento sanitario, vale a dire prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Alla stessa stregua, la valutazione etico-sociale non si esaurisce negli aspetti equitativi e distributivi ma si sviluppa in campi che qui non hanno potuto essere menzionati. Basti pensare agli aspetti etici derivanti dagli studi e dalle applicazioni dell'ingegneria genetica: una nuova disciplina, la bioetica, è sorta per affrontare i nuovi problemi creati dall'innovazione nelle procedure e tecniche sanitarie.

Senza dubbio efficacia ed equità costituiscono gli obiettivi primari dell'intervento pubblico in sanità. Non si può pensare ad un programma sanitario che non abbia come scopo il miglioramento della salute dei cittadini o il riequilibrio dello stato di salute tra i cittadini delle diverse regioni. D'altronde è ormai tempo di considerare la salute come una parte centrale dello sviluppo economico, così come statuito dalla dichiarazione di Alma Ata, nel 1978, nel progetto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità « Salute per tutti nell'anno 2000 ». Ne deriva che la ricerca dell'efficienza non può che essere vista come un obiettivo strumentale rispetto ai precedenti: anzi non tanto un obiettivo, quanto un vincolo da rispettare nel perseguimento dei due obiettivi primari. Pertanto, la valutazione degli interventi sanitari non può essere limitata ai soli criteri di efficacia e di efficienza; un'attenzione adeguata deve essere posta anche sugli aspetti distributivi, nonostante l'opinione contraria di vari studiosi più inclini a vedere nell'efficienza, l'unico criterio di giudizio. Bisogna tener presente che più un sistema economico è efficiente e più genera disuguaglianza e che per tale motivo la società deve poter definire un punto di scambio tra efficienza ed equità che consenta un ragionevole compromesso tra quote dell'una e quote dell'altra. Altrimenti, il processo di valutazione di un qualsiasi intervento pubblico, soprattutto in campo sani-

tario, non potrà dirsi completo, e conseguentemente, ogni risorsa sanitaria dovrebbe essere distribuita in modo casuale, ovvero con il metodo del primo arrivato, primo servito, oppure con quello preferibile, della lotteria. Mentre in realtà, esistono e sono praticate, in maniera non esplicita, forme distributive che rispondono a criteri diversi che vanno da quelli socio-sanitari a quelli clinici, economici e personali.

Infine, per quel che riguarda i metodi e le tecniche di valutazione occorre sottolineare come, in sanità, nonostante la crescente diffusione dell'analisi costi-efficacia non esiste una tecnica che si faccia preferire ad un'altra per la sua superiorità: ogni problema va affrontato cercando di identificare la tecnica di valutazione più idonea, quella cioè, che meglio consente di risolverlo.

L'autore è grato al sig. Antonio Mancini per il valido aiuto prestatogli nell'elaborazione del presente testo.

BIBLIOGRAFIA

- ALTMAN S.H., BLENDON R. (a cura di), *Medical technology: the culprit behind health care costs? Proceedings of the 1977 Sun Valley Forum on National Health*, U.S. Dpt. of Health, Education and Welfare, 1977.
- BONDONIO F., SCACCIATI F., *Efficienza e produttività negli enti locali*, NIS, 1990.
- BOS D., *Public Enterprise Economics*. North-Holland, 1986.
- BRENNA A., *Efficienza, efficacia e rendimento dei servizi sanitari*. Prospettive Sociali e Sanitarie 1990; 19: 7-9.
- BRENNA A., *Il costo sociale dell'invecchiamento*. Prospettive sociali e sanitarie 1992; 22: 1-6.
- CARRIN G., *Economic evaluation of health care interventions: a review of alternative methods*. Social Science and Medicine 1984; 19: 1015-1030.
- CULYER A.J., *Economics*. Basil Blackwell, 1985.
- DI ORIO F., *Statistica medica*. NIS, 1990.
- DOESSEL D.P., MARSHALL J.V., *A rehabilitation of health outcome in quality assessment*. Social science and medicine 1985; 21: 1319-1328.
- DRUMMOND M.F., *La valutazione economica dei sistemi sanitari*. F. Angeli 1981.
- DRUMMOND M.F., STODDART G.L., TORRANCE G.W., *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press 1987.
- DRUMMOND M., *Cost of illness studies. A major headache?* PharmacoEconomics 1992; 1: 1-4.
- ERIKSSON H., *Quality assessment of medical research and education*. International Journal of Technology Assessment 1992; 8: 479-489.
- EVANS R.G., STODDART G.L., *Producing Health Consuming Health Care*. Social Science and Medicine 1990; 31: 1347-1363.
- FATTORE G., GARATTINI L., *L'allocazione delle risorse finanziarie nel servizio sanitario nazionale: il quadro teorico e una soluzione pratica*. Economia pubblica 1989; 11: 541-556.
- FLORIO M., *La valutazione degli investimenti pubblici*. Il Mulino 1991.
- GIRONE G., SALVEMINI T., *Lezioni di statistica*. Cacucci Editore 1983.
- GODDARD M., HUTTON J., *Economic evaluation of trends in cancer therapy. Marginal or average costs?* International Journal of Technology Assessment in Health Care 1991; 7: 594-603.
- GOODMAN C., *It's time to rethink health care technology assessment*. International Journal of Technology Assessment 1992; 8: 335-358.
- GRANAGLIA E., *Efficienza ed equità nelle politiche pubbliche*. F. Angeli, 1988.
- GRAZIANI A., *Teoria economica, prezzi e distribuzione*. Edizioni Scientifiche Italiane, 1982.
- HURLEY S., *A review of cost-effectiveness analysis*. The Medical Journal of Australia 1990; 153: 20-23.
- JECKER N.S., BERG A.O., *Allocating medical resources in rural America: alternative perceptions of justice*, Social Science and Medicine 1992; 34: 467-474.
- LEAVERTONE P.E., *A review of biostatistics*. Little, Brown & Co. 1991.

- LEIBENSTEIN H., *X-efficiency theory*. In *The New Palgrave*. A Dictionary of Economics (edited by Eatwell J., Milgate M., Newman P.) Macmillan 1987, 4: 934-935.
- PAGLIARO L., *Un'introduzione alla terapia*. In *Argomenti di metodologia clinica*. International University Press 1992; 131-134.
- PEROTTO L.A., *Stato e giustizia distributiva*. Massimo, 1984.
- PETRETTO A., *Manuale di economia pubblica*. Il Mulino, 1987.
- POLITI C., *Valutazione del costo sociale di una malattia: difficoltà e limiti. Il caso dell'Aids*. In *Economia sanitaria, linee e tendenze di ricerca in Italia (a cura di G. France e E. Attanasio)*. A. Giuffrè, 1993.
- RUSSEL L.B., CHAUDHURI A., *The inequality of medical expenditure for several years in a healthy nonelderly population*. *Medical Care* 1992; 30: 908-916.
- SHIEBER G.J., POULLIER J.P., GREENWALD L.M., *Health care systems in twenty-four countries*. *Health Affairs* 1991; 10: 22-38.
- SCAMUZZI S., *Modelli di equità*. Il Mulino, 1990.
- SIBBALD W.J., INMAN K.J., *Problems in assessing the technology of critical care medicine*. *International Journal of Technology Assessment* 1992; 8:419-443.
- STIGLITZ J.E., *Economia del settore pubblico*, Hoepli 1989.
- VINEIS P., *Eguaglianza ed efficacia nella Sanità*. *Epidemiologia e Prevenzione* 1990; 12: 1-3.
- VON HAYEK F.A., *Legge, legislazione e libertà*. Il Saggiatore, 1986.
- WAGSTAFF A., PACI P., VAN DOORSLAER E., *On the measurement of inequalities in health*. *Social Science and Medicine* 1991; 33: 545-557.

STRUMENTI PER LE DECISIONI D'ACQUISTO DEI SERVIZI SANITARI NEI DISTRETTI INGLESII

“PROGRAMME BUDGETING” E “MARGINAL ANALYSIS”

di Neil Craig

Northern Regional Health Authority

Helen Gough

University of Newcastle Upon Tyne

Alan Mordue

Newcastle District Health

Kathy Mc Cann

David Parkin

University of Newcastle Upon Tyne

SOMMARIO: Cosa è il « programme budgeting? » - Cosa è la « marginal analysis? » - Applicazione nel distretto di Newcastle - Il programme budgeting nel distretto di Newcastle - Prima fase della marginal analysis: identificazione dei margini di cambiamento - Definizione dei gruppi - La fase successiva della Marginal analysis: definizione dei costi e dei benefici - Raccolta dati - Discussione.

Programme Budgeting has for some years been considered one of the most notable failures amongst policy making techniques. Now, however, it has reappeared with renewed vigour. This paper reports on one initiative in Newcastle District Health Authority where Programme Budgeting and its associated technique of Marginal Analysis, which is experiencing a similar revival, are being piloted and evaluated. In an early stage of the initiative Marginal Analysis has had a less radical emphasis than the project team wished. However, the lessons to be learned are fairly clear.

La tecnica del « Programme budgeting » è stata considerata per qualche tempo come uno tra i più grandi fallimenti nell'ambito degli strumenti di politica economica. In molte aree di applicazione il suo potenziale non si è mai realizzato, nonostante le sue evidenti attrattive. Fino ai tempi più recenti si è creduto che non fosse destinata ad avere futuro nel Servizio Sanitario Nazionale Britannico (NHS) (1). I primi tentativi di applicazione, in particolare quelli effettuati dalla Health Economics Research Unit (HERU) di Aberdeen (2, 3, 4), sono rimasti al livello di interessanti sperimentazioni.

In questo periodo, tuttavia, la tecnica sta tornando alla ribalta con rinnovato vigore, non solo all'HERU ma anche altrove. Questo articolo riporta un'esperienza della District Health Authority (DHA, corrispondente a una U.s.l. italiana) di Newcastle, dove il Programme budgeting (PB) e la tecnica associata della Marginal analysis (MA), anch'essa oggetto di rinnovato interesse (6) si stanno applicando e valutando.

Due sembrano essere le ragioni del

« fallimento » del PB e del MA, ragioni che spiegano anche il motivo del loro ritorno. In primo luogo, la loro applicazione richiede l'impiego di dati normalmente non disponibili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Il recente sviluppo dei sistemi informativi del NHS (introdotto dalla riforma Thatcheriana), ha migliorato sia la disponibilità di dati di routine appropriati, sia l'orientamento alla raccolta e all'utilizzo di dati meno usuali. In secondo luogo, ciò che più è importante, il PB e la MA sono sempre stati legati al concetto di processo decisionale « ideale », proprio degli economisti. Per quanto potessero risultare interessanti sul piano logico, non organizzavano le informazioni in modo adeguato ai meccanismi decisionali reali del NHS, quindi risultavano inutili a qualsiasi livello. Ma il nuovo ruolo delle District Health Authorities (DHA) e, in Scozia, degli Health Boards (HB), come acquirenti di Servizi sanitari sulla base di specifici contratti (7), si presta molto bene all'applicazione delle tecniche in esame. Poiché le DHA e gli HB non hanno ancora assunto

un orientamento definito riguardo alle logiche decisionali per l'acquisto dei servizi, in questo momento sono aperte a tutte le metodologie in grado di supportare il processo di decisione.

Questo nuovo ruolo impone alle DHA e agli HB non solo di acquistare servizi sanitari singolarmente efficaci e con un rapporto costi/benefici favorevole, ma anche di acquistare le combinazioni di servizi che permettono di massimizzare il beneficio per la comunità. Tuttavia, per sapere se si sta offrendo la migliore combinazione di servizi, date le risorse a disposizione è necessario acquisire un numero enorme di informazioni. Attualmente le informazioni in materie di costo e di efficacia dei servizi sono estremamente carenti, e anche dove sono disponibili non rappresentano che una minima parte degli elementi che entrano in gioco nei processi decisionali. Il PB e la MA permettono di adattare le informazioni disponibili alle condizioni operative riscontrabili in ogni particolare contesto, determinate dalle scelte locali sul grado di priorità da attribuire ai singoli servizi. Insieme

costituiscono una metodologia pragmatica per valutare i servizi, che può supportare i processi decisionali rivolti a definire un ordine di priorità tra gli stessi servizi sanitari.

Il PB e la MA partono dal presupposto che non sono disponibili informazioni riguardo alle priorità in generale, e che è necessario utilizzare apposite tecniche di supporto per guidare il processo decisionale. Quest'ultimo può essere reso gestibile suddividendo l'area in cui si devono assumere le decisioni in aree più piccole in cui le attività esistenti possono subire cambiamenti.

Cosa è il « programme budgeting? »

Il PB porta alla determinazione di un budget basato sugli output (8), in cui l'attenzione non viene posta sulle risorse che vengono acquistate con il budget ma sui risultati che le risorse stesse producono. Questa tecnica ha una lunga storia, anche se non molto di successo, essendo stata applicata in diversi paesi e nell'ambito di diversi servizi pubblici, tra i quali soprattutto la difesa. Nel contesto del NHS i budget normalmente si limitano ad elencare le spese con riferimento alle risorse che le generano. Misurano gli input usati nella produzione dei servizi (personale medico e amministrativo, farmaci, riscaldamento, energia elettrica) piuttosto che gli output, cioè i servizi offerti. Di conseguenza, i budget dicono ben poco sulla risposta data ai bisogni della popolazione, sulle priorità per la spesa delle DHA, o sulle possibilità di riorientare la spesa in modo da soddisfare le esigenze di diverse specialità cliniche o gruppi di popolazione.

I budget di programma, invece, intendono misurare la spesa rispetto alle diverse specialità, alle diverse patologie o gruppi di pazienti. Essi sono in grado di indicare come le DHA spendono il proprio denaro a dispo-

sizione. Forniscono un quadro dei bisogni che le DHA stanno cercando di soddisfare confrontando i budget di programma con i livelli di bisogni espressi dai dati epidemiologici, di costo e di efficacia dei servizi, oppure con le priorità definite in sede politica locale o nazionale, si ottiene un'indicazione sull'appropriatezza delle modalità correnti di spesa.

La mancanza di informazioni sul costo dei servizi rappresenta un serio ostacolo nella realizzazione del PB. Inoltre, l'autonomia professionale dei clinici da loro il potere di determinare le modalità di opera nell'ambito del sistema sanitario. Per queste due ragioni il potenziale del PB nel supportare le decisioni di allocazione delle risorse non si è mai realizzato.

La recente riforma del NHS ha reso disponibili nuove informazioni allo scopo di definire i contratti per l'erogazione dei servizi, le stesse possono essere usate per determinare più agevolmente e più accuratamente i budget di programma. Anche le condizioni politiche sono mutate, e oggi le DHA hanno la possibilità di cambiare la combinazione dei servizi offerti, attraverso le decisioni di acquisto dei servizi stessi.

I budget di programma esplicitano le priorità esistenti e permettono di identificare le aree in cui è opportuno effettuare cambiamenti. Non sono in grado, invece, di evidenziare la necessità di incrementare o ridurre il volume di servizi offerto in ogni area.

Cosa è la « marginal analysis? »

La MA è una tecnica che permette di sapere se è opportuno espandere o contenere i servizi offerti. Comporta un'analisi dei costi e dei benefici generati da cambiamenti marginali nella spesa per i singoli programmi. Marginale in questo caso non significa « irrilevante », bensì « significativo » rispetto al processo deci-

sionale che si attiva in un'area dove è possibile un cambiamento nelle modalità di spese.

I cambiamenti da considerare in ogni area di servizio, cambiamenti che saranno sottoposti a dettagliata analisi dei costi e dei benefici, possono essere identificati attraverso un processo di consultazione degli attori più importanti: clinici, organizzazione dei pazienti, enti che acquistano servizi che vorrebbero espandere e quelli che potrebbero essere abbandonati in caso di riduzione del finanziamento.

I costi e i benefici dell'espansione o della riduzione dei servizi possono essere valutati utilizzando tutte le informazioni epidemiologiche, di costo e di efficacia disponibili, sostenuta dalla conoscenza degli effetti dell'espansione o riduzione di un particolare servizio in ambito locale e dalla conoscenza dei livelli di bisogno della comunità di riferimento, espressi dalle liste d'attesa o dal profilo dello « stato di salute » locale.

La MA, quindi, è uno strumento per esplicitare e ridefinire le priorità entro una particolare area di attività del servizio sanitario. Chiaramente possono ancora emergere carenze informative, ma considerando una limitata gamma di servizi e le condizioni esistenti nel particolare ambito locale, il problema viene ridotto a una dimensione gestibile.

Applicazione nel distretto di Newcastle

Il distretto di Newcastle, in collaborazione con la Regione (Northern Regional Health Authority) e con l'Università di Newcastle, ha avviato una sperimentazione con PB e MA. Gli obiettivi fissati in partenza erano due: in primo luogo costruire un budget di programma generale, per valutare il sistema informativo disponibile e se il distretto potesse utilizzare le informazioni da esso prodotte: in secondo luogo, applicare la MA in

un'area particolare, nuovamente per valutare il sistema di raccolta dati e l'utilità dei risultati prodotti ai fini delle decisioni d'acquisto dei servizi prese dal Distretto.

Il problema di definire delle priorità per il finanziamento dei servizi è particolarmente pressante per il distretto di Newcastle, che è uno tra i più penalizzati dal passaggio al nuovo sistema di finanziamento del NHS, basato su una quota capitaria. Il cambiamento di sistema obbliga il distretto a prendere decisioni difficili di riduzione dei servizi. Secondo il criterio della responsabilizzazione, il processo attraverso cui simili decisioni vengono assunte dovrebbe essere esplicito. Sono necessarie apposite analisi per assicurare che le risorse disponibili siano impiegate in modo da massimizzare il beneficio in termini di salute dei cittadini.

Con ciò si intende dire che la determinazione del livello di funzionamento accordato complessivamente non riguarda il distretto. Piuttosto, si prende atto che le decisioni relative al finanziamento non possono, almeno nel breve termine, essere influenzate dai distretti. Si tratta di un vincolo imposto dalla politica sanitaria nazionale, con il quale il distretto deve misurarsi facendo in modo di ottenere il massimo delle risorse disponibili.

Il PB e la MA possono supportare questo processo. Teoricamente dovrebbero essere applicati a tutte le attività sanitarie, in modo da permettere confronti costi-benefici tra le attività ed eventualmente trasferimenti di risorse dall'una all'altra. Per esempio, non solo dobbiamo conoscere quale sia il modo migliore di spendere il denaro nell'ambito dell'ortopedia, ma dobbiamo anche sapere se sarebbe meglio spendere più o meno soldi nell'ortopedia rispetto alla medicina generale, alla chirurgia generale e così via. Trattandosi, in questo caso, di uno studio pilota, le tec-

niche in oggetto vengono applicate a una specialità e, se il risultato sarà positivo, si estenderanno ad altre aree in futuro.

Il programme budgeting nel distretto di Newcastle

In appendice 1 sono riportati i dati relativi ai contratti per l'acquisto di servizi stipulati dal distretto di Newcastle nel 1991-92. Si possono rilevare i prezzi e i volumi concordati per le operazioni chirurgiche in regime di day-hospital, per i pazienti ospedalieri e quelli ambulatoriali suddivisi in base alla specificità. Nelle specialità diverse dalla « salute mentale », i contratti con erogatori di servizi esterni al distretto di Newcastle sono stati esclusi, perché le quote di costo attribuite alle relative attività (COSA Cost of Service Allocation) sono sufficientemente piccole da non

influenzare l'ordine generale di priorità nella spesa. Per la specialità relativa alla salute mentale, in cui una quota maggiore di servizi viene acquistata all'esterno del distretto, i contratti con gli erogatori esterni sono stati inclusi.

In questa forma, le informazioni sono interessanti ma poco utilizzabili. Quindi, sono stati riportati in figura 1 e 2 e nell'appendice 2 i budget di programma definiti per ampi raggruppamenti per età e specialità. Nel corso della salute mentale e dei servizi rivolti a persone con difficoltà di apprendimento erogati dal Newcastle Mental Health Trust, per i quali l'età del paziente non è rilevabile, la ripartizione dei costi (COSA) per età è stata effettuata in proporzione al numero di giornate di degenza. I dati relativi all'accettazione dei pazienti non sono molto significativi in questa specialità a causa delle lunghe ed estremamente variabili durate della

Figura 1 - Distribuzione COSA per programmi - Newcastle DHA 1991-1992

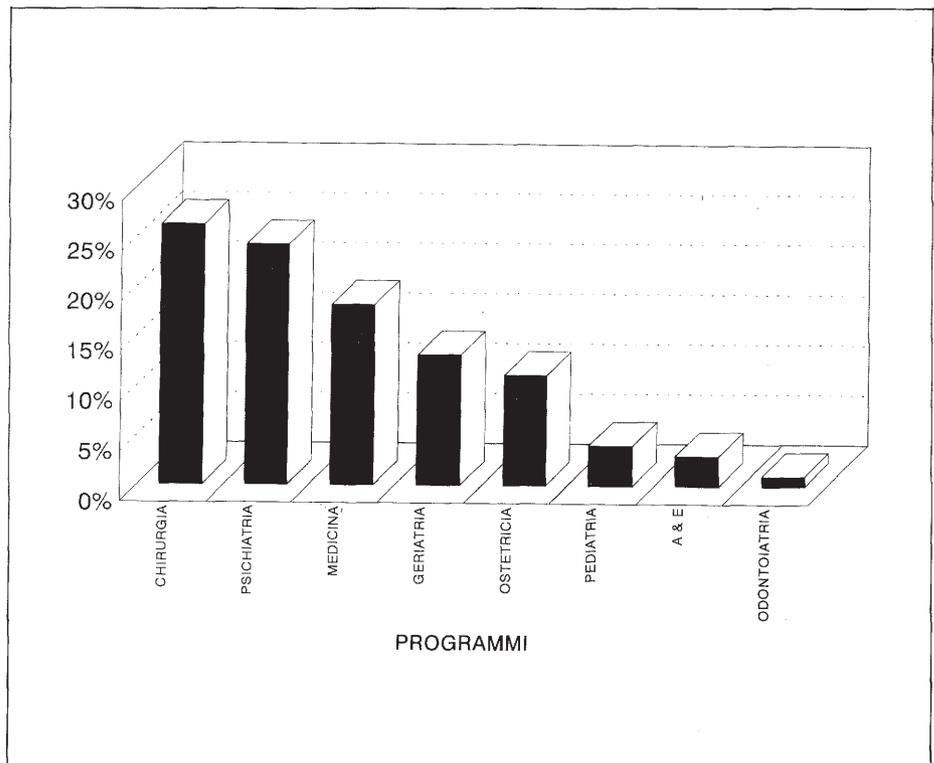


Figura 2 - Distribuzione COSA chirurgia - Newcastle DHA 1991-1992. Ripartizione per l'ortopedia calcolata attraverso i dati di dimissione

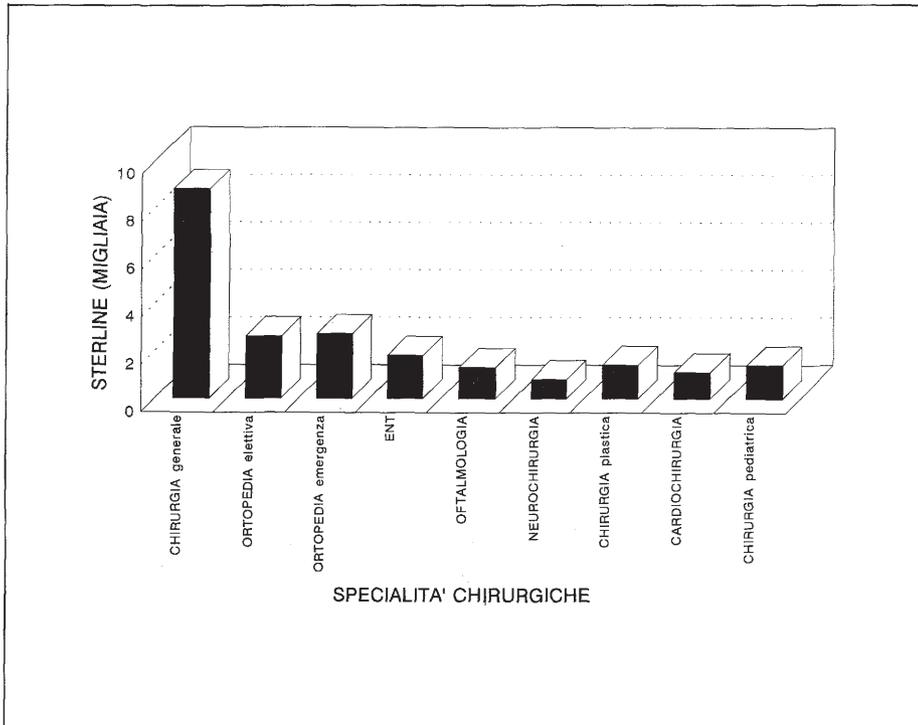
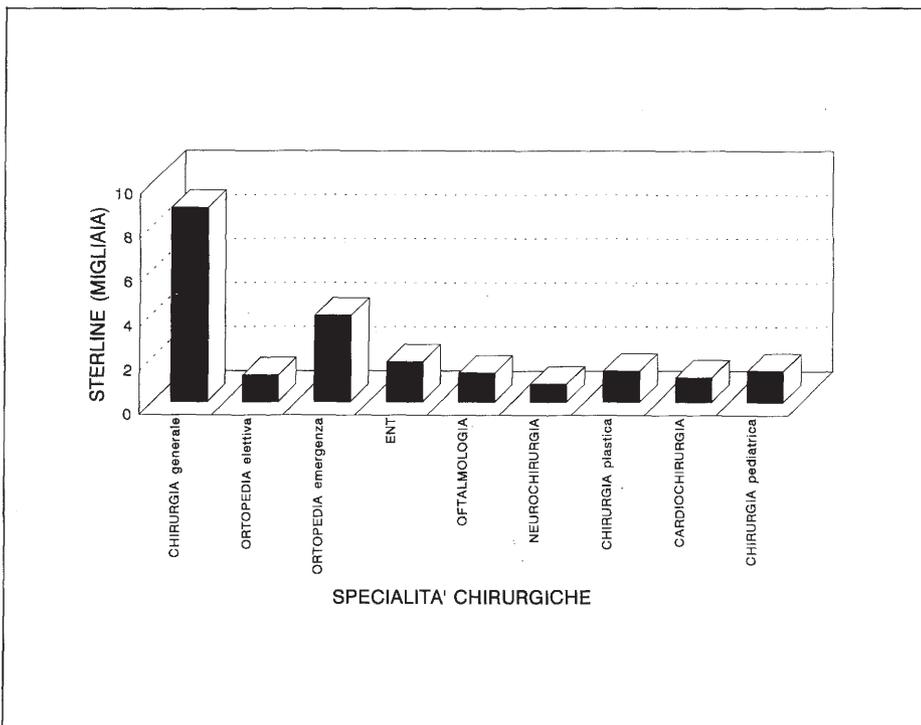


Figura 2a - Distribuzione COSA chirurgia - Newcastle DHA 1991-1992. Ripartizione per l'ortopedia calcolata attraverso il numero di giornate di degenza



degenza. Per i servizi erogati fuori dal distretto la ripartizione per età è stata calcolata usando i dati sull'età dei pazienti residenti a Newcastle forniti dagli stessi reparti.

Per le altre attività la ripartizione per età è stata calcolata in relazione al numero di dimissioni (inclusi i decessi), usando i dati del sistema informativo regionale presso la Northern RHA, che raccoglie i dati di attività suddivise per specialità relativi a tutti i distretti della Regione. Le categorie di età sono 0-15 per i bambini, 16-64 per gli adulti e 65 e oltre per gli anziani. In alternativa si può usare il numero di giornate di degenza come indicatore del consumo di risorse attraverso cui allocare i COSA ai diversi gruppi suddivisi per età (Appendice 2^a). Nella maggior parte delle specialità questo porta a un incremento della quota allocata alla cura degli anziani (figure 3^a e 4^a).

Le figure mostrano chiaramente le priorità di spesa a livello generale. Ulteriori dettagli sulle sotto-categorie di attività sono contenuti nell'appendice 3 e illustrati in figura 2 e 3. La figura 2 mostra come la « chirurgia generale e urologia » rappresenti la maggior categoria di spesa per attività chirurgiche, seguita dall'ortopedia. Sia la chirurgia ortopedica d'elezione che quella d'emergenza rappresentano categorie più ampie di qualsiasi altra specialità chirurgica, eccetto la chirurgia generale e urologia. L'ortopedia è chiaramente una priorità di spesa per il distretto. La figura 3 presenta una stima di come la spesa per ortopedia è distribuita per età dei pazienti e tipo di ammissione (elezione urgenza). La distribuzione è concentrata sugli adulti e gli anziani. Sulla base dei dati di dimissione, la chirurgia ortopedica d'elezione predomina nel gruppo di età dai 16 ai 64 anni, mentre i ricoveri d'urgenza predominano tra i pazienti anziani. In generale, la chirurgia d'elezione e quella d'emergenza sembra-

no rappresentare una parziale analogia della spesa complessiva per la specialità ortopedica.

Sulla base del numero di giornate di degenza, invece, l'ortopedia d'emergenza sembra consumare decisamente più risorse di quella d'elezione. Questo è dovuto al fatto che gli anziani, che tendono ad avere degenze più lunghe, rappresentano una porzione maggiore dei pazienti trattati in emergenza.

Prima fase della marginal analysis: identificazione dei margini di cambiamento

Il primo studio dell'analisi ha coinciso con la scelta di un'attività sanitaria per sperimentare la tecnica. Fu scelta l'ortopedia, per le ragioni riportate in appendice 4. Rimanevano da affrontare due problemi: definire i gruppi di persone cui chiedere di pronunciarsi sull'ordine di priorità da attribuire ai servizi, scegliere la metodologia per compilare gli elenchi delle priorità.

Definizione dei gruppi

Ciascun gruppo doveva essere ben rappresentato, dato il presupposto che le priorità dei clinici sono sensibilmente diverse da quelle dei pazienti. Tuttavia, più grande è il gruppo e numerosi gli interessi rappresentati, più complesso, lungo e costoso diventa il processo di consultazione. Inoltre il numero di nuove informazioni e priorità definite è destinato a diminuire mano a mano che si consultano più persone. È stato necessario scegliere un orientamento preciso sulla misura e composizione del gruppo, assicurando che tutti gli interessi chiave fossero rappresentati e, al contempo, che la consultazione rimanesse abbastanza gestibile da fare della MA uno strumento pratico per definire

Appendice 1 - Newcastle Health Authority Attività 1991/1992 - Costo (L. 000)

Contratti	Struttura di offerta	Casi trattati	Attività giornal.	Visite ambulat.	Totale 1991/1992		1992/1993
Chirurgia generale	A	1651	370	1362	4912	206.1	1998.5
	C	2468	1620	2691	8894	2645.7	2879.3
	Totale	5740	2828	5301	18547	6498	6911.2
Urologia	B	2128	1696	1719	4506	2170.2	2527
Ortopedia	A	789	112	72	8370	1720.5	1981.5
	C	925	115	826	4735	1674.3	2002.6
Otorinolaringoiatria	B	721	330	1027	4763	1795.4	1940.1
	Totale	2435	557	1925	17868	5190.2	5924.2
Oftalmologia	B	1539	1008	5446	13860	1726.5	1920.8
	Totale	—	—	—	—	—	—
Chirurgia	A	359	81	624	5041	415.4	466.8
	C	—	—	1188	9997	465.7	536.5
Chirurgia	B	770	296	—	—	453.9	519.4
	Totale	1129	377	1812	15038	1335	1522.7
Chirurgia	A	68	12	—	—	54.9	63.5
	C	181	212	244	1351	228.9	275.1
Chirurgia	B	34	22	—	—	0	—
	Totale	283	246	244	1351	283.8	338.6
Odontoiatria pediatrica	A	—	—	3093	—	—	—
Odontoiatria ricostruttiva	A	—	—	9096	—	—	—
Ortodonzia	A	—	—	1210	—	—	—
Radiologia dentale	A	—	—	866	—	—	—
Chirurgia odontostomatologica	A	—	—	19946	—	258.7	353.2
Chirurgia odontostomatologica	A	—	—	51	610	54.9	63.5
Chirurgia odontostomatologica	B	—	—	33	109	—	—
	Totale	—	—	34295	719	313.6	416.7
Neurochirurgia	C	548	12	393	1600	765.7	922
Neurologia	C	232	25	470	1640	282.3	325.9
	Totale	780	37	863	3240	1048	1247.9
Chirurgia plastica	A	594	94	258	4799	747.2	808.8
	Totale	486	202	371	5455	757.6	918.9
Chirurgia plastica	C	1080	296	629	10254	1504.8	1727.7
	Totale	—	—	—	—	—	—
Chirurgia cardiotoracica	B	324	1	90	448	1144.7	1227.7
Chirurgia neonatale e pediatrica	A	154	251	2273	902	470.9	577

(segue) **Appendice 1 - Newcastle Health Authority Attività 1991/1992 - Costo (L. 000)**

Contratti	Struttura di offerta	Casi trattati	Attività giornal.	Visite ambulat.	Totale 1991/1992		1992/1993
Pronto soccorso	A	76	—	—	—	2318.4	2609.4
Medicina generale	A	3288	n/a	2997	13789	3493.9	3924.2
	C	4890	456	199	14657	2917.8	3486.1
	B	2627	660	771	7490	1993.7	2264.9
	Totale	10805	1116	5267	35936	8405.4	9675.2
Disabilità fisica	C	203	5	—	—	44.6	—
Cardiologia	B	978	19	413	2889	1281.2	1449.7
Dermatologia	A	157	0	2235	5908	802.7	928
	C	—	—	33	180	0	0
	Totale	157	0	2268	6088	802.7	928
Medicina toracica	B	438	79	288	2195	411.8	506.1
Gum	C	—	—	9072	25079	0	0
Nefrologia	B	471	16	212	2785	747.9	854.3
Neurologia	A	181	48	525	1491	118.6	130.1
Reumatologia	A	—	—	946	4319	325.3	356.6
	C	181	2	0	1	0	0
	B	—	—	667	2436	534.9	622
	Totale	181	2	1613	6756	860.2	978.6
Pediatria	A	1359	n/a	573	3695	1358.7	1631.7
	A	109	—	—	0	620.7	692.1
	C	1825	171	811	4410	1605	1931.4
	Totale	3293	171	1384	8105	3584.4	4255.2
Geriatrica	A	411	4	141	1963	964.8	1247.4
	A	330	0	—	—	1418.4	1801.8
	C	961	3	307	3086	2950	3619.6
	C	81	—	—	—	1221	1407.1
	C	57	—	—	—	932.9	1156.6
	B	304	7	101	1264	870.4	1034.3
Ostetricia	B	365	—	—	—	2469.9	2906.4
	Totale	2509	14	549	6313	10827.4	13173.2
	A	2623	n/a	1682	6666	1825	2035
	C	3526	n/a	2122	14022	3707.3	4512.5
	Totale	6149	n/a	3804	20688	5532.3	6547.5
Ginecologia	C	1752	789	2680	9538	1890.2	2179.6
	Totale	2698	1492	4172	13379	2731	3028.7
Children's MH	A	93	—	475	3607	0	—
Radioterapia	A	—	—	187	1924	60.4	71.6
	C	614	144	155	2485	775.6	944
	Totale	614	144	342	4409	836	1015.6

la priorità tra diverse specialità mediche.

Si decise che il gruppo doveva comprendere i seguenti soggetti: un reumatologo e due chirurghi ortopedici operanti in differenti aree della specialità, un medico di base « fundholding » (detentore di budget, secondo il nuovo sistema di gestione della medicina di base introdotto il 1° aprile 1990), e uno non fundholding, un terapista occupazionale proveniente da un'ospedale per acuti e uno proveniente dai servizi sociali, un fisioterapista, un manager della specialità ortopedica, un rappresentante del Community Health Council (organo che potrebbe essere assimilato alla nostra Assemblea dei Comuni), e due pazienti rappresentanti di gruppi di pressione formati da utenti di servizi ortopedici, uno dal « Disability Forum » l'altro da « Arthritis Care ».

Metodi

Il gruppo si riunì per un intero pomeriggio. Fu ritenuto importante che il moderatore della riunione non fosse un funzionario del distretto, e neppure uno degli economisti coinvolti. Questo ruolo, perciò, fu svolto da un sociologo del servizio di sanità pubblica della Regione. Il meeting fu accuratamente programmato. A ciascuno dei partecipanti fu inviata una cartellina preparatoria contenente una spiegazione del PB e della MA, alcuni dettigli sul contenuto in cui si sta svolgendo l'esperimento e una descrizione del programma e dei risultati attesi dalla riunione. Dopo un'ulteriore presentazione all'inizio del meeting, si vollero stabilire le priorità del gruppo attraverso un metodo sequenziale, descritto di seguito.

In primo luogo, i soggetti furono interrogati individualmente chiedendo a ciascuno quali fattori avrebbe considerato per decidere come allocare risorse aggiuntive destinate all'ortopedia, e quali fattori avrebbe

considerato se avesse dovuto ridurre o abbandonare alcuni servizi a causa di una limitazione delle risorse disponibili.

In secondo luogo, fu chiesto al gruppo, tenendo in mente i criteri precedentemente espressi, quali nuovi interventi vorrebbe che fossero disponibili, quali potrebbero essere ridotti o abbandonati.

La distinzione tra gli interventi da proporre e i criteri che ciascun membro del gruppo considera importanti fu fatta per il timore che la mancanza di competenze tecniche da parte di qualcuno dei membri non permettesse a questi ultimi di esprimersi sugli interventi concreti.

Questo passaggio ha anche consentito di definire una serie di criteri attraverso cui valutare le opzioni di cambiamento degli interventi identificati dal gruppo. Questo punto è discusso in maggior dettaglio nella parte relativa ai risultati della MA.

In terzo luogo, attraverso una discussione collettiva si tentò di ridurre la lunga lista di condizioni, gruppi di pazienti e procedure identificate, in una lista più breve di interventi chiave sulla cui importanza si era creato un certo grado di consenso. Si pensò che dieci aree chiave potessero risultare gestibili nella lista ristretta.

In quarto luogo, ai singoli membri del gruppo fu richiesto di « pesare » questi interventi. In quinto luogo, i pesi attribuiti furono aggregati in modo da definire le priorità generali del gruppo. Infine, i risultati furono distribuiti ai membri del gruppo per ottenere i loro commenti, sia sull'esito della riunione, sia sul suo valore come mezzo per identificare le priorità da attribuire ai servizi al fine di supportare i processi decisionali.

Risultati

Durante la riunione fu necessario modificare il processo. La preoccupazione

Figura 3 - Distribuzione per classi di età della COSA calcolata attraverso i dati di dimissione

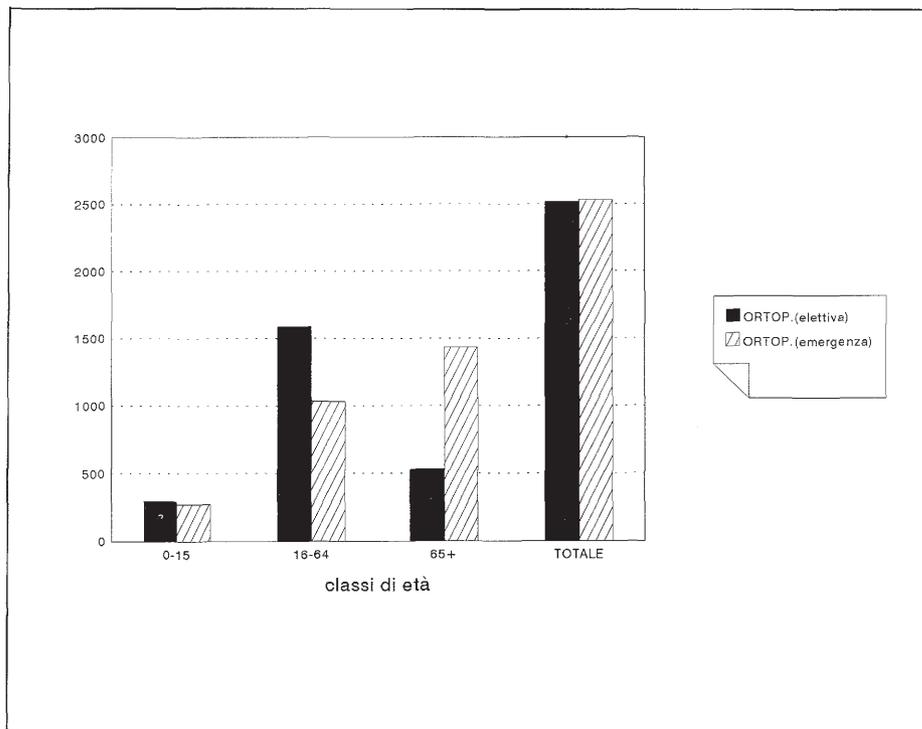


Figura 3a - Distribuzione per classi di età della COSA calcolata attraverso i dati di degenza

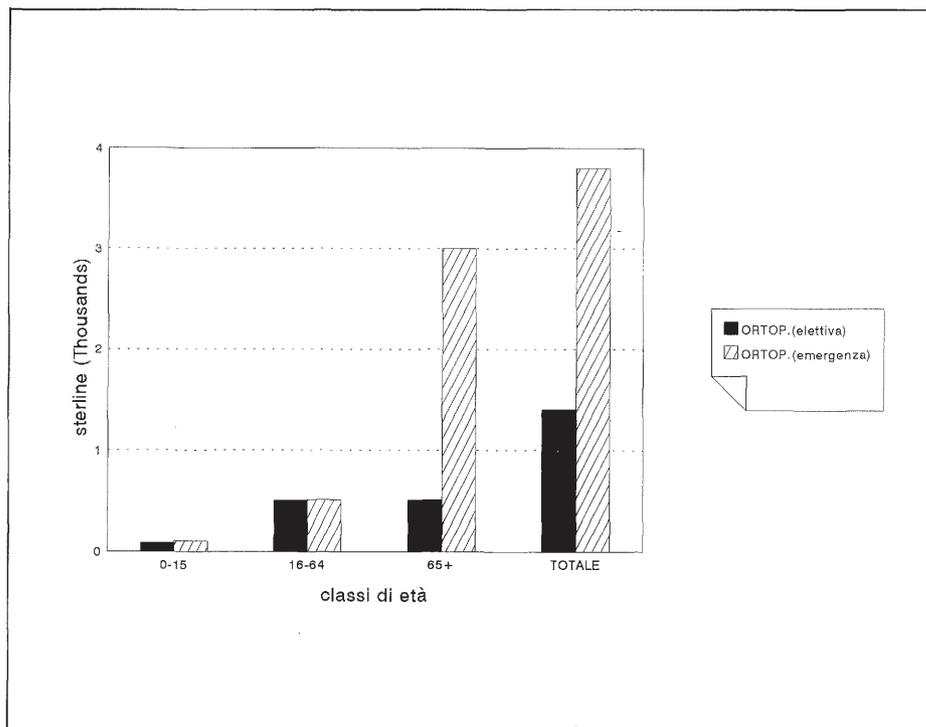


Figura 4 - Distribuzione per classi di età della COSA - Newcastle DHA 1991-1992. Calcolata attraverso i dati di dimissione

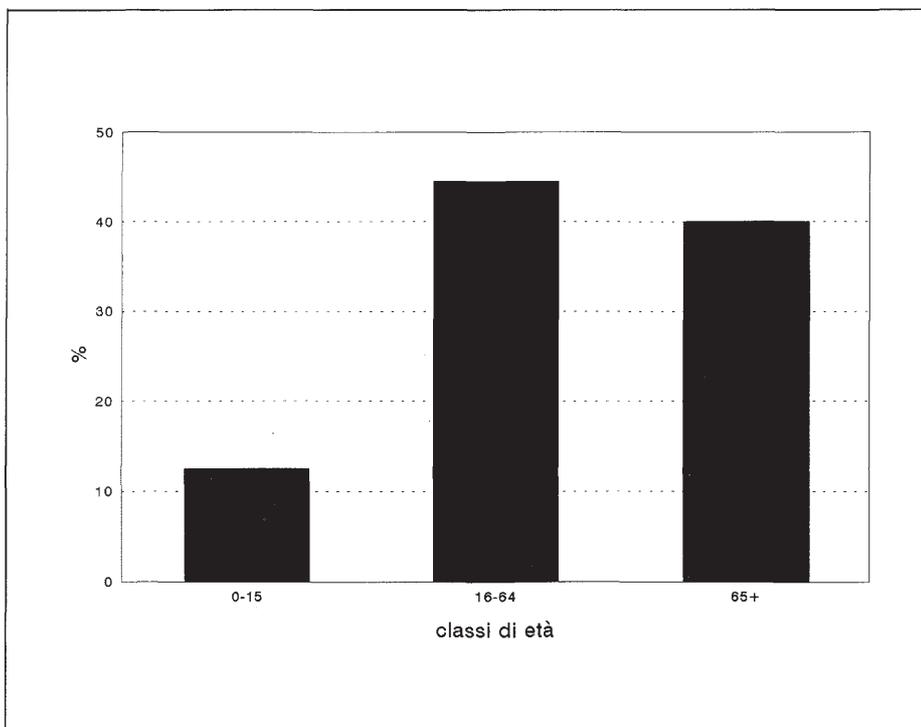
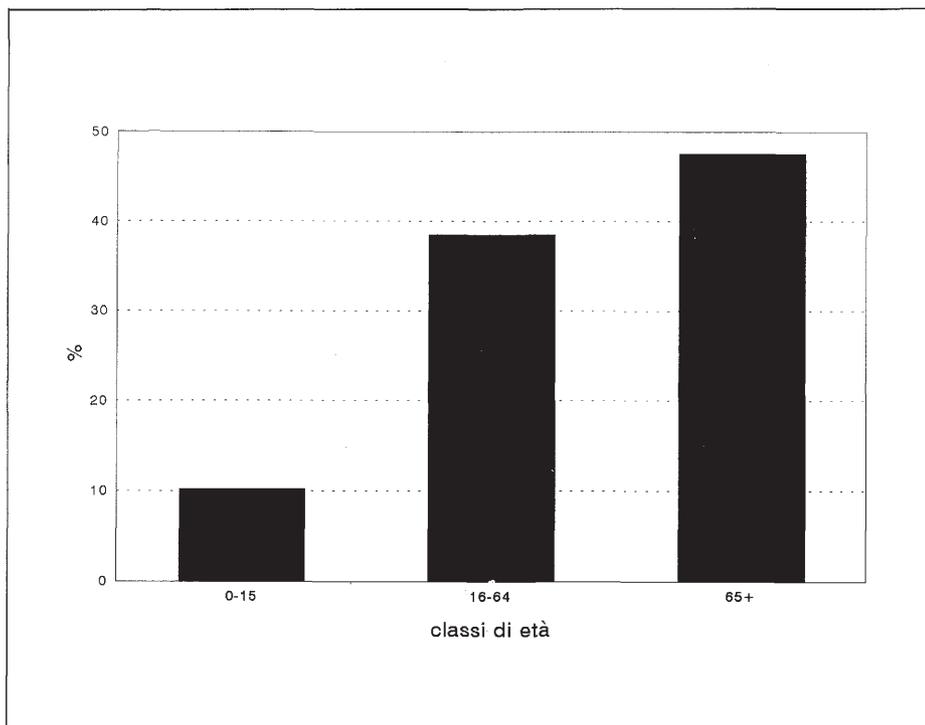


Figura 4a - Distribuzione per classi di età della COSA - Newcastle DHA 1991-1992. Calcolata attraverso i dati di degenza



pazione più ricorrente per l'intero gruppo era il bisogno di incrementare il numero di protesi d'anca e della rotula. I medici di base volevano un più rapido accesso all'artroscopia per i pazienti che essi stessi inviano al chirurgo ortopedico. Gli utenti e i rappresentanti del Community Health Council segnalavano anche la fisioterapia, i servizi di assistenza individuale sul territorio, e i servizi di supporto. Gli altri membri del gruppo concordavano sul fatto che queste ultime fossero aree in cui la domanda non è interamente soddisfatta ma non le considerano come priorità perché ritenevano che non fanno, e non dovrebbero fare capo, al budget destinato all'ortopedia. Inoltre, sebbene fu concordata la necessità di più servizi di follow up, questo fu considerato come diretta conseguenza dell'aumento proposto nel numero di operazioni, non come espansione autonoma. Infine, anche se si fece riferimento ai servizi preventivi, il loro potenziale fu considerato limitato come risultato, la lista lunga di interventi da incrementare risultò molto corta, più corta della lista breve che era stata prevista prima della riunione, e la lista breve fu ridotta alle protesi d'anca e della rotula.

Si decise perciò di non svolgere la procedura di attribuzione dei pesi. Ugualmente fu troncata la discussione sui servizi che possono essere ridotti. Il gruppo si mostrò estremamente riluttante a discutere i criteri in base ai quali effettuare dei tagli, senza parlare di indicare particolari servizi da ridurre o particolari pazienti da escludere, anche se in astratto. Alcuni furono menzionati: la chiropodia, la chirurgia del piede, interventi su persone severamente handicappate, la chirurgia in generale, ma non ci fu consenso.

Furono indicati i seguenti criteri per valutare le ipotesi di cambiamento:

1) eliminazione dei « colli di bottiglia » nei processi di assistenza;

2) esito dell'intervento chirurgico. Il dolore fisico fu considerato la dimensione più rilevante, sebbene siano stati menzionati anche l'isolamento sociale e la riduzione dell'handicap attraverso una migliore attività sociale;

3) priorità di carattere sociale derivanti dai cambiamenti demografici;

4) priorità politiche, come la riduzione della lista d'attesa;

5) bisogno, come riflesso della domanda che si palesa attraverso le liste d'attesa.

Altri criteri segnalati furono il rapporto costo-efficacia, la disponibilità di personale e la disponibilità attuale del servizio nella particolare area. Si fece notare come gli ambiti in cui sono possibili incrementi o riduzioni dei servizi dipendono dall'entità dei cambiamenti nel budget disponibile. Infine, si concordò sul fatto che ai clinici spetti il compito di giudicare chi ha ricevuto le cure, e quindi di decidere sulla base degli esiti quali espansioni o riduzioni di servizi da effettuare in particolari casi che lo richiedono.

Come si è detto, il gruppo era riluttante a considerare ipotesi di riduzione ed espresse la convinzione che il distretto, ugualmente, non dovesse prendere in considerazione simili ipotesi nelle proprie decisioni di acquisto dei servizi. Sebbene qualche criterio sia stato segnalato, i soggetti erano d'accordo sul fatto che il distretto non dovesse farne uso, e che ogni decisione dovesse essere lasciata ai clinici. Furono menzionati i seguenti: ripercussioni per i pazienti, priorità degli utenti, numero di utenti e saturazione della capacità del servizio, tempo di attesa, misura dei tagli proposti, probabilità di dover ripetere l'intervento.

Infine, furono proposti alcuni cambiamenti nel processo di assistenza al fine di ridurre il costo per caso trattato, quindi aumentando il numero di pazienti assistiti con le risorse

a disposizione. Questi consistevano nella razionalizzazione dei servizi per ridurre le duplicazioni attraverso la creazione di un servizio unico per il sistema osteo-muscolare; nell'anticipo della dimissione dei pazienti, nella riduzione della domanda di servizi ambulatoriali, nella revisione dei comportamenti prescrittivi; nella riduzione

dei costi amministrativi e gestionali; nella riduzione delle visite specialistiche dietro prescrizione proveniente dall'esterno del distretto; nella concentrazione dei casi di day-hospital in un unico luogo fisico; e nell'invio dei casi con problemi alla schiena o al collo direttamente al fisioterapista da parte del medico di base.

Appendice 2 - Contratti con enti di erogazione per età e Programmi 1991/92 - Costi calcolati attraverso i dati di dimissione

(Newcastle Health Authority)

AREA DI ATTIVITÀ	COSTI PER CATEGORIE DI ETÀ (L. 000)				
	0-15	16-64	65 +	Totale	%
Chirurgia	2447.2	11239.4	7117.0	20803.6	26.3
Psichiatria	1372.1	11207.9	6463.5	19043.5	24.0
Medicina	194.2	6204.3	7393.8	13792.4	17.4
Geriatrics	0.0	357.3	10470.1	10827.4	13.7
Ginecologia e ostetricia	2268.0	5836.9	158.4	8263.3	10.4
Pediatria	3584.4	0.0	0.0	3584.4	4.5
Pronto soccorso	n/a	n/a	n/a	2318.4	2.9
Odontoiatria	94.0	461.7	42.0	597.7	0.8
Totale di tutte le specialità (escluso pronto soccorso)	9959.9	35307.5	31644.9	76912.3	97.1
Tutte le specialità % (*)	12.6	44.6	39.9	97.1	—

(*) La somma delle percentuali non è pari a 100 data l'esclusione del Pronto soccorso.

Appendice 2a - Contratti con enti di erogazione per età e Programmi 1991/92 - Costi calcolati attraverso i dati di degenza

(Newcastle Health Authority)

AREA DI ATTIVITÀ	COSTI PER CATEGORIE DI ETÀ (L. 000)				
	0-15	16-64	65 +	Totale	%
Chirurgia	1701.7	7779.8	11324.5	20806.0	26.3
Psichiatria	552.3	12410.6	6080.4	19043.3	24.0
Medicina	152.1	4345.3	9292.9	13790.3	17.4
Geriatrics	0.0	194.9	10632.5	10827.4	13.7
Ginecologia e ostetricia	1994.3	5862.1	404.2	8260.6	10.4
Pediatria	3584.4	0.0	0.0	3584.4	4.5
Pronto soccorso	n/a	n/a	n/a	2318.4	2.9
Odontoiatria	90.6	463.7	42.8	597.1	0.8
Totale di tutte le specialità (escluso pronto soccorso)	8075.4	31056.4	37777.3	76909.1	97.1
Tutte le specialità % (*)	10.2	39.2	47.7	97.1	—

(*) La somma delle percentuali non è pari a 100 data l'esclusione del Pronto soccorso.

La fase successiva della Marginal analysis: definizione dei costi e dei benefici

Lo stadio successivo consiste nella determinazione dei costi e dei benefici rispetto alla lista finale di priorità. Tuttavia, poiché il risultato della fase precedente non era proprio quello che ci si attendeva, fu necessario riesaminare l'accaduto per decidere se il risultato prodotto fosse utilizzabile. In particolare, si ritenne che nonostante il tentativo di coinvolgere tutti i membri del gruppo, la dominanza dei medici di base e dei chirurghi, aveva portato a una sovrastima del grado di consenso sulla priorità.

Quindi si è deciso di prendere in considerazione più la lista lunga che quella breve per l'analisi più dettagliata. Per esempio, si sta cercando di riproporre a un gruppo ristretto la discussione sui servizi di fisioterapia sul territorio. Il problema della riduzione dei servizi, invece, è attualmente tenuto in sospenso nell'attesa di individuare la strategia più opportuna. La misura dimostrativa dell'incremento del budget per la chirurgia ortopedica d'elezione è stata fissata tra il 4% e l'8% del budget attuale.

Raccolta dati

Si stanno raccogliendo dati nelle tre aree seguenti

Costi

Le informazioni di costo sono necessarie per determinare le implicazioni finanziarie di ogni riduzione o incremento di servizi. Dati di costo per le protesi d'anca e della rotula e per l'artroscopia si stanno calcolando con un approccio top-down a partire da dati raccolti a livello di distretto e applicando dei pesi basati sui DRG. Si stanno prendendo in considerazione anche le tariffe fissate da alcuni reparti locali per le prestazioni effettuate fuori contratto. Infine,

Appendice 3 - Contratti con enti di erogazione per età e programmi 1991/1992 Newcastle Health Authority (Ripartizioni calcolate attraverso i dati di dimissione)

AREA DI ATTIVITÀ	COSTI PER CATEGORIE DI ETÀ (L. 000)			
	0-15	16-64	65 +	Totale
Chirurgia generale e urologia	93.1	5139.7	3433.2	8666.0
Ortopedia elettiva	298.2	1677.9	589.8	2565.9
Ortopedia emergenza	231.6	1079.7	1313.0	2624.3
Otorinolaringoiatria	801.1	728.6	196.8	1726.5
Oftalmologia	146.9	357.8	829.0	1333.7
Neurochirurgia	22.2	585.8	157.7	765.7
Chirurgia plastica	290.4	966.1	248.3	1504.8
Chirurgia cardiotoracica	92.7	704.0	349.1	1145.8
Chirurgia pediatrica e neonatale	470.9	0.0	0.0	470.9
Chirurgia totale	2447.2	11239.4	7117.0	20803.6
Medicina generale	9.2	3892.0	5664.2	9565.5
Neurologia	0.8	316.7	83.4	400.9
Fisiatria e reumatologia	0.0	432.5	472.3	904.8
Cardiologia	119.2	582.9	580.4	1282.5
Dermatologia	65.0	374.1	363.6	802.7
Radioterapia	0.0	606.1	229.9	836.0
Medicina totale	194.2	6204.3	7393.8	13792.4
Pediatria totale	3584.4	0.0	0.0	3584.4
Geriatrica totale	0.0	357.3	10470.1	10827.4
Ostetricia	2251.6	3280.7	0.0	5532.3
Ginecologia	16.4	2556.2	158.4	2731.0
Ostetrica e ginecologia totale	2268.0	5836.9	158.4	8263.3
Psichiatria adulta	0	4955.0	0	4955.0
Psichiatria degli anziani	0	0.0	5446.8	5446.8
Riabilitazione/cure continue	0.0	1450.9	0.0	1450.9
Cure specialistiche	0	220.0	0	220.0
Psichiatria adolescenziale	877.2	0.0	0	877.2
Servizio tossicodipendenti e alcolisti	0	44.7	0	44.7
Disordini cronici affettivi	0	215.0	0	215.0
Psicoterapia	0	182.8	0	182.8
Servizi erogati dallo stesso servizio	494.9	4139.5	1016.7	5651.1
Psichiatria (*) Totale	1372.1	11207.9	6463.5	19043.5
Chirurgia odontostomatologica	21.3	240.9	21.9	284.1
Chirurgia odontoiatrica	72.7	220.8	20.1	313.6
Chirurgia odontoiatrica e odontostomatologica totale	94.0	461.7	42.0	597.7
Pronto soccorso totale	n/a	n/a	n/a	2318.4
Totale (escluso pronto soccorso)	9959.9	35307.6	31644.8	76912.3

(*) COSAs Costi per specialità relativa alla salute mentale sono ripartiti attraverso i prezzi dei contratti, il numero di giornate di degenza e le età dei pazienti per erogatori esterni al distretto.

Appendice 3a - Contratti con enti di erogazione per età e programmi 1991/1992
Newcastle Health Authority (Ripartizioni calcolate attraverso i dati di degenza)

AREA DI ATTIVITÀ	COSTI PER CATEGORIE DI ETÀ (L. 000)			
	0-15	16-64	65 +	Totale
Chirurgia generale e urologia	32.5	3521.2	5114.5	8668.2
Ortopedia elettiva	101.4	537.9	683.1	1322.4
Ortopedia emergenza	152.7	706.5	3008.5	3867.8
Otorinolaringoiatria	504.1	756.2	466.2	1726.5
Oftalmologia	81.4	301.7	951.9	1335.0
Neurochirurgia	14.5	511.5	239.7	765.7
Chirurgia plastica	251.3	737.4	516.1	1504.8
Chirurgia cardiotoracica	92.7	707.4	344.6	1144.7
Chirurgia pediatrica e neonatale	470.9	0.0	0.0	470.9
Chirurgia totale	1701.7	7779.8	11324.5	20806.0
Medicina generale	8.4	2435.0	7122.1	9565.5
Neurologia	0.8	256.2	143.9	400.9
Fisiatria e reumatologia	0.0	328.4	576.4	904.8
Cardiologia	107.6	503.5	670.1	1281.2
Dermatologia	35.3	294.6	472.0	801.9
Radioterapia	0.0	527.5	308.5	836.0
Medicina totale	152.1	4345.3	9292.9	13790.3
Pediatria totale	3584.4	0.0	0.0	3584.4
Geriatrica totale	0.0	194.9	10632.5	10827.4
Ostetricia	1986.1	3456.2	0.0	5532.3
Ginecologia	8.2	2315.9	404.2	2731.0
Ostetrica e ginecologia totale	1994.3	5862.1	404.2	8263.3
Psichiatria adulta	0	3145.5	0	3145.5
Psichiatria degli anziani	0	0.0	5063.7	5063.7
Riabilitazione/cure continue	0.0	4279.2	0.0	4279.2
Cure specialistiche	0	649.0	0	649.0
Psichiatria adolescenziale	57.4	0.0	0	57.4
Servizio tossicodipendenti e alcolisti	0	131.8	0	131.8
Disordini cronici affettivi	0	65.5	0	65.5
Psicoterapia	0	0.0	0	0.0
Servizi erogati dallo stesso servizio	494.9	4139.5	1016.7	5651.1
Psichiatria (*) totale	552.3	12410.6	6080.4	19043.3
Chirurgia odontostomatologica	17.9	242.9	22.7	283.5
Chirurgia odontoiatrica	72.7	220.8	20.1	313.6
Chirurgia odontoiatrica e odontostomatologica totale	90.6	463.7	42.8	597.1
Pronto soccorso totale	n/a	n/a	n/a	2318.4
Totale (escluso pronto soccorso)	8075.4	31056.4	37777.3	76911.8

(*) COSAs Costi per specialità relativa alla salute mentale sono ripartiti attraverso i prezzi dei contratti, il numero di giornate di degenza e le età dei pazienti per erogatori esterni al distretto.

agli stessi reparti viene anche chiesto quanto farebbero pagare in caso di aumento del numero di procedure.

Bisogno

Le informazioni sui bisogni sono necessarie per determinare il numero di pazienti che può beneficiare di simili interventi. I dati di incidenza e prevalenza per le patologie ortopediche sono estremamente limitati. Saranno raccolti dati di attività e sulle liste d'attesa, supportati da un'indagine sulle opinioni dei chirurghi ortopedici, dei medici di base e dei reumatologi sul livello di bisogno non soddisfatto e sulla severità della condizione dei pazienti attualmente non trattati.

Efficacia e costo-efficacia

Si sta facendo una rassegna della letteratura sull'efficacia e sul rapporto costo-efficacia degli interventi ortopedici d'elezione considerati, e si sta prendendo contatto con gli autori di studi in corso o appena completati.

È importante notare, in questo caso, che nessun dato potrà fornire una risposta certa ai quesiti aperti: talvolta la qualità è insoddisfacente, qualche volta il problema affrontato non è esattamente lo stesso, qualche volta entrambe le cose. Quindi, l'analisi farà un bilancio dell'informazioni disponibili, e sarà indicativa piuttosto che definitiva. Nell'analisi più dettagliata, i criteri definiti dai gruppi saranno usati per valutare i punti di forza e i punti di debolezza delle diverse ipotesi di cambiamento identificate attraverso la consultazione collettiva.

Discussione

I budget di programma stimati in precedenza rappresentano una delle diverse modalità possibili per valutare le attuali priorità di spesa. Il distretto di Hastings, per esempio, ha sperimentato un approccio che non prevede l'aggregazione delle speciali-

tà in ampie aree, utilizza sette fasce di età invece di tre, e divide ogni combinazione di specialità ed età in assistenza per acuti e assistenza territoriale (9). Il distretto di Liverpool, invece, ha prodotto budget di programma basati sulle patologie, stimando il budget per le malattie cardiache, per esempio, attraverso i consumi di risorse per trattamenti ospedalieri, servizi ambulatoriali, educazione sanitaria, servizi di medicina di base (10).

La definizione opportuna delle attività deve essere decisa da ciascun distretto in funzione della dimensione rilevante rispetto ai propri obiettivi generali. Dovrebbe anche rendere possibile la stima dei costi di ciascuna attività e il prodotto di ciascuna area dovrebbe essere abbastanza omogeneo da permettere idonei confronti tra sub-aree di attività. Le definizioni adottate a Newcastle rispettano questi criteri. I COSA riferiti alle specialità rappresentano l'unità di costo utilizzata per stipulare i contratti, quindi permettono di disporre di dati di costo approssimativi e di assumere le relative decisioni. La distribuzione per età riflette l'evoluzione della struttura manageriale del distretto che prevede dei team dedicati all'attività contrattuale con responsabilità relative ai programmi sanitari per i bambini, per gli adulti, per gli anziani. Budget riferiti alle patologie potrebbero essere predisposti più utilmente a livello di sub-aree di attività, come nel caso della chirurgia ortopedica d'elezione, allo scopo di supportare la MA.

La MA ha avuto un'enfasi minore di quanto avrebbe desiderato il gruppo che ha progettato l'iniziativa, sia per quanto riguarda i margini di miglioramento nelle aree considerate, sia per l'attenzione posta sull'uso di risorse aggiuntive invece che sulla riallocazione dei fondi disponibili o sulle modalità per affrontare eventuali tagli. Questo esito è decisamente preoccupante. Forse a Newcastle, dove si sta cercando il modo di misurarsi con ampie riduzioni dei finanziamenti previsti per gli anni a venire, una nuova tec-

nica per identificare le aree dove spendere denaro aggiuntivo può risultare del tutto inutile. Tuttavia, la lezione è chiara. Il metodo per rilevare i margini di cambiamento opportuni è ancora da sviluppare. La nostra esperienza dimostra che un esperimento attentamente organizzato, con un gruppo di persone attentamente selezionate, non fornisce molte informazioni utili rispetto alle esigenze del PB e della MA, perché prevalgono le esigenze dei membri del gruppo. Questo è specialmente vero nel caso degli erogatori di servizi per acuti. Rimane il sospetto che la forte predilezione del gruppo per le ipotesi d'anca e della rotula fosse stata dettata dalle attitudini dei chirurghi. Una soluzione potrebbe consistere nell'organizzare riunioni separate in cui siano rappresentati i diversi interessi del gruppo.

A posteriori sembra ovvio che un gruppo di erogatori e di consumatori di particolari servizi, nessuno dei quali venga posto di fronte alle conseguenze relative ai costi di tali servizi, sarebbe poco incline a raccomandare qualcosa di diverso dall'incremento delle prestazioni, escludendo dalla discussione ogni ipotesi di riduzione. È difficile indirizzare i processi decisionali dal punto di vista dell'istituzione che acquisti i servizi, mantenendo al contempo la credibilità dell'istituzione tra gli erogatori dei servizi.

Il gruppo, ha invece, fornito utili informazioni sulle possibili modalità per misurarsi con una riduzione del budget, considerando come il budget attuale può essere usato in modo più efficiente. Il loro scopo era quello di « spremere » ulteriormente le risorse disponibili. Tuttavia, i risparmi di spesa ottenuti in questo modo potrebbero derivare dal budget per l'ortopedia, che manterrebbe inalterato il livello di bisogno soddisfatto e non soddisfatto. Né si può contrastare il principio della priorità, che è al centro della funzione di acquisto dei servizi, semplicemente spostando l'attenzione su problemi operativi o sull'efficienza tecnica.

Un mezzo per assicurare che le esigenze dell'istituzione che acquista rimangono il punto di riferimento dell'analisi potrebbe consistere nel richiedere a gruppi di operatori del distretto di definire le liste di cambiamenti, in aumento e in diminuzione, modificandole poi attraverso una più ampia consultazione con gli erogatori e gli utenti dei servizi. Questo è l'approccio che sta adottando il distretto di Liverpool (11). In questo modo si costringono erogatori e utenti a confrontarsi con l'esigenza dell'istituzione che acquista di definire delle priorità, invece di ridurre quest'ultima a confrontarsi con la riluttanza dei primi a farsi carico di una responsabilità che è stata loro in passato. Ottenere una maggiore influenza nel processo di contrattazione rappresenta la grande sfida per i distretti che acquistano i servizi, una sfida che non sono ancora riusciti a vincere (11, 12). Questo articolo cerca di illustrare il potenziale ruolo del PB e della MS nell'aiutare i distretti a ottenere il risultato sperato.

(1) HUNTER D., *The Pain of Going Public*; The Health Service Journal, 29 August 1991, 20.

(2) MOONEY G.H., *Programme budgetting in an area health board*; Hospital and Health Services Review, November 1977, 379-384.

(3) GRAY A., STEELE R (1979), *Programme budgetting in the health sector*; OMEGA (The International Journal of Management Science, 7(5):451-458.

(4) STEELE R., GRAY A.M. (1980), *Beyond the programme budget: economics and resource planning in the NHS*; Hospital and Health Services Review, March 1980, 96-101.

(5) DONALDSON C., MOONEY G. (1991), *Needs Assessment, priority setting and contracts for health care: an economic view*; British Medical Journal, 303:1529-30.

(6) DONALDSON C., FARRAR S. (1991), *Needs Assessment: developing an economic approach*; HERU discussion paper 12/91, University of Aberdeen.

(7) DEPARTMENT OF HEALTH (1989), *Working for Patients*; Cm. 555, HMSO, London.

(8) CULYER A.J. (1980), *The Political Economy of Social Policy*; Oxford: Martin Robertson.

(9) BRAMBLEBY P., Consultant in Public Health in Hastings Health Authority, personal communication.

(10) MOONEY G.H., MADDEN L., HUSSEY R. (1993), *Priority setting in purchasing: Public health and economics in tandem*; Paper presented at joint meeting of the Health Economists' Study Group and the Faculty of Public Health Medicine, University of York, January 1993.

(11) KLEIN R., REDMAYNE S. (1992), *Patterns of Priorities: A study of the purchasing and rationing policies of health authorities*; Centre for the Analysis of Social Policy, University of Bath.

(12) POLLOCK A. (1992), *Split Decision*; Health Service Journal, 8 October 1992, 25-27.

Documenti e commenti

Sezione 2^a

IL PASSAGGIO DALLA CONTABILITÀ FINANZIARIA ALLA CONTABILITÀ ECONOMICA

di Antonello Zangrandi

Università L. Bocconi - SDA - Cergas - Milano

SOMMARIO: Introduzione - Impostazione generale - Le finalità informative della contabilità economica - Come realizzare il sistema di contabilità economica - Le esigenze di riclassificazione finanziaria - Il sistema dell'autorizzazione - Il piano dei conti - Alcuni aspetti particolari.

Introduzione

Pare importante subito sottolineare come la proposta sia di un profondo cambiamento nella contabilità delle U.s.l. e delle aziende ospedaliere. È questo un cambiamento che appare del tutto coerente con il sistema delle responsabilità che si ricostruisce all'interno del decreto n. 502/92. Il direttore generale è chiamato a rispondere dell'equilibrio finanziario complessivo e non già dei singoli atti di gestione: è il pareggio economico l'obiettivo da perseguire. Proprio per questo motivo il sistema di contabilità proposto si pone l'obiettivo di misurare il risultato economico in modo corretto.

Certo, ad alcuni il cambiamento può apparire molto forte e inopportuno, per altri adeguato ma troppo rapido. Non c'è dubbio che tale passaggio, da un sistema di contabilità finanziaria autorizzativa ad un sistema di contabilità economica non autorizzativa, è una significativa innovazione che rispecchia la necessità di cambiamento della gestione nella sanità pubblica. Il decreto legislativo ipotizza che attraverso una diversa responsabilizzazione è possibile imprimere una reale svolta nel controllo della spesa da un lato e nella qualità dall'altro e coerentemente a questa impostazione prevede strumenti idonei a rilevare i risultati conseguiti.

Non è certo il sistema di contabilità economica che potrà modificare la responsabilizzazione sul piano, ma è uno strumento che è fortemente coerente con il nuovo sistema di responsabilizzazione economica. Insomma il nuovo sistema di responsabilizzazione economica abbisogna di strumenti coerenti, che sappiano evidenziare i risultati conseguiti: il sistema di contabilità generale, accompagnato da un sistema di contabilità analitica va in questa direzione. È chiaro che se la responsabilità sarà innanzi tutto sulla norma, sul rispetto dello stanziamento allora sarà inutile la contabilità economica e la contabilità autorizzativa, la gestione dei residui e così via continueranno ad essere gli strumenti contabili corretti.

Per quanto riguarda la rapidità nell'introduzione del sistema di contabilità economica sembra necessario seguire l'esperienza passata delle ex aziende municipalizzate.

In quel caso per un certo periodo la contabilità finanziaria ha accompagnato la contabilità economica per poi scomparire. Lo stesso art. 5 del decreto n. 502 prevede un periodo di un anno che forse può essere troppo breve, questo in realtà dipenderà dalle singole U.s.l. e dalle aziende ospedale, dalla loro capacità di mettere in atto un sistema valido di contabilità economica. Si potrebbe leggere la norma contenuta nell'art. 5 come il tentativo di garantire continuità, evitando il rischio di un vuoto di rilevazioni contabili. Da qui si può ipotizzare che l'abbandono del sistema di contabilità finanziaria potrà avvenire solo un anno dopo la corretta tenuta del sistema di contabilità generale.

Le Regioni poi avranno grande responsabilità nel rendere effettivo il processo di responsabilizzazione, favorendo così un sicuro e rapido passaggio al sistema di contabilità economica.

IL SISTEMA DI CONTABILITÀ ECONOMICA

Documento di lavoro predisposto dalla regione Emilia-Romagna, Assessorato alla sanità, da un gruppo di lavoro composto da funzionari regionali, dirigenti di servizi di U.s.l., Profingest e Cergas, Università L. Bocconi, ai fini di quanto previsto dall'art. 5 del D.L. 502/92

Impostazione generale

L'art. 5 del decreto legislativo n. 502/92 evidenzia in modo chiaro il passaggio per le aziende (Unità sanitarie locali e ospedali) ad un sistema di contabilità economica. Tale sistema si caratterizza per la rilevazione di valori economici relativi ai costi e ai ricavi (o proventi) e non già entrate e spese.

Questa scelta compiuta dal legislatore è di grande portata in quanto modifica sostanzialmente il sistema in essere e riconosce queste aziende responsabilizzabili secondo un criterio di risultato economico della gestione e non già di equilibrio finanziario dei valori di competenza.

Si determina un principio di fondo: per il governo di queste aziende è necessario basare il sistema informativo contabile sull'equilibrio economico e perciò è necessario rilevare costi e oneri, proventi e ricavi.

Questa nuova esigenza codificata dal legislatore implica diversi e innovativi schemi di riferimento nel sistema di rilevazione.

Occorre passare da un sistema di contabilità finanziaria ad un sistema di contabilità economica.

Le finalità informative della contabilità economica

La contabilità economica ha lo scopo di addivenire a sintesi di esercizio che comprendono un conto economico e la evidenziazione di uno stato patrimoniale.

Il conto economico mette in evidenza i costi, gli oneri, i ricavi e i proventi legati alla gestione del periodo considerato; il costo, l'onere fanno riferimento a valori di competenza economica, cioè a valori che dicono dell'utilizzazione di fattori produttivi; il ricavo e il provento dicono dei servizi resi nel periodo correlati ai costi di produzione e i proventi fanno riferimenti relativi alla competenza.

Si viene cioè a mostrare una situazione che permette di comprendere la correlazione tra costi e oneri, ricavi (servizi erogati a tariffa) e proventi.

Da questa correlazione si mette in luce la perdita, il pareggio o l'utile che rappresentano risultati di sintesi della gestione.

Lo stato patrimoniale mette in evidenza attività, passività e capitale netto. Le attività. Questi dati mettono in mostra le varie strutture del capitale di funzionamento secondo le varie componenti: liquidità e passività correnti, immobilizzazioni e indebitamento a lungo termine, capitale proprio.

In termini generali questi documenti permettono di mettere in luce aspetti importanti della gestione di una azienda U.s.l.: infatti permettono di determinare (in via preventiva e consultiva) le conseguenze economiche delle scelte, del livello di erogazione dei servizi, mettendo bene in luce sia le conseguenze sull'equilibrio economico sia sulla struttura delle fonti finanziarie.

Tutti questi elementi identificano un elemento caratterizzante del sistema di contabilità economica: la sua rilevanza in termine di comprensione dei fenomeni economici reali all'interno della U.s.l. o dell'ospedale azienda.

Come realizzare il sistema di contabilità economica

L'art. 5 del decreto legislativo evidenzia un sistema paragonabile a quello delle aziende municipalizzate e al regolamento da queste aziende adottato. Si tratta perciò di un sistema ormai sperimentato anche nel pubblico e che quindi garantisce un avviamento che potrà essere proficuamente utilizzato nella sanità pubblica.

Le esigenze di riclassificazione finanziaria

L'art. 5 del decreto legislativo prevede la riclassificazione finanziaria dei dati di contabilità economica ai fini di compatibilità con il sistema di contabilità nazionale e per il controllo dei flussi di cassa.

Qui può essere necessario ipotizzare più strade: la prima, che appare la più proficua e meno costosa, vede una riclassificazione finanziaria solo per la cassa (così come sembrerebbe ipotizzare lo stesso art. 5 e confermato dai riferimenti normativi) oppure una riclassificazione finanziaria anche per la competenza. In questo caso sarebbe necessario disporre di un sistema di conti d'ordine all'interno della contabilità economica che permetta questo passaggio.

Il sistema dell'autorizzazione

Il sistema di contabilità economica non prevede un sistema autorizzativo proprio perché la rilevanza è tutta centrata sul risultato economico della gestione e non sull'autorizzazione della singola spesa.

Il sistema di contabilità economica comporta perciò questa forte innovazione sia sugli aspetti di rilevazione, ma anche sulla gestione delle spese e delle entrate.

Alcuni principi di fondo su cui sviluppare il sistema potrebbero perciò essere i seguenti:

1. - *La contabilità autorizzativa.* Il sistema di controllo economico è collegato ad un preventivo economico che potrà variare durante l'anno a seconda degli eventi che si verranno a realizzare e alle politiche che si vorranno perseguire. Così ad un cambiamento delle politiche di trasferimento dovrà corrispondere un nuovo preventivo con un nuovo punto di equilibrio tra costi e oneri da un lato e proventi e ricavi dall'altro. Il preventivo dovrà essere adeguatamente illustrato al fine di comprendere le manovre che si intendono realizzare e le connesse conseguenze sui costi.

Non sarà però necessaria una gestione per atti specifici autorizzativi della spesa. La spesa sarà collegata alle specifiche responsabilità del direttore generale che sarà chiamato di fatto a rispondere dei risultati raggiunti, delle spese effettuate. Il sistema di controllo sarà complessivo sulla gestione e la capacità di valutare l'andamento della gestione sarà elemento critico del Direttore generale che all'uopo ricercherà le modalità più opportune per realizzare un reale equilibrio della gestione tra costi e ricavi.

Si possono ipotizzare molteplici strumenti per realizzare questo controllo: dalla richiesta preventiva di un parere di compatibilità reso dal responsabile del servizio finanziario della Unità sanitaria locale a strumenti di evidenza contabile tout court.

2. - *Il sistema di rilevazione.* Il sistema di contabilità vede mutare completamente le modalità operative. Si tratta di rilevare costi e oneri, ricavi-proventi attraverso la partita doppia ed effettuare le scritture di rettifica e integrazione alla fine dell'esercizio. Si tratta inoltre di ipotizzare un sistema che permetta altresì la configurazione di risultati particolari sia trimestrali (per la classificazione richiesta dalla stessa legge delegata) sia per specifici oggetti (gli ospedali o altri presidi di particolare rilevanza).

Per quanto riguarda alcuni principi di riferimento sembra naturale appoggiarsi alle indicazioni della IV direttiva accolte dall'ordinamento italiano.

Oltre ai principi contenuti nella IV direttiva è altresì opportuno fare riferimento ai principi contenuti nei decreti ministeriali 4 febbraio 1980 e 17 ottobre 1980 in esecuzione della legge n. 468/78.

Le finalità di questi principi di riferimento sono quelle di stabilire le modalità di contabilizzazione delle operazioni, i criteri di valutazione e quelli di rappresentazione dei valori di bilancio.

Il documento di sintesi degli eventi di gestione rilevati tramite la partita doppia sarà il bilancio di esercizio composto da uno Stato Patrimoniale e da un Conto Economico ed eventualmente integrati da altri prospetti e relazioni.

Per quanto riguarda le modalità di contabilizzazione si deve in primo luogo evidenziare la necessità del rispetto del principio di competenza economica che nella contabilità finanziaria viene sacrificato alla considerazione della competenza finanziaria (si considera le spese e non i costi, le entrate e non i ricavi). La IV direttiva dispone infatti che si debba tener conto dei proventi e degli oneri così come dei rischi e delle perdite di competenza dell'esercizio anche se conosciuti dopo la chiusura di questo.

Dovranno altresì essere introdotti dei criteri di valutazione relativi ai crediti, ai debiti, alle rimanenze, alle immobilizzazioni, ai fondi spese future, secondo le modalità previste dalle norme richiamate.

3. - *La riclassificazione finanziaria dei dati.* La riclassificazione si rende indispensabile dal collegamento con il sistema pubblico che opera con regole finanziarie. È necessario riflettere su tutti gli aspetti connessi alla possibilità di una riclassificazione finanziaria. L'art. 5, comma 4, lettera C), del decreto legislativo dispone la riclassificazione del bilancio preventivo

redatto in termini economici in un bilancio ad entrate e spese secondo i principi di contabilità pubblica.

Riclassificazione del conto economico e dello stato patrimoniale con gli stessi criteri, è inoltre prevista dalla lettera H) dello stesso comma per il rendiconto trimestrale, che dovrà contenere, oltre alle previsioni, lo stato dei debiti e dei crediti, le riscossioni ed i pagamenti effettuati ed il fondo di cassa.

La normativa sembra voler ottenere l'esposizione, ai sensi degli artt. 24 e 36 della legge n. 468/78, della spesa riclassificata in categorie economiche e dell'entrata in relazione alla provenienza della stessa, al fine di assumere informazioni su schermi uniformi per consentire il consolidamento delle operazioni interessanti il settore pubblico.

Per tale riclassificazione la norma non richiede una modifica dei valori già rilevati in termini economici, ma solo una loro riaggregazione ottenibile con una specifica codifica dei conti e sottoconti, nonché dei pagamenti e delle riscossioni.

Per la riclassificazione sembra necessaria:

— un preventivo economico completo in tutti i suoi componenti: il conto economico, lo stato patrimoniale, perciò comprensivo del programma degli investimenti, chiaramente collegato al bilancio pluriennale ed al documento di piano;

— la previsione dei flussi integrati di cassa, atta a consentire l'analisi di alcuni dati (indebitamento) ed a verificare le condizioni di liquidità.

La riclassificazione dei dati contenuti nel conto economico e nello stato patrimoniale, prevista dal decreto legislativo per consentire il consolidamento dei conti pubblici si può ottenere:

Nel bilancio economico preventivo

a) con la riclassificazione dei ricavi e proventi del conto economico in:

- 1) vendita di beni e servizi;
- 2) redditi e proventi patrimoniali;
- 3) trasferimenti correnti;
- 4) altri ricavi e proventi;

b) con la riclassificazione di costi e oneri del conto economico in:

- 1) personale;
- 2) acquisto di beni e servizi;
- 3) trasferimenti correnti;
- 4) altri costi e oneri.

Peraltro le voci dovranno essere ulteriormente suddivise secondo la provenienza o destinazione (Stato, Regioni, Province, Comuni, altri Enti del settore pubblico allargato e altri).

Nei rendiconti trimestrali

riaggregando i movimenti della contabilità economica (eventualmente con specifica codifica nella prima nota) sulla base dello schema di cui sopra e inoltre:

a) i movimenti dei conti riguardanti i debiti ed i crediti in:

- debiti e crediti sorti nell'esercizio;
- debiti e crediti degli esercizi precedenti;
- b) classificando le riscossioni ed i pagamenti (con codifica specifica dei mandati e delle reversali) in:
 - riscossioni e pagamenti per entrate e spese dell'esercizio in corso;

— riscossioni e pagamenti per entrate e spese degli esercizi precedenti.

4. - *L'equilibrio economico e l'equilibrio finanziario della gestione caratteristica.* È necessario altresì individuare chiaramente i rapporti tra equilibrio economico ed equilibrio finanziario al fine di permettere una corretta gestione dei trasferimenti finanziari tra Stato e Regione e azienda sanitaria (U.s.l. o Ospedaliera). Questo sarà necessario per meglio comprendere le modalità di determinazione dei trasferimenti alle aziende e per poter disporre di valutazioni sia sull'equilibrio finanziario sia sull'equilibrio economico.

Peraltro è necessario chiarire i criteri di valutazione del patrimonio non direttamente collegato all'erogazione di servizi sanitari per valutarlo all'interno del bilancio pubblico.

Il piano dei conti

Il primo obiettivo che si vuole raggiungere è un piano dei conti tale da permettere una seria valutazione della struttura dello stato patrimoniale e dei costi-ricavi dell'azienda U.s.l.

Il piano dei conti proposto (1) va in questa direzione, prendendo come base di partenza la IV direttiva C.E. e l'attuale piano dei capitoli del sistema di bilancio finanziario.

Il piano dei conti proposto deve essere valutato anche in base alle esigenze informative tra i vari livelli di Governo. Tali esigenze peraltro assumono caratteristiche sempre variabili in relazione ai principali obiettivi che si vogliono perseguire e alle caratteristiche del sistema di finanziamento. Pare opportuno che alcune di queste finalità informative, almeno quelle più variabili nel tempo, siano soddisfatte attraverso rilevazioni extracontabili.

Un criterio ispiratore della proposta è il tentativo di semplificazione dei conti e diminuzione del loro numero. Si tratta in particolare di un piano dei conti « aperto » e le indicazioni fornite devono essere intese come minime. Ogni singola Unità sanitaria locale cioè, nel recepire la presente struttura generale, può integrarla aggiungendo tutti i conti che ritiene opportuni per meglio gestire la praticità delle operazioni, purché i nuovi conti confluiscono in quelli individuati. È opportuno, infatti, mantenere uno schema omogeneo (e quindi confrontabile) per i bilanci delle Unità sanitarie locali oggetto di discussione, approvazione, pubblicazione, mentre i singoli piani dei conti possono anche differire. La Regione dovrà richiedere che tale inserimento di nuovi conti non precluda la comparabilità dei bilanci.

La proposta è strutturata su tre livelli: i titoli (lettera e numeri romani), i capoconti (numeri arabi), i sottoconti (doppi numeri arabi).

Nel merito dello schema proposto si richiama la sostanziale concordanza con il citato prospetto ministeriale e quindi con l'impostazione ex IV direttiva C.E. L'attivo ed il passivo mantengono la tradizionale forma a sezioni contrapposte evidenziando però il patrimonio netto.

Il conto economico assume invece la forma scalare contrapponendo il « valore dei servizi erogati » ai loro costi, con separate evidenziazioni per la gestione ordinaria e la gestione c.d. straordinaria. Indubbiamente, per alcune di queste

poste di bilancio si porranno dei problemi perché la loro determinazione prevede anche una preventiva ridefinizione delle relative procedure (esempio tipico la gestione delle casse interne). Alcune poste, inoltre, sono caratteristiche della contabilità economica (costi capitalizzati per le produzioni interne, ratei e risconti, ammortamenti) ed il loro corretto utilizzo prevede, pertanto, il pieno possesso delle tecniche contabili privatistiche. Si segnala, inoltre, la presenza dei « ricavi per servizi con tickets », posta appositamente inserita per segnalare compiutamente il conseguimento di questa tipologia di ricavi diretti.

Alcuni aspetti particolari

Si vuole segnalare l'importanza del fatto che il nuovo sistema contabile possa « dialogare » il più possibile con le attuali procedure di contabilità analitica. La decisione di costruire un sistema unico integrato per le tre contabilità (finanziaria, anche se solo per il 1994, economica ed analitica) dovrebbe, invece, slittare al termine del periodo di prova previsto per legge, onde evitare gigantismi in una fase necessariamente di transizione. Su diverse voci (esempio rimanenze finali, ammortamenti) in ogni caso il raccordo con la contabilità dei costi dovrà essere stretto soprattutto per quanto riguarda le valutazioni.

Un'annotazione problematica è relativa all'assoluta assenza nel D.L. 502/92 di tutto ciò che concerne tempo, modi e gli stessi organi che discutono ed approvano il bilancio consuntivo. Essendo questo adempimento, anche nelle sue modalità formali, il momento terminale e rilevante di tutto il processo contabile, la Regione, nell'emanare le norme di sua competenza, dovrà regolamentare questi elementi in maniera dettagliata. In questo stesso senso andrebbe definito il contenuto minimo della relazione accompagnatoria al bilancio per quanto riguarda le « note al bilancio » sulla falsariga del nuovo art. 2427 codice civile.

Un ultimo richiamo infine sul fatto che l'applicazione di un sistema di contabilità economica deve necessariamente partire da una valorizzazione del patrimonio della U.s.l. ed in generale dalla predisposizione di una situazione patrimoniale iniziale attendibile ed analitica.

Come suggerito nella nota h), il fondo di dotazione può essere costituito dall'avanzo patrimoniale iniziale derivante dalla valorizzazione dei beni già disponibili dall'U.s.l. e da quelli in via di conferimento ex art. 5 c. 1 e 2, oltreché dai crediti e debiti. Senza tale determinazione di partenza la contabilità economica rischia di trasformarsi in una specie di esercitazione contabile che non fornisce il più importante dei propri risultati: la variazione che il capitale netto subisce per effetto della gestione.

La Regione dovrà impegnarsi fortemente nella realizzazione di una serie di « principi contabili » che permettano alle U.s.l./aziende di disporre di un chiaro punto di riferimento sui criteri da utilizzare nelle concrete scelte contabili.

(1) Cfr. in questo fascicolo, pag. 138.

PROCEDURE DI GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE PER LA SANITÀ

IL CASO DELLA REGIONE VENETO

di Paolo Artico - Fabrizio Garbin - Roberto Toniolo

Regione Veneto - Dipartimento per la gestione della spesa sanitaria - Venezia

SOMMARIO: Introduzione - Procedure di riparto del Fondo sanitario veneto - Riclassificazione delle spese del bilancio preventivo.

Nel presentare la documentazione illustrativa di due iniziative regionali, concernenti rispettivamente:

— la ripartizione del Fondo sanitario regionale di parte corrente tra le Unità locali socio sanitarie del Veneto,

— lo schema di riclassificazione delle spese del bilancio preventivo delle Unità locali socio sanitarie del Veneto, appare opportuno fornire alcuni elementi informativi sul quadro di riferimento nel cui contesto sono maturate le scelte regionali.

Nei trascorsi 14 anni dall'avvio della riforma sanitaria, disposta con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, si è assistito ad un continuo dibattito sulla concezione del sistema sanitario, che ha interessato l'aspetto dei comportamenti effettivi piuttosto che la natura del sistema stesso.

Infatti se, da una parte, tutti hanno convenuto che si tratta di un sistema basato su un insieme di aziende sanitarie con specifica ed elevata autonomia gestionale, dall'altra, i comportamenti sono quasi sempre stati orientati ad una conduzione dirigistica del sistema, quasi che lo stesso fosse un unico insieme rigidamente integrato.

Da ciò scaturisce una linea di governo del sistema sanitario imposta-

ta secondo una rigida burocratizzazione con un pesante controllo sui singoli atti e comportamenti. Ciò si è realizzato con l'imposizione di autorizzazioni e vincoli preventivi, quali ad esempio il blocco delle assunzioni con le autorizzazioni preventive sulle piante organiche, vincoli posti in modo gerarchico, all'autonomia organizzativa ed alle modalità di svolgimento delle attività.

Anche i meccanismi di finanziamento hanno fatto riferimento alla preventiva determinazione delle risorse strettamente connesse alla copertura degli oneri per l'acquisizione dei fattori produttivi, in stretta correlazione con le dotazioni, l'organizzazione e le strutture determinate con riferimento alla programmazione regionale.

In sintesi, è stato sì attivato, nei fatti, un modello unitario di una organizzazione articolata ma caratterizzandolo in senso gerarchico. Infatti, le aziende sanitarie, vere depositarie delle scelte gestionali, non hanno potuto affrontare efficacemente cambiamenti ed adattamenti esogenamente imposti, in quanto, nel contesto organizzativo sopra delineato, la risposta endogena ha comportato un quasi totale irrigidimento e rallentamento del processo di scelta con crescente ac-

centuarsi della conflittualità con l'ente sovraordinato e l'instaurarsi, ove possibile, di comportamenti reali difforni alle pseudo scelte centralistiche.

In antitesi a tali comportamenti, si è via via affermato, anche sotto l'evidente inefficacia del suindicato *modus operandi*, un diverso concetto di governo del sistema sanitario.

È emerso, seppure osteggiato e spesso con momenti di ripensamento, il concetto, pure espresso dalla legge di riforma sanitaria, di un governo del sistema attento ai risultati e volto, quindi, a definire soltanto i meccanismi e le « regole del gioco » quali elementi istituzionali necessari e sufficienti a disegnare l'ambiente in cui devono operare le aziende sanitarie. Si tratta di regole e meccanismi atti a stimolare, innalzando, il grado di razionalità e governabilità, nonché a sostenere i necessari cambiamenti di adeguamento in risposta all'evoluzione sanitaria stessa.

Si è trattato di sviluppare, anche mediante sperimentazioni e quindi aggiustamenti e, perché no, fallimenti, due precisi filoni di intervento che mirassero, da un lato, a stabilire le regole e gli strumenti che disciplinano i rapporti interaziendali, intendendo sia quelli tra le stesse aziende sa-

nitare e che quelli con la Regione, e, dall'altro, le regole e gli strumenti che disciplinano i rapporti intraziendali.

Riguardo ai rapporti interaziendali, specifica attenzione è stata riservata ai meccanismi di finanziamento delle aziende sanitarie.

La scelta regionale parte dalla volontà di promuovere un ambiente orientato alle logiche di mercato introducendo meccanismi che consentano il controllo dell'espansione della domanda sanitaria indotta.

L'allocazione delle risorse avviene per ambiti territoriali coincidenti con quelli che dovrebbero essere i bacini d'utenza naturali di ciascuna azienda sanitaria. L'ammontare delle risorse viene definito sulla base dei residenti tenendo conto della struttura per età e del modello eziologico specifici di ogni area, in modo da preconstituire « il mercato di riferimento » per tutte le aziende.

Il meccanismo poi prevede la compensazione della mobilità dei cittadini per prestazioni acquisite in ambiti territoriali diversi dal proprio.

Viene pertanto attivato il principio della « fatturazione » tra U.s.l. che dovrebbe portare, da una parte, al riconoscimento dell'effettiva produttività di ciascuna struttura e dall'altra, all'evidenziazione di disconomie in presenza di strutture mantenute comunque in essere e la contestuale spesa per le attività/prestazioni che queste avrebbero dovuto produrre ma che sono state invece effettuate presso altre U.s.l.

Tale meccanismo di fatto introduce il concetto di un finanziamento in base alle prestazioni effettuate con una situazione di indeterminatezza per quanto riguarda i livelli di spesa. Viene in tal modo superato il meccanismo di allocazione che poggiava sulla consolidata certezza delle disponibilità finanziarie, anche se sottoquantificata.

Si passa da una situazione in cui

i meccanismi di incentivo erano legati solamente ai risparmi ottenuti (e in presenza di sottoquantificazione il tutto si è tradotto in minori ripiani) ad una situazione in cui le aziende sono stimolate ad acquisire sempre maggiori quote della domanda finanziando così con i relativi proventi iniziative autonome.

Mentre gli avanzi possono tradursi in investimenti o anche in accantonamenti per fronteggiare eventuali oscillazioni della domanda in periodi pluriennali, i disequilibri vengono fisiologicamente fatti rientrare come vincolo prioritario dei risultati da conseguire negli esercizi successivi.

Per inciso, la situazione appena prospettata è radicalmente diversa dall'attuale realtà. Infatti, pur considerando la precaria congiuntura che ha visto le risorse per investimenti praticamente azzerarsi, le aziende sanitarie pubbliche non possono operare a pari condizioni con le strutture private. Infatti il privato convenzionato finanziato prevalentemente dal servizio pubblico (con risorse correnti), nell'impiego dei suoi introiti sceglie in piena autonomia se distribuire il proprio utile od effettuare investimenti ovvero migliorare la propria organizzazione.

Corrispondentemente anche le entrate delle aziende pubbliche per corrispettivi resi dovrebbero essere autonomamente destinate al finanziamento dei vari fattori produttivi, compresi ovviamente anche gli investimenti per le attrezzature. Mentre le risorse del fondo sanitario in conto capitale alla pari del capitale iniziale di dotazione aziendale dovrebbe essere riservato ad interventi di notevole impegno.

Opportunamente l'art. 5 del decreto legislativo n. 502 introduce la contabilità generale per le aziende sanitarie, con la costituzione dei fondi di ammortamento e la possibilità di indebitamento per investimenti anche se deve rilevarsi la persistenza di ir-

razionali vincoli e limiti agli autoinvestimenti.

In ordine al secondo settore di sviluppo delle iniziative regionali relativo ai rapporti intraziendali particolare attenzione è stata posta al problema della composizione dei conflitti che sorgono tra i vari servizi che cercano di ottenere la maggior quantità di risorse per implementare la propria attività (conflitti tra le attività di prevenzione, di cura e di riabilitazione e conflitti all'interno delle sotto organizzazioni delle strutture, quali ad esempio tra i vari reparti del presidio ospedaliero) e che si sono tradotti in una esplosione della spesa, data la mancanza di vincoli finanziari.

Nei rapporti interaziendali particolare attenzione è stata posta per cautelarsi dal noto fenomeno dell'aumento incontrollato della domanda sanitaria indotta da un potenziamento dell'offerta, cercando di attivare comportamenti orientati a scelte di allocazione delle risorse volti alla soddisfazione dei bisogni e della domanda sanitaria effettiva.

Nello specifico ambito delle strategie delineate, sono stati perseguiti specifici ordini di sviluppo delle scelte regionali.

Nel primo settore d'intervento si è cercato di costruire un modello di riferimento, atto a rendere concreto il concetto di aziendalizzazione, con riguardo ai meccanismi che regolano l'organizzazione interna dell'azienda sanitaria, attraverso una esplicita contrapposizione d'interessi che funge da meccanismo di controllo interno di mediazione delle spinte all'indiscriminato sviluppo, nonché di coinvolgimento delle strutture operative per scelte più razionali.

Sono stati quindi proposti opportuni strumenti e procedure standardizzati propri dell'azienda per il controllo di gestione quali: la contabilità dei costi, la contabilità di magazzino, la procedura inventari e l'avvio del sistema di budgetting. In merito,

è stata predisposta una direttiva regionale che ne individua l'organizzazione, le procedure e la tempistica, con la contestuale produzione di uno schema di riferimento da trasformare in manuale non appena saranno realizzate le prime sperimentazioni.

Peraltro, quale strumento propeudeutico al budget, è stata posta particolare attenzione al bilancio preventivo delle aziende sanitarie al fine di fargli assumere i requisiti di strumento decisionale per meglio definire l'impiego delle risorse che il tradizionale approccio, basato sul controllo degli atti e sulla preventiva autorizzazione delle spese, aveva via via attenuato sino quasi ad annullarlo.

È stata introdotta pertanto una riclassificazione delle spese del bilancio preventivo, individuando significativi aggregati di fattori produttivi

per le più rilevanti strutture dell'organizzazione dell'azienda sanitaria.

In tale riclassificazione non compare direttamente l'informazione sull'impiego delle risorse per progetto, la realizzazione del quale investe spesso trasversalmente più strutture operative. Tale informazione può essere sempre ricostruita mediante riaccorpamenti extrabilancio.

Inoltre, a fianco delle informazioni sulle risorse finanziarie per ciascuna struttura, il bilancio riclassificato indica anche i corrispondenti dati fisici di dotazione di operatori e i dati di attività in modo da poter collegare il consumo delle risorse ai risultati.

I meccanismi fino ad oggi messi a punto per superare il solito vincolo dirigitico centrale, assumono varie forme contrattuali tra cui l'« inclusi-

ve service », i contratti di appalto di servizi all'esterno, i contratti di noleggio e di leasing operativo.

In conclusione, la scelta di impostare il governo del sistema considerando le aziende sanitarie titolari della piena autonomia gestionale, porta necessariamente ad un ripensamento del modello di pianificazione e programmazione sino ad ora adottato dalla Regione, basato su una pianificazione dirigitica che individua in dettaglio la struttura organizzativa dell'azienda sanitaria.

L'autonomia gestionale si deve tradurre nell'effettiva possibilità di realizzare scelte organizzative da parte delle aziende sanitarie, con piena potestà di proporre la riorganizzazione delle proprie strutture e dei servizi, anche in deroga alla normativa di programmazione regionale.

PROCEDURE DI RIPARTO DEL FONDO SANITARIO VENETO

2.1. - I termini della questione

Il problema della ripartizione del fondo sanitario fra le Unità locali in cui si struttura l'intervento pubblico in sanità, assume notevole rilevanza proprio in relazione alle implicazioni sulle condizioni umane, materiali e finanziarie, che determinano il carattere del servizio pubblico per la soddisfazione del bisogno sanitario della collettività.

Infatti, è dal modo in cui si affronta il problema del riparto che scaturisce l'effettiva allocazione delle risorse sanitarie fra le varie realtà locali sub-regionali che, a sua volta, si riflette sul piano dell'equità distributiva e su quello dell'efficienza di tutto il Servizio sanitario nazionale.

Sotto il profilo teorico generale, la comprensione del problema in questione si rifà ad alcune categorie logiche sviluppate dalle discipline della finanza e dell'economia pubblica, mentre, dal lato pratico e nello specifico del comparto sanitario, diverse sono state le proposte e le esperienze di applicazione di vari criteri di assegnazione dei trasferimenti dal livello di governo centrale a quello regionale e quindi locale.

Sul piano dei principi la 833 all'art. 51 prevede che il Fondo sanitario nazionale venga ripartito tra le Regioni sulla base di indici e standard definiti per garantire livelli di prestazioni sanitarie uniformi su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le Regioni. A loro volta le Regioni sulla base di parametri numerici, intesi ad unificare il livello delle prestazioni sanitarie, provvedono a ripartire tra le Unità sanitarie locali la quota loro assegnata per il finanziamento delle spese correnti. Tali parametri devono altresì garantire gradualmente livelli di prestazioni uniformi nell'intero territorio regionale.

Ciò posto, la metodologia di riparto dovrebbe teoricamente scaturire dal processo di massimizzazione della più generale funzione del benessere sociale della collettività di riferimento. In tal senso, la prassi seguita in attuazione delle precedenti disposizioni fa proprie alcune ipotesi sulle caratteristiche analitiche della forma funzionale atta a rappresentare il benessere collettivo; ipotesi che, sotto il profilo dell'analisi economica, legittimano il ricorso ad un processo di massimizzazione su più stadi le cui dinamiche possono essere determinate, per ogni stadio, da distinti e istituzionalmente autonomi organi decisori.

Invero, al primo stadio, l'amministrazione statale si pone, da un lato l'obiettivo di determinare annualmente con legge finanziaria o direttamente con legge di bilancio la quota delle risorse statali da assegnare al comparto sanitario, dall'altro a norma dell'art. 51, comma 2, della legge n. 833/1978 e ai fini di una loro ripartizione territoriale che sia ad un tempo rispettosa delle condizioni di efficienza paretiana e coerente con le più generali finalità redistributive dello stato sociale, si pone l'obiettivo di deliberare la definizione dei più opportuni criteri da utilizzare per la ripartizione regionale del F.s.n.

Il secondo livello coinvolge direttamente l'amministrazione regionale che deve tendere a massimizzare i risultati sanitari nell'ambito del territorio di sua competenza sotto il vincolo delle risorse finanziarie assegnate dallo Stato. In questo stadio l'organo decisorio opererà secondo una propria funzione del benessere, quella della specifica comunità regionale, per questo e qualora quella collettività lo ritenga economicamente e socialmente opportuno, il limite dell'assegnazione statale potrà essere superato con un'integrazione finanziaria a carico del bilancio regionale il che significa, per tale organo, intervenire sulle leve della sua autonoma capacità impositiva e/o della rimodulazione temporale e settoriale delle spese a norma di quanto previsto dall'art. 4, comma 5, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, che non esclude, tra l'altro, misure operanti direttamente sulle quote di partecipazione dei cittadini al costo dei servizi o sull'eliminazione temporanea di alcune tipologie di prestazioni erogate a carico del Servizio sanitario nazionale.

Sul piano operativo, data la totale incapacità a rappresentare analiticamente la funzione del benessere sociale, i criteri di « second best » che sono stati proposti sogliono interpretarsi quali meccanismi adatti ad approssimare il punto ottimale per la collettività, anche se tale interpretazione pretende un atto di fede sulla piena congruenza di quei criteri alla soluzione cercata.

Dalla sintesi delle riflessioni teoriche e delle sperimentazioni, discendono due tipologie di criteri definibili: la prima *redistributiva* e la seconda *produttivistica* o delle *dotazioni iniziali*. Per meglio comprendere il significato di queste due classi riportiamo i contenuti essenziali delle logiche che informano i singoli criteri a cui facciamo riferimento e che possono farsi rientrare nell'una o nell'altra tipologia.

Iniziamo con il semplice *riparto pro-capite* che consiste nell'assegnare ad ogni residente un uguale ammontare di risorse, mentre i fondi globalmente a disposizione di una data giurisdizione dipenderanno dal numero dei suoi abitanti. Tale criterio, anche se di facile applicazione, non consente di tener conto di alcune determinanti (struttura per età della popolazione, caratteristiche della

distribuzione della ricchezza tra la popolazione, attività produttive) del fabbisogno finanziario necessario a garantire livelli di prestazioni sanitarie uniformi nell'intero territorio di cui fanno parte le giurisdizioni locali considerate. Esso pertanto può favorire, da un lato comportamenti inefficienti in quelle giurisdizioni in cui le determinanti dette comportano un impiego reale di risorse inferiore a quelle assegnate e viceversa, dall'altro un allontanamento dall'obiettivo dell'equità.

Riguardo all'equità, si rileva che la 833 all'art. 2 si esprime nei seguenti termini: il Servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese; analogamente all'art. 4 ribadisce l'impegno della Repubblica ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi su tutto il territorio nazionale. Le implicazioni di tali disposizioni sono evidenti. L'intervento socio-sanitario pubblico deve essere calibrato sul territorio tenendo conto dell'effettivo fabbisogno della popolazione ivi insediata, così da fornire alla stessa risposte uguali a bisogni uguali.

Un deciso miglioramento in questa direzione è costituito dal c.d. *criterio del fabbisogno* o dell'*efficienza allocativa* che, rispetto al precedente, introduce nel calcolo quelle variabili che individuano le condizioni di contesto in cui il servizio sanitario è svolto; le risorse finanziarie vengono allocate in funzione delle reali necessità di assistenza socio-sanitaria, da cui segue la massimizzazione dei benefici a parità di risorse impiegate tipica di una situazione di ottimo paretiano.

A differenza dei precedenti criteri, egualitario il primo ed equitativo il secondo, che aderiscono ad un principio redistribuzionista, il terzo criterio, noto come *criterio dell'efficienza produttiva*, ha una matrice squisitamente produttivistica e consiste nel procedere ad una allocazione dei mezzi finanziari tesa a favorire quelle giurisdizioni locali che hanno dimostrato o che sono in grado di realizzare una più efficiente gestione del servizio sanitario.

Nella stessa tipologia delle dotazioni iniziali rientrano anche il *criterio della spesa storica* o incrementalista e il *criterio del piè di lista*, utilizzabili correttamente solo nelle situazioni in cui pur non potendo pervenire ad una oggettiva e attendibile misurazione dell'output è verosimilmente ipotizzabile una correlazione diretta tra input e output. Mentre il quarto criterio determina il fabbisogno finanziario assumendo come dato di partenza le risorse assegnate in un precedente esercizio opportunamente aggiornate rispetto all'inflazione; il quinto criterio si limita a finanziare le spese effettivamente sostenute e, come il precedente, senza alcuna preoccupazione in ordine ai risultati, di efficienza ed equità raggiunti.

Si noti che per gli ultimi tre criteri esaminati, pur rientrando tutti nella stessa tipologia produttivistica, si è volutamente utilizzato questo aggettivo solamente trattando del criterio dell'efficienza intendendo in questo modo porre in evidenza soprattutto gli aspetti positivi delle dotazioni iniziali che avvantaggerebbero le corrispondenti giurisdizioni proprietarie.

Nella realtà, per un intervento razionale, ciascuno dei criteri elencati difficilmente potrà applicarsi in modo assoluto. Se i criteri redistributivi possono indicare il fabbisogno finanziario mediamente necessario a garantire certi livelli quali-quantitativi di prestazioni, non si deve dimenticare che, a livello di singola giurisdizione, le risorse così determinate potranno risultare incoerenti con le strutture e l'organizzazione sanitarie ereditate dal passato. Inoltre, lo stesso criterio dell'efficienza del sistema sanitario, a volte prevede che non vi sia corrispondenza tra la potenzialità operativa di certi servizi forniti dai presidi di una data giurisdizione ed il bacino di utenza che essa comprende all'interno dei suoi confini, nel senso che il bacino ottimale per il pieno impiego delle risorse necessarie a fornire il servizio riguarda più giurisdizioni. Pertanto si dimostra opportuno un approccio che combini diversi criteri in modo da adattarsi al meglio alle reali condizioni di offerta e di bisogno e assegni il giusto peso alla dimensione temporale, rispettando la necessaria gradualità nei processi di trasformazione strutturale.

2.2. - I contenuti della formula di riparto del F.s.r. veneto

La scelta del meccanismo di riparto del Fondo sanitario regionale e quindi delle regole che si conviene introdurre nella determinazione di quella che sarà la consistenza dei mezzi finanziari a disposizione delle singole Unità sanitarie locali per il pagamento dei fattori o dei servizi da esse impiegati o acquistati, come si evince anche dalle precedenti valutazioni, merita un'attenta ponderazione per le sue dirette implicazioni in ordine alla diffusione di comportamenti più responsabili nell'utilizzo delle risorse che devono essere efficacemente impiegate in rapporto alle esigenze sanitarie della popolazione e in termini di più elevata efficienza rispetto alle possibili alternative tra fornitura in proprio o acquisto sul mercato.

In tal senso e a fronte delle considerazioni già sviluppate che presuppongono la conoscenza, diretta o indiretta, della struttura della domanda sanitaria, prima di pervenire alla configurazione della corrispondente struttura dell'offerta da porre in essere, si riscontra che la procedura definita a livello statale per la redistribuzione

delle risorse del F.s.n. 1993 fra le Regioni si ispira ad una logica prevalentemente finanziaria. Invero, con riferimento alle disposizioni in materia sanitaria contenute nella 412, la quantificazione dei *parametri capitari*, effettuata solo in coerenza con le risorse disponibili e in base ad un modello organizzativo teorico di riferimento, impone un corrispondente numero di vincoli di spesa ed altrettante fondamentali funzioni assistenziali del S.s.n. (1. Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro; 2. Assistenza sanitaria di base; 3. Assistenza specialistica e semiresidenziale territoriale; 4. Assistenza ospedaliera; 5. Assistenza residenziale sanitaria per non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati; 6. Attività di supporto all'organizzazione assistenziale). Queste ultime, accuratamente specificate nelle loro attività/prestazioni, rappresentano i c.d. *livelli di assistenza* che ciascuna Regione, nell'ambito della sommatoria dei citati parametri capitari, deve garantire in piena autonomia rispetto alla scelta delle soluzioni organizzative che, tenuto conto delle specificità locali, sono ritenute idonee a produrre un servizio che sia efficace ed efficiente.

Rispetto alle determinazioni parametriche del Ministero della sanità merita un cenno il fatto che le Regioni hanno opposto l'obiezione che non esisterebbe alcuna relazione tra le varie quote capitarie e i corrispondenti livelli assistenziali, atteso che per la completa realizzazione di questi livelli sarebbe necessario rivedere, incrementandole, le effettive assegnazioni statali. Il prospetto 1 presenta il confronto tra la proposta formulata dalle Regioni nel settembre 1992 e la controproposta definitiva avanzata dal ministero nel dicembre 1992. Le divergenze tra queste due proposte, quella regionale e quella ministeriale, riguardano sostanzialmente i seguenti punti:

— gli standards di assistenza. Per le Regioni si tratta quantomeno di applicare un valore medio o mediano dei loro attuali livelli offerti, mentre per il ministero il criterio ultimo sembra riferirsi al solo obiettivo del pareggio contabile;

— gli effetti ampiamente incerti delle manovre di contenimento della spesa. Ad esempio, le Regioni partendo dai costi reali del 1991 hanno stimato il fabbisogno per il 1992 applicando un incremento medio del 4,5% comprensivo sia del personale che dei beni e servizi.

In sede di ripartizione delle assegnazioni statali tra le Unità socio-sanitarie locali, la scelta effettuata dalla regione Veneto in merito al proprio modello organizzativo teorico di riferimento è contenuta nel prospetto 2. Sulla scorta di tale modello si è, quindi, proceduto all'allocatione delle risorse finanziarie tra i diversi settori fondamentali d'intervento del S.s.r. Successivamente la quota assegnata a ciascun livello di assistenza è stata ripartita sulla base delle espressioni riportate nel pro-

spetto 3. Il meccanismo allocativo ivi descritto e seguito dalla regione Veneto per l'anno finanziario 1993 conferma sostanzialmente la metodologica di riparto per settori fondamentali di intervento e per area di attività stabilita dal P.s.s.r. 1989/1991 e già implementata in occasione delle ripartizioni degli anni precedenti. Vengono confermati in linea di massima di criteri e gli standards, questi ultimi opportunamente aggiornati, basati sulla popolazione pesata secondo l'età, le fasce di bisogno sanitario, il valore medio di spesa per varie categorie di assistiti, la densità e/o zona altimetrica. Con tali criteri e tenuto conto delle considerazioni sviluppate nel paragrafo precedente, si tratta di perseguire l'obiettivo dell'efficienza allocativa garantendo ad ogni giurisdizione locale un equivalente ammontare di mezzi finanziari con i quali sia virtualmente possibile assicurare una uguale risposta a uguali bisogni sanitari dei cittadini, indipendentemente dalla loro residenza e dagli effettivi livelli di efficienza produttiva delle singole Unità sanitarie.

Garantite nei termini anzidetti le condizioni finanziarie per l'uniformità dei livelli di prestazione su tutto il territorio della Regione, il secondo obiettivo è rivolto ad introdurre nel Sistema sanitario regionale un elemento in grado di incentivare i responsabili della produzione ed erogazione delle prestazioni ad un'utilizzazione più efficiente delle risorse a loro disposizione. Per comprendere il senso di questa proposizione basta pensare che se ci si limitasse al primo obiettivo senza prevedere qualche meccanismo compensativo per la mobilità sanitaria, tutte le Unità sanitarie locali con, ad esempio, presidi di alta specialità e a carattere multizonale vedrebbero aumentare impropriamente il passivo del proprio bilancio, mentre l'Unità sanitaria locale di residenza del paziente si troverebbe impropriamente avvantaggiata con un attivo di bilancio sopravvalutato rispetto all'effettiva gamma delle prestazioni che essa è in grado di assicurare. La soluzione che in via del tutto naturale si propone parte del riconoscimento dell'esistenza di fatto di questo mercato interno al sistema sanitario regionale e consiste nell'istituire un sistema di fatturazione tra Unità socio sanitaria-cliente e Unità socio sanitaria-agenzia. È sottinteso che a questo nuovo sistema dovranno adeguarsi anche gli eventuali rapporti di scambio esistenti tra area pubblica e area privata, oggi disciplinati dall'istituto della diaria omnicomprensiva nell'ambito di specifiche convenzioni per quanto riguarda le istituzioni di cui agli artt. 41, 43 e 44 della L. n. 833/1978.

Le implicazioni di una tale scelta sono duplici e introducendo incentivi di mercato concorrono tutte per una gestione della sanità più responsabilizzata di quan-

to non lo sia stata fino ad oggi. In primo luogo la funzionalità di questo mercato presuppone un sistema di prezzi che può essere fissato a livello regionale (prezzi standard) o lasciato alla libera contrattazione tra le Unità socio sanitarie locali. In entrambi i casi rimane confermato un positivo effetto sull'incentivo a controllare il costo delle prestazioni acquistate e/o fornite; incentivo che appare ulteriormente rafforzato con la previsione che i risparmi o gli utili realizzati restino a disposizione della stessa Unità socio sanitaria locale quale fonte di autofinanziamento per interventi di riqualificazione strutturale.

Il secondo risultato, anche questo di notevole importanza, si ricollega al principio della libertà del paziente nella scelta del luogo di cura, principio già affermato dalla 833 (art. 19). È evidente che in generale la possibilità di realizzare una tale scelta è fortemente condizionata da quei vincoli spaziali che determinano l'accessibilità del presidio. Ciò nonostante esiste sempre la possibilità per il paziente di votare con i piedi, ossia manifestare le sue preferenze condizionando soprattutto il livello qualitativo delle prestazioni erogate dalle Unità locali. Sotto questo profilo, e quindi dal lato della domanda, può a ragione ipotizzarsi un recupero di quel potere contrattuale tipico del consumatore nell'economia di libero mercato che, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale così com'è oggi configurato, il paziente sembra aver perduto. Perciò, all'Unità socio sanitaria locale non rimarrebbe che promuovere un'azione di riqualificazione nelle modalità di erogazione delle proprie prestazioni tale da renderle appetibili tanto quanto quelle delle Unità socio sanitarie locali concorrenti, l'alternativa sarebbe quella di limitarsi a svolgere le funzioni del terzo pagante per un'ampia quota del suo mercato potenziale.

Il successo di questa formula allocativa, criterio del fabbisogno e fatturazione, nei termini in cui la si è delineata, richiede il totale abbandono di eventuali manovre di finanziamento a piè di lista o quantomeno una forte selettività nel concedere deroghe a tale regola. In questo modo e con riferimento all'ammontare complessivo del F.s.r., la competizione tra le Unità socio sanitarie locali si configurerà come un gioco a somma zero, a meno della quota destinata a finanziare i servizi acquistati nell'area privata. La somma di tutte le variazioni numerarie passive connesse all'emigrazione sanitaria eguaglierà la somma di tutte le variazioni numerarie attive connesse all'immigrazione sanitaria e ciascuna di queste, nel momento in cui viene registrata sul passivo di una data Unità socio sanitaria locale, sarà contemporaneamente trascritta sull'attivo di un'altra Unità socio sanitaria locale. Inoltre, anche per quelle suddivisioni del F.s.r. vin-

colate ciascuna a finanziare specifiche attività sanitarie considerate prioritarie a livello di programmazione regionale, il sistema della fatturazione ridurrà a somma zero gli effetti finanziari connessi ai rapporti di scambio delle prestazioni nell'ambito dei mercati interni al sistema delle Unità socio sanitarie locali.

Per chiudere su questo punto, con riferimento alla mobilità sanitaria interregionale, la corretta e puntuale registrazione dei movimenti dei pazienti e quindi un meccanismo di fatturazione si impone proprio per le maggiori responsabilità finanziarie che sempre più lo Stato sta decentrando alle Regioni con l'obbligo a coprire i disavanzi dei rispettivi S.s.r. con risorse del bilancio regionale. A riguardo si richiamano le seguenti disposizioni:

— il D.L. 15 settembre 1990, n. 262, convertito con modificazioni nella legge 19 novembre 1990, n. 334, all'art. 2 *bis* dispone che le eccedenze di spesa rispetto alle entrate complessive, registrate dalle Unità socio sanitarie locali per l'esercizio 1989, siano coperte in via prioritaria con i proventi derivanti dall'alienazione totale o parziale dei beni patrimoniali di cui agli artt. 61, 65 e 66 della L. n. 833/1978, non soggetti a vincoli di qualsiasi natura. Mentre, per l'esercizio 1990, l'art. 3, prevede che le eccedenze di spesa rispetto al parametro capitaro stabilito in lire 90.000, siano coperte per il 25%

con oneri a carico del bilancio regionale rimanendo l'altra quota a carico del bilancio statale;

— il D.L. 6 dicembre 1991, n. 388, successivamente reiterato nei seguenti decreti legge: n. 12 del 1992, n. 234 del 1992, n. 290 del 1992 e n. 343 del 1992, riconosce, per l'esercizio 1991, solo una quota delle maggiori occorrenze finanziarie del S.s.n. (per il S.s.n. del Veneto lire 438.590 milioni e, complessivamente, per il S.s.n. lire 5.600 miliardi), decentrando alla responsabilità delle singole Regioni il reperimento delle eventuali ulteriori necessità finanziarie;

— infine, la L. 30 dicembre 1991, n. 412, all'art. 4, comma 5, per l'esercizio 1992, prevede che in caso di spesa sanitaria superiore a quella parametrica correlata ai livelli obbligatori da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale che non sia compensata da minori spese in altri settori, viene coperta dalle Regioni attraverso il ricorso alla propria e autonoma capacità impositiva ovvero adottano, in condizioni di uniformità all'interno della Regione le misure già indicate dall'art. 29 della L. n. 41/1986 e operanti sia sulle quote di partecipazione dei cittadini al costo dei servizi che attraverso l'eliminazione temporanea di alcune tipologie di prestazioni erogate a carico del Servizio sanitario nazionale.

Prospetto 1. - Livelli di assistenza, confronto tra proposta delle Regioni e proposta del Ministero. La spesa è espressa in milioni di lire, mentre l'indice pro-capite in lire

LIVELLO	PROPOSTA REGIONI settembre 1992 SPESA 1992		PROPOSTA MINISTERO dicembre 1992 SPESA 1993	
	standard	spesa	standard	spesa
1. PREVENZIONE	1.1 oper./1.000 ab. B/S 37%	3.373 1.248	1.1 oper./1.000 ab. B/S 37%	3.305 1.225
Pro-capite	Totale	4.621	Totale	4.530
		0.017	78.400	
2. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE				
— Med. generica, Ped., GM	costo/ab. (convenz.)	5.793	costo/ab. (convenz.)	5.360
— Farmaceutica	costo/ab.	15.095	costo/ab.	11.560
— Ass. territ. domiciliare	0.5 oper./1.000 ab. B/S 20%	1.533 306	0.25 oper./1.000 ab. B/S 20%	754 151
Totale	Totale	1.839	Totale	905
Pro-capite		22.727		17.825
		393.541		308.437
3. ASSISTENZA SPECIALISTICA E SEMIRESIDENZIALE TERRITORIALE				
— Specialistica	costo/ab.	7.133	costo/ab.	5.910
— Tossicodipendenti				
Sert	0.17 oper./1.000 ab. B/S 30%	530 159	0.17 oper./1.000 ab. B/S 30%	520 155
	Totale	689	Totale	675

(continua) Prospetto 1

LIVELLO	PROPOSTA REGIONI settembre 1992 SPESA 1992		PROPOSTA MINISTERO dicembre 1992 SPESA 1993	
	standard	spesa	standard	spesa
Comunità	15.000 utenti/anno (compr. resid.) (40.000/gg)	229	costo/ab.	50
Totale		918		725
— Ass. psichiatrica				
Serv. territ.	0.2 oper./1.000 ab. B/S 20%	610	0.14 oper./1.000 ab. B/S 20%	416
	Totale	732	Totale	500
Ass. semires. disab. psich.	0.12 pl/1.000 ab. (compr. resid.) (150.000/gg)	396	0.07 pl/1.000 ab.	205
Totale		1.128		705
— Ass. riab. territ.				
Disabili fisici	0.33 pl/1.000 ab. (60.000/gg)	435	costo/ab.	290
Ex art. 26	costo/ab.	826	costo/ab.	300
Protesica	costo/ab.	694	costo/ab.	720
Termale	costo/ab.	260	costo/ab.	240
Totale	(compr. res.)	2.215		1.350
— Ass. integrativa	costo/ab.	120	costo/ab.	120
Totale	(compr. res.)	11.514		9.010
Pro-capite		199.377		155.931
4. ASSISTENZA OSPEDALIERA	6 pl/1.000 ab. (pubbl. + priv.)		6 pl/1.000 ab. — per 318.000 pl pubbl.	
	1.8 oper./pl B/S 50%	33.122 16.561	1.8 oper./pl B/S 50%	29765 14.880
	Totale	49683	— per 28.600 pl costo/gg	2.200
Pro-capite		860.312	Totale	46.845 810.720
5. ASSISTENZA RESIDENZIALE SANITARIA NON AUTOSUFF. E LUNGOD. CRONICI				
— Residuo ex DP	0.5 pl/1.000 ab. 0.7 oper./pl. B/S 50%	1.073 537	0.5 pl/1.000 ab. 0.6 oper./pl B/S 50%	900 450
	Totale	1.610	Totale	1.350
— Anziani non autosuff.	3 pl/1.000 ab. (35.600/gg)	2.352	3 pl/1.000 ab. 40.000/gg)	2.400
— Comunità tossicodip.	con semiresid.		40.000/gg.	170
— Disabili psichici	con semiresid.		0.07 pl/1.000 ab. (140000/gg)	205
— Disabili fisici	con semiresid.		costo/ab.	140
— Riabil. ex art. 26	con semiresid.		cost/ab.	600
Totale		3.962		4.865
Pro-capite		68.506		84.196

(continua) **Prospetto 1**

LIVELLO	PROPOSTA REGIONI settembre 1992 SPESA 1992		PROPOSTA MINISTERO dicembre 1992 SPESA 1993	
	standard	spesa	standard	spesa
Totale 3. (ASS. SPECIALISTICA E SEMIRES.) + 5. (ASS. RESIDENZIALE)		15.476		13.875
Pro-capite		267.983		240.127
6. ATTIVITÀ SUPPORTO, SERV. GEN.	0.9 oper./1.000 ab. B/S 60%	2.759	0.9 oper./1.000 ab. B/S 60%	2.704
	Totale 4.325	1.655	4.414	1.621
Pro-capite		76.433		74.450
TOTALE GENERALE: SPESA LORDA		96.921		87.400
Pro-capite		1.678.286		1.512.582

Prospetto 2 - Il modello organizzativo veneto per l'allocazione delle risorse tra i livelli di assistenza

Livelli	Macrolivelli e livelli analitici di assistenza	Modello organizzativo teorico di riferimento
1.	<i>Assistenza sanitaria coll.va in amb. vita e lavoro</i>	
1.1	Igiene e veterinaria di base	Operatori equivalenti per 1.000 abitanti: 0,45; beni e servizi; 25% spesa personale
1.2	Presidi multizonali di prevenzione	Operatori equivalenti per 1.000 abitanti: 0,15; beni e servizi: 30% spesa personale
1.3	Vaccini veterinari, abbatt. animali infetti	Spesa pro-capite
2.	<i>Assistenza sanitaria di base</i>	
2.1	Medicina generale, pediatria e guardia medica	Spesa pro-capite
2.2	Assistenza farmaceutica	Spesa pro-capite
2.3	Assistenza territoriale e domiciliare	Operatori equivalenti per 1.000 abitanti: 0,50; beni e servizi: 25% spesa personale (da riallocare in parte nei livelli 1, 3, 6)
2.3.1	Assistenza domiciliare anziani	Spesa pro-capite
2.3.2	Assistenza domiciliare L.R. 28/91	Spesa pro-capite
2.3.3	Telesoccorso	Spesa pro-capite
3.	<i>Assistenza specialistica, semiresidenziale e territ.le</i>	
3.1	Assistenza specialistica	Spesa pro-capite 11 prestazioni per 1.000 abitanti (costo medio 10.500 per prestazione)
3.2	Assistenza tossicodipendenti	
3.2.1	S.e.r.t.	Operatori equivalenti per 1.000 abitanti: 0,12; beni e servizi: 10% spesa personale
3.2.2	Assist. tossicod. semiresidenziale c/o Comunità terap.	Spesa pro-capite
3.3	Assistenza psichiatrica territoriale	Operatori equivalenti per 1.000 abitanti: 0,11; beni e servizi: 10% spesa personale
3.4	Assistenza riabilitativa territoriale	
3.4.1	Semiresidenziale disabili + prestaz. art. 26, comma 1	Spesa pro-capite
3.4.2	Protesica	Spesa pro-capite
3.4.3	Termalismo	Spesa pro-capite
3.5	Assistenza integrativa	Spesa pro-capite
4.	<i>Assistenza ospedaliera</i>	
4.1	Assistenza ospedaliera	Operatori equivalenti per p.l.: 1,80; beni e servizi; 50% spesa personale p.l. per 1.000 abitanti: 6 compreso sopra
4.2	Centri regionali specializzati	

(continua) Prospetto 2

Livelli	Macrolivelli e livelli analitici di assistenza	Modello organizzativo teorico di riferimento
5.	<i>Assistenza residenz. sanitaria a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati</i>	
5.1	Assistenza psichiatrica residua	p.l. a estinzione per 1.000 abitanti: 0,54
5.2	Assistenza residenziale anziani	
5.2.1	Assist. anziani non autosufficienti	p.l. per 1.000 abitanti: 3,3 - contributo sanit. per giornata di degenza
5.2.2/2.1	Assist. anziani non autosuff.ti - medicina base	Spesa pro-capite
5.2.3	Assist. anziani non autosuff. - farmaci e mat. sanit.	Spesa pro-capite
5.3	Assist. residenz. tossicod. in Comunità terap.	Contributo sanit. per giornata di degenza
5.4	Assist. residenz. disabili psichici	p.l. per 1.000 abitanti: 0,22 - contributo sanit. per giornata di degenza
5.5	Assist. residenz. disabili fisici	Spesa pro-capite
5.6	Assist. riabil. residenziale ex art. 26 L. 833/78	Spesa pro-capite
6.	<i>Attività supporto organizzazione assistenziale</i>	
6.1	Attività amministrative, di formazione, ecc.	Operatori equivalenti per 1.000 abitanti: 0,77; beni e servizi: 120% spesa personale
6.2	Spese varie per conto U.s.l.	Spesa pro-capite
6.3	Progetti obiettivo, azioni programmatiche e programmi	
6.4	Azioni strumentali (formazione, ricerca, ed. sanit.)	Spesa pro-capite Spesa pro-capite

Prospetto 3 - Formulazione matematica del modello di riparto del F.s.r. Veneto per ciascun livello di assistenza

Medicina generale, pediatria e guardia medica

$$[\sum_{usl} P / (\sum_{usl} P)] Q. da R.$$

Assistenza farmaceutica

$$\uparrow (\sum_i \sum_j \sum_{usl} P_i B_{ij} C_{ij}) / [\sum_{usl} (\sum_i \sum_j \sum_{usl} P_i C_{ij})] \uparrow Q. da R.$$

Assistenza specialistica

$$\uparrow (a_1 \sum_i \sum_{usl} P_i f_{ui} [1 + (a_2/a_1) \exp \uparrow \delta / d_{usl} \uparrow]) / (\sum_{usl} a_1 \sum_i \sum_{usl} P_i f_{ui} [1 + (a_2/a_1) \exp \uparrow \delta / d_{usl} \uparrow]) \uparrow Q. da R.$$

Assistenza ospedaliera

$$\uparrow (\sum_i \sum_{usl} P_i f_{ri}) / [\sum_{usl} (\sum_i \sum_{usl} P_i f_{ri})] \uparrow Q. da R.$$

dove: Q. da R. = Quota stanziata per la specifica funzione da ripartire; P = Popolazione; b = Indicatore del grado di bisogno sanitario specifico per ogni funzione; c = Indicatore di costo e/o di consumo di farmaci; d = Indicatore di densità; fu = Indicatore di frequenza di utilizzo delle prestazioni specialistiche; fr = Indicatore di frequenza di ricovero ospedaliero; a = Misura delle frazione da ripartire secondo un dato criterio ($\sum_i a_i = 1$); β = Parametro di composizione; δ = Parametro di scala; usl = 1, ..., 36 (le n. 36 usl); prov = 1, ..., 7 (le n. 7 province); i = età < 14, 14 ≤ età < 59, 59 ≤ età, j = Esenti per reddito, Esenti per patologia, Non esenti.

RICLASSIFICAZIONE DELLE SPESE DEL BILANCIO PREVENTIVO

3.1. - Finalità e caratteristiche del modello

Il sistema informativo contabile delle U.s.l., strutturato secondo le modalità e finalità tipiche della contabilità pubblica, e quindi con la « classica » articolazione in capitoli, categorie e titoli, consente, con la classificazione economica funzionale dei capitoli di spesa, di ottenere indicazioni anche sulla destinazione delle risorse che vengono infatti classificate per oggetto e settore d'intervento.

Lo schema di riclassificazione del bilancio preventivo proposto nella Regione per la prima volta con circolare la n. 6 del 1991 riprende la logica della classificazione prevedendo però « l'imputazione » dei dati di spesa di ogni capitolo a una serie di centri di spesa individuabili nelle grosse strutture (anziché funzioni) responsabili della spesa.

La riclassificazione di bilancio non si limita però al ribaltamento sui centri di spesa delle previsioni di spesa. Viene altresì previsto che per ogni macro centro di spesa vengano individuate e quantificate le attività svolte, i servizi resi, in altre parole, gli output prodotti. La riclassificazione consente pertanto di dettagliare ulteriormente le informazioni ottenute con la classificazione economico-funzionale.

In sostanza, anche con riferimento all'esperienza concreta dei due anni di « rodaggio » della riclassificazione di bilancio, lo strumento ha avuto la funzione di presentare e rendicontare la spesa sostenuta secondo un'ottica budgetaria incominciando ad evidenziare e mettere in correlazione, seppur a livello di macro-strutture, risultati e congruità della spesa sostenuta.

Sia per quanto riguarda gli aspetti strettamente tecnico-contabili, sia per quanto riguarda i più significativi aspetti gestionali-organizzativi, la riclassificazione di bilancio rappresenta ancora uno schema di riferimento piuttosto semplicistico rispetto ad una gestione secondo principi e processo budgetario. Si tratta quindi di un affinamento del bilancio preventivo dove la richiesta di fondi è correlata a dati di attività. Non è ancora un piano operativo di riferimento per la gestione espresso in termini monetari.

I primi riscontri e i problemi emersi in fase di realizzazione confermano l'opportunità della consapevole scelta di prevedere una graduale diffusione e un progressivo sviluppo del processo di budgeting in quan-

to dati i requisiti culturali, organizzativi e comportamentali necessari per un'efficace introduzione ed affermazione del budget operativo, l'ambiente U.s.l. non appare complessivamente ancora pronto a recepire positivamente tale strumento gestionale.

Dal punto di vista strettamente contabile, solo una parte delle U.s.l. della Regione sarebbero attualmente in grado, date le caratteristiche dei sistemi informativo-contabili locali, di presentare un bilancio riclassificato significativo e con dati effettivi, qualora venisse richiesto un bilancio articolato secondo un più dettagliato piano dei centri di costo.

Limitandosi invece alle macro-strutture, tutte le Unità sanitarie locali possono imputare la spesa ai centri di spesa con una soddisfacente precisione. La spesa per il personale, 46% circa della spesa corrente sanitaria, gran parte della spesa per acquisti di altri fattori produttivi, 20% circa della spesa corrente, sono infatti agevolmente attribuibili ai centri di spesa. Inoltre tutta la spesa per convenzioni, 30% circa della spesa corrente, è facilmente individuabile ed enucleabile. Le stesse considerazioni possono pari pari riproporsi anche per i dati fisici di attività.

Il modello di riclassificazione riguarda di fatto la spesa corrente e si riferisce alle sole macro-strutture delle Unità sanitarie locali — centri di spesa — individuati sia in base all'attuale struttura organizzativa, sia valutando l'occupazione di spazi fisici e l'impiego di personale, distinti in centri di spesa di struttura/intermedi: settore amministrativo, settore sanitario centrale, formazione ed aggiornamento, centri di spesa produttivi/finali: distretti socio-sanitari poliambulatori extra-ospedalieri, settore veterinario, settore igiene pubblica, settore sociale, presidi multizonali di prevenzione e veterinario, servizio tossicodipendenze, ospedali, altre strutture finali sanitarie e centro di spesa, rapporti in convenzioni, che comprende gli uffici e il personale che si occupa della gestione delle convenzioni: medicina di base, assistenza farmaceutica, specialistica, diagnostica, protesica, assistenza ospedaliera, assistenza riabilitativa.

Le previsioni di spesa dell'anno di riferimento e gli impegni di spesa sostenuti nell'anno precedente per ogni capitolo di spesa vengono imputati alle singole strutture intermedie e finali e vengono « formalizzati » in una scheda che richiede ad integrazione, sempre per entrambi gli anni di riferimento, l'individuazione

e quantificazione del personale in servizio nella struttura suddiviso per ruolo professionale di appartenenza, nonché ulteriori informazioni sulla dotazione e previsioni di investimento per attrezzature e apparecchiature.

Per quanto riguarda i dati fisici di attività, solamente per i centri di spesa produttivi, per il centro di spesa di struttura formazione ed aggiornamento e per il centro di spesa rapporti in convenzione, è stata predisposta un'altra scheda che richiede una serie di informazioni sul tipo e quantità di prestazioni erogate. Con l'analisi incrociata dei dati finanziari e di attività si possono così costruire una serie di indicatori che evidenziano immediatamente la consistenza e i valori delle performances.

La sperimentazione

La sperimentazione pratica del modello è avvenuta per la prima volta nel corso del 1991 al fine di valutare l'andamento della spesa corrente dell'anno con l'esplicito obiettivo di verificare la coerenza dei fabbisogni calcolati dalle Unità sanitarie locali in rapporto ai correlati dati di attività dichiarati. Sono stati infatti organizzati degli incontri tra funzionari regionali e responsabili delle Unità sanitarie locali nel corso dei quali i dati di spesa e attività raccolti nelle schede di riclassificazione opportunamente sintetizzati ed integrati con una serie di indicatori di efficienza (come da allegate tabelle esemplificative) hanno costituito oggetto di verifica, valutazione e discussione successivamente scaturite in azioni gestionali e/o revisioni dei fabbisogni finanziari.

Pari pari l'esperienza è stata ripetuta nel corso del 1992.

Le informazioni ricavate dall'elaborazione dei dati delle schede di riclassificazione, relative ormai a tre anni, 1990, 1991, 1992, sono state un utile elemento informativo anche per la costruzione dei modelli di riparto 1992 e 1993 dove si vanno a definire e quantificare in termini di risorse assorbite i livelli assistenziali.

Proprio a questo proposito per il 1993 viene ampliata la portata informativa del modello di riclassificazione del bilancio, prevedendo la possibilità di ricostruire la spesa e le attività per ogni livello assistenziale e di organizzazione secondo l'articolazione proposta con il modello di riparto mediante l'accorpamento dei dati relativi alle strutture intermedie e finali.

Problematiche emerse

Una prima serie di problemi peraltro in parte prevedibili ha riguardato aspetti ed inconvenienti « tecnici » che usualmente si verificano nel momento in cui

viene sperimentato praticamente un modello pur sempre costruito a tavolino.

Le prestazioni individuate nelle diverse schede non sono sempre risultate sufficientemente specificate con le conseguenze di diverse interpretazioni, non omogenee rilevazioni, quantificazioni ed attribuzioni delle prestazioni.

Si è anche potuto constatare che nella realtà i modelli di organizzazione dei servizi extra-ospedalieri e territoriali, sono in molti casi non comparabili con conseguente difficoltà di valutazione della congruità della spesa in questi settori d'intervento. In funzione della distribuzione territoriale della popolazione e delle caratteristiche morfologiche del territorio e della localizzazione della rete ospedaliera, le medesime strutture, vedi ad esempio i distretti sanitari, hanno nella Regione valenze e competenze estremamente diversificate.

L'introduzione di un documento contabile con le finalità sopra descritte ha inoltre reso evidenti quelle caratteristiche del processo allocativo tipicamente attribuite alle decisioni di spesa nell'ambito pubblico.

La predisposizione del bilancio e quindi l'allocatione delle risorse, avviene « naturalmente » sulla base della proiezione della spesa storica di ogni ordinatore di spesa, assumendo per efficiente l'allocatione dell'anno precedente. In altre parole il bilancio, le previsioni, l'andamento della spesa vengono presentata come variabili indipendenti il cui evolversi dipende fondamentalmente da fattori esogeni. Tali entità vengono definite estremamente rigide, sia dal punto di vista della composizione strutturale della spesa, sia con riferimento ai meccanismi e vincoli contrattuali, alla rigidità e ai ridotti ambiti di manovra nell'ambito delle convenzioni che vengono definite da livelli decisionali sovraordinari e « meramente » recepiti dalle Unità sanitarie locali ed ai vincoli legislativi.

Pur condividendo la denuncia di scarsa discrezionalità gestionale e amministrativa, bisogna altresì rilevare che difficilmente a livello locale vengono individuati spazi e modalità di manovra per la razionalizzazione della spesa. Raramente, vengono ipotizzate soluzioni alternative per raggiungere maggiore efficienza nell'acquisto e nell'impiego dei fattori produttivi.

Ciò denota la mancanza di specifica cultura e preparazione per attuare e gestire un processo di allocatione delle risorse improntato in senso più efficientistico con una più mirata attenzione ai risultati, convenienza e compatibilità finanziaria degli interventi, piuttosto che alla regolarità formale dell'iter. La riclassificazione viene ancora interpretata come ulteriore « produzione » meramente amministrativa di scarso significato sostanziale.

La necessità di un salto di qualità organizzativo e soprattutto ancora culturale è altresì sottolineato dalla ancora netta separazione dei ruoli e competenze gestionali tra area amministrativa ed area medico-sanitaria. La predisposizione del bilancio e la valutazione della congruità della spesa vengono visti, salvo qualche eccezione, come problemi tipicamente amministrativi che non possono vincolare e porre in questione l'attività sanitaria.

Infine sono stati evidenziati i limiti e le carenze del sistema informativo sia locale che regionale che non sono strutturati in modo sufficientemente flessibile per essere di utile supporto nella circostanza. Tale aspetto risulta particolarmente importante, nel momento in cui si pensa ad un impiego delle informazioni della riclassificazione, pur con tutti i limiti impliciti, come supporto e oggetto di specifica analisi in sede di approvazione del bilancio preventivo.

Le difficoltà che si incontrano nell'effettuare tempestive consultazioni e verifiche incrociate dei dati di spesa ed attività, possono far sì che il bilancio preventivo venga ancora predisposto sulla base degli andamenti consolidati di spesa « relegando » le informazioni fisiche a ruolo secondario, con la conseguente riproposizione di bilanci storico-incrementali.

Sviluppi del modello

La Regione ha ulteriormente sviluppato l'iniziativa adottando nel mese di maggio 1992, un provvedimento che individua processo e strumenti di budget.

Per il momento però solo alcune Unità sanitarie locali, dopo aver simulato con il consuntivo 1992 l'attuazione del processo di programmazione e controllo, sono in grado di sperimentare nel 1993 la gestione per budget.

Sicuramente però le condizioni economiche generali, la politica fiscale e finanziaria nazionale e regionale (copertura dei disavanzi di gestione delle Unità locali socio sanitarie con risorse regionali, legge finanziaria della Regione che delinea priorità, interventi ed azioni per il contenimento della spesa, strumenti operativi a disposizione delle U.s.l. per perseguire il pareggio di bilancio procedendo a riconversione o soppressione di strutture o servizi ospedalieri e territoriali), le innovazioni istituzionali, organizzative e contabili apportate con il decreto legislativo n. 502, gli stimoli e l'azione specifica della Regione, la sensibilità e volontà dei vertici delle U.s.l., sono favorevoli condizioni per una ancora più significativa e mirata sperimentazione della riclassificazione di bilancio.

Per il 1993, capitalizzando l'esperienza fatta nell'analisi e valutazione dei risultati consuntivi, ci si deve porre l'obiettivo di sviluppare ed approntare un modello e processo di analisi da adottare per l'approvazione dei bilanci preventivi che permetta a livello regionale di valutare la coerenza delle previsioni finanziarie correlate all'efficiente impiego delle risorse ed approfondire, conseguentemente, sia a livello centrale che a livello locale l'analisi per individuare opportuni interventi e manovre correttive per rispettare i vincoli finanziari e soddisfacenti standard di efficienza e qualità.

GLI ASPETTI RILEVANTI NELL'APPLICAZIONE DEL D.L. 502/92

di Mario Del Vecchio e Francesco Longo

Università L. Bocconi - SDA - Cergas - Milano

SOMMARIO: Premessa - Gli elementi fondamentali del decreto n. 502: i soggetti esplicatori della domanda e i soggetti erogatori dell'offerta; le regole di finanziamento del sistema; il ruolo della rappresentanza politica; l'organizzazione e gli strumenti gestionali dell'U.s.l.; medicina di base e servizi di igiene e prevenzione - Qual è la filosofia del decreto n. 502?: concorrenza e governo pubblico del sistema; U.s.l. acquirenti o U.s.l. erogatrici di servizi?; tecnocrazia o gestione partecipata? - Una strategia di fondo nell'applicazione del 502 per le Regioni - L'individuazione delle aziende ospedaliere: tre ordini di motivi per limitare le aziende ospedaliere; come finanziare le aziende ospedaliere - Rizonizzazione delle U.s.l.: i criteri per l'individuazione delle dimensioni - La medicina di base: i possibili modelli organizzativi per la medicina di base.

1. Premessa

Il decreto n. 502/92 di riordino del Sistema sanitario nazionale impone alle Regioni di compiere numerose scelte attuative, che devono concretizzare la filosofia di fondo del disegno di riforma del S.s.n. Oggetto del presente scritto è appunto quello enucleare le principali questioni attualmente sui tavoli degli assessorati regionali alla sanità nell'applicazione del 502/902 e discutere le problematiche ad esse connesse, per cercare di delineare possibili strategie attuative. In questa sede cercheremo quindi di non esprimere giudizi sul decreto, quanto piuttosto individuare i temi su cui le Regioni sono chiamate a dare delle risposte in termini di definizione di assetti istituzionali e modalità di funzionamento. Lo sforzo di analisi, elaborazione e decisione richiesto alle Regioni si profila infatti oltremodo significativo per i destini del S.s.n., vista la rilevanza delle scelte richieste dalla nuova norma, che vanno dalla ri-

zonizzazione dei territori di competenza delle Unità sanitarie locali ai Piani sanitari regionali (P.s.r.), dalle leggi di organizzazione a quelle di contabilità. Affronteremo pertanto questo complesso e delicato tema partendo dall'analisi dello scenario normativo, per passare ad una riflessione sulla filosofia di fondo rintracciabile nel decreto 502, per concludere con delle ipotesi di strategia per le Regioni.

La situazione politico-istituzionale del paese, estremamente incerta e confusa, si riflette pesantemente anche sul S.s.n., influenzandone l'arena decisionale con spinte diverse e contraddittorie.

Da una parte il decreto di riordino ha imposto e impone alle Regioni delle scadenze perentorie e pressanti: ad esempio la proposta al ministero circa l'individuazione di parte degli ospedali azienda entro fine febbraio, rizonizzazione e leggi di organizzazione e contabilità per le Unità sanitarie locali entro fine giugno, P.s.r. entro fine dicembre e così via.

Questi tempi non paiono del tutto coerenti con la complessità delle scelte, in termini di percorsi di analisi tecniche e di procedure politico-istituzionali, soprattutto in considerazione del fatto che molte Regioni hanno da tempo « in cantiere » alcune di queste scelte e non sono mai riuscite a deliberarle, vuoi per i ritardi delle istruttorie in sede tecnica vuoi per viscosità politiche. Da questo punto di vista i tempi imposti dal 502 potrebbero essere alternativamente giudicati o una irrealistica fuga in avanti o la spinta decisiva sull'intero processo decisionale a livello regionale.

Dall'altra parte invece vi è un destino assai incerto per il decreto stesso, sia perché i compiti di riordino assegnati al Governo dalla legge-delega scadono solo nel dicembre 1993 e la norma è perciò ancora passibile di modifiche da parte del Governo stesso, sia per l'opposizione che il decreto ha incontrato (ricorso di incostituzionalità da parte di alcune Regioni, raccolta di firme

per avviare un referendum abrogativo). Tale incertezza, unitamente agli ondeggiamenti del quadro politico, potrebbe ragionevolmente indurre le Regioni a dilazionare i tempi di applicazione o « diluirne » i contenuti per evitare il pericolo di adottare scelte che potrebbero risultare drastiche sul piano locale e successivamente non più necessarie a causa delle modificazioni del quadro normativo.

Già solo queste due opposte tensioni, scadenze importanti e ravvicinate e incertezza delle determinanti normative, propongono alle Regioni un dilemma di non poco conto. La scelta che qui pare imporsi è quella di saper cogliere quelle, che anche in questa situazione incerta e confusa, paiono delinearci come una opportunità. Ci riferiamo in particolare a tutte quelle scelte che, contenute nel dettato del decreto, si impongono comunque come improcrastinabili per il recupero della funzionalità dei Sistemi sanitari regionali, a prescindere da ogni giudizio sul disegno complessivo di riordino.

In particolare ci pare di poter individuare l'elenco di queste scelte nel seguente:

- ridefinizione dei confini territoriali delle U.s.l.;
- aziendalizzazione di parte degli ospedali;
- assetti organizzativi delle U.s.l.;
- criteri di finanziamento delle aziende sanitarie nel sistema regionale;
- revisione degli schemi contabili e contrattualistici;
- contenuti e strumenti della pianificazione regionale (P.s.r.).

2. Gli elementi fondamentali del decreto n. 502

Il presente scritto non vuole essere una disamina dello schema di riordino del Servizio sanitario nazionale, ma un'analisi che porti ad individua-

re possibili strategie di applicazioni per le Regioni, perciò l'analisi degli elementi fondamentali del 502 sarà succinta e limitata soprattutto agli aspetti che hanno rilevanza per l'ambito regionale. Ciò che cercheremo di evidenziare soprattutto è la frequente indeterminatezza del decreto o, se preferiamo, l'ampio campo di discrezionalità che esso lascia aperto al decisore locale.

2.1. I soggetti esplicatori della domanda e i soggetti erogatori dell'offerta

La legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, la n. 833/78, individuava fondamentalmente un solo soggetto preposto a canalizzare, analizzare ed infine esplicitare la domanda sanitaria dei cittadini e questo era costituito dall'U.s.l. Il 502 prevede invece il moltiplicarsi dei canali attraverso cui i cittadini propongono la loro domanda di servizi sanitari. All'Unità sanitaria locale, diventata azienda, si affiancano le mutue volontarie e il ricorso diretto da parte dei cittadini con successivo rimborso (possibili sperimentalmente a livello regionale dal 1995), le aziende ospedaliere.

Le strutture di offerta previste dalla n. 833 erano oltre ai presidi dell'Unità sanitaria locale, i medici di base e il privato convenzionato (case di cura, specialisti, laboratori privati). Il D.L.vo n. 502 aggiunge tra i soggetti di offerta le aziende ospedaliere, l'attività libero professionale intramuraria (per i medici dipendenti oltre l'orario di lavoro) e modifica il rapporto con il privato, eliminando le convenzioni e instaurando dei rapporti di acquisto di servizi basati su gare d'appalto. Il privato puro, non convenzionato, precedentemente non in rapporto con strutture di domanda pubblica, amplia il proprio target potenziale, potendo offrire ora i propri servizi sanitari alle mutue vo-

lontarie e potendo concorrere con il privato ex-convenzionato nella gare pubbliche.

La numerosità degli attori, sia dal lato dell'offerta, sia dal lato della domanda, moltiplica le combinazioni possibili delle relazioni di scambio, aumentando la complessità del sistema.

Alla Regione è lasciata una certa discrezionalità nel concorrere alla nascita e alla diffusione di molti dei nuovi soggetti previsti sia dal lato della domanda, sia dal lato dell'offerta. In particolare ci riferiamo alle aziende ospedaliere (ad esempio per quelle giustificate con il criterio del dipartimento di emergenza, la volontà della Regione è determinante), alle mutue volontarie (che devono essere previste nella programmazione regionale, prima di poter essere sperimentate), a tutto il rapporto con il privato, che deve essere in qualche modo riregolamentato regionalmente, sia per il convenzionato sia per il privato puro. Anche le procedure di pagamento diretto da parte dei cittadini che poi chiedono il rimborso e le attività professionali intramurarie, possono essere favorite o scoraggiate dall'iniziativa regionale. Le Regioni devono compiere quindi delle scelte decisive rispetto ai destini dei potenziali attori previsti dal 502.

2.2. Le regole di finanziamento del sistema

Due principi sembrano ispirare le regole di finanziamento del S.s.n. riformato:

a) basare i meccanismi di riparto centrali su un parametro capitaro di finanziamento, calcolato in base ai costi standard stimati necessari per assicurare i livelli uniformi di assistenza sanitaria uniformi (LUAS), intendendo con essi delle medie di dotazioni strutturali e gestionali delle strutture di offerta presenti sul territorio;

b) responsabilizzare le Regioni tramite l'obbligo di provvedere con risorse proprie al finanziamento di eventuali deficit rispetto trasferimenti dal centro, perché essi, almeno nell'intento del legislatore, dovrebbero verificarsi in corrispondenza a LUAS superiori agli standards nazionali, quindi frutto di scelte politiche locali.

Nella realtà le prime applicazioni dei LUAS hanno evidenziato l'impossibilità di far quadrare il cerchio nell'attuale situazione della finanza pubblica (cfr. Dirindin, 92):

a) sono state le risorse finanziarie disponibili per il F.s.n. a determinare ex post i LUAS e non viceversa, come invece imporrebbe la logica che sorregge i LUAS (paradossalmente ciò significherebbe modificare annualmente le dotazioni strutturali del S.s.n. al divenire delle disponibilità del F.s.n.);

b) i costi standard usati per calcolare la quota capitaria in base ai LUAS risultano sottostimati.

Al di là delle soluzioni contingenti dettate da evidenti problemi finanziari centrali, il 502 si propone comunque come un momento di rottura della filosofia finanziaria del sistema. La rottura, a nostro avviso, è insita proprio nel ruolo assegnato alla quota capitaria, sempre più simile a un premio assicurativo in dotazione a ogni singolo cittadino. La sua quota capitaria, o il suo « premio », viene assegnato alla Regione. Il cittadino può decidere se assegnare tutta o parte della propria quota al sistema delle U.s.l. o trasferirla invece ad una mutua assicuratrice, oppure rivolgersi direttamente ad un presidio d'offerta e chiedere successivamente un rimborso. Il cittadino, inoltre, qualora ritenesse insufficiente rispetto alle proprie esigenze la quota assegnatagli, può integrarla con ulteriori polizze assicurative. Lo stesso decisore politico regionale, del resto, è invitato a valutare se la quota capitaria (l'entità del « premio assi-

curativo » trasferitagli dallo Stato per ogni suo cittadino, è sufficiente per un livello di assistenza ritenuto soddisfacente, se non lo ritenesse tale ha a disposizione alcuni strumenti fiscali e tariffari per incrementarla.

Entrando ora più nel dettaglio, analizziamo i tre momenti del nuovo processo di finanziamento: la costituzione del F.s.n., il riparto ai F.s.r., il riparto regionale alle U.s.l.

A) Il F.s.n. viene finanziato con i canali tradizionali, i contributi dei lavoratori, i ticket nazionali e attraverso il bilancio dello Stato. Alle Regioni vengono però concessi degli strumenti con cui aumentare la propria dotazione finanziaria:

— contributi integrativi regionali, legati a una triangolazione I.n.p.s.-Tesoro-Regioni (essi creano però dei problemi di politica industriale in quanto causano delle disparità tra i costi del lavoro regionali);

— ticket regionali aggiuntivi (molto teorici, visto l'attuale livello dei ticket nazionali);

— tasse regionali.

La limitata dotazione del F.s.n. per i prossimi anni, integrabile da fonti di finanziamento regionali più teoriche che reali, non può che far prevedere un crescente trasferimento per il futuro di parte dei costi direttamente verso gli utenti (assicurazioni integrative, diminuzione delle prestazioni, aumento delle forme di partecipazione finanziaria alla spesa).

B) Il riparto del F.s.n. ai F.s.r. avviene in base alla quota capitaria moltiplicata per il numero dei residenti di ogni Regione, valutando inoltre la consistenza e lo stato di conservazione delle strutture fisiche, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.

Dei correttivi sono assicurati sia per le Regioni che hanno degli standard di dotazioni superiori ai LUAS, sia per quelle che hanno degli standard inferiori.

Il progressivo consolidamento del meccanismo di riparto alle Regioni per quota capitaria, seppur corretto, impone un progressivo perfezionamento e consolidamento delle procedure di rilevazione, tariffazione e pagamento della mobilità interregionale.

C) Il riparto dei F.s.r. è uno degli argomenti trattati più innovativamente del decreto n. 502. Esso propone solo delle linee istituzionali di fondo, lasciando la definizione delle strategie di finanziamento e dei meccanismi operativi interamente all'ambito regionale (art. 2: « ... i criteri di finanziamento... rientrano nelle competenze delle Regioni »).

Dal punto di vista istituzionale il 502 prevede una proliferazione dei soggetti e delle procedure di finanziamento che devono essere regolate dalle Regioni.

Le aziende ospedaliere. Esse devono ricevere una quota del F.s.r. che copra una percentuale variabile tra il 30 e l'80% dei costi complessivi delle prestazioni che l'azienda è in grado di erogare. I rimanenti costi devono essere coperti dall'azienda ospedaliera stessa grazie alle tariffe per prestazione che verranno definite a livello nazionale. A nostro giudizio rimane da definire a questo proposito il nodo cruciale: se l'ente erogatore debba essere l'U.s.l. di provenienza dell'utente o la Regione.

Le mutue volontarie. Le Regioni possono prevederle in via graduale e sperimentale a partire dal 1995, ricevono una parte della quota capitaria dei loro aderenti, che liberamente vi aderiscono, rinunciando agli equivalenti servizi erogati direttamente dalle U.s.l.

Rimborso diretto ai cittadini. Sono previste forme differenziate di assistenza basate nel concorso alla spesa sostenute dal cittadino per la fruizione delle prestazioni a pagamento.

Le U.s.l. Il decreto n. 502 riserva all'ambito regionale il modello di ri-

parto e di finanziamento delle Unità sanitarie locali. Le opzioni possibili sono molte e delineano modelli di funzionamento del sistema profondamente diversi tra loro. Polarizzando schematicamente potremmo prevedere quattro criteri radicalmente alternativi, che implicano conseguenze opposte:

- finanziamento in base alla spesa storica;
- finanziamento in base al livello di attività;
- finanziamento in base alla quota capitaria;
- finanziamento in base ad un modello misto, intermedio tra due o tre delle precedenti istanze.

Le Unità sanitarie locali, così come le aziende ospedaliere, vengono comunque invitate ad adottare politiche di gestioni capaci di aumentare le entrate proprie, in particolare avendo utenze a pagamento (tra il 6 e il 12% dei propri posti letto) e incentivando la libera professione intramuraria.

2.3. *Il ruolo della rappresentanza politica*

Il decreto ribadisce il processo di diminuzione del ruolo attribuito alla rappresentanza politica. Dopo la cancellazione dei comitati di gestione vengono ora soppressi anche i collegi dei garanti, sostituiti dalle conferenze dei sindaci dei Comuni appartenenti all'Unità sanitaria locale. Tale conferenza, composta da non più di sette membri (art. 14) è incaricata di dettare le linee di indirizzo dell'Unità sanitaria locale e di esaminare il bilancio di previsione ed il conto consuntivo. Di fatto questa impostazione, vista soprattutto la non delegabilità della funzione da parte dei sindaci, indebolisce la funzione politica di indirizzo e di controllo. Questo non può che amplificare il ruolo e i poteri del direttore generale, organo deliberativo monocratico,

supportato dai direttori amministrativi e sanitari scelti personalmente. Il principio di autonomia estensivamente applicato al ruolo del direttore generale è stato coniugato col principio di responsabilità, concretato nella verifica quinquennale sui risultati raggiunti e la sanzione/premio della bocciatura/conferma.

Le Regioni devono disciplinare l'attività della conferenza dei sindaci, oltre a regolamentare gli altri istituti di partecipazione dei cittadini-utenti (art. 14). Nel 502 vi è infatti l'invito a promuovere la consultazione dei cittadini, in particolare le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti e i sindacati, prevedendo organi permanenti di consultazione, che devono essere sentiti sugli atti di indirizzo e di controllo e nella verifica dei bilanci.

2.4. *L'organizzazione e gli strumenti gestionali dell'U.s.l.*

Le Regioni oltre a dover proporre alcuni presidi ospedalieri al ministero per l'individuazione degli ospedali azienda e la selezione di altri per la rete DEA, che vengono così a trovarsi scorporati dalla gestione diretta dell'Unità sanitaria locale, deve compiere altre importanti scelte, ricche di implicazioni organizzative e gestionali per le Unità sanitarie locali stesse, quali:

1) ridefinire gli ambiti territoriali delle U.s.l., che di norma devono coincidere con i confini delle Province (art. 3);

2) disciplinare le modalità organizzative e di funzionamento delle U.s.l. (art. 3);

3) emanare norme per la gestione economica, finanziaria e patrimoniale delle Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere (art. 5), nonché per la definizione dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle preesistenti Unità sanitarie locali (art. 3).

Naturalmente la scelta dell'assetto organizzativo, della dimensione di riferimento, dell'articolazione contabile, sono fortemente correlate con la definizione del meccanismo di finanziamento delle Unità sanitarie locali e degli ospedali azienda, e sono tali da definire un vero e proprio modello regionale di funzionamento del sistema sanitario.

2.5. *Medicina di base e servizi di igiene e prevenzione*

Il decreto n. 502 prevede delle modifiche sostanziali anche per la medicina di base e per i servizi di igiene e prevenzione, lasciamo alle Regioni ulteriori spazi di scelta per la definizione del modello sanitario regionale.

La risonizzazione delle Unità sanitarie locali pone l'interrogativo sul destino funzionale dei distretti socio-sanitari, intesi come presidi decentrati di offerta di prestazioni di primo livello. L'aumento dell'estensione territoriale dell'Unità sanitaria locale può comportare disagi per i cittadini in termini di accesso. Ciò potrebbe essere mitigato da un decentramento dei presidi di offerta, soprattutto per i servizi più frequentemente richiesti, cioè quelli di base, specialisti e di laboratorio. All'utente infatti può non interessare l'allontanamento degli uffici amministrativi, se non ciò non limita l'accesso ai servizi sanitari.

Ciò è auspicato dal decreto n. 502, nel comma successivo a quello di ridefinizione degli ambiti territoriali delle U.s.l. (art. 3).

La medicina di base è inoltre soggetta di significative modifiche per le seguenti novità introdotte nel 502:

a) revisione della convenzione con i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS), che deve prevedere degli ambiti (definiti dalle Regioni) rispetto a cui i medici sono pagati a quota

capitaria fissa e altri ambiti rispetto a cui i medici sono pagati a quota variabile;

b) responsabilizzazione dei MMG e dei PLS sull'intero ammontare della spesa da loro indotta;

c) abolizione della guardia medica.

Anche per i servizi di igiene e prevenzione il decreto di riordino del S.s.n. impone alle Regioni un significativo intervento normativo, per disciplinare i nascenti organismi unici di livello regionali di gestione dei presidi multizonali di igiene e prevenzione (PMIP), le cui unità operative, inserite nelle strutture delle Unità sanitarie locali, coincideranno anch'esse di norma con l'ambito provinciale. A questo occorre aggiungere il recente esito referendario che toglie alle Unità sanitarie locali la competenza ambientale dai servizi di igiene pubblica.

3. Qual è la filosofia di fondo del decreto n. 502?

Dovendo le Regioni approvare una serie di provvedimenti, si spera organici, è opportuno chiedersi se sia rintracciabile una filosofia di fondo nel 502, alla quale i provvedimenti regionali possano uniformarsi, per costruire sistemi locali intrinsecamente coerenti e consistenti rispetto al disegno nazionale.

La legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, la n. 833/78, era pensata in base ad un modello ben preciso di sistema sanitario, occorre ora capire se il decreto di riordino costituisca o meno la rottura di questo modello e la sua sostituzione con uno alternativo. In altre parole, ci si domanda quale sia il modello di sistema sanitario nazionale insito nel disegno di riordino a cui le Regioni possano far riferimento per le scelte che sono chiamate a declinare.

La tesi che qui vorremmo assu-

mere, in sintonia con il dibattito in corso, è che il decreto n. 502 non intenda o riesca a prefigurare un preciso modello di sistema sanitario nazionale, ma che costituisca una norma per molti aspetti indeterminata, che lascia, su molte questioni, proprio al legislatore regionale il compito di decidere un assetto per il sistema.

Cercheremo ora di descrivere quali sono le principali questioni lasciate indeterminate dallo schema di riordino che necessitano una definizione da parte del legislatore regionale.

3.1. Concorrenza e governo pubblico del sistema

Le due principali istanze che le riforme dei modelli sanitari occidentali hanno cercato di introdurre sono:

— introduzione di elementi di concorrenza per stimolare l'aumento della funzionalità;

— mantenimento di un forte presidio pubblico che garantisce equità ed accesso a tutte le fasce sociali.

Anche i circuiti fondamentali dei sistemi sono due: quello di acquisto dei servizi e quello di erogazione dei servizi stessi. Pertanto, per preservare contemporaneamente le due principali istanze (funzionalità ed equità) i modelli sanitari le hanno allocate l'una ad un livello (acquisto o erogazione) e, di conseguenza, l'altra al rimanente.

Ad esempio, la riforma inglese ha collocato al livello di acquisto (purchaser) la garanzia di equità, mantenendo le agenzie di acquisto interamente pubbliche; mentre ha introdotto elementi di concorrenzialità a livello di erogazione dei servizi (provider), mettendo in concorrenza tra loro i produttori, che, a quel punto, potevano essere indifferentemente pubblici o privati. Il modello svedese ha invece adottato la strategia opposta. Ha preservato la garanzia di equità a livello di strutture di offer-

ta (fondamentalmente ospedali tutti pubblici) e ha introdotto elementi di concorrenzialità spingendo gli utenti a selezionare il presidio di offerta il più liberamente possibile, come se fossero in un mercato. Gli inglesi hanno mobilitato l'offerta, mentre gli svedesi hanno mobilitato la domanda.

Ciò che appare difficilmente realizzabile è la messa in mobilità contemporanea di domanda ed offerta, se non perdendo la possibilità di governo pubblico del sistema.

Il decreto n. 502 che sancisce il proliferare dei soggetti sia dal lato dell'acquisto sia dal lato dell'erogazione, di fatto mobilita sia la domanda sia l'offerta, cercando di introdurre concorrenzialità in entrambi i versanti (1). Infatti, sul lato degli acquirenti di servizi introduce le mutue assicuratrici, l'assistenza diretta con rimborso, le aziende ospedaliere, oltre all'Unità sanitaria locale, con una insistita libera scelta da parte del cittadino, come nel modello svedese. Dal lato dell'erogazione propone una pluralità di soggetti in concorrenza tra loro, dalle aziende ospedaliere all'Unità sanitaria locale, dal privato ex convenzionato al privato puro, fino all'attività a pagamento dentro le Unità sanitarie locali per loro servizi o di medici liberi professionali, come nel modello inglese.

La copresenza di questi due modelli rende il sistema indeterminato, dall'esito non del tutto prevedibile.

Le scelte delle singole Regioni potranno perciò rivelarsi determinanti, spingendo i singoli sistemi regionali in una direzione piuttosto che nell'altra (pensiamo ad esempio all'istituto delle mutue volontarie, la cui nascita deve essere preventivamente recepita dalla programmazione regionale, o all'individuazione e al finanziamento degli ospedali azienda, anch'essi di regolamentazione regionale). Le Regioni dovranno quindi pre-

sumibilmente scegliere su quale versante inserire la prevalenza degli elementi di concorrenzialità e su quale mantenere la prevalenza del presidio pubblico. Un primo importante indicatore di tale scelta potrà essere evinto dalla regolamentazione che verrà fatta del settore privato.

3.2. *U.s.l. acquirenti o U.s.l. erogatrici di servizi?*

Il decreto di riordino del S.s.n. avvia un processo destinato ad allargare progressivamente l'area della tariffazione delle prestazioni nel sistema. In particolare le tariffe sono previste per determinare il finanziamento degli ospedali azienda, per pagare il privato e per finanziare la mobilità interU.s.l.

Ciò che invece è lasciato indeterminato dal decreto è il meccanismo di finanziamento dei soggetti del sistema infraregionale. In particolare ci si domanda:

— come finanziare le U.s.l.: tendenzialmente a quota capitaria o tendenzialmente per il livello di attività oppure in base alla spesa storica?

— chi paga le prestazioni degli ospedali azienda, dopo che dal Fondo sanitario regionale sono state coperte le spese di gestione dal 30 all'80%: l'U.s.l. di appartenenza del paziente o la Regione?

— chi trasferisce le percentuali delle quote capitarie alle mutue volontarie: l'U.s.l. o la Regione?

— chi rimborsa i pagamenti diretti dei cittadini?

— chi paga la mobilità interU.s.l., sia quella infraregionale sia quella intraregionale?

Se su un punto possiamo trovare un accordo generalizzato questo è l'esigenza di allontanarsi progressivamente dal criterio della spesa storica. Ma anche qui sorge il problema con quale gradualità ciò debba avvenire, senza correre il rischio di far saltare finanziariamente un sistema

molto rigido come quello sanitario, strutturato su una prassi consolidata da anni.

Una volta risolto il dubbio, da parte della Regione, della velocità con cui fuoriuscire dal criterio di riparto in base alla spesa storica, rimane la scelta tra due modalità profondamente diverse per finanziare le Unità sanitarie locali: tendenzialmente a quota capitaria o tendenzialmente per livelli di attività remunerati a tariffa (2).

Questa domanda difficilmente può trovare riposta prima di chiarirsi un ulteriore punto, cioè quale destino prefigurare per le U.s.l., anche acquirente di servizi o soltanto produttore?

Se dopo il graduale superamento della spesa storica, si intendesse l'U.s.l. anche come acquirente di servizi allora sarebbe ipotizzabile un criterio vicino alla quota capitaria. Ciò implicherebbe che le tariffe per gli ospedali azienda, le quote delle mutue volontarie, la mobilità e i rimborsi sarebbero pagati dalle Unità sanitarie locali per tutti i propri cittadini di appartenenza. L'U.s.l. di fatto funzionerebbe anche come agenzia assicurativa acquirente di servizi per i propri iscritti.

Se al contrario, si intendesse finanziare le U.s.l. con un criterio più vicino alla remunerazione dei livelli di attività, logicamente ciò comporterebbe una concezione dell'Unità sanitaria locale prevalentemente come struttura di offerta e non anche come agenzia assicurativa, acquirente di servizi per i propri iscritti. Questo implicherebbe un pagamento degli ospedali azienda, delle mutue volontarie, della mobilità, dei rimborsi da parte della Regione, unico acquirente del sistema.

Il decreto n. 502 contiene anche per questa partita possibili destini opposti, dal momento che alla Regione è imposto di legiferare per regolare i criteri per i futuri riparti del Fondo sanitario regionale.

3.3. *Tecnocrazia o gestione partecipata?*

Il decreto n. 502 conferma il processo in corso di progressivo passaggio verso assetti istituzionali in cui prevale la funzione tecnocratica rispetto a quella politica. Molto potere è consegnato alle mani dei direttori generali, indirizzati e controllati da un organismo sostanzialmente debole: la conferenza dei sindaci, composto da non più di sette sindaci dei Comuni facenti capo all'Unità sanitaria locale.

Al legislatore regionale è lasciata la facoltà di mitigare o confermare questa impostazione, attraverso il compito assegnatogli di regolamentare nel dettaglio il ruolo e le procedure della conferenza dei sindaci, della conferenza dei sanitari e degli istituti di partecipazione dei cittadini, soprattutto quelli organizzati nel volontariato, nelle associazioni di tutela dei diritti e nel sindacato.

Infatti l'ampliamento o la limitazione del ruolo e dei poteri di questi organismi può caratterizzare l'azienda Unità sanitaria locale confermandone la natura tecnocratica, o all'opposto, indirizzandola verso significativi momenti di gestione partecipata. Ad esempio alcune Regioni, in sede di risonizzazione, sembrano orientate a rispettare il dettato di legge che prevede la coincidenza territoriale delle nuove Unità sanitarie locali con l'ambito provinciale, lasciando però un'ampia autonomia a un livello territoriale coincidente a quello delle precedenti U.s.l. In questo modo si pensa di mantenere un livello istituzionale decentrato, concepito come momento di partecipazione e gestione territoriale.

Dunque anche per quanto riguarda l'assetto istituzionale, il 502 prospetta un campo di indeterminazione (seppur meno ampio di quanto succeda per altri temi), entro cui il legislatore regionale deve collocarsi.

4. Una strategia di fondo nell'applicazione del 502 per le Regioni

Se il 502 costituisce uno schema di riforma « aperto », allora risulta difficile ritrovare in esso quella filosofia di fondo a cui le Regioni possono rifarsi per le decisioni di loro competenza. Si profila quindi l'esigenza, per i singoli assessorati alla sanità, di definire propri modelli di funzionamento dei sistemi locali, a cui poter ricondurre poi tutte le singole scelte.

La necessità di analizzare e definire modelli di funzionamenti per i sistemi regionali non risulta però del tutto consistente con i tempi stretti che sono stati imposti e con i risultati che hanno finora saputo raggiungere molte Regioni in tema di programmazione sanitaria. Se a questo si aggiunge la difficoltà oggettiva che costituisce la definizione di un modello sanitario regionale, si comprende come le Regioni si sono viste costrette a procedere pragmaticamente alla soluzione di tutti gli interrogativi attuativi posti dal 502, più che a soffermarsi nell'elaborazione di un modello generale di funzionamento del loro sistema locale.

Il risultato della definizione sequenziale di alcune questioni chiave è comunque la costruzione di un modello di sistema regionale, le cui caratteristiche generali sono verificabili *ex post*, alla fine del processo decisionale. Lo sforzo a cui le Regioni sono chiamate è perciò quello di impostare pragmaticamente mutui aggiustamenti successivi, in modo da rendere coerenti le loro prime proposizioni con quelle successive, man mano che il sistema regionale si va configurando.

Procedendo con questa logica le Regioni si sono confrontate con quelli che sono stati giudicati i problemi più rilevanti, che a nostro giudizio sono i seguenti:

— l'individuazione delle aziende ospedaliere;

— la risonnizzazione delle Unità sanitarie locali;

— l'assetto per la medicina di base;

— l'organizzazione delle Unità sanitarie locali;

— i criteri di finanziamento;

— le leggi di contabilità e gli strumenti di gestione;

— l'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema nelle aree metropolitane.

Nella rimanente parte dell'articolo analizzeremo i primi punti, cercando di definire per essi una possibile strategia di risposta, rimandando gli altri temi ad un successivo scritto.

5. L'individuazione delle aziende ospedaliere

Il decreto 502 prevede tre diversi criteri per definire le aziende ospedaliere (art. 4):

1) *possono* essere individuati come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione quelli che dispongono di tutte le seguenti caratteristiche:

a) presenza di almeno tre strutture di alta specialità,

b) organizzazione funzionale accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità;

2) *sono* ospedali a rilievo nazionale e di alta specialità i policlinici universitari (...), nonché i presidi ospedalieri in cui esiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina (...);

3) *possono* essere costituiti in azienda gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza, dotati del dipartimento di emergenza (...).

Dal testo del 502 emerge con chiarezza la necessità di definire criteri regionali per l'individuazione delle aziende ospedaliere perché la normativa lascia ampio spazio alla discrezionalità poiché:

1) in base al criterio « 1 » e « 3 » gli ospedali che rispettano le caratteristiche *possono e non devono* essere individuati come aziende ospedaliere;

2) il criterio « 2 » impone la « aziendalizzazione » degli ospedali che hanno la prevalenza del triennio formativo: la definizione del criterio di prevalenza è però un'altra volta un concetto molto discrezionale;

3) essendo la legge che disciplina le strutture di alta specialità eccezionalmente rigida, essa necessita una sua applicazione « interpretata », perché altrimenti vi sarebbe il rischio che nessun ospedale in Italia possedeva davvero tutti i requisiti.

Ogni Regione deve quindi valutare, alla luce del modello sanitario che prevede di costituire, se intende aziendalizzare, scorporandoli dalle Unità sanitarie locali, molti o pochi ospedali, per poter, di conseguenza, applicare i criteri in maniera selettiva o a maglie larghe. Lo spazio di discrezionalità per le Regioni in questo tema, invero già molto ampio, potrebbe diventare assoluto qualora avesse un esito favorevole il ricorso di incostituzionalità, che ha tra i suoi molti oggetti del contendere proprio la competenza (regionale o centrale) nell'individuazione degli ospedali azienda.

La logica di fondo alla base dell'istituto degli ospedali azienda è la loro valenza multizonale (gli utenti provengono da un bacino di utenza molto ampio, anche interregionale) da cui discende un'assetto istituzionale di assoluta autonomia dalle Unità sanitarie locali. La loro « diversità » è sancita soprattutto dal meccanismo di finanziamento, che

è disegnato per arrivare, almeno nel lungo periodo, a un meccanismo basato prevalentemente su tariffe per prestazioni. L'ospedale azienda è destinato quindi a competere in un mercato in cui offrire ad acquirenti, pubblici e privati, i propri servizi sanitari.

5.1. Tre ordini di motivi per limitare le aziende ospedaliere

Tre ordini di motivi ci spingono a suggerire di limitare il numero delle aziende ospedaliere (perlomeno per il breve periodo) e, di conseguenza, ad applicare rigidamente i criteri di individuazione:

I) *argomentazioni di ordine generale;*

II) *argomentazioni di ordine finanziario;*

III) *argomentazioni organizzative.*

I) *Motivazioni di ordine generale*

Una delle questioni chiave lasciate indeterminate dal 502, proposta nella nostra interpretazione della norma, è quella sul ruolo delle Unità sanitarie locali: prevalentemente acquirente o soprattutto erogatrice di servizi sanitari?

A questo proposito lo scorporo di molti ospedali azienda potrebbe avere due tipi di effetti:

a) molte U.s.l., trovandosi sprovviste dell'ospedale territorialmente più significativo, diventano presidi d'offerta prevalentemente per servizi territoriali e di I livello (medicina di base, specialistica, diagnostica strumentale);

b) se il riparto fosse tendenzialmente a quota capitaria, le U.s.l. diventerebbero anche acquirenti di servizi per i propri residenti presso gli ospedali azienda; viceversa, con un riparto tendenzialmente per livelli di attività, si limiterebbero a essere erogatrici di servizi territoriali e di I livello e l'acquirente del sistema sarebbe rappresentato dalla Regione.

Quindi, se escono molti ospedali dalle U.s.l., il sistema cambia di natura molto repentinamente, introducendo la divisione tra acquirente ed erogatore e questo, a nostro modesto avviso, non è stato ancora sufficientemente meditato. Anche qualora ci si volesse muovere verso un sistema diverso, che preveda molti ospedali azienda autonomi, ciò non può che essere frutto di un esplicito processo di trasformazione dai tempi medio-lunghi, per non creare eccessive tensioni nelle delicate fasi di transizione e comunque, la fase iniziale, deve prevedere un inizio graduale, con limitati scorpori dalle Unità sanitarie locali.

II) *Motivazioni di ordine finanziario*

a) Allo stato attuale pare difficile poter applicare il criterio di finanziamento previsto dal 502 che collega i trasferimenti agli ospedali azienda ai livelli di attività e alle tariffe per prestazioni, poiché:

— gli ospedali non dispongono di strumenti di gestione che rilevino i loro livelli di attività e a cui collegare le loro strutture di costo;

— servono parecchi esercizi per implementare e sviluppare questi strumenti di gestione;

— esiste il pericolo reale di forti scostamenti tra bilanci preventivi e conti consuntivi delle aziende. Tale ultima fattispecie porrebbe immediatamente la difficile alternativa di soccorrere un'altra volta a consuntivo le aziende in disavanzo e quindi di rendere poco credibile il nuovo meccanismo di finanziamento, e il rischio di un loro dissesto finanziario.

b) Limitare il numero delle aziende ospedaliere favorisce in questo momento la riflessione, l'analisi e la sperimentazione su quale sistema di finanziamento delle U.s.l. adottare, senza forzare un troppo repentino passaggio dal criterio della spesa storica. Come già esposto (cfr. 3.2.) il nodo cruciale pare essere la scelta di

chi debba pagare le tariffe delle prestazioni fornite dagli ospedali azienda: la Regione o le Unità sanitarie locali di residenza degli utenti. La prima opzione lascia intendere che ci si sposterà verso un sistema di riparto alle U.s.l., e naturalmente agli ospedali azienda, tendenzialmente per livelli di attività (es. con un sistema DRGs). La seconda opzione lascia intravedere un riparto tendenzialmente a quota capitaria per le Unità sanitarie locali, le quali pagheranno gli ospedali azienda acquistando loro servizi.

Limitare in una prima fase il numero degli ospedali azienda può permettere di studiare a fondo il problema, sperimentando in alcune realtà significative, potendo successivamente avviare il sistema regionale verso l'obiettivo definito, evitando i pericoli di squilibri finanziari a causa di un troppo repentino cambiamento.

c) La diffusione delle aziende ospedaliere e, di conseguenza, l'estensiva applicazione del finanziamento proporzionale al livello di attività farebbe esplodere in un sistema non maturo la quantità di attività, rendendo ancora più ingovernabile la crescita della spesa sanitaria.

III) *Motivazioni di ordine organizzativo*

a) In base al decreto n. 502 i presidi ospedalieri che rimangono all'interno delle Unità sanitarie locali *comunque* sono dotati di notevole autonomia gestionale e di conti economici separati tale da far apparire meno rilevante l'istituto dell'azienda ospedaliere.

b) Le future U.s.l. risonizzate, di dimensioni più estese, si troveranno più di un presidio ospedaliero. Questo permetterà finalmente di:

— creare reti locali integrate tra presidi;

— creare economie di scale;

— intervenire rispetto ai presidi da razionalizzare;

— aumentare il livello di specializzazione.

5.2. Come finanziare le aziende ospedaliere

Le Regioni devono effettuare un'altra importante scelta: disciplinare le modalità di finanziamento delle aziende ospedaliere. I principi che devono seguire, indicati dal 502 sono:

a) prevedere da parte della Regione di una quota del F.s.r. destinata alla copertura parziale delle spese necessarie per la gestione, determinata nella percentuale non inferiore al 30% e non superiore all'80% dei costi complessivi delle prestazioni che l'azienda è nelle condizioni di erogare, rilevabile sulla base della contabilità;

b) prevedere gli introiti derivanti dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite dalla Regione all'atto della costituzione in azienda tenuto conto del costo delle prestazioni medesime della quota già finanziata di cui alla lettera a) nonché dei criteri generali per la determinazione delle tariffe che verranno fissati dal ministero;

c) prevedere le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute da parte dei cittadini, gli introiti connessi all'attività libero professionale ed i corrispettivi relativi a servizi integrativi a pagamento;

d) prevedere i lasciti, le donazioni e le rendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda, ed eventuali altre risorse acquisite per contratti e convenzioni.

Per quanto riguarda il finanziamento regionale sub a) i nodi critici sono:

- la determinazione della percentuale;

- determinazione dei costi totali previsti (costi complessivi) sulla base di determinate ipotesi di saturazione della capacità produttiva attuale.

Per quanto riguarda invece gli « introiti » sub b) solo impropriamente

possono essere rappresentati come tariffe per prestazioni, perché in realtà corrispondono ancora a trasferimento di risorse, cioè un riparto regionale però al criterio del volume delle prestazioni erogate. Sarebbe inesatto definire quello che costituisce ancora un sistema di finanziamento, seppur con criteri rivisti, pagamento delle prestazioni, a causa dell'assenza di una netta separazione istituzionale tra ente pagatore ed ente erogatore (a causa della percentuale fissa) e a causa della mancanza di un adeguato capitale circolante da parte dell'ente erogatore.

I nodi critici per il pagamento delle prestazioni sono:

- definizione, rispetto a comportamenti indotti e a fattibilità amministrativa, di una misura di output per le prestazioni in regime di ricovero (giornate di degenza, numero ricoveri, DRG);

- definizione del sistema tariffario tenendo conto delle seguenti considerazioni:

- * per le prestazioni ambulatoriali esistono alcuni tariffari « consolidati » (incentivazione della produttività, nomenclatore tariffario), mentre per il regime di ricovero il riferimento da considerare è dato dal pagamento della mobilità per le degenze in strutture private convenzionate;

- * necessità di mantenere un raccordo, che risulta però problematico, tra il sistema tariffario usato per il finanziamento (prezzi di trasferimento o criteri di finanziamento) e quello relativo alle entrate proprie (ticket e prestazioni a pagamento);

- * quale sia il soggetto a carico del quale venga posto l'obbligo di erogare il finanziamento (Regione o U.s.l.?).

Gli introiti sub c) e sub d) sono sostanzialmente vere e proprie forme di tariffazione, che da una parte aumentano le disponibilità finanziarie complessive del sistema (bisognerà definire se e in che misura ciò po-

trà essere trasferito alle aziende) e dall'altra parte hanno il vantaggio di aumentare immediatamente la liquidità. I nodi critici per queste voci di entrata sono:

- se e in che misura prevedere un'autonomia da parte delle aziende nella determinazione delle tariffe per consentire loro di manovrare la variabile prezzo al fine di competere con le strutture di erogazione private;

- come raccordare le tariffe di riferimento per i ticket (si rammenti che queste rappresentano una forma, seppur impropria, di imposizione che deve essere tendenzialmente uniforme) e quelle per le prestazioni integrative o per le prestazioni erogate a favore di soggetti che pagano integralmente (mercato competitivo);

- se e in che misura tali introiti siano da considerarsi sostitutivi delle altre forme di finanziamento (privilegiando in questo modo la ricerca dell'equità, considerando la sola liquidità immediata come incentivo sufficiente per incrementare tali forme di finanziamento) o se piuttosto questi siano aggiuntivi rispetto alle altre forme di finanziamento (in questo modo si incentiverebbe il comportamento competitivo).

Prima di risolvere questi problemi le Regioni devono definire la logica complessiva del finanziamento alle aziende ospedaliere, in particolare se il finanziamento deve comprendere una parte di risorse destinate a investimento. In altre parole bisogna decidere se lo sviluppo infrastrutturale e tecnologico viene in larga parte deciso dall'azienda stessa (e in questo caso il meccanismo deve prevedere un margine per l'autofinanziamento) o se lo sviluppo deve dipendere da scelte regionali (in questo caso si finanziano solo parte dei costi).

Successivamente è possibile definire quale sia la logica da applicare alla definizione della base tariffaria per il finanziamento delle prestazioni: a costi marginali o a percentuale del

costo pieno che consenta una parte di « profitto » per i futuri investimenti.

Occorre inoltre prevedere il meccanismo di collegamento tra preventivo e consuntivo sia nel caso di spostamento positivo (surplus) che negativo (disavanzo). Questo meccanismo va ricerca in un punto intermedio tra i due estremi:

— totale responsabilità dell'azienda (dello scostamento si fa carico o ne trae vantaggio l'azienda);

— posto che a consuntivo le prestazioni sono già state erogate, viene posto un tetto allo scostamento tramite meccanismi tariffari (tariffe decrescenti) o la forfettizzazione dei saldi finanziari.

6. Rizonizzazione delle U.s.l.

Il decreto n. 502 impone la revisione territoriale delle costituenti U.s.l. azienda che « di norma deve coincidere con l'ambito provinciale ». Questo significa un aumento considerevole del territorio e del bacino di utenza rispetto alle Unità sanitarie locali attuali e, di conseguenza, un incremento della complessità gestionale, in termini di bilancio, dipendenti, numero di presidi presenti in una « macro U.s.l. » e in termini di complessità istituzionale (numero di Comuni coinvolti).

Il legislatore, specificando che l'estensione di norma deve coincidere con l'*ambito provinciale*, ha indotto due conseguenze:

1) l'aumento dell'estensione territoriale deve essere consistente, arrivando a significativi accorpamenti delle attuali U.s.l.: vi è quindi una chiara volontà di superamento dell'attuale frammentazione gestionale, fino ad arrivare a comprendere tutte le U.s.l. che insistono su una Provincia;

2) la precisazione che ciò deve avvenire di norma, lascia intendere

che vi è spazio per studiare specificità locali e rizonizzazioni di dimensioni diverse.

Le specificità che richiedono analisi particolari possono essere individuate ne:

— le aree ad altissima densità abitativa, tipicamente le aree metropolitane e i loro circondari; soprattutto se dotate di un ingente numero di risorse e di presidi di offerta sanitari;

— le aree a bassissima densità abitativa e/o caratterizzate da significative distanze o rilevanti ostacoli geografici (tipicamente le aree montane);

— le aree caratterizzate da ingenti flussi storici di utenza che superano i confini geografici;

— le aree caratterizzate da percorsi storici, consolidati nel tempo, di collaborazione o di conflittualità istituzionali.

Se dunque l'azzoneamento delle nuove « macro U.s.l. » non è un'applicazione meccanica di una norma come accadrebbe su tutte le zone avessero dovuto coincidere per legge con le Province, e se non vi è intenzione di compiere una mera operazione di facciata lasciando in piedi le vecchie Unità sanitarie locali conpendole ufficialmente come distretti, allora questa diventa una decisione rilevante.

La definizione delle aree deve perciò essere il frutto di un percorso decisionale articolate che è possibile impostare nelle seguenti tre fasi:

1) Definizione dei criteri dimensionali:

— implicazioni derivanti dalla scelta dimensionale delle Unità sanitarie locali;

— modelli di riferimento per il Sistema sanitario regionale;

— definizione di criteri dimensionali generali di riferimento per l'azzoneamento.

2) Applicazione dei criteri di dimensionamento in base ai flussi e

ai bacini di utenza e alle complessità organizzativa e istituzionale delle aziende U.s.l.

3) Procedimento iterativo:

— verifica dei criteri dimensionali dopo la loro prima applicazione;

— eventuale ridefinizione e/o perfezionamento dei criteri dimensionali;

— nuova applicazione dei criteri dimensionali per l'individuazione delle U.s.l.

In sintesi il processo di definizione delle zone deve partire dalla definizione di una dimensione obiettivo per le U.s.l., magari differenti per le aree eterogenee della Regione; procedere con una prima applicazione della soglia dimensionale ai flussi di domanda e alle caratteristiche strutturali delle aziende; per concludere con un feed back sulla dimensione obiettivo, qualora la sua concreta applicazione ne avesse palesato qualche debolezza o incoerenza. Ci soffermeremo ora ad analizzare la prima fase del processo, cioè l'individuazione delle dimensioni obiettivo delle Unità sanitarie locali, essendo gli altri passaggi prevalentemente applicazioni empiriche dei flussi alla luce della soglia dimensionale individuata.

6.1. I criteri per l'individuazione delle dimensioni

La complessità tipica della sanità si riflette sul problema dell'individuazione della dimensione obiettivo delle Unità sanitarie locali e quindi non è possibile individuare un unico criterio guida, trattando gli altri come fattori limitanti, ma bisogna contemperare esigenze diverse copresenti.

L'individuazione di un'ipotesi di dimensionamento delle U.s.l. deve essere coerente con i seguenti elementi di valutazione:

A) l'efficienza istituzionale;

B) i problemi di accesso dell'utenza;

C) l'efficienza gestionale;

D) Significatività dell'erogazione diretta ai propri iscritti

A) L'efficienza istituzionale

La dimensione della U.s.l. influenza diversi elementi dell'assetto istituzionale, che bisogna contemperare per arrivare alla definizione di un criterio dimensionale per la Regione.

I rapporti interistituzionali

La dimensione delle U.s.l. influenza la capacità di governo unitario dell'intero sistema regionale. U.s.l. e Regione. U.s.l. di dimensione provinciale, quindi molto grandi, possono rendere problematica la capacità di reale governo a livello regionale a tutto vantaggio dell'autonomia aziendale, e viceversa.

L'appartenenza istituzionale

Non sempre i meccanismi gestionali interni possono sostituirsi all'appartenenza istituzionale nell'orientare i comportamenti delle strutture: ogni presidio d'offerta è influenzato dall'istituzione di appartenenza (es. ospedale dentro e fuori dell'U.s.l.). Risulta quindi importante valutare le ipotetiche conseguenze dell'appartenenza a una futura Unità sanitaria locale piuttosto che un'altra per quelle esistenti e per i presidi sanitari in esse contenute.

Il meccanismo istituzionale

Il decreto n. 502 incarica le Regioni di definire i regolamenti attuativi dei circuiti istituzionali, in particolare della conferenza dei sindaci, degli organismi consultivi dei dipendenti e degli istituti di partecipazione. La dimensione obiettivo adottata per le U.s.l. influenza l'assetto che occorre dare ai diversi circuiti istituzionali, in quanto è ben diverso organizzare una conferenza dei sindaci o meccanismi di partecipazione in Unità sanitarie locali molto estese o di modeste dimensioni.

Le regole finanziarie

L'efficienza del circuito istituzionale interU.s.l. deve essere coerente con le regole del gioco: ad esempio, se le Unità sanitarie locali sono sufficientemente grandi aumentano le probabilità di poter applicare un sistema di finanziamento a quota capitaria, potendo prevedere limitati fenomeni di mobilità e contenuti meccanismi di pagamento della mobilità interU.s.l.

Quale ruolo per la Provincia per la sanità

Il decreto n. 502 riapre il dibattito su quale ruolo sia da assegnare alla Provincia nel campo sanitario. È evidente che la perfetta coincidenza delle Unità sanitarie locali con l'ambito provinciale, non può che rafforzare il ruolo di questo livello di governo sulla sanità, per ora, invero, piuttosto debole. La scelta della dimensione obiettivo, comporta quindi anche questa rilevante conseguenza istituzionale.

B) I problemi di accesso dell'utenza

La dimensione dell'U.s.l. influenza alcuni aspetti rilevanti in rapporto con l'utenza:

— la possibilità di attivare dei meccanismi che garantiscano una certa equità nella popolazione servita dalla U.s.l., soprattutto in rapporto alle future scelte di dislocazione delle strutture di offerta o di de/potenziamento di alcuni presidi piuttosto che altri. Il rilancio della distrettualizzazione potrà essere una risposta almeno parziale a questo;

— la coerenza con la passata storia di appartenenza istituzionale, che avrà creato legami e tradizioni: se le nuove Unità sanitarie locali sono accorpamenti di vecchie Unità sanitarie locali e non smembramenti, l'utenza ritrova i propri canali tradizionali.

C) L'efficienza gestionale

La dimensione dell'U.s.l. influenza quasi tutte le leve gestionali:

— capacità di governo unitario e strategico dell'azienda;

— economie e diseconomie di scala di produzione (es. lavanderia unica);

— economia e diseconomie di specializzazione (quali sono le dimensioni possibili entro le quali è ipotizzabile specializzare le strutture di offerta senza dover pagare dei costi eccessivi di integrazione dei presidi);

— sinergie manageriali, organizzative e finanziarie.

D) Significatività dell'erogazione diretta ai propri iscritti

La dimensione delle Unità sanitarie locali può influenzare la percentuale della domanda di servizi sanitari, proveniente dai propri iscritti, che verrà soddisfatta « autarchicamente », cioè dalle proprie strutture di offerta. Questo può essere un elemento di valutazione solo se valgono le seguenti due ipotesi:

a) al crescere della dimensione dell'Unità sanitaria locale aumenta la quota parte della domanda e/o bisogno sanitario soddisfatta dall'Unità sanitaria locale di appartenenza (al contrario, nel modello inglese che separa acquirente ed erogatore, non è rilevante l'erogazione dei servizi nell'Unità sanitaria locale di residenza);

b) il comportamento delle strutture di offerta è in relazione alla situazione di appartenenza o non appartenenza istituzionale dell'utente.

Per contemperare anche quest'ultimo elemento nella definizione del criterio dimensionale, occorre quindi assumere un preciso modello di funzionamento del sistema regionale che fondamentalmente non separi acquirente da erogatore, e credere che l'appartenenza o meno all'Unità sanitaria locale in cui si riceve la prestazione influenzi le caratteristiche del servizio.

Alla luce di tutte queste considerazioni è possibile definire localmente una dimensione obiettivo per le Unità sanitarie locali regionali, che naturalmente sarà diversa in corrispondenza delle caratteristiche locali, dai problemi di natura istituzionale al livello raggiunto negli strumenti gestionali. La dimensione obiettivo così individuata deve essere applicata ai concreti flussi di domanda, alla distribuzione territoriale delle strutture di offerta, alle caratteristiche geografiche per definire l'ambito territoriale delle nuove Unità sanitarie locali.

7. La medicina di base

Il decreto n. 502 presenta alcune rilevanti novità per la medicina di base (assieme ad alcuni significativi richiami a principi già affermati precedentemente), molte delle quali devono essere regolamentate e definite dalle Regioni.

— Responsabilizzazione dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS) sull'intero ammontare della spesa indotta dal loro comportamento prescrittivo.

— Eliminazione guardia medica.

— La continuità assistenziale notturna e festiva deve essere garantita dai MMG, anche attraverso forme di associazionismo medico.

— Richiamo alla necessità di distrettualizzare le nuove macroU.s.l. (art. 3, comma b). La nuova dimensione delle Unità sanitarie locali richiede un'attenzione particolare al problema dell'accesso ai servizi, quindi la diffusione territoriale di punti di offerta, in particolare per i servizi di primo livello, cioè quelli più frequentemente utilizzati: medicina di base, specialistica e diagnostica strumentale. Questo può significare il tentativo di rilanciare il processo di distrettualizzazione, proba-

bilmente con dei bacini di riferimento più ampi di quelli attuali e con un ampliamento della gamma dei servizi offerti. Il decreto richiama la distrettualizzazione proprio nel comma seguente a quello relativo alla rizonizzazione delle Unità sanitarie locali.

— La nuova convenzione per i MMG e i PLS deve prevedere una quota fissa per assistito, più una quota variabile per prestazioni particolari. È ipotizzabile legare la quota variabile ad incentivi per obiettivi rilevanti: rispetto di budget di spesa, partecipazione a programmi dell'Unità sanitaria locale, associazionismo medico, reperibilità-accesso, eccetera.

I principali spazi di intervento previsti per la Regione, in applicazione dei precedenti elementi sono i seguenti:

— definizione degli ambiti rispetto a cui legare la quota fissa e gli ambiti rispetto a cui legare la quota variabile del compenso dei MMG e dei PLS;

— incentivazione dell'associazionismo medico, attraverso un processo graduale;

— definizione dei parametri che disciplinano l'accesso alle funzioni dei MMG;

— sperimentazioni locali previste dalla futura convenzione nazionale dei MMG;

— intervento sulle mutue volontarie che riceveranno dal Fondo sanitario regionale una quota parte per assistito corrispondente al valore delle funzioni che assicurano per i propri aderenti.

Le mutue volontarie partiranno sperimentalmente se previste dalla programmazione regionale a partire dal 1985, anche in forme concordate o partecipate da parte di soggetti pubblici. È ipotizzabile che esse garantiranno una copertura assicurativa soprattutto per i servizi sanitari di primo livello.

7.1. I possibili modelli organizzativi per la medicina di base

Alla luce dell'ampio spettro di questioni che la Regione deve disciplinare per la medicina di base, emerge il bisogno di elaborare una strategia di fondo, rispetto a cui declinare le scelte particolari, che vanno poi contestualizzare rispetto alle singole realtà regionali.

I problemi che caratterizzato la medicina di base italiana possono probabilmente essere individuati nella debolezza del controllo sulla spesa generata dai singoli MMG e il loro isolamento dal resto dell'U.s.l., con tutto ciò che comporta in termini di impossibilità di implementare programmi a livelli di medicina di base, di aggiornamento, di sperimentazione. Il decreto n. 502 sembra offrire al legislatore regionale, in merito a questi aspetti, alcune opportunità. In particolare un possibile sistema remunerativo incentivante collegato a quote variabili, potrebbe essere usato per incoraggiare comportamenti prescrittivi corretti. Questo dovrebbe incentivare le Regioni e le U.s.l., a monitorare finalmente la spesa indotta dai MMG, avendo ora a disposizione un potenziale strumento di incentivo e quindi di responsabilizzazione dei medici.

Una seconda opportunità può essere vista nell'invito che pone il decreto ad incoraggiare l'associazionismo medico da un lato (anche per ovviare l'eliminazione della guardia medica) e a rilanciare la distrettualizzazione dall'altro (per superare i problemi di accesso determinati dalle nuove macroU.s.l.). Potenzialmente si delinea in questo modo uno scenario organizzativo completamente rinnovato, in cui è ipotizzabile disegnare assetti, che in qualche modo portino al superamento dell'isolamento del medico di base dall'U.s.l. e dai suoi programmi.

Lo stile direzionale adottabile in

questi possibili scenari organizzativi deve comunque rimanere coerente con il contesto di rilevante autonomia professionale che caratterizza la medicina in generale e la medicina di base in particolare. Infatti la pretesa di adottare uno stile « gerarchico censorio », sfruttando tutte le potenzialità coercitive di un sistema remunerativo a quote variabili, abbinato ad un efficace meccanismo di monitoraggio della spesa, non farebbe che concentrare tutta l'attenzione sul problema finanziario, rendendo impossibile il rilancio della tensione alla qualità della prestazione di prevenzione, diagnosi e cura della medicina di base, che è e rimane il vero obiettivo. Questo infatti è possibile solo riuscendo a far leva sull'autonomia professionale stessa, coinvolgendo i medici in momenti e strutture organizzative di collaborazione con colleghi e i responsabili dell'U.s.l., dove sia possibile l'aggiornamento, il confronto, la verifica del proprio operato e la definizione di profili di cura concordati comunemente. Inoltre, essendo spesso la prescrizione del MMG una conferma di quanto prescritto dagli specialisti, la costruzione di meccanismi o di ambiti in cui si recuperi il confronto o la negoziazione tra generalisti e specialisti può risultare un ulteriore passo verso la responsabilizzazione del MMG.

Alla luce di quanto detto i possibili modelli organizzativi per la medicina di base sono diversi. La scelta di uno di essi si intreccia profondamente con la scelta del modello remunerativo costruito nella definizione degli ambiti convenzionali rimessi alla Regione, per cercare più coerenze possibili. I modelli vanno letti alla luce di due variabili determinanti:

— integrazione del MMG con colleghi e con altri sanitari (crescente dalla proposta 1 alla 4): essa aumenta il potere negoziale del MMG verso gli altri sanitari e favorisce la logica dell'autocontrollo di gruppo;

— prossimità con l'assetto attuale (decescente da 1 a 4): determina i problemi di implementabilità della proposta.

I modelli qui di seguito descritti rappresentano quattro schematizzazioni dei possibili esiti delle scelte regionali, anche se non sono affatto da escludere assetti intermedi o la copresenza di più modelli per gruppi diversi di medici e/o per U.s.l. Infatti, oltre alla definizione di regole da parte delle Regioni, vi sarà maggiore spazio di gestione da parte delle U.s.l.

1) Medico Gatekeeper

In questo primo possibile modello il MMG rimane dal punto di vista organizzativo collocato come è attualmente, in un assoluto contesto di indipendenza.

Si verifica *ex post* l'ammontare della spesa da lui indotta, contabilizzando i consumi sanitari dei suoi pazienti. Viene premiato, attraverso il sistema remunerativo, nel caso di contenimento della spesa entro certi tetti. Di fatto corrisponde alla situazione attuale letta alla luce del 502.

2) Medico acquirente

Il MMG viene dotato di un budget di spesa corrispondente al numero degli assistiti. Egli acquista servizi per i propri pazienti da specialisti e laboratori diagnostici di sua fiducia, nel limite del budget assegnatoli. Le tariffe potrebbero essere definite (nazionalmente o localmente) oppure negoziate direttamente dal MMG con gli altri sanitari. Risparmi sul budget potrebbero essere usati come premio incentivante diretto (in percentuale) e/o per investimenti per l'ambulatorio (strumenti diagnostici, infermeria, informatica, ecc.).

In questo modello aumenterebbe notevolmente il potere negoziale del MMG verso altri sanitari e la responsabilizzazione anche per prescrizioni suggerite dagli specialisti.

3) Medicina di gruppo

I MMG si associano e ottengono un budget di gruppo, che sarà statisticamente più significativo del budget per singolo medico. Acquistano, come nel modello precedente, servizi diagnostici e specialisti, con un incentivo per il gruppo nel caso di rispetto del budget di spesa.

Il gruppo di medici diventa un ambito di verifica e discussione reciproca, tra colleghi di pari livello, stimolati collettivamente al raggiungimento di risultati che comportano vantaggi di gruppo. Il gruppo può diventare più agevolmente un interlocutore dell'U.s.l. per programmi di screening, ricerca e aggiornamento professionale.

L'associazionismo permette di risolvere con meno oneri individuali la soppressione della guardia medica, potendosi turnare la notte e nei giorni festivi.

4) Medicina di gruppo integrata con diagnostica e specialistica

Si creano dei gruppi integrati composti da MMG, specialisti e laboratoristi, che gestiscono strutture di assistenza sanitaria di primo livello, decentrate territorialmente nella macroU.s.l. Ogni gruppo integrato gestisce un budget di risorse per il proprio presidio sanitario di primo livello (cioè gli attuali distretti socio-sanitari con una gamma di prestazioni leggermente allargata) con cui deve coprire tutte le proprie spese. Percentuali su eventuali risparmi compongono l'incentivo remunerativo per MMG, specialisti e laboratoristi, nonché una risorsa per investimenti nel presidio di offerta. In questo modello come nel precedente, i servizi richiesti da propri iscritti altrove, di competenza del presidio, vengono pagati con il budget del presidio stesso.

In questo assetto la collaborazione tra sanitari che erogano servizi di primo livello è massima, in quanto

vi sono obiettivi e incentivi comuni. Anche il rapporto con l'U.s.l. è notevolmente facilitato.

Questi modelli rappresentano evidentemente delle schematizzazioni semplificate e, soprattutto gli ultimi, delle possibili linee di tendenza, rese praticabili dal 502, che necessitano una regolamentazione regionale e un'attenta gestione a livello di U.s.l. e non possono essere implementate se non molto gradualmente, a partire da forme di sperimentazione. La scelta verso quale modello organizzativo far tendere la medicina di base costituisce quindi un altro non significativo per la decisione regionale.

(1) L'assenza di un forte presidio pubblico contemporaneamente sul versante d'acquisto e di erogazione è conosciuto

solo dal sistema tedesco, che recupera l'indirizzo pubblico al sistema, tramite « l'azione sanitaria concertata ». Questa si esplica tramite la negoziazione congiunta di obiettivi tra i diversi settori, cioè le mutue assicuratrici (prevalentemente no profit) e i rappresentanti delle agenzie e delle categorie delle strutture di offerta.

(2) Il richiamo insistito del concetto della « tendenzialità » nel criterio di riparto è voluto, per sottolineare come qui si stia ragionando per schemi necessariamente semplificati, sottintendendo quindi che gli sviluppi pratici inevitabilmente avranno degli esiti « misti ». Quello che importa a questo livello è sottolineare le diverse conseguenze che implica la prevalenza di un modello sull'altro.

BIBLIOGRAFIA

AA. VV., *Il riordino del S.s.n.: commenti dall'Europa*, in *Mecosan* n. 5/93.

BORGONOV E., *Non è facile per le U.s.l. vincere la « partita doppia »* (D.L. n. 502), in Guida normativa del Sole 24 Ore, 1993.

BURANI G., *Sanità: semplice riordino o vera riforma?* Ed. Monti, Saronno (Va), 1993.

CITTONI G., DI BIASE, *Il sistema sanitario italiano: linee di riforma*, ISPE, 1992.

D'ELIA L. (a cura di), *Il decreto legislativo per il riordino del Servizio sanitario nazionale. Prodromi, riferimenti normativi e problemi applicativi del D.L. n. 502*, SIPIS, Roma 1993, ISBN 88-86194-05-6.

DIRINDIN N., *La determinazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria: alcune questioni preliminari*, in *Mecosan* n. 4/92.

GARATTINI L., *Il Servizio sanitario nazionale: organizzazione, servizi, finanziamento*, Kailash, Milano 1992.

Esperienze innovative

Sezione 3^a

UNA STRATEGIA PER LA RIFORMA SANITARIA NELLA REGIONE ABRUZZO

di Mario Collevocchio

Ministero dei trasporti - Direzione generale programmazione - Roma

SOMMARIO: 1. Le premesse - 2. La strategia - 3. Le tematiche - 4. Le regole - 5. L'orientamento - 6. Le attese.

Le premesse

Il riordino della disciplina in materia sanitaria operato, sul piano normativo, con il D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, costituisce tuttora oggetto di forti critiche e di diffusa diffidenza soprattutto nell'opinione pubblica.

Tale atteggiamento è, d'altra parte, giustificato dall'improvvisa sterzata impressa alla riforma che, dopo anni di difficile gestazione in sede parlamentare, ha visto la luce in pochi mesi attraverso lo strumento del decreto legislativo emanato in attuazione della delega conferita al Governo con la L. 23 ottobre 1992, n. 421.

Sono note a tutti le vicende politiche che hanno reso quasi obbligatoria detta scelta.

Il governo Amato, sotto la spinta dell'emergenza della situazione economica del Paese e del crollo dei mercati finanziari, ha ritenuto di dover intervenire in quei settori di spesa che più incidono sulla politica del bilancio chiedendo e ottenendo dal Parlamento un ampio potere di delega sui quattro temi cruciali della sanità, del pubblico impiego, della previdenza, della finanza territoriale.

La nuova disciplina della sanità, dunque, mentre riprende da un lato le linee di fondo della riforma strutturale in senso aziendalistico, già elaborate in sede di dibattito degli ultimi anni, risente di una serie di disposizioni restrittive dei livelli di assistenza che, in nome dell'efficienza e dell'efficacia del sistema, implicano gravi problemi di equità e rimettono in discussione il ruolo dello Stato-sociale.

La forte caratterizzazione al trasferimento alle Regioni della responsabilità del funzionamento complessivo del sistema, non accompagnato da adeguate misure di garanzia soprattutto in termini normativi e finanziari, determina immediatamente gravi posizioni conflittuali che sfociano nel ricorso alla Corte costituzionale da nove Regioni.

A tale situazione si aggiungono le dimissioni del Ministro della sanità proponente, le contestazioni delle associazioni mediche, i paralleli provvedimenti sulla limitazione del diritto all'assistenza farmaceutica confusi e farraginosi (i famigerati « bollini ») che caratterizzano un esordio certamente infelice del processo di riforma.

D'altra parte, l'entrata in vigore di una legge dello Stato che trasforma profondamente il Servizio sanitario nazionale stabilendo nuove regole, ruoli e termini, la delimitazione precisa dell'intervento finanziario dello Stato nel campo della sanità, il difficile compito assegnato alle Regioni di realizzare in concreto il nuovo sistema determinano, nelle Regioni medesime, l'esigenza di prepararsi a dare attuazione al decreto legislativo n. 502/92, pure in attesa di modifiche che probabilmente ne lasceranno intatta la fisionomia di fondo.

La strategia

Nella regione Abruzzo si tenta di sperimentare un approccio ai problemi della riforma in maniera innovativa rispetto al passato, ma i vincoli sono numerosi.

Il quadro politico regionale è caratterizzato da una situazione di crisi e di precarietà derivante dalle note vicende di natura giudiziaria che hanno fortemente impressionato in questa Regione, come in altre parti d'Italia, l'intera opinione pubblica.

L'assetto organizzativo del settore

sanità della Regione è inadeguato e non in grado di assumere da solo il ruolo di preparazione e di proposta dei provvedimenti di riforma; anzi, proprio in vista dei nuovi e rilevanti compiti assegnati, richiede un profondo e razionale intervento di riordino e di potenziamento.

La partecipazione delle forze culturali al processo di riforma è inesistente a causa della separazione tra università e istituzioni, ciascuna delle quali è racchiusa in se stessa.

L'apporto dei sindacati si manifesta più in chiave critica e correttiva che non capace di elaborare disegni propositivi di ampio respiro.

L'azione amministrativa è lenta e impacciata e non ha radici solide a causa della mancanza di un Piano sanitario regionale e della tendenza a considerare i problemi di gestione della sanità in termini di emergenza, di improvvisazione o di routine.

Allo scopo di evitare il rischio di rimanere fermi in presenza di tanti ostacoli, si tenta, dunque, la via di coinvolgere un gran numero di operatori in un vasto e organizzato lavoro di gruppo.

Le linee strategiche dell'operazione, semplici e essenziali, consistono:

— nella scomposizione dei contenuti della riforma in una serie di tematiche definite da assegnare a diversi gruppi di lavoro;

— nella costituzione di gruppi misti di lavoro formati da funzionari dell'assessorato regionale alla sanità e da esperti e operatori esterni;

— nel fissare alcune regole fondamentali di funzionamento dei singoli gruppi;

— nell'assicurare il coordinamento e la verifica periodica del lavoro dei gruppi essenzialmente finalizzato all'elaborazione di proposte;

— nell'esame e nell'utilizzo delle proposte medesime da parte dell'assessorato regionale alla sanità ai fini della preparazione, su indicazione de-

GRUPPO 1

- 1 - Ricognizione dei documenti regionali di programmazione sanitaria e indicazione delle linee del nuovo Piano sanitario regionale (art. 1, comma 5, D.L.vo n. 502/1992).
- 2 - Studio del sistema degli indicatori di qualità per la programmazione sanitaria (art. 2).
- 3 - Analisi degli adempimenti regionali in ordine alla nuova normativa concernente la dirigenza e il personale (artt. 15, 16 e 17 e D.L.vo 3 febbraio 1993, n. 29).
- 4 - Studio di un nuovo assetto organizzativo del settore sanità della Regione e dei relativi servizi ispettivi (artt. 2 e 10, comma 2).

GRUPPO 2

- 1 - Verifica degli ospedali ai fini dell'individuazione delle aziende ospedaliere ex art. 4, commi 1, 2 e 3.
- 2 - Formulazione di proposte di riorganizzazione dei presidi ospedalieri sulla base delle disposizioni di cui all'art. 4, comma 3, della L. 30 dicembre 1991, n. 412 (art. 4, commi 9, 10 e 11).
- 3 - Esame della struttura e del ruolo delle case di cura private (artt. 1, 2 e 8, comma 4).

GRUPPO 3

- 1 - Definizione dei policlinici universitari (art. 6).
- 2 - Stipulazione dei protocolli d'intesa con le università per regolamentare l'apporto delle facoltà di medicina alle attività assistenziali del Servizio sanitario nazionale (art. 6).
- 3 - Formazione e aggiornamento del personale - scuole di specializzazione (art. 6).

GRUPPO 4

- 1 - Studio di una normativa regionale sull'organizzazione e sul funzionamento delle nuove Unità sanitarie locali e dei distretti sanitari di base: definizione territoriale, composizione degli organi, funzioni, proposte in ordine all'organizzazione e all'informatizzazione dei servizi (art. 3).
- 2 - Proposte per l'organizzazione dei servizi di emergenza (pronto soccorso, ambulanza e eliambulanza, rianimazione, SIP 118) (art. 4 e D.P.R. 27 marzo 1992).
- 3 - Proposte di riorganizzazione del dipartimento di salute mentale e dei servizi psichiatrici (art. 4, comma 10).

GRUPPO 5

- 1 - Verifica della qualità delle prestazioni, con particolare riguardo alla lettura ottica delle ricette, anche ai fini dell'attuazione dell'art. 4, comma 4, della L. n. 412/1992 (art. 10).
- 2 - Riordino dell'assistenza farmaceutica (art. 8, commi 2 e 3).
- 3 - Attuazione delle nuove convenzioni per l'erogazione delle prestazioni sanitarie (art. 8, commi 1, 4, 5 e 6).

GRUPPO 6

- 1 - Studi e proposte in ordine ai SERT, programmazione AIDS e ai consultori (L. n. 194/1978).
- 2 - Struttura e ruolo degli istituti e centri di riabilitazione pubblici e privati.
- 3 - Forme di tutela anziani, handicappati, età evolutiva, stati di emarginazione.
- 4 - Studio della disciplina dei rapporti con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini e del sistema degli indicatori di qualità per la verifica dello stato di attuazione dei diritti medesimi (art. 14).

GRUPPO 7

- 1 - Studio di una normativa regionale sul trasferimento alle U.s.l. e alle aziende ospedaliere dei beni mobili, immobili e delle attrezzature che fanno parte del patrimonio dei Comuni con vincolo di destinazione alle U.s.l. (art. 5, commi 1, 2, 3 e art. 12, comma 3, lett. c).
- 2 - Studio di una normativa regionale sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale delle U.s.l. e delle aziende ospedaliere (art. 5, comma 4).
- 3 - Metodiche di analisi e di controllo della spesa sanitaria anche ai fini dell'attivazione di eventuali forme di autofinanziamento (art. 13).

GRUPPO 8

- 1 - Proposte per l'istituzione e il funzionamento del dipartimento per la prevenzione con compiti di: prevenzione ambientale, igiene degli alimenti, prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, igiene e sanità pubblica.
- 2 - Proposte di riordino dell'assistenza veterinaria con riferimento alla sanità animale, all'igiene della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale, all'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.
- 3 - Nuova disciplina dei servizi di medicina legale e delle assicurazioni e di medicina del lavoro.
- 4 - Proposte per la riorganizzazione dei presidi multizonali di prevenzione (art. 7).

gli organi di direzione politica, dei provvedimenti legislativi e amministrativi di competenza della Regione;

— nella separazione tra la fase di elaborazione tecnica a livello di gruppi, fondata sulla professionalità e sull'esperienza dei singoli componenti, che si esprimono in piena libertà, e la successiva fase di proposizione e di gestione politica dei singoli provvedimenti.

Le tematiche

Sulla base della strategia indicata, agli inizi del mese di febbraio 1993 vengono insediati otto gruppi di lavoro formati normalmente da dieci componenti ciascuno.

L'intero contenuto della riforma sanitaria, prevista dal D.L.vo n. 502/1993, viene suddiviso in 27 argomenti che costituiscono i temi di riflessione e di analisi affidati ai singoli gruppi di lavoro (3-4 temi per gruppo).

Si evita di attribuire una denominazione ai gruppi allo scopo di accentuare l'attenzione sui singoli temi la cui aggregazione viene effettuata sulla base delle specifiche professionalità dei componenti.

I temi stessi vengono, inoltre, illustrati e definiti richiamando le singole disposizioni legislative cui si riferiscono.

Lo schema complessivo di distribuzione del lavoro che ne risulta è riportato a pag. 65

Accanto ai gruppi suddetti, vengono inoltre formati ulteriori gruppi professionali di lavoro, essenzialmente costituiti da primari e da docenti delle facoltà di medicina, con il compito di approfondire lo studio delle specifiche esigenze organizzative e funzionali delle singole discipline e specialità nell'ambito ospedaliero.

Le regole

Le regole stabilite per il funziona-

mento dei gruppi rispondono, in linea generale, all'esigenza di assicurare al lavoro la massima concretezza, evitando discussioni sterili o eventuali disimpegni da parte dei singoli.

Vengono, inoltre, individuati momenti di verifica e livelli di coordinamento in modo da dar vita ad un processo organizzato che vede coinvolti oltre cento persone.

In particolare, il « decalogo » per i gruppi di lavoro è il seguente:

1) I gruppi non dovranno avere una consistenza superiore a dieci componenti per evidenti ragioni di funzionalità.

2) In ciascun gruppo viene individuato un « referente » (che appartiene al settore sanità della Regione) e un « segretario ».

3) Occorre attribuire a ciascun gruppo un numero massimo di riunioni retribuite e il lavoro deve, pertanto, svolgersi a livello collegiale, ma svilupparsi anche a livello individuale.

4) In ogni riunione il segretario prenderà nota dei presenti e compilerà un brevissimo verbale. Occorrerà in ogni caso specificare gli apporti individuali al fine di poter conoscere gli effettivi livelli di partecipazione.

5) Alle riunioni dei gruppi partecipano anche il coordinatore del settore sanità della Regione e il consulente.

6) I gruppi si autogestiscono e organizzano il proprio lavoro secondo il seguente schema logico:

a) messa a punto dei temi assegnati e di eventuali interrelazioni;

b) studio analitico dei temi utilizzando le singole esperienze e le professionalità presenti nel gruppo;

c) elaborazione di rapporti scritti a carattere essenzialmente propositivo.

7) Il risultato del lavoro dei gruppi, di natura esclusivamente tecnica, costituisce una fase preparatoria e propositiva delle decisioni che competono agli organi della Regione.

8) Un primo termine dei lavori, comune a tutti i gruppi, è indicato nel 15 maggio 1993 con consegna dei rapporti sul lavoro svolto.

9) Riunioni generali di coordinamento e di verifica si terranno al termine di ciascun mese, e cioè entro il 15 marzo, il 15 aprile e il 15 maggio 1993.

10) L'assessore regionale alla sanità sarà costantemente informato dal coordinatore sullo stato di elaborazione degli studi e delle proposte.

L'orientamento

Particolare rilievo viene riservato alla fase di insediamento dei gruppi di lavoro. Si tratta di tracciare lo scenario di riferimento della riforma sanitaria e sottolineare gli aspetti maggiormente innovativi, quali quelli attinenti alla nuova concezione aziendale delle U.s.l. e alle conseguenti nuove logiche di gestione.

L'illustrazione, rivolta ai funzionari e agli esperti, ha lo scopo di orientare in linea di massima il lavoro da svolgere e viene schematizzata come nelle seguenti tabelle.

Nella tabella A è richiamata l'impostazione di fondo del S.s.n. attraverso la ripartizione delle funzioni in materia di sanità tra lo Stato, le Regioni e le Unità sanitarie locali, così come previsto dalla legge istitutiva 23 dicembre 1978, n. 833.

Nella tabella B vengono indicati e discussi alcuni punti critici fondamentali che hanno concorso a determinare l'insoddisfaccente attuazione del S.s.n. Essi sono individuati nell'equivoca natura giuridica delle U.s.l., nella difficoltà di introdurre modelli organizzativi omogenei ed efficienti, nell'assenza del Piano sanitario nazionale, nella persistente e grave inadeguatezza del Fondo sanitario nazionale, con conseguente ripiano dei disavanzi a piè di lista, nella generale carenza di moderne tecniche di ge-

stione, nel sistema caotico e inefficace dei controlli.

La tabella C indica i principali interventi legislativi effettuati negli ultimi quindici anni allo scopo di superare, o meglio di tamponare, gli inconvenienti che il sistema andava via via presentando.

Essi vanno dalle leggi finanziarie annuali, divenute ben presto le vere fonti regolatrici del finanziamento del S.s.n. in termini congiunturali, alla L. n. 595/1985 sul rilancio degli strumenti di programmazione sanitaria (anch'essa disattesa); dai provvedimenti sugli organi delle Unità sanitarie locali e sulle dotazioni organiche degli ospedali, all'esclusione dei politici dalla gestione delle Unità sanitarie locali con l'avvento degli amministratori straordinari.

La tabella D espone i ventuno principi e criteri direttivi contenuti nell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421 per la razionalizzazione e la revisione della disciplina in materia di sanità.

In attuazione di detta delega, e prima del termine stabilito, è stato emanato il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 il cui contenuto, in termini sistematici, è riepilogato nella tabella E.

La tabella F illustra, infine, in maniera schematica, il nuovo modello emergente di organizzazione e di funzionamento dell'Unità sanitaria locale-azienda.

In esso si può notare come nell'attuale sistema, comune anche agli altri enti pubblici, l'attenzione si concentra sugli organi i quali esprimono normalmente la propria volontà attraverso atti amministrativi.

Sul binomio organi-atti si è così sviluppata e consolidata la fisionomia tradizionale dell'ente pubblico e si è costruito l'intero sistema dei controlli, esasperando gli aspetti formali dell'amministrazione quasi che l'atto fosse, anziché strumento, il fine stesso dell'azione amministrativa.

Tabella A

S.S.N.	
STATO	<ul style="list-style-type: none"> — Programmazione sanitaria (P.S.R.) — Indirizzo e coordinamento — Livelli di prestazioni sanitari (minimi e uniformi) — Funzioni amministrative di livello nazionale e internazionale — Finanziamento — Controlli
REGIONI	<ul style="list-style-type: none"> — Funzioni legislative di disciplina e di organizzazione — Programmazione (P.S.R.) — Funzioni delegate — Finanziamento — Controlli
U.S.L.	<ul style="list-style-type: none"> — Gestione unitaria dei servizi sanitari nel territorio (l'ospedale è una struttura)
L. 23 dicembre 1978, n. 833	

Tabella B

PUNTI CRITICI	
— L'aspetto istituzionale Che cosa sono le U.s.l.?	— L'aspetto finanziario Quante risorse?
— L'aspetto organizzativo Quale organizzazione?	— L'aspetto gestionale Quali tecniche?
— L'aspetto programmatico Il P.S.N. è una chimera	— L'aspetto dei controlli Troppi e spesso inutili

Tabella C

INTERVENTI TAMPONE
— Leggi finanziarie annuali
— L. 23 ottobre 1985, n. 595 - « Norme per la programmazione sanitaria e per il P.S.N. 1986-88 »
— L. 15 gennaio 1986, n. 4 - Sulla miniriforma degli organi delle U.s.l.:
* Assemblée dell'associazione intercomunale (o della Comunità montana o Consiglio comunale)
* Comitato di gestione (5 o 7 componenti)
* Presidente
* Collegio dei revisori
— D.L. 8 febbraio 1988, n. 27 (convertito nella L. 8 aprile 1988, n. 109 e D.M. 13 settembre 1988) - « Misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria »:
* standards di personale per P.L. e per tipologia ospedaliera.
* tasso di utilizzazione 70-75%
— D.L. 6 febbraio 1991, n. 35, convertito nella L. 4 aprile 1991, n. 111 - « Misure urgenti per la riorganizzazione del S.s.n. » (introduzione amministratori straordinari)
— L. 30 dicembre 1991, n. 412
* Art. 4 (livelli uniformi, ticket, finanziamento, controlli)

È questa la c.d. « amministrazione per atti » che prevale ancora in maniera pressoché assoluta negli enti pubblici. La logica aziendale che caratterizza le nuove U.s.l. implica invece un necessario avanzamento del modello organizzativo e gestionale rivolto all'effettivo conseguimento degli obiettivi di tutela della salute.

Gli « atti amministrativi » assumono, in detta logica, un mero valore strumentale in quanto rivolti, insieme con altre manifestazioni di volontà degli organi direzionali non necessariamente formalizzate, ad acquisire e a combinare insieme fattori produttivi. Questi ultimi, nelle U.s.l. come in altri enti pubblici, sono essenzialmente costituiti dal personale e dai beni e servizi acquisiti e sono diretti a produrre prestazioni e servizi sanitari da erogare agli utenti.

Le prestazioni non costituiscono tuttavia obiettivi finali in quanto, a loro volta, sono orientate a soddisfare bisogni sanitari e assumono pertanto la natura di obiettivi intermedi.

Il conseguimento del livello di assistenza sanitaria prefissato, in termini di effettiva soddisfazione del bisogno sanitario, rappresenta dunque la vera conclusione del processo.

In questo modello, molto schematico, trovano appropriata collocazione i concetti di efficienza, di efficacia e di economicità, così come indicato nell'individuazione grafica dei relativi elementi di raffronto. Allo stesso modo, si può osservare come il passaggio da un sistema di controlli amministrativi sugli organi e sugli atti ad un sistema di controllo di gestione o almeno la coesistenza dei due sistemi, implichi una trasformazione profonda del modo stesso di concepire e di organizzare la gestione delle U.s.l.

La realizzazione dell'U.s.l.-azienda prevista dalla riforma richiede necessariamente detta trasformazione.

Le attese

L'orientamento suggerito ai grup-

pi di lavoro, dunque, quello di cercare di invertire le prassi normalmente seguite nell'approccio ai problemi dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche che privilegiano gli aspetti interni della struttura e le singole posizioni di coloro che lavorano in esse (organici e carriere).

Si tratta, in questo caso, di partire dalla conoscenza del bisogno sanitario, delle sue caratteristiche, dei luoghi e dei modi in cui si manifesta per poi risalire ad ipotesi di riassetto delle strutture sanitarie nel territorio tali da poter soddisfare la domanda in maniera efficiente ed efficace.

È in sostanza la logica della programmazione che dovrebbe ispirare l'attività dei gruppi attraverso una necessaria e attenta ricognizione, in via preliminare, dei dati e delle informazioni occorrenti per conoscere i fenomeni oggetto di analisi.

Occorre, in altri termini « tirare fuori dai cassetti » tutti i dati, ufficiali e non, che possano rivelarsi utili per formulare proposte oggettive e meditate di riordino del servizio sanitario.

Queste ultime dovrebbero concorrere alla definizione di un quadro di riferimento, chiaro e comprensibile, delle scelte di fondo che gli organi di direzione politica sono chiamati ad effettuare.

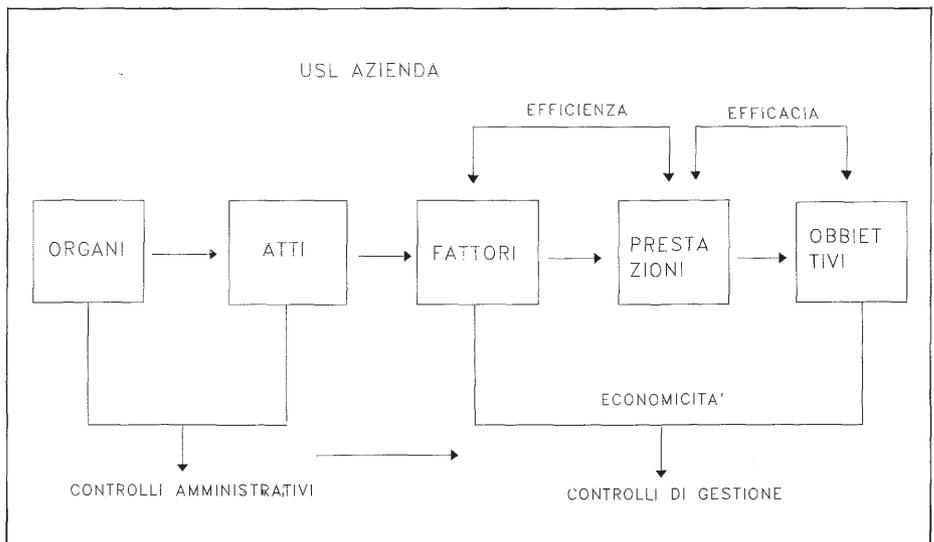
La definizione previa di dette scelte, da determinare anche attraverso il confronto con le forze sociali e istituzionali, potrebbe infatti agevolare l'elaborazione e lo sviluppo successivo dei singoli provvedimenti legislativi e amministrativi di attuazione della riforma.

Appare evidente che, in detto schema logico di processo, l'adozione del Piano sanitario regionale dovrebbe in effetti precedere tutta una serie di provvedimenti per la cui approvazione il D.L. n. 502 assegna termini più ravvicinati. L'attuazione della riforma non sembra comunque essere tanto un problema di termini, quanto di effettiva capacità di cambiamento.

Le attese sull'esito della strategia adottata nella regione Abruzzo, qui illustrata, sono molte, ma numerosi sono anche gli scetticismi, i vincoli, le riserve.

Tutto dipenderà dalla capacità degli organi di direzione politica di saper cogliere e tradurre in decisioni razionali l'apporto dei gruppi di lavoro e dal modo in cui le strutture sapranno gestire in concreto l'innovazione.

In ogni caso, una mobilitazione così vasta di operatori e di professionalità sembra intanto giovare a mantenere viva l'attenzione sulla ricerca di una «via abruzzese» alla riforma sanitaria.



Notizie dal mondo

Sezione 4^a

IL CICLO DEL PROGETTO E LA GESTIONE DEI PROGRAMMI NELLA COOPERAZIONE ITALIANA

L'ESPERIENZA DELLE INIZIATIVE NEL SETTORE SOCIO-SANITARIO

di **Eduardo Missoni**

Ministero Affari esteri

Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo - Roma

SOMMARIO: 1. Normativa e prassi generale - 2. - L'esperienza di gestione progettuale della cooperazione italiana nel settore socio-sanitario - 3. Conclusioni.

1. Normativa e prassi generale

Introduzione

Le attività italiane di cooperazione allo sviluppo sono disciplinate dalla L. n. 49 del 26 febbraio 1987.

Per quanto concerne le fasi del progetto la legge identifica solo pochi momenti fondamentali e le relative responsabilità della loro gestione. In particolare la legge:

— stabilisce che le iniziative di cooperazione « sono collocate prioritariamente nell'ambito di programmi plurisetoriali concordati in appositi incontri intergovernativi con i paesi beneficiari su base pluriennale e secondo criteri di concentrazione geografica »;

— indica gli organi competenti per l'approvazione delle iniziative: Comitato direzionale per iniziative di valore superiore ai due miliardi di lire (il Ministro degli affari esteri nel caso delle iniziative straordinarie); Ministero degli affari esteri — o il sottosegretario da lui delegato — per le iniziative di valore inferiore a tale ammontare (il direttore generale nel ca-

so delle iniziative straordinarie);

— colloca l'intera *responsabilità di gestione del ciclo del progetto* all'interno del Ministero degli esteri e nell'ambito di quest'ultimo istituisce a tal fine la direzione generale per la cooperazione allo sviluppo;

— attribuisce i *compiti di natura tecnica relativi a tutto il ciclo del progetto* (individuazione, istruttoria, formulazione, valutazione, gestione e controllo) alla unità tecnica centrale e alle unità tecniche nei PVS che da essa dipendono;

— indica gli *strumenti finanziari* (dono o credito di aiuto), i *canali* (bilaterale, multilaterale o multilaterale), la *tipologia* (interventi ordinari e straordinari) e le possibili *modalità* di esecuzione (gestione diretta della DGCS, affidamento a imprese, ONG, enti locali, organismi internazionali) delle singole iniziative;

— prevede la possibilità di effettuare « *particolari controlli* » a « *carattere temporaneo* » da parte di organismi terzi, sulle iniziative di cooperazione;

— prevede l'istituzione di un « *nuovo nucleo di valutazione tecnica* », compo-

sto da esperti della UTC a supporto delle attività del Comitato direzionale.

Rispetto a tali indicazioni, il regolamento di esecuzione della legge (D.P.R. n. 177 del 12 aprile 1988) non aggiunge elementi di rilievo, salvo dettagliare alcuni meccanismi procedurali.

Per una maggiore definizione del ciclo del progetto è dunque indispensabile fare riferimento alla normativa secondaria costituita da:

— decreti ministeriali;

— delibere del Comitato interministeriale per la cooperazione allo sviluppo;

— delibere del Comitato direzionale.

Vanno poi presi in considerazione, seppure non abbiano valore normativo, i documenti elaborati in seno al Comitato consultivo.

Per avere infine un quadro completo della situazione procedurale cui bisogna fare riferimento per l'analisi del ciclo delle iniziative della nostra cooperazione, è indispensabile ricordare l'esistenza di un elevato numero di ordini di servizio emessi dal direttore generale, nonché delle comu-

nicazioni di servizio interne all'unità tecnica centrale a firma del funzionario preposto, oltre agli appunti su tale tema di ampia circolazione interna.

A tutt'oggi *non esiste alcuna raccolta indicizzata e/o ragionata*, ma solo raccolte cronologiche (derivanti dall'organizzazione di quanto pubblicato nel Bollettino ufficiale della cooperazione « DIPCO »), *dei citati atti normativi ed attuativi*. Vanno tuttavia menzionati alcuni tentativi di organizzazione e annotazione della normativa in materia di cooperazione allo sviluppo, affidati dalla DGCS ad enti esterni, senza peraltro che da tali esercizi risultasse un'adeguata sistemazione della materia (1).

La disomogeneità delle indicazioni di tipo procedurale, prodotta dalla molteplicità degli organi che le hanno emesse, e la frammentarietà delle stesse, costituiscono una gravissima lacuna ai fini di una gestione uniforme, fluida e trasparente delle iniziative di cooperazione.

Ai fini della presente relazione cercheremo di ricostruire, sulla base della normativa esistente, l'intero ciclo progettuale, di modo da evidenziarne le contraddizioni e gli eventuali correttivi. Ci limiteremo peraltro all'esame dell'*iter* delle **iniziative ordinarie a dono**, confrontandone in alcuni passaggi gli elementi che lo differenziano da quelle delle iniziative « straordinarie », **con particolare riferimento all'esperienza della cooperazione socio-sanitaria**, che per sua natura ha privilegiato alcune modalità di gestione (gestione diretta e affidamento a ONG) rispetto ad altre (affidamento ad imprese), in alcuni casi generando anche meccanismi articolati di gestione che hanno coinvolto anche gli organismi internazionali.

IL CICLO DEL PROGETTO (Fig. 1)

Individuazione delle iniziative di cooperazione

L'individuazione delle iniziative do-

Figura 1 - Ciclo delle iniziative a dono secondo la normativa in vigore nella cooperazione italiana. Lo « studio di fattibilità » include la formulazione della proposta tecnico-economica

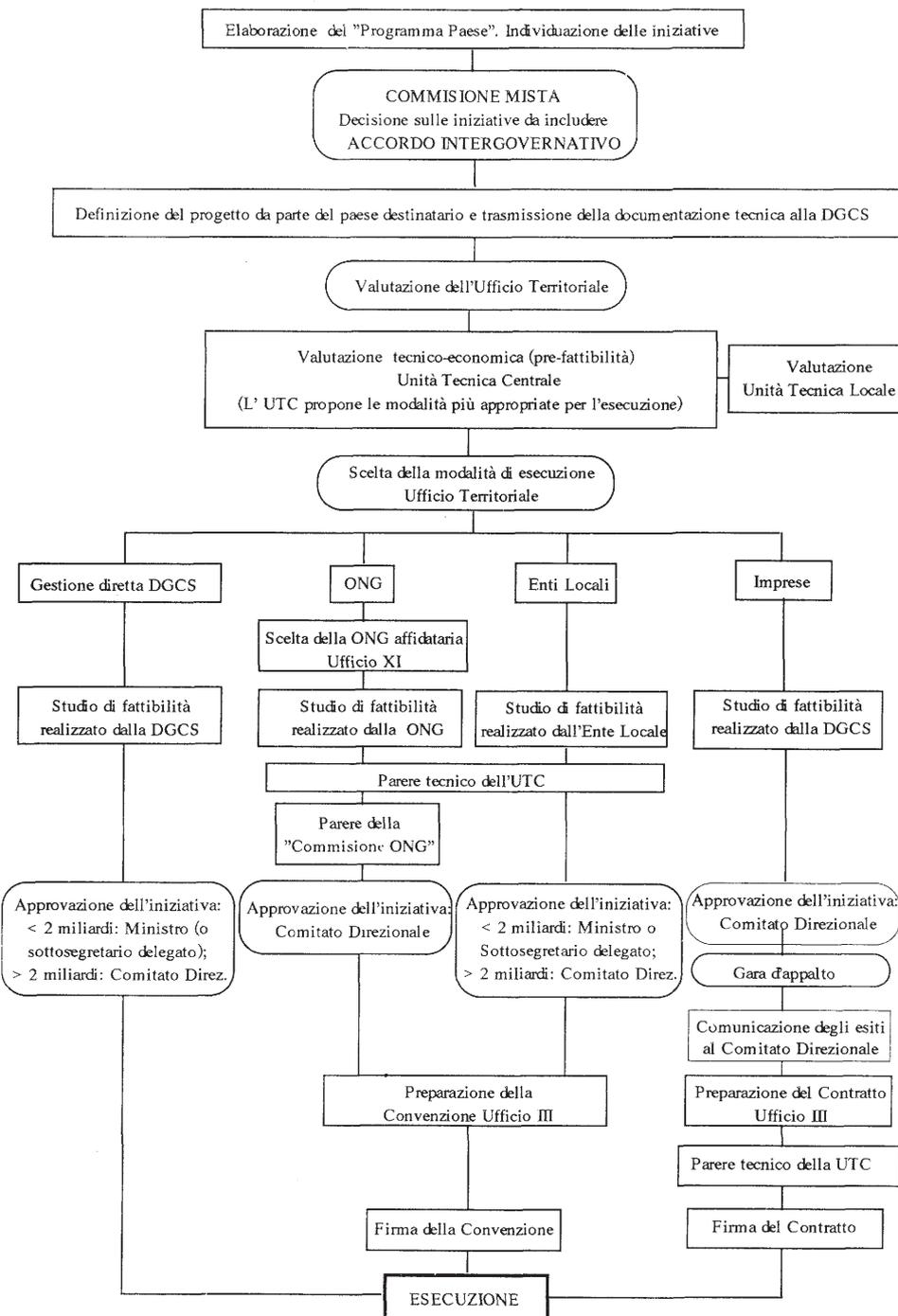


Fig. 1 . Ciclo delle iniziative a dono secondo la normativa in vigore nella cooperazione italiana. Lo "studio di fattibilità" include la formulazione della proposta tecnico-economica.

vrebbe avvenire nel contesto della definizione di un « Programma paese », cui il legislatore intendeva evidentemente fare riferimento nell'indicare la prioritaria collocazione delle iniziative di cooperazione in « programmi plurisettoriali concordati in appositi incontri intergovernativi con i paesi beneficiari su base pluriennale e secondo criteri di concentrazione geografica » (2).

Le indicazioni del legislatore sono state in effetti riprese negli indirizzi del Comitato interministeriale per la cooperazione allo sviluppo - CICS, che ha introdotto esplicitamente il concetto di « programmi-paese pluriennali » da concordare con i paesi beneficiari, nell'ambito dei quali realizzare piani di intervento integrati che risultino atti a promuovere uno sviluppo economico endogeno, a valorizzare le rispettive risorse umane e naturali, nonché le potenzialità produttive. Il CICS indicava tra l'altro la necessità che i programmi-paese costituissero un « quadro di riferimento flessibile, oggetto di periodici e tempestivi aggiornamenti e revisioni » (3).

Il CICS sottolinea che in tali programmi-paese non rientrano le « attività a carattere di emergenza ». Va evidenziato come la L. n. 49/87, nel suo art. 11, non differenzi gli interventi straordinari che intendono fare fronte a situazioni « croniche » di medio e lungo periodo e quindi in un certo qual modo « programmabili », da quelle « acute » derivanti da calamità e quindi più adeguatamente definite di emergenza. Il CICS invece nei suoi indirizzi differenzia nettamente le due tipologie di intervento, pur tuttavia sembrerebbe che tutte le iniziative ex art. 11 e non solo quelle « di emergenza » si debbano intendere escluse da ogni esercizio di programmazione giacché esse « saranno avviate sulla base di un'identificazione rapida delle componenti dei programmi che saranno riprese negli

accordi intergovernativi a solo titolo indicativo, mentre la loro formulazione definitiva sarà effettuata in corso d'opera » (4).

Il comitato direzionale stabilì successivamente con maggiore dettaglio i criteri di identificazione degli interventi straordinari, dando altresì indicazioni di massima sui tempi di avvio di tali interventi (massimo un mese per la missione di identificazione — inclusa la preparazione del rapporto — e conclusione entro trenta giorni di contratti e convenzioni necessari per la definizione in corso d'opera degli interventi e la loro realizzazione), (5), nessuno di tali criteri sembra essere stato fin qui applicato.

La dizione « Programma paese » è da intendersi qui come « programmazione italiana degli interventi di cooperazione », che a sua volta si dovrebbe inserire in un più ampio piano per lo sviluppo di un dato paese identificabile nell'insieme « degli interventi propri bilaterali e multilaterali, coordinati e finalizzati alle politiche di sviluppo » (6) di quel paese.

Mentre la scelta dei paesi con cui cooperare, l'entità dell'impegno italiano in ciascuno di essi, nonché eventualmente l'indirizzo verso alcuni dei settori o delle tematiche da privilegiare dovrebbero derivare da una chiara scelta di politica estera (« La cooperazione allo sviluppo è — infatti — parte integrante della politica estera dell'Italia » (7), per le sue caratteristiche, l'individuazione delle iniziative da realizzare costituisce un esercizio squisitamente tecnico. In tal senso il comitato consultivo ha elaborato alcune proposte (vedi Box 1).

Tali proposte sono rimaste inattuata ed in pratica un vero programma paese non è mai stato elaborato, e ciò in linea con la mancanza di una programmazione degli impegni, a sua volta conseguente alla ancor più grave carenza di definizione di una politica di cooperazione, ovvero della stessa politica estera dell'Italia nei

confronti dei paesi in via di sviluppo (8).

L'individuazione delle iniziative da realizzare è così avvenuta sempre in sede di commissione mista, se non addirittura in sede di « impegni politici » meno formali, ufficializzando di fatto proposte di interventi « sponsorizzati » da uno o più enti esecutori.

« È la politica delle shopping list, liste di progetti tra i quali scegliere. . . .

La cooperazione è di fatto concepita come l'assegnazione di fondi a questo o quel paese, a questo o quel progetto. . . .

Così la politica di cooperazione è stata delegata alle imprese ed alle ONG trasformandosi in una somma di particolarismi » (9).

Istruttoria e formulazione delle iniziative di cooperazione

Una volta inserite in un accordo formale tra il governo italiano e quello del paese destinatario degli aiuti (o comunque nella lista delle iniziative politicamente accettate), inizia il processo che dovrà portare ad una compiuta formulazione dei singoli interventi ed alla loro presentazione agli organi competenti per l'approvazione.

Innanzitutto il paese beneficiario predispose ed invia la documentazione tecnica relativa all'iniziativa da realizzare con la cooperazione italiana.

Evidentemente ove l'individuazione delle iniziative scaturisse da un « Programma paese » studiato congiuntamente, questo passaggio non rappresenterebbe altro che la formalizzazione di quanto elaborato congiuntamente. Al contrario, in assenza di una corretta individuazione sul piano tecnico, la proposta progettuale trasmessa dal paese beneficiario costituisce di fatto il primo passo dell'iter progettuale.

Una volta in possesso della DGCS

tale documentazione è soggetta ad una prima valutazione da parte dell'ufficio territoriale, che controlla e conferma l'inserimento dell'iniziativa nella programmazione relativa al paese interessato e ove non ancora determinato, ne stabilisce il tetto massimo di finanziamento. *È a livello dell'Ufficio territoriale che si realizzano le principali « interferenze politiche » nel ciclo del progetto e non di rado, nel trasmettere la documentazione alla Unità tecnica centrale, quell'ufficio dà precise indicazioni sulle modalità di attuazione ed eventualmente sull'ente esecutore da coinvolgere, condizionando così il seguito dell'istruttoria.*

Va segnalato che nel caso delle iniziative finanziate mediante credito di aiuto è il paese beneficiario che indica l'ente esecutore avendo stipulato con esso un contratto per l'attivazione del quale, appunto, viene richiesto il finanziamento.

All'Unità tecnica centrale della DGCS, ricevuta la documentazione progettuale, spetta la *valutazione tecnica ex ante dell'iniziativa* (10), a tal fine la UTC si potrà avvalere della collaborazione delle Unità tecniche nei PVS (11), nonché di consulenze esterne di singoli professionisti o fornite da enti ed organismi esterni sulla base di specifici rapporti convenzionali o contrattuali (12).

In assenza di una fase tecnica di individuazione previa all'accordo intergovernativo, la valutazione *ex ante* costituisce di fatto il primo momento tecnico nell'istruttoria dell'iniziativa. Spesso dunque si tratta di riempire dei semplici titoli di iniziative con dei contenuti progettuali. In molte occasioni si è giunti a dover riformulare interamente la proposta della controparte locale, perché non in linea con i criteri della nostra cooperazione, o addirittura perché controproducenti per lo sviluppo del paese.

In prima analisi, l'UTC determina

la conformità della proposta con le finalità, le strategie ed i criteri di intervento della cooperazione italiana, facendo riferimento in tal senso in primo luogo agli indirizzi normativi esistenti (13), oltre che a linee metodologiche consolidate dall'esperienza, italiana o internazionale, o esplicitate in pubblicazioni ufficiali, anche a carattere settoriale. Il settore

socio-sanitario è in questo senso l'unico a disporre di uno specifico quadro di riferimento (14).

L'iniziativa può dunque essere rigettata o accolta con un parere tecnico preliminare favorevole, nel quale si segnalino eventualmente gli aspetti progettuali da perfezionare.

Sulla base degli elementi raccolti dalla valutazione preliminare la UTC

Box 1 - La definizione delle iniziative di cooperazione (tratto da: Comitato consultivo, riunione del 7 giugno 1989, « Programmazione italiana degli interventi di cooperazione in un dato paese (Programma Paese) »)

La programmazione deve essere definita secondo alcuni criteri e procedure d'approccio:

- a) la scelta degli interventi in un paese deve essere fatta in funzione di convergenti obiettivi delle esigenze prioritarie locali, espresse nella strategia di sviluppo formulata dal paese partner e della politica estera italiana;
- b) la programmazione deve individuare specifici obiettivi, settoriali e geografici, ragionevolmente perseguibili all'interno della strategia di sviluppo del paese-partner;
- c) l'individuazione degli obiettivi specifici deve tener conto della cooperazione attuata in loco da altri paesi e organismi internazionali per rendere, ove possibile, complementari e coordinati gli sforzi;
- d) la conoscenza della realtà socio-economica e la valutazione delle capacità tecnico-amministrative locali è la premessa per stimare la fattibilità delle richieste di cooperazione e formulare delle controproposte;
- e) con tale analisi si può giungere alla costruzione di una « mappa » delle iniziative prioritarie di possibile realizzazione;
- f) l'incontro delle richieste locali per le controproposte italiane deve avvenire attraverso fasi negoziali approfondite, basate anche su studi di massima circa la fattibilità economico-tecnica dei progetti e sulle capacità del paese-partner di rispettare la propria parte di impegni, che solo all'ultimo atto vedano la formalizzazione degli impegni in sede di Commissione mista o accordi simili (*n.d.r.: la sottolineatura è nostra*);
- g) il « dialogo politico » così instaurato comporta anche il rifiuto a realizzare iniziative chieste dalla controparte se esse non sono adeguate e compatibili con gli obiettivi previamente individuati;
- h) le iniziative debbono evitare la dispersione delle risorse ed essere concepite organicamente, anche se una singola operazione di finanziamento si estrinsecasse in una serie di piccoli interventi; le iniziative debbono altresì essere coerenti fra di loro e coordinarsi con quelle di altri paesi ed organismi internazionali che l'Italia ritiene valide ai fini dello sviluppo del paese stesso;
- i) numerosi interventi di cooperazione, in specie le grandi opere civili e di infrastruttura, comportano spesso implicitamente scelte successive obbligate che hanno ampi effetti in altri settori economici e sociali non strettamente legati alla scelta del progetto iniziale; occorre valutare la singola opera da finanziare anche alla luce degli investimenti e delle azioni di politica economica che essa richiederà in futuro, e ciò per non gravare il paese-partner di pesi che potrebbe non essere capace di sostenere;
- l) la programmazione deve tendere al massimo coordinamento e integrazione possibili dei progetti fra di loro (ad esempio: l'approvvigionamento idrico, la sanità e l'agricoltura; la trasformazione e la commercializzazione dei prodotti agricoli, l'alimentazione e la sanità, ecc.).

indica, giustificandole, le modalità ottimali per la realizzazione dell'intervento. Su tali proposte si esprime l'ufficio territoriale, *indicando in alcuni casi* (quando non sia già intervenuto in tal senso precedentemente) *modalità di esecuzione contrastanti con le considerazioni tecniche espresse dalla UTC.*

Da questo momento in poi la fase istruttoria segue percorsi distinti a seconda della modalità di esecuzione prescelta.

I possibili esecutori di un intervento bilaterale sono:

- la DGCS in « gestione diretta »;
- le organizzazioni non governative riconosciute idonee ai sensi della L. n. 49/87 (art. 29);
- le Regioni e gli Enti locali;
- le imprese.

Evidentemente, ove necessario ed opportuno, è possibile combinare la diverse modalità di esecuzione, così come è possibile associare nella realizzazione dell'intervento bilaterale l'azione di un organismo internazionale.

La scelta della modalità di esecuzione dovrebbe scaturire dalle caratteristiche progettuali. Purtroppo *fattori esterni all'analisi tecnica hanno sempre influito in maniera determinante nelle scelte.* Tra fattori esterni vanno anche annoverate precise scelte politiche e di programmazione, come ad esempio la decisione di affidare comunque un certo numero di iniziative ad ONG, indipendentemente da ogni considerazione tecnica, predestinando a tale modalità di esecuzione una precisa quota degli stanziamenti a valere sul fondo di cooperazione (doni) (15).

a) Gestione diretta da parte della DGCS

Quando la DGCS non consideri opportuno delegare l'esecuzione dei programmi di cooperazione ad enti esecutori esterni, essa può realizzarli in « *gestione diretta* ».

In tal caso l'UTC conduce a termine lo studio di fattibilità, fino alla predisposizione della proposta tecnico-economica da sottoporre agli organi competenti per l'approvazione.

Tradizionalmente, la « gestione diretta » è stata privilegiata per la realizzazione di programmi nei settori più tipicamente « pubblici », come la sanità e la formazione. I maggiori vantaggi di questo tipo di approccio possono essere identificati nei seguenti elementi caratteristici:

— *rapidità di intervento* (essenziale nel caso di programmi di emergenza). Una volta approvata, l'iniziativa di cooperazione può essere realizzata immediatamente, senza attendere il tempo necessario a selezionare un'entità esecutrice esterna (attraverso laboriose procedure di gara nel caso delle imprese) ed alla definizione e registrazione di contratti (imprese) o convenzioni (ONG) tra la DGCS e gli enti esecutori identificati.

— *L'elasticità.* Non esistendo alcun vincolo contrattuale, il progetto può essere adattato più facilmente all'evolversi della situazione locale, mediante strumenti di gestione e programmazione periodica (piani operativi).

— *I costi limitati.* Al costo netto delle risorse necessarie per la realizzazione delle attività previste, non bisogna sommare quelli relativi alle spese generali dell'esecutore esterno (che nel caso di imprese — con fini di lucro — includono necessariamente il profitto).

— *La trasparenza.* I costi di una iniziativa in « gestione diretta » sono interamente « visibili » localmente ed interamente rendicontati (non vi sono costi contabilizzati a *forfait*).

— *L'assenza di elementi clientelari* in assenza di processi di selezione di enti esecutori (sebbene in alcuni casi possano sorgere notevoli contrasti nella selezione degli esperti, dove al criterio tecnico-curriculare si vorreb-

be troppo spesso contrapporre la « raccomandazione » (*1).

— *L'impossibilità che interessi privati, di diversa natura, di enti esecutori esterni influiscano negativamente sull'esito dei programmi.*

— *La possibilità di poter contare con maggiore facilità sulla collaborazione di esperti di elevata professionalità e livello tecnico e di collaborare direttamente con le istituzioni pubbliche locali.*

— *La possibilità di una collaborazione diretta tra i livelli decisionali in Italia e quelli nei PVS partner, assicurando anche la collaborazione ed il necessario coordinamento con gli organismi internazionali e le altre cooperazioni bilaterali.*

— *La possibilità di assicurare l'omogeneità nelle strategie e nelle metodologie adottate nelle diverse iniziative di cooperazione, tanto a livello di singoli paesi, quanto a livello internazionale.*

Nel caso di programmi multisettoriali integrati o dove si ha la partecipazione contemporanea di più entità esecutrici, diviene indispensabile una componente di coordinamento tecnico gestita direttamente dalla DGCS (16).

Purtroppo nel passato si è anche abusato dell'invio di « esperti » nei PVS, senza prendere in sufficiente considerazione la possibilità di un maggiore ricorso a personale locale o utilizzando la voce « esperti » al di fuori di ogni programma di sviluppo. Uno stipendio elevato ed il piacere di viaggiare hanno fatto sì che molte fossero le richieste « per partire », altrettante le pressioni per « far partire » e molte le partenze improprie. Lo stesso si può probabilmente dire di fondi accreditati presso le nostre ambasciate nei PVS e mal utilizzati. Questi aspetti hanno anche motivato alcune riserve espresse in sede parlamentare (17). Anche se dalla lettura degli atti parlamentari appare chiaro che mancano in quella

sede adeguate informazioni sui diversi aspetti di questa modalità di gestione.

È certo infatti che quando la « gestione diretta » ha fatto riferimento a specifici programmi di appoggio allo sviluppo locale, nel più ampio contesto di strategie per lo sviluppo istituzionale di coordinamento internazionale, questa modalità di gestione si è rivelata difficilmente sostituibile (17 bis).

b) Affidamento ad organizzazioni non governative

Nell'ambito della cooperazione con i PVS, si intendono per Organizzazioni non governative (ONG) tutte quelle organizzazioni (costituite ai sensi degli artt. 14, 36 e 39 del codice civile: associazioni, fondazioni e comitati) che siano state riconosciute idonee in tal senso, secondo quanto previsto dalla L. n. 49/87.

Una volta riconosciute idonee dal Ministero degli affari esteri le ONG possono essere identificate come esecutrici di programmi di cooperazione bilaterale governativa, i cosiddetti « programmi affidati », oltre a poter ottenere contributi pubblici per la realizzazione di progetti di cooperazione da esse stesse identificate (« programmi promossi »).

Nel caso in cui l'ufficio territoriale abbia indicato nell'affidamento a ONG la modalità di esecuzione da adottare, toccherà all'ufficio XI determinare l'ente affidatario.

Nella scelta della ONG esecutrice di progetti affidati, la DGCS dovrebbe seguire tra l'altro « criteri di specializzazione, di precedenti esperienze nel settore e/o nell'area in cui si andrà ad operare » (18), di fatto la scelta delle ONG affidatarie è assolutamente discrezionale e ubbidisce spesso a criteri poco trasparenti, giungendosi a volte a scegliere ONG assenti dal paese d'intervento e senza esperienza nello specifico settore di un progetto (19). A dimostrazione di tale assoluta discrezionalità basta ci-

tare il fatto che, nel periodo 1989-1991, il 48% dei fondi destinati alla realizzazione di progetti affidati a ONG è rimasto concentrato nelle mani di solo tre di esse (*2).

Una volta identificata la ONG affidataria, l'istruttoria prevede che la commissione per le organizzazioni non governative del comitato consultivo (Commissione ONG) (19 bis), si esprima in merito a tale « preaffidamento ».

Secondo la normativa vigente « *il programma può venire proposto alla ONG a diversi stadi di elaborazione* », in tal senso sarebbe anche possibile che l'UTC completi lo studio di fattibilità dell'iniziativa, giunga alla formulazione della proposta tecnico-finanziaria ed inviti la ONG affidataria a realizzare l'iniziativa una volta approvata. In pratica però l'affidamento è avvenuto « *non appena la DGCS ha deciso di dare il seguito positivo tramite un programma di una ONG, ad una iniziativa di cooperazione individuata quanto a settore di intervento, controparte ed obiettivi. All'ONG disponibile ad accettare l'affidamento spetterà quindi, effettuare lo studio di fattibilità ed elaborare il documento di progetto, secondo le linee concordate con la DGCS* » (20).

Il « preaffidamento » avviene quindi di norma prima che lo studio di fattibilità dell'iniziativa sia completato (l'affidamento vero e proprio avviene contestualmente all'approvazione dell'iniziativa da parte degli organi competenti), ed è la ONG che dovrebbe condurre a termine tale fase di studio. A tal fine la ONG disporrà del 2% del valore complessivo dell'iniziativa, ma solo una volta che l'iniziativa sia stata approvata e la relativa convenzione sia entrata in vigore. Ciò contribuisce a far sì che la proposta progettuale sia spesso qualitativamente insufficiente, infatti le ONG, anche in quanto enti senza fini di lucro, non sono in grado

di anticipare se non modeste somme, senza considerare il rischio che esse corrono nell'impiegare risorse nella definizione di iniziative che potrebbero poi anche non essere finanziate o esserlo solo con notevole ritardo. In questa fase, come in quelle successive il processo di negoziazione tecnica tra le ONG esecutrici e l'UTC può risultare estremamente defaticante, considerando da un lato i citati limiti delle ONG e dall'altra le giuste esigenze tecniche per il raggiungimento di un accettabile livello tecnico delle proposte progettuali.

In ogni caso è la DGCS « *che si assume la piena responsabilità* » degli obiettivi, dei costi, della durata e degli strumenti operativi di tutte le iniziative (21), ed in tal senso a salvaguardia della qualità e della trasparenza della gestione, va promossa l'introduzione nello strumento giuridico della convenzione in riferimento ad adeguati meccanismi tecnici di programmazione e supervisione, cui invece alcuni uffici della DGCS si sono spesso opposti.

c) Affidamento a Regioni, Province autonome ed Enti locali

Con la L. n. 49/87 (art. 2, c. 4) si attribuisce per la prima volta un possibile ruolo nella cooperazione alle Regioni, le Province e gli Enti locali.

Le specifiche linee di azione sono state individuate nelle attività sul territorio, con particolare riferimento alle azioni di informazione e formazione allo sviluppo, e nella possibilità di coinvolgere tali enti nella realizzazione di progetti nei PVS che possano avvantaggiarsi di esperienze, delle professionalità, nonché del collegamento tra istituzioni delle Regioni, Province o Enti locali interessati. Si riconosce infatti che molte microrealtà italiane potrebbero essere, altrimenti, difficilmente coinvolte nella cooperazione allo sviluppo dell'Italia con i paesi del Terzo Mondo (22).

Nel caso di affidamento a Regioni, Province autonome od Enti locali « *spetterà agli Enti locali o regionali interessati, effettuare lo studio di fattibilità ed elaborare il documento di progetto, in stretta collaborazione con la direzione generale* ».

d) Affidamento a imprese

L'attuale impostazione della cooperazione italiana ha fatto sì che nella maggiorparte dei casi, con l'eccezione delle iniziative nel settore sociale, l'esecuzione degli interventi fosse affidata a società. Difficilmente infatti i grandi progetti ingegneristici ed infrastrutturali o la fornitura di impianti e tecnologie sofisticate, che hanno purtroppo contraddistinto la nostra cooperazione in tutti questi anni, potrebbero essere gestiti direttamente dalla DGCS o affidati a ONG ed Enti locali.

Nel caso di affidamento a imprese la proposta tecnico-finanziaria deve essere predisposta dalla UTC e solo successivamente all'approvazione dell'iniziativa dovrebbe essere avviato il processo di selezione dell'ente esecutore. Purtroppo, nella prassi — prima dell'entrata in vigore dell'obbligatorietà delle « gare », con la L. n. 412/91 — l'UTC si limitava per lo più a valutare o al massimo a reindirizzare proposte progettuali, provenienti dai paesi destinatari dell'aiuto, ma già impostate dalle società cui sarebbe stata affidata l'iniziativa.

Indipendentemente dalla modalità prescelta per la loro esecuzione, « *tutte le iniziative da sottoporre all'approvazione del direttore generale e del comitato direzionale dovranno essere sempre accompagnate da un parere tecnico dell'Unità tecnica centrale* » (23). Per quanto riguarda gli interventi straordinari e di emergenza, approvati dal Ministro degli affari esteri o dal sottosegretario delegato, ovvero dal direttore generale, le iniziative non sono sottoposte al parere preventivo del comitato direzionale

(né al visto preventivo dell'ufficio di ragioneria), purtuttavia la documentazione relativa all'iniziativa — anche in questo caso quindi accompagnata dal parere tecnico dell'UTC — dovrebbe essere inoltrata al comitato direzionale contestualmente alla delibera. Anche quest'obbligo è stato spesso disatteso.

Approvazione delle iniziative

L'organo competente per l'approvazione delle iniziative (a dono) è diverso secondo i casi.

In particolare, la legge stabilisce (art. 9) che nel caso delle **iniziative ordinarie** il comitato direzionale approva « *le iniziative di cooperazione il cui valore superi i due miliardi di lire* ». Al di sotto di tale ammontare la competenza è del Ministro o del sottosegretario delegato, salvo le competenze previste per il direttore generale della cooperazione allo sviluppo. Questi infatti è competente per iniziative « *fino ad un importo di 600 milioni di lire, ridotto della metà ove si intenda procedere in economia, a trattativa privata o in concessione* », fatte salve le eventualità previste dal regolamento (art. 17, 18 e 19) riferite ad alcune iniziative di formazione, di informazione e quelle realizzate dall'istituto agronomico dell'oltremare, per le quali la competenza del direttore generale è estesa fino a due miliardi di lire.

In tutti i casi in cui si intenda ricorrere all'affidamento ad enti esterni all'amministrazione dello Stato (imprese e ONG) l'approvazione spetta al comitato direzionale (L. n. 49/87, art. 15, comma 5). Tutte le iniziative realizzate da ONG sono sottoposte inoltre al parere « *obbligatorio, ma non vincolante* », della specifica Commissione ONG del comitato consultivo (24).

Diverso è il caso delle **iniziative straordinarie**, per la cui approvazione — successiva al riconoscimento dei

presupposti di straordinarietà da parte del Comitato direzionale salvo le iniziative di emergenza in risposta a calamità (L. n. 49/87, art. 9, comma 4, lett. d) — è competente il Ministro, o il sottosegretario delegato, per importi superiori a due miliardi ed il direttore generale per iniziative di valore inferiore a tale ammontare (25) (curiosamente la legge non stabilisce la competenza per iniziative di importo pari a due miliardi).

Perfezionamento amministrativo

a) Gestione diretta da parte della DGCS

Successivamente all'approvazione l'iniziativa passa direttamente in fase di esecuzione.

b) Affidamento ad organizzazioni non governative

Contestualmente all'approvazione dell'iniziativa, si formalizza l'affidamento alla ONG esecutrice. Successivamente si dovrà procedere alla predisposizione della convenzione tra la DGCS e l'ente affidatario e della relativa documentazione tecnica ed economica. Questo passaggio che dovrebbe rispondere di norma esclusivamente ad un perfezionamento amministrativo e prevedere quindi tempi brevi, in assenza di uno studio di fattibilità approfondito e completo, è quasi sempre lungo e laborioso. Bisogna inoltre considerare che i tempi lunghi finora necessari per giungere dall'identificazione all'approvazione dell'iniziativa rendono spesso indispensabile un aggiornamento della proposta progettuale, che rischia poi di « *invecchiare* » nuovamente prima dell'entrata in vigore della convenzione e dell'effettivo trasferimento dei fondi dalla DGCS alla ONG affidataria. Di conseguenza l'impegno contrattualmente assunto dalla ONG rischia di discostarsi notevolmente da quanto poi effettivamente si andrà a realizzare, configurandosi così i pre-

supposti per un indispensabile ricorso (secondo le prescrizioni vigenti) ad una procedura, piuttosto lenta e burocratica, di « varianti ».

c) Affidamento a Regioni, Province autonome ed Enti locali

Proceduralmente si applica in questo caso quanto previsto per l'affidamento a ONG.

d) Affidamento a imprese

La L. n. 49/87 aveva previsto per la selezione delle imprese esecutrici il ricorso a procedure di gara e solo in casi eccezionali (art. 15, comma 6), tra gli altri negli interventi straordinari e di emergenza (art. 11), la trattativa privata e quella diretta. Tale norma è stata ampiamente disattesa per tutto il periodo di applicazione della legge e l'eccezione è divenuta la norma, il più delle volte con la scusa dell'intervento straordinario.

« *Ingiustificabile è ormai il continuo generalizzato ricorso al sistema della trattativa privata: né la natura della prestazione (fornitura di attrezzature, materiale vario specie sanitario, beni strumentali e di consumo), né l'urgenza della stessa o l'emergenza della situazione, in un contesto in cui sia l'una che l'altra sono diventate paradossalmente permanenti, possono costituire valida giustificazione o comodo alibi* », denunciava la Corte dei conti nel 1990 (26). Ciononostante la situazione non è affatto cambiata negli anni successivi. Il Parlamento ha dunque emendato la L. n. 49/87 (abrogando il comma 6 dell'art. 15), rendendo così obbligatorio il ricorso a gare pubbliche, per l'assegnazione di tutti i progetti di cooperazione, con la sola eccezione di quelli a carattere straordinario e di quelli realizzati da ONG (27).

Le procedure di gara da seguire sono stabilite dal comitato direzionale in sede di approvazione delle iniziative (28). « *Solo dopo la delibera del comitato direzionale potrà aver luogo*

la procedura di gara... e potrà essere formulata quando necessario una valutazione di congruità dei prezzi offerti ». L'esito delle procedure di selezione devono essere comunicate al comitato direzionale, prima della stipula del contratto (29).

Esecuzione delle iniziative di cooperazione: gestione e controllo

a) Gestione diretta da parte della DGCS

In questo caso la DGCS contratta direttamente i tecnici italiani « esperti » da inviare se necessario nei paesi destinatari ed il personale locale (consulenti e personale addetto), stabilisce direttamente i contatti con le istituzioni italiane da coinvolgere o che ospiteranno eventuali borsisti e realizza le attività previste assieme alle controparti locali, utilizzando specifici fondi per la gestione del progetto accreditati presso le competenti ambasciate italiane, appoggiandosi eventualmente alle Unità tecniche locali. Ove previsto procede direttamente all'acquisto in Italia delle forniture.

Va rilevato come, pur conservando l'UTC la responsabilità sulla gestione dell'iniziativa, questa possa facilmente perdere il controllo di alcuni aspetti fondamentali relativi soprattutto agli aspetti amministrativi e contabili per i quali la competenza è stata affidata ad altri uffici senza prevedere un adeguato collegamento con la stessa UTC. Così ad esempio, allo stato attuale delle cose, l'UTC non può conoscere il costo effettivo degli esperti inviati in missione, né può prendere visione della rendicontazione delle spese effettuate sul progetto, con evidenti conseguenze sulle sue possibilità di controllo e programmazione periodica.

Per quanto riguarda l'uso dei fondi accreditati presso le ambasciate, in assenza di specifiche procedure, le istruzioni sono date di volta in volta dalla DGCS, talvolta da più uffici tra loro non coordinati, con immagina-

bili conseguenze. L'accredito di fondi relativi a diverse iniziative in gestione diretta su di un unico conto bancario come vuole la prassi (ma la normativa parla di un unico Istituto bancario) (30), ha permesso in alcuni casi un'utilizzazione di quei fondi, univocamente e genericamente classificati come « Fondo di cooperazione », anche per attività diverse da quelle proprie delle iniziative approvate, nonostante sia sempre stata prescritta una rigorosa separazione contabile tra le iniziative (31).

Per l'invio degli esperti, normato dall'art. 17 della L. n. 49/87 (32), in prima applicazione, prima dell'entrata in vigore del regolamento del comitato direzionale aveva previsto una « appropriata attività di informazione » ai fini del reclutamento, indicando tra l'altro per il personale sanitario l'opportunità di avvalersi « della collaborazione che possono dare le Unità sanitarie locali », questi aspetti qualificanti del processo di selezione degli esperti sono stati trascurati dal regolamento, né vi sono state successive delibere per normare tale processo. Tutta la materia è regolata a livello di ordini di servizio interni all'UTC. Sta di fatto che a tutt'oggi manca qualsiasi forma di pubblicità delle « *vacancies* ». La stessa banca dati esperti è di scarsa utilità per il modo in cui viene gestita. La struttura della scheda, ad esempio, non rispecchia adeguatamente le esigenze dei programmi di cooperazione rendendo il più delle volte inutile la consultazione della « banca dati » e l'inserimento è quindi condizione necessaria per poter essere inviati in missione, ma non sufficiente ad essere considerati quali candidati, di fatto nella prassi può avvenire che il curriculum dell'esperto venga inserito solo successivamente alla sua selezione.

Va infine segnalato come le unità tecniche nei PVS (Unità tecniche locali - UTL) rientrino nell'ambito della gestione diretta delle attività di coo-

perazione. A lungo sostituite contro ogni norma dai cosiddetti « Gruppi di supporto operativi - GSO » dalla struttura precaria e mancanti delle funzioni che la legge attribuisce alle UTL (33), come è stato anche rilevato dalla Corte dei conti (34), esse sono state istituite solo nei primi mesi del 1993, benché le modalità per la loro costituzione fosse stata indicata dal comitato direzionale nel 1987 (35) e lo stesso ne avesse autorizzato l'istituzione in 14 paesi prioritari fin dal 1988, estendendola ad altri sei nel 1992 (36), dopo aver perfezionato i criteri relativi alla loro organizzazione e funzionamento (37).

Appare rilevante segnalare come la gestione dei GSO e quindi delle UTL, dalla selezione del personale esperto, all'uso dei fondi accreditati presso le ambasciate, sia stato mantenuto fino ad oggi separato dalla gestione tecnica e sotto una stretta sorveglianza politico-diplomatica, la stessa che in ripetute occasioni ha cercato di influenzare o persino di appropriarsi del processo di selezione degli esperti, che dovrebbe naturalmente rispondere invece esclusivamente a criteri squisitamente tecnici. Allo stesso proposito bisogna prendere atto che non tutte le iniziative sono gestite dalla UTC come vorrebbe la legge, ma che diversi uffici gestiscono praticamente in proprio (solo in alcuni casi avvalendosi di esperti UTC distaccati) le iniziative che loro competono tematicamente (Ufficio XII - « donna »; Ufficio XIII - « formazione ») adottando procedure e criteri sostanzialmente differenti per la selezione e l'invio degli esperti ed in genere per la gestione diretta delle iniziative. Il che contrasta, oltre che con il dettato della L. n. 49/87, anche con ogni logica di gestione ed organizzazione.

b) Affidamento ad Organizzazioni non governative

Nel caso dell'affidamento alle ONG i modelli di convenzione standard (38)

approvati dal comitato direzionale non sembrano assicurare adeguati meccanismi di controllo da parte dell'amministrazione se adottati come rigidi standard. Né sembra che nella prassi il monitoraggio, con particolare riferimento a quello amministrativo, sia stato abitualmente condotto con il necessario rigore, permettendo così l'instaurarsi nel mondo delle ONG di consuetudini improprie sotto il profilo gestionale ed amministrativo.

La ricerca di appropriati strumenti di monitoraggio, che vadano al di là del semplice « silenzio-assenso » in merito ad eventuali modifiche « *comunicare per iscritto alla DGCS da parte della ONG* » e non contestate entro trenta giorni (39), appare quindi indispensabile. Né appare onesto da parte della DGCS l'aver cercato di ovviare alle sue carenze in termini organizzativi e strutturali abolendo tale meccanismo del « silenzio-assenso » (*3), in assenza del quale, allo stato attuale delle cose, l'espaspirante lentezza della macchina burocratica condiziona, di fatto, la paralisi delle iniziative.

D'altra parte va ricordato come l'affidamento della direzione dell'iniziativa ad un capoprogetto « *esperto con contratto del MAE* », seppur prevista dalla normativa vigente (40), sia stata duramente contestata da alcune ONG.

Anche nel caso dei programmi affidati a ONG, la suddivisione tra più uffici dei compiti relativi alla gestione delle iniziative non senza frequenti conflitti di competenza da far risalire in gran parte ad una non chiara definizione dei ruoli dei singoli uffici della DGCS, ha impedito una gestione omogenea e trasparente delle iniziative. In alcuni casi si è voluto differenziare, mediante « Procedure » interne, le competenze di gestione degli uffici coinvolti, sulla base della tipologia delle iniziative. Con tali procedure si è inteso ad esempio affida-

re la gestione delle iniziative ordinarie all'Ufficio XI e quella tecnica alla UTC, lasciando a quest'ultima invece la competenza per entrambi gli aspetti nel caso delle iniziative straordinarie (senza peraltro che sia in tal senso stato assicurato il necessario personale amministrativo e di supporto). Se a questo quadro si aggiunge il risultato di alcune disposizioni secondo le quali le competenze di gestione si sarebbero dovute differenziare a seconda della data del « preaffidamento » all'ente esecutore, si evidenzia la totale assenza di una pianificazione organizzativa all'interno della DGCS.

Una situazione di confusione che impedisce, tra l'altro, una adeguata ed univoca relazione degli uffici con l'ente esecutore. Rendendo altresì inefficaci i possibili meccanismi di controllo e l'identificazione delle responsabilità.

c) Affidamento a Regioni, Province autonome ed Enti locali

In merito a questa forma di gestione delle iniziative di cooperazione oltre all'esistenza di un solo atto normativo di riferimento (40), scarsa seppur crescente è l'esperienza. Purtuttavia, il coinvolgimento degli enti locali e la loro possibile azione catalizzatrice per il coinvolgimento di vasti settori della società civile e per la mobilitazione di risorse private accanto a quelle governative nella realizzazione degli interventi (42). In tal senso proprio nel campo sanitario è apparsa rilevante la possibilità di favorire attraverso questa modalità di esecuzione l'interscambio di esperienze tra realtà e servizi pubblici italiani e quelli dei paesi partner (*4).

In termini procedurali, a parte l'istituzione di uno specifico coordinamento presso la direzione generale, la gestione delle iniziative affidate alle Regioni, alle Province autonome e agli Enti locali è competenza dell'UTC.

d) Affidamento ad imprese

Per quanto concerne i programmi sanitari l'affidamento alle imprese concerne solo progetti o componenti infrastrutturali o di fornitura di tecnologie e materiali di consumo. Anche in questo caso la gestione del contratto, una volta entrato in vigore è interamente di competenza della UTC.

Valutazione delle iniziative di cooperazione

La valutazione delle iniziative di cooperazione è competenza della UTC (L. n. 49 del 1987, art. 12, comma 1).

Purtuttavia la legge prevede anche l'istituzione del già ricordato « nucleo di valutazione tecnica » a supporto delle attività del comitato direzionale (L. n. 49/87, art. 9, comma 6) (43), i cui compiti sono stati fin qui intesi esclusivamente a complemento della valutazione *ex ante* delle iniziative, ma che può di fatto estendere le sue competenze a supporto dell'intera attività valutativa e di indirizzo del comitato direzionale, ed in tal senso si stanno orientando nella presente fase di riorganizzazione della DGCS i compiti dello stesso nucleo.

Infine la legge (art. 15, comma 8) indica la possibilità della DGCS di avvalersi di organismi terzi e indipendenti, per l'effettuazione di controlli « che siano riferiti a singoli progetti ed abbiano carattere temporaneo », sia in corso d'opera che *ex post*, come viene precisato dal regolamento di esecuzione (art. 21). Un esempio di un simile ricorso ad enti esterni è quello della società italiana di monitoraggio (SIM) (44).

Non si può non evidenziare come nella passata esperienza della cooperazione italiana, l'attività di valutazione sia stata del tutto trascurata.

2. L'esperienza di gestione progettuale della cooperazione italiana nel settore socio-sanitario

Come si è cercato di evidenziare nei capitoli precedenti, la nostra cooperazione allo sviluppo si è fin qui contraddistinta per l'assenza di procedure standardizzate e facilmente identificabili, una carenza che non ha favorito, tra l'altro, una gestione organizzata e trasparente delle iniziative. D'altra parte, tale vuoto ha lasciato degli importanti spazi alla creatività di singoli operatori permettendo in alcuni casi l'elaborazione e la sperimentazione di innovativi modelli di gestione, la cui applicazione non è stato però facile estendere al di là di uno stretto ambito di esperienze, anche per l'insensibilità e l'impreparazione culturale mostrata fin qui dalla dirigenza della cooperazione italiana su queste tematiche.

In tale contesto, nell'ambito di iniziative socio-sanitarie in America latina, è stato possibile elaborare e sperimentare alcuni innovativi strumenti di gestione dei programmi.

Come abbiamo avuto modo di segnalare le due principali modalità di esecuzione dei programmi utilizzate nel settore socio-sanitario sono la « gestione diretta » da parte della DGCS e l'affidamento a ONG. Mentre in questo secondo caso la convenzione tra l'organismo privato esecutore e la DGCS introduce necessariamente dei parametri relativamente vincolanti, nella « gestione diretta » gli unici termini di riferimento sono quelli stabiliti dagli obiettivi, dalle linee di attuazione e naturalmente, dai tetti di spesa identificati nella proposta tecnico-economica approvata dagli organi deliberanti. In quest'ambito è stato quindi più facile sperimentare procedure e modelli di gestione, oltre che metodologie di intervento.

In ogni caso, come si vedrà più avanti, si è cercato di trasferire tali

modelli anche alle iniziative « affidate » introducendo, quando ciò è stato consentito dalla burocrazia, delle opportune variazioni tecniche al testo di convenzione standard (lasciando purtuttavia immutati i suoi contenuti di carattere giuridico).

Tradizionalmente nelle iniziative gestite direttamente dalla DGCS, all'esperto capoprogetto veniva affidata ogni responsabilità nella gestione dei fondi accreditati presso la competente ambasciata senza che fosse previsto alcun meccanismo di monitoraggio da parte delle strutture centrali della cooperazione, salvo più o meno frequenti comunicazioni formali e informali, alcune brevi missioni di supervisione in loco ed i controlli di tipo contabile-amministrativo, realizzati peraltro da uffici distinti da quelli responsabili della gestione tecnica delle iniziative e senza che quest'ultime ne avessero alcun tipo di *feed-back*.

Come conseguenza i fondi in loco erano gestiti, almeno formalmente, secondo un meccanismo di cassa, senza alcun tipo di programmazione della spesa. La durata dei programmi fissata dai singoli atti di approvazione era del tutto orientativa e le brevi missioni di esperti dall'Italia venivano organizzate mano a mano che se ne evidenziasse l'esigenza. In questi termini, anche ogni eventuale valutazione *ex post* non poteva che avere il generico valore della constatazione di quello che era stato fatto, con la conseguente difficoltà a valorizzarne gli eventuali risultati positivi.

In parte anche questo stato di cose aveva favorito la realizzazione di programmi assistenziali con l'utilizzazione di risorse umane e finanziarie italiane a complemento, se non in sostituzione, di quelle locali, come in parte è dato di desumere da un elevatissimo impiego di personale clinico soprattutto in Africa, Asia e nei paesi del cosiddetto BMVO (Bacino mediterraneo e vicino oriente) (45).

Benché il meccanismo di gestione

per « piani operativi periodici » era già stato introdotto in diverse « schede tecniche » di progetto (ovvero le proposte tecnico-economiche da sottoporre all'approvazione degli organi deliberanti), fu a partire dal 1988 che si iniziò a lavorare su di un « formato » standard per la definizione di un vero e proprio strumento di gestione, che superasse da un lato l'estrema disomogeneità degli approcci seguiti nei singoli progetti e dall'altro permettesse di schematizzare quanto più possibile i passaggi obbligati di ogni esercizio di programmazione superando il modello, quasi esclusivamente descrittivo, delle « relazioni programmatiche » della maggior parte dei capiprogetto.

L'idea era quella di fornire alle équipes di esperti sul campo un semplice e schematico strumento di programmazione e controllo periodici ed allo stesso tempo mettere in grado la struttura centrale di mantenere una più adeguata supervisione di ciascuna iniziativa.

Come nel « *logical framework* » (introdotto dalla USAID e successivamente adottato da altre cooperazioni bilaterali (46) e recentemente dalla Comunità europea (47) ideato per la formulazione dei progetti, lo schema avrebbe dovuto facilitare la programmazione secondo passi « logici ». A differenza però del « *logical framework* », si intendeva costruire uno strumento *dinamico* per il monitoraggio dei progetti e capace di entrare a sufficienza nel dettaglio delle attività da realizzare, ivi incluso i loro costi. Uno strumento appropriato avrebbe dovuto permettere il coinvolgimento dei diversi operatori del progetto ai diversi livelli. Idealmente il nostro strumento avrebbe dovuto integrare la programmazione sul territorio o addirittura proporsi come strumento per la programmazione permanente delle attività di un sistema locale.

Si consideri infatti che la tipologia

delle iniziative della nostra cooperazione nel settore socio-sanitario è passata proprio in questi anni da interventi relativamente mirati e settoriali ad articolati interventi integrati e quando possibile intersettoriali, per lo sviluppo di sistemi locali (*5).

Finalmente il nostro « strumento » doveva svilupparsi dal confronto delle esperienze esistenti e dalla partecipazione di tutti gli operatori impegnati sul campo in progetti di cooperazione, superando così un semplice esercizio teorico o la passiva adozione di modelli esistenti esternamente alla nostra cooperazione. In fin dei conti il grado di flessibilità dei nostri programmi non trovava facilmente riscontro nelle altre cooperazioni bilaterali, per le quali il progetto una volta approvato costituiva un quadro di riferimento piuttosto rigido, per quanto « logicamente » costruito.

All'inizio considerammo di poter evitare l'introduzione di indicatori di risultato nel nostro strumento di gestione, cosa che abbiamo fatto solo recentemente sulla base dell'esperienza acquisita e le elaborazioni proposte dalle stesse équipes di progetto nei paesi. In altre parole, lo « standard » evolve con l'evolvere della cultura di programmazione nell'ambito delle iniziative di cooperazione.

All'inizio del nostro esercizio di standardizzazione, l'analisi dei « piani operativi, periodici » in uso, rivelava una totale disomogeneità d'impostazione, ivi incluso nei periodi adottati, con piani trimestrali, semestrali e annuali. Anche la scelta dei capitoli di spesa era difforme e ciò era in gran parte anche la conseguenza dell'inesistenza di uno standard per la predisposizione delle « schede tecniche » delle iniziative da approvare. Di fatti, un primo « schema » per la predisposizione delle proposte tecnico-economiche fu introdotto, internamente alla UTC, nel 1988, ma anche quello risultò incompleto non standardizzando, ad esempio, le vo-

ci di spesa. Il citato schema era in realtà una lista di capitoli da prevedere nella formulazione della proposta (origini e quadro generale; oggetto; obiettivi, risultati attesi e beneficiari; analisi dei costi e congruità; tempi di realizzazione; piano di finanziamento; modalità di esecuzione; verifica della « vitalità » del progetto) con alcune indicazioni sul tipo di informazioni da includere in ciascuno di essi.

Alcuni dei piani operativi esaminati presentavano le informazioni in forma schematica e tabulare, ma nella maggior parte dei casi si trattava di documenti descrittivi.

Si giunse dunque all'elaborazione di un primo modello che tenendo conto di tutta l'esperienza esaminata, introduceva alcuni elementi innovativi in termini di organizzazione dell'informazione.

Il modello così concepito (Fig. 2) ordinava in forma tabulare, per ogni obiettivo specifico (identificabile ciascuno con un *progetto* all'interno del *programma* o dei programmi dell'*iniziativa* di cooperazione) (*6), le seguenti informazioni: attività, tempi di esecuzione, risorse necessarie alla loro realizzazione, costi unitari e totali delle singole risorse, fonti di finanziamento. Quest'ultima voce introduceva per la prima volta nel contesto della programmazione l'apporto locale, indicando la necessità della programmazione congiunta con le controparti locali. A fianco di ogni colonna era previsto inoltre l'inserimento di un numero progressivo che avrebbe facilitato l'identificazione di singole voci sia fini degli eventuali approfondimenti nelle comunicazioni tra il capoprogetto e la UTC, sia per un più immediato raffronto con i piani operativi successivi o con i corrispondenti rapporti periodici.

Infatti l'altro elemento innovativo era costituito dal fatto che il formato per i piani operativi era identico e sovrapponibile a quello da adottare

per il rapporto periodico corrispondente, permettendo di fatto una più facile verifica del compimento di quanto programmato.

A fianco della colonna riguardante le risorse, ne fu introdotta una per l'inserimento di un codice di riferimento che permettesse di classificare le singole risorse ai fini amministrativi e contabili. Mediante tale codice sarebbe stato possibile sapere con esattezza quali spese venivano inserite nei singoli capitoli di spesa. Questi furono dunque classificati e ordinati in un secondo formato il « quadro riassuntivo dei costi », rappresentato qui nella sua più recente evoluzione (Fig. 3). In quest'ultimo vale la pena rilevare l'introduzione di voci di spesa riferite a risorse finanziarie peculiari di progetti di sviluppo integrato come ad esempio la « costituzione di fondi rotativi » per attività comunitarie. Allo stesso modo si noti il tentativo di separare i costi relativi alla gestione del progetto da quelli propri delle attività progettuali (es. alla voce « personale locale »).

Il periodo di riferimento fu ricondotto per tutte le iniziative al semestre.

Nel proporre il nuovo strumento di gestione ai capiprogetto si lasciò loro la possibilità di studiare e suggerire eventuali modificazioni e/o correzioni.

Entrambi i formati furono accolti molto positivamente. Nella maggior parte dei casi si trattava anche del primo modello organizzato di programmazione in assoluto a livello locale e la sua utilizzazione favorì notevolmente il coinvolgimento dei diversi gruppi di operatori, anche periferici rispetto alla gestione globale del programma, nella pianificazione delle attività.

Un aspetto si rivelò peraltro immediatamente critico, quello della quantificazione dell'apporto locale. Molte delle risorse necessarie alla realizzazione delle attività messe a di-

sposizione delle controparti locali, dalle istituzioni coinvolte o semplicemente dalla comunità, non si prestano ad una facile quantificazione. In molti casi poi si tratta di risorse comunque disponibili, non utilizzate diversamente in assenza di progetto, il cui costo non appare rilevante nell'analisi dei costi del progetto che per definizione considera solo quelli *incrementali* rispetto alla situazione senza progetto. Come conseguenza nell'uso dei « piani operativi » nella maggior parte dei casi nell'indicare le risorse necessarie all'espletamento delle attività ne è stata indicata la provenienza, ma non il valore; una situazione che non ha permesso di valutare (mediante il quadro riassuntivo) la distribuzione percentuale dei costi secondo la provenienza e quindi l'impegno economico della controparte. Si tratta di un aspetto che di fatto può essere superato solo quando la gestione del programma di sviluppo coincide con quella del sistema locale nel quale si inserisce, ov-

vero quando la programmazione dei servizi e delle attività permanenti di un sistema locale venga ricondotta ad una programmazione per obiettivi specifici (e quindi per progetti).

Un secondo aspetto rilevante ai fini di una programmazione locale esatta e completa risulta dall'impossibilità di quantificare i costi esatti del personale espatriato (esperti). Come è già stato rilevato il costo degli esperti, al di là di una stima più o meno esatta, viene rilevato da un ufficio (Ufficio XVII) diverso da quello competente per la gestione delle iniziative (UTC). Anche in questo caso risulta impossibile completare adeguatamente il « quadro riassuntivo » e vano ogni monitoraggio di dettaglio sull'incidenza percentuale dei singoli capitoli sui costi del progetto.

Nel corso della sperimentazione del nuovo strumento gestionale nell'ambito dei programmi in gestione diretta emerse l'esigenza di estenderne l'uso anche ai programmi affidati alle ONG. In molte delle « schede » re-

Figura 2 - Modulo per la compilazione del piano operativo semestrale (identico salvo nel titolo a quello relativo alla compilazione del rapporto periodico) (1988)

PIANO OPERATIVO								
Titolo del programma: _____								
1. Area: _____								
2. Obiettivo: [...]								
N.	3. Attività	4. Tempi (dal - al)	N.	5. Risorse Item (Voce di spesa)	Cod.	Costo unitario	6. Costi	7. Fonti di finanziam.
Totale Obiettivo								
8. Osservazioni: _____								

(Mod. Pianoper 1/2) Pagina _____

Figura 3 - Quadro riassuntivo dei costi previsti dal Piano operativo semestrale (identico salvo nel titolo a quello relativo al rapporto periodico per i costi sostenuti nel semestre corrispondente). Modello in uso

PIANO OPERATIVO - QUADRO RIASSUNTIVO COSTI

Programma	Periodo									
	COSTI				STIMATI					
	Cooperaz. Italiana	% glob.	% Loc.	% appl.	Contropartiti locali	Altre fonti di finanz.	Totale Programma	% Loc.	% glob.	
Risorse										
a. Personale locale										
a.1. Personale locale (gestione e coord.)										
a.1.1. a rapp. di lavoro continuativo										
a.1.2. consulenti (a prestaz d'opera)										
a.1.3. viaggi, spostamenti e diarie										
a.2. Personale locale (operativo)										
a.2.1. a rapp. di lavoro continuativo										
a.2.2. consulenti, manodopera, etc.										
a.2.3. viaggi, spostamenti e diarie										
Totale personale locale		%	%					%	%	
b. Forniture: acquisti in loco										
b.1. Attrezzature		%	%							
b.2. Materiali di consumo		%	%							
Totale forniture in loco		%	%					%	%	
c. Opere civili e altri beni immobili										
c.1. Realizzazione opere e/o acquisto		%	%							
c.2. Direzione lavori (<6% di c.1.)		%	%							
d. Risorse finanziarie										
d.1. Acquisto servizi (non in e.)		%	%							
d.2. Costituzione di fondi rotativi		%	%							
e. Gestione in loco e spese correnti (<3%)		%	%	%				%	%	
f. Imprevisti (locali; solo gestione diretta)		%	%	%				%	%	
Totale spese in loco			100%						100%	
g. Personale espatriato										
g.1. in lunga missione										
g.1.1. esperti										
g.1.2. cooperanti										
g.1.3. volontari										
g.2. in breve missione										
g.2.1. esperti										
g.2.2. consulenti (solo ONG)										
g.2.3. cooperanti										
Totale personale espatriato			%						%	
h. Borse di studio in Italia			%						%	
i. Forniture: acquisti in Italia (inc. trasp.)										
i.1. Attrezzature										
i.2. Materiali di consumo										
Totale forniture dall'Italia			%						%	
l. Struttura ONG in Italia (<10%)			%	%					%	
m. Consulenti in Italia			%						%	
n. Missioni di verifica ONG			%						%	
o. Imprevisti (<10%)			%	%					%	
p. Studio di fattibilità (<2%)			%	%					%	
Totale spese in Italia			%						%	
Totale generale		100%		100%					100%	

Note: _____

(Mod. Pianoper 2/2)

lative a tali programmi, infatti, il concetto dei piani operativi era già stato introdotto, ma anche in questo caso il formato non era stato definito rendendo estremamente difficile supervisione e monitoraggio.

Va anche rilevato come nella maggior parte dei casi gli organismi hanno compreso immediatamente il valore metodologico ed operativo dello strumento dei piani operativi, mentre da alcuni è stato interpretato esclusivamente come strumento di controllo (peraltro dovuto, trattandosi dell'uso di fondi pubblici) o addirittura di repressione da parte della DGCS, ed in particolare della UTC, nei confronti delle ONG, con conseguenti reazioni di protesta, cui anche recentemente la DGCS ha voluto accondiscendere impedendo, in singoli casi, le menzioni dei piani operativi nel testo della convenzione.

Al di là di questi episodi, l'attuazione per piani operativi semestrali viene ormai sistematicamente proposta per la gestione delle nuove iniziative socio-sanitarie in America latina, siano esse in gestione diretta o affidate.

Per permettere l'applicazione del formato per la compilazione del Piano operativo semestrale, già descritto, è però stato necessario adattarlo ad alcune particolarità amministrative della gestione affidata a ONG e ciò con particolare riferimento al « quadro riassuntivo » (Fig. 3), dove sono state incluse tutte quelle voci, per lo più forfettarie, autorizzate da una specifica delibera del comitato direzionale (48).

Nonostante l'introduzione dei nuovi formati sia stata accompagnata da un piccolo documento di istruzioni, nella prima applicazione numerosi sono stati i casi di compilazione insoddisfacente. Ad esempio si è verificata una frequente confusione, e quindi classificazione, tra obiettivi, attività e risorse; una altrettanto frequente mancanza di dettaglio nell'identifica-

le iniziative di cooperazione ed un suo collegamento con le altre fasi del ciclo delle iniziative (« approccio integrato »).

Come già ricordato, nel proporre il modello di piano operativo che abbiamo descritto si è lasciato ampio spazio alla creatività delle varie équipes locali per la sperimentazione di variazioni che meglio lo adattassero alle loro esigenze. Come era prevedibile, in alcuni casi si è lavorato sull'informatizzazione del modello stesso. Praticamente in tutte le iniziative in cui il modello è stato adottato, gli specifici formati sono stati inseriti in un foglio di calcolo, che automatizzasse le operazioni contabili.

Nell'ambito di una iniziativa socio-sanitaria e di sviluppo rurale in Cile, realizzata con una ONG però in condizioni di strettissima collaborazione tra l'équipe locale, i programmi in gestione diretta nello stesso paese e la UTC, si decise di elaborare un modello informatico per la gestione delle iniziative, che automatizzasse il processo di pianificazione e di valutazione periodica delle iniziative. L'esperienza, che ha coinvolti operatori di discipline sociali oltre agli informatici, si è conclusa con la produzione di un pacchetto di *project management* oggi conosciuto come WERKEN, che a differenza dei molti prodotti sul mercato è stato *specificamente ideato per la gestione di iniziative di sviluppo integrato*. Al momento attuale, in assenza di verifiche in contesti diversi e soprattutto in realtà più « difficili » di quella cilena, WERKEN appare alquanto sofisticato per un suo uso generalizzato, presupponendo una dinamica di lavoro altamente organizzata (le informazioni utili alla programmazione ed alla valutazione sono inserite giornalmente da ogni responsabile di progetto — l'iniziativa è suddivisa in programmi e questi in progetti — sul proprio terminale di una rete locale) ed un certo investimento « tecnolo-

gico » iniziale. Purtroppo, WERKEN rappresenta un importante punto di partenza per nuovi sviluppi nell'identificazione di modelli gestionali appropriati alle iniziative di cooperazione, mostrando al tempo stesso come sia incentivante l'elaborazione delle procedure se basata sull'esperienza e la partecipazione.

3. Conclusioni

Pur esistendo nell'ambito della UTC una specifica sezione per la « *predisposizione di norme, procedure e criteri di organizzazione del lavoro dell'unità tecnica, di istruttoria, di valutazione e di gestione e controllo dei programmi, iniziative ed interventi di cooperazione allo sviluppo* » (Sez. I) (49), a tutt'oggi in materia di procedure esiste all'interno della DGCS un considerevole vuoto. Né è esistita la sensibilità necessaria a valorizzare le esperienze esistenti.

L'assenza di un quadro procedurale rigido ha permesso, peraltro, di dare spazio alla creatività dei singoli operatori. La sentita esigenza di organizzare il processo di gestione delle iniziative di cooperazione sia nei PVS come presso l'UTC ha portato prima all'introduzione dei piani operativi semestrali e successivamente all'elaborazione di uno strumento cartaceo per la loro gestione. A partire da questo si sta oggi lavorando anche su di uno standard informatico specifico.

La nostra esperienza dei piani operativi è rimasta però drammaticamente scollegata da un più approfondito ed articolato lavoro per l'elaborazione di un modello per la gestione integrale del ciclo dell'iniziativa di cooperazione, dall'individuazione alla valutazione *ex post*. Diversi gruppi di operatori della DGCS hanno lavorato formalmente o su iniziativa dei singoli alla definizione di alcuni aspetti del ciclo delle iniziative (es. gruppi

di lavoro del comitato consultivo, gruppo di lavoro sulla valutazione, gruppo per le procedure ONG, ecc.), ma sempre senza circolazione delle informazioni, senza una esplorazione previa delle esperienze esistenti e senza collegamento tra loro, vanificando così ogni possibile risultato.

Solo molto recentemente si sono dati all'interno della DGCS alcuni segnali di cambiamento. La richiesta di collaborazione nella formulazione di procedure estesa a tutti gli esperti nello scorso mese di aprile mostra quantomeno una nuova sensibilità. Certamente la revisione a questo punto non può che essere profonda e per molti aspetti dovrà essere coraggiosa, purtroppo inderogabile.

La cooperazione italiana nel suo complesso deve ritrovare la strada per il raggiungimento dei suoi obiettivi che il legislatore aveva identificato nella: « *...solidarietà tra i popoli... piena realizzazione dei diritti fondamentali dell'uomo... soddisfacimento dei bisogni primari... autosufficienza alimentare... valorizzazione delle risorse umane... conservazione del patrimonio ambientale... attuazione e consolidamento dei processi di sviluppo endogeno... crescita economica, sociale e culturale... miglioramento della condizione femminile e dell'infanzia... promozione della donna* » (L. n. 49/87, art. 1).

Anche la revisione internazionale delle strategie dello sviluppo in qui adottate, ha messo in evidenza l'estrema necessità di reimpostare la cooperazione internazionale verso la ricerca prioritaria di risposte integrate ai bisogni primari delle popolazioni escluse dai processi di sviluppo e la salvaguardia dei diritti umani, con interventi ampiamente partecipativi sul territorio, complessivamente identificabili come una strategia per lo *sviluppo umano* (50).

In tal senso, in un contesto che per anni ha privilegiato l'« *anima mercantile* » della cooperazione, l'esper-

rienza italiana per lo sviluppo umano, seppure qualitativamente consistente, non è stata adeguatamente valorizzata.

La valorizzazione delle esperienze per lo sviluppo locale integrato ed un loro significativo apporto allo sviluppo ed al consolidamento delle istituzioni, non può prescindere da appropriate metodologie di gestione, che devono poter essere caratterizzate da elevata flessibilità e forte coinvolgimento di operatori e beneficiari, senza per questo venir meno a rigore e trasparenza. L'attuazione per « piani operativi », se realizzata adottando adeguati strumenti di gestione, sembra poter offrire in tal senso sufficienti garanzie.

(1) Si veda ad esempio:

Ministero degli affari esteri, direzione generale per la cooperazione allo sviluppo, *Compendio della legislazione italiana sull'aiuto pubblico allo sviluppo*, CEGI;

Istituto per la cooperazione economica internazionale e i problemi dello sviluppo - ICEPS, *Guida all'aiuto pubblico italiano allo sviluppo*, Roma 1991.

(2) L. 26 febbraio 1987, n. 49, art. 1, comma 3.

(3) Comitato interministeriale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 17: Indirizzi programmatici della cooperazione allo sviluppo*, 8 agosto 1987.

(4) *Ibidem*.

(5) Comitato direzionale, *Intervento straordinario: definizioni e criteri per la sua programmazione, identificazione e realizzazione*, 26 gennaio 1988.

(6) Comitato interministeriale di cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 17* dell'8 settembre 1987.

(7) L. 26 febbraio 1987, n. 49, art. 1, comma 1.

(8) Cfr.: Senato della Repubblica, X legislatura, documento approvato dalla 3^a Commissione permanente (affari esteri, emigrazione), a conclusione dell'indagine conoscitiva sulla politica di cooperazione dell'Italia con i Paesi in via di sviluppo, 18 luglio 1990, p. 3.

(9) GOBBATO, ETTORRE E SANDRI, GIA-

NANDREA, *La cooperazione tradita. La storia della mancata applicazione della legge italiana sulla cooperazione allo sviluppo*, Edizioni Procom, Roma, 1991, p. 67-70.

(10) L. 26 febbraio 1987, n. 49, art. 12, comma 1. Cfr. Ministro degli affari esteri, decreto 17 gennaio 1990, n. 40 bis.

(11) L. 26 febbraio 1987, n. 49, art. 13. Cfr. Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 122* del 2 dicembre 1987.

(12) Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 123* del 2 dicembre 1987.

(13) I principali riferimenti normativi in tal senso sono costituiti dalla L. 26 febbraio 1987, n. 49, artt. 1 e 2 e dagli « Indirizzi del CICS ». Cfr. Comitato interministeriale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 17* dell'8 settembre 1987.

(14) Ministero degli affari esteri, direzione generale per la cooperazione allo sviluppo, *La cooperazione sanitaria italiana*, Principi Guida, Roma, 1989.

(15) Ministero degli affari esteri, direzione generale per la cooperazione allo sviluppo, *Relazione annuale sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo nel 1990*, vol. 1, Roma, 1991, p. 68.

Ministero degli affari esteri, direzione generale per la cooperazione allo sviluppo, *Relazione annuale sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo nel 1991*, vol. 1, Roma, 1992, in: DIPCO n. 38/92, p. 28.

(16) Ministero degli affari esteri, direzione generale per la cooperazione allo sviluppo, *Relazione annuale sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo 1990*, vol. 1, Roma 1991, p. 79.

(17) Sulla opportunità di evitare la gestione diretta si veda ad esempio il parere della 3^a Commissione permanente della Camera dei deputati sulle linee degli indirizzi programmatici della cooperazione allo sviluppo per il 1992: Camera dei deputati, 3^a Commissione, seduta di giovedì 17 dicembre 1992, p. 47.

Sull'uso dei fondi accreditati presso le ambasciate si veda ad esempio: Camera dei deputati, XI legislatura, allegato B ai resoconti, seduta del 16 febbraio 1993, *Atti di controllo e di indirizzo, risoluzioni in commissione*, 7-00146, p. 7948.

(17 bis) Si vedano ad es. le molteplici esperienze descritte in: CARRINO LUCIANO, CATENACCI BRUNO, DAVIO GIULIA, FELICIANI FABRIZIO, MISSONI EDUARDO, *Il sogno dell'abbondanza: le nuove vie della cooperazione. Storie e riflessioni sullo sviluppo umano*. Edizioni cultura della pace, San Domenico Fiesole (FI), 1993.

(18) Comitato direzionale, *Delibera n. 67* del 25 febbraio 1988.

(19) GOBBATO, ETTORRE E SANDRI, GIANDREA, *op. cit.*, p. 137.

(19 bis) Una commissione per altro composta in maggioranza da rappresentanti delle stesse ONG, ivi incluse quelle sindacali (cfr. L. 26 febbraio 1987, n. 49, art. 8, comma 10), Ministro degli affari esteri decreto 3 giugno 1987.

(20) Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 67* del 25 febbraio 1988.

(21) Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 67* del 25 febbraio 1988.

(22) Comitato interministeriale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 12: Linee di indirizzo per lo svolgimento di attività di cooperazione allo sviluppo da parte delle Regioni, delle Province autonome e degli Enti locali*, 17 marzo 1989.

(23) L. n. 49/87, art. 15, comma 7. Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 123* del 2 dicembre 1987.

(24) Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 1* del 2 febbraio 1989.

(25) L. n. 49/87, art. 14, comma 5; art. 15, comma 5; art. 29, art. 29, comma 3. Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 1* del 2 febbraio 1989.

(26) Senato della Repubblica, X legislatura, *Decisione e relazione della Corte dei conti sul rendiconto generale dello Stato per l'esercizio finanziario 1989*, vol. II, doc. XIV, n. 4, 27 giugno 1990, p. 77.

(27) L. 30 dicembre 1991, n. 412. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 305*, del 31 dicembre 1991.

(28) Decreto del Presidente della Repubblica, 12 aprile 1988, n. 177, *Approvazione del regolamento di esecuzione della L. 26 febbraio 1987, n. 49, sulla disciplina della cooperazione dell'Italia con i Paesi in via di sviluppo*.

(29) Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 373*, del 15 dicembre 1988.

(30) Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 78*, dell'8 settembre 1987.

(31) Cfr.: Camera dei deputati, XI legislatura, allegato B ai resoconti, seduta del 16 febbraio 1993, *op. cit.*

(32) Cfr.: D.P.R. 12 aprile 1988, n. 177, *Approvazione del regolamento di esecuzione della L. 26 febbraio 1987, n. 49, sulla disciplina della cooperazione dell'Italia con i paesi in via di sviluppo*, Titolo IV, artt. 32-38. Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 104* del 31 ottobre 1987.

(33) Camera dei deputati, X legislatura, *Indagine conoscitiva sulla cooperazione allo sviluppo*, n. 4, 6 novembre 1990, Atti parlamentari, Indagini conoscitive e documentazioni legislative, p. 7.

Cfr.: Comitato direzionale, *Delibera n. 3* del 26 gennaio 1988; Ministero degli affari esteri, direzione generale per la cooperazione allo sviluppo, *Relazione annuale sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo nel 1990*, vol. 1, pag. 51.

(34) Senato della Repubblica, X legislatura, *Decisione e relazione della Corte dei conti sul rendiconto generale dello Stato per l'esercizio finanziario 1989*, p. 79.

(35) Comitato direzionale, *Delibera n. 122* del 2 dicembre 1987.

(36) Comitato direzionale, *Delibera n. 150* del 15 giugno 1988. Comitato direzionale, *Delibera n. 179* del 22 aprile 1992.

(37) Comitato direzionale, *Delibera n. 48*, dell'11 febbraio 1992, *Disposizioni sull'organizzazione e il funzionamento delle UTL* (allegato).

(38) Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 74* dell'8 settembre 1987. Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo,

Delibera n. 61 del 25 febbraio 1988.

(39) Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 67* del 25 febbraio 1988.

(40) Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 67* del 25 febbraio 1988.

(41) Comitato interministeriale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 12, Linee di indirizzo per lo svolgimento di attività di cooperazione allo sviluppo da parte delle Regioni, delle Province autonome e degli E.l.*, 17 marzo 1989.

(42) Comitato consultivo per la cooperazione allo sviluppo, gruppo di lavoro IV: Educazione allo sviluppo e coinvolgimento della realtà sociale, Riunione del 18 dicembre 1993, *Documento di lavoro sull'attività di cooperazione delle Regioni e sulla proposta di costituzione di un Osservatorio interregionale sulla cooperazione allo sviluppo*.

(43) Cfr.: Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 286*, del 28 luglio 1988.

(44) Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 201*, del 28 luglio 1988.

(45) Ministero degli affari esteri, direzione generale per la cooperazione allo sviluppo, *La cooperazione sanitaria italiana*. Rapporto annuale 1988, Roma 1989, pp. 36-39.

(46) Si veda ad esempio: AA.VV., *Discussione sul « Logical framework »*, *Forum valutazione*, n. 2 novembre 1991, pp. 51-116.

(47) Commission of the European Communities, Directorate General for Development, *The integrated approach to project/programme cycle management*, VIII/A/2/105/92.

(48) Comitato direzionale per la cooperazione allo sviluppo, *Delibera n. 67* del 25 febbraio 1988.

(49) Decreto del Ministro degli affari esteri, 17 gennaio 1990, n. 49 bis.

(50) UNDP, *Human development re-*

port 1990, Oxford University Press, New York 1990.

(*1) Conosciuta come « viva premura » nel gergo « diplomatese ».

(*2) Il dato è il risultato di elaborazioni dell'autore su dati forniti dall'Ufficio XI della DGCS.

(*3) L'abolizione di tale clausola dalle convenzioni con le ONG non appare risultare da alcuna indicazione normativa in sostituzione di quella citata nella nota precedente.

(*4) Si veda ad esempio l'esperienza in appoggio al programma nazionale di salute mentale in Argentina affidato alla regione Friuli-Venezia Giulia.

(*5) Il termine sistema locale identifica un'area geografica e quindi una popolazione abbastanza limitata, tale da consentire la corretta individuazione e la specifica risoluzione dei problemi prioritari, purtuttavia sufficientemente grande da consentirne una gestione autonoma. Molto spesso si tratta di aree proprie della suddivisione amministrativa dello Stato, anche se questa in alcuni casi risponde più a ragioni storiche che a criteri geografici, socio-economici o gestionali, tanto è vero che non sempre le suddivisioni territoriali adottate dai diversi settori (sanità, educazione, giustizia, difesa, ecc.) coincidono.

(*6) La terminologia che qui si utilizza è quella generalmente adottata a livello internazionale, salvo la definizione di iniziativa, propria della legislazione italiana, ma che appare estremamente utile per identificare l'insieme operativo, quasi sempre estremamente articolato nelle iniziative di tipo sociale, cui viene destinato il finanziamento approvato. Si richiama l'attenzione sul fatto che nel sistema informativo della DGCS il termine *progetto* viene invece utilizzato con il significato di componente o voce di spesa (es. esperti, fondi di gestione in loco, convenzione, contratto, borsisti), prestandosi ad una enorme confusione.

IL SISTEMA SANITARIO ROMENO

LA SITUAZIONE ATTUALE E UNA PROPOSTA DI RIFORMA

di Mario Del Vecchio

Università L. Bocconi - SDA - Cergas - Milano

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Il sistema sanitario romeno - 3. Le priorità del sistema - 4. L'architettura del sistema - 5. Le politiche rispetto al personale medico - 6. Le tecnologie biomediche.

Da un punto di vista sanitario la Romania condivide gli stessi problemi che caratterizzano gli altri paesi dell'Europa centrale e orientale (i cosiddetti paesi dell'est) e che hanno reso indispensabile profondi processi di riforma. I problemi di tali paesi sono oramai largamente conosciuti e quelli che seguono rappresentano soltanto gli aspetti più evidenti (1):

— lo stato di salute non solo è nettamente peggiore rispetto ai paesi dell'Europa occidentale, ma per certi aspetti ha anche subito un costante declino (l'attesa di vita a un anno è fino a sei anni inferiore di quella della Gran Bretagna, esempio quasi unico nel mondo moderno tale indicatore per la popolazione maschile è effettivamente peggiorato nell'ultimo decennio);

— il consumo di bevande alcoliche e tabacco (rappresentativo degli stili di vita) è di molto superiore agli altri paesi europei (non tenendo conto che per l'alcol le statistiche ufficiali sono spesso sottostimate e che le sigarette hanno un più elevato contenuto di catrame);

— in quasi tutti i paesi l'aborto è stato usato come un sostituto dei mezzi di pianificazione familiare, co-

me dimostrano i tassi di abortività, e dove tale pratica era vietata, in Romania, il risultato è stato la diffusione delle pratiche clandestine e la crescita della mortalità nelle gestanti;

— molte aree geografiche sono da considerarsi disastrose sotto il profilo ecologico, a causa di un'industrializzazione pesante priva di qualunque considerazione per i problemi ambientali che è venuta ad aggiungersi ai tradizionali problemi creati dagli scarichi urbani;

— i servizi sanitari riflettono tutte le conseguenze delle ideologie economiche e politiche fino a ieri dominanti, caratterizzati come sono da elementi quali la scarsità di risorse, la sottoccupazione in molte aree che coesiste con la scarsità di personale in altre, servizi insufficienti e fortemente frammentari nonostante lo stretto controllo del centro, dotazioni tecnologiche quantitativamente e qualitativamente insufficienti, la larga diffusione di fenomeni di corruzione anche in risposta a politiche salariali nei confronti del personale medico assolutamente irrealistiche.

I problemi che la Romania (circa 23 milioni di abitanti di cui la metà in aree rurali) deve affrontare sono

comunque di un ordine di grandezza superiore rispetto a quello dei paesi vicini, e poche osservazioni varranno a dimostrarlo (2). La speranza di vita è fra le più basse dei paesi dell'est ed è di cinque anni inferiore rispetto alla media dei paesi dell'Europa occidentale. Il tasso standardizzato di mortalità, più di 1.200 per 100.000 unità di popolazione, è il più alto d'Europa. La mortalità infantile è cresciuta da un minimo del 23 per mille nel 1986 fino a più del 27 nel 1990; tale valore è più elevato del 50% rispetto agli altri paesi dell'est, tre volte più elevato rispetto ai paesi dell'Europa occidentale e perfino più elevato di paesi a minor reddito come il Cile, il Costa Rica o la Giamaica. Anche il tasso di mortalità nei bambini da 1 a 4 anni è cresciuto nell'ultimo decennio e il suo attuale livello, 2,2 per 1.000, è fra i più alti d'Europa. Si riscontrano, non solo nella popolazione infantile, elevati livelli di molte malattie infettive, compresa la tubercolosi, l'AIDS e l'epatite B. La politica demografica di Ceausescu, iniziata nel 1966 con un decreto che bandiva la contraccezione e limitava strettamente l'aborto, ha condotto a tassi elevatissimi di

mortalità tra le gestanti che morivano per le conseguenze di aborti auto-procurati, la legalizzazione dell'aborto alla fine del 1989 è riuscita a ridurre del 60% la mortalità materna che con un tasso attuale 0,84 per mille rimane, tuttavia, otto volte più elevata che in Polonia. Tra gli altri effetti della citata politica, unitamente alle condizioni sociali ed economiche del paese e alla inesistenza dei servizi sociali, va annoverato il problema di 150.000 bambini, sostanzialmente abbandonati dalle famiglie, che vivono in istituti spesso non in grado di fornire loro neppure l'assistenza di base. Bisogna, infine ricordare che a causa dell'isolamento in cui veniva tenuto il paese sotto Ceausescu, tutto il personale sanitario è stato tenuto praticamente all'oscuro di tutti gli sviluppi che avevano luogo negli altri paesi.

A fronte di tale situazione in termini di condizioni di salute, di particolare rilevanza ai fini della selezione dei contenuti prioritari da assegnare alle politiche sanitarie, si pone in termini altrettanto drammatici il problema della riorganizzazione complessiva del sistema sanitario. È su quest'ultimo tema che intendiamo concentrare l'attenzione nel presente articolo, prendendo spunto dalle proposte di riforma recentemente formulate da un consorzio internazionale di istituti di ricerca su incarico della Banca Mondiale. Verranno dapprima presentati gli elementi che caratterizzano il funzionamento attuale del sistema sanitario romeno e quindi discusse alcune aree tematiche di particolare rilevanza per la riforma complessiva del sistema.

2. Il sistema sanitario romeno

Il sistema sanitario romeno è, naturalmente, un sistema quasi completamente pubblico, almeno ufficialmente, finanziato e gestito dal go-

verno centrale attraverso il Ministero della sanità e articolato in 41 distretti sanitari la cui dimensione varia dai 300 ai 900 mila abitanti (escluso il distretto metropolitano di Bucarest che conta più di 2 milioni di abitanti).

Le strutture di offerta. Il ruolo del ministero è quello di definire le politiche sanitarie, allocare le risorse ai distretti (ora quasi esclusivamente dal punto di vista finanziario, precedentemente anche in termini di quantità fisiche per molti materiali sanitari e non), esercitare direttamente alcune funzioni di igiene pubblica e di sorveglianza generale. La funzione del distretto è quella di applicare a livello locale le direttive centrali tramite la gestione delle diverse unità che erogano servizi nel territorio di competenza (ospedali, poliambulatori, dispensari). A capo del distretto è posto un direttore (un medico) nominato dal ministero, di concerto con il prefetto, che viene coadiuvato nella sua azione da un comitato di amministrazione. Le unità di erogazione, compresi gli ospedali, sono poste sotto l'autorità del distretto, ma queste hanno un certo grado di autonomia e proprie strutture di direzione (direttore e comitato di amministrazione costituito dai responsabili dei servizi più importanti).

La medicina di base è sostanzialmente rappresentata dai dispensari (5.500 in tutto il paese) che sono situati nelle città, nelle comunità rurali o all'interno delle imprese. Il dispensario dovrebbe provvedere a tutte le funzioni di base comprese quelle per la popolazione pediatrica e all'educazione sanitaria. Nel dispensario operano normalmente alcuni medici (un medico generale, un dentista e un pediatra) e almeno quattro paramedici. Soprattutto nei contesti urbani risulta di particolare importanza il ruolo svolto dai dispensari di impresa (circa un terzo del totale) ai quali si sono finora rivolti non solo

gli occupati dell'impresa in cui questi erano situati, ma anche i dipendenti di imprese più piccole che avevano attivato rapporti di convenzione. In presenza di dispensari di impresa, ai quali fanno anche riferimento il 3,5% dei posti letto ospedalieri e il 10% dei policlinici, la popolazione servita dai dispensari territoriali veniva così a ridursi ai soli non occupati (in prevalenza popolazione anziana o in età infantile).

Le strutture attraverso le quali viene erogata l'assistenza specialistica sono 541 policlinici e 424 ospedali (8,9 letti ospedalieri per 1.000 abitanti nel 1988). Gli ospedali sono divisi per categorie a seconda dei posti letto e delle specialità presenti (da quelli rurali fino a quelli universitari e specializzati) e sono nominalmente responsabili della supervisione tecnica sull'attività dei dispensari ai quali dovrebbe essere anche affidato il decorso post ospedaliero. Ai poliambulatori rimane affidata la maggior parte dell'attività ambulatoriale e in alcuni di questi è ufficialmente consentita un'attività privata a pagamento da parte dei medici specialisti e del personale paramedico.

Le risorse fisiche. Il settore sanitario impiega in Romania circa 270.000 persone che rappresentano il 3% degli occupati totali. L'attuale rapporto che vede la presenza di un medico ogni 560 abitanti (un incremento del 28% negli ultimi dieci anni) situa il paese in una posizione favorevole nel confronto con altri paesi allo stesso livello di reddito. Se non esistono eccessive preoccupazioni da un punto di vista quantitativo, alcuni problemi vanno rilevati sotto il profilo della qualità e composizione del personale. Nel 1978 il regime di Ceausescu decretò la chiusura di quasi tutte le scuole di specialità e anche delle scuole infermieristiche, i risultati di tale politica, osservati nel 1990 anno di riapertura delle scuole soppresse, sono stati che su 100 medici in attivi-

tà solo 26 risultavano essere degli specialisti, mentre esisteva una ovvia carenza di personale infermieristico. Costituiscono ulteriori problemi per quanto riguarda il personale, da una parte le conseguenze dell'isolamento del paese sull'aggiornamento professionale (diffusione delle conoscenze scientifiche) e dall'altra la carenza in specifiche categorie professionali come ad esempio le figure dirigenziali a livello ospedaliero.

Una menzione a parte meritano le questioni relative ai livelli retributivi. I salari medi nel settore sanitario sono pari circa al 94% della media generale del paese e ciò significa che i medici romeni non solo guadagnano considerevolmente di meno dei loro colleghi europei, ma che il loro reddito è molto basso anche in termini relativi rispetto alla realtà del paese. Il basso livello salariale spiega in parte l'ampia diffusione di pagamenti sottobanco (in denaro o in natura) ai medici da parte degli utenti per l'ottenimento di prestazioni specialistiche (ospedali e poliambulatori). Al di là dei giudizi etici, un tale sistema ha come minimo aggravato il problema degli squilibri nella composizione del personale medico. Infatti, essendo la possibilità di raggiungere determinati livelli di « salario reale » fortemente condizionata dal tipo di specialità e dal luogo in cui il medico esercita la professione, alcune specialità hanno esercitato meno interesse di altre (es. igiene pubblica) e si è registrato un vero e proprio esodo di medici dalle zone rurali da quando nel 1990 è stata introdotta una certa liberalizzazione nella scelta da parte dei medici dei luoghi dove esercitare (es. abolizione dell'obbligo per i nuovi medici una permanenza di almeno tre anni nelle zone rurali) sono state riaperte delle scuole di specialità.

Se in un certo senso la risorsa personale può essere autarchicamente « prodotta » e quindi almeno in

quantità risulta disponibile, per quanto concerne le altre risorse materiali la situazione della Romania è particolarmente critica. La mancanza di nuovi investimenti, la cronica carenza di prodotti forniti dall'industria nazionale e la indisponibilità di risorse finanziarie in valuta per il settore sanitario durante l'ultimo decennio hanno condotto a una situazione drammatica. La disponibilità di farmaci (anche quelli di base) e di materiali di consumo per il settore sanitario (come ad esempio i guanti e le siringhe monouso in un contesto a rischio per le malattie infettive) è assolutamente insufficiente sia in termini quantitativi che qualitativi (la qualità della produzione nazionale è spesso davvero scadente). La maggior parte delle attrezzature è drammaticamente obsoleta o inutilizzabile per mancanza di parti di ricambio. In molti casi mancano le macchine necessarie per la sterilizzazione o le stesse attrezzature rappresentano degli elementi di rischio per il paziente o il personale (es. rischi di perdite e sovradosaggi per le apparecchiature di radiologia).

Il finanziamento. Sia le spese correnti che quelle in conto capitale vengono completamente finanziate dal bilancio dello Stato. Tra il 1985 e il 1989 la spesa sanitaria pubblica ha rappresentato in media il 2,2% del PNL. Tale percentuale è il risultato di una concezione politica che, considerando la spesa sanitaria come improduttiva, limitava al minimo la destinazione di risorse fisiche e finanziarie, al punto che per tutti gli anni '80 in Romania, a differenza di tutti gli altri paesi allo stesso livello di reddito, il PNL è cresciuto a un tasso costantemente maggiore di quello della spesa sanitaria pubblica. Nonostante nel 1990 la spesa sanitaria pubblica sul PNL sia cresciuta fino a raggiungere il 2,9% (1.000 Lei (3) procapite rispetto ai 764 Lei del 1987), tale livello risulta essere ancora ben

al di sotto di altri paesi dell'Europa dell'est come ad esempio la Polonia (3,7%) o l'Ungheria (5,4%). Se si prende in considerazione la spesa sanitaria privata, è stato stimato che la spesa sanitaria complessiva nel 1989 abbia rappresentato il 3,3% del PNL e di tale spesa circa un quarto sia stata quella privata. Per un paese in cui l'assistenza sanitaria dovrebbe essere gratuita si tratta effettivamente di una percentuale molto elevata che testimonia l'importanza nel finanziamento complessivo del sistema di elementi quali:

a) l'acquisto diretto di farmaci da parte dell'utente (anche per il consumo in ambito ospedaliero qualora il farmaco non sia disponibile nella farmacia ospedaliera), si consideri che nel 1990 su una spesa media procapite di farmaci complessiva di 310 Lei circa 170 sono stati a carico dei cittadini;

b) l'acquisto diretto da parte dell'utente di materiali sanitari, è abbastanza frequente ad esempio che per gli esami radiografici non urgenti il paziente acquisti presso una farmacia le pellicole necessarie;

c) il pagamento diretto dei servizi sanitari sia nella forma legale dei servizi offerti dai 72 poliambulatori a pagamento sia, ed è questa la parte preponderante, sotto forma di compensi non ufficiali richiesti o offerti ai professionisti sanitari.

La struttura della spesa sanitaria pubblica vede la parte preponderante assorbita dalla voce personale (66%), cui segue quella relativa ai farmaci (15% di cui 2/3 per uso ospedaliero) e all'acquisto di prodotti alimentari (4) (6%), mentre la sua distribuzione tra i 41 distretti non sembra mostrare disparità di estrema rilevanza. Esiste una tendenza a favorire le aree urbane (il 45% della popolazione che vive nelle zone rurali riceve direttamente solo il 13% della spesa) che può essere in parte spiegato dal fatto che le strutture ad alto

costo, che servono sia le aree urbane che quelle rurali (es. ospedali di distretto), sono situate nelle città.

Il finanziamento dei distretti avviene tramite un'allocazione dei fondi a preventivo da parte del ministero, essenzialmente su basi storiche, che non esclude però anche forme di negoziazione. È importante sottolineare che l'effettivo controllo della spesa non è avvenuto finora sulla base delle risorse finanziarie distribuite, ma su elementi quali l'assegnazione rigida da parte del centro delle unità di personale cui avevano diritto le singole strutture, il razionamento fisico dei prodotti industriali di produzione nazionale (sistema di allocazione a quantità tipico delle economie pianificate), il razionamento e l'allocazione delle risorse finanziarie in valuta per l'acquisto di prodotti di importazione. In tale situazione l'attribuzione di risorse finanziarie non implica alcun livello rilevante di autonomia gestionale da parte dei distretti e delle strutture di erogazione.

3. Le priorità per il sistema

Il quadro presente e gli scenari futuri economici e finanziari della Romania limitano fortemente le possibilità di intervento a breve termine sul sistema sanitario e hanno imposto al governo la selezione di pochi punti critici su cui concentrare le risorse per una prima modificazione del sistema.

La prima priorità identificata è quella relativa alla medicina di base. Se il sistema di offerta che abbiamo descritto era inteso come un mezzo per ridurre i costi trattando i pazienti nelle strutture più adeguate e a minor costo, e per favorire l'accesso alla medicina di base offrendo i servizi nelle vicinanze del paziente (accesso ai servizi tramite la medicina di base), in pratica il sistema della medicina di base non ha assolutamente fun-

zionato ed è attualmente sull'orlo del collasso.

Un primo motivo va ricercato nella priorità nei fatti assegnata alla medicina specialistica negli ultimi anni. Infatti di fronte alle « carestie » che hanno afflitto il sistema sanitario i pochi farmaci e attrezzature disponibili sono stati assegnati agli altri livelli del sistema (ospedali). Si noti che i farmaci e le attrezzature di cui parliamo sono ad esempio antibiotici per trattare le infezioni pediatriche o le sterilizzatrici. Il risultato è che spesso i servizi della medicina di base (dispensari) non hanno avuto altra possibilità che quella di far accedere il paziente all'ospedale che risultava di norma meglio fornito, con un evidente spreco di risorse sia per i maggiori costi del ricovero ospedaliero che per il sottoutilizzo del personale della medicina di base in presenza di una scarsa integrazione tra i diversi livelli di cura. Peraltro la dinamica descritta ha oggettivamente autoalimentato l'enfasi presente nel sistema verso le istituzioni di cura (ospedali) a scapito della medicina di comunità che si è presentata come meno rispondente ai bisogni della popolazione.

Una seconda osservazione riguarda i dispensari di fabbrica, i quali hanno rappresentato non solo un elemento di duplicazione nella struttura dei servizi, ma hanno anche sostanzialmente impedito l'emergere della figura del medico di famiglia. Bisogna inoltre aggiungere che l'inevitabile orientamento dei medici di impresa ad aspetti formali come quelli di certificazione della malattia ha contribuito alla burocratizzazione del sistema stesso. I problemi posti da i dispensari di fabbrica non sembrano di facile soluzione, poiché se da una parte risulta necessaria una loro chiusura o profonda ristrutturazione per sviluppare la medicina di famiglia, è pur vero che essi rappresentano attualmente una parte importante del

sistema di offerta sia per i servizi offerti che per personale impiegato.

Bisogna infine citare l'assoluta necessità di una sostanziale costruzione *ex novo* di tutto il settore della tutela della donna e del bambino (una priorità nella priorità) e dell'introduzione di misure che consentano una effettiva possibilità di scelta del medico.

La seconda priorità è la ristrutturazione di quella che può essere definita l'architettura complessiva del sistema in termini di organizzazione e finanziamento dell'assistenza sanitaria, in modo da costruire un sistema sostenibile, efficiente e rispondente ai bisogni dei pazienti. L'essenza del funzionamento del sistema è stata finora la pianificazione centrale e l'applicazione a livello locale di direttive. A livello centrale venivano rigidamente definiti volumi, localizzazioni, dimensioni, tipologie e dotazioni strutturali delle strutture di offerta con scarso riferimento ai bisogni degli utenti o ai rapporti costo efficacia. Norme rigide di allocazione delle risorse finanziarie (scarsa sostituibilità tra le diverse voci di spesa) e il sistema delle dotazioni di personale che allocavano le risorse sulla base di predefinite funzioni di produzione hanno finora lasciato scarsissima flessibilità alla dirigenza locale (5).

I risultati di tale filosofia di gestione complessiva, coerente con le caratteristiche che hanno contraddistinto l'esperienza delle economie pianificate, sono facilmente prevedibili. La dirigenza a livello locale non ha avuto alcun incentivo a una efficiente combinazione delle risorse e scarsi spazi di azione in quanto tutte le decisioni venivano assunte a livello centrale. I responsabili dei distretti e degli ospedali non hanno avuto alcun ruolo nella definizione delle priorità con evidenti difficoltà nella ricerca di una coerenza complessiva tra allocazione delle risorse e bisogni della popolazione. Un effetto generalizza-

to è stato quello della completa assenza di « punti di responsabilizzazione » nel funzionamento del sistema.

Non si tratta solo della responsabilità complessiva sui risultati ottenuti e sulle risorse impiegate a livello locale, ma anche della necessità di tenere in debita considerazione le necessità dei principali attori di ogni sistema sanitario: gli utenti e il personale.

Per quanto riguarda gli utenti, oltre al problema di una corretta interpretazione dei bisogni, di cui è difficile trovare traccia nelle politiche fin qui seguite, la questione è quella del ruolo praticamente nullo che questi hanno avuto nelle decisioni e nel funzionamento delle strutture, veri e propri « oggetti » di intervento e nel migliore dei casi questi beneficiati dal funzionamento di alcuni servizi (6).

Tale atteggiamento di fondo nei confronti degli utenti ha trovato poi una corrispondenza nelle politiche del personale a livello di sistema. Nell'ambito di una più generale politica del lavoro, il personale sanitario ha subito, anche in confronto a esperienze analoghe, un pesante intervento di despecializzazione, una forte limitazione della libertà di impiego e una irrealistica compressione della posizione retributiva relativamente ai trattamenti salariali medi.

A fronte di tali priorità e delle sottostanti analisi, assunte esplicitamente dal governo e largamente condivise da tutte le forze politiche, è stata avanzata la proposta di riforma citata all'inizio del presente articolo i cui principali contenuti, in relazione a temi di particolare rilevanza come quello dell'architettura generale del sistema, delle politiche nei confronti del personale medico, delle politiche rispetto alle tecnologie biomediche verranno brevemente analizzati nella parte che segue.

4. L'architettura del sistema

Nel valutare le proposte di ridefinizione dell'architettura complessiva del sistema (assetto istituzionale e modalità di finanziamento) è necessario in via preliminare evidenziare alcuni elementi di giudizio che ne condizionano necessariamente i contenuti. I principali sono:

— indipendentemente da ogni giudizio sull'architettura attuale (es. i principi di fondo sono corretti, ma sono stati male applicati), il sistema sembra aver bisogno di uno shock istituzionale che da una parte metta in moto effettivi processi di cambiamento e dall'altra soddisfi le attese di radicale rottura con il passato presenti negli attori del sistema sanitario, nella società e nella maggioranza delle forze politiche (almeno nelle dichiarazioni);

— nella percezione comune il sistema pubblico si identifica con il passato e sono presenti forti attese nei confronti dei meccanismi di mercato, anche se il reale significato e funzionamento di tale ultimo sistema, soprattutto nell'ambito delle attività sanitarie, è pressoché sconosciuto pure ai suoi più fermi sostenitori (in pratica ogni attore identifica il mercato come il meccanismo che soddisferà le sue attese senza che ciò comporti il pagamento di alcun costo);

— seppure non costituisca necessariamente la causa delle disfunzioni del passato (basse attese degli utenti, mancanza di punti di responsabilizzazione, burocratizzazione) la gratuità del sistema e il suo finanziamento indistinto tramite la tassazione generale possono costituire un ostacolo alla rimozione delle stesse ovvero l'introduzione di una maggiore visibilità della spesa sanitaria e delle sue fonti di finanziamento può indurre modificazioni positive nelle relazioni « clienti-fornitori » e produrre maggiore responsabilizzazione tra i fornitori stessi;

— le condizioni economiche della Romania e lo scenario futuro non consentono di immaginare incrementi apprezzabili della spesa pubblica sanitaria, ciò significa che l'attuale contributo privato alla spesa, compreso quello che assume la forma di pagamenti « ufficiosi », va mantenuto in forma legalizzata e semmai incrementato;

— qualunque riforma si immagini, un'esigenza prioritaria è quella di decentralizzare il funzionamento del sistema dando alla periferia maggiori margini di autonomia e di responsabilità (peraltro è questa una tendenza già recentemente apparsa nell'ambito degli enti locali).

In questo contesto acquista significato la proposta di passare da un sistema di tipo « Servizio sanitario nazionale » a un sistema assicurativo pubblico, separando quindi la funzione di finanziatore-acquirente dei servizi da quella di fornitore dei servizi stessi. In pratica dovrebbe essere istituita una assicurazione sanitaria nazionale (FASN-Fondo assicurativo sanitario nazionale) incaricata di comprare i servizi dalle unità di offerta. I servizi saranno quindi ancora principalmente finanziati tramite fondi pubblici, ma questi passeranno attraverso contributi sanitari obbligatori pagati da tutti i lavoratori dipendenti, i datori di lavoro e i lavoratori autonomi (tasse di scopo, da cui saranno esentati i disoccupati, chiaramente separate dalla tassazione generale).

Il FASN, che nelle fasi iniziali si configurerà come un'agenzia del governo con un'unica fonte di finanziamento e che successivamente, al differenziarsi delle fonti di finanziamento (es. pacchetti assicurativi integrativi), potrà assumere differenti forme istituzionali, avrà il compito di gestire il fondo su base nazionale e di coordinare l'attività delle proprie agenzie locali (AL). Il FASN negozierà quindi col governo nel suo

complesso e col Ministero della sanità in particolare il proprio budget annuale e gli obiettivi da assegnare alle diverse unità di offerta.

Si prevede la costituzione di 41 AL, in corrispondenza degli attuali distretti sanitari, la cui funzione sarebbe quella di acquistare i servizi per conto della popolazione. Le AL dovranno identificare i bisogni locali e negoziare col FASN eventuali variazioni del budget e degli obiettivi rispetto a quelli stabiliti su base nazionale. Una volta definito il budget, ogni singola AL dovrà negoziare su base locale la fornitura dei servizi con le unità erogatrici presenti sul territorio e rispetto a queste ultime assumerà anche un ruolo di verifica dei risultati raggiunti e di coordinamento sull'insieme dei servizi offerti.

Il Ministero della sanità, privato delle funzioni di gestione operativa del sistema, dovrebbe concentrarsi su ruoli e funzioni che attengono prioritariamente alla guida dei processi di cambiamento e alla direzione complessiva del sistema quali: la prevenzione e l'educazione sanitaria, la pianificazione strategica (tramite anche la valutazione e il finanziamento degli investimenti più rilevanti), l'accreditamento e il controllo di qualità sulle unità erogatrici (tramite un'agenzia nazionale per l'accreditamento e la qualità-ANAQ), la pianificazione dei fabbisogni di personale e la sua formazione e sviluppo.

Nel nuovo sistema si profilano cambiamenti rilevanti anche rispetto alle unità di erogazione per le quali è prevista una differenziazione delle forme istituzionali possibili e un'ampia autonomizzazione (nei limiti del loro budget e rispettando i vincoli posti dai meccanismi di accreditamento e verifica della qualità). Così accanto alle tradizionali strutture pubbliche (di proprietà degli Enti locali) si prevede l'introduzione di strutture private senza fini di lucro (come evoluzione e trasformazione istituzionale,

laddove possibile, delle strutture precedenti) e di strutture private a fini di lucro (qualche esperienza in tal senso è in fase di realizzazione a Bucarest).

Per quanto riguarda la medicina di base i dispensari non a fini di lucro (pubblici e privati) riceveranno un finanziamento capitarario sulla base dei pazienti iscritti, negoziato con la locale agenzia del FASN. I dispensari privati riceveranno l'accreditamento e quindi la possibilità di operare solo in quelle aree dove non esiste un'adeguata copertura delle altre strutture e in nessun caso saranno finanziate dal FASN.

Le altre strutture di offerta (principalmente policlinici e ospedali) potranno anch'esse differenziarsi istituzionalmente e quelle non a fini di lucro saranno finanziate dalla AL sulla base di contratti rispetto a predefiniti livelli di output. Per gli ospedali ad alta specializzazione sono previste inoltre forme aggiuntive di finanziamento da parte di organismi centrali. Le organizzazioni a fini di lucro dovranno procurarsi le risorse vendendo i propri servizi agli utenti (eventualmente tramite assicurazioni private) o alle strutture non a fini di lucro (è escluso il pagamento diretto da parte della AL).

Per gli utenti, infine, verranno applicati due principi di fondo. Il primo è quello della libera scelta del medico di base, in base al quale i pazienti potranno scegliere e cambiare il proprio medico e dispensario di riferimento. Il secondo è quello di una partecipazione diretta seppure in modeste percentuali, al finanziamento del sistema (maggiore per l'assistenza specialistica rispetto a quella di base), facendo cadere l'idea, peraltro assolutamente disattesa nella pratica, della completa gratuità del servizio, tramite l'introduzione di ticket sull'utilizzo dei servizi. Tali forme di partecipazione degli utenti dovrebbero consentire da una parte l'ampliamento

to delle risorse a disposizione, tramite soprattutto una legalizzazione degli attuali pagamenti sommersi, e dall'altra un rafforzamento della « posizione contrattuale » degli utenti stessi nei confronti degli erogatori delle prestazioni (da utenti a clienti dei servizi).

L'architettura proposta presenta indubbiamente alcuni aspetti positivi. Il passaggio a un sistema assicurativo pubblico come quello proposto, che potrebbe essere visto come un « escamotage » in un paese che vuole una riforma visibile, preme per l'introduzione di meccanismi di mercato e non ha comunque le risorse per permetterseli, quand'anche fossero desiderabili e tecnicamente fattibili, rappresenta probabilmente la sola strada praticabile per iniziare a introdurre elementi di reponsabilizzazione. Infatti, la separazione delle responsabilità (acquirente/fornitore) e la decentralizzazione, oltre a essere uno shock per il sistema, consentono di chiarire e restringere le responsabilità assegnate ai diversi attori (minore complessità gestionale e focalizzazione su obiettivi meglio definiti). Il chiarimento delle responsabilità rappresenta inoltre una condizione indispensabile per poter guidare efficacemente l'allocazione in via prioritaria delle risorse verso la medicina di base (nel distretto finanziatore/erogatore le strutture specialistiche esercitavano un ruolo predominante). La visibilità della contribuzione e il diretto pagamento di parte delle prestazioni dovrebbero, infine, facilitare l'innalzamento delle attese degli utenti i quali, esercitando maggiori pressioni sulle strutture di offerta, potrebbero costituire uno stimolo forte al miglioramento dell'efficienza.

Almeno tre punti di particolare criticità per l'intero impianto vanno comunque segnalati. Il primo è che, se è vero che il passaggio ai contributi obbligatori modifica poco nella so-

stanza rispetto al finanziamento tramite tassazione generale (i contributi possono essere considerati una particolare forma di tassazione), è altrettanto vero che la base impositiva potrebbe rapidamente contrarsi a seguito dei processi di ristrutturazione in corso dell'economia romana (aumento della disoccupazione e dell'occupazione irregolare) e che un aumento del costo del lavoro non è tra le misure più coerenti con tale quadro. Il secondo è riferito all'accesso ai servizi sulla base della cittadinanza che rappresentava uno dei pochi punti di forza del sistema precedente: di fronte a tensioni sul fronte delle risorse potrebbero prodursi forti pressioni per limitare l'accesso ai soli occupati (coloro i quali versano o per conto dei quali i datori di lavoro versano i contributi) o comunque discriminare il resto della popolazione. Da ultimo, su un piano più strettamente gestionale, va notato che la separazione tra acquirenti e fornitori e l'autonomizzazione delle strutture di offerta, pur semplificando la gestione, moltiplica i livelli di management, in una situazione in cui le competenze gestionali rappresentano realmente una risorsa scarsa.

5. Le politiche rispetto al personale medico

Il problema delle politiche rispetto al personale medico « incrocia » necessariamente quello della medicina di base, vista la particolare enfasi posta nel progetto di riforma e condivisa da tutti gli attori sul ruolo del medico di famiglia. Il problema di come porre la medicina e il medico di base al centro del sistema risulta particolarmente complesso, considerata la già accennata quasi completa distruzione della medicina di base operata dal regime di Ceausescu. La proposta di riforma prospetta diverse

aree di intervento su cui agire in contemporanea.

1) *Migliorare lo status.* L'affermazione da tutti condivisa in Romania circa l'importanza della medicina di base si deve tradurre in un maggior prestigio del medico di base, molti elementi devono concorrere in tal senso per raggiungere il risultato, ma un passo preliminare è la costituzione della nuova figura del medico di base come medico dell'intera famiglia, liberamente scelto.

2) *Incrementare i livelli salariali.* I medici di base dovranno essere pagati in maniera diversa e meglio rispetto allo stipendio medio attuale di circa 20.000 Lei al mese. L'idea è quella di combinare nella remunerazione totale una quota capitaria, una parte legata al raggiungimento di alcuni obiettivi e i pagamenti diretti dei cittadini. La remunerazione attuale potrebbe essere facilmente raddoppiata o triplicata imponendo da una parte un ticket di 50 Lei per ogni visita (o 80/100 se si vogliono esentare alcune categorie) e dall'altra riducendo il numero dei medici di base di circa 3.000 unità per arrivare a circa 12.000 (uno ogni 2.000 abitanti). I costi dell'operazione sarebbero un maggiore contributo da parte degli utenti e un minor numero, ma un migliore livello qualitativo dei medici di base.

3) *Migliorare le strutture.* Il miglioramento delle infrastrutture fisiche (dispensari) e tecnologiche è un problema che, superata l'attuale fase di emergenza, dovrà essere affidato agli Enti locali e ai medici stessi. Mentre per i primi gli incentivi per investire nelle strutture potranno venire dall'affermarsi della medicina di base come vera priorità politica, per i secondi è necessario prevedere (incoraggiare) la possibilità di diventare proprietari in forma associata delle strutture in cui operano.

4) *Aumentare gli incentivi.* Oltre agli incrementi di reddito derivanti

dai pagamenti dei cittadini e alla proprietà delle strutture, i medici percepiranno ulteriori compensi al raggiungimento di alcuni obiettivi qualitativi e quantitativi concordati con le AL.

5) *Migliorare l'accesso ai farmaci e alle attrezzature.* Il deperimento della medicina di base è stato anche in passato causato dal « dirottamento » verso l'assistenza specialistica di attrezzature, farmaci e altri beni sanitari di consumo. È necessario quindi per il futuro non solo incrementare la disponibilità complessiva di tali risorse (aiuti internazionali, incremento della produzione domestica), ma anche prevedere canali privilegiati che consentano ai medici di base di accedere a una certa quota delle stesse.

6) *Migliorare la formazione.* Una migliore formazione sarà il frutto innanzitutto di una riforma del sistema universitario, nel senso che alla medicina di famiglia verrà dato lo *status* di specialità. I medici di base avranno quindi maggiori incentivi nel cercare di diventare specialisti di medicina di famiglia, piuttosto che usare la medicina di base come un passaggio intermedio verso la carriera ospedaliera.

7) *Medicina di base e medicina specialistica.* L'intervento nelle aree precedentemente elencate non sarebbe comunque sufficiente per lo sviluppo della medicina di base, se non si modificasse il comportamento delle strutture ospedaliere. Si suppone quindi che i contratti con le AL e la possibilità di utilizzare i margini di risparmio spingano gli ospedali a focalizzarsi verso le proprie prestazioni tipiche, abbandonando o comunque perdendo interesse verso l'area delle prestazioni di base.

Se i medici di famiglia rappresentano una priorità, anche per quelli ospedalieri sono previsti alcuni interventi, che possono essere organizzati attorno a due questioni principali. La prima è quella della formazione e aggiornamento degli specialisti in un

contesto che per almeno un decennio è stato praticamente isolato da tutti i progressi della scienza medica e ha quasi del tutto abolito i luoghi deputati alla trasmissione delle competenze specialistiche stesse. Si prevedono quindi per i medici specialisti attuali interventi tesi a sviluppare e diffondere elevati standard professionali negli ospedali, compresa la verifica della qualità (in stretto collegamento con l'ANAQ), mentre per i futuri specialisti è previsto un deciso rafforzamento (quantità e qualità) dei programmi di specializzazione. La seconda è quella di assicurare agli specialisti adeguati livelli retributivi che consentano anche l'eliminazione dei compensi sottobanco e una certa restrizione della pratica privata. In questo caso la proposta è quella di non modificare radicalmente le attuali modalità retributive, introducendo soltanto alcuni incentivi oltre al normale stipendio, ma di elevare decisamente le retribuzioni che non dovrebbero essere inferiori a un importo pari a tre volte il salario medio nazionale.

6. Le tecnologie biomediche

Quello delle tecnologie biomediche, come quello dei farmaci, rappresenta un problema drammatico per il futuro del sistema sanitario romeno. Rispetto a quest'ultimo però sembra mostrare maggiori difficoltà di intervento sia per l'assoluta carenza di produzione domestica sia per i limiti che in questo campo incontra l'assistenza internazionale (per diverse ragioni i farmaci rappresentano un campo più facile di intervento).

La situazione attuale non abbisogna di dettagliate analisi per poter essere descritta. Per quanto riguarda le grandi tecnologie in Romania ci sono: circa 20 TAC (di cui buona parte non funzionanti); 7 litotritori (4 cinesi e 3 occidentali, sui sette complessivi sembra che ne funzioni bene solo uno); 11 radioterapie (tutte molto

vecchie); nessuna attività di trapianto. Gli ospedali sono male attrezzati (attrezzature vecchie, non funzionanti per mancanza di parti di ricambio, inesistenza di attrezzature) in quasi tutte le aree. Le radiologie hanno macchine molto vecchie con problemi molto seri di protezione dalle radiazioni sia per i pazienti che per il personale. I laboratori producono gli esami quasi esclusivamente con procedure manuali (in condizioni di scarsissima sicurezza per il personale) e anche laddove sia presente un analizzatore automatico questo viene raramente utilizzato per il costo dei reagenti. Per quanto riguarda le attrezzature terapeutiche la situazione è ancora peggiore: ad esempio le unità intensive non hanno quasi attrezzature e gli endoscopi terapeutici sono quasi del tutto sconosciuti. I dispensari non hanno nessuna possibilità di produrre immagini radiografiche o esami di laboratorio.

Per fronteggiare tale situazione e coerentemente con una strategia complessiva di decentramento e autonomizzazione, la proposta di riforma suggerisce alcune linee di indirizzo per guidare lo sviluppo delle scarse risorse tecnologiche prevedibilmente a disposizione nei prossimi 5 anni per le unità erogatrici di servizi.

1) *Tecnologia e miglioramento della salute.* Considerata l'estrema scarsità di risorse disponibili e le necessità del paese, è assolutamente necessario che gli investimenti in tecnologia debbano essere collegati alle priorità sanitarie nazionali e locali. Un sistema esplicito che colleghi tali priorità alle tecnologie più efficienti deve essere sviluppato al più presto e inserito nella pianificazione sanitaria nazionale.

2) *Valutazione della tecnologia.* Lo sviluppo di un'attività di valutazione tecnologica che sia in grado di raccogliere le esperienze straniere, analizzarle e interpretarle nel contesto romeno, diffondere tali informa-

zioni e modificare i processi decisionali a tutti i livelli, costituisce una priorità per il sistema e un oneroso investimento che verrà più che compensato nel medio periodo.

3) *Priorità negli investimenti.* Stante l'attuale situazione economica, è irrealistico puntare a investimenti in grandi e sofisticate attrezzature. Una migliore strategia per i prossimi 5 anni è quella di investire le risorse che risulteranno disponibili rinnovando e, dove possibile, « estendendo » la tecnologia. In concreto ciò significa: un programma di rinnovo o rigenerazione delle apparecchiature esistenti (cui dedicare almeno il 60% dei fondi di investimento disponibili), incoraggiare le industrie nazionali a produrre una più ampia gamma di pezzi di attrezzature e materiali di consumo, investire nella formazione di tecnici biomedici. Nuove tecniche e attrezzature dovranno essere introdotte solo dopo una rigorosa valutazione della tecnologia, con una particolare attenzione alle tecnologie efficaci ed efficienti per la medicina di base. Più che rendere ogni AL autosufficiente bisognerà cercare di favorire un uso congiunto della medesima attrezzatura o localizzandola in un centro regionale o sperimentando soluzioni mobili.

4) *Salute e sicurezza.* Bisogna intraprendere un programma urgente per migliorare la tutela della salute e le condizioni di sicurezza del personale delle radiologie, radioterapie ed altri reparti, che sono ben al di sotto di qualunque standard comunemente adottato. Tale programma potrebbe peraltro costituire parte integrante di quello dedicato al rinnovo.

5) *Formazione.* La Romania necessita di un gruppo di ricercatori in grado di effettuare studi clinici, studi economici e tutte le altre forme di ricerca che costituiscono la base della valutazione tecnologica e necessita altresì di una diffusa sensibilità tra i suoi operatori circa i costi e ri-

sultati dell'applicazione delle tecnologie in ambito sanitario.

6) *Il salto tecnologico*. Esiste una concreta possibilità per la Romania di « saltare » dal suo attuale stato di rilevante ritardo tecnologico a tecnologie e procedure all'avanguardia che hanno già dimostrato di essere efficaci e di richiedere minori investimenti (es. chirurgia mininvasiva). Sarebbe un'occasione perduta e peraltro molto costoso cercare di imitare gli investimenti « pesanti » dei paesi occidentali per poi ritrovarsi tra 5/10 anni a verificare che il ritardo è immutato. Una tale politica non è di facile introduzione, poiché continueranno ad esistere fortissime pressioni da parte del personale sanitario per acquistare alcune tecnologie oggi disponibili nei paesi più avanzati, senza una preventiva e accurata valutazione di tutte le conseguenze di tale scelta. Le sole possibilità di successo della politica proposta consistono nel rapido sviluppo di un sistema di valutazione tecnologica, una migliore conoscenza delle nuove tecnologie di-

sponibili, la volontà da parte degli operatori sanitari di modificare i loro modi di operare.

(1) Cfr. M. Mc KEE, *Health services in central and eastern Europe: past problems and future prospects*, Journal of Epidemiology and Community Health, 1991; 45:260-265.

(2) Una fonte informativa sullo stato di salute della popolazione romena è D. ENACHESCU, *The health picture of Romania - Present and future needs an priorities*, INSSC, Bucarest, 1991.

(3) Un Leu vale circa 40 lire.

(4) La stessa struttura della spesa in cui i prodotti alimentari rappresentano la terza voce in ordine di importanza testimonia della drammaticità dei problemi del sistema sanitario romeno. In un'analisi del sistema sanitario romeno si legge: « L'anno col più basso livello di spesa per farmaci (1987) coincide col più elevato livello di mortalità generale (11,1 per mille) e infantile (28,9 per mille)... La produzione nazionale di farmaci non ha ancora raggiunto i livelli degli anni precedenti e i fondi allocati per l'importazione di prodotti, sebbene nel 1990 siano aumentati 10 volte rispetto al 1989, non riev-

scono a coprire le necessità di farmaci della popolazione... Nonostante l'aumento nel 1990 della spesa per prodotti alimentari da 16,5 Lei a 30 Lei al giorno, si registrano ancora difficoltà nell'assicurare un adeguato regime alimentare ai pazienti ricoverati in ospedale » (D. ENACHESCU, *Health system overview and reform proposal*, INSSC, Bucarest, 1992).

(5) Un esempio tipico è quello della norma che impone alle divisioni ospedaliere una dimensione minima di 50 posti letto con il prevedibile risultato che alcune specialità risultano sovradotate mentre per altre esiste un problema di carenza di capacità di offerta.

(6) Il giudizio qui espresso per non apparire troppo netto e schematico meriterebbe un approfondimento che non risulta possibile in questa sede. È comunque necessaria precisare come lo scarso ruolo degli utenti andrebbe indagato sulla base di uno schema di ragionamento che colleghi caratteristiche dei sistemi sanitari pubblici, meccanismi di responsabilizzazione e funzionamento dei circuiti di rappresentanza politica. Nel caso specifico l'origine della sottovalutazione del ruolo dell'utente e dei suoi bisogni andrebbe ricercata nel funzionamento del complessivo sistema politico ed istituzionale.

COME GESTIRE LA NUOVA SANITÀ

seminari monotematici per U.S.L., "ospedali-aziende" e Regioni



CeRGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria
dell'Università "L. Bocconi"



.....
Desidero ricevere il materiale illustrativo relativo ai seguenti seminari:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tariffazione & struttura dei costi in sanità | <input type="checkbox"/> misurazione delle attività & controllo di gestione |
| <input type="checkbox"/> gestione dei servizi sanitari & competitività | <input type="checkbox"/> progettare la struttura di direzione nelle nuove aziende sanitarie |
| <input type="checkbox"/> budget & aziende di servizi sanitari | |

Cognome e nome _____

Posizione Funzionale _____

Ente (eventuale) _____

Via (indirizzo presso cui inviare il materiale) _____

CAP _____

Città _____

Prov _____

Tel. _____

Fax _____



Inviare per posta o per fax a:
SDA BOCCONI - Divisione Amministrazioni Pubbliche
Via Bocconi 8 - 20136 Milano
Tel. 02-5836.6831 Fax 02-5836.6832

Sanità e impresa

Sezione 5^a

IL FACTORING NEL SETTORE SANITARIO

di Antonio Iantosca

Farmafactoring S.p.a. - Direzione generale - Milano

SOMMARIO: Cosa è - Perché - I servizi offerti - Vantaggi - Storia dell'evoluzione del factoring finanziario - Scenario del settore in Italia - Dati statistici - Tipologia del factor - Modalità per la cessione del credito - Rapporti con la pubblica amministrazione - Il factoring verso l'Ente pubblico.

Cosa è

L'istituto del factoring nasce in Inghilterra attorno al XVI secolo e conosce il primo significativo sviluppo nelle colonie inglesi dell'America del Nord nel XVII secolo.

Il factoring è uno strumento finanziario complesso che è stato definito in vari modi, a seconda che si sia voluto evidenziare la componente finanziaria piuttosto che la componente di servizio alle imprese.

Una definizione valida ed omnicomprensiva può essere quella che lo classifica come trasferimento di credito da un imprenditore-fornitore — ad una impresa specializzata — il factor a carico del quale viene posta l'attività di amministrazione, gestione, contabilizzazione, riscossione nonché finanziamento del credito trasferito.

Il factoring ricopre quindi un ruolo cruciale nella riscossione dei crediti: problema questo che le aziende hanno dovuto e sempre devono affrontare, specialmente in periodi economicamente non floridi. Ogni azienda, infatti, sa o dovrebbe sapere che cosa significa cercare di recuperare un credito: rinvii, dilazioni, costi finanziari aggiuntivi, pratiche legali più

o meno lunghe e costose fino alla riscossione del credito vantato.

Perché

Il ricorso al factoring consente di eliminare queste costose difficoltà fornendo alle aziende rilevanti vantaggi sia di ordine economico che di ordine strettamente finanziario:

— trasformare i costi fissi connessi alla funzione di gestione del credito in costi variabili a seconda delle esigenze;

— liberare in tal modo risorse preziose a favore delle aree strategiche del business aziendale (vero fattore critico di successo);

— utilizzare i sofisticati sistemi informativi predisposti dal Factor senza sobbarcarsene i relativi oneri di impianto;

— migliorare i tempi di incasso;

— avere certezza dei flussi di incasso;

— smobilizzare gli investimenti in capitale circolante;

— migliorare la liquidità;

— poter vantare, in ultima analisi, bilanci aziendali in cui la struttura delle fonti e dei fabbisogni sia armoniosa e internamente coerente.

I servizi offerti

I servizi offerti dalle società di factoring possono essere suddivisi in:

a) *Servizi amministrativi*. Possono ripartirsi in:

1) *Servizi di maturity*. Il Factor seleziona la clientela del cedente, assume informazioni sui debitori sottoposti per la cessione, attribuisce ad ogni cliente un limite di fido i crediti ceduti vengono pagati al cedente quando vengono incassati oppure ad una scadenza media concordata tra Factor e cedente;

2) *Gestione dei crediti*. Il Factor gestisce tutte le fatture relative ai crediti ceduti, si occupa della puntualità e precisione dei pagamenti da parte dei singoli debitori, provvede ai solleciti di pagamento e inizia anche eventuali azioni legali per il recupero del credito;

3) *Incasso*. Il Factor si assume l'onere di curare e seguire con particolare cura l'esazione puntuale intervenendo sui debitori. Questo è un compito da svolgere con molta delicatezza e tatto per non pregiudicare i successivi rapporti commerciali tra il cedente ed il ceduto.

b) Servizi finanziari

Il Factor oltre ai servizi descritti, esplica ovviamente anche un servizio finanziario per conto del suo cliente mediante l'anticipazione concessa a fronte di crediti ceduti, permettendo una programmata gestione finanziaria.

Vantaggi

Il ricorso al factoring consente alle imprese di accedere rapidamente a dei flussi di finanziamento proporzionali all'ammontare delle vendite ed al proprio giro d'affari. Di fatto il vantaggio per l'azienda è più ampio; infatti con la cessione dei crediti si scarica su terzi (il Factor) l'onere della loro gestione e i loro incassi. Eventualmente è anche possibile accollare alla Società di factoring il rischio di insolvenza del debitore eliminando così il processo di esazione dei crediti comprese le incombenze di carattere legale e amministrativo, consentendo all'azienda di concentrarsi sulla produzione e la vendita.

Storia dell'evoluzione del factoring finanziario

Il settore del factoring è caratterizzato dalla presenza di due tipi di società:

— società indipendenti, prevalentemente di emanazione bancaria, che operano sul mercato del factoring tradizionale;

— società finalizzate, costituite generalmente da joint-ventures fra factors già operanti e gruppi industriali o commerciali.

Anche se l'attività dei factors finalizzati è strettamente legata agli interessi del gruppo industriale o commerciale di controllo, essi sono stati costituiti con iniziale apporto di banche o di factors di emanazione bancaria.

Ifitalia è stata la prima in Italia che ha promosso la nascita di un nu-

mero elevato di factors finalizzati, seguita da Barclays Factor e più recentemente da Gemina Servizi Finanziari e C.B.I. Factor.

La nascita delle prime società finalizzate è avvenuta all'inizio degli anni 80 e già nel 1983 si potevano identificare sul mercato due gruppi di società: il Gruppo composto da Ifitalia ed il gruppo Barclays Factoring.

Alla fine del 1992 le società finalizzate operative risultano essere di circa 80.

Le società di factoring finalizzate hanno la possibilità di entrare direttamente nel mercato con ridotti costi di avviamento e/o perdite in uscita.

Per i factors partners le società finalizzate consentono la realizzazione di una diversificazione dell'attività attraverso il più intensivo utilizzo delle strutture già esistenti.

Le società di emanazione industriale, in generale, utilizzano tutte le strutture del socio tecnico, che di norma detiene una quota minoritaria del capitale.

Grazie al monopolio nella loro nicchia, questi operatori risentono in misura inferiore rispetto al factor indipendente del processo di contrazione dei margini.

Scenario del settore in Italia

Il settore del factoring conferma, per il 1992, il mutamento di tendenza già registrato negli ultimi esercizi: la tumultuosa crescita che ha caratterizzato il decennio trascorso si è in-

fatti trasformata in un incremento dal tono più maturo, maggiormente allineato ai tassi complessivi di crescita della nostra economia.

Se da un lato i ricavi sono cresciuti ancora del 30% circa, dall'altro non può passare inosservata la mancata crescita del turnover, il cui incremento complessivo nel corso del 1992 è stato inferiore al 3%.

Questo andamento riflessivo del turnover, si riconferma collegato da un lato alla sfavorevole congiuntura economica, dall'altro all'orientamento più selettivo seguito dagli operatori nell'acquisizione di nuove clientele.

Quest'ultimo aspetto va considerato anche in relazione alle nuove e complesse normative destinate al settore creditizio e finanziario emanate nel 1992. La disciplina dell'attività di cessione ed acquisto dei crediti d'impresa, di cui alla legge 52/91, ha avuto una prima attuazione a livello di disposizioni per l'iscrizione all'apposito albo presso la Banca d'Italia.

Per il settore del factoring peraltro restano ancora da precisare le modalità della vigilanza, con particolare riguardo alla rilevazione dei rischi ed ai coefficienti patrimoniali.

Gli impieghi complessivi del settore denunciano invece una tendenza leggermente meno sfavorevole di quella registrata dal turnover, il che conferma il perdurare di una rilevante domanda delle imprese verso la componente finanziaria del factoring in Italia.

Dati statistici

	1992	1991	Variazione	%
Turnover	86.269.231	84.204.272	2.064.959	2,45
Ricavi	3.695.417	2.861.907	833.510	29,12
Interessi attivi	3.404.944	2.609.035	759.909	30,51
Commissioni attive	290.473	252.872	37.601	14,87
Finanziamento	28.909.396	27.104.967	1.804.429	6,66
Montecrediti in essere	37.806.771	34.891.825	2.914.946	8,35

Tipologia del factor

PRO-SOLVENDO:

Il Factor provvede alla gestione, anticipazione ed incasso dei crediti. Il rischio di mancato pagamento resta a carico del cedente.

PRO-SOLUTO:

Il Factor provvede alla gestione, anticipazione ed incasso dei crediti.

Il rischio di mancato pagamento alla scadenza dei crediti viene trasferito alla Società di factoring.

In pratica il Factor si sostituisce al debitore insolvente ed entro un tempo prefissato (150 giorni) dalla scadenza provvede ad accreditare al cedente l'importo impagato.

NOTIFICATION:

La cessione del credito viene notificata al debitore ceduto che alla scadenza pagherà direttamente alla Società di factoring l'importo dovuto.

NOT NOTIFICATION:

Il debitore non viene a conoscenza della cessione del credito e continua a pagare al cedente. La Società di factoring assicura sempre la copertura del rischio d'insolvenza e l'eventuale anticipazione, ma non può occuparsi della gestione e incasso dei crediti in quanto il debitore non è stato messo al corrente della cessione.

Modalità per la cessione del credito

SOCIETÀ PRIVATE:

La comunicazione al debitore dell'avvenuta cessione e l'ottenimento dell'assenso scritto avviene mediante invio di un documento che il cliente, tramite la Società di factoring, invia ai debitori oggetto di cessione, comunicando che a partire da una de-

terminata data, fattura, ordine o contratto, tutti i crediti vantati nei suoi confronti verranno ceduti alla Società di factoring.

ENTI PUBBLICI:

Notifica della cessione a mezzo Ufficiale Giudiziario (Art. 69 e 70 del Regio Decreto 18 novembre 1923, n. 2440 - Norme sull'amministrazione del patrimonio e la contabilità dello Stato).

Rapporti con la pubblica amministrazione

Negli ultimi anni la necessità di pronto realizzo dei crediti vantati dai fornitori nei confronti della Pubblica Amministrazione, è diventata una spiacevole realtà per molte imprese che trovano nella controparte pubblica un'esempio di cattivo pagato-

re, sia per carenza di liquidità, sia per gli aspetti burocratici di gestione delle risorse.

Per porre in essere diversi negozi giuridici aventi per oggetto crediti vantati verso la Pubblica Amministrazione in genere, bisogna rifarsi agli artt. 69 e 70 del regio decreto n. 2440, che prevede le seguenti soluzioni:

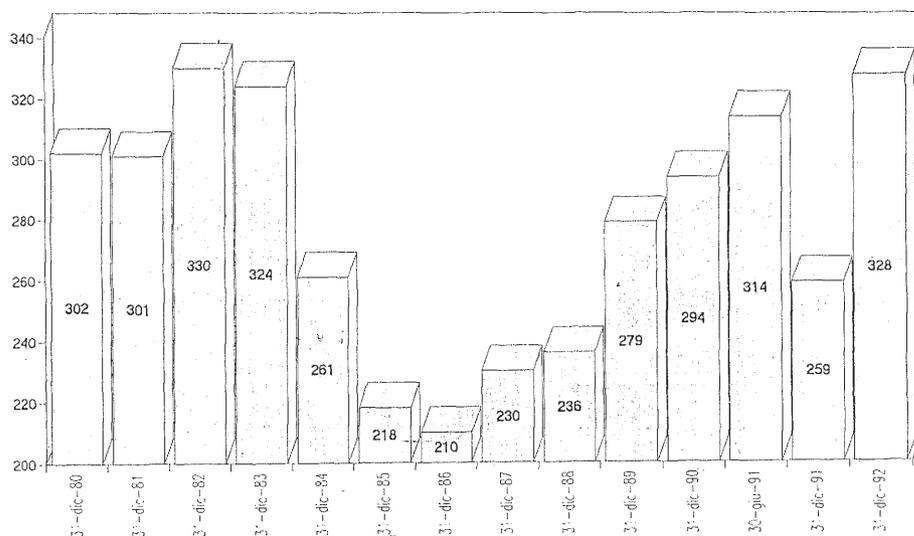
CESSIONE DEL CREDITO:

La cessione dei crediti verso la Pubblica Amministrazione (Stato, Regioni, Provincie, Comuni, Unità sanitarie locali, ecc.) deve risultare da atto pubblico o da scrittura privata autenticata dal Notaio.

La legge sulla Contabilità Generale dello Stato prevede norme particolari riguardanti:

- forma e contenuto dell'atto di cessione;
- modalità di notifica al debitore;

Giorni ritardato pagamento U.s.l. media Italia (anni 1980-1992)



— adesione del debitore alla cessione per contratti di fornitura in corso.

PROCURA ALL'INCASSO:

Si tratta di un documento rilasciato da un Notaio mediante il quale il cedente notifica al debitore di aver demandato l'incasso dei propri crediti alla Società di factoring.

È una forma molto tenue di garanzia poiché il factor non acquisisce il diritto di esigere il pagamento non essendoci cessione di credito.

DOMICILIAZIONE DI PAGAMENTO:

Domiciliazione dei pagamenti dovuti dalla Pubblica Amministrazione su di un c/c bancario intestato al fornitore presso la banca agente della Società di factoring, previo rilascio da parte del cedente di un mandato irrevocabile per trasferire al factor tutte le somme pervenute sul predetto c/c.

Il Factoring verso l'Ente Pubblico

Nel sistema economico attuale, l'Ente pubblico compratore di beni e servizi ricopre un ruolo determinante e genera un credito peculiare date le sue altrettanto peculiari caratteristiche istituzionali e decisionali.

Per rispondere alle esigenze della gestione di tale credito è necessario disporre di intermediari finanziari specializzati.

Un discorso particolare va fatto, per quanto riguarda la gestione dei crediti nei confronti delle U.s.l., dal momento che da qualche anno il pagamento dei crediti relativi a forniture effettuate nei confronti delle stesse ha assunto dimensioni di notevole ritardo, sia per assegnazioni iniziali che si rilevano non sufficienti, sia per

Fondo sanitario nazionale - Parte corrente (Fonte Ministero della sanità: Servizio centrale programmazione sanitaria) - Anni 1985-1992

Anno	Stanziamiento	Fabbisogno	Disavanzo
1985	39.200	42.047	2.847
1986	40.857	46.675	5.818
1987	47.265	53.538	6.273
1988	52.650	60.864	8.214
1989	59.711	67.448	7.737
1990	64.716	77.718	13.002
1991	78.840	90.136	11.296
1992	89.000	—	—

Tempi di pagamento delle U.s.l. (per forniture di beni farmaceutici)

Regioni	31/12/90	31/12/91	31/12/92
Abruzzo	267	204	277
Basilicata	199	192	189
Calabria	501	549	575
Campania	509	511	593
Emilia-Romagna	272	199	289
Friuli-Venezia Giulia	183	161	181
Lazio	410	377	464
Liguria	231	181	279
Lombardia	212	172	194
Marche	400	389	554
Molise	362	335	311
Piemonte	160	143	152
Puglia	525	488	650
Sardegna	282	251	279
Sicilia	356	355	422
Toscana	292	212	303
Trentino-Alto Adige	128	136	105
Umbria	239	194	312
Veneto	233	220	250
Italia	294	259	328

i ritardi nei trasferimenti dei « fondi integrativi » a copertura del disavanzo che sono vincolati a condizioni varie (vedi tabella).

Nell'ambito del settore e per gestire il credito ospedaliero, è stata costituita dalle maggiori aziende ope-

ranti sul mercato italiano della Sanità, e dalla Banca Nazionale del Lavoro e dalla Banca di Roma la società Farmafactoring creando una convergenza di interessi tra creditore e debitore con vantaggi economici per entrambi.

LA QUALITÀ DELLE FORNITURE ALLA UNITÀ SANITARIA LOCALE

di Giorgio Fiorentini

Università L. Bocconi - SDA - Cergas - Milano

SOMMARIO: L'offerta economicamente più vantaggiosa: punto d'incontro fra impresa e U.s.l. - Criticità interna ed esterna nel rapporto di fornitura a fronte dell'offerta economicamente più vantaggiosa - L'offerta economicamente più vantaggiosa e la qualità delle forniture - Conclusioni.

L'offerta economicamente più vantaggiosa: punto d'incontro fra impresa e U.s.l.

L'offerta economicamente più vantaggiosa o l'offerta più vantaggiosa sotto il profilo economico sono ormai una costante della normativa nazionale in attuazione delle direttive CEE (si veda l'art. 29 del D.L. 406/91 sugli appalti di lavori pubblici, l'art. 36 della Dir. 92/50/CEE sugli appalti pubblici di servizi, l'art. 16 del D.L. 358/92 sugli appalti pubblici di forniture di beni).

Questo tipo di criterio di aggiudicazione fa riferimento ad « una pluralità di elementi variabili secondo l'appalto » e « attinenti » ad elementi di giudizio delle offerte presentate dalle imprese.

Riassuntivamente gli elementi di giudizio espressi dal dettato normativo e dichiarati palesemente sono:

- prezzo;
- termine di esecuzione;
- costo di utilizzazione;
- rendimento e valore tecnico dell'opera;
- termine di consegna o di esecuzione;
- qualità;

- carattere estetico e funzionale;
- valore (o merito) tecnico;
- servizio successivo alla vendita;
- assistenza tecnica;
- data della fornitura.

Questi elementi ovviamente non sono esaustivi di tutti i criteri che contribuiscono a formare i parametri di giudizio più coerenti con le politiche di acquisto degli enti della pubblica amministrazione che può e deve ricercare gli elementi funzionali alla scelta delle imprese che offrono beni, servizi ed opere ed alla aggiudicazione delle forniture stesse. Tutto ciò in una logica di stratificazione di livelli di qualità crescente dell'output come combinazione di risorse analogamente di qualità.

Infatti ciò consente all'ente pubblico di creare un sistema di produzione ed erogazione di servizi pubblici che deriva anche dalla migliore combinazione delle risorse interne (personale, spazio, tempo, risorse economico finanziarie trasferite ecc.) ed oggetto di acquisizione dal mercato esterno (prodotti, servizi di vario tipo, opere) con standard qualitativi di buon livello.

In buona sostanza al parametro prezzo come unico termine di giudi-

zio del rapporto di fornitura fra imprese e pubblica amministrazione (parametro usato tradizionalmente con riferimento al regio decreto 827/24) si sostituisce un insieme di elementi in cui il prezzo è una delle componenti (in alcune normative si raccomanda sia il prevalente o quantomeno si attribuisce una percentuale di rilievo) unitamente ad altre caratteristiche che rendono l'acquisto più coerente ai bisogni ed alla domanda quantitativamente e qualitativamente espressa dall'ente della pubblica amministrazione.

Criticità interna ed esterna nel rapporto di fornitura a fronte dell'offerta economicamente più vantaggiosa

Questo approccio diventa ancor più critico per l'efficacia della fornitura nello specifico del rapporto mercantile fra imprese e Unità sanitarie locali (U.s.l.).

I motivi possono essere classificati, nei confronti dei contraenti (imprese e Unità sanitarie locali), secondo la seguente distinzione: interni ed esterni.

A) Interni

A1) *L'Impresa* (fornitore della pubblica amministrazione) ha l'esigenza di valorizzare gli elementi qualitativi del proprio portafoglio di prodotti servizi/offerti e delle opere che è tecnicamente (ed anche finanziariamente) in grado di porre in essere.

Solo tramite l'offerta di elementi (traducibili anche in valorizzazioni quantificate e tali da ostentare una loro dimensione sufficientemente oggettiva) che supportano una valorizzazione della combinazione fra prezzo/qualità, è possibile recuperare margini di competitività rispetto ad un mercato come quello pubblico che, se non inquinato da istanze patologiche di corruzione, ha le potenzialità normative (offerta economicamente più vantaggiosa) e di cultura d'acquisto (acquisita all'interno dell'ente con investimenti dedicati o obiettivi di politiche di formazione effettuati dalle imprese in una logica di marketing all'acquisto dei clienti pubblici) per valorizzare le forniture di qualità.

Questo approccio implica una politica di marketing delle imprese adeguate al contesto del mercato pubblico, creando i presupposti interni d'impresa finalizzati ad essere proattivi rispetto a tale mercato (quello pubblico) ed anticipatori delle istanze che i clienti pubblici palesano e concretizzano giuridicamente tramite l'emissione di bandi per l'acquisizione di beni/servizi e opere.

Le imprese lamentano, a volte, una scarsa ed inadeguata capacità della pubblica amministrazione di elaborare, manifestare e trasmettere criteri di preselezione delle imprese e di giudizio delle offerte presentate.

Al di là della veridicità in assoluto di questa affermazione, sarebbe utile domandarsi quali investimenti hanno effettuato le imprese per diffondere all'interno della pubblica amministrazione una cultura omogenea, almeno nei principi, che apprezzi gli

elementi discriminanti e di giudizio ex ante rispetto alla qualità delle forniture.

Chi ha attivato azioni di « acculturamento sulle politiche d'acquisto » negli enti pubblici ha inevitabilmente creato i presupposti per uniformare, almeno culturalmente ed in termini di simmetria informativa, i parametri qualitativi domandati dal cliente pubblico e quelli offerti dall'impresa.

Prima dell'entrata in vigore delle normative CEE esistevano oggettivi ostacoli a queste politiche; oggi queste barriere sono state cancellate non solo in nome di generiche esortazioni riguardo al libero mercato anche nel settore pubblico, ma anche in funzione di un dettato normativo che ho citato precedentemente.

A2) *La struttura sanitaria* (sia U.s.l. o azienda ospedaliera) ha margini di flessibilità, rispetto allo standard di efficienza ed efficacia e quindi qualitativo del servizio sanitario erogato, non molto elevati considerando che il fruitore del servizio è prevalentemente un paziente o un cittadino che ha bisogno di accurate indagini diagnostiche per comprendere il suo stato di salute o una persona che deve essere sottoposta a trattamento riabilitativo (ciò non vuol dire che la stessa attenzione non deve valere per la prevenzione e l'educazione sanitaria).

La banda di oscillazione qualitativa non può essere particolarmente ampia e, comunque, deve essere sempre in sintonia con il progressivo accumularsi dell'« esperienza » di efficacia sanitaria che si accumula nel tempo.

In questa situazione la qualità delle componenti (risorse), che entrano nella combinazione produttiva e di erogazione del servizio offerto deve essere dichiarata a livello di bando o di lettera d'invito (ed in seguito vagliata nel processo di giudizio durante la valutazione delle offerte ammes-

se alla gara) « ex ante » con modalità giuridico/amministrative specifiche e tali da avvicinarsi allo standard ideale della qualità necessaria e coerente con la migliore esistente sul mercato dell'offerta, fermo restando la compatibilità con le risorse economico finanziarie a disposizione e previo la capacità di mettere a confronto produzioni di beni, servizi ed opere offerte sulla base di criteri globali in cui si manifesti (anche in termini quantitativi) il rapporto qualità/prezzo d'acquisto.

La logica di equilibrio prezzo/qualità del bene/servizio acquistato comporta una verifica interna all'ente per giudicare la coerenza e la compatibilità fra gli acquisti e il fabbisogno reale (quali-quantitativo) del processo di produzione ed erogazione dei servizi sanitari rispetto alla domanda propria dell'ente. Ovviamente si sconta anticipatamente una corretta analisi dell'appropriatezza della scelta sanitaria effettuata sulla base di determinanti tecnico specialistiche che si assumono come patrimonio acquisito dall'ente stesso.

B) Esterni

B1) *L'impresa* (fornitore della pubblica amministrazione) deve attivare una relazione che produca effetti di vantaggio (economico finanziario e di fidelizzazione del cliente pubblico) che si possono riassumere in:

— fiducia conquistata nei confronti dei clienti pubblici non solo riguardo al mantenimento di standard qualitativi del processo di fornitura (al di là della formalizzazione delle specifiche dei capitolati speciali), ma anche della capacità di fornire servizi consulenziali « ex ante » rispetto alla formalizzazione della gara per l'acquisto; inoltre la fiducia si tradurrà nella capacità di gestire eventuali punti di debolezza e vulnerabilità del cliente pubblico (variazioni non significative di quantità di prodotti/ser-

vizi ordinati, ritardi di pagamento oltre una ragionevole dilazione, cambiamento di tipologie di prodotto nel caso siano stati posti in vendita nuovi modelli che sono evoluzione di quelli oggetto della gara effettuata sulla funzione da svolgere e non sulla indefettibile tipologia di prodotto e così via) con una flessibilità che, se ricondotta nei giusti, chiari e preventivamente concordati ambiti del rapporto di reciproca convenienza economica, può condurre ad un rapporto duraturo nel tempo;

— sensibilità a far fronte ai bisogni/domanda espressi dal cliente pubblico in una logica dinamica tale da considerare l'evoluzione dei bisogni produttivi e di gestione dei servizi sanitari;

— un assetto di simmetria di comunicazione fra impresa e U.s.l. tale da non lasciare ampi margini di dubbio sui rapporti di fornitura e sulle intese operative che la gara nella sua regolarità formale ha sancito.

Il vantaggio di questo rapporto si concretizza anche nel processo di integrazione degli interesse reciproci propri dell'impresa e del cliente pubblico nonché l'utilizzo della qualità, dell'esperienza, della capacità innovativa e dell'efficienza che ambedue gli attori dello scambio possono esercitare per migliorare i risultati dello scambio.

— ruolo « profetico » inteso come capacità di anticipare le esigenze del cliente pubblico, con la persuasione dell'organizzazione che dimostra specificità di « know-how » rivolto non solo ai bisogni dell'organizzazione sanitaria pubblica, ma strutturati anche con una cultura aziendale che conosce il cliente pubblico non solo per criticarne le inefficienze, ma anche per recuperare le aree di efficienza;

— « dedizione » al cliente specifico pubblico e la determinatezza dell'impresa che è orientata a giocare un ruolo attivo nel rapporto di diffusione dei propri prodotti/servizi conver-

tendo l'eventuale staticità burocratica del cliente pubblico in partnership dinamica.

B2) *La struttura sanitaria* (Unità sanitaria locale o azienda ospedaliera) cliente assume un ruolo professionale nel rapporto di scambio con il fornitore. Esso si basa su:

— capacità di analisi del mercato potenziale dei fornitori in una visione di scambio efficace supportato da un assetto informativo costante ed aggiornato delle performances dei potenziali fornitori;

— previsione dei prezzi dei beni/servizi richiesti sulla base dell'analisi delle forniture effettuate in altre organizzazioni sanitarie (osservatorio dei prezzi effettuato a livello regionale è realtà ormai concretizzata), ma anche, (in caso di sospetto di costituzione di « cartello ») analisi economica dei prezzi d'offerta informalmente comunicati (e condizione indispensabile per poter calcolare la base

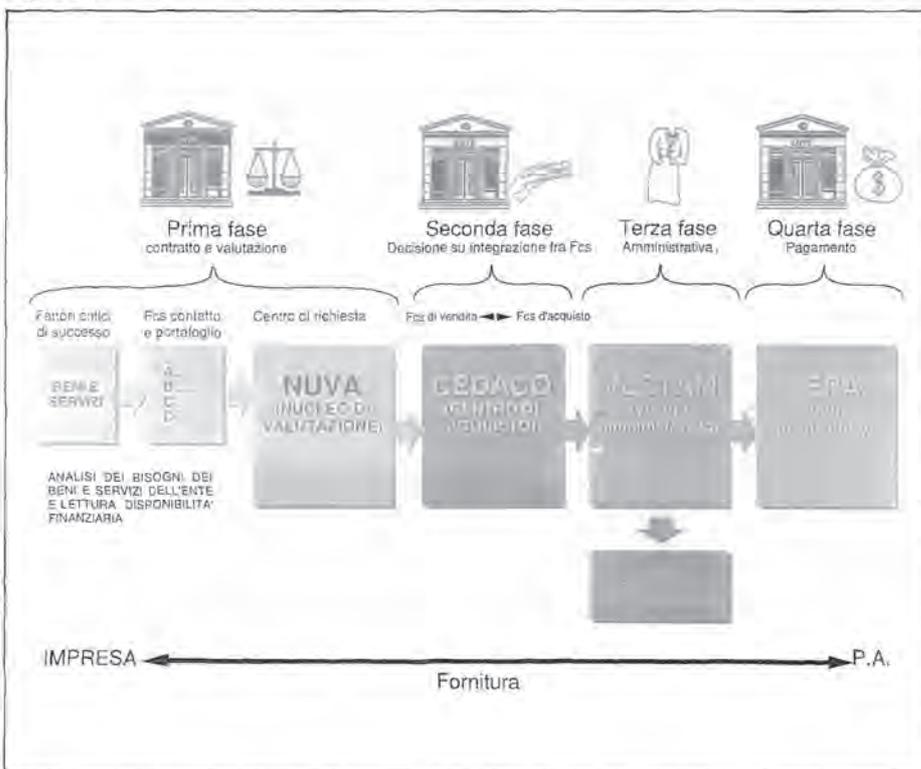
d'asta) sulla base non solo dei prezzi esplicitati dai vari concorrenti, ma anche dei costi delle componenti il prodotto/servizio da acquistare;

— immagine e notorietà sul mercato come cliente pubblico che gestisce il rapporto di fornitura con la capacità dinamica di conoscenza del mercato in una logica di professionalità d'acquisto tipica dell'ente che esercita una funzione di marketing all'acquisto (per approfondimenti rimando al mio articolo « il marketing all'acquisto » - Mecosan n. 1, Sez. 6^a).

L'offerta economicamente più vantaggiosa e la qualità delle forniture

Le forniture all'U.s.l. possono sinteticamente essere suddivise in quattro fasi rispetto al ruolo che l'U.s.l. gioca in funzione interattiva con i fornitori (fig. 1).

Figura 1



Le fasi sono denominate:

- contatto e valutazione;
- integrazione fra fattori critici di successo (fcs);
- amministrativa;
- pagamento;

Affrontiamo l'inquadramento delle prime tre.

3.1 La prima fase di « *contatto e valutazione* » (fig. 2) consiste nella capacità dell'impresa, tramite i propri agenti, informatori scientifici (nelle varie denominazioni aziendali) di contattare il cliente pubblico, variegato nelle persone interessate, sotto vari aspetti, all'uso di prodotti/servizi offerti nella logica di soddisfare la domanda che l'U.s.l. deve esaudire.

Quest'azione di contatto nasce da una analisi dell'assetto d'offerta dell'U.s.l. rispetto a tipologie di domanda specifica e dell'assetto organizzativo (i responsabili di servizio/funzione) che è preposto a gestire la domanda, valutando in prima battuta la coerenza fra tipologia di prodotto/servizio ed esigenze dell'U.s.l.

Consegue che l'impresa, tramite i propri vettori di contatto, deve usare linguaggio, argomenti, capacità di analisi, intuizione razionale prospettica, visione e conoscenza organizzativa del cliente, conoscenza dello scenario finanziario e delle opportunità normative in cui opera il cliente, per far percepire i vantaggi tecnico-specialisti e di contesto organizzativo-gestionali competitivi, rispetto all'offerta di altre imprese che agiscono sul mercato.

Si crea quindi un rapporto fra l'impresa che offre beni/servizi e l'Unità sanitaria locale tramite il processo di estimazione ed apprezzamento da parte di un « *nucleo di valutazione* » (NUVA) la cui composizione muta in funzione della tipologia di beni/servizi offerti.

Per i farmaci di acquisto routinario (commodities), in questa prima fase, il NUVA può essere declinato nelle figure del farmacista ospedalie-

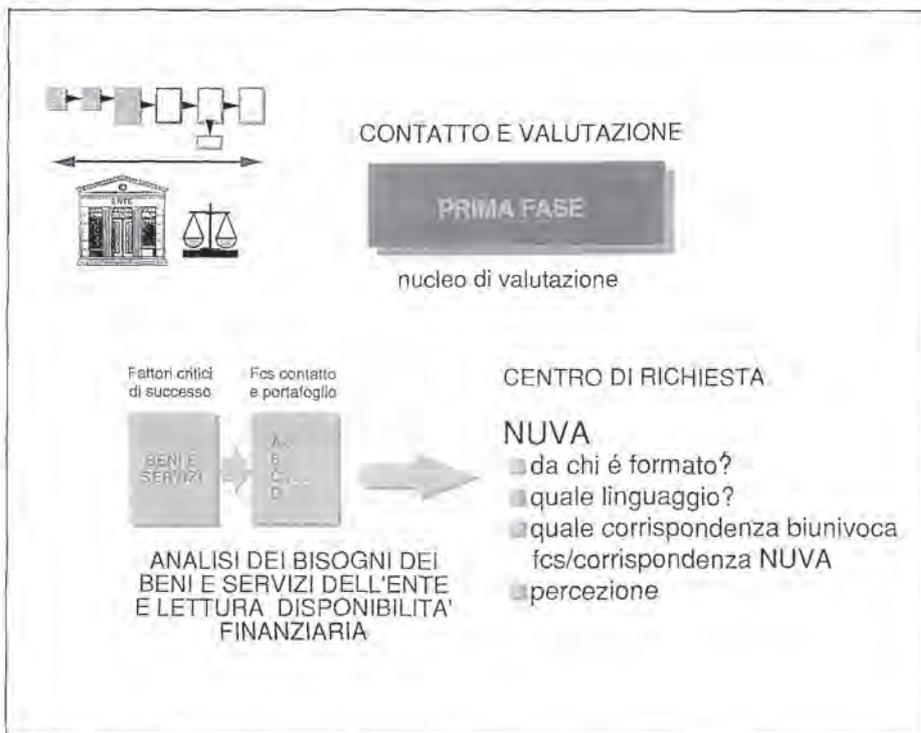
ro come valutatore specialistico, nel provveditore economo come tecnico delle migliori modalità d'acquisto che valuta il rapporto prezzo/qualità o prevalentemente il prezzo; per i farmaci con forte componente specialistica (specialties) la figura del primario può considerarsi il valutatore specialistico in funzione degli effetti e dell'efficacia, il farmacista come valutatore delle componenti e del confronto con altre specialità, il provveditore economo come tecnico degli acquisti e, se ed in quanto possibile, del confronto mercantile sul mercato; per un presidio ospedaliero routinario e di largo consumo è ipotizzabile la valutazione da parte della caposala che operativamente sovrintende all'uso di tali prodotti, il farmacista ospedaliero quando il prodotto viene presentato per la prima volta e quindi è possibile un'indagine approfondita delle caratteristiche tecniche, mentre in seguito è sufficiente l'intervento del provveditore

economista nella sua funzione di esperto di modalità coerenti d'acquisto; per un'attrezzatura elettromedicale solitamente il primario gioca il ruolo del valutatore di primo livello tecnico mentre il provveditore economo valuta le condizioni di vendita e di post-vendita da trattare in chiave di gestione dell'acquisto e di inserimento nell'organizzazione.

3.2 La seconda fase denominata come « *decisione sull'integrazione fra fattori critici di successo* » (fig. 3), è lo stato avanzato, successivo e dinamico della valutazione intendendo attivare in modo compiuto il rapporto fra i fattori critici di successo (fcs) ostentati nella prima fase e i fcs d'acquisto dell'organizzazione sanitaria.

L'impresa che fornisce, da una generica presentazione dei fcs si attrezzava per verticalizzare le proprietà del portafoglio di prodotti/servizi offerti rispetto ai fcs d'acquisto che i vari attori del « *Centro d'acquisto* » (CEDACQ) hanno manifestato.

Figura 2



Vi è stata un'evoluzione del NUVA in CEDACQ.

Questa fase di verticalizzazione consiste nel creare fcs, da parte dell'impresa, a misura del cliente pubblico e dei suoi bisogni/domanda. Si entra nel cuore del processo decisionale aggettivato e specificato rispetto alle aspettative che i vari componenti del CEDACQ esprimono in funzione di varie esigenze coerenti con i propri bisogni operativi e tali da configurare un acquisto produttivo rispetto all'efficacia.

Anche in questa fase possiamo configurare che per ogni membro del CEDACQ vi siano delle aspettative che l'impresa dovrebbe soddisfare e specificatamente:

3.2.1 Utilizzatore: è prevalente l'esigenza della verifica e dell'apprezzamento dell'assetto specialistico e del valore tecnico dei prodotti/servizi offerti. Anche la collaborazione scientifica fra l'utilizzatore e l'impresa

sembra essere un elemento gradito e funzionale alla motivazione razionale ad apprezzare e proporre l'acquisto con evidenti ritorni in termini di stratificazione di cultura scientifica all'interno del cliente pubblico.

Consegue che i fcs dell'impresa dovranno essere supportati da letteratura specifica ed accessibile, da dimostrazioni in loco o in altre sedi di eccellenza, da supporti informativi che abbiano anche la valenza di trasmissibilità persuasiva nei confronti degli altri membri del CEDACQ.

3.2.2 Compratore: è forte la sensibilità al prezzo/valore. L'impresa oltre a giustificare il prezzo d'offerta possibile in una eventuale gara da espletare, deve oggettivare il valore percepibile dal cliente pubblico. Il valore inteso anche nella dimensione della gestibilità organizzativa, della congruenza con la cultura dell'ente, della modularità con l'assetto tecnico esistente, della motivazione ad

adottare prodotti/servizi offerti.

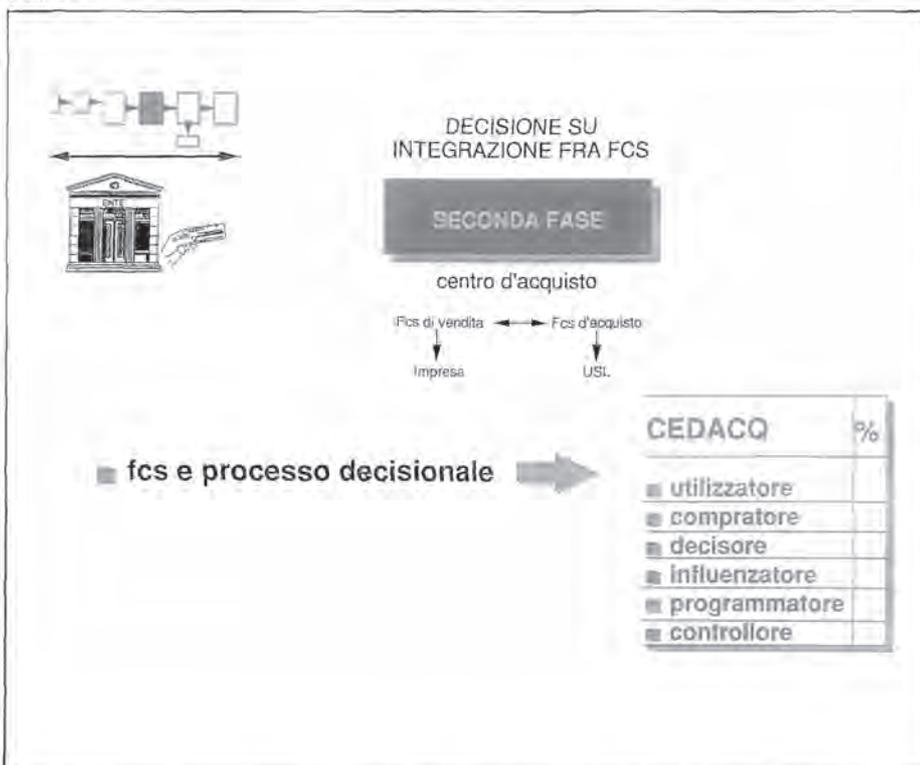
Nella logica del valore possiamo anche annoverare il rendimento del prodotto/servizio inteso non solo come capacità di fornire beneficio, efficacia o utilità nell'unità temporale o rispetto all'area di risultato da conseguire, ma anche nella dimensione del rapporto fra tipologie di unità impiegate e loro gestibilità nell'organizzazione. Il rendimento ed il costo di utilizzo sono elementi distintivi dei benefici ricercati dal compratore per due ordini di motivi:

a) visione economico finanziaria dell'acquisto in regime di risorse limitate e con i vincoli di bilancio preventivo e di controllo di budget dettati da una sempre più diffusa regolamentazione interna nelle Unità sanitarie locali che gestisce l'attività per nuclei omogenei d'attività di concerto con altre figure del centro d'acquisto quali l'utilizzatore ed il controllore interno (si veda il collegio dei revisori) e nella logica del rapporto negoziale con un « centro di richiesta » che si stabilisce « ex ante » o per spontanea attivazione interna o su sollecitazione delle imprese; in questo caso il centro di richiesta si trasforma progressivamente in « nucleo di valutazione ».

b) visione della competitività fra i fornitori che, se non inficiata da intese di cartello, peraltro vietate dalla normativa di ispirazione europea e, a lungo periodo, deleterie per le imprese che le praticano in certe aree geografiche escludendosi dallo stimolo a ricercare ed a migliorare le loro performances di prodotto/servizio, si misurano sulla capacità di rendere compatibili i prodotti/servizi anche nella congruità economico finanziaria con le rilevanze dei documenti amministrativi che l'U.s.l. elabora con sempre maggiore frequenza in una visione di produttività anche delle risorse economico/finanziarie.

Il compratore, nel caso di acquisti di attrezzature e comunque connota-

Figura 3



bili come hard-ware, è anche necessariamente sensibile (ove la sensibilità è un portato della cultura professionale acquisita istituzionalmente dalla tipologia di excursus scolastico ed anche del ruolo che ha assunto all'interno dell'U.s.l. inteso come specialista degli acquisti nella logica del rapporto prezzo/qualità) agli elementi funzionali collegati come la manutenzione, l'assistenza post-vendita, la velocità d'intervento, la reperibilità degli eventuali ricambi funzionali, la modularità prospettica rispetto all'allargamento dell'attività e così via.

La congruenza normativa dei prodotti/servizi sotto due aspetti:

a) intrinseco: le caratteristiche dei prodotti/servizi compatibili con la normativa CEE sulla qualità e sulla sicurezza;

b) gestionale: ove le modalità di acquisto dei prodotti/servizi pur evolvendosi nel merito e nella forma (si veda leasing, comodato d'uso, privilegio della forma « chiavi in mano » o a pacchetto « bundling ») e conseguente modalità di aggiudicazione che valorizzi e valuti gli elementi dell'integrazione funzionale necessaria.

3.2.3 *Decisore*: ove si intende la figura (o l'organo) che istituzionalmente sancisce amministrativamente l'acquisto.

In precedenza nell'U.s.l. era (per la parte maggiore degli acquisti) il presidente del Comitato di gestione; in seguito, con i mutamenti istituzionali nell'U.s.l., tale ruolo è stato assunto dall'Amministratore straordinario (ovviamente facciamo riferimento agli acquisti tramite « gara »; nel caso degli « acquisti in economia » il decisore è l'economista o il provveditore economista, mentre nel caso degli acquisti con applicazione del « regolamento del funzionario delegato » per aree di prodotti, è il rappresentante dell'U.s.l. investito della funzione di funzionario delegato).

Il decisore con sfumature diverse considera alcuni elementi come valo-

rizzatori del prodotto/servizio acquistato:

a) la corrispondenza fra l'acquisto ed i bisogni da soddisfare; questo elemento che sembrerebbe ridondante in termini concettuali, è la verifica che il decisore effettua per diminuire i livelli di acquisti che, a volte, sono di tipo formale e d'immagine per accrescere e soddisfare la spendibilità professionale di singoli operatori dell'U.s.l. (a loro vantaggio esclusivo) e non per l'U.s.l. (prevalentemente per prodotti ad alta specializzazione o investimenti per attrezzature più coerenti allo status symbol parziale di un reparto o divisione piuttosto che alla funzionalità complessiva. Nel passato questa pratica non economica è stata gestita anche, e spesso prevalentemente, da decisori politici più attenti alla propria immagine che alla gestione della struttura;

b) la gestione del livello di informazione e diffusione dell'offerta di nuovi o rinnovati servizi in termini di comunicazione qualora gli acquisti abbiano aumentato significativamente l'efficacia dei servizi dell'U.s.l. Il fornitore dovrebbe offrire prodotti/servizi/opere corredate da piani di corretta fruizione nella logica di rendere evidenti i vantaggi raggiunti con le risorse acquistate. È necessario che la popolazione di riferimento colga, in termini di analisi costi benefici/costi efficacia/costi utilità l'impatto delle scelte d'acquisto e, pertanto, il fornitore deve creare occasioni o modalità di comunicazione adeguate rispetto a questa esigenza che il decisore valuta importante per giustificare in termini interattivi e non autoreferenziali, l'investimento effettuato. Quest'esigenza si può leggere come efficacia terapeutica sulla popolazione, come risparmio di giornate di degenza, come scelta di cura domiciliare rispetto al ricovero ospedaliero, come valutazione dell'impatto ambientale, come prevenzione di malattie sociali e così via.

In modo non contraddittorio rispetto al punto precedente, si può affermare che la gestione dell'informazione e della comunicazione, nella logica di una corretta gestione dell'immagine, diventa elemento integrante e propedeutico all'efficacia delle scelte d'acquisto.

c) valorizzazione del tempo: sia sotto l'aspetto della tempestività delle forniture a seguito della decisione amministrativa formalizzata sia nella congruenza fra tempi di esecuzione o di fornitura rispetto ai tempi reali ottimali in modo da manifestare l'evidenza della realizzazione o l'inserimento nel processo di erogazione del servizio sanitario delle risorse acquistate; ciò ridimensiona il giudizio diffuso che l'U.s.l., in alcuni casi, pur avendo formalizzato l'acquisto ha tempi di implementazione non coerenti ed adeguati alle richieste della domanda. Anche il tempo della realizzazione coerente con il mandato amministrativo del decisore è una delle opzioni che il fornitore dovrebbe presidiare in considerazione del rapporto fra risultati intermedi della realizzazione e della fornitura con la spendibilità oggettivata in termini di efficacia operativa.

3.2.4 *Influenzatori*: sono persone, organi, enti ecc. che svolgono un ruolo di trasmissione di esperienze positive precedenti, di garanzia basata sull'esperienza, di garanzia scientifica che proviene da conoscenze stratificate in una logica di scuola di pensiero e pratica scientifica. Bisogna ovviamente diffidare, in una logica di etica del rapporto negoziale, dagli influenzatori « di ruolo » o di « regime » qualora essi mirino a falsare il rapporto di scambio d'utilità in funzione del potere formale ed autoritativo piuttosto che quello basato sull'autorevolezza professionale e sul potere derivante dal ruolo organizzativo ricoperto nell'U.s.l.

3.2.5 *Controllore*: ove si rappresenta il ruolo di organi o persone che

nell'U.s.l. o a livelli istituzionali superiori (regione, ministero, stato centrale) controllano nel merito (si veda piano sanitario regionale) o nella legittimità/merito (corte dei conti) la congruità dell'acquisto. Alcuni di questi controllori hanno una visione corretta del valore dell'acquisto, altri si focalizzano solo sugli aspetti formali e quantitativi, la cui validità di principio può essere valorizzata solo nel rapporto con l'efficacia degli acquisti effettuati e la qualità delle realizzazioni in equilibrio proporzionato fra valore/qualità del bene/servizio/opera realizzata.

4. La terza fase *Amministrativa* (fig. 4) è rappresentata dal « vestito amministrativo » correlato alle modalità d'acquisto dell'U.s.l. in una logica di valutazione dei fcs dei prodotti/servizi/opere offerti tramite anche la scelta dialettica delle modalità di gara indette dall'U.s.l.

Solitamente i fcs d'acquisto (intesi come elementi quantitativi e qualitativi) che l'U.s.l. richiede ai fornitori potenziali sono contenuti nelle lettere d'invito trasmesse o nel bando emanato dall'ente.

Gli elementi *quantitativi* possono essere di vario tipo:

— *Economici in senso stretto* ove si ravvisa l'entità prezzo « sic et simpliciter » come elemento di apprezzamento oggettivo.

— *Economici in termini logistici* ove alcune varianti statiche di immagazzinamento o di conservazione possono essere oggetto di valorizzazione finanziaria e quindi essere considerati come sconto rispetto al prezzo « strictu sensu » qualora la gestione di tali servizi accessori sia gestita dal fornitore.

— *Economici in termini di costi di utilizzazione* qualora l'asimmetria fra criteri organizzativi e professio-

nali richiesti dalla fornitura non è adeguata alla realtà dell'U.s.l. che dovrebbe sostenere costi aggiuntivi per implementare l'uso dei prodotti/servizi acquistati. È evidente che ciò rappresenta un aggravio di costo per l'U.s.l. e, qualora fosse richiesta al fornitore un'azione suppletiva per favorire tale gestione, dovrebbe essere valorizzata nel prezzo. Qualora invece il fornitore considerasse tali azioni come parte integrante dei beni/servizi offerti risulterebbe uno sconto o un vantaggio competitivo rispetto alla concorrenza che non offre tale pacchetto completo.

Gli elementi *qualitativi* possono essere raccolti nella seguente tassonomia:

— *Componenti intrinseche* relative al valore oggettivo della qualità delle componenti dei prodotti/servizi. Esse sono ancorate alle convenzioni stipulate in ambiente UNI rispetto a standard di qualità riconosciuti a livello CEE.

— *Componenti di apprezzamento gestionale ed organizzativo per gli utilizzatori.* Esse rappresentano ed enunciano le condizioni ottimali per poter apprezzare il valore funzionale dei prodotti/servizi. Queste caratteristiche sono correlate all'ambiente lavorativo ove si collocano i beni/servizi e presuppongono una collaborazione fra fornitori ed U.s.l. per analizzare le condizioni di massima che aumentano l'efficacia delle risorse impiegate. Si passa da condizioni ambientali e fisiche come la sicurezza, la situazione logistica a condizioni di ambiente culturale che considera il livello informativo e formativo del personale.

— *Componenti di apprezzamento del fruitore finale* (nello specifico l'utente di servizi sanitari, il paziente ricoverato, il paziente da riabilitare o il cittadino destinatario di politiche di prevenzione ed educazione sanitaria). Queste caratteristiche non necessariamente sono sempre analoghe

Figura 4



a quelle di gestione; infatti dipendono anche da varianti tecniche del prodotto/servizio che è indipendente dalla gestione effettuata nell'Unità sanitaria locale. Si vedano accorgimenti tecnici che rendono il confort del fruitore più elevato.

Se ipotizzassimo una scala di rilevazione riguardante le componenti quali-quantitative rispetto alle tipologie di gara ed alla loro sensibilità potremmo costruire la seguente matrice (fig. 7).

Conclusioni

Il rapporto di fornitura nei confronti dell'U.s.l. deve orientarsi alla qualità dello scambio. L'opportunità del criterio di aggiudicazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa è un modo per creare le condizioni di qualità al fine di erogare servizi sanitari efficaci.

L'offerta economicamente più vantaggiosa è l'incontro fra il marketing d'offerta del fornitore e il marketing all'acquisto dell'Unità sanitaria locale, nonché l'integrazione dialettica e negoziale (tramite le gare o altra modalità d'acquisto) fra i fattori critici di successo dei prodotti/servizi offerti e i fattori critici di successo d'acquisto dell'Unità sanitaria locale.

Dal confronto di questi fattori, che avviene « ex ante » la gara, nasce l'insieme degli elementi che nella lettera d'invito delimitano l'ambito di qualità dell'acquisto.

Gli elementi sono aggregabili sotto l'aspetto quantitativo e qualitativo in proporzioni variabili in funzione delle tipologie di beni/servizi da acquistare.

Deriva una spinta tendenziale per la funzione d'acquisto dell'U.s.l., passando da una funzione di servizio specialistico a quello di servizio professionale trasversale all'attività globale dell'U.s.l.

Figura 5



Figura 6

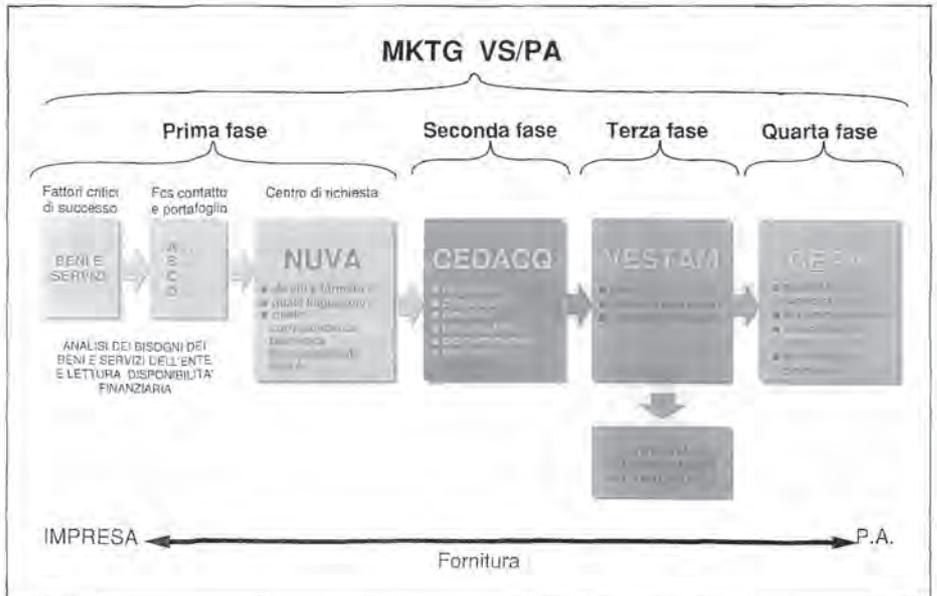


Figura 7

Tipologia gara	appalti	licitazione	trattativa	asta
Valore elementi	concorso	privata	privata	pubblica
QUANTITATIVI	BASSO	MEDIO	BASSO	MEDIO
QUALITATIVI	ALTO	BASSO	ALTO	BASSO

L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI NELLE NUOVE UNITÀ SANITARIE LOCALI

di Renzo Colli

U.s.l. 8 Emilia-Romagna
Amministratore straordinario - Montecchio

SOMMARIO: Premessa - La razionalizzazione dei processi produttivi nelle più ampie dimensioni delle U.s.l.: make or buy - L'unificazione dei processi d'acquisto (aspetti quantitativi) - La determinazione della qualità - Altre modalità di approvvigionamento - I vincoli giuridici.

Premessa

La complessa e articolata attività delle Unità sanitarie locali comporta la loro presenza su molti mercati. Il flusso di scambi culturali e commerciali che da ciò deriva, costituisce uno strumento prezioso per le aziende sanitarie per scongiurare il progressivo isolamento dalle logiche di mercato e per favorire una loro presenza viva, orientata allo sviluppo e al cambiamento.

Il settore approvvigionamenti risulta rilevante anche in relazione alle complessive risorse destinate annualmente alle U.s.l. (15% circa) e soprattutto si presta più di altri a manovre di contenimento della spesa, attuabili con attente e oculate politiche degli acquisti. Infatti, mentre il miglioramento delle condizioni di approvvigionamento può realizzarsi nel breve periodo, essendo decisiva l'iniziativa di pochi, razionalizzazioni in altri settori, che assorbono l'85% delle risorse, incontrano ostacoli di diverso tipo che ne rallentano e non di rado vanificano la realizzazione. Il meritato interesse economico e la recente diversa sensibilità su questo

tema, dovrebbe rapidamente colmare lo squilibrio, all'interno delle U.s.l., tra un'ampia attenzione agli aspetti giuridici, in particolare alle procedure preliminari alla stipulazione dei contratti, e gli ancora scarsi spazi riservati agli aspetti economici. Un certo ottimismo è dovuto alla straordinaria accelerazione negli ultimi tempi di una diffusa sensibilità all'esigenza di amministrare nell'ambito di condizioni di massima economicità.

I processi di acquisto-oggetto della presente indagine, riguardano i generi alimentari che affluiscono alle U.s.l. come materie prime, o semilavorati, per la produzione di alimenti. Presupposto per il perdurare della presenza diretta delle U.s.l. su tali mercati, è dato dalla scelta di mantenere al loro interno processi produttivi di alimenti. Una diversa opzione, consistente nell'acquisto dei prodotti finiti, implica il trasferimento a terze economie delle politiche di acquisto di materie prime e semilavorati. Diversi i probabili scenari, in ordine ai possibili mercati e ai vari aspetti dei contratti di fornitura, quali prezzi, modalità di pagamento, de-

finizione delle qualità. Crediamo perciò necessario, prima di affrontare questi temi, esaminare quali sono le condizioni per la sopravvivenza di processi produttivi come quelli alimentari.

La razionalizzazione dei processi produttivi nelle più ampie dimensioni delle U.s.l.: make or Buy

Si è sviluppata negli ultimi anni la tendenza progressiva, da parte degli ospedali, alla soppressione di processi interni di produzione a favore dell'acquisto dei relativi prodotti sul mercato. Tra questi, in prima linea per la celerità del mutamento descritto, figura il processo di produzione di alimenti. È indubbio che acquistare piuttosto che produrre consente varie opportunità quali la riduzione delle immobilizzazioni tecniche ed economiche, la distribuzione più uniforme nel tempo delle uscite monetarie, la riduzione del personale alle dirette dipendenze dell'ente e quindi la semplificazione della gestione, delle rilevazioni e del controllo economico. È altrettanto evidente che la rinuncia

a produrre ha i suoi lati negativi quali il trasferimento a terze economie del differenziale tra costi di produzione interna e prezzi di mercato, qualora i primi siano inferiori ai secondi. Perciò produzioni interne di alimenti derivano il motivo del loro perdurare dalla capacità di produrre quantità e qualità idonee a costi non superiori ai prezzi di mercato, comprensivi degli oneri fiscali. Una opportunità in questo senso viene fornita dalla tendenza alla riduzione del numero delle Unità sanitarie locali ed al conse-

guente accorpamento in unico ente di più ospedali e dei relativi processi produttivi di alimenti. Sarà in tal modo favorita la concentrazione dei centri di produzione, quanto meno centralizzando la lavorazione delle materie prime e la preparazione degli alimenti, fino alla fase precedente la cottura.

Quest'ultima, allo stato attuale dello sviluppo tecnologico del settore, pare opportuno abbia luogo presso i centri di distribuzione. Il processo di unificazione dovrà pertanto avviarsi

per consentire economie di gestione e maggiore specializzazione. Se risulta necessario disporre di strumenti di rilevazione dei costi del servizio di cucina presente in ogni ospedale, a maggior ragione, tali strumenti sono indispensabili per avviare qualsiasi collaborazione tra più ospedali. Poiché non è affatto scontato l'utilizzo di strumenti di determinazione dei costi negli ospedali pubblici italiani, ritengo utile proporre un'ipotesi di determinazione dei costi di cucina (tabella 1).

Tabella 1

Servizi erogati			Altri costi		
Colazioni		588.576 (a ₂)	(Dati a tutto il 31/12/1986)		
Pranzi		791.794 (b ₂)	Vapore		194.371.921
Cene		574.476 (c ₂)	Energia elettrica		47.949.935
Materie prime			Gas		24.500.000
588.576 ×	295 =	173.629.920	Acqua		18.153.000
(colazioni)	(costo di ogni colazione	& 2 (costo colazioni a tutto	Materiali di pulizia e cancelleria		80.000.000
		il 31/12/1986)	Costo del personale (1)		2.157.852.632
2.682.445.958 —	173.629.920 =	2.508.816.038	Magazzini n. 3)		73.131.801
(spese vitto a tutto il	(& 2)		Spese per il personale (vestiario)		6.600.000
31/12/1986 comprese spese			Lavaggio pentolame		91.358.143
genere AIMA di ogni Ente)			Spese di manutenzione:		
2.508.816.038 :	1.366.270 =	1.837	edifici		
	(b ₂ + c ₂)	(costo medio di ogni pasto)	impianti		8.600.000
Kg. 2.583 ×	1.287,36 =	3.325.250	appalto pulizia mensa		11.982.271
Kg. 3.636 ×	1.629,78 =	5.925.880	Ammortamenti:		
(quantità burro AIMA con-	(differenza tra prezzi di mer-	9.251.130	edifici		
sumata dall'1/1 al 31 dicem-	cato e prezzi AIMA)		impianti		80.000.000
bre 1986)			(B) TOTALE		2.794.499.703
9.251.130 :	1.366.270 =	6,78	(a tutto il 31/12/1986)		
	(b ₂ + c ₂)	(costo supplementare di ogni	B × 1/10 = B ₁ L. 279.449.970 (Costo riferito		
		pasto dall'1/1 al 31/12/86)	a colazione)		
Kg. 25.836 ×	3.098 =	80.039.928	2.794.499.703 — 279.449.970 = 2.515.049.733		
Kg. 23.189 ×	3.321 =	77.010.669	B	B ₁	B ₃
(quantità carne AIMA con-	(differenza tra prezzi di mer-	157.050.597	2.515.049.733 :	1.366.270 =	L. 1.841
sumata dall'1/1 al 31/12/86	cato e prezzi AIMA)		B ₃	(b ₂ + c ₂)	M (costo riferito
157.050.597 :	1.366.270 =	114,95	a ogni pasto)		
	(b ₂ + c ₂)	(costo supplementare di ogni	136.285.368 : 198.143 =		L. 688
		pasto dal..... al.....)	costo mano d'ope- ra distribuzione mensa	31/12/1986	spesa supplementare (M1)
1.837 +	6,78 + 114,95 =	1.958,73			
D	(costo supplementare di ogni	(costo di ogni pasto senza	MATERIALE MONOUSO = L. 183		
	pasto da 1/1/86 al 31/12/86)	agevolazioni dall'1/1/86 al			
		31/12/86)			

(1) — 6 unità addette alla mensa)

Secondo la logica di determinazione dei costi proposta, sono stati messi a confronto i processi presenti in quattro ospedali (tabella 2).

I risultati riportati nella tavola 2 dimostrano le difficoltà che incontrano le piccole unità produttive in relazione a obiettivi di contenimento dei costi e ad esigenze di competitività nei confronti dell'offerta proveniente dal mercato privato. Una produzione impostata centralizzando la lavorazione delle materie prime e mantenendo punti di cottura e distribuzione presso i singoli ospedali, consentirebbe sensibili economie; rafforzerebbe l'opportunità di conservare servizi di cucina all'interno delle strutture ospedaliere; ritarderebbe, quanto meno, il ricorso a terze economie.

L'unificazione dei processi di acquisto (aspetti quantitativi)

Molteplici sono i fattori che inter-

vengono nella determinazione delle quantità dei generi alimentari oggetto di approvvigionamento. La quantità riferita ad un certo periodo è la risultante di variabili che, per l'acquirente, non dipendono da mutevoli andamenti di mercato, bensì da fattori relativamente costanti o quanto meno prevedibili per periodi non brevi. Infatti l'approvvigionamento di generi alimentari è collegato a tabelle dietetiche e alle presenze dei degenti. Entrambi i fattori non sono suscettibili di variazioni repentine ed imprevedibili, di conseguenza le quantità costituiscono elementi relativamente certi. La dimensione della gestione pubblica rappresenta perciò il fattore di riferimento preminente.

Rilevanti dimensioni consentono di cogliere le opportunità offerte dai vasti mercati, mentre ridotte dimensioni sono costrette a mercati più limitati. Tale vincolo può essere superato con processi di unificazione degli

approvvigionamenti tra più Unità sanitarie locali. Si cita ad esempio il caso delle 6 U.s.l. site nella provincia di Reggio Emilia che, per tutti i generi alimentari, procedono in « unione di acquisto ». Le quantità risultanti da tale collaborazione hanno consentito un graduale passaggio dai mercati all'ingrosso a quelli di produzione. Nel breve periodo invece diversi fattori possono concorrere a definire la politica degli acquisti negli aspetti quantitativi. Così la disponibilità di impianti di lunga conservazione può rendere conveniente l'approvvigionamento in un'unica soluzione di generi che verranno introdotti nel processo in un certo spazio di tempo. Un esempio ci è fornito dall'approvvigionamento dei prodotti ittici surgelati. In assenza di attrezzature le quantità acquistate coincideranno con il fabbisogno giornaliero, mentre la disponibilità di idonei impianti consente l'approvvigionamento anche per un intero anno. Il limite di scorta di ogni prodotto è dato, come noto, dal periodo massimo di conservabilità in relazione a definiti impianti di conservazione.

L'andamento dei prezzi costituisce un altro elemento di determinazione delle quantità. Prezzi relativamente costanti possono rendere convenienti acquisti limitati a necessità di breve periodo. Prezzi fluttuanti in relazione ad esempio a produzioni stagionali, potrebbero consigliare approvvigionamenti concentrati.

Per individuare i periodi di maggiore convenienza è utile esaminare gli andamenti dei prezzi nel tempo. Osserviamo, ad esempio, il grafico n. 1 relativo a serie di prezzi di polli, dai quali è possibile ricavare utili indicazioni in ordine a tendenze ripetitive nell'andamento dei prezzi e conseguenti possibilità di impostare programmi di acquisto concentrati nei periodi di maggiore convenienza.

La determinazione della quantità, è altresì influenzata dalla disponibili-

Tabella 2

	U.s.l. A	U.s.l. B	U.s.l. C	U.s.l. D
N. colazioni	721.312	86.055	59.579	79.400
Costo materia prima	180	180	180	180
Totale	129.836.160	15.489.900	10.724.220	14.292.000
Spesa complessiva materie prime ...	2.111.404.634	362.713.024	219.000.000	345.000.000
Costo colazioni	129.836.160	15.489.900	10.724.220	14.292.000
Saldo	1.981.568.474	347.223.124	208.275.780	330.708.000
Presenze pranzi+cene	1.661.046	204.230	145.158	187.400
Costo medio per ogni pasto - materie prime	1.192	1.700	1.435	1.765
Costo personale	1.414.000.000	364.000.000	224.000.000	252.000.000
Altri costi	220.000.000	25.000.000	25.000.000	25.000.000
Costo riferito a colazioni	1.634.000.000 163.400.000	389.000.000 38.900.000	249.000.000 24.900.000	277.000.000 27.700.000
Presenze cene+pranzi	1.470.000.000 1.661.046	350.000.000 204.230	224.100.000 145.158	249.300.000 187.400
Costo medio per ogni pasto	885 +	1.713 +	1.544 +	1.351 +
Personale e altri costi	1.192 =	1.700 =	1.435 =	1.765 =
	2.077	3.413	2.979	3.096

lità finanziaria dell'acquirente. Infatti condizioni di liquidità favorevole consentono di cogliere le particolari occasioni offerte dal mercato.

La quantità da acquistare assume rilevanza anche per la definizione delle procedure preliminari alla stipulazione dei contratti, quali il tipo di gara da espletare, l'assunzione delle prenotazioni di impegni ed i conseguenti fabbisogni finanziari. È pertanto necessario che la determinazione delle quantità sia sottratta all'improvvisazione assumendo natura sistematica, attraverso la predisposizione di un programma che consenta di trarre utili conclusioni sulla produzione richiesta e sulle materie prime e prodotti da impiegare, correlati alle relative scorte. Uno strumento, a tal fine ritenuto utile, è costituito dallo sviluppo logico schematizzato nella tabella n. 3.

Grafico 1 - Polli allevamento a terra

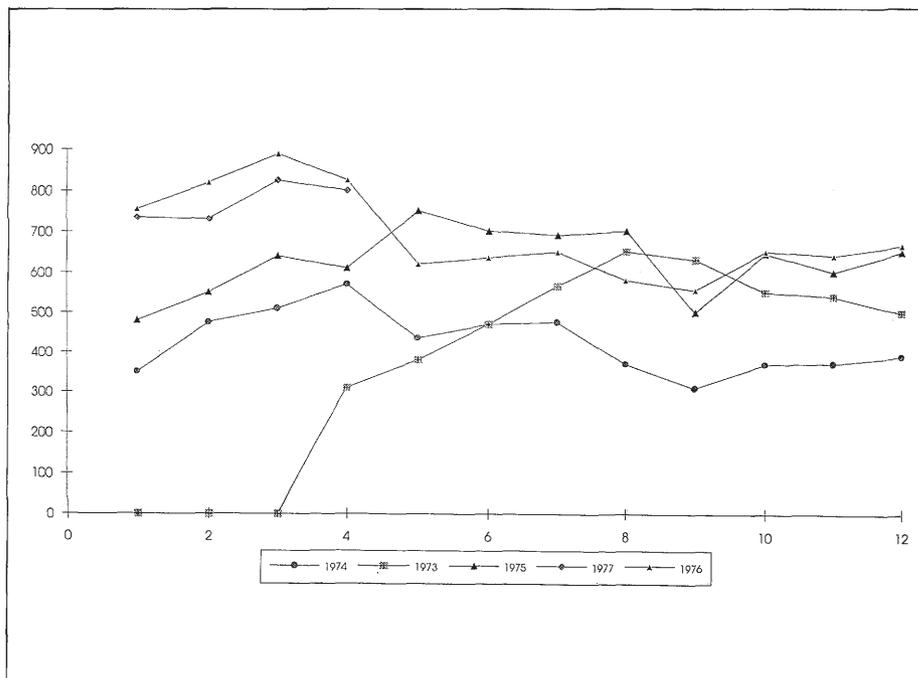


Tavola 3

	Codice	Rimanenza iniziale 1/1/87	Acquisti deliberati 1987	Importo finanziato	Totale	Carico al 30/6/87	Ordinato inavaso al	Totale ordinato al	Scorta minima	Consumo previsto 1987	Scarico 1986	Scarico a tutto il 31/7/87	Consumo previsto 1987
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	3105801D	4.480	8.000	16.134.093	12.480	8.000	—	8.000	2.500	10.000	7.810	7.000	12.000
2	1107001L	6.810	15.000	147.787.650	21.810	—	—	—	5.000	16.700	15.510	6.000	11.000
3	3107101K	1.527	500	3.188.250	2.027	500	—	2.207	500	1.500	1.484	2.000	4.027

	Nuova scorta aggiorn.	Maggiori acq. correttivi	Minori acq. correttivi	Maggiori finanziamenti	Minori finanziamenti	Totale	Rimanenze finali	Minori scorte finali	Maggiori scorte finali	Consumo previsto 1988	Acquisti 1988	Prezzo	Importo
	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
1	3.000	2.020	—	4.000.000	—	14.500	2.500	500	—	13.000	13.500	2.150	29.025.000
2	4.000	—	1.000	—	9.852.000	20.810	9.810	—	5.810	12.000	6.190	9.490	58.743.100
3	500	2.500	—	16.250.000	—	4.527	500	—	—	2.000	2.000	6.145	12.290.000

Determinazione della qualità

Per una corretta analisi degli aspetti qualitativi conviene procedere ad una preliminare indagine sulla gestione dei servizi ristorativi presenti nelle U.s.l. L'esame della gestione consente di individuare i processi produttivi più significativi e di conseguenza le combinazioni dei fattori necessari.

Va altresì tenuto presente il mutare nel tempo dei prodotti alimentari proposti ai degenti ed il conseguente adeguarsi delle materie prime. Si segnala ad esempio la tendenza alla abolizione dei condimenti di origine animale (burro) sostituiti con condimenti di origine vegetale per favorire un maggior consumo di grassi mono e polinsaturi; alla riduzione del consumo di carni rosse a favore di carni bianche e di pesce; risulta crescente l'utilizzo di legumi, delle verdure e dei prodotti surgelati, rispetto ai freschi.

Il variare delle produzioni modifica la qualità della domanda e deve perciò indurre i fornitori di prodotti alimentari, ad adeguare le loro strategie nei riguardi delle U.s.l. I componenti di un processo possono in alcuni casi essere sostituiti da un numero limitato di altri componenti, senza che il processo subisca riflessi negativi. La scelta delle possibili alternative è sorretta da calcoli di convenienza economica. È il caso, ad esempio, di alcune qualità di carni alimentari che, in concomitanza con la stagione turistico-alberghiera, riscontrano un sensibile incremento della domanda con conseguente maggior disponibilità delle restanti parti dell'animale e flessione dei prezzi di queste ultime.

La tendenza alla concentrazione degli approvvigionamenti di generi alimentari, derivante dalla collaborazione tra più U.s.l., non può prescindere da un presupposto fondamentale, consistente nella unificazione delle qualità da parte di tutte le gestioni

coinvolte nel gruppo di acquisto. Non va sottovalutato tuttavia che le problematiche connesse alla definizione delle qualità dei generi alimentari sono complesse dal punto di vista merceologico e giuridico. Ne consegue la necessità di migliorare il livello professionale degli addetti agli acquisti e al ciclo produttivo alimentare delle U.s.l., affinché gli ospedali cessino di rappresentare facili prede di chi sa di poter contare su impreparazione ed approssimazione.

Le restanti modalità di approvvigionamento

Oltre agli aspetti esaminati in precedenza, assumono rilievo ai fini della politica degli approvvigionamenti di prodotti alimentari, la definizione dei prezzi, le modalità di consegna, di imballaggio e di pagamento. Nei contratti di compravendita l'indagine di mercato limitata al momento dell'acquisto è mezzo sufficiente per valutare i prezzi offerti. Il settore alimentare però richiede frequentemente un tipo di contratto che consenta consegne frazionate nel tempo, rispondenti al mutevole fabbisogno: contratti di fornitura, contratti di somministrazione. In questi casi la ricerca assume maggior complessità. Una prima ipotesi consiste nel determinare un prezzo fisso per l'intero periodo contrattuale (normalmente un anno). Essa presenta vantaggi e svantaggi. Infatti, da un lato, facilita le previsioni ed i controlli in ordine ai fabbisogni finanziari, nonché le verifiche puramente contabili sulla rispondenza dei prezzi praticati rispetto a quelli contrattuali. D'altro lato comporta rischi non irrilevanti in caso di impreviste ed imprevedibili forti oscillazioni dei prezzi. È da supporre che i rischi maggiori ricadano sulle U.s.l., per l'inevitabile minor conoscenza dei mercati.

Una seconda ipotesi consiste nel

collegare la definizione dei prezzi a listini ufficiali o quotazioni riportate da fonti svariate. Occorre tuttavia appurare se essa non contrasti con il divieto di revisione prezzi (art. 33 legge finanziaria 1986; Art. 15, comma 5, legge 29 dicembre 1992, n. 498).

È infatti evidente che le quotazioni dei listini dipendono da qualsiasi fattore in grado di influire sul mercato, comprese le oscillazioni dei costi di produzione. Pertanto pare discutibile il riferimento ai listini, in vigenza delle citate norme.

Qualora si propenda a favore dei listini, è da tenere presente che non sempre essi riflettono l'effettivo andamento del mercato, limitandosi spesso a rilevare le tendenze più generali. Sarà compito dell'operatore individuare tra le varie fonti le più rispondenti ai reali andamenti dei mercati. Non è infrequente che la determinazione dei prezzi sia il risultato della elaborazione delle quotazioni di listino per consentire un passaggio logico dalla qualità riferita ai listini a quella oggetto di negoziazione. Ad esempio nel mercato dei prodotti avicoli, i polli sono generalmente quotati a peso vivo, mentre la totalità degli enti pubblici negozia busti di pollo, ossia privi di testa, zampe, interiora. In questi casi è necessario individuare criteri per trasformare prezzi di listino in prezzi di prodotti effettivamente negoziati. Supponiamo le seguenti formule:

- 1) media prezzi di listino a peso vivo maggiorata percentualmente;
- 2) prezzo di L.x per quotazioni di mercato di L.y. Maggiorazione o diminuzione di L.J per ogni L. di aumento o diminuzione;
- 3) media prezzi di listino maggiorata di un valore fisso;
- 4) media prezzi di listino moltiplicata per la frazione di rendimento e maggiorata di un valore fisso.

La scelta della formula da adottare avverrà dopo avere valutato i presumibili andamenti dei prezzi contrat-

tuali per l'intero periodo di vigenza del contratto. Nella tabella 4 sono riportati i prezzi calcolati secondo le ipotesi sopra indicate. Gli stessi sono riportati nel grafico 3 dal quale si evidenzia che solo il tratto 450-500 rappresenta un segmento di relativa indifferenza tra le quattro soluzioni. Per andamenti di prezzi crescenti l'ipotesi 1 risulta penalizzante per l'acquirente, mentre l'ipotesi 2 risulta più vantaggiosa per quest'ultimo. Il contrario si verifica in caso di prezzi aventi tendenza al ribasso. Appare allora evidente che anche quando il prezzo è determinato con riferimento a listini, non va trascurato un attento studio dei presunti andamenti dei prezzi nel tempo. Solo così è possibile stipulare contratti a somministrazione che risultino convenienti non solo al momento della stipulazione ma anche per tutto il periodo contrattuale.

La consegna rappresenta una delle obbligazioni principali del venditore. In relazione al luogo la stessa può avvenire franco venditore, con spese a carico del compratore, o franco compratore, con spesa a carico del venditore. In sede di valutazione delle possibili alternative di acquisto devono perciò considerarsi, oltre ai prezzi offerti, anche gli oneri relativi al trasporto.

Per quanto riguarda infine le modalità di pagamento non vanno trascurati i riflessi delle stesse sui prezzi e sul complessivo potere contrattuale dell'acquirente.

I vincoli giuridici

Le procedure preliminari alla stipula dei contratti sono disciplinate da norme comunitarie o regionali in relazione al valore oggetto di appalto. Sono soggette alla normativa CEE gli appalti il cui valore di stima al netto dell'IVA sia uguale o superiore a 200mila ECU. Trattandosi di valo-

ri raggiungibili con notevole facilità dalle imminenti U.s.l. provinciali o dai grandi complessi ospedalieri, limitiamo la breve analisi alla normativa CEE. Ai fini dell'aggiudicazione sono previste tre possibili procedure. La « procedura aperta » ossia l'asta pubblica dovrebbe costituire la regola generale, potendosi applicare la « procedura ristretta » solo in casi adeguatamente motivati e in particolare quando il ricorso ad essa sia dovuto all'eccessivo peso dei costi di

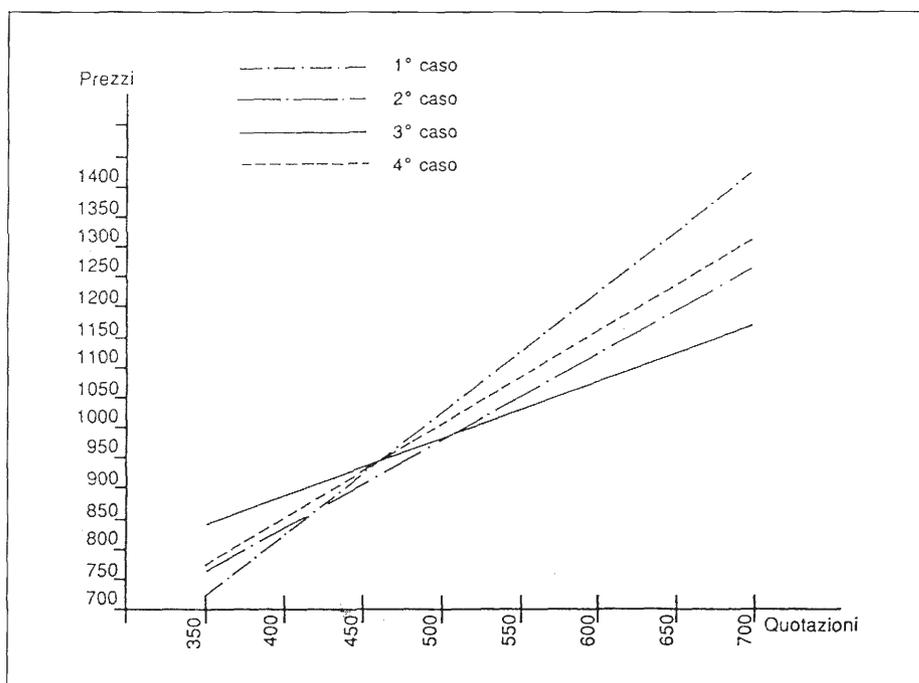
procedura rispetto al valore dell'appalto o in considerazione delle peculiarità dei prodotti da fornire. Una terza possibilità introdotta di recente è la « procedura negoziata » esperibile dopo che quella aperta o ristretta non abbia sortito effetto positivo, purché le condizioni iniziali dell'appalto rimangano sostanzialmente immutate.

Come si può constatare, la tradizionale discrezionalità tipica della trattativa privata, in base alla quale

Tabella 4

Quotazioni	1° caso	2° caso (980-500 $1,5 \ln + \times L.$)	3° caso	4° caso media x $100/62 + 200$
350	717	755	838	764
450	922	905	930	925
480	984	950	960	974
500	1.025	980	980	1.600
550	1.127	1.055	1.030	1.087
600	1.230	1.130	1.080	1.167
650	1.332	1.205	1.130	1.248
700	1.435	1.280	1.180	1.329

Grafico 3 - Prodotti avicoli-determinazione dei prezzi



l'amministrazione sceglie liberamente i soggetti con i quali stipulare il contratto, subisce una certa restrizione. Un orientamento in tal senso si è andato consolidando nelle normative regionali e statali, dove è previsto, ad esempio, un numero minimo di ditte da invitare.

Interessante notare che secondo la normativa CEE sono ammessi raggruppamenti di fornitori. La novità di questo istituto è rilevante, essen-

do tra l'altro orientata a combattere la prassi del sub-appalto e a favorire la partecipazione delle piccole-medie imprese a forniture anche consistenti.

A conclusione della nostra analisi, merita ricordare l'importanza che tale normativa riveste per l'espansione, nell'Europa comunitaria, dei prodotti alimentari italiani, particolarmente orientati all'area ospedaliera. Le norme citate infatti, am-

pliando i mercati, consentono prospettive di grande interesse per quelle imprese che sappiano aggiornarsi sulle dinamiche di formazione della domanda, per influenzarla anche con una sana competizione culturale in ordine alla definizione di idonei capitolati merceologici e sappiano altresì proporsi come validi interlocutori per la erogazione di un servizio prezioso, quale la ristorazione negli ospedali.

Biblioteca

Sezione 6^a

APPRENDERE L'ECONOMIA SANITARIA

di Rosanna Tarricone (a cura)

Rassegna critica di alcuni manuali

Introduzione

Dopo diversi decenni di storia l'economia sanitaria rappresenta un'area di studi non ancora facilmente definibile.

La distinzione proposta da Alan Williams fra l'« area di studio » e il « modo di pensare » può essere d'aiuto. L'area di studio, o il « soggetto », è rappresentata da una serie di fenomeni che devono essere studiati, una serie di problemi che devono essere affrontati, una serie di politiche che devono essere investigate.

Il modo di pensare, o la « disciplina », rappresenta invece l'apparato concettuale che influisce sui fenomeni, sui problemi, sulle politiche.

Seguendo la ripartizione di Williams usiamo i termini « soggetto » e « disciplina » per riferirci ai due concetti descritti.

La salute denota chiaramente un soggetto. Include lo studio del comportamento, dell'ambiente, dei servizi sanitari: l'amministrazione, la finanza, e il comportamento dei decisori che operano sotto i vincoli amministrativi, finanziari e sociali.

L'economia sanitaria può essere vista come disciplina, come soggetto, o anche come applicazione della disciplina economica al soggetto salute. Tuttavia, soltanto l'ultima definizione è accettabile. L'economia sanitaria come disciplina non esiste autonomamente senza l'economia come disciplina: ci sono poche tecniche di analisi economica che non sono applicabili al soggetto salute; ugualmente, ci sono poche teorie di economia sanitaria che sono veramente originali rispetto alla disciplina economica.

*Nei manuali di economia sanitaria che qui di seguito si presentano si ritrovano tutti gli approcci e tutti i temi precedentemente solo accennati. Alcuni di questi possono essere classificati tra i manuali introduttivi all'economia sanitaria, più o meno difficile per chi non ha conoscenze della teoria economica, ma generalmente indicati per coloro che vogliono iniziare ad approcciare il tema. Altri presentano elaborazioni più sofisticate delle teorie o dei principi fondamentali dell'economia sanitaria. In linea di principio sono quindi di facile comprensione per chi già conosce la struttura concettuale di base, anche se la semplicità del linguaggio utilizzato in molti volumi non esclude nessuno dalla comprensione e dall'approfondimento della materia. In questo numero di *Mecosan* si presenteranno solo i manuali introduttivi all'economia sanitaria rimandando al prossimo la presentazione di quelli più specialistici.*

Giuseppe Clerico
**Economia della Salute:
una analisi introduttiva**
Franco Angeli Editore,
Milano, 1984

Il libro di G. Clerico intende offrire una panoramica sistematica dei problemi dell'economia sanitaria, quali risultano dalla esperienza di studi compiuti dall'autore presso l'Università di York con particolare riferimento alla letteratura inglese ed americana. Il lavoro di Clerico ha l'obiettivo di coprire una lacuna nel quadro dei contributi italiani in questa materia che, sebbene siano passati parecchi anni dalla pubblicazione di questo volume, non è stata ancora del tutto coperta.

Il libro si divide in quattro parti rispettivamente riferite all'analisi degli aspetti introduttivi, della domanda, dell'offerta e della valutazione, programmazione e finanziamento dell'assistenza sanitaria.

La prima parte del libro si apre con lo sforzo dell'autore di definire in modo univoco l'oggetto di studio dell'economia sanitaria. Nei capitoli successivi a conclusione dell'analisi introduttiva Clerico illustra l'evoluzione storica dell'economia sanitaria (XVIII-XX sec.) e dei suoi oggetti di studio soffermandosi sulle tappe fondamentali di questo processo storico. Segue una completa valutazione del bene « assistenza sanitaria » e delle sue caratteristiche che la differenziano dai beni privati. È questa una delle parti del volume di più difficile comprensione per chi non conosce i principi fondamentali dell'economia politica. La prima parte del libro si conclude con un'attenta analisi del concetto dell'equità.

La seconda parte del volume è interamente dedicata all'analisi della domanda di assistenza sanitaria. L'analisi dell'autore risulta molto precisa e meticolosa in tutte le sue parti e particolarmente per quanto riguarda la distinzione tra il concetto di domanda e quello di necessità. Una volta chiarita la distinzione tra domanda e necessità e le implicazioni che questa ripartizione ha sulla tradizionale teoria economica della domanda si perviene alla definizione della domanda di salute, diversa dalla domanda di assistenza sanitaria che ne rappresenta l'origine. Anche questa parte del lavoro risulta di difficile comprensione per coloro che non conoscono i principi fondamentali della teoria marginalista, nonostante lo sforzo dell'autore a facilitare la comprensione da parte del lettore di modelli economici di per sé complessi. Un capitolo di questa parte del volume è interamente dedicato al meccanismo del prezzo nei servizi sanitari. Gli ultimi due capitoli della seconda parte del volume sono dedicati all'analisi economica del rapporto medico-paziente e alle forme di retribuzione e comportamento del medico. Anche qui l'autore evidenzia i limiti oggettivi del modello concorrenziale e analizza le diverse teorie esplicative della creazione di domanda da parte del medico. L'ultimo capitolo relativo alle forme di retribuzione e comportamento del medico tratta dell'influenza sul medico del metodo di retribuzione adottato.

Gli argomenti trattati nella terza parte del libro dedicato all'analisi dell'offerta di assistenza sanitaria si riferiscono al prodotto sanitario e agli indicatori dello stato di salute, all'ospedale come impresa, alla funzione di produzione e alla funzione dei costi di un ospedale e infine all'economia dell'industria farmaceutica. La parte introduttiva alla misurazione del prodotto sanitario è di facile comprensione ma soprattutto è molto completa, con riferimento ai molteplici studi dei diversi autori che si sono concentrati su questo tema. Non del tutto semplice è risultata la parte relativa alle metodologie per il calcolo di un indice di salute dove il richiamo delle metodologie già esistenti e sperimentate da altri autori risulta molto strutturata e richiede una conoscenza di base dei principi economici. Nel capitolo relativo al comportamento dell'ospedale come impresa, l'autore analizza i modelli di comportamento dell'ospedale negli USA. La parte relativa alla funzione di produzione e alla funzione dei costi di un ospedale è sicuramente la più complessa dove la conoscenza della teoria economica classica è indispensabile per seguire la trattazione che l'autore fa dell'argomento. La presenza di ricerche empiriche se da un lato arricchisce il tema e offre spunti di riflessione, dall'altra, non semplifica di molto la parte teorica. L'ultimo capitolo sull'economia dell'industria farmaceutica è un capitolo descrittivo del mercato dei prodotti farmaceutici.

tici, della concentrazione geografica del know-how, delle barriere all'entrata, del livello dei prezzi, dei profitti e dell'intervento dello Stato che informa il lettore di una realtà non sempre riportata nei manuali di economia sanitaria e la cui conoscenza risulta sempre più importante ai fini delle interrelazioni che intercorrono sempre più fitte tra il settore farmaceutico e quello più propriamente sanitario.

L'ultima parte del libro è relativa alla valutazione, programmazione e finanziamento dell'assistenza sanitaria. Nel primo capitolo l'autore illustra l'analisi costi-benefici. L'argomento è di per sé complesso ma la presenza di una breve rassegna di alcuni studi sulla valutazione economica dei programmi sanitari ne facilita la lettura. La successiva valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria si concentra molto sulla definizione o sulle diverse definizioni di qualità. Più esaustivo è il capitolo relativo al finanziamento dei servizi sanitari. Nella parte conclusiva del lavoro l'autore considera la programmazione dei servizi sanitari. Lo fa in modo esauriente dando notevole rilievo agli aspetti non economici.

Il libro è un'interessante e completa introduzione all'economia sanitaria. Alcune parti non hanno la stessa rilevanza di altre per così dire più « classiche ». Ciò è dovuto in parte al fatto che alla data della pubblicazione molti progressi in determinati settori dell'economia sanitaria non erano stati fatti — questo è il caso della qualità della vita — ma soprattutto al fatto che questo volume ha il preciso obiettivo di introdurre i temi e gli obiettivi dell'economia sanitaria lasciando ad altri il compito dell'approfondimento. La vastissima bibliografia è inoltre un'ottima guida per chi decidesse di approfondire determinati temi.

André Labourdette
Economie de la Santé
Presses Universitaires
de France, 1988

Da una ventina d'anni i lavori relativi alla sanità si sono moltiplicati. Questa tendenza si è manifestata anche in Francia e si spiega per l'inquietudine crescente che suscita un settore le cui spese crescono a un ritmo superiore a quello del Prodotto Interno Lordo. In queste condizioni non c'è da stupirsi se accanto agli epidemiologi, ai medici, ai sociologi e ai giuristi, gli economisti tentino di portare il loro contributo. Uno dei compiti dell'economista sanitario è quello di limitare il campo della sua disciplina per poi tentare di illustrare l'interesse ancora contestato, di mostrarne le specificità spesso ignorate e d'indicare l'ottica adottata. È in questo preciso ambito che l'economista sanitario, secondo l'autore, dovrebbe agire. In particolare, chiarito il concetto di salute, l'economista sanitario, tenendo conto delle finalità perseguite e dei limiti esistenti, deve saper proporre un'allocazione razionale delle risorse tra settori e all'interno dei settori in modo da massimizzare la soddisfazione dei cittadini. Definito così dall'autore l'obiettivo dell'economia sanitaria il libro introduce il concetto di domanda. I modelli teorici (riferimento al concetto di capitale umano, il riferimento ai costi e ai bisogni) e le verifiche empiriche dei modelli portano a considerare l'individuo come il suo proprio produttore di salute. All'analisi degli approcci tradizionali e consolidati della domanda l'autore aggiunge un'interessante analisi integrativa a quella economica: l'approccio demografico. In particolare, l'autore prende in considerazione le variabili demografiche e quelle culturali verificando il loro impatto sul consumo delle prestazioni sanitarie.

Per quanto riguarda la produzione di salute, Labourdette basa la sua trattazione interamente sull'analisi, sulla evoluzione e sul controllo dei costi. Per quanto riguarda l'analisi dei costi l'autore fa riferimento a due tecniche: la prima mette direttamente in relazione i costi e le quantità osservate, la seconda valuta una funzione di produzione. Questa permette, tenendo fermi i prezzi, di determinare le migliori condizioni di offerta di diverse quantità di prestazioni e di studiare in condizioni ottimali le variazioni dei costi. Quest'ultimo aspetto della trattazione prescelta presenta le stesse difficoltà di comprensione già riscontrate nel libro di Clerico riguardo lo stesso

tema. A differenza del primo libro qui presentato, inoltre, Labourdette ha condotto un'analisi più sintetica analizzando una sola funzione di produzione senza alcuna correlazione con studi empirici come invece era stato fatto da Clerico. Il terzo capitolo del libro è consacrato a 2 questioni strettamente legate: la tariffazione, spesso misconosciuta, e il finanziamento dei servizi sanitari di cui è inutile ricordare l'importanza attuale. La prima parte del capitolo dedicata all'uso delle tariffe fa riferimento all'inizio alla teoria paretiana dell'economia del benessere, che è la base esplicativa della « tariffazione ottimale », seguita dall'analisi dei problemi dell'applicazione concreta. La trattazione dell'autore si semplifica allorché viene presa in esame la pratica tariffaria negli ospedali e negli ambulatori. La seconda parte relativa al finanziamento considera inizialmente l'inadeguatezza delle risorse rispetto alle spese, il problema dell'equità e della mancata aderenza alle esigenze di politica economica, proponendo delle soluzioni che l'autore ravvisa nella gestione del finanziamento della sanità, nel cambiamento del finanziamento della sanità e nella privatizzazione del finanziamento della sanità.

Nell'ultima parte del libro l'autore ha analizzato le politiche organizzative del sistema di cura e di assistenza sanitaria e la ricerca dell'efficienza. Dopo una parte descrittiva riguardante l'organizzazione del sistema sanitario con una particolare attenzione al ruolo della prevenzione e alla gestione delle relazioni tra le diverse unità di cura, l'autore sviluppa l'analisi della razionalità nel sistema sanitario. La valutazione economica dei programmi sanitari occupa poco spazio nel libro di Labourdette, forse perché, come ha spiegato l'autore, diverse cause dagli anni '70 alla metà degli anni '80 hanno rallentato gli studi di valutazione economica in Francia. Per questo motivo, quindi, le diverse tecniche di valutazione economica (costi-benefici, costi-efficacia, costi-utilità) sono solo sinteticamente, e neanche semplicemente, analizzate.

L'interesse dedicato dall'autore all'incidenza delle variabili demografiche e culturali sembra oggi avere una grande importanza. In Francia, come in altri Paesi, la crescita della spesa sanitaria è in parte spiegata se posta in relazione ai giovani, alle donne, agli anziani. Non è auspicabile una limitazione nei consumi di queste categorie. Sarebbe rimettere in discussione la spinta alla natalità o lo spirito di solidarietà. Inoltre, insieme all'estensione della protezione sociale, gli elementi culturali permettono che i comportamenti delle classi sociali si diffondano nell'insieme della popolazione, nei gruppi socio professionali — soprattutto operai — mantenendo ancora le loro specificità.

A.J. Culyer

**The Economics
of Health**

Galliard Ltd.,
Great Yarmouth, 1991

Il libro di Culyer è diviso in due volumi. Il primo volume tratta le questioni teoriche centrali dell'economia sanitaria. Altri quattro temi rappresentano, invece, i maggiori settori di applicazione empirica e sono contenuti nel secondo volume del libro.

La prima parte del primo volume tratta del concetto di salute, della sua misurazione e della sua valutazione. Questo è uno dei temi multidisciplinari dell'economia sanitaria dove è facile, cioè, trovare studi condotti da epidemiologi, da economisti, da psicologi e da sociologi. L'articolo di Culyer, Lavers e Williams è un saggio pionieristico che definisce esplicitamente la salute come una funzione oggettiva dai molti attributi che era, in principio, misurabile e massimizzabile e che ha profonde implicazioni sullo studio dell'intero settore — soprattutto nell'interpretazione dei significati del bisogno e della valutazione delle funzioni di produzione della salute. Anche l'articolo di Torrance rappresenta una posizione pionieristica delle misure di utilità della salute, per quanto riguarda la ricerca di una misura del prodotto sanitario da usare nella valutazione microeconomica. Sebbene questi indici di salute non siano in grado di esplicitare un valore del prodotto sanitario, il loro uso illumina i molti giudizi di valore e spingono alla ricerca di come questi giudizi possono essere costruiti meglio e da chi devono essere costruiti. L'articolo di Jones-Lee è una notevo-

le e chiara esposizione di un approccio tipico Paretiano circa l'importante problema della valutazione economica.

La seconda parte, anch'essa multidisciplinare, tratta delle determinanti della salute. Qui i maggiori contributi vengono dalla teoria del capitale umano. Il pioniere in questo caso è Michael Grossman che tratta la salute come capitale iniziale, soggetto a deprezzamento/deperimento, che può essere investito. Questo ha portato al riconoscimento della domanda di assistenza sanitaria come domanda derivata dalla domanda di salute.

Maureen Cropper ha il merito di aver introdotto l'incertezza nel modello di Grossman.

Adam Wagstaff analizza il lavoro e lo studio condotti da altri studiosi fino ai tempi più recenti circa la controversa questione del legame tra la salute e la disoccupazione e Robert Leu tratta la domanda di beni dannosi di consumo (sigarette) e l'effetto su questo consumo delle campagne anti-fumo.

La terza parte del libro tratta della domanda di assistenza sanitaria. Il classico commento di Mark Pauly sull'articolo di Arrow del 1960 pubblicato sull'*American Economic Review* mette in luce i problemi derivati dal « moral hazard » in un sistema assicurativo. Questa parte si conclude con un brano di Williams che sviluppa il concetto di bisogno di assistenza sanitaria come un sostituto nell'analisi normativa della domanda e disconosce esplicitamente i giudizi di valore paretiani dell'economia del benessere.

La quarta parte del libro contiene una serie di tentativi di cercare forme empiriche che riassumano alcune relazioni molto complesse e si apre con un classico studio econometrico di Martin Feldstein che fu il primo ad approcciare questo settore e che costruì un modello econometrico così rigoroso che raramente altri studi hanno potuto raggiungere.

L'articolo di Uwe Reinhardt tratta del tema della sostituzione degli input nelle prestazioni dei medici di comunità. L'articolo di Lavel è un classico studio di valutazione empirica della funzione dei costi di un ospedale. L'articolo pionieristico di Robert Evans tratta dell'idea che le organizzazioni senza scopo di lucro, come gli ospedali, non operano probabilmente sulla curva di costo più bassa tecnologicamente possibile e che le funzioni stimate sono « comportamentali » nel senso che la determinazione dei costi (o delle spese) è almeno in parte discrezionale. Granneman presenta un'eccellente esposizione del miglioramento delle analisi economiche ed econometriche dei costi ospedalieri sin dai giorni non molto lontani dei primi pionieri.

Le difficoltà riscontrate nella quarta parte del volume per quanto riguarda le analisi dal lato dell'offerta derivano in gran parte dall'estrema diversità di istituzioni esistenti nel mondo, dalla grande diversità delle possibili risposte comportamentali a differenti tipi di premi/penalità strutturati in queste istituzioni e dai complessi input ed output che gli ospedali in particolare usano e producono.

Le complessità dal lato della domanda hanno diverse origini risiedendo principalmente nella natura derivata della domanda di assistenza sanitaria. È evidente che la salute di un individuo, o il consumo di assistenza sanitaria, fa parte della sfera degli interessi anche di altri individui. Questo introduce i concetti di esternalità e di pubblicità nel lato della domanda e introduce il concetto di bisogno.

L'opinione corrente è che l'assistenza sanitaria è una condizione necessaria per il raggiungimento di determinati (migliori) livelli di salute che tutti gli individui desiderano raggiungere. Questo porta quindi a due concetti. Il primo riguarda la necessità di questo bisogno. L'altro riguarda la strumentalità dell'assistenza sanitaria come mezzo per portare a termine l'obiettivo finale del miglioramento dello stato di salute.

Il paziente può iniziare un episodio di cura ma la domanda del trattamento è fortemente influenzata dal medico che agisce da agente del paziente. Così il medico agisce sia come fornitore che come consumatore di assistenza sanitaria. Ma il limite e il significato dell'offerta che crea la domanda è controverso.

Il fatto che l'assistenza sanitaria può essere talvolta estremamente costosa e il

fatto che il momento in cui si avrà bisogno di assistenza sanitaria è incerto nel futuro sollevano una serie di problemi che hanno a che vedere con l'assicurazione sanitaria, con la sua capacità di coprire tutti i possibili rischi dell'assicurato determinando un notevole impatto sulla domanda e sull'offerta di assistenza sanitaria.

Le questioni trattate nella I parte del secondo volume del libro di Culyer sono sia positive che normative. Nei Paesi che hanno reso esplicito il mercato dell'assistenza sanitaria esiste una ricca serie di fenomeni da spiegare, molti dei quali discendono dalle speciali caratteristiche della domanda e dell'offerta di assistenza sanitaria, dalla volontà di perseguire la « migliore » salute e dai metodi di finanziamento. Alcuni mercati non evidenziano il meccanismo dei prezzi a causa della presenza dell'assicurazione sanitaria, della sicurezza sociale, delle restrizioni professionali e delle regolamentazioni governamentali.

Evans fornisce un ottimo panorama della natura del mercato dell'assistenza sanitaria o dello « pseudomercato ». Culyer esplora la natura caratteristica del servizio chiamato « assistenza sanitaria » e valuta la rilevanza per l'economia del benessere di un'ampia varietà di affermazioni sul perché l'assistenza sanitaria è diversa dagli altri settori economici. Lindsay fornisce un interessante punto di vista alternativo sul tradizionale concetto di esternalità.

Le organizzazioni per i servizi e per le prestazioni prepagate, delle quali le HMO sono un classico esempio, sono essenzialmente un fenomeno statunitense anche se hanno attirato l'attenzione di tutto il mondo perché in grado di produrre assistenza sanitaria di alta qualità a costi relativamente bassi. L'articolo di Manning et al. è un buon esempio del tipo di analisi che un gruppo multidisciplinare può produrre nell'analizzare l'attività delle HMO nel mercato sanitario.

L'articolo di Newhouse è un pionieristico sforzo di costruire un modello economico di un ospedale. Al contrario dei lavori sulle funzioni di produzione e sulle curve dei costi di un ospedale, i modelli comportamentali degli ospedali non hanno fatto grandi passi in avanti, anche perché non esiste un consenso generale tra gli economisti circa il modello appropriato.

La seconda parte del secondo volume del libro è quasi interamente normativa nei contenuti e tratta dell'analisi costi-efficacia, costi-utilità e costi-benefici.

L'articolo introduttivo di Weinstein e Stason è una eccellente breve introduzione a queste tecniche di valutazione economica. L'articolo di Neuhauser e Lewicki è uno dei più eccellenti lavori del genere fatti da non-economisti.

Il saggio di Williams è diventato il classico esempio dell'applicazione di una delle misure del prodotto sanitario — i QALYs — al problema di dare priorità all'allocazione delle risorse tra i vari programmi sanitari.

La terza parte del volume tratta della pianificazione, del budget e dei meccanismi di controllo nei sistemi sanitari.

Il primo saggio di questa sezione del volume di Yett et al. rappresenta uno sforzo pionieristico di analisi di un modello composto da cinque sub-settori del più ampio settore sanitario in grado di studiare l'impatto di diverse politiche pubbliche sui sub-settori considerati.

Williams illustra una critica al modo in cui le procedure di budget nel sistema sanitario britannico impediscono il raggiungimento dell'efficienza economica.

Gli ultimi due saggi riguardano due strumenti economici statunitensi che sono stati ampiamente discussi come mezzi per ridurre i costi sanitari senza danneggiare il valore dell'output.

Il primo articolo della quarta parte del secondo volume del libro di Culyer rappresenta uno sforzo per fornire un metodo coerente di comparazione in relazione particolarmente agli obiettivi che i diversi sistemi nazionali sanitari cercano di perseguire.

L'articolo di Evans è un classico esempio di come può essere fatta una comparazione internazionale.

Il libro di Culyer è sicuramente un manuale di economia sanitaria. Non è semplicemente un manuale introduttivo perché la copertura totale dei temi attinenti la disciplina in questione e il richiamo a ricerche empiriche fanno del libro di Culyer un vero manuale di economia sanitaria.

Per questo motivo la comprensione del testo è possibile solo per chi già conosce i principi fondamentali non solo della teoria economica ma anche dell'economia sanitaria.

Philip Jacobs

**The Economics
of Health
and Medical Care**

Aspen Publishers, Inc.,
Gaithersburg, Maryland
1991. 3^a edizione

Questo volume è un manuale introduttivo che ha lo scopo di fornire al lettore i principi di base dell'economia applicata al settore unitario. Si suppone, quindi, che il lettore non abbia una specifica cultura economica. I concetti presentati in questo volume sono allo stesso livello di esposizione di un testo di introduzione dei principi economici. Il lettore scoprirà che anche a questo livello introduttivo, l'analisi economica fornisce pertinenti e sistematici spunti per lo studio del sistema sanitario e per la valutazione delle politiche sanitarie.

Il testo è diviso in tre parti, ciascuna corrisponde a una delle maggiori questioni economiche. Queste sono la Descrizione, la Spiegazione e la Valutazione. Il libro è organizzato in modo progressivo: i concetti sviluppati nella seconda parte (Spiegazione) e nella terza parte (Valutazione) si fondano su quelli della prima parte (Descrizione). Bisogna sottolineare che il libro non intende essere una critica alla letteratura di economia sanitaria, tuttavia può aiutare gli studenti a seguire successivi studi su specifici aspetti del settore. Per questo motivo la bibliografia presente nel testo di Jacobs è vastissima ed è quindi capace di indirizzare il lettore verso ulteriori approfondimenti. All'interno del testo è stata data una grande enfasi ai principi dell'assicurazione sanitaria e come essi si sono integrati nell'economia sanitaria. È stata data molta importanza alle istituzioni sanitarie di lunga data includendo un'introduzione al sistema sanitario canadese. Il suo approccio si basa sull'identificazione della scarsità delle risorse quale causa fondamentale di molti problemi del settore sanitario. L'economia è la scienza che s'interessa delle conseguenze della scarsità delle risorse, e l'economia sanitaria s'interessa delle conseguenze della scarsità delle risorse nel settore sanitario. Questo libro si concentra su come si fa economia. Divide la disciplina in tre aree separate, che possono essere viste come i tre più importanti obiettivi dell'economia: la Descrizione, la Spiegazione e la Valutazione.

La Descrizione riguarda l'identificazione, la definizione e la misurazione dei fenomeni. In questo modo si ottengono alcune informazioni sui fatti esistenti. La Spiegazione concerne la conduzione di un'analisi nella forma di una relazione « causa-effetto ». Con la Spiegazione si fa un passo avanti rispetto alla Descrizione, si spiegano, cioè, le cause di determinati eventi che sono accaduti. Il terzo obiettivo è la Valutazione. Questo obiettivo concerne il giudizio o la classificazione di fenomeni alternativi rispetto a determinati standard. Una volta scelto un determinato ed accettabile standard si procede con il classificare i modi alternativi per distribuire le risorse scarse.

La prima parte del libro descrive le dimensioni economiche del settore sanitario.

La seconda parte presenta delle analisi esplicative di alcuni eventi correlati alla sanità.

La terza parte sviluppa analisi valutative di molti importanti aspetti dell'uso delle risorse sanitarie.

Nel primo capitolo della prima parte il libro analizza il prodotto del settore sanitario. Nel secondo e ultimo capitolo della prima parte sono identificate le dimensioni economiche del settore sanitario e vengono presentate alcune misure di queste dimensioni.

Nella seconda parte del libro (la Spiegazione) l'autore sviluppa un modello esplicativo della domanda di assistenza sanitaria da parte dei consumatori. In particolare

il concetto di domanda, la relazione quantità-prezzo, il concetto di domanda derivata, il mercato della domanda, l'elasticità della domanda e la domanda dell'assicurazione sanitaria sono i temi affrontati nei primi capitoli della parte del libro relativa alla Spiegazione. L'attenzione dell'autore si sposta verso il comportamento della struttura d'offerta, e in particolare, verso il comportamento dei medici, degli ospedali, dei laboratori e degli assicuratori sanitari nei capitoli successivi. Anche in questa parte del libro l'autore affronta i temi economici classici della posizione della curva dei costi sanitari, dell'economie di scala, della curva dei costi di lungo periodo e della stima empirica delle curve dei costi del settore sanitario.

Successivamente Jacobs esamina il processo di allocazione delle risorse di mercato. Nella parte conclusiva della Spiegazione l'autore fa un'attenta analisi del mercato concorrenziale valutando i vantaggi e gli svantaggi di un mercato sanitario concorrenziale. È partendo dagli svantaggi e dai limiti del mercato concorrenziale che l'autore prosegue la sua analisi mettendo a fuoco le caratteristiche determinanti del mercato sanitario. L'autore analizza i modelli introdotti da alcuni economisti relativi al settore sanitario in grado di spiegare le specificità del settore. In particolare si esaminano situazioni in cui l'offerta crea la domanda e situazioni in cui la copertura assicurativa diventa estremamente costosa.

L'ultima parte del libro — la Valutazione — introduce, nel suo capitolo iniziale, l'argomento della valutazione economica identificando le diverse alternative standard utilizzate nella valutazione economica delle risorse nel settore sanitario. Questi standard includono l'efficienza e l'equità. È sulla base dell'analisi dell'efficienza, che vengono identificati una serie di specifici obiettivi di politica pubblica. Negli ultimi due capitoli Jacobs mostra come i programmi pubblici e le politiche pubbliche possono essere valutate alla luce di questi obiettivi. Inizialmente discute e analizza le assicurazioni sanitarie private e pubbliche, con particolare attenzione ai programmi sanitari federali statunitensi per gli indigenti e per gli anziani: Medicaid e Medicare e all'assicurazione sanitaria nazionale canadese. Nella parte conclusiva analizza il ruolo della politica di Governo come una delle determinanti della performance del mercato sanitario. Per rispondere all'insoddisfazione circa i risultati della regolamentazione tradizionale del mercato, alcuni osservatori hanno proposto di ridisegnare il mercato sanitario in una forma competitiva. L'autore ne illustra due: la politica antitrust e la riforma fiscale. In ultimo, l'autore analizza le diverse tecniche di valutazione economica concentrandosi principalmente sull'analisi costo-beneficio e sull'analisi costo-efficacia.

Il libro, come si è già detto all'inizio, è un manuale introduttivo all'economia sanitaria, e per nulla si discosta dalla struttura logica che gli altri autori hanno utilizzato nei loro manuali introduttivi all'economia sanitaria. Il libro di Jacobs mostra, in alcune sue parti, le stesse difficoltà di comprensione rilevate negli altri manuali, anche se l'obiettivo dell'autore — introdurre i principi dell'economia sanitaria a studenti di economia e di discipline correlate — lo spinge ad una maggiore semplicità di linguaggio e di formalizzazione rispetto a quello riscontrato nei testi precedenti.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

F.P. ARCURI (a cura di)

**L'organizzazione
ospedaliera
tra complessità
e creatività**

Franco Angeli, 1992,
pagg. 227. lire 24.000

La generalizzata crisi dei sistemi sanitari moderni ed il cattivo funzionamento degli ospedali derivano principalmente dalle contraddizioni e dalle incongruenze tra un sistema tipicamente industriale in quanto a cultura, fini, organizzazione del lavoro, ecc., ed una società altamente differenziata e complessa ormai entrata nell'epoca post-industriale. Proprio l'incapacità di comprendere e di adeguarsi alle mutate condizioni è la causa principale del cattivo funzionamento delle strutture ospedaliere, della cattiva gestione economica e della diffusa insoddisfazione da parte dell'utenza. Attraverso un'esatta conoscenza dei problemi reali unita ad una immaginazione creativa è possibile rendere l'ospedale ad un tempo più efficiente ed efficace, offrendo agli utenti la possibilità di usufruire di servizi qualitativamente migliori e ad un minor costo.

Publicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1992 con il titolo « Our Planet, Our Health », questo primo grande rapporto mondiale sui rischi per la salute derivanti da problemi ambientali è frutto del lavoro della Commissione per la Salute e l'Ambiente dell'OMS, costituita nel 1990 attraverso la partecipazione di numerosi esperti internazionalmente riconosciuti nei settori scientifico, sociale e politico. La ricchezza delle problematiche affrontate fanno di questo Rapporto « un punto di svolta nella percezione degli strettissimi legami esistenti tra salute umana e salute del pianeta ».

F. BOTTACCIOLI,
A. CAROSELLA,
A. ZOCCHI (a cura di)

**Il nostro pianeta,
la nostra salute**

Editori del Grifo, 1992,
pag. 359, lire 25.000

E.M. IMMERGUT

**Health Politics
Interests
and institutions
in western Europe**

Cambridge University
Press,
1992, pag. 336

Basato su un'ampia concezione della politica comparativa questo libro si pone l'obiettivo di promuovere un dialogo critico tra diversi approcci teorici. Tuttavia, il libro enfatizza particolarmente lo studio sulle istituzioni domestiche e quelli che esaminano i ruoli rispettivamente delle strutture e dei vincoli storici di importanza strategica nella spiegazione delle azioni e dei risultati politici. Particolare interesse riscuote nel libro anche l'analisi attraverso il quale i fattori storici interferiscono sulle attuali scelte politiche.

A. MONTESINOS

**Organizzare
un'assistenza di qualità
nei reparti ospedalieri**Vita e Pensiero, 1993,
pag. 184, lire 22.000

La situazione di crescente scarsità di risorse che affligge l'assistenza sanitaria rende sempre più sentita l'esigenza di combinare i fattori disponibili in modo da esaltarne la produttività. Il libro di Montesinos affronta questo tema accentuando l'attenzione sull'influenza che le tiranniche relazionali esercitano nel campo dei servizi sanitari: il livello qualitativo dell'assistenza, in altri termini, viene correlato prioritariamente alla capacità di creare un contesto ambientale che generi soddisfazione e motivazione negli operatori.

L'approvazione del decreto 502/92 rappresenta il punto d'arrivo di un processo di riforma avviato, almeno in termini di dibattito, appena dopo l'introduzione del Servizio sanitario nazionale. Il testo di legge è tuttora ampiamente dibattuto e non sono escluse ulteriori modifiche. È oggetto di dibattito anche la possibilità di mantenere alcuni principi di fondo introdotti con la L. 833/78, pur con il nuovo assetto strutturale. Il testo rappresenta un tempestivo contributo al dibattito. Contiene un'analisi della nuova disposizione legislativa insieme a considerazioni e proposte.

G. BURANI

**Sanità
semplice riordino
o vera riforma?**Editrice Monti, 1993,
pag. 109, lire 14.000

A. SPADARO

**Le forniture di beni
e servizi nella pubblica
amministrazione**Maggioli Editore, 1992,
pag. 462, lire 68.000

Scopo di questo lavoro è quello di favorire la cognizione e l'osservanza dei vari adempimenti che caratterizzano la procedura contrattuale della fornitura di beni e servizi nella Pubblica Amministrazione. La procedura contrattuale viene illustrata nelle varie fasi che la caratterizzano comprese quelle preliminari e di supporto, quali la ricerca di mercato, la programmazione degli acquisti, la tenuta dell'albo dei fornitori. Il volume è destinato a quanti nella Pubblica Amministrazione sono chiamati ad eseguire forniture di beni e di servizi per soddisfare esigenze operative e organizzative (dirigenti, amministratori, addetti agli uffici contratti presso enti pubblici e locali, imprese fornitrici).

Per identificare i bisogni degli utenti e modularsi coerentemente su di essi, un Servizio sanitario necessita, oltre che di periodiche ristrutturazioni, di continui e capillari aggiustamenti. Nel predisporre il volume, gli autori hanno tenuto conto non solo delle profonde trasformazioni avvenute in questi anni in campo normativo e organizzativo, ma anche delle nuove acquisizioni scientifiche e delle linee di tendenza che caratterizzano lo stato di salute della popolazione. Il testo si presenta quindi innovativo sia nell'impostazione che nei contenuti, e intende fornire agli operatori, agli amministratori sanitari e ai tecnici in formazione basi metodologiche corrette e conoscenze aggiornate indispensabili per la strutturazione dei servizi, la programmazione delle attività e la verifica del lavoro svolto.

E. BUIATTI,
F. CARNEVALE,
M. GEDDES,
G. MACIOCCO**Trattato
di Sanità Pubblica**La Nuova Italia
Scientifica, 1993,
pag. 895, lire 114.000

J.L. BOOTMAN,
R.T. TOWNSEND,
W.F. McGHAN

**Introduzione
alla farmaeconomia**

a cura di
Giuseppe Recchia,
Gianfranco De Carli

OEMF, 1993,
pag. 269, lire 49.000

La ricerca farmacoeconomica, destinata ad assumere sempre più rilevanza nel prossimo decennio, ha tra i suoi principali scopi quello di orientare lo sviluppo farmacologico del processo di ricerca e di fornire dei mezzi obiettivi al processo di sviluppo di un nuovo farmaco e agevolare la selezione tra i diversi farmaci. Il farmaco presenta infatti una importanza critica non solo per la salute, ma anche per l'economia di una popolazione: la valutazione completa di tutti i suoi potenziali, l'uso appropriato delle informazioni disponibili e l'impiego adeguato da parte del medico e del paziente possono concorrere in modo assai significativo al contenimento dei costi sanitari ed al benessere dell'intera società. Questo volume, versione italiana di « Principles of Pharmacoeconomics », intende integrare e completare l'opera originale con riferimenti propri alla situazione attuale ed alla evoluzione della ricerca farmacoeconomica in Italia.

SPOGLIO RIVISTE

- Struttura
e organizzazione
dei sistemi sanitari** GOODER P., CHARNY M., FARROW S.
Public attitudes to charging for some national health service services
Social Science & Medicine, 1993, 36(4): 565-573
- TUFFS A.
Germany: Reaction to new health law
The Lancet, 1993, february 341: 427
- Us health reforms: cliches, cost, and Mrs C*
The Lancet, 1993, march 341: 791-792
- GLASER W.A.
The competition vogue and its outcomes
The Lancet 1993, march 341: 805-812
- SMITH B.A., RAWAL P.
Can the poor afford « free » health services? A case study of Tanzania
Health Policy and Planning, 1992, 7(4): 329-341
- CENCETTI S.
Per un utile ruolo della amministrazione della Provincia nella programmazione sanitaria
L'Ospedale, 1992, 11-12: 207-210
- McKEE M., RICCIARDI G., CLARCKE A., BOCCIA A.
Health systems in transition: the British and italian experiences
Health Planning and Management, 1992, 7(3): 223-234
- GRANAGLIA E.
I rischi delle mutue
Prospettive Sociali e Sanitarie, 1993, 4:2
- IGLEHART J.K.
The American Health Care System: The end Stage Renal Disease Program
The New England Journal of Medicine, 1993, 328(5): 366-371

MAYNARD A.
Competition in the UK National Health Service: Mission impossible?
Health Policy, 1993, 23: 193-204

WLODARCZYK C., SABBAT J.
Regional integration of health services in Poland. An ambitious pilot project
Health Policy, 1993, 23: 229-245

**Valutazione economica
delle attività sanitarie**

HANSON K.
Aids: what does economics have offer?
Health Policy and Planning, 1992, 7(4): 315-328

TAYLLOR W.D., LITTLE E.
Village health workers as medicine sellers?
Health Planning and Management, 1992, 7(3): 171-184

SCHIERONI M.P., REVELLO M.P., PLATANIA G., FORNERO G.
IL trattamento riabilitativo domiciliare: criteri operativi e rapporto costo-benefici
L'Ospedale, 1993, 1-2: 14-18

CARRERE M.O., AURAY J.P., DURU G.
La valeur decisionnelle des ratios cout-efficacitè et cout-utilitè dans l'evaluation economic des programmes de santè
Journal d'Economie Medicale, 1992, 7-8: 483-496

L'analisi costo-beneficio dei servizi di genetica
Quaderni di Sanità Pubblica, 1993, 78-79: 117-123

KRAHN M., DETSKY A.S.
Should Canada and the United States Universally Vaccinate infants against Hepatitis B? A cost-effectiveness analysis
Medical Decision Making, 1993, 13(1): 4-20

**Gestione
dei servizi sanitari**

GRUMBACH K., FRY J.
Managing primary care in the United States and in the United Kingdom
The New England Journal of Medicine, 1993, 328(13): 940-945

GLENNERSTER H., MATSAGANIS M.
The UK health reforms: The fundholding experiment
Health Policy, 1993, 23: 179-191

DE INTIS G.
Possibilità e limiti di intervento della Direzione Sanitaria sulla organizzazione dei reparti
L'Ospedale, 1992, 10: 175-179

PAULY M., ERDER H.M.
Insurance incentives for ambulatory surgery
Health Services Research, 1993, 27(6): 813-839

BEECH R., MORGAN M.,
Constraints on innovatory practice: the case of day surgery in the NHS
Health Planning and Management, 1992, 7(2): 133-148

TOOMEY R.E., TOOMEY R.K.
The role of governing boards in multihospital system
Health Care Management Review, 1993, 18(1): 21-30

CHAN L.
Improving hospital cost accounting with activity-based costing
Health Care Management Review, 1993, 18(1): 71-78

WEINBERGER M., DIVINE G.W., COWPER P.
Expenditures in caring for patients with dementia who live at home
American Journal of Public Health, 1993, 83(3): 338-341

MELIN A., HAKANSSON S., BYGREN L.
The cost-effectiveness of rehabilitation in the home: a study of Swedish elderly
American Journal of Public Health, 1993, 83(3): 356-362

GRUMBACH K., KEANE D., BINDMAN A.
Primary care and public emergency department overcrowding
American Journal of Public Health, 1993, 83(3): 372-378

Assistenza farmaceutica

BALESTRINO A.
Determinazione dei prezzi delle specialità medicinali
Economia Pubblica, 23 (1-2): 37-42, 1993

FRANZAK F.J.
The use of marketing strategy by pharmacists
Health Marketing Quarterly, 9(3-4): 133-140, 1992

HARRIS B., LUFT H., GARDNER L., MORRISON E., BARRETT M., O'NEIL A., HARVEY B.
The effect drug co-payments on utilization and cost of pharmaceuticals in a Health maintenance organization
Medical Care, 28(10): 907-917, 1990

RUCKER D., SHIFF G.
Drug Formularies: myths-in-formation
Medical Care, 28(10): 928-942, 1990

KOZMA C.M., REEDER C.E., LINGLE E.W.
Expanding medicaid drug formulary coverage: effects on utilization orf related services
Medical Care, 28(10): 963-977, 1990

Economia sanitaria

ESCARCE J.J.
Explaining the association between surgeon supply and utilization
Inquiry, 29(4): 403-415, 1992

STEARNS S., WOLFE B., KINDING D.
Physician responses to fee-for-service and capitation payment
Inquiry, 29(4): 416-425

ANDREANO R.
Reflections on the economist and health economics in an international setting
Social Science & Medicine, 36(2): 137-142, 1993

ZALESKI D.

L'actualisation dans les etudes cout-efficacitè: difficultes methodologiques; application a prevention secondaire des cardiopathies ischemiques
Journal d'Economie Medicale, 10(7/8): 497-506, 1992

HUNT R.

A critique of using age to ration health care
Journal of Medical Ethics, 19(1): 19-23

NORD E.

The relevance of health state after treatment in prioritising between different patients
Journal of Medical Ethics, 19(1): 37-42

Varie

LEVENTHAL R.C.

HMO versus Private Care Medical Systems: A study to Determinate the Aging Consumers' Satisfaction with Medical Care Under These Two Systems
Health Marketing Quaterly, 9(3-4): 51-66, 1992

AMBRAMS F.R.

The Doctor With Two Heads: The patient versus the Costs
The New England Journal of Medicine, 328(13): 957-958, 1993

KNOTTNERUS A.J.

Statistical Reproducibility and Clinical Similarity
Medical Decision Making, 12(4): 288-287, 1992

BOCKENHOLT U., WEBER E.U.

A survey and Analysis
Medical Decision Making, 12(4): 298-306, 1992 Avedis

DONABEDIAN GIVEN AT ST CATHERINE'S COLLEGE, OXFORD

Quality assurance in health care: consumers' role
Quality in Health Care, 1(4): 247-251, 1992

EISENBERG D., KESSLER R., FOSTER C., NORLOCK F.

Unconventional Medicine in the United States
The New England Journal of Medicine, 328(28): 246-252, 1993

TESI DI LAUREA

Tesi di laurea presentata all'Università Commerciale « L. Bocconi ». Corso di laurea in Economia Aziendale A.A. 1991/92. Relatore: Elio Borgonovi

“FORME DI COLLABORAZIONE PUBBLICO-PRIVATO NEI SERVIZI SOCIALI”

di Angelo Anfini

La discrepanza qualitativa e quantitativa tra domanda e offerta di servizi pubblici ha ormai inevitabilmente determinato una caduta di efficacia e di efficienza degli stessi ed una crescente insoddisfazione dei cittadini. Ciò vale in particolare nella produzione e nell'erogazione di servizi a carattere divisibile ed esclusivi nell'uso quali sono i servizi sociali, che richiedono personalizzazione e qualità delle risposte. Un importante contributo in questo campo è affidato agli studi aziendali, che si pongono lo scopo di ricercare le modalità gestionali maggiormente idonee all'organizzazione della risposta ai bisogni. La flessibilità dei processi di gestione e di erogazione dei servizi sono elementi cruciali allo scopo di individuare, analizzare ed esaltare le differenze di attese dei loro destinatari. Per la pubblica amministrazione individuare forme flessibili di gestione dei servizi sociali significa, oltre che proporre strumenti propri in grado di promuovere un elevato livello di efficacia e di efficienza nella combinazione dei fattori, anche stabilire relazioni e collaborazioni continuative positive con l'ambiente esterno in grado di ottimizzare, in senso relativo, la produzione e l'erogazione del servizio.

È con queste basi che occorre analizzare la nascita e lo sviluppo anche nel nostro paese di iniziative solidaristiche rientranti nell'area nonprofit di produzione di servizi sociali che hanno anticipato, affiancato o sostituito l'intervento pubblico. L'attenzione a modalità collaborative tra enti pubblici e i soggetti privati in oggetto (tipicamente associazioni caritative e di volontariato, gruppi informali, gruppi di self help, cooperative di solidarietà sociale) ha registrato negli ultimi due decenni un notevole impulso a causa sia dell'incapacità del settore pubblico di soddisfare le differenti domande espresse dai cittadini sia del fallimento delle imprese puramente profit nei casi di incompletezza e di asimmetria informativa fra produttore e utente del servizio.

Nella vasta area delle organizzazioni nonprofit o di terzo settore ha assunto particolare rilevanza il modello cooperativo che, grazie alle sue intrinseche caratteristiche (assenza di scopo di lucro, spirito solidaristico, democraticità nella gestione, spirito di innovazione, radicamento territoriale) sembra già possedere gli strumenti per rispondere adeguatamente alla domanda di servizi. Le forme cooperative esistenti nei servizi sociali appaiono tra loro molto eterogenee, per modelli di intervento e base societaria, per finalità e scopi sociali e sono sinteticamente identificabili nelle cooperative di servizi, nelle cooperative integrate e nelle cooperative di solidarietà sociale. Tra le cooperati-

ve di solidarietà sociale rientrano sia imprese erogatrici di prestazioni socio-assistenziali (di norma nel campo dell'handicap, del disagio minorile, della terza età) sia imprese che gestiscono attività per l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati (ex carcerati, malati psichici, portatori di handicap, ex tossicodipendenti). L'idea vincente di fondo di queste imprese è rappresentato dal passaggio da una concezione dell'utente come soggetto passivo dei servizi ad una nuova visione in cui l'utente partecipa attivamente al proprio progetto di assistenza e di recupero. Nelle cooperative questa concezione si esprime già a partire dalla base sociale che, diversamente dalle altre cooperative di servizi composte solo da soci lavoratori, comprendono anche le categorie dei soci familiari, dei soci utenti e dei soci volontari, espressione del coinvolgimento di tutto il territorio in cui l'impresa è inserita. La partecipazione degli utenti può consistere sia in una funzione di controllo, di stimolo nei confronti dei lavoratori della cooperativa, sia con funzioni di produzione nel caso delle cooperative di inserimento lavorativo in cui essi sono contemporaneamente fruitori del servizio socio-assistenziale sia risorsa attiva nella produzione di beni e servizi. Questo stretto legame tra utente ed erogatore del servizio è un forte stimolo all'attivazione di un circolo virtuoso in cui la personalizzazione del servizio genera un senso di soddisfazione e di autorealizzazione degli utenti e di tutta la comunità in cui essi sono inseriti. Questo fattore determina un apporto di risorse umane (a titolo di volontariato) e di risorse economiche (offerte, lasciti, donazioni) che contribuiscono ad alimentare la qualificazione del personale e lo sviluppo dell'intero modello. Attraverso la riclassificazione a valore aggiunto dei dati di bilancio è stato possibile determinare la ricchezza scaturita complessivamente dall'azienda, scomporre questo aggregato nelle sue componenti, evidenziando la distribuzione di questo dato ai vari soggetti aziendali. Ciò ha permesso, ad esempio, di presentare l'apporto dei lavoratori soci della cooperativa non come costo per l'impresa ma come distribuzione di ricchezza.

La parte teorica è stata in seguito avallata da un caso aziendale riguardante le cooperative di solidarietà sociale operanti nella Provincia di Piacenza, in ordine al loro posizionamento sul mercato pubblico e privato, all'organizzazione, al sistema di comunicazioni, agli aspetti produttivi, ai rapporti istituzionali, all'attività di fund raising, alla rielaborazione a valore aggiunto dei bilanci.

Tesi di laurea presentata alla Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Genova. Corso di laurea in scienze politiche, A.A. 1991-92. Relatore: Giuseppe Casale

“CONTABILITÀ FINANZIARIA VS CONTABILITÀ ECONOMICA NELLE UNITÀ SANITARIE LOCALI”

di Franco De Rossi

La necessità di razionalizzazione delle decisioni nel settore pubblico è sempre più evidente per la quantità di risorse assorbite e per la vasta dimensione che hanno assunto i pubblici organismi.

L'ordinamento contabile delle U.s.l. si è inserito per ultimo in ordine di tempo nel processo di riforma della finanza pubblica ed ha perciò recepito, e in alcuni casi perfezionato, la maggior parte degli strumenti operativi inseriti nelle norme di contabilità pubblica con la riforma del 1978.

Filo conduttore di tali norme è il collegamento degli strumenti contabili al processo di programmazione attraverso l'istituzione di nuovi documenti come il bilancio pluriennale, il bilancio integrato di competenza e di cassa o la nuova struttura del bilancio di previsione annuale. Ognuno di questi documenti affianca alla tradizionale funzione di controllo finanziario alcuni aspetti che hanno una sostanziale valenza economica, attuando un controllo di tipo funzionale riguardante la coerenza dei risultati con gli obiettivi e la razionalità delle scelte operate in rapporto alle risorse finanziarie a disposizione.

L'impostazione finora seguita dall'organizzazione contabile pubblica è stata essenzialmente strutturata secondo le linee accennate. Se tale approccio si può adattare perfettamente alle organizzazioni burocratiche che producono prevalentemente atti amministrativi, quando si tratti di valutare l'efficienza di aziende pubbliche produttrici di servizi sorge la necessità di informazioni più dettagliate sulla dimensione delle risorse assorbite e sull'uso che ogni responsabile ne ha fatto. In altri termini, necessitano valutazioni di tipo economico che non sono ottenibili con la sola contabilità finanziaria.

D'altronde, mancando nelle U.s.l. i dati relativi ai ricavi, quale stima che il mercato ha fatto del servizio prodotto, non possono essere applicati *tout court* i procedimenti relativi alla determinazione del risultato economico propri delle imprese private, pur adottandosi gli stessi criteri teorici concernenti le rettifiche alle scritture finanziarie per consentire la compilazione del conto economico (ammortamenti, rimanenze, ratei e risconti, ecc.). Nell'istituire rilevazioni di tipo economico non occorre però attivare molte e costose operazioni essendo possibile adeguare le procedure amministrative alle nuove esigenze mediante l'uso degli strumenti informatici oggi disponibili.

Un aspetto fondamentale da prendere in considerazione è collegato alle caratteristiche organizzative e gestionali che derivano dalle numerose e diversificate funzioni che le U.s.l. devono assolvere. Questo implica la necessità di elevata autonomia e specializzazione degli operatori professionali che contrastano con la necessità di unità di indirizzo gestionale, in un ambiente in continua evoluzione per la specificità dei bisogni da soddisfare e per le rapide trasformazioni tecnologiche.

Per dominare questi momenti critici diventa essenziale l'introduzione di nuovi strumenti per il controllo di gestione che consentano di mettere in evidenza gli aspetti economici, cioè, in ultima istanza, di valutare se ogni centro di responsabilità abbia operato in conformità agli obiettivi stabiliti secondo criteri di efficacia e di efficienza.

La contabilità analitica per centri di costo è lo strumento informativo più idoneo a rappresentare i valori delle risorse che vengono consumate per produrre i servizi sanitari e costituisce il nucleo fondamentale l'introduzione di strumenti del controllo di gestione basati sul processo budgetario.

Tenuto conto degli scopi che ci si propone, vengono presi in considerazione alcuni aspetti essenziali al fine di garantirne l'operatività concernenti, in particolare, l'individuazione dei centri di costo, la classificazione dei centri di costo secondo la loro natura, i criteri di imputazione dei costi secondo le varie tipologie di costo e la struttura interna di ogni centro di costo.

Le modalità tecniche per l'imputazione dei valori di costo al centro cui si riferiscono differiscono secondo i tipi di fattori produttivi presi in considerazione e devono tenere conto delle procedure amministrative proprie di ogni realtà. Particolari problemi sorgono per l'imputazione del costo del personale, dei materiali, degli spazi, delle attrezzature tecnico-sanitarie e dei servizi in convenzione.

Un altro aspetto è quello dell'ottenimento dei risultati attraverso opportune operazioni di ribaltamento di costi di prestazioni intermedie sui centri di prestazioni finali o di imputazione di quote di costi generali secondo parametri predeterminati. Si possono così ottenere sintesi di costo dei più diversi tipi a seconda che si utilizzi il *direct costing* o il *full costing*. Quello che importa è che i vari responsabili interessati vengano prontamente a conoscenza dei dati relativi alla struttura organizzativa di cui sono responsabili in modo da attivare tempestivamente le opportune azioni correttive.

SDA BOCCONI

la business school

PROGRAMMA BIENNALE DI GENERAL MANAGEMENT IN SANITÀ

Co.Ge.M.San.

XII Edizione
A.A. 1993-1994

Attraverso la nuova struttura biennale

- 1) **Corso di perfezionamento per la funzione amministrativa**
(Riconosciuto con decreto rettorale dell'Università Bocconi ai sensi del DPR 162/1982)
- 2) **Corso avanzato di General Management**

il Co.Ge.M.San è un investimento sempre più qualificante:

- Per SVILUPPARE le professionalità manageriali in grado di gestire e organizzare strutture sanitarie sempre più complesse
- Per MISURARE sul campo l'acquisizione delle capacità manageriali

Per informazioni
SDA BOCCONI
Tel. 02/5836.6830
Fax 02/5836.6832



SDA BOCCONI
Divisione Amministrazioni Pubbliche
Via Bocconi, 8 - 20136 Milano

Spedire via Fax
o per Posta

Desidero ricevere, senza alcun impegno, il materiale illustrativo relativo a:

Co.Ge.M.San. - PROGRAMMA BIENNALE DI GENERAL MANAGEMENT IN SANITÀ

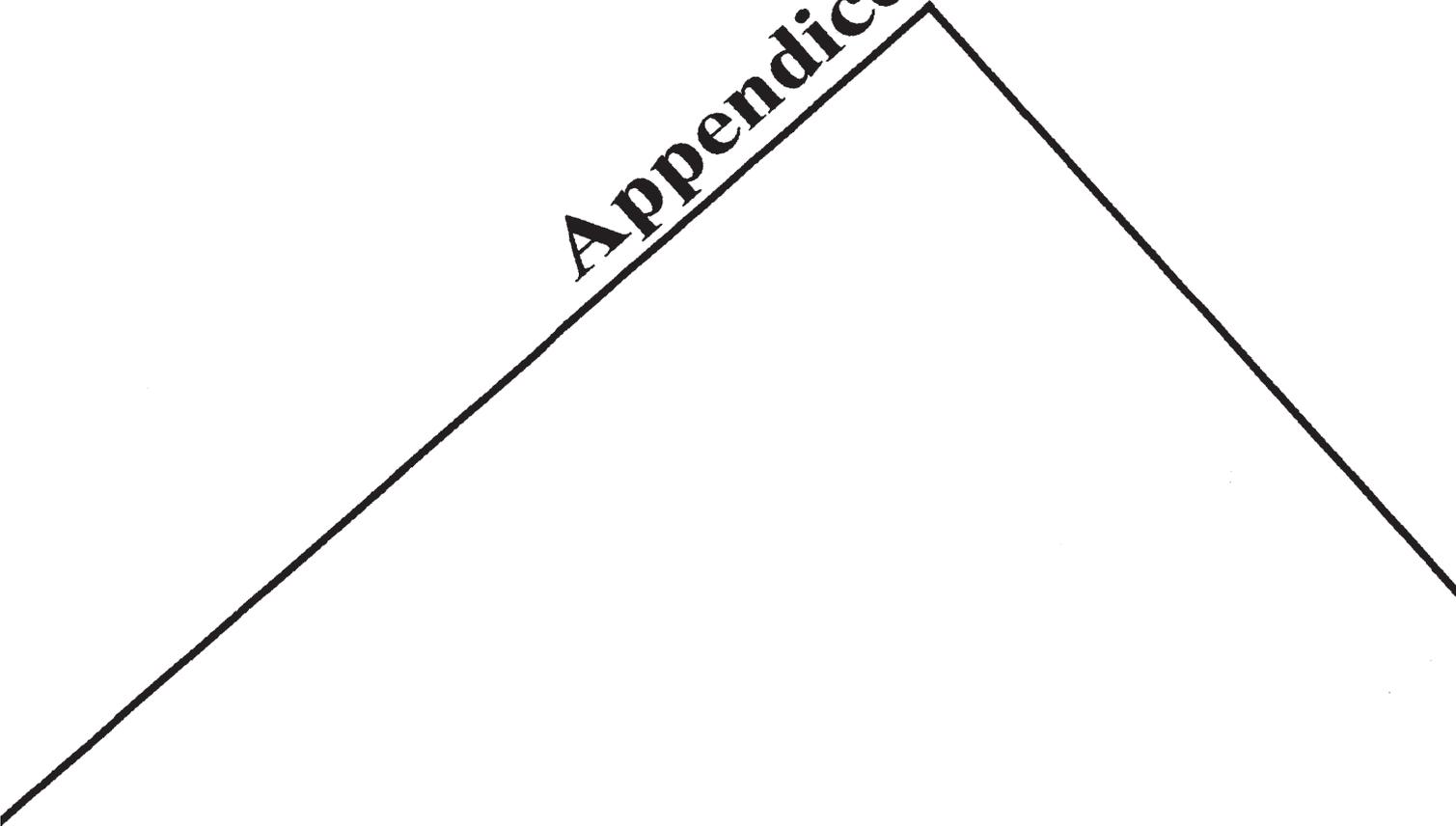
Cognome e Nome

Ente

Via n.

CAP Città Prov.

Tel. Fax 92S



Appendice

APPENDICE

IL PIANO DEI CONTI (PROPOSTO NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA)

Attivo

A	Immobilizzazioni
AI	Immobilizzazioni immateriali
1	costi impianto e ampliamento
2	costi di ricerca e sviluppo
3	brevetti e licenze
4	migliorie in stabili di terzi
5	altri oneri pluriennali (a)
	Totale AI
AII	Immobilizzazioni materiali nette (b)
1	terreni
2	fabbricati
3	impianti e macchinari
4	attrezzature sanitarie
5	mobili e arredi
6	automezzi
7	altri beni
8	manutenzione straordinaria
9	immob. in corso e anticipi a fornitori
	Totale AII
AIII	Immobilizzazioni finanziarie e diverse
1	crediti
2	partecipazioni
3	depositi cauzionali
4	per ripiano perdite esercizi precedenti
5	immob. diverse extracaratteristiche (c)
	Totale AIII
	Totale immobilizzazioni A
B	Attivo circolante
BI	Scorte - Rimanenze finali (d)

Passivo e netto

A	Patrimonio netto
1	fondo di dotazione (h)
2	contributi c/capitale (i)
3	fondi di riserva
4	fondi per investimenti futuri
5	trasferimenti a ripiano perdite esercizi
6	fondo rivalutazione monetarie
7	utili (perdite) portati a nuovo
8	utile (perdita) di esercizio
	Totale patrimonio netto
B	Fondi per rischi ed oneri e TFR
1	fondo svalutazione crediti
2	fondo per rischi ed imprevisti
3	fondo imposte
4	altri fondi accantonati
5	fondo TFR
6	altri fondi per il personale
	Totale B
C	Debiti (e)
1	verso dipendenti e personale
2	verso enti e strutture convenzionate
3	verso fornitori
4	verso banche per anticipazioni
5	per mutui e finanziamenti a lungo termine
6	verso Regione
7	verso Comune e altri EE.PP.
8	verso altre U.s.l.
9	verso assistiti
10	verso istituti previdenziali
12	altri debiti
	Totale C
	Ratei e risconti passivi
	Totale passivo
	Totale passivo netto

(segue Attivo)

1	...	2	proventi e ricavi per servizi resi (f)
2	...	2.1	verso altre U.s.l.
		2.2	verso EE.PP. diversi
		2.3	verso privati
	Totale BI	3	ricavi per servizi con tickets
BII	Crediti (e) (f)	3.1	degenza
1	verso Regione	3.2	specialistica ambulatoriale
1.1	trasferimenti indistinti	3.3	diagnostica
1.2	trasferimenti vincolati	3.4	altri servizi
1.3	trasferimenti per funzioni delegate	4	concorsi, rimborsi, recuperi
1.4	altri trasferimenti regionali	4.1	personale comandato
1.5	contributi c/capitale da erogare	4.2	spese anticipate
2	verso Comuni e altri EE.PP.	4.3	rimborsi diversi
3	per servizi resi	4.4	contributi da privati c/esercizio
3.1	verso altre U.s.l.	4.5	altri ricavi e proventi
3.2	verso EE.PP. diversi		
3.3	verso privati	5	costi capitalizzati
4	per contributi e donazioni		Totale A
5	verso erario e istituti previdenziali	B	Costi dei servizi (m)
6	altri crediti	6	acquisti di beni
	Totale BII	6.1	farmaceutici ed emoderivati
BIII	Disponibilità liquide	6.2	sieri e vaccini
1	cassa	6.3	materiali sanitari
1.1	cassa economale	6.4	materiali diagnostici
1.2	casse interne (g)	6.5	materiali protes. ed emod.
2	c/c postale	6.6	materiali veterinari
3	istituto tesoriere	6.7	prodotti alimentari
4	altri istituti di credito	6.8	materiali guardaroba e conviv.
5	Banca d'Italia c/c infruttifero	6.9	combustibili e carburanti
	Totale BIII	6.10	altri materiali di consumo
	Totale attivo circolante B	7	acquisti di servizi sanitari e prestazioni di terzi
C	Ratei e risconti attivi	7.1	assist. medico generica convenz.
	Totale attivo	7.2	assist. medico special. conv. interna
		7.3	assist. medico special. conv. esterna
		7.4	assist. diagnostica strumentale
		7.5	assistenza farmaceutica
		7.6	assistenza protesica
		7.7	assistenza riabilitativa
		7.8	assistenza integrativa
		7.9	assistenza termale
		7.10	assist. osped. in case di cura conv.
		7.11	altra assistenza convenzionata
		7.12	personale religioso
		7.13	compensi attività libero prof.
		7.14	tirocinanti e scuola infermieri
		7.15	compensi docenza personale dip.
		8.	acquisto servizi non sanitari
Conto economico			
A	Valore dei servizi erogati		
1	contributi in c/esercizio (f)		
1.1	trasferimenti indistinti da Regione (l)		
1.2	trasferimenti vincolati da Regione		
1.3	trasferimenti per funzioni delegate regionali		
1.4	altri trasferimenti correnti regionali		
1.5	trasferimenti correnti da altri EE.PP.		

8.1	lavanderia e pulizia		Differenza tra valore e costi dei servizi erogati
8.2	mensa		
8.3	elaborazione dati		
8.4	riscaldamento		
8.5	altri servizi		
9	godimento beni di terzi		
9.1	fitti passivi		
9.2	canoni e noleggi		
9.3	rate leasing		
10	manutenzioni ordinarie		
10.1	su immobili		
10.2	su attrezzature		
10.3	su altri beni		
11	costi generali di esercizio		
11.1	assicurazioni		
11.2	utenze		
11.3	spese organi istituzionali		
11.4	pubblicazioni, giornali, inserzioni		
11.5	formazione e aggiornamento personale		
11.6	educazione sanitaria		
11.7	ricerca e sperimentazione		
11.8	spese bancarie		
11.9	altri costi di gestione		
12	costi del personale (f) (n)		
12.1	ruolo sanitario		
12.2	ruolo professionale		
12.3	ruolo tecnico		
12.4	ruolo amministrativo		
13	ammortamenti e accantonamenti		
13.1	ammort. immob. materiali		
13.2	ammort. immob. immateriali		
13.3	accantonamenti fondo svalutazione crediti		
13.4	altri accantonamenti operativi		
13.5	accantonamenti contributi c/capitale		
13.6	utilizzo fondi accantonati (o)		
14	variazione rimanenze (d)		
14.1	rimanenze iniziali...		
14.2	rimanenze finali...		
14.3	rimanenze iniziali...		
14.4	rimanenze finali mat. ...		
15	trasferimenti correnti passivi		
15.1	rimborsi per ricoveri		
15.2	rimborsi per altra assistenza sanitaria		
15.3	contributi, assegni e sussidi		
	Totale B		
		C	Proventi e oneri finanziari
		16	interessi attivi
		16.1	da banche
		16.2	da titoli
		16.3	da c/c postale
		16.4	da enti e clienti
		16.5	altri proventi finanziari
		17	oneri finanziari
		17.1	verso banche
		17.2	su mutui
		17.3	verso fornitori
		17.4	verso altri finanziatori
		18	utili/perdite su partecipazioni
			Totale C
		D	Proventi e oneri straordinari
		19	proventi straordinari
		19.1	plusvalenze
		19.2	sopravvenienze attive
		19.3	altri proventi straordinari
		20	oneri straordinari
		20.1	minusvalenze
		20.2	sopravvenienze passive
		20.3	perdite su crediti
		20.4	altri oneri straordinari
			Totale D
			Risultato prima delle imposte
			Imposte e tasse
			Utile (perdita) di esercizio
			<hr/>
			Note
			(a) come sottoconto si può inserire « progetti di fattibilità » per attività svolte verso l'interno che aumentano il valore delle immobilizzazioni (esempio progettazione interna di una ristrutturazione ospedaliera);
			(b) al netto dei fondi di ammortamento relativi alle rispettive categorie di cespiti;
			(c) il conto accoglie tutte le attività materiali (ed anche immateriali se ve ne fossero) che sono estranee all'attività caratteristica della U.s.l.; si può disaggregare il conto e evidenziare le singole categorie di beni: nelle note al bilancio questo dettaglio andrebbe comunque fornito. In generale i beni di questa natura non sono soggetti al processo di ammortamen-

to. La decisione se un cespite sia relativo o meno all'attività caratteristica può essere delicata e per i casi dubbi si potrebbe chiedere il parere del collegio dei revisori;

(d) per un maggior dettaglio è opportuno riprendere la ripartizione della contabilità di magazzino;

(e) per ciascuna posta di debito e credito è necessario considerare separatamente in due conti distinti il credito/debito sorto nell'ultimo esercizio e il credito/debito derivante da esercizi precedenti;

(f) l'articolazione di sottoconti (doppio numero romano) proposta per crediti, contributi c/esercizio, proventi e ricavi per servizi resi, si ritiene inderogabile poiché è funzionale alla prevista riclassificazione dei flussi di spesa secondo la contabilità pubblica. Per il costo del personale l'articolazione proposta in quattro ruoli deriva da indicazione precisa in tal senso nello schema ministeriale. In tutti gli altri casi l'indicazione di sottoconti deve essere intesa come semplice suggerimento;

(g) andrebbe anche regolamentata la materia delle casse interne dell'economato e di eventuali funzionari delegati, sia per gli incassi ed i relativi tempi di contabilizzazione, sia per le eventuali spese minute. Si può prevedere un rinvio ad un regolamento autonomo di contabilità;

(h) deriva dalla differenza fra attività (compresa la valutazione del patrimonio fisso) e passività della U.s.l. come da contabilità finanziaria precedente; si tratta in sostanza di un « avanzo patrimoniale » all'1 gennaio 1994; in questo senso si sottolinea l'estrema importanza di corretti ed uniformi criteri di valutazione del patrimonio fisso trasferito alle Unità sanitarie locali come da art. 5, comma 1, o già a disposizione dell'U.s.l.;

(i) è opportuno l'uso dei conti d'ordine per evidenziare gli importi deliberati dalla Regione per contributi in c/capitale soltanto deliberati (al momento dell'erogazione andrebbero rilevati nel conto « contributi c/capitale »); le registrazioni contabili potrebbero essere le seguenti:

- | | |
|-------------------------------------------------------|-----|
| 1. contributi c/capitale da incassare | |
| A - terzi per contributi c/capitale da erogare | 100 |
| (al momento della delibera regionale o di altro ente) | |
| 2. terzi per contributi c/capitale da erogare | |
| A - contributi in c/capitale da incassare | 70 |

(al momento della effettiva parziale erogazione);

(l) la sequenza delle scritture contabile potrebbe essere la seguente:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. credito verso Regione per trasferimenti correnti | |
| A - trasferimenti indistinti da Regione | 500 |
| (al momento di esecutività della delibera regionale) | |
| 2. Istituto tesoriere | |
| A - Banca d'Italia c/c infruttifero | 80 |
| (per l'anticipo fatto da B.d'I. a favore dell'U.s.l. sul c/c del tesoriere; l'importo è quello effettivamente utilizzato e non il totale disponibile per l'anticipo del 30%) | |
| 3. Banca d'Italia c/c infruttifero | |
| A - credito verso Regione per trasferimenti correnti | 100 |
| (per l'effettiva rimessa regionale pervenuta in Banca d'Italia) | |
| 4. Istituto tesoriere | |
| A - Banca d'Italia c/c infruttifero | 20 |
| (per il passaggio al tesoriere delle disponibilità residue); | |

(m) in riferimento ai costi sostenuti per progetti finalizzati con vincolo di spesa, si suggerisce di tenere una rilevazione separata per programmi; in presenza tuttavia di programmi straordinari di particolare rilevanza ed importo si può prevedere nei costi uno specifico aggregato;

(n) per ciascuna categoria del personale sarà opportuno specificare: compensi fissi, incentivazione di produttività, oneri sociali, competenze accessorie, eventuali accantonamenti a TFR o ad altri fondi per il personale;

(o) tale conto accoglie le quote di competenza dell'esercizio a fronte dei contributi c/capitale ricevuti per gli investimenti; la sua utilità dipende dall'eventuale necessità di riduzione degli ammortamenti, poiché per il rinnovo del bene è ragionevole ritenere che l'U.s.l. potrà nuovamente ottenere un contributo c/capitale a parziale o totale copertura dello stesso.

Nel fascicolo n. 1 - Gennaio-marzo 1992

Editoriale**L'era della « rivoluzione manageriale » è iniziata?**
di Luigi D'Elia ed Elio Borgonovi**Sez. 1^a - Saggi e ricerche****Dall'amministratore straordinario al direttore generale**
di Elio Borgonovi**La valutazione delle tecnologie biomediche e sanitarie: che cosa è, a cosa
può servire**

di Mario Del Vecchio

Un modello di analisi costo-efficacia per la litotriassia ESWL in Italia

di Franco Sassi

Convenzioni, rimborsi in forma indiretta e costi della litotriassia extracorporea
di Francesca Vanara**Sez. 2^a - Documenti e commenti****È possibile gestire la sanità in modo manageriale?****Livelli uniformi di assistenza sanitaria****Livelli assistenziali e standard organizzativi****Esiste una politica di responsabilizzazione per le Regioni?**

di Elio Borgonovi ed Antonello Zangrandi

Prepararsi a contenere la spesa con nuove regole del gioco

di Ernesto Veronesi

Sez. 3^a - Esperienze innovative**Il ruolo delle « esperienze » nella diffusione della cultura manageriale in
sanità**

di Francesco Zavattaro

**La medicina sportiva tra pubblico e privato: l'esperienza della regione Emilia-
Romagna**

di Arnaldo Oneto

La gestione di un grande progetto d'informazione in una U.s.l.

di Claudio Caccia e Mario Del Vecchio

Sez. 4^a - Notizie dal mondo**Prospettive di sviluppo per la gestione dell'assistenza sanitaria nell'ex Unione
Sovietica**

di Vladimir B. Kolchanov

Le problematiche manageriali nel sistema sanitario in Brasile

di Maria do Carmo Guimaraes Araujo

Sez. 5^a - Biblioteca**Schede bibliografiche****Segnalazioni nuovi libri****Spoglio riviste****Bibliografia monotematica****Tesi di laurea****Sez. 6^a - Sanità e impresa****Il marketing all'acquisto nella Unità sanitaria locale**

di Giorgio Fiorentini

La spesa dell'U.s.l. con riferimento agli approvvigionamenti di beni e servizi

di Giuseppe Molignini

Nel fascicolo n. 2 - Aprile-giugno 1992

Editoriale**Quale sanità nella nuova « era »?**

di Luigi D'Elia ed Elio Borgonovi

Sez. 1^a - Saggi e ricerche**Verso il governo regionale della sanità: i rischi di una politica sanitaria senza
una strategia organizzativa**

di Elio Borgonovi

Il costo di un malato di Aids: il punto sulla letteratura

di Nerina Dirindin e Guido Calleri

**Elementi per una definizione dei costi sanitari della broncopneumopatia
cronico-ostruttiva**

di Attilio Gugliatti e Francesco Bertolini

Sez. 2^a - Documenti e commenti**Soccorso ed emergenze nella sanità pubblica: basta un decreto per organizzare
un valido servizio?**

di Antonello Zangrandi

Intervista con Franco Perraro e Marco Braidà**Intervista a Fiandri e Gattinoni****Criteri organizzativi delle emergenze e delle urgenze in campo sanitario****Un nuovo orizzonte nella gestione dell'emergenza sanitaria**

di R. Becchi, P. Rotondi e A. Zappi

Sez. 3^a - Esperienze innovative**L'assistenza domiciliare nelle U.s.l.: il modello sperimentale della regione
Lazio**

di Maria Carla Claudi ed Elda Melaragno

Assistenza a domicilio: tre esperienze a confronto

di Francesco Longo

Sez. 4^a - Notizie dal mondo**La creazione dei « trust » come variabile chiave di cambiamento per il
National health service britannico**

di Marco Meneguzzo

**La modernizzazione tramite il ricorso ai meccanismi di mercato: il caso dei
nuovi strumenti di gestione ospedaliera**

di D. Fixari e D. Tonneau

Sez. 5^a - Sanità e impresa**L'assistenza domiciliare in Gran Bretagna**

di Sarah Watkins

L'assistenza domiciliare in Italia

Gruppo Baxter Italia

Sez. 6^a - Biblioteca**Schede bibliografiche****Segnalazione nuovi libri****Bibliografia monotematica****Spoglio riviste****Tesi di laurea**

Nel fascicolo n. 3 - Luglio-settembre 1992

- Sez. 1^a - Saggi e ricerche
- 6 **Dalla sanità di Stato allo stato per la salute dei cittadini**
di Elio Borgonovi
- 13 **La valutazione delle tecnologie biomediche e sanitarie: che cosa è, a cosa può servire**
di Mario Del Vecchio
- 19 **Il governo della sanità nei paesi industrializzati: modelli a confronto**
di Eugenio Anessi
- Sez. 2^a - Documenti e commenti
- 44 **Reclutamento del personale e riconoscimento di carriera: due problemi irrisolti**
di Antonello Zangrandi e Federica Bandini
- 46 **Adeguati « percorsi di carriera » e un sistema di incentivazione più motivante per migliorare la gestione del personale in sanità - Interviste ad operatori**
commento di Silvana Dragonetti
- 54 **Il decreto ministeriale n. 458 del 21 ottobre 1991**
- 57 **Gli indirizzi applicativi del decreto interministeriale n. 458/1991, riguardante la riserva di posti per il personale appartenente al comparto sanità**
- 62 **Direzione del personale nell'U.s.l.: mito o realtà?**
di Giorgio Fiorentini
- 69 **Si può cercare l'efficienza e la qualità attraverso il controllo di legittimità sugli atti?**
di Antonello Zangrandi
- Sez. 3^a - Esperienze innovative
- 74 **Le politiche regionali per l'acquisto di beni e servizi: il caso del Friuli-Venezia Giulia**
di Franco Sassi e Paola Basaglia
- Sez. 4^a - Notizie dal mondo
- 84 **Il sistema sanitario statunitense: innovazioni e crisi del modello di mercato**
di Giovanni Fattore
- 96 **Politiche di contenimento della spesa farmaceutica extraospedaliera: il caso del Regno Unito**
di Anna De Benedetti
- 103 **La formazione dei manager dell'ospedale: l'approccio britannico**
di Michael Schofield
- 107 **Una formazione a tutto tondo**
di John Watters
- Sez. 5^a - Sanità e impresa
- 110 **L'U.s.l. acquista servizi: sí grazie!! (Direttiva 92/50/C.E.)**
di Giorgio Fiorentini
- 116 **La gara come « casa di vetro »: un regolamento può aiutare**
di Giuseppe Molignini
- 119 **Schema di regolamento in merito all'applicazione della legge n. 241/1990**
- 125 **Evoluzione dei servizi alberghieri in ospedale**
di Andrea Guerra
- Sez. 6^a - Biblioteca
- 130 **Schede bibliografiche**
- 134 **Novità bibliografiche**
- 137 **Spoglio riviste**
- 140 **Bibliografia monotematica**
- 146 **Tesi di laurea**

Nel fascicolo n. 4 - Ottobre-dicembre 1992

- Sez. 1^a - Saggi e ricerche
- 6 **L'Italia, la sanità e l'Europa**
di Elio Borgonovi
- 10 **La determinazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria: alcune questioni preliminari**
di Nerina Dirindin
- 16 **Pubblico e privato in sanità**
di Tiziano Carradori - Eugenio Di Ruscio - Arnaldo Oneto
- Sez. 2^a - Documenti e commenti
- 26 **La Regione fulcro del sistema di sanità pubblica**
di Antonello Zangrandi - Alessandro Tonti - Federica Bandini
- 34 **Gli atti della regione Marche**
- 41 **Qualità ed efficienza per la rete ospedaliera della Lombardia**
- 43 **Progetto di ristrutturazione della rete ospedaliera lombarda**
- 56 **Gli atti della regione Emilia-Romagna in attuazione alla legge n. 412/91**
- Sez. 3^a - Esperienze innovative
- 64 **Uno strumento di comunicazione integrata per il monitoraggio dei processi di erogazione**
di Valeria Rappini e Renato Ruffini
- 76 **Il miglioramento della qualità del servizio in una U.s.l.**
di Atos Miozzo
- Sez. 4^a - Notizie dal mondo
- 86 **La sanità in Polonia**
di Katarzyna Tymowoska e Marian Wisniewski
- 93 **L'assistenza infermieristica nel Regno Unito: rischi e opportunità**
di Lois Crooke e Malcom Lowe-Lauri
- Sez. 5^a - Sanità e impresa
- 100 **Logica e applicazioni della valutazione economica nel settore farmaceutico**
di Francesco Bertolini
- Sez. 6^a - Biblioteca
- 106 **Schede bibliografiche**
- 108 **Novità bibliografiche**
- 111 **Spoglio riviste**
- 114 **Bibliografia monotematica**
- 121 **Tesi di laurea**

MECOSAN

*La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità*

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 **Il cambiamento del Servizio sanitario una scommessa per la società italiana**
- Forum internazionale**
- Il riordino del S.s.n.: commenti dall'Europa**
- 10 **Speranze, timori e opportunità mancate**
di Martin McKee
- 15 **È quasi un peccato cambiare le U.s.l.**
di Alain Jourdain
- 17 **Un grande assente: il paziente consumatore**
di G. Domenighetti
- Sez. 1ª - Saggi e ricerche**
- 24 **Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario**
di Francesco Zavattaro
- 36 **Il coinvolgimento dei professionisti medici nei processi di controllo di gestione**
di Andrea Francesconi
- Sez. 2ª - Documenti e commenti**
- 46 **Le manovre di contenimento della spesa della regione Toscana**
di Federica Bandini e Antonello Zangrandi (a cura)
- 79 **Il bilancio come strumento di razionalizzazione della spesa nelle Unità sanitarie locali**
intervista a: Patrizia Ragazzini, Emanuele Giusti e Mario Romeri
- Sez. 3ª - Esperienze innovative**
- 84 **Analisi gestionale di un laboratorio ospedaliero di analisi chimico-cliniche**
di Luigi Lonigro, Francesco D'Aprile, Donato D'Aprile, Claudia Maurino
- Sez. 4ª - Notizie dal mondo**
- 94 **La politica della qualità in sanità: gli auditing doctor nel Regno Unito e negli USA**
di Christopher Pollitt
- 105 **Proposte di finanziamento dell'assistenza sanitaria nell'Oregon**
di Giovanni Fattore, Marco Meneguzzo e Rosanna Tarricone (a cura)
- 106 **Who shall live Who shall die?**
- 118 **Il dibattito politico-istituzionale e la valutazione dell'Office of Technology Assessment**
- Sez. 5ª - Sanità e impresa**
- 122 **Un'attività critica nel governo dell'U.s.l.: la gestione delle scorte**
di Manuela Brusoni
- Sez. 6ª - Biblioteca**
- 132 **Recensioni**
- 134 **Novità bibliografiche**
- 137 **Spoglio riviste**
- 139 **Bibliografia monotematica**
- 146 **Tesi di laurea**

MECOSAN

*La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità*

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 **Non cercare nelle leggi ciò che in esse non si trova**
- Sez. 1ª - Saggi e ricerche**
- 8 **Obiettivi metodi e tecniche nella valutazione dell'intervento pubblico in sanità**
di Ermanno Attanasio
- 19 **Strumenti per le decisioni d'acquisto dei servizi sanitari nei distretti inglesi**
di Neil Greig
- Sez. 2ª - Documenti e commenti**
- 32 **Il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economica**
di Antonello Zangrandi (a cura)
- 36 **Procedure di gestione delle risorse finanziarie per la sanità**
Regione Veneto - Dipartimento per la gestione della spesa sanitaria
- 49 **Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L. 502/92**
di Mario Del Vecchio e Francesco Longo
- Sez. 3ª - Esperienze innovative**
- 64 **Una strategia per la riforma nella regione Abruzzo**
di Mario Collevocchio
- Sez. 4ª - Notizie dal mondo**
- 70 **Il ciclo del progetto e la gestione dei programmi nella cooperazione italiana**
di Eduardo Missoni
- 87 **Il sistema sanitario romeno: la situazione attuale e una proposta di riforma**
di Mario Del Vecchio
- Sez. 5ª - Sanità e impresa**
- 98 **Il factoring**
di Antonio Iantosca
- 102 **La qualità delle forniture all'Unità sanitaria locale**
di Giorgio Fiorentini
- 110 **L'acquisto di generi alimentari nelle nuove Unità sanitarie locali**
di Renzo Colli
- Sez. 6ª - Biblioteca**
- 118 **Recensioni**
- 126 **Novità bibliografiche**
- 129 **Spoglio riviste**
- 133 **Tesi di laurea**
- Appendice**
- 138 **Il piano dei conti (proposto nella regione Emilia-Romagna)**