

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

CONFIGURAZIONE ORGANIZZATIVA RUOLI DIREZIONALI E GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA IN UN GRUPPO PUBBLICO MULTIOSPEDALIERO IL CASO ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

di Marco Meneguzzo

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

SOMMARIO: 1. Le principali caratteristiche di APHP: un quadro introduttivo - 2. Le strategie organizzative di APHP; assetto organizzativo del gruppo e ruoli direzionali - 3. Processo di budget e gestione economico-finanziaria del gruppo Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP); 3.1. Il reporting sulla gestione finanziaria; 3.2. Il reporting sulla gestione economica; 3.3. Il sistema di contabilità dei costi.

1. Le principali caratteristiche di APHP: un quadro introduttivo

L'« Assistance Publique Hôpitaux de Paris » (APHP) costituisce il primo gruppo ospedaliero pubblico europeo, a cui fanno riferimento 50 ospedali, dotati di 31.000 posti letto ca., con 84.000 dipendenti e con una capacità di offerta pari a 876.000 ricoveri ospedalieri (si veda allegato 1 per la presentazione dei dati di risorse ed attività).

Il gigantismo di APHP rappresenta quindi una decisa anomalia nell'attuale contesto che vede la messa in discussione delle grandi imprese e delle grandi organizzazioni pubbliche, alle quali la stessa APHP appartiene e di cui sono emblematiche le riflessioni sviluppate all'interno del filone del new public management.

Negli ultimi due tre anni si è infatti sviluppato un nuovo approccio ai problemi gestionali ed organizzativi del settore pubblico, denominato new public management, di cui cardini sono lo smembramento e lo snellimento delle macroorganizzazioni pubbliche che vengono trasformate in aziende ed agenzie, una decisa responsa-

bilizzazione sui risultati ed il contenimento dei costi.

Alla rigidità operativa, agli elevati costi di struttura, all'appesantimento organizzativo ed ai ritardi decisionali delle macroorganizzazioni pubbliche vengono contrapposti i vantaggi associati alla creazione di reti di imprese, allo sviluppo di imprenditorialità interna, alla specializzazione ed al decentramento aziendale ed organizzativo; in questo panorama APHP rappresenta un'eccezione e sembrerebbe destinata ad una progressiva eliminazione attraverso la trasformazione dei singoli ospedali in aziende pubbliche dotate di piena autonomia strategica ed operativa.

Alcuni recenti lavori (Rodwin Jolly et al., 1992) hanno cercato di identificare le caratteristiche principali ed i punti di forza riconducibili alla anomalia di APHP; si è cercato così di approfondire un aspetto di particolare interesse legato alla verifica della capacità da parte del modello francese di gruppo ospedaliero pubblico di favorire, o per contro di porre ostacoli, al processo di transizione verso l'ospedale del « futuro », caratterizzato da un'accentuata diversificazio-

ne, dall'essere centrato sul paziente e da un'elevata intensità tecnologica (Jolly, 1988). Non a caso queste analisi sono state condotte da un gruppo di ricerca franco statunitense; l'esperienza di APHP si collega alla linea di tendenza, registrata nel contesto statunitense, di una continua crescita dei **sistemi multiospedalieri**, di vere e proprie reti e network di ospedali privati, for profit o collegati a finalità non lucrative.

La specificità di APHP tende infatti ad attenuarsi se si considerano i sistemi ospedalieri di oltreoceano; alla fine degli anni '80 operavano negli USA 303 sistemi, a cui erano collegati ben 2.572 ospedali che gestivano il 46.5% dei posti letto complessivi (Risk, 1992). APHP resta invece un'importante anomalia nel contesto europeo, dove non vi sono gruppi ospedalieri pubblici capaci di competere con questa organizzazione.

Obbligato è stato quindi il confronto condotto tra APHP e i sistemi multiospedalieri statunitensi, confronto che non ha però interessato i sistemi multiospedalieri privati ma che ha preso in considerazione l'unica rete ospedaliera pubblica paragonabile ad

APHP, il sistema ospedaliero pubblico di New York (HHC New York City Health and Hospital Corporations). Questa analisi, non sintetizzabile in questo lavoro, ha portato ad alcuni risultati sorprendenti, come ad esempio una produttività quasi doppia del personale non medico negli ospedali francesi.

Guardare ad alcune delle caratteristiche più significative dell'esperienza degli ospedali francesi consente di raccogliere una serie di spunti ed indicazioni, di notevole utilità in questa fase in cui vengono previsti ed avviati il riassetto istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale, la trasformazione in senso aziendale di USL ed ospedali multizonali e la costituzione di sistemi sanitari regionali, che dovranno basarsi su una pluralità di centri di offerta di servizi, pubblici e/o privati, progressivamente investiti da logiche competitive, collegate alla modifica delle attuali modalità di finanziamento.

Le considerazioni e le indicazioni che possono emergere da una approfondita riflessione sull'esperienza di APHP possono essere tenute distinte tra un piano più generale, di modelli di politica sanitaria ed un piano più specifico di scelte gestionali ed organizzative, con ricadute immediate operative.

Su un piano più generale APHP o altri sistemi ospedalieri pubblici di città francesi, che si presentano con minori dimensioni ed una configurazione sicuramente più coerente (ad esempio Hopitaux Civiles di Lione con circa 6.600 posti letto) con quella delle reti di ospedali pubblici che dovranno fare capo, direttamente o indirettamente, alle USL delle grandi città italiane, possono fornire suggerimenti per il governo e la gestione di quelli che saranno i sistemi di servizi sanitari pubblici in molte aree metropolitane.

Emblematico a questo proposito è il caso di Milano in cui è presente

un'offerta ospedaliera pubblica di circa 8.000 posti letto suddivisi tra aziende ospedaliere, ospedali che rimangono all'interno delle costituenti aziende USL ed Istituti di ricovero a cura carattere scientifico; sinergie realizzate e modalità di cooperazione interaziendale attivate nei gruppi ospedalieri pubblici francesi, possono costituire un concreto riferimento per l'elaborazione di future politiche di intervento sulle reti ospedaliere pubbliche del nostro paese.

Il modello organizzativo francese basato da un lato su servizi centralizzati per l'intero gruppo e dall'altro lato su ospedali con larga autonomia gestionale ed operativa può costituire poi un possibile riferimento per il processo di definizione e progettazione organizzativa delle costituenti macro USL, che alcune Regioni hanno già istituito, attraverso accorpamenti territoriali delle precedenti USL; le nuove USL risonizzate, previste dal D.L. 502, si troveranno infatti a dovere coordinare e gestire più ospedali di medie e piccole dimensioni, che si presenteranno come « un gruppo di fatto » ed a dover conseguentemente mettere in atto politiche di razionalizzazione e ristrutturazione della rete ospedaliera esistente.

Gli elementi e le considerazioni che verranno fornite nel paragrafo dedicato alla struttura organizzativa del gruppo ospedaliero francese possono essere sicuramente ricondotte a questo piano più generale di riflessione; *su un piano più specifico* e con ricadute più direttamente operative possono essere invece sfruttati altri spunti dell'esperienza di APHP.

Elementi di notevole interesse sono funzioni e responsabilità del Direttore generale, sistema di budget, modalità di tariffazione delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali a cui si collega il finanziamento dei diversi ospedali ed il processo di riorientamento strategico adottato a li-

vello di gruppo e di singola azienda ospedaliera.

Occorre segnalare che alcuni di questi elementi sono già stati messi in evidenza nell'analisi comparativa condotta tra APHP di Parigi e HHC di New York; questo confronto mette in luce infatti alcune caratteristiche di punta dell'esperienza parigina; (Rodwin Jolly et al., 1992) che sono in ordine:

— *la capacità di gestire un rilevante processo di riassetto e cambiamento istituzionale, mantenendo inalterata e potenziando la capacità di sviluppo e di investimento.*

Si ricorda a questo proposito che dal 1965 al 1987 la riduzione della dotazione fissa della rete di APHP, passata da 43.000 posti letto a 31.580, è stata conseguita attraverso la ristrutturazione di vecchi edifici, la ridefinizione dell'assetto logistico e la chiusura di sedi ospedaliere ritenute non idonee con la missione di APHP. Nello stesso periodo sono stati però costruiti e messi in funzione 5 nuovi ospedali per un'offerta complessiva di circa 3.000 posti letto ed il numero di servizi/unità operative, presenti in tutta la rete parigina, è cresciuto da 251 a 354.

Diventa quindi importante per il contesto italiano in cui le future aziende sanitarie pubbliche saranno sempre più chiamate a rispondere alla duplice sfida rappresentata dai *tagli ai livelli consolidati di spesa (il cut-back management)* e dal *recupero di competitività, sempre con risorse in diminuzione*, analizzare le scelte strategiche ed organizzative adottate da APHP. Anche nel nostro paese occorrerà infatti capire come sarà possibile procedere decisamente verso la razionalizzazione ed il ridimensionamento di macro-organizzazioni pubbliche (o sistemi di organizzazioni pubbliche) operanti nel settore sanitario e creare, in parallelo, le condizioni operative che consentiranno alle stesse organizzazioni lo sviluppo

ed il potenziamento di nuove aree di attività.

Va comunque sottolineato che il contesto ambientale e socioeconomico in cui si muoveranno le aziende sanitarie pubbliche italiane è molto differente da quello in cui APHP ha perseguito le proprie strategie di razionalizzazione e sviluppo. APHP ha saputo sviluppare le proprie politiche di dismissione delle infrastrutture obsolete e di potenziamento mirato della rete in una fase di espansione economica mentre ora le organizzazioni sanitarie pubbliche sono sottoposte alle pressioni esercitate dalla crisi fiscale e dalle crisi di legittimazione che hanno investito i sistemi sanitari dei paesi sviluppati;

— *il sistema di pianificazione adottato in passato da APHP e la recente evoluzione verso un sistema di pianificazione strategica.*

Già dall'inizio degli anni '60 APHP ha predisposto un primo Master Plan (1964-1975) in linea con gli orientamenti consolidati in quel periodo storico che prevedevano una pianificazione a lungo periodo degli investimenti. Al primo piano direttore hanno fatto seguito un secondo ed un terzo Master Plan, formulati ed attuati a cavallo tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80, in cui si è operato un primo riorientamento dalla logica di pianificazione di lungo periodo dei fattori produttivi verso una logica di pianificazione razionale e formale in cui veniva ricercata una maggior coerenza tra obiettivi di investimento in infrastrutture, politiche del personale, programmi di attività e budget finanziari.

Negli ultimi anni APHP ha decisamente optato per un approccio strategico e per un'impostazione basata sul **raccordo strategia struttura**, impostazione che sta caratterizzando il Piano Strategico 1990/1995.

L'evoluzione nella logica di pianificazione, che riflette processi e dinamiche riscontrati in ospedali e si-

stemi ospedalieri, pubblici e privati non profit-for profit, di altri sistemi sanitari si è accompagnata al ridimensionamento spinto della forte centralizzazione decisionale e gerarchica che ha caratterizzato i primi Piani direttori; dai modelli « top down » di pianificazione, in cui gli staff centrali di APHP fissavano in modo autoritario obiettivi e programmi per tutti gli ospedali del gruppo si è passati a modelli di contrattazione (che non sono comunque ancora assimilabili a modelli bottom-up) in cui il centro di APHP decide e negozia priorità ed interventi con la « periferia », sulla base dei piani strategici predisposti dai 50 ospedali del gruppo;

— *l'enfasi assegnata al processo di valutazione e diffusione delle tecnologie sanitarie.*

Nel 1982 APHP ha creato il CEDIT, attualmente unità di staff della Direzione Strategia, con l'obiettivo di costituire un « centro servizio » per l'intera rete a cui affidare funzioni quali l'identificazione delle nuove tecnologie, l'effettuazione di studi e ricerche nel campo del *technology assessment*, finalizzati a valutare i risvolti etici, clinici, tecnici, economici ed organizzativi, collegati all'adozione di particolari tecnologie biomedicali.

Dalla sua costituzione il CEDIT ha svolto ben 70 studi; un altro importante risultato conseguito è collegato alla capacità di promuovere la partecipazione dei medici alle valutazioni cliniche.

APHP ha quindi anticipato, con un proprio presidio organizzativo, sperimentazioni che sono state avviate in altri sistemi sanitari ed affidate a specifiche agenzie, esterne alle organizzazioni sanitarie pubbliche, quali ad esempio l'Office of Technology Assessment statunitense.

L'esperienza CEDIT presenta quindi un sicuro interesse per iniziative pensate e solo parzialmente attuate nel contesto italiano, a seguito del

progetto finalizzato CNR ACMA-GEST nella metà anni '80 sul patrimonio tecnologico del SSN (1);

— *stretta integrazione tra attività sanitaria ed attività di ricerca e formazione a livello universitario.*

Nella rete APHP sono presenti i CHU (centri universitari ospedalieri) in cui viene realizzata una proficua integrazione tra l'attività degli ospedali pubblici e le facoltà Universitarie; non va dimenticato infatti che APHP è leader tra le Facoltà di Medicina a livello europeo, sotto il duplice profilo delle dimensioni e della capacità operativa.

È interessante segnalare che per affrontare il problema dell'integrazione dell'Università nella rete tradizionale di offerta dei servizi APHP non ha adottato soluzioni istituzionali ad hoc, ad esempio incorporando i CHU dal gruppo ospedaliero pubblico e creando « aziende ospedaliere universitarie » sul modello dei nostri Policlinici. I vertici direzionali di APHP hanno cercato invece a livello micro, nelle singole aziende, di conseguire un'elevata flessibilità organizzativa, puntando molto ed agendo sulla leva di gestione delle risorse umane, e del personale medico in primo luogo, ritenuto fattore di integrazione tra mondo scientifico e della ricerca ed il mondo dei servizi sanitari agli utenti.

2. Le strategie organizzative di APHP; assetto organizzativo del gruppo e ruoli direzionali

Nella figura 1 viene presentato un organigramma del gruppo APHP; si ricorda che al vertice del gruppo sono collocati il Consiglio di amministrazione, presieduto dal sindaco di Parigi (APHP è infatti un'azienda — *établissement public* — sanitaria pubblica — della città di Parigi), un Direttore generale nominato con decreto nazionale e un Consiglio di tutela,

formato da rappresentanti di quattro Ministeri.

Questo assetto istituzionale conferma la finalità di interesse pubblico assegnata ad APHP e sembrerebbe porre, ad una prima valutazione di osservatori abituati al contesto amministrativo pubblico italiano, rilevanti vincoli alla capacità gestionale ed alla operatività del gruppo ospedaliero stesso; nella realtà i vincoli istituzionali tendono come vedremo ad indebolirsi dato che il modello decisionale « istituzionale » (Consiglio di amministrazione, Consiglio di tutela) viene « subordinato » al modello decisionale, basato sui ruoli forti di direzione generale dell'intero gruppo e dei singoli ospedali.

L'assetto decisionale di APHP è la risultante di una serie di decreti applicativi, emanati nel corso del 1992, a seguito della legge francese di riforma ospedaliera del luglio 1991; la complessità e le rilevanti peculiarità del primo gruppo pubblico ospedaliero europeo hanno infatti richiesto una specifica regolamentazione normativa.

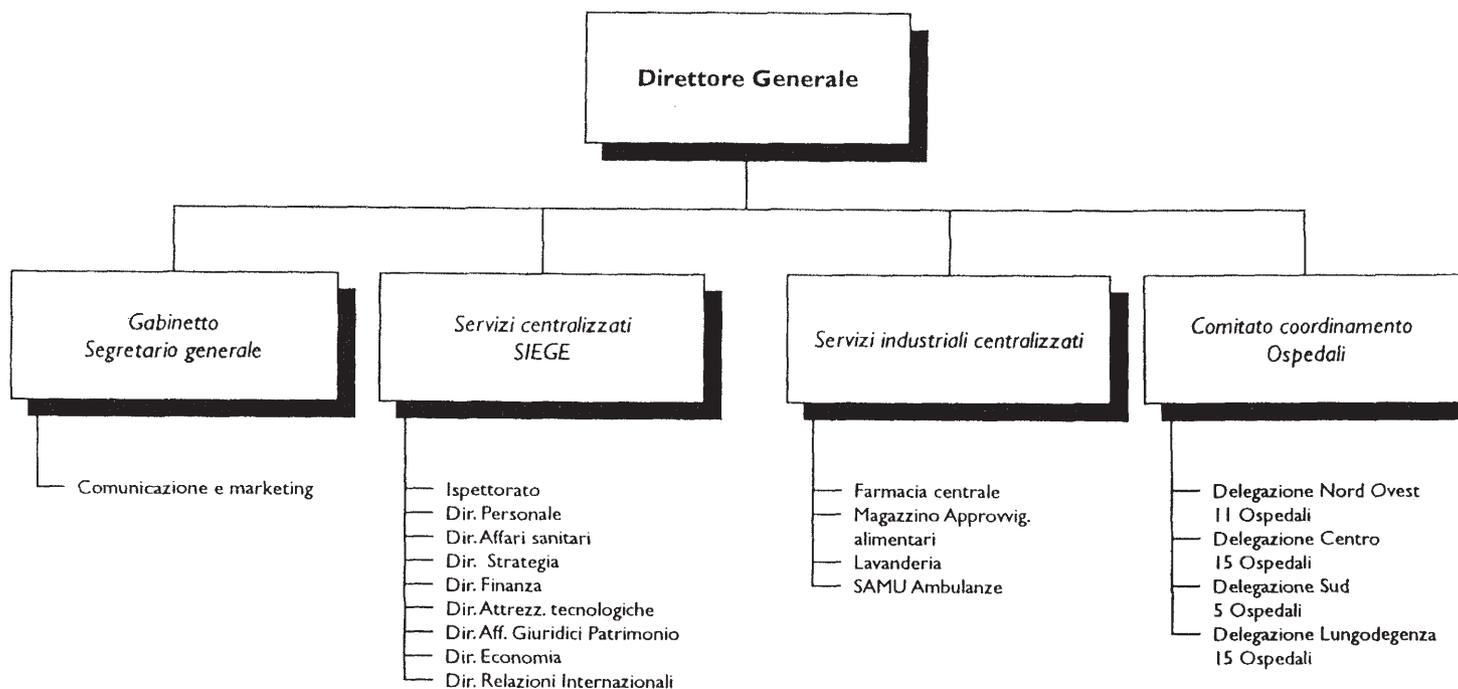
Il Consiglio di amministrazione è formato da 51 membri; 14 sono nominati dai vari livelli di governo locale e regionale della regione parigina. Le mutue e gli organismi assicurativi pubblici nominano altre 15 persone così come le organizzazioni sindacali del personale non medico (9) e i Centri di ricerca e formazione medica (2). Vi sono inoltre 4 « persone qualificate », scelte direttamente dal Ministero della sanità e della sicurezza sociale. Nell'ultimo Consiglio di amministrazione questi esterni sono in netta prevalenza medici od operatori sanitari.

Un notevole ruolo giocano all'interno del CdA i 9 membri nominati dalla Commissione medica (*Commission Medicale d'Établissement*), che, come vedremo, è uno degli organismi consultivi di APHP; la CME svolge un ruolo assimilabile a quello di un Collegio dei sanitari, disponendo però di un ragguardevole potere decisionale sulle scelte sanitarie (personale, organizzazione) relative al gruppo.

Il CdA si presenta quindi come organismo di mediazione e confronto dei diversi interessi sociali ed istituzionali e di esplicitazione ai diversi « stakeholders » delle informazioni relative alle politiche ed alla gestione del gruppo. I livelli di governo locale non paiono così essere in grado di incidere sulle strategie e sulle scelte gestionali di APHP, in coerenza con quello che è il ruolo formale svolto dal CdA a cui partecipano; questa situazione è sicuramente destinata a mantenersi ed a consolidarsi in futuro a motivo delle spinte per una sempre maggiore aziendalizzazione ed autonomia gestionale dell'intero gruppo. Un indicatore indiretto del ridotto potere di intervento del governo municipale è rappresentato dalla delega da parte del sindaco di Parigi delle proprie funzioni, in particolare quella di approvazione e verifica dei documenti di bilancio ad un vicepresidente (consigliere comunale e *ad-joint* del sindaco).

Anche il Consiglio di tutela che svolge la funzione di controllo per

Figura 1 - Organigramma A.P.H.P. 1992



conto dello Stato francese e che è formato dai quattro Ministeri direttamente interessati alle politiche ed alle scelte operative del gruppo (Sanità, Interno e Sicurezza Sociale, Bilancio e Finanze, Educazione nazionale e Cultura) (2) non sembra giocare un ruolo rilevante nella gestione di APHP.

Il Consiglio di tutela e lo stesso CdA sono stati infatti scavalcati dagli organi direzionali interni a APHP ed in particolare dal Direttore generale nella gestione del **Contratto di programma**. APHP, sull'esempio di molte grandi imprese pubbliche transalpine (la Posta, SCNF - ferrovie - EDF - elettricità) e delle Regioni, definisce con lo Stato francese un contratto di programma. Con questo strumento i due partners pubblici contrattano e negoziano alcune priorità di intervento comuni e soprattutto approvano l'ammontare di risorse finanziarie che il livello centrale dovrà trasferire al secondo contraente (ente o impresa pubblica) per fare fronte al piano di investimenti legato alla realizzazione degli obiettivi di intervento, stabiliti da quest'ultimo.

Il contratto di programma sui contenuti del Piano strategico 1990/1995 è stato infatti stipulato tra il Direttore generale di APHP con i due Ministeri dell'economia, bilancio e finanze e quello della sanità e sicurezza sociale; è quindi il DG di APHP che si impegna in prima persona all'attuazione delle priorità concordate con lo Stato mentre non sono previsti particolari interventi o responsabilità del CdA nell'attuazione dell'intero processo.

Per meglio chiarire contenuti e caratteristiche dei ruoli manageriali e direzionali di APHP è necessario analizzare il vertice della struttura organizzativa e gli organismi consultivi, che sono stati creati a supporto del Direttore generale degli altri ruoli direzionali che costituiscono il vero e proprio centro decisionale dell'intero gruppo.

Innanzitutto la struttura di APHP si articola su due « blocchi », quello dei servizi centralizzati (**la Siège**), articolato in diverse Direzioni e su specifiche unità di staff; per semplicità, nell'organigramma presentato in figura 1, sono stati considerati unitariamente Gabinetto e Segreteria generale e sono stati distinti dalla *Siège* i servizi tecnici centralizzati (lavanderia, acquisti e magazzini alimentari, centrale dei farmaci...) che fanno capo all'area di responsabilità dei Servizi industriali e commerciali.

Vi è poi il secondo blocco costituito dai centri di offerta del gruppo ospedaliero pubblico, ossia le strutture ospedaliere che fanno riferimento a **quattro area managers** responsabili di delegazioni territoriali; va però osservato che una di queste delegazioni coordina gli ospedali per lungo degenti, indipendentemente dall'ambito territoriale di riferimento. È stato poi previsto un Comitato di coordinamento che comprende i quattro Direttori managers di area e di servizio (lungodegenza) con tutti i Direttori generali di ospedale.

Come anticipato a livello centrale operano, al fine di assicurare un miglior governo sul gruppo ospedaliero pubblico, alcune Commissioni consultive (che non sono state inserite nell'organigramma): una sui « mercati » (CCM), una sui servizi infermieristici (CCSSI), la Commissione Medica (CME), il Comitato tecnico centrale (CTCE). Il Comitato tecnico entra direttamente in merito ad alcuni aspetti collegati all'amministrazione ed alla gestione del personale (organizzazione del lavoro, formazione, dotazione di organici, premi ed indennità retributive). La Commissione sui mercati si riunisce periodicamente per esaminare le caratteristiche dei mercati di acquisto di materiale di consumo (materiale sanitario ed economico), di tecnologie e di servizi (progettazione ed ingegneria);

svolge quindi funzione di consulenza interna al gruppo nei campi dell'analisi e della valutazione dei fornitori.

Particolarmente delicato è il ruolo della CME, che è presente non soltanto a livello centralizzato ma anche all'interno di ogni singolo ospedale; si ricorda infatti che negli ospedali pubblici francesi manca una struttura di Direzione sanitaria, a cui siamo abituati nel contesto italiano.

La CME centrale ha potere deliberativo sulle scelte di dotazione organica, di organizzazione del personale medico ed è formata esclusivamente da medici (56 membri a livello centrale), scelti attraverso elezioni di categoria. Il ruolo della CME è ulteriormente rafforzato dalla partecipazione diretta dei suoi componenti al Consiglio di amministrazione di APHP.

Vi è poi un Comitato etico che discute ed individua linee di indirizzo centrali per il gruppo, coordinando i 17 Comitati etici costituiti a livello locale; occorre ricordare a questo proposito che la « sfida umana » è una delle tre sfide contenute nel Piano strategico 90-95 e che il tema dell'etica viene più volte richiamato all'interno del contratto di programma tra APHP e Stato francese.

Al Direttore generale fa riferimento un Capo di Gabinetto, che gestisce, insieme al Segretario generale, alcune unità di supporto nell'area deliberativa e di controllo amministrativo legale; queste ultime sono costituite da un'area ispettiva e di audit interno, dalla delegazione agli Affari generali e dalla delegazione alla formazione e comunicazione.

Quest'ultima delegazione non risulta certo improntata ad una logica amministrativa tradizionale come le altre due; questo staff infatti presidia invece importanti aree di attività da quella di gestione dell'immagine e della comunicazione pubblica a quella della formazione e dello sviluppo delle risorse umane.

È importante ricordare a questo proposito che la soluzione adottata a livello centrale (comunicazione e formazione collocati all'interno degli staff amministrativi) non risulta molto coerente con la collocazione di questa funzione nei singoli ospedali; ad esempio guardando all'organigramma (figura 2) del CHU Bicetre si può notare come al Direttore generale fanno diretto riferimento alcune unità di staff come Gestione delle risorse umane, Servizi infermieristici, Gestione personale medico, Servizi economici, Finanze, Servizi tecnologici ed investimenti e **Strategia - rapporti con la clientela**.

Il modello organizzativo adottato nei singoli ospedali evidenzia infatti la necessità di mantenere una stretta integrazione a livello organizzativo tra quelle che sono le scelte di posizionamento sul mercato dell'ospedale, l'individuazione di aree strategiche di servizi/attività e le politiche di mar-

keting; la periferia di APHP sta così concretamente prefigurando una revisione del modello adottato nei servizi centralizzati, in cui la Direzione strategica si occupa per ora semplicemente della formulazione del piano strategico. Una seconda importante dissonanza è rappresentata dal fatto che all'interno degli ospedali del gruppo i Direttori generali tendono a collegare la formazione alle politiche di gestione e di sviluppo delle risorse umane.

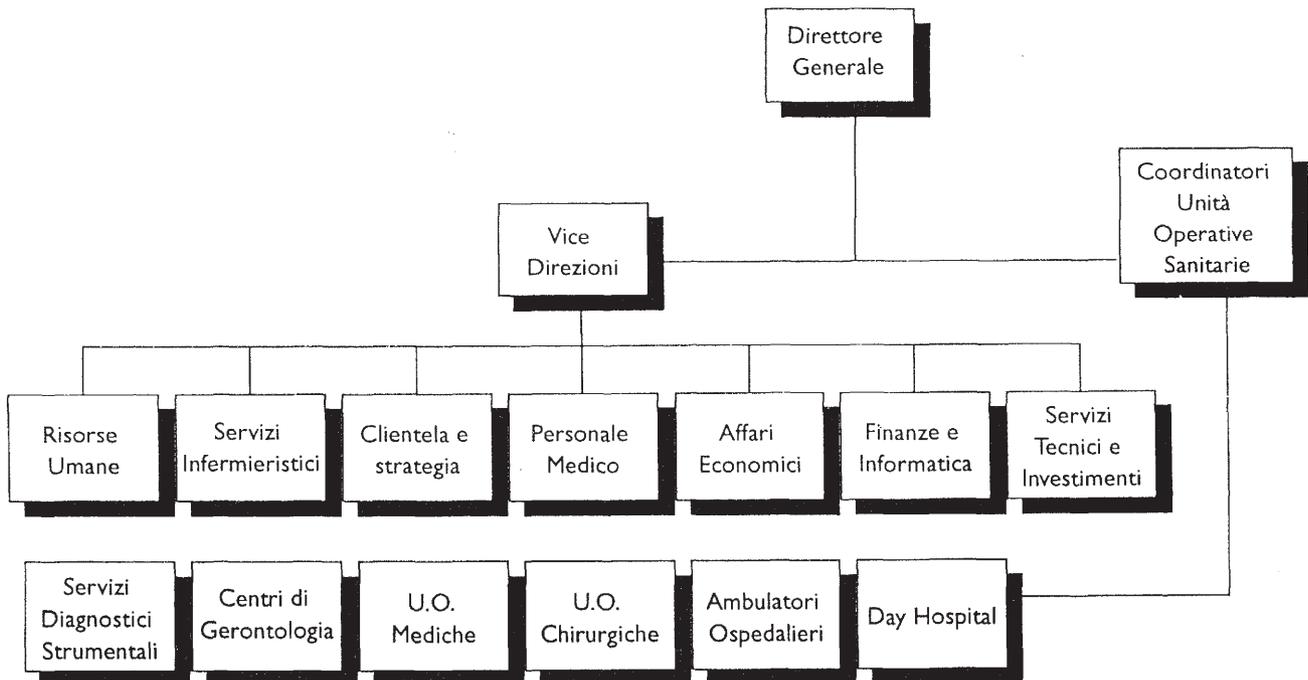
Il quadro delle unità amministrativo-legali poste alla dipendenza del Segretario va completato ricordando unità di staff e posizioni organizzative dedicate alla gestione della Tesoreria generale, che è unica per l'intero gruppo, ed al Controllo finanziario.

Dal Direttore generale dipendono i responsabili delle direzioni centralizzate; il modello in atto presso APHP è quello di un Manager (di

gruppo ospedaliero e di singolo ospedale) che utilizza le figure di coordinamento legale amministrativo, tipiche della Pubblica amministrazione, a supporto delle proprie decisioni e delle proprie scelte. Questa impostazione è molto lontana dall'introduzione di nuove figure di general manager nella Pubblica amministrazione italiana in corso di sperimentazione presso alcuni enti locali e proposti per l'amministrazione centrale in sede di Legge finanziaria del 1994.

I City managers adottati in alcuni enti locali italiani sono infatti posti in dipendenza funzionale ai Segretari generali a cui sono affidate aree di responsabilità (Giuridico legale Finanza) che nell'organizzazione di APHP sono invece poste alla dipendenza diretta del Direttore generale. La stessa impostazione prevista dai due D.L. 502 e 517, che riserva al Direttore amministrativo un ruolo forte di diretto responsabile dei ser-

Figura 2 - Organigramma Ospedale Gruppo A.P.H.P.



vizi dell'area amministrativa, viene decisamente superata dal modello adottato da APHP, in cui l'area amministrativa gestionale è direttamente alle dipendenze del Direttore generale.

Il ruolo forte del Direttore generale viene riprodotto a livello di gruppo con un effetto a cascata sul ruolo del Direttore generale di singolo ospedale; in queste realtà il Direttore generale si occupa direttamente delle problematiche legali ed amministrative e sovrintende i diversi staff operativi. Nella tabella 1 vengono presentate le funzioni e le attribuzioni del Direttore generale di singolo ospedale, funzioni che, come è possibile osservare variano dalla definizione del piano di sviluppo aziendale, alla predisposizione e gestione del budget, alla formulazione ed attuazione delle politiche sulle risorse umane, alle decisioni di investimento alle scelte di razionalizzazione e sviluppo organizzativo.

L'organigramma di gruppo evidenzia poi una forte centralizzazione di funzioni aziendali; presso la Sede so-

no infatti collocate la Direzione Finanze, la Direzione Strategia, a cui fa riferimento il CEDIT, centro per la valutazione e diffusione della tecnologia, la Direzione personale e affari sociali, la Direzione servizi industriali e commerciali, la Direzione per i problemi medico-sanitari, la Direzione affari internazionali ed il Servizio giuridico.

Le Direzioni centrali sono a loro volta suddivise in specifici dipartimenti e servizi; occorre ricordare che all'interno degli ospedali vi sono, come prima ricordato, servizi locali di interfaccia con le strutture centrali relativamente alle funzioni di gestione delle risorse umane, gestione del personale medico, finanza, affari economici.

Un secondo importante indicatore della volontà di organizzare il gruppo ospedaliero parigino intorno ad un nucleo centrale « forte » è rappresentato dalla scelta di centralizzazione di alcuni servizi di supporto tecnico economico, quali ad esempio il SAMU (ambulanze), la lavanderia, la farmacia, acquisti e magazzino ali-

mentare; va comunque segnalato che è in corso un processo, sul quale non è stato possibile costruire un quadro preciso, di trasferimento di responsabilità decisionale sugli acquisti ai singoli ospedali e di allargamento degli ambiti di applicazione della formula del contracting out (affidamento ad imprese private) ai servizi tecnico-economici (pulizia, lavanderia, cucina, manutenzione immobili).

La spinta per una maggiore decentralizzazione delle funzioni viene ribadita a livello di Piano strategico 90-95, in cui il decentramento di funzioni ed attività agli ospedali del gruppo costituisce un importante obiettivo. Le linee guida contenute nel Piano strategico prevedono infatti un deciso alleggerimento e la semplificazione delle procedure amministrative a livello di gruppo, processi decisionali più rapidi a livello centrale, riduzione dei costi amministrativi, e aspetto questo di particolare importanza, la diminuzione, entro il 1995, del 30% del totale del personale operante nei servizi centralizzati. Va segnalato a questo proposito che il previsto ridimensionamento dell'organico non va inteso in senso assoluto; si prevede per contro un trasferimento del personale centralizzato ai servizi decentrati presso gli ospedali del gruppo.

Interessante è la valutazione dei vantaggi e svantaggi dell'attuale assetto fatta partendo da quelle che sono interessi ed esigenze dei singoli ospedali; da alcune interviste condotte a Direttori generali di ospedali di APHP vengono infatti segnalato come principale vantaggio il poter disporre di know how, competenze professionali ed expertise, non facilmente attivabili all'interno o acquisibili sul mercato della consulenza esterna.

In questa prospettiva la Sede dovrebbe trasformarsi progressivamente in un centro di consulenza interna per i diversi ospedali, attenuando così la sua caratteristica di centro di ser-

Tabella 1 - Funzioni del Direttore generale di Ospedale APHP

- 1) Proposta del piano di sviluppo aziendale, sentiti gli organismi consultivi operanti a livello ospedaliero
- 2) Creazione, trasformazione e soppressione di unità operative ospedaliere, in coerenza con il piano di sviluppo aziendale
- 3) Predisposizione del budget annuale, partendo dagli orientamenti strategici e dalle direttive budgetarie di APHP
- 4) Gestione del budget, ordinatore di spesa e presentazione dei consuntivi finanziari ed economici dell'ospedale, con particolare riferimento alle entrate proprie
- 5) Responsabilità globale di gestione delle risorse umane, nel rispetto del quadro normativo e dei regolamenti di APHP con particolare riguardo a:
 - assunzione di nuovo personale;
 - valutazione del personale;
 - esercizio del potere disciplinare sul personale non medico;
 - reclutamento del personale medico ospedaliero ed universitario, raccogliendo le istanze dei comitati consultivi;
 - parere sulla nomina dei responsabili di unità operative sanitarie
- 6) Approvazione dei piani di formazione, di igiene ospedaliera, di sicurezza e di organizzazione del lavoro
- 7) Decisione su investimenti immobiliari e tecnologici, coordinamento e controllo della realizzazione, stipula dei contratti
- 8) Definizione del regolamento organizzativo interno
- 9) Rappresentanza esterna dell'ospedale

Rif.: *Arrete Directorial n. 92 2533 APHP*

vizio amministrativo per gli ospedali del gruppo; va comunque sottolineato che i Direttori generali di ospedale rivendicano, pur valutando favorevolmente questa evoluzione, la facoltà di servirsi anche di altri centri di consulenza esterna e non essere vincolati ad un unico fornitore di servizi. Questa possibilità è già peraltro sfruttata negli ospedali più importanti e nei CHU, gli ospedali universitari.

Un secondo vantaggio messo in evidenza riguarda la possibilità di sfruttare tutte le complementarietà e le sinergie esistenti a livello di gruppo, in particolare nell'area dei servizi di supporto tecnico economico ed amministrativo; secondo molti Direttori APHP può sicuramente mettere in campo una notevole forza contrattuale con i fornitori esterni di beni e servizi.

Molti Direttori sottolineano poi che solo un centro « forte » può imporre interventi di razionalizzazione dei servizi sanitari, concentrando risorse e tecnologia presso alcuni « poli » e « centri di eccellenza » a livello di gruppo e trasformando le altre unità operative in centri di supporto di primo livello ed in « antenne » dei poli di riferimento.

Infine APHP come gruppo può sfruttare il suo peso a livello nazionale ed internazionale sotto diversi profili, da quello economico, a quello scientifico e di ricerca, a quello medico sanitario con effetti positivi di diffusione sui singoli ospedali.

Passando invece agli svantaggi vengono sottolineati in primo luogo la lentezza, i ritardi, i circoli viziosi, l'appesantimento burocratico legati alla gestione presso la *Siège* di funzioni amministrative e tecniche; viene poi evidenziato che il processo in corso di decentramento di funzioni e sviluppo dell'autonomia aziendale dei singoli ospedali, previsto dal Piano strategico 90-95, non è stato ancora completato ed in molti

casi è ancora allo stato delle « intenzioni programmatiche ».

Per completare il quadro delle funzioni centralizzate occorre segnalare che in parallelo al processo di decentramento amministrativo previsto, il Piano strategico 90-95 formula precise linee guida sul processo di informatizzazione mantenendo a livello centrale alcune decisioni strategiche quali la realizzazione del processo di cablatura degli ospedali, la tessera individuale dei pazienti APHP, la costituzione di data base unitari, a livello di gruppo, per prestazioni e pazienti, la progettazione infine di DSS — sistemi di supporto decisionale - (si ricordano i due progetti speciali su queste tematiche contenuti nel Piano strategico).

3. Processo di budget e gestione economico-finanziaria del gruppo Assistance Publique Hopitaux de Paris (APHP)

Contabilità dei costi, budget, contabilità economica e tariffazione sono destinati ad assumere, a seguito delle indicazioni contenute nei recenti provvedimenti di riordino del Servizio Sanitario Nazionale, rilevanza centrale per le future aziende sanitarie pubbliche italiane.

L'analisi delle esperienze accumulate dai servizi centrali e dagli Ospedali del gruppo francese nel progettare e nel realizzare le innovazioni gestionali ed amministrative relative a queste problematiche può sicuramente offrire un valido supporto alla riflessione che Assessorati regionali, USL e centri di ricerca stanno avviando su queste problematiche ed in particolare su contabilità economica e tariffazione che costituiscono scadenze immediate di attuazione del D.L. 517.

In secondo luogo elementi di sicuro interesse scaturiranno dal confronto tra quanto realizzato da APHP a livello di contabilità dei

costi, budget e sistema di reporting con le soluzioni adottate concretamente negli ultimi anni in alcune Regioni italiane e presentate in numerosi articoli di questa rivista.

Si è quindi deciso di riprendere ed illustrare sinteticamente le principali caratteristiche dei sistemi di contabilità analitica, dei sistemi di reporting sulla gestione finanziaria (controllo della spesa) e sulla gestione economica (controllo di gestione sui servizi intermedi valorizzati) e dei sistemi di tariffazione attualmente operanti presso il gruppo multiospedaliero parigino.

Prima di approfondire le caratteristiche dei sistemi gestionali prima ricordati è opportuno presentare un quadro generale sulla gestione finanziaria del gruppo APHP (bilanci di previsione 1993) e sul processo di bilancio e di allocazione delle risorse a livello di gruppo.

Nella tabella 2 viene presentata una versione semplificata del budget previsionale 1993 relativo alla gestione corrente; la spesa di funzionamento è suddivisa per aziende ospedaliere (*établissements hospitaliers*), aree di supporto (formazione, servizi centrali — *Siège* — costi comuni), Servizi industriali e commerciali (si veda par. 2) e tutti i servizi di urgenza (SAMU, SMUR, servizi centrali di ambulanza).

Insieme alle previsioni di spesa vengono poi presentate le previsioni di entrata, distinte sempre per area funzionale di intervento; questa impostazione del budget consente, come vedremo, di determinare il risultato finanziario per singola area di attività.

Il budget previsionale presenta un'impostazione economico-funzionale, per alcuni versi simile a quella delle USL; per ciascuna area funzionale (ospedali, servizi industriali e commerciali, servizi di urgenza ed ambulanze, servizi centralizzati...) vengono fornite le previsioni di spe-

sa per quattro principali tipologie di fattori produttivi (personale, logistico alberghiera, medico sanitaria, tecnico finanziaria).

Le entrate sono suddivise in dotazione globale (entrate provenienti dai rimborsi delle assicurazioni sanitarie), tariffe per i servizi forniti, entrate compensative (vendita di servizi ad altri ospedali pubblici e/o privati).

Il peso delle entrate compensative è molto elevato in alcune aree funzionali; è pari infatti al 100% nei servizi industriali e commerciali dato che i singoli ospedali del gruppo e gli altri ospedali pubblici e privati dell'area parigina pagano interamente i servizi forniti dalle strutture centralizzate.

I 3.354 milioni di FFfr per servizi industriali e commerciali così come i 257 milioni per altri servizi centralizzati vengono così coperti da trasferimenti intergruppo.

Le aziende ospedaliere assorbono la maggior parte della spesa corrente; va segnalato che dei 25.264 milioni di FFfr destinati agli ospedali, 15.471 milioni sono per il personale medico e non medico, 3.187 per le spese medico-sanitarie, 4.985 per le spese alberghiere e 1.545 per le spese tecniche e per gli oneri finanziari.

Nel caso degli ospedali si ha un deficit finanziario di 64 milioni di FFfr; è opportuno ricordare che in questa area funzionale il 79,5% delle entrate proviene dalla dotazione globale del gruppo, il 13,8% dalle tariffe legate ai servizi sanitari ed il 4,7% dalle entrate compensative.

Per completare il quadro di riferimento sulla gestione economico-finanziaria a livello di gruppo è utile richiamare l'articolazione del processo di bilancio, le modalità di distribuzione delle risorse agli ospedali e la gestione di tesoreria.

APHP rappresenta un'azienda unitaria per quanto concerne il processo di bilancio; una volta definito il monte globale di risorse finanziarie, la

Direzione Finanze centralizzata procede alla sua ripartizione all'interno del gruppo.

Ad inizio anno viene stabilita una assegnazione finanziaria per singolo ospedale che rappresenta per quest'ultimo vincolo di spesa; in corso d'anno viene riconosciuta la possibilità di rivedere il tetto inizialmente prefissato, possibilità subordinata alla negoziazione in sede di conferenze annuali di bilancio.

Il sistema adottato nella ripartizione delle risorse può essere ricondotto all'introduzione di alcuni elementi della logica di *public competition* all'interno del gruppo multiospedaliero parigino, rappresentati dall'esistenza di modalità di incentivazione/penalizzazione adottati dai vertici di APHP nei confronti degli ospedali che presentano risparmi di spesa o per contro non rispettano i tetti assegnati.

È bene ricordare però che vi sono differenze sostanziali tra la logica APHP e quella di concorrenzialità guidata dall'operatore pubblico e propria dei paesi scandinavi in cui l'allocatione dei trasferimenti, centrali e/o regionali, alle singole strutture sanitarie è direttamente legata alla capacità di attrazione degli utenti e all'efficienza mostrata.

Agli ospedali che presentano economie di spesa rispetto alle assegnazioni di bilancio viene data la possibilità di utilizzare fino al 50% delle risorse risparmiate per nuovi investimenti; questi fondi integrano le risorse per investimenti assegnate a livello di gruppo.

APHP attribuisce agli ospedali per investimenti un'assegnazione globale (si veda tabella 3 in cui sono presentate le previsioni di spesa di investimento 1993 e le rispettive fonti di finanziamento per l'intero gruppo) e non invece come nel contesto italiano, stanziamenti finalizzati e vincolati per singola area di spesa (immobili, tecnologia, manutenzione straordinaria).

Le modalità di penalizzazione vengono adottate quando gli ospedali superano l'assegnazione di riferimento; in questi casi viene operata dalla Direzione Finanze di APHP una riduzione nell'attribuzione dell'anno seguente pari all'entità del deficit rilevato.

Si ricorda a questo proposito che nel 1992 ben 26 ospedali sui 42 del gruppo hanno presentato un deficit finanziario, rispetto all'assegnazione iniziale pur corretta attraverso il processo infrannuale di revisione dei vincoli budgetari.

Il processo di previsione del fabbisogno finanziario dei singoli ospedali e dei servizi centralizzati, di redistribuzione delle risorse e di revisione degli stanziamenti assegnati avviene attraverso **due conferenze annuali di bilancio**, a cui partecipano tutti gli ospedali del gruppo, tenute nei mesi di giugno e settembre; le conferenze di bilancio vengono organizzate per singolo ospedale e sono gestite direttamente dal Servizio Finanza, operante a livello centrale.

Due sono gli obiettivi assegnati alle conferenze di giugno; la stima di massima del fabbisogno finanziario per l'anno successivo e la verifica sull'andamento della gestione finanziaria infrannuale.

Durante le conferenze i singoli ospedali presentano infatti le richieste di fondi calcolate in base alle proiezioni di spesa.

Il fabbisogno finanziario viene normalmente quantificato partendo dalla spesa storica e riconoscendo incrementi in funzione dell'effetto crescita dei prezzi e dell'impatto di specifiche decisioni, come l'apertura di nuovi servizi o la scelta di trattare patologie ad elevata complessità.

Per la quantificazione vengono fornite direttive centralizzate sull'aumento dei prezzi; ad esempio per il 1993 sono stati indicati il 3,5%, — personale — e l'1% gestione corrente. Per quanto riguarda i nuovi programmi

può essere utile ricordare l'esempio del centro ospedaliero universitario Bicetre che prevede incrementi di spesa per le azioni relative alla lotta contro le infezioni ospedaliere, alla sicurezza emoderivati e per le trasfusioni di sangue, alla distribuzione dei farmaci a livello ambulatoriale e di specializzazione domiciliare.

Infine la base finanziaria così calcolata viene ulteriormente aggiustata in funzione di possibili incrementi nel livello di attività (probabile aumento dei ricoveri, delle giornate di degenza e delle prestazioni sanitarie).

Le stime di fabbisogno finanziario vengono poi verificate e revisionate, nei mesi estivi, dal servizio finanziario centralizzato per giungere alla stima ufficiale che verrà presentata nella conferenza di settembre e che costituisce la base di partenza per l'elaborazione del budget previsionale di gruppo.

Nel periodo settembre-dicembre lo schema di budget previsionale viene ulteriormente discusso e negoziato a livello di Consiglio di amministrazione del gruppo e di Commissione mediche e tecniche delle singole aziende ospedaliere; alla fine di questo pro-

cesso viene formulato, a dicembre, il budget ufficiale.

Nel corso delle conferenze di giugno viene inoltre valutata l'opportunità di introdurre le prime modifiche sulle assegnazioni centrali agli ospedali ad inizio anno partendo dalla gestione finanziaria e dai risultati di attività dei primi sei mesi ed approvato il rendiconto finanziario relativo all'anno precedente.

Compiti attribuiti alle conferenze di settembre sono la preparazione dello schema di budget previsionale di gruppo prima ricordata nonché l'introduzione e l'approvazione di modifiche all'assegnazione annuale, in base a quanto emerso dai reports infrannuali di gestione finanziaria.

Per gli ospedali che evidenziano una situazione caratterizzata da spese superiori ai crediti assegnati viene valutata l'opportunità di far partire i meccanismi di penalizzazione (diminuzione degli stanziamenti previsti per l'anno successivo in funzione dell'ampiezza del deficit).

Spazio specifico è riservato in queste conferenze alla formulazione delle politiche di investimento; a livello di gruppo viene infatti effettuata una

distinzione tra investimenti da gestire centralmente per progetti di particolare rilevanza, investimenti lasciati alla discrezionalità dei singoli ospedali, investimenti resi possibili dai risparmi sulle assegnazioni di spesa corrente.

Viene infine deciso l'utilizzo del contributo di solidarietà (in pratica il restante 50% delle economie di spesa che non viene lasciato ai singoli ospedali).

Il management decentrato di APHP segnala alcune importanti incongruenze nel processo di bilancio; le singole aziende ospedaliere criticano la rigidità del meccanismo proposto per l'effettuazione delle stime finanziarie (direttive centralizzate) e la complessità delle procedure previste dalle conferenze ufficiali di bilancio per le assegnazioni finanziarie.

I direttori generali degli ospedali del gruppo richiedono più decentramento, alleggerimento delle procedure e maggiore responsabilizzazione nella gestione delle risorse finanziarie.

Un'impostazione fortemente centralizzata caratterizza la gestione di Tesoreria; questa scelta che viene giustificata dai Servizi centrali APHP facendo riferimento a precedenti esperienze negative di gestione decentrata della liquidità, viene messa in discussione dai singoli ospedali.

La procedura di gestione di Tesoreria presenta notevole complessità; la liquidazione delle spese a livello di singolo ospedale viene verificata dalla Direzione Finanza centralizzata, vistata successivamente dalle unità a cui è affidato il controllo formale interno (Tesoriere ed il Contabile generale) ed inviata infine alle banche tesoriere per il pagamento effettivo.

Grazie a questo sistema, che governa i flussi di cassa legati alla tariffazione dei servizi, si attua una vera e propria funzione di cash management a livello di gruppo, si control-

Tabella 2 - Bilancio previsionale APHP 1993

Spese	Aziende osped.	Servizi urgen.	Industr. comm.	Serv. centrali	Formaz.	Spese comuni	Totale
Personale	15.471	122	309	186	476	527	17.093
Medico sanitarie	3.187	38	1.946				5.172
Logistico albergh.	4.985	25	1.046	62	47	142	6.330
Tecniche finanz.	1.545	14	51	9	9	1.356	2.975
Totale	25.264	239	3.354	257	533	2.026	31.676
Risultat. finanz.	64	40					104

dati milioni Franchi francesi

Tabella 3 - Investimenti Assistance Publique Hopitaux de Paris 1993

Aree spesa	Totale spesa	Fondi ammort.	Indebitamento
Lavori	1.221.743	692.933	528.809
Attrezzature tecnologiche	639.827	398.597	241.229
Informatica	214.430	111.469	102.960
Totale investimenti	2.076.000	1.203.000	873.000

dati migliaia FFr

lano i fidi e le linee di credito concesse agli ospedali dalle singole banche e soprattutto si attua una politica coordinata di pagamento verso i fornitori.

3.1. *Il reporting sulla gestione finanziaria*

Notevole rilevanza viene assunta dalla preparazione e discussione di reports periodici (mensili) sull'andamento della gestione finanziaria visti come strumento importante a supporto dell'attività di controllo sull'andamento economico finanziario di APHP.

Il sistema di reporting finanziario si svolge a due livelli; uno per l'intero gruppo e un secondo relativo al singolo ospedale.

Il report finanziario di ospedale viene preparato con cadenza mensile sulla base di un un piano contabile — SISIFO — unico per tutti gli ospedali del gruppo APHP, dalle unità decentrate Finanza in collaborazione con la Direzione Finanza della Siège ed inviato a tutti i responsabili di unità operative e servizi e alla Commissione medica di ospedale.

Questo documento fornisce per i diversi item (capitoli di spesa) la previsione iniziale di spesa, il credito mensile per l'ospedale (ossia la quota parte della previsione annuale spendibile nel mese, l'uscita effettiva di cassa, il **bonus/malus** (scostamenti positivi o negativi tra previsione e cassa) in valori assoluti ed in percentuale, la spesa effettiva nell'anno precedente e la variazione percentuale.

Nella tabella 4 viene riportato il quadro di sintesi della situazione finanziaria al febbraio 1993 del CHU (centro ospedaliero universitario) di Bicetre, distinto per items di spesa, che verranno più avanti spiegati.

Viene quindi messa a confronto l'assegnazione mensile teorica (credito) con la spesa effettiva mensile, segnalando la presenza di un **bonus** (in valore assoluto — 12 milioni FFr — e percentuali — 9,21% —).

Si ricorda che l'esistenza di un **bonus** assume particolare rilievo in relazione alla possibilità prima ricordata di impiegare a fine esercizio per investimenti tecnologici il 50% delle risorse economizzate.

Il confronto tra spesa effettiva mensile e spesa effettiva dell'anno precedente evidenzia una diminuzione pari all'11,6%

Una valutazione comparata tra l'articolazione del report finanziario degli ospedali APHP con quella del piano dei conti introdotto con il D.P.R. 595/1980 per le USL italiane mette in luce due significativi elementi di differenziazione che appare opportuno richiamare.

In primo luogo i fattori di spesa sono raggruppati nei reports finanziari parigini per blocchi omogenei che fanno direttamente riferimento alla funzione alberghiera, a quella di supporto tecnico logistico, alla funzione sanitaria vera e propria ed alla funzione infine di supporto amministrativo.

Va ricordato a questo proposito che i blocchi funzionali sono preceduti dal blocco che comprende le spese di personale medico e non medico.

La somma dei quattro blocchi è rappresentata dalle spese di funzionamento dell'ospedale; vi è poi un ultimo blocco di spesa, le spese di gestione generale in cui sono inserite voci come le spese eccezionali, le quote per utilizzo dei servizi comuni messi a disposizione a livello di APHP (ambulanze, servizi industriali centralizzati) e le quote di ammortamento del patrimonio immobiliare, mobiliare e tecnologico.

Secondo elemento di differenziazione rispetto al sistema contabile italiano, in corso comunque di superamento a seguito dell'istituzione delle aziende USL ed ospedaliere (che dovranno adottare sistemi di contabilità economica) è rappresentato dalla notevole disaggregazione relativa alle voci di spesa.

A titolo di esempio si possono ricordare la suddivisione del blocco funzione alberghiera in numerose sottoaree di spesa (tra parentesi viene indicato il numero dei capitoli per ciascuna sottoarea) che sono rispettivamente utenze (2), materiale alberghiero (4), trasporti a supporto della funzione alberghiera (10), igiene, pulizia e riscaldamento (10), biancheria e lavanderia (14), prodotti alimentari (12, tra cui il controllo di qualità).

Altri esempi sono rappresentati dalla sottoarea materiale sanitario (11) o dalla sottoarea farmaci (21 voci di spesa). L'estremo dettaglio dei reports APHP consente di superare i limiti evidenziati dall'impostazione del piano dei conti adottato nelle USL italiane e riconducibili alla notevole discrezionalità lasciata alle USL stesse nell'imputazione delle poste di spesa a fronte di capitoli troppo ampi (ad esempio presidi medico-chirurgici), con risultato finale di scarsa leggibilità dei dati disponibili a fini di controllo della spesa.

I confronti condotti in passato a livello di singola USL (attraverso i cosiddetti indicatori di bilancio contenuti nelle Relazioni annuali) e soprattutto a livello regionale e centrale, basati sull'elaborazione informatica delle rilevazioni contabili (**il sistema RND costruito sui rendiconti trimestrali finanziari**) erano e sono poco significativi proprio a motivo dell'imputazione nei singoli capitoli di fattori di spesa eterogenei.

Il piano dei conti APHP consente di superare questo limite, anche se sicuramente risulta molto orientato a rispondere più alle esigenze delle strutture centralizzate (la Dir. Finanza della Siège) che a bisogni di flessibilità e adattabilità del piano dei conti generale alle specificità del singolo ospedale del gruppo.

Nel report di Bicetre prima illustrato potrebbe infatti essere inserito a titolo di esempio per la sua configurazione di ospedale universitario,

uno specifico blocco funzionale, composto da item di spesa che riguardano l'attività universitaria e di ricerca; altri ospedali del gruppo possono in alternativa necessitare di blocchi funzionali relativi al modello operativo adottato (spedalizzazione domiciliare, ospedale di giorno) o all'offerta di servizi sanitari specialistici (lungodegenza riabilitativa, ospedale monospécialistico).

3.2. Il reporting sulla gestione economica

Insieme al reporting finanziario il gruppo AHP dispone di un sistema di controllo di gestione, anch'esso finalizzato a rispondere alle esigenze della Direzione Finanza centralizzata, basato sul **report di risultato di attività**.

Questo secondo report evidenzia l'andamento di quello che può essere definito come il « fatturato » dei singoli ospedali; la tabella 5 che fa sempre riferimento al CHU Bicetre consente di capire meglio la portata di

questa affermazione.

Il report presenta infatti i dati economici riferiti alle categorie tariffarie, ossia i raggruppamenti dei servizi sanitari (collegati all'attività di ricovero) offerti dall'ospedale; come si può notare esiste una prima grande distinzione tra le categorie che fanno riferimento all'attività di ricovero per acuti, all'attività di ricovero in day-hospital, all'attività di riabilitazione ed alla attività infine di mediolungodegenza.

I reports di risultato di attività non prevedono così informazioni su visite ambulatoriali e su accertamenti diagnostici strumentali.

Il sistema adottato, che è unico per tutti gli ospedali del gruppo, prevede la valorizzazione monetaria delle prestazioni, effettuata mediante un sistema di ponderazione che incorpora in parte dati economici; ai ricoveri (divisi tra ricoveri diretti e trasferimenti interdivisionali) distinti nelle quattro categorie vengono applicati dei **coefficienti di conversione** (si veda sempre la tabella 5 in cui sono

riportati i coefficienti adottati per il 1993, compresi quelli relativi alle prestazioni di diagnostica strumentale).

Nel report vi è poi una seconda tabella di sintesi (non riportata per semplicità espositiva) in cui il prodotto dell'ospedale viene espresso non più in termini di ricoveri ma in termini di numero di giornate di degenza.

Attraverso questa operazione si arriva a determinare un fatturato figurativo dell'ospedale, che però si ricorda non viene espresso in termini monetari; AHP come gli altri gruppi ospedalieri pubblici francesi non ha ancora adottato sistemi di valorizzazione economica dell'output basati su raggruppamenti omogenei di malattie (i GHM, la versione francese dei DRGs statunitensi) o ha in progetto l'introduzione di modalità, come ad esempio quelle in via di sperimentazione per le aziende ospedaliere italiane che prevedono un finanziamento delle prestazioni valorizzate in base ad un tariffario fissato a livello nazionale (DM Ministero della sanità aprile 1994).

Tornando all'articolazione del report di risultato di attività si ha nelle colonne valori assoluti e confronto, in termini di variazione percentuale, per il mese considerato tra fatturato previsto e fatturato realizzato; il confronto viene effettuato in relazione all'anno precedente.

Ad esempio nella tabella 4 si è avuto un decremento dei ricoveri tariffati effettivi, per il mese di febbraio 1993, rispetto ai previsti pari al 6,8% dovuto in gran parte ai ricoveri in day-hospital; sempre rispetto all'effettivo 1992 si è registrato una diminuzione del 8,9%.

Le informazioni fornite dal report sul risultato di attività hanno un importante impatto a livello della politica di distribuzione delle risorse all'interno del gruppo; infatti gli ospedali che presentano un incremento dell'attività tariffata sono orientati in

Tabella 4 - Articolazione del report sulla situazione finanziaria

Tip spesa	Budget 93	Credito mens.	Spesa mese 93	Bonus (+) Malus (-)	Variaz. % cred. effett.	Spesa mese 92	Variaz. % 92 vs 93
Personale	647.202	101.549	94.605	6.943	7,34	94.471	0,14
Funzionamento *	249.585	47.128	41.389	5.738	13,87	48.343	-10,71
Altre spese	56.673	9.441	9.437	4	0,04	21.769	-56,65
Totale	953.460	158.119	145.432	12.686	8,72	164.584	-11,64

Fonte: Report Centro osped. Bicetre febbraio 1993 dati migliaia FFR

* nelle spese di funzionamento sono inclusi le spese logistico alberghiere, quelle mediche, i lavori.

Tabella 5 - Articolazione del report di risultato di attività

Categorie tariffarie	Previs. mensile 93	Realizz. mensile 93	Variaz. prev./realiz.	Realizz. mensile 92	Variaz. real. 92/93
Acuti più 24 ore	4.742	4.388	-7,46%	4.869	- 9,88%
Acuti meno 24 ore	395	372	-5,92%	397	- 6,46%
Rieducaz. riabil.	3	28	+ 803%	4	+ 600%
Mediolungodegenza	27	28	+2,67%	18	+52,89%
Totale	5.167	4.815	-6,81%	5.288	- 8,94%

Fonte: Report febbraio 1993 Centro ospedaliero universit. Bicetre dati riferiti ai ricoveri convertiti con coeff. tariffari 1993

sede di conferenze infrannuali di bilancio a chiedere e negoziare con le direzioni centralizzate risorse finanziarie supplementari.

Di particolare interesse per la situazione italiana che sta iniziando a muoversi sulla problematica delle tariffe sono i coefficienti di conversione adottati nel gruppo APHP (si veda tabella 6).

In primo luogo è importante sottolineare che esistono nel gruppo multiospedaliero pubblico francese due sistemi di tariffazione a cui sono assegnati specifici obiettivi che sono:

— *valorizzare in termini economici le prestazioni offerte agli utenti direttamente paganti* (coperti o meno dalle assicurazioni sanitarie pubbliche e/o private);

— *ponderare, attraverso specifici coefficienti, le risorse consumate* (personale, tecnologia, materiale di consumo, servizi generali) *per la produzione dei servizi sanitari*, al fine di ripartire le risorse finanziarie all'interno del gruppo.

(Per un confronto tra i due sistemi di tariffazione si veda tabella 6)

Occorre ricordare a questo proposito che la logica dei coefficienti di

conversione viene adottata negli ospedali pubblici francesi in base a linee guida elaborate dal sistema nazionale di assicurazione malattie (il sistema delle Caisses); va segnalato che i coefficienti relativi all'ospedalizzazione sono stati elaborati direttamente da APHP mentre quelli relativi alle prestazioni sanitarie (visite mediche, diagnostica strumentale) sono stati individuati direttamente dalla Sicurezza sociale.

La scelta metodologica di APHP di aver tenuto distinte le due modalità di tariffazione, riducendo soprattutto la complessità legata alla quantificazione delle tariffe per la ripartizione delle risorse all'interno del gruppo, può rappresentare un utile riferimento per l'attuazione dell'indicazione contenuta nel DL 502 di finanziamento da parte delle Regioni delle aziende ospedaliere regionali in base ad una percentuale delle prestazioni tariffate.

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri sono previsti otto sottogruppi (sono indicati tra parentesi i coefficienti 1993) dai ricoveri nelle discipline mediche (1) a quelli nelle specialità molto costose (19,82); va ri-

cordato a questo proposito che vengono distinti cinque livelli di specialità costose.

Vi sono poi tre sottogruppi di day-hospital (massimo 0,52) uno di chemioterapia, uno di dialisi ed uno per l'ospedalizzazione notturna; i coefficienti di questi sottogruppi sono tutti inferiori ad 1 (ricovero nelle specialità mediche di base).

Altri tre sottogruppi fanno riferimento all'ospedalizzazione a domicilio (massimo pari a 5,7) e due per l'alimentazione parenterale che presentano i più elevati coefficienti di conversione (22,7).

Infine vi sono tre sottogruppi per i ricoveri in riabilitazione e lungodegenza; in questi ultimi i coefficienti variano tra 1 e 1,35 (riabilitazione).

La conversione del prodotto ospedaliero viene effettuata anche per le prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale; queste ultime vengono riclassificate in lettere chiave (raggruppamenti di prestazioni) con coefficienti che variano da 1 a 50,8; ad esempio nella diagnostica per immagini il coefficiente 93 previsto è pari a 10,13.

Innanzitutto va segnalato che anno per anno si procede ad una revisione, che può essere in aumento o anche in diminuzione dei coefficienti stessi; i coefficienti che sono suddivisi in numerosi sottogruppi.

Vale la pena di ricordare che nel periodo 80-90 la revisione tariffaria ha previsto una crescita media annuale dell'8-9% per le medicine e le chirurgie, del 6-8% per i day-hospital e del 4% per la dialisi.

3.3. Il sistema di contabilità dei costi

Il quadro della strumentazione economico-finanziaria a disposizione del gruppo APHP va completato facendo riferimento all'adozione di sistemi di contabilità economica, a fini di redazione del bilancio, e del sistema di contabilità analitica (TSA

Tabella 6 - I sistemi di tariffazione del gruppo APHP

Discipline	Tariffe gg 1993 paganti	Coeff. conversione 1993
Medicina	2.482	1.00
Med. specializz.	3.559	1.00
Chirurgia	4.031	1.09
Spec. costose	7.991	1.39 (min) 11.07 (max)
Spec. alto costo	9.277	19.82
Osp. giorno 1	6.012	0.52
Osp. giorno 2	3.336	0.33
Osp. giorno 3	1.105	0.02
Osp. notturno	890	0.01
Dialisi	5.012	0.29
Chemioterapia	2.983	0.23
Osp. domicil. 1	1.058	5.73
Osp. domicil. 2	528	2.79
Parent. adulti	1.614	22.74
Parent. bambini	1.197	22.74
Rieduc. rabilit.	1.730	1.35
Mediolungodeg.	1.187	1.14

tableaux de synthese par activité), recentemente introdotto dopo una sperimentazione durata tre anni.

È utile ricordare che APHP predispone un conto economico annuale, la cui articolazione è riportata nella tabella 7 ed in cui coesistono elementi della contabilità finanziaria e della contabilità economica.

L'impostazione base prevede infatti, sul modello di un conto economico, la presentazione dal lato dei costi di costi di gestione, oneri finanziari, ammortamenti ed imposte nonché la produzione di stock che può essere interpretata come utilizzo di scorte (farmaci, materiale sanitario) o come prestazioni collegate ad un ciclo diagnostico terapeutico in corso di svolgimento.

Dal lato dei ricavi vi sono le diverse tipologie di entrata nonché la rivalutazione dei cespiti patrimoniali (le cosiddette riprese sugli ammortamenti) e la variazione e la produzione di stock.

Vi sono poi alcune anomalie che non consentono di affermare che si è in presenza di un conto economico sul modello di quelli attualmente adottati in altri contesti (Trusts ospedalieri inglesi, Ospedali pubblici svizzeri), anomalie il cui approfondimento non è oggetto di questo articolo.

In primo luogo non è chiaro il significato dell'introduzione della perdita dell'esercizio precedente, che potrebbe essere alternativamente intesa come risultato di amministrazione il che conferma evidentemente l'esistenza di un sistema misto o come differenza tra ratei e risconti: vi sono infatti due poste contabili tra costi e ricavi che fanno riferimento all'esercizio precedente.

In secondo luogo non vi è poi, tra i ricavi, una valorizzazione delle rimanenze (la produzione stoccata è pari a 0) che possono essere riferite ai consumi o ai servizi, mentre è interessante segnalare sempre tra i costi

le quote di ammortamento accantonate.

Va comunque sottolineato che APHP ha recentemente formato un gruppo di progetto che dovrà occuparsi dell'introduzione di sistemi di contabilità economica.

Passando ad esaminare sinteticamente il sistema di contabilità analitica in vigore presso gli ospedali del gruppo APHP occorre da subito ricordarne l'impostazione fondata su quattro macroaree di attività.

Queste aree sono l'area amministrativa, quella tecnico-alberghiera, quella medica e quella clinica.

All'interno delle diverse aree vengono individuati i centri di costo; l'area logistico alberghiera si suddivide nei servizi alberghieri, nelle utenze e spese di riscaldamento, nei trasporti, nella custodia e sorveglianza, nella pulizia, nella lavanderia, nella mensa, nella manutenzione immobili e nella manutenzione delle attrezzature biomediche.

Occorre sottolineare che alcuni dei centri di costo prima citati non sono presenti negli ospedali del gruppo che hanno proceduto all'affidamento ad imprese private di determinati servizi generali.

Un secondo è rappresentato dai centri di costo relativi all'area medica, da meglio intendere come area dei servizi sanitari di supporto; in questa area troviamo infatti la farmacia, i laboratori di analisi, le sale operatorie ed i blocchi chirurgici, la centrale di sterilizzazione, la diagnostica per immagini, la riabilitazione ed il recupero funzionale.

Per ogni centro di costo vengono forniti tramite reports mensili i dati di costo (personale, consumi...) a cui vengono rapportati indicatori specifici di risultato; ad esempio per i centri di costo dell'area logistico alberghiera troviamo i mq², i mc³, i kg di biancheria lavata, il n. di pasti, i n. di km percorsi, il n. dei posti letto.

Si arriva così a determinare un costo per prodotto all'interno di ogni ospedale, costo che poi viene confrontato con il costo rilevato in altri ospedali.

Il sistema adottato se presenta come indubbio vantaggio la disponibilità di una ampia base di dati per monitorare e mettere a confronto quelle che sono le performances a livello di costo/attività dei singoli ospedali presenta come principali punti

Tabella 7 - Conto economico 1991 gruppo APHP

Costi	FFr mil.	Introiti	FFr mil.
(Perdita 1990)	(222)		
Risconti	271	Ratei	44
Acquisti	4.094	Dotazione globale e servizi tariffati	22.416
Servizi esterni	915	Produzione stock	0
Altri servizi	881	Sovvenzioni	60
Imposte tasse	1.162	Vendita servizi	487
Costi personale	13.919	Servizi finanz.	18
Costi gestione corr.	378	Altri servizi	402
Oneri finanz.	597	Riprese su ammort.	277
Ammortamenti	1.488	Variazione stock	0
Spese eccezionali	0		
Produzione stock	359		
		<i>Perdita 1991</i>	
Totale	24.068	Totale	24.068

Dati milioni FFr

di debolezza l'estrema semplicità degli indicatori di prodotto e soprattutto l'essere anche in questo caso orientato a soddisfare esigenze degli staff centralizzati (confronti tra ospedali, messa in evidenza delle anomalie e dei centri di costo critici) e non quelle invece di programmazione e controllo direzionale proprie dei singoli ospedali.

Anche per il sistema di contabilità analitica sono previsti cambiamenti a breve ed interessanti sviluppi; da un lato si intende lasciare ai singoli ospedali una maggiore discrezionalità nella progettazione e nell'utilizzazione di questo strumento mentre dall'altro lato APHP intende introdurre sistemi basati sui costi per patologia trattata ed in prospettiva logiche tipo DRGs.

Cercando in conclusione di esprimere alcune considerazioni di fondo sulla esperienza di APHP sembra che gli elementi più interessanti su cui è opportuno aprire un dibattito anche in relazione a quelle che sono state definite come le illusioni delle aziende sanitarie pubbliche italiane sono:

L'illusione della scorciatoia più veloce - APHP evidenzia tempi tecnici dell'ordine di tre anni per la messa a regime dei propri sistemi amministrativi (dal sistema SISIFO sui reports finanziari e di attività al sistema di contabilità analitica).

L'illusione delle fughe in avanti (senza un consolidamento delle capacità amministrative) APHP mette in luce come reporting finanziario e reporting sul risultato di attività siano stati requisito preliminare su cui si è lavorato per creare e consolidare cultura amministrativa che ha consentito di introdurre in momenti successivi sistemi gestionali e tecniche amministrative più avanzate ed innovative.

L'illusione di tariffare tutto e subito (dalla spesa storica ai DRGs)

la scelta di APHP di avere due sistemi di tariffazione è di particolare rilevanza per la definizione di un sistema di regolazione delle prestazioni all'interno del gruppo regionale di aziende sanitarie pubbliche, sistema che dovrà essere tenuto distinto dai prezzi praticati ai clienti (privati, fondi integrativi, assicurazioni sanitarie) per l'offerta da parte delle aziende USL ed ospedaliere delle attività libero-professionali e delle camere a pagamento.

L'illusione del chi fa da sé. Se appaiono sicuramente dirigiste e centraliste, e come tale sono parzialmente contestate dal management ospedaliero decentrato di APHP, la progettazione e l'attuazione dei sistemi amministrativi da parte delle Direzioni centralizzate del gruppo emerge con chiarezza che occorre disporre nel nostro paese di centri solidi che dovranno guidare e coordinare l'innovazione amministrativa e gestionale presso le future aziende sanitarie pubbliche.

Questo ruolo potrà essere affidato alle Regioni stesse, alle costituenti Agenzie regionali o meglio a centri di servizio che dovranno raccogliere idee, esperienze e suggerimenti presenti nei diversi sistemi sanitari regionali, aprirsi all'apporto delle risorse professionali esterne (università, centri di ricerca, consulenza direzionale, imprese pubbliche e private), diventando così nodi di una rete di aziende sanitarie pubbliche che trasferiscono e interscambiano tra loro know-how, competenze e capacità tecniche professionali.

(1) Si ricorda a questo proposito l'esperienza della USL 1 Trieste.

(2) Va ricordato che le deleghe ministeriali presentate nel Consiglio di Tutela fanno riferimento alla precedente compagine governativa; è quindi possibile che il nuovo Governo Ballardur abbia modificato il contenuto di alcune deleghe, rivedendo le competenze dei Ministri.

BIBLIOGRAFIA

- APHP, *La réforme hospitalière. Loi du 31 juillet 1991.*
APHP, *La stratégie 1990/1995.*
APHP, *Vie des hopitaux, budgets et tarifications 1992/1993.*
APHP, *Plan stratégique 1990/1995 Rapport d'activité année 2.*
APHP, *Comptabilité analytique d'exploitation hospitalière Tableaux de synthèse par activité TSA (1991).*
CHU Bicetre, *Données d'activité de Février 1993.*
CHU Bicetre, *Situation financière de Février 1993.*
MINISTERO DELLA SANITÀ, *Decreto aprile 1994. Criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera.*

Allegato n. 1

ALCUNI DATI DI STRUTTURA E DI ATTIVITÀ DEL GRUPPO OSPEDALIERO PUBBLICO

Una visione sintetica del gruppo APHP in cui sono presentati i dati relativi alle risorse impiegate ed all'attività svolta consente una migliore comprensione delle considerazioni relative alle scelte strategica struttura, presentate in precedenza.

I dati sono tratti dall'ultimo rapporto di attività 1991, che costituisce il secondo rapporto attuativo del piano strategico 1990/1995.

Un primo dato è relativo ai posti letto; APHP raggruppa i PL per categoria tariffaria distinguendo tra day-hospital (letti meno 24 ore) pari a 1.364 e cresciuti tra 90 e 91 del 10,3%, letti per acuti pari a 17.735 e leggermente diminuiti e letti per mediolungo degenza pari a 11.845, anch'essi leggermente diminuiti.

Complessivamente APHP gestiva nel 1991, 30.944 posti letto con una diminuzione del 1,3% rispetto all'anno precedente.

Nel gruppo APHP operano complessivamente 18.933 medici; di questi 2.999 sono medici che lavorano negli ospedali universitari (CHU) e 3.957 gli studenti di Medicina e Farmacia che completano il loro processo formativo negli ospedali del gruppo.

Guardando all'attività si sono avuti nel 1991, 859.079 ricoveri « per acuti » con un incremento rispetto all'anno precedente del 4,8%; di questi ricoveri 322.000 circa fanno riferimento al day-hospital e 10.100 ca alla ospedalizzazione a domicilio.

17.740 sono stati invece i ricoveri per lungodegenti; in questo settore

si è invece registrata nel 1991 una leggera diminuzione dell'attività.

La durata media di degenza per ricoveri per acuti è stata di 8,8 giorni con una diminuzione rispetto al 1990 del 3,3%.

Le prestazioni di diagnostica strumentale sono presentate facendo riferimento al nomenclatore tariffario utilizzato dalle assicurazioni sanitarie francesi, e sono quindi espressi in milioni di unità di coefficiente tariffario; si è registrata una crescita di tutte le prestazioni che fanno riferimento agli atti operatori (128 mil.), agli atti di radiologia (78 mil.), agli atti di laboratorio (1124 mil.), agli

atti medico infermieristici (2,5 mil.) agli atti di riabilitazione (12,3 mil.).

Incrementi sono stati registrati anche nelle visite specialistiche per le quali sono sempre disponibili informazioni relative ai nomenclatori tariffari.

Completano i dati di attività le statistiche relative ai trapianti d'organo (1513) leggermente diminuiti nel 1991 e con incrementi solo nei trapianti di reni e di pancreas ed alle urgenze, suddivise tra urgenze mediche (354.000), urgenze chirurgiche (311.000) urgenze neurochirurgiche (5.900) ed urgenze specializzate (71.200).

IL SISTEMA ASSICURATIVO SANITARIO OLANDESE

di Rosanna Tarricone

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

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il modello istituzionale del sistema sanitario olandese pre-riforma - 3. - Il funzionamento del sistema assicurativo sanitario olandese; 3.1. I purchasers; 3.2. I providers - 4. Gli elementi di crisi del sistema assicurativo - 5. La Riforma Dekker - 6. I primi elementi di insuccesso della riforma sanitaria - 7. Conclusioni.

1. Introduzione

Il significativo aumento della spesa sanitaria è uno dei principali fattori che ha indotto e induce molti tra i Paesi industrializzati a cercare strategie di riforma dei propri sistemi sanitari allo scopo di trovare un equilibrio tra l'aumento e la differenziazione dei bisogni da una parte, e la scarsità delle risorse dall'altra.

Parallelamente a quanto sta avvenendo, ad esempio, in Svezia, negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, anche il sistema sanitario olandese sta attraversando un radicale processo di riforma iniziato nel 1988.

Un momento rilevante di ogni processo di riforma è rappresentato dalla gestione del cambiamento. Se si tratta, soprattutto, di modificare sostanzialmente culture, posizioni di mercato e comportamenti consolidati, il processo di gestione del cambiamento diventa un momento fondamentale del processo di riforma.

Nei prossimi paragrafi si descrivono il modello istituzionale del sistema assicurativo sanitario olandese pre-riforma e le più importanti

modifiche apportate a tale modello dal progetto di riforma. Questa analisi descrittiva risulta utile, infatti, per meglio comprendere cosa effettivamente sta accadendo e quale tipo di problematiche sta affrontando il rinnovato sistema sanitario olandese.

2. Il modello istituzionale del sistema sanitario olandese pre-riforma

Rispetto a tutti gli altri paesi della Unione Europea, in Olanda si riscontra un alto livello di gradimento dei servizi sanitari da parte degli utenti come risulta da un'indagine condotta nel 1992 (Commissione DG/E/2 della Unione Europea) (tabella 1). Nel 1991 l'Olanda era al sesto posto tra i Paesi Ocse rispettivamente per la speranza di vita alla nascita degli uomini (74 anni) e delle donne (80,3) (OCSE, 1993).

La crescita della spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) rispetto al consumo interno totale (1) posizionava, nel 1990, l'Olanda, al di sopra della media europea e dell'area OCSE con una quota pari

all'8,4% (OCSE, 1993). La spesa sanitaria totale procapite, nel 1991, era pari a 1.360 dollari e la quota della spesa sanitaria pubblica era pari, sempre nel 1991, al 73% (OCSE, 1993) (tabella 2).

Una delle possibili modalità per classificare i modelli di sistema sanitario consiste nella valutazione del grado di intervento pubblico (Anessi, 1992), osservato in relazione a due aspetti:

- le modalità di finanziamento del sistema;
- il sistema di produzione ed erogazione dei servizi sanitari.

Un indicatore sintetico del grado di intervento pubblico nei meccanismi di finanziamento è rappresentato dalla quota di spesa sanitaria sostenuta dal settore pubblico. Un indicatore sintetico del grado di intervento pubblico nella produzione ed erogazione dei servizi è rappresentato, invece, dalla quota di spesa sanitaria generata da strutture pubbliche. Quest'ultimo indicatore è spesso di difficile determinazione. Per questo motivo si può utilizzare come *proxy* la distribuzione dei posti letto tra le strutture pubbliche e quelle private,

che, nonostante abbia un valore parziale perché riferita solo al grado dell'intervento pubblico nel settore ospedaliero, rimane tuttavia una delle *proxy* più significative. Sulla base di questi due aspetti risulta che i modelli fondamentali sono tre: sistemi pubblici (Regno Unito, Italia), in cui finanziamento e gestione delle strutture di offerta presentano elevati livelli di intervento pubblico; sistemi privati (Stati Uniti), in cui finanziamento e gestione delle strutture di offerta presentano limitati livelli di intervento pubblico; sistemi misti (Olanda, Germania, Giappone, Canada), in cui il finanziamento è prevalentemente pubblico ma la gestione delle strutture di offerta è per lo più affidata al settore privato (Anessi, 1992).

Il sistema sanitario olandese è un sistema misto. Il sistema di finanziamento è, infatti, prevalentemente pubblico (la spesa sanitaria pubblica rappresenta circa il 73% del totale), ma il sistema di erogazione è fondamentalmente privato. Gli ospedali sono prevalentemente profit e non-profit. Le cliniche universitarie e gli ospedali pubblici considerati globalmente rappresentano lo 0,1% (2) del totale degli ospedali presenti in Olanda.

Nonostante il sistema di erogazione dei servizi sanitari sia prevalentemente composto da soggetti privati e abbia regolato le sue negoziazioni attraverso le leggi del libero mercato, l'introduzione di leggi e regolamenti del governo su prezzi e quantità prodotte dal sistema è diventata sempre più massiccia a partire dalla metà degli anni '70.

Il sistema assicurativo sanitario olandese si basa sul principio della solidarietà secondo cui l'aliquota contributiva è determinata sulla base del reddito individuale e non in funzione dei rischi di malattia. Il sistema di sicurezza sociale obbligatorio copre l'intera popolazione dal rischio di malattie croniche. Poco più del

70% della popolazione è coperta obbligatoriamente dal rischio di malattie non croniche da Enti mutualistici e il restante 30% stipula polizze con le assicurazioni sanitarie private. Una dettagliata regolamentazione del governo su volume, capacità produttiva e prezzi dei servizi sanitari si impone su un sistema di erogazione essenzialmente privato e su un sistema di finanziamento essenzialmente misto.

3. Il funzionamento del sistema assicurativo sanitario olandese

Per descrivere il funzionamento del sistema assicurativo olandese si è proceduto ad un'analisi dei comportamenti dei terzi paganti (*purchasers*) e dei fornitori/erogatori di assistenza sanitaria (*providers*) che, insieme ai pazienti, rappresentano i soggetti rilevanti di ogni sistema sanitario.

Tabella 1 - Risultati di un'indagine sulla percezione che l'opinione pubblica ha sulla qualità dell'assistenza sanitaria (1992)

Paesi	Buona qualità*	Servizi inefficienti**	Assistenza sanitaria di qualità inferiore in futuro +	Maggiore disponibilità a pagare + +	Erogazione dei servizi ritenuti essenziali°
Belgio	92	37	54	47	33
Danimarca	93	46	67	54	26
Germania	91	27	53	32	22
Grecia	25	82	47	65	37
Irlanda	74	58	65	37	37
Italia	34	82	55	52	33
Lussemburgo	89	32	27	61	22
Olanda	93	32	57	45	26
Portogallo	43	80	55	66	45
Regno Unito	81	43	64	54	17
Spagna	36	72	39	51	22
Media CE (12 Paesi)	71	50	53	45	27

* « In generale, pensa che la qualità dell'assistenza sanitaria erogata nel suo paese sia buona? »

** « I servizi sanitari disponibili ed erogati alla popolazione sono inefficienti e i pazienti non sono trattati come dovrebbero ».

+ « In futuro l'assistenza sanitaria fornita alla popolazione del suo paese sarà di qualità inferiore a causa dell'aumento dei costi ».

+ + « Sono disposto a pagare di più per l'assistenza sanitaria anche se questo aumenterà il mio carico fiscale ».

° « Il governo dovrebbe erogare a tutta la popolazione solo i servizi sanitari essenziali quali i servizi per gravi patologie e incentivare i cittadini a trovare altre forme di copertura sanitaria per patologie meno gravi ».

Fonte: M. FERRARA, *EC Citizens and Social Protection: main result from a Eurobarometer survey*. Commissione DG/E/2 della Unione Europea, Bruxelles, 1993.

Tabella 2 - Alcuni indicatori del sistema sanitario olandese pre-riforma

Indicatori	Valori
— Speranza di vita alla nascita degli uomini	74 anni
— Speranza di vita alla nascita delle donne	80,3 anni
— Spesa sanitaria complessiva rispetto al consumo interno totale	8,4%
— Spesa sanitaria pro-capite	1.360 dollari
— Quota della spesa sanitaria pubblica	73%

Fonte: Oecd, 1993.

Gli aventi diritto all'assistenza sanitaria sono rappresentati dall'intera popolazione olandese.

I purchasers sono istituzioni/aziende che hanno il compito di raccogliere i contributi sanitari versati dalla popolazione di riferimento necessari all'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e di garantire la copertura dal rischio di malattia agli aventi diritto acquistando i servizi e le prestazioni dai diversi fornitori. I purchasers sono di natura giuridica pubblica e privata. Al primo gruppo appartengono quattro Enti mutualistici:

— il programma assicurativo obbligatorio per le spese mediche eccezionali (AWBZ);

— i fondi di malattia;

— il programma assicurativo obbligatorio per i dipendenti pubblici;

— il programma assicurativo per le spese di salute pubblica.

Gli Enti mutualistici sono finanziati da contributi obbligatori versati dai lavoratori e dai datori di lavoro, dal prelievo tributario generale e da forme di compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti.

Al secondo gruppo appartengono le assicurazioni sanitarie private.

I providers sono soggetti sia fisici sia giuridici. Tra i primi ci sono i medici di base, i farmacisti e i medici specialisti. Tra i secondi ci sono, invece, gli ospedali generali, gli ospedali psichiatrici, gli istituti di cura per gli handicap fisici e mentali, e altre strutture dedicate alla cura degli anziani, all'assistenza domiciliare, ecc.

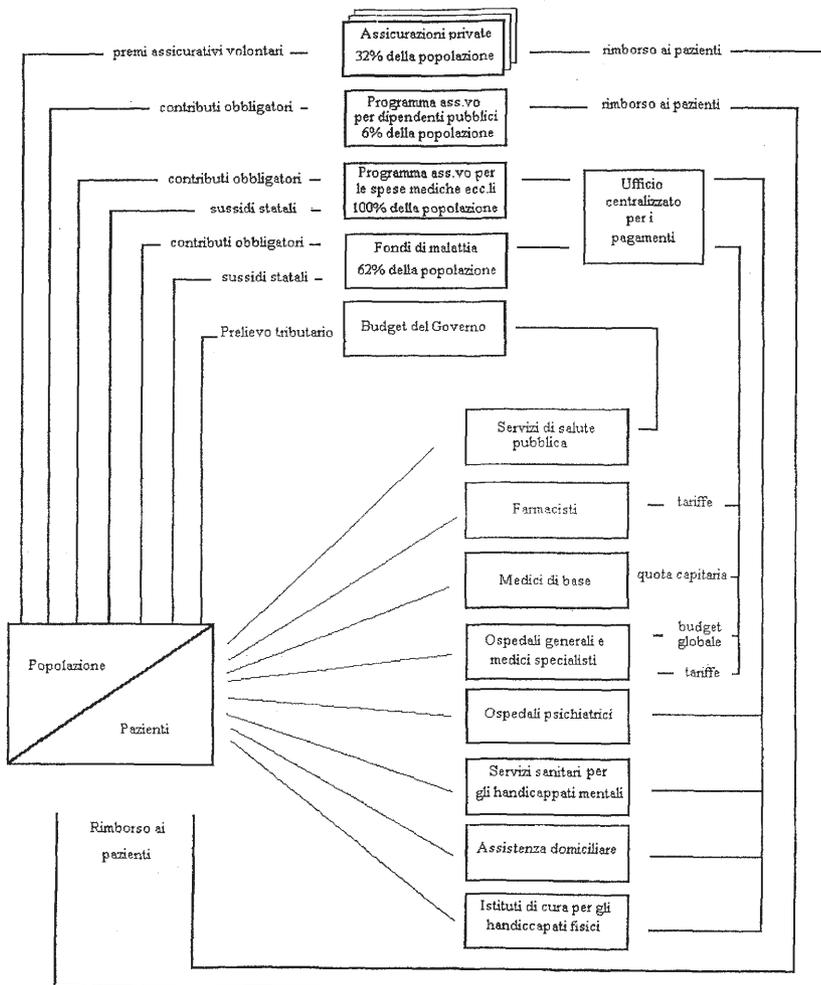
— Nella figura 1 sono sinteticamente descritti i rapporti che intercorrono tra i diversi soggetti del sistema sanitario.

3.1. I purchasers

I programmi assicurativi obbligatori sono finanziati prevalentemente dai contributi obbligatori versati dai lavoratori e dai datori di lavoro.

— In particolare l'AWBZ è finanziato dai contributi obbligatori versati dall'intera popolazione, dai sussidi statali e da alcune forme di compartecipazione alla spesa sostenuta per l'assistenza fornita al paziente (ad es. ticket). In dettaglio, il meccanismo di finanziamento prevede che i contributi obbligatori versati dai lavoratori e dai datori di lavoro siano versati direttamente al Fondo Centrale per l'Assicurazione Obbligatoria che provvede solo successivamente ad erogare questi contributi alla WBZ a rimborso totale delle spese sanitarie sostenute per il trattamento dei pazienti. A fronte di entrate limitate, quindi, (i contributi obbligatori possono variare di anno in anno solo in base all'aggiustamento dell'aliquota contributiva) il Fondo per l'Assicurazione sanitaria obbligatoria rimborsa illimitatamente le spese sostenute dall'AWBZ. L'AWBZ copre tutta la popolazione olandese dal rischio di malattie croniche e in particolare copre le spese sanitarie relative alla degenza superiore ai 365 giorni presso gli ospedali generali, psichiatrici e presso le strutture di cura per gli handicappati fisici non autosufficienti.

Figura 1 - Il sistema di finanziamento ed erogazione dell'assistenza sanitaria nel sistema sanitario olandese pre-riforma



I fondi di malattia, circa 46 nell'Olanda pre-riforma, sono finanziati dai contributi obbligatori versati per il 50% dai lavoratori che percepiscono un reddito annuale non superiore a un livello massimo (nel 1987 la soglia era determinata in 50.000 dfl pari a circa Lire 33.000.000) e per il restante 50% dai datori di lavoro. La popolazione coperta dai fondi di malattia è pari al 62% della popolazione totale. Seppure in misura molto limitata, i sussidi statali contribuiscono al finanziamento dei fondi di malattia. Anche in questo caso i contributi obbligatori versati dai lavoratori e dai datori di lavoro confluiscono nelle casse del Fondo Centrale per l'Assicurazione sanitaria che provvede, successivamente, all'erogazione di questi contributi ai fondi di malattia a copertura totale della spesa sanitaria sostenuta per i pazienti mutui.

L'assistenza sanitaria coperta dai fondi di malattia, determinata per legge, riguarda l'assistenza sanitaria di base (medici di base e farmaci), l'assistenza medica specialistica, l'assistenza ospedaliera, l'assistenza odontoiatrica, l'assistenza alla maternità, l'assistenza psichiatrica e il trasporto del paziente.

Per poter usufruire della copertura assicurativa fornita dal fondo malattia il paziente deve obbligatoriamente scegliere un medico di base tra quelli che hanno stipulato un contratto di fornitura con lo stesso fondo. In questo caso il paziente è libero di usufruire dei servizi sanitari previsti dalla copertura assicurativa. Spetta poi al fondo l'onere del pagamento diretto dei providers per i servizi e per le prestazioni sanitarie erogate al paziente. Le spese per l'assistenza medica specialistica e per il consumo di farmaci risultano a carico totale del paziente solo nel caso in cui il medico di base non le abbia esplicitamente prescritte.

I fondi malattia, nella zona geografica in cui operano, coprono dal

rischio di malattie non croniche i lavoratori che percepiscono un reddito annuale inferiore alla soglia massima identificata di anno in anno dal governo (pari nel 1987 a 50.000 Dfl). Hanno, inoltre, l'obbligo di stipulare contratti con tutti i medici, residenti nella stessa zona geografica, che ne facciano richiesta e la negoziazione con i providers è rigidamente controllata dal governo attraverso l'Agenzia centrale per le tariffe sanitarie (COGT). In base a queste ultime considerazioni risulta chiaro che lo spazio per la competizione è praticamente inesistente e che, i fondi di malattia, operano in mercati locali al cui interno godono di una posizione di quasi monopolio (Schut, 1992).

Il programma assicurativo obbligatorio per i dipendenti pubblici è finanziato dai contributi obbligatori versati per il 50% dai dipendenti della pubblica amministrazione e per il restante 50% dai datori di lavoro. La popolazione coperta da questo programma è pari al 6% della popolazione nazionale. Se il sistema di finanziamento di questo programma assicurativo è identico ai primi due già analizzati, notevoli differenze si riscontrano invece per quanto concerne il sistema di pagamento che, infatti, avviene secondo le modalità dell'assistenza indiretta, con il rimborso, cioè, delle spese sanitarie sostenute dal paziente in prima persona per i servizi e per le prestazioni sanitarie consumate.

L'ultimo programma assicurativo pubblico, finanziato interamente da una quota del prelievo tributario, riguarda la copertura delle spese per i servizi di salute pubblica (le spese per la ricerca scientifica in campo medico, i programmi di disinfezione, ecc.).

Le assicurazioni sanitarie private sono circa 70 nel sistema pre-riforma. Le compagnie private operano sull'intero territorio nazionale e coprono dai rischi di malattia il 32% della

popolazione olandese, in particolare tutti coloro che percepiscono un reddito annuale superiore al livello massimo identificato dal governo per l'assicurazione sanitaria obbligatoria presso i fondi di malattia (50.000 Dfl nel 1987). Le assicurazioni sanitarie private sono finanziate esclusivamente dai premi assicurativi volontari versati dalla popolazione di riferimento. Al contrario dei fondi malattia, tra gli assicuratori privati esiste un'accesa competizione per conquistare la parte restante del mercato. A partire dalla metà degli anni '70 gli assicuratori privati hanno cominciato ad attuare una politica di discriminazione dei premi assicurativi, storicamente indifferenziati, in base al rischio di malattia (3). La discriminazione dei premi in base ai rischi di malattia è un tipico meccanismo del mercato assicurativo. Da un punto di vista economico, l'assicurazione sanitaria è un servizio che consiste nell'assunzione da parte terza (l'assicuratore) delle spese, o parte di esse, attribuibili all'assicurato e dovute al verificarsi di un evento aleatorio (generalmente la malattia) (Fattore, 1993). In un mercato assicurativo puro, quindi, il prezzo del prodotto assicurativo (premio) è commisurato al rischio (di malattia) che ciascun soggetto scarica sull'assicuratore. Ciò significa che il consumatore (assicurato) sarà disposto ad assicurarsi contro qualsiasi rischio ad un premio equo, sopportando cioè un costo non superiore al valore attuariale uguale alla perdita certa e, qualora ci fosse un costo addizionale al premio equo ci sarà sempre convenienza ad assicurarsi finché tale costo non supera il valore addizionale che l'individuo attribuisce alla certezza. Resta il fatto che il mercato assicurativo sanitario è contraddistinto da una asimmetria di informazioni. L'assicuratore difficilmente è in grado di stimare con esattezza il rischio sanitario di ciascun cliente. La determinazione, da parte delle com-

pagnie assicurative, di un livello di rischio medio cui attribuire un premio risulta, quindi, particolarmente conveniente per i consumatori con elevato rischio sanitario. L'asimmetria delle informazioni nel mercato assicurativo sanitario pone l'assicurato nella condizione di effettuare arbitraggi sulla base della differenza tra il proprio rischio sanitario e il rischio implicito nella polizza che gli viene offerta. Questo fenomeno prende il nome di selezione avversa (*adverse selection*). Parallelamente, il fenomeno della selezione avversa si traduce in una politica di scrematura da parte delle assicurazioni sanitarie. È implicito che in base a quanto detto sopra la propensione ad assicurarsi sia maggiore tra le persone ad alto rischio (Fattore, 1993). Di fronte a questa clientela l'assicuratore registrerà delle perdite che lo indurranno, quindi, a scremare ulteriormente i pazienti con un ulteriore sbilanciamento verso una clientela a rischio elevato rendendo sempre meno conveniente per i clienti a basso rischio l'acquisto di una polizza assicurativa. Se da un punto di vista economico la perfetta discriminazione dei rischi rappresenta un indice di efficienza, da un punto di vista sociale non lo è. Persone ad alto rischio sanitario ma a basso reddito non acquistano polizze assicurative in un simile mercato. Questa politica di scrematura è andata talmente accentuandosi nel mercato assicurativo olandese che, nel 1986, la seria minaccia del principio di solidarietà ha spinto il governo ad intervenire obbligando le assicurazioni sanitarie private ad offrire a tutte le fasce di popolazione ad alto rischio pacchetti assicurativi standard ad un premio standard che, comunque, non poteva superare quello ritenuto massimo dallo stesso governo. Nonostante l'intervento del governo nel 1986, la politica di scrematura attuata dagli assicuratori continuava a minacciare il principio di solidarietà su cui

si basa, lo ricordiamo, il sistema assicurativo olandese. Per questo motivo nel 1989 e nel 1991 il governo ampliò notevolmente le fasce di popolazione ad alto rischio di malattia includendo tutti gli ultrasessantacinquenni nel 1989 e tutti gli assicurati che nel 1991 pagavano premi assicurativi superiori a quello ritenuto massimo dal governo.

La modalità di pagamento dei servizi e delle prestazioni sanitarie domandate e consumate dalla popolazione assicurata privatamente è il rimborso diretto al paziente.

3.2. *I providers*

Come in qualsiasi altro sistema sanitario il medico di base non solo eroga una quota rilevante dell'assistenza sanitaria generica ma gioca il ruolo fondamentale di filtro (*gatekeeper*) nei riguardi soprattutto dell'assistenza medica specialistica e dell'assistenza farmaceutica.

Il sistema di pagamento dei circa 7.900 (4) (Ocse, 1993) medici di base è basato sulla quota capitaria per quanto riguarda i pazienti mutuati e su base tariffaria per i pazienti assicurati privatamente. La negoziazione tra i purchasers e i medici di base per la determinazione della quota capitaria e delle tariffe è strettamente controllata dal COGT lasciando in realtà poco spazio alla libera contrattazione, smorzata perlopiù dall'obbligo già citato per i fondi di malattia di stipulare contratti con tutti i medici che ne facciano richiesta.

Deputati all'erogazione dei farmaci sono i farmacisti e circa 1.000 medici di base che operano in zone particolarmente isolate. Non esiste alcun tipo di controllo sulla politica dei prezzi attuata dalle aziende farmaceutiche, anche se negli ultimi anni il governo ha istituito un prontuario terapeutico nazionale allo scopo di contenere l'aumento della spesa. Il prontuario è una lista positiva che

contiene i prezzi di riferimento per categoria di principi attivi. Ciò vale per i farmaci in commercio. La determinazione dei prezzi dei nuovi farmaci è logicamente slegata da questa logica non potendo riferirsi a prezzi di specialità non ancora registrati. L'esistenza del prontuario terapeutico nazionale non incide direttamente sulla libertà di prescrizione da parte del medico di base. Controlla indirettamente il livello della spesa farmaceutica (si sottolinea che, comunque, non esiste alcun controllo sulle quantità) responsabilizzando il singolo paziente. Toccherà al paziente, infatti, pagare l'eventuale differenza di prezzo calcolata sulla base del prezzo del farmaco prescritto e del prezzo medio di riferimento così come risulta dal prontuario terapeutico nazionale.

Il sistema di pagamento dei medici specialisti (circa 11.000 nel 1987) è su base tariffaria a prescindere dall'appartenenza del paziente ad un fondo di malattia o ad una assicurazione privata. Gli unici medici specialisti stipendiati sono quelli che operano all'interno degli ospedali pubblici o delle cliniche universitarie e i medici tirocinanti. Raramente i medici specialisti erogano le loro prestazioni al di fuori degli ospedali. La negoziazione per la determinazione delle tariffe tra i purchasers e i rappresentanti degli ordini dei medici è strettamente controllata dalla COGT.

Il sistema di pagamento delle prestazioni sanitarie erogate dagli ospedali (814 compresi gli istituti per lungodegenti e gli ospedali psichiatrici), basato sostanzialmente fino al 1982 sul rimborso a piè di lista (Maarse *et al.*, 1993), prevede, a partire dal 1983, la negoziazione di un budget globale, introdotto dal governo nello stesso anno. Il budget globale copre tutte le spese di gestione dell'ospedale tranne quelle relative ai medici specialisti e quelle relative agli investimenti per i quali è necessario presentare dei precisi piani di svilup-

po da sottoporre agli organi governativi competenti. Il contenimento del tasso di crescita della spesa ospedaliera che aveva raggiunto ormai il 7% annuo e il miglioramento dell'iniqua allocazione delle risorse, che premiava gli ospedali che spendevano di più e penalizzava quelli che spendevano di meno, sono i principali obiettivi che il governo ha definito nell'introduzione del budget globale determinato, in questa prima fase, sulla spesa storica (l'anno di riferimento è il 1982). Il tasso di crescita della spesa ospedaliera si è ridotto effettivamente raggiungendo il 3% annuo, ma la penalizzazione degli ospedali più efficienti e l'incentivazione di quelli meno efficienti, eredità storica del periodo antecedente l'introduzione del budget, ha continuato a verificarsi. Per questo motivo nel 1987 il budget è stato definito su basi funzionali e non storiche. I parametri a questo scopo identificati sono tuttora:

- la disponibilità;
- la capacità;
- la produzione.

Il primo parametro si riferisce al bacino di utenza; il secondo riguarda il numero di posti letto e di unità operative presenti nell'ospedale; il parametro della produzione si riferisce in particolare al numero di ricoveri, al numero di giornate di degenza, al numero di pazienti ambulatoriali e al numero di prestazioni erogate in day hospital.

Sulla base del budget globale funzionale, ospedali simili in termini di funzioni e attività svolte dovrebbero negoziare lo stesso budget. Questo, infatti, è l'obiettivo principale che il budget globale funzionale dovrebbe conseguire. Valutazioni particolari sono effettuate per gli ospedali ad alta specialità. La negoziazione annuale per la definizione del budget, tra il management ospedaliero e i purchasers, sotto il controllo della COGT, riguarda maggiormente il terzo parametro che, effettivamente, risulta

il più flessibile nel breve periodo.

In conseguenza all'introduzione del budget globale, sia storico che funzionale, si è verificata una brusca caduta del numero di giornate di degenza e del tasso di occupazione dei posti letto, una riduzione del numero di ricoveri, soprattutto nel periodo di implementazione del budget globale storico, e un aumento generalizzato del numero dei pazienti ambulatoriali (tabella 3).

4. Gli elementi di crisi del sistema assicurativo

Nel 1987 il governo aveva istituito una commissione *ad hoc*, la commissione Dekker, per studiare possibili strategie di cambiamento del sistema sanitario olandese.

Oltre ai problemi strutturali di ogni sistema sanitario (ad esempio l'aumento della popolazione anziana e la velocità dell'innovazione tecnologica in campo medico), quello olandese presentava problemi contingenti come specificato di seguito.

Inesistenza di meccanismi di coordinamento nel sistema di finanziamento

La molteplicità dei soggetti finanziatori dei servizi e delle prestazioni sanitarie responsabili di diversi momenti della malattia di uno stesso paziente e la molteplicità dei soggetti

finanziatori dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza sociale (erogata prevalentemente dalle municipalità) comportavano un'inefficiente allocazione delle risorse.

Minaccia del principio della solidarietà

La selezione avversa attuata dagli assicurati e la politica di scrematura attuata dagli assicuratori privati rappresentava una minaccia costante al principio della solidarietà su cui si basa il sistema assicurativo sanitario olandese. La *performance* del mercato assicurativo privato era, infatti, considerata socialmente controproducente. La maggior parte dell'attività degli assicuratori era spesa nella ricerca e nella discriminazione dei « giusti » rischi sanitari da correlare alla struttura dei premi esistenti producendo una riallocazione delle risorse socialmente indesiderabile senza alcun effetto significativo sui livelli di efficienza dell'assistenza sanitaria.

Assenza di incentivi all'efficienza

Non esisteva alcun tipo di incentivo al controllo della domanda dato che gli Enti Mutualistici rimborsavano illimitatamente i providers per tutte le prestazioni erogate ai propri pazienti con un criterio sostanzialmente legato al rimborso a piè di lista.

Tabella 3 - Tasso di variazione di alcuni indicatori ospedalieri dal 1978 al 1991

	1978-1982 Rimborso globale per tutte le prestazioni	1983-1987 Budget globale storico	1988-1991 Budget globale funzionale
Ricoveri	1,1%	-1,9%	0,5%
Giornate di degenza	-1,4%	-3,7%	-2,2%
Degenza media per ricovero	-0,3 giorni	-0,2 giorni	-0,3 giorni
Tasso di occupazione dei posti letto	0,1%	-2,9%	-0,4%
Pazienti ambulatoriali	3,3%*	7,0%	8,0%
Trattamenti di DH	38,0%	28,5%	10,5%

* il periodo di riferimento è in questo caso il 1981 e il 1982

Fonte: National Hospital Institute.

Se è vero che la ricerca dell'efficienza è *fisiologica* in un mercato concorrenziale, allora è vero che il regime di monopolio regionale (Schut, 1992), la rigida determinazione del mercato di riferimento, la rigidità dell'offerta e l'obbligo di stipulare contratti con tutti i medici che ne avessero fatto richiesta lasciava poco spazio alla competizione tra i fondi di malattia. Se si considera, inoltre, che il Fondo centrale per l'assicurazione obbligatoria rimborsava a piè di lista i fondi di malattia per le spese sanitarie sostenute per i pazienti mutuatati è evidente che il prodotto di questo processo non poteva essere che la produzione di comportamenti perversi rispetto all'obiettivo di cui qui si discute. I medici di base, fortemente influenzati dal sistema di remunerazione su base capitaria, tendevano a « scaricare » il paziente ai medici specialisti anche quando la gravità della patologia non richiedeva trattamenti specialistici. Viceversa, il sistema di remunerazione su base tariffaria dei medici specialisti promuoveva comportamenti opposti a quelli dei medici di base, incentivando comportamenti di « induzione » della domanda. Infine gli ospedali, con l'introduzione del budget globale, preferivano ridurre l'attività di alcuni servizi ospedalieri (le liste di attesa per alcune specialità mediche aumentarono sensibilmente in quegli anni) invece di adottare comportamenti più orientati all'efficienza.

Una eccessiva regolamentazione del governo

Concepita inizialmente come semplice interazione della domanda e dell'offerta, la negoziazione tra i purchasers e i providers per la definizione dei prezzi e dei volumi delle prestazioni sanitarie è stata sempre più regolamentata dalle leggi e dagli organi del governo.

L'obbligo per i fondi di malattia

di stipulare contratti con tutti i medici che ne avessero fatto richiesta, l'istituzione nel 1982 della COGT, l'obbligo per gli assicuratori privati di fornire pacchetti assicurativi standard a premi standard a una larga fascia di popolazione, l'introduzione del budget globale per la remunerazione dell'attività ospedaliera e il controllo del tasso di crescita degli stipendi del personale dipendente ospedaliero non medico sono solo alcuni esempi dell'attività di controllo, da parte del governo olandese, nella determinazione dei prezzi e delle quantità all'interno del sistema assicurativo sanitario.

5. La Riforma Dekker

Nel 1988 la Commissione Dekker presentò la sua relazione « Disponibilità al cambiamento » (Willingness to change) al Ministero della Sanità che prevedeva:

— l'istituzione di un programma assicurativo obbligatorio di base per l'assistenza sanitaria e per l'assistenza sociale;

— l'attivazione di meccanismi competitivi nel mercato assicurativo e nel mercato dei fornitori.

Sulla base di quanto proposto dalla Commissione Dekker il Fondo centrale per l'assicurazione sanitaria di base sarebbe stato finanziato dai premi assicurativi obbligatori versati dai lavoratori e dai datori di lavoro e avrebbe coperto circa l'85% della spesa sanitaria nazionale, lasciando solo il 15% al mercato assicurativo privato. Con il versamento di premi assicurativi volontari la popolazione era libera, infatti, di integrare l'assicurazione di base per la copertura, ad esempio, delle spese sanitarie relative agli interventi di chirurgia plastica o all'assistenza odontoiatrica per gli adulti.

Il premio assicurativo obbligatorio era correlato per il 75% al reddito individuale dei cittadini e versato di-

rettamente al Fondo centrale per l'assicurazione sanitaria obbligatoria di base, mentre la parte restante del premio era determinata sulla base di un'aliquota fissa e versata direttamente dal cittadino all'assicuratore. Il valore del premio assicurativo determinato in base all'aliquota fissa poteva variare da compagnia a compagnia rispetto alla diversa capacità di contenimento dei costi. Questo nuovo sistema di finanziamento valeva indistintamente sia per gli assicuratori privati che per i fondi di malattia. In prospettiva, la distinzione formale tra i fondi di malattia (enti mutualistici) e le assicurazioni private (enti privati) sarebbe stata abolita e il paziente sarebbe stato libero di scegliere con quale assicuratore stipulare la polizza sanitaria. Inoltre, gli assicuratori avrebbero dovuto accettare tutti i pazienti, che ne avessero fatto richiesta, a prescindere dal loro livello di rischio sanitario. Per assicurare stabilità al mercato, tuttavia, i pazienti non avrebbero potuto scindere il loro contratto d'assicurazione per un periodo minimo di due anni.

Con l'introduzione di questo sistema di finanziamento si garantiva la tutela dei principi di solidarietà e di efficienza.

Il premio assicurativo obbligatorio versato dalla popolazione non era correlato, infatti, al rischio di malattia bensì al reddito individuale (principio di solidarietà).

Per evitare che gli assicuratori continuassero nella loro politica di scrematura, la commissione Dekker ne propose l'assunzione da parte del Fondo per l'assicurazione sanitaria obbligatoria di base. L'innovatività della riforma sanitaria consisteva, infatti, nel trasferimento del premio assicurativo obbligatorio (versato dai cittadini sulla base del proprio livello di reddito al Fondo per l'assicurazione obbligatoria di base) all'assicuratore, da parte del Fondo per l'Assicurazione sanitaria obbligatoria di

base, sulla base del rischio di malattia del paziente. Finanziato da premi assicurativi correlati al reddito, il Fondo avrebbe quindi trasferito premi assicurativi correlati al rischio. Nella figura 2 sono sinteticamente descritti i rapporti che intercorrono tra i diversi soggetti del sistema sanitario dopo la riforma.

Eliminata la possibilità per gli assicuratori di discriminare i rischi, un meccanismo ipotizzato « automatico » dalla commissione Dekker avrebbe incentivato gli assicuratori alla ricerca di migliori livelli di efficienza spostando la competizione:

— sull'aliquota fissa per la determinazione della parte restante del premio assicurativo obbligatorio che il contribuente/cliente avrebbe dovuto versare direttamente all'assicuratore;

— nella ricerca dei providers in grado di combinare il processo di produzione/erogazione dei servizi sanitari in modo efficiente;

— nell'offerta di polizze assicurative integrative all'assicurazione sanitaria obbligatoria di base.

Tralasciando l'analisi dei meccanismi di competizione circa l'offerta di polizze assicurative integrative, il comportamento competitivo degli assicuratori avrebbe prodotto, in base a quanto previsto dalla commissione Dekker, il contenimento dell'aliquota fissa per la determinazione dell'ammontare del premio obbligatorio da versare direttamente alle società di assicurazione, una tendenza all'aumento del livello qualitativo del pacchetto di servizi sanitari offerto dagli assicuratori e la ricerca della combinazione più efficiente di produzione/erogazione dei servizi sanitari tra i diversi providers.

La tensione competitiva da parte degli assicuratori circa il contenimento dell'aliquota fissa e l'aumento del livello qualitativo del pacchetto di servizi sanitari non solo avrebbe spinto gli assicuratori alla ricerca del pro-

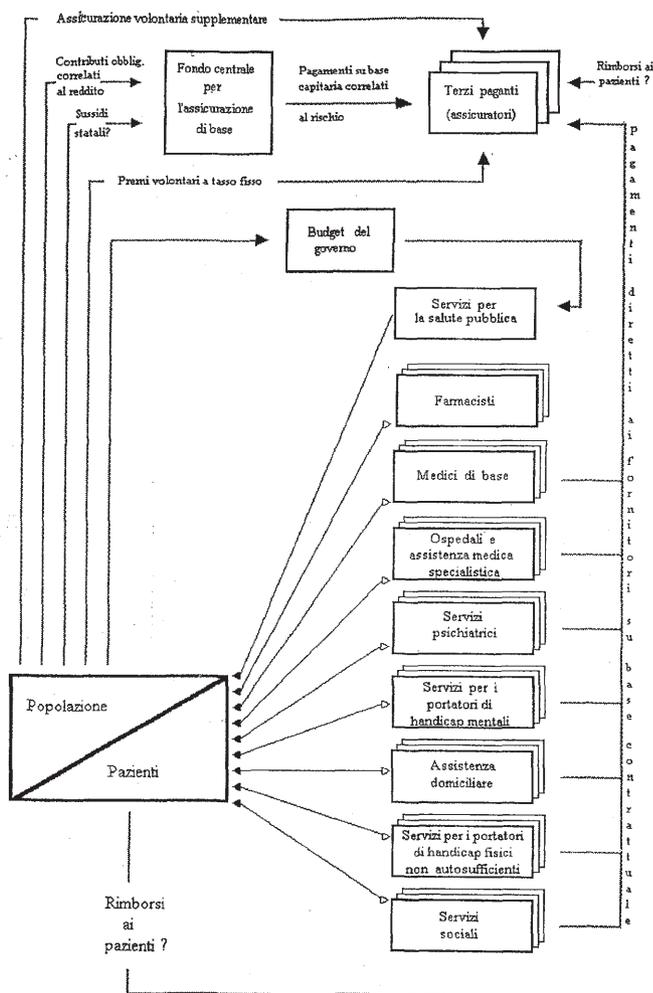
vider più efficiente ma avrebbe, inoltre, innescato un'« effetto competitivo a catena » coinvolgendo i providers e i pazienti.

I primi avrebbero cercato, infatti, la combinazione di produzione/erogazione dei servizi sanitari più efficiente per stipulare contratti più vantaggiosi con i purchasers. Conseguentemente, la ricerca dell'efficienza avrebbe reso il mercato dei beni e servizi sanitari più trasparente con una conseguente diffusione della conoscenza e dell'informazione circa i comportamenti e i risultati ottenuti dai providers.

Era proprio l'ipotizzata diffusione dell'informazione e della conoscenza dei comportamenti che, secondo le previsioni della commissione Dekker, avrebbe responsabilizzato il paziente nella ricerca dell'assicuratore che fosse stato in grado di stipulare contratti con i fornitori di assistenza sanitaria riconosciuti più efficienti.

La modifica dei meccanismi del sistema di finanziamento del sistema assicurativo sanitario proposta dalla commissione Dekker si risolveva, quindi, in un circolo virtuoso che, coinvolgendo in un effetto a ca-

Figura 2 - Il sistema di finanziamento ed erogazione dell'assistenza sanitaria nel sistema sanitario olandese dopo la riforma



tena tutti i soggetti del sistema, avrebbe raggiunto migliori e più alti livelli di efficienza (tabella 4).

Le linee-guida della riforma sanitaria proposte dalla commissione Dekker furono recepite dal Governo dopo profonde riflessioni sulla fattibilità e sulle implicazioni che tale disegno di riforma avrebbe avuto sul sistema assicurativo sanitario olandese. Così nel 1988 lo schema di riforma sanitaria divenne realtà.

Le principali modifiche all'originale schema di riforma proposta dalla commissione Dekker riguardarono:

— la quota della spesa sanitaria totale coperta dal nuovo programma assicurativo di base che aumentò dall'85% al 90-95% (furono incluse anche le spese sanitarie relative all'assistenza odontoiatrica per gli adulti e le spese relative all'acquisto di carrozzelle, stampelle e altre apparecchiature di supporto);

— la quota del premio assicurativo obbligatorio che il contribuente doveva versare direttamente al Fondo per l'Assicurazione obbligatoria di base che aumentò dal 75% all'85% mentre diminuì dal 25 al 15% la quota del premio assicurativo obbligatorio da versare direttamente all'assicuratore.

6. I primi elementi di insuccesso della riforma sanitaria

Il problema principale del disegno di riforma proposto dalla Commissione Dekker e recepito quasi integralmente dal Governo risiede nella difficile gestione del pesante sconvolgimento che tale disegno ha comportato circa interessi, comportamenti e posizioni di mercato consolidate.

Di seguito si illustrano i principali problemi che la riforma sanitaria ha incontrato nel processo di applicazione nella realtà olandese.

Internalizzazione della politica di scrematura

L'internalizzazione della politica di scrematura da parte del Fondo per l'Assicurazione sanitaria obbligatoria di base rappresenta una grande innovazione nel sistema assicurativo sanitario olandese. Sulla base degli ultimi dati di letteratura (Van Vliet, Van De Ven, 1992) emerge, però, che i parametri su cui il Fondo per l'Assicurazione sanitaria di base deve determinare l'entità del premio assicurativo da trasferire all'assicuratore sono troppo generici, includendo l'età, il sesso e il luogo di residenza del

paziente e misurano indirettamente e solo parzialmente il rischio sanitario correlato allo specifico cliente/paziente. La genericità di simili informazioni lascia, quindi, ampio spazio agli assicuratori per continuare nella loro politica di scrematura e di differenziazione dei premi assicurativi sulla base del rischio di malattia. Si ricorda, a questo proposito, che gli assicuratori possiedono una grande quantità di informazioni sul paziente che permette loro di identificare modelli di classificazione degli assicurati in base al rischio di malattia molto più sofisticati di quanto non possa fare il Fondo per l'Assicurazione sanitaria di base con i dati anagrafici. In particolare i dati anagrafici spiegano solo per una piccola percentuale le differenze di spesa per paziente. Se a queste informazioni si aggiungessero, ad esempio, i dati relativi alle spese sanitarie pregresse del paziente (informazioni facilmente disponibili per gli assicuratori), le differenze di spesa sarebbero spiegate per una percentuale significativa (Van Vliet, Van De Ven, 1992).

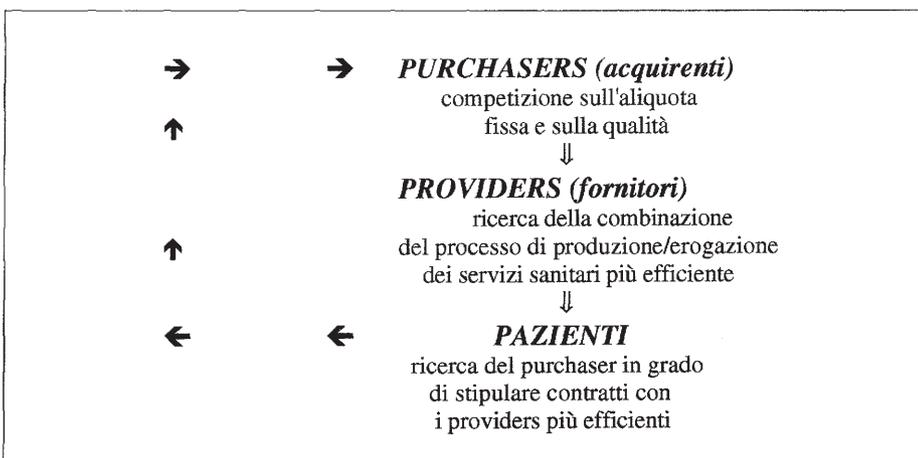
Da ciò si deduce che l'internalizzazione della politica di scrematura da parte del Fondo per l'Assicurazione sanitaria obbligatoria sulla base delle informazioni anagrafiche dei singoli pazienti non è sufficiente ad impedire agli assicuratori il ricorso alla stessa politica sulla base delle maggiori informazioni di cui dispongono circa il livello di rischio di ogni singolo paziente.

Concorrenza tra gli assicuratori

Il disegno di riforma recepito dal Governo prevede:

1) un aumento della concorrenza tra gli assicuratori tesa alla riduzione dell'aliquota fissa che il paziente versa direttamente alle assicurazioni e al miglioramento della qualità del pacchetto di servizi sanitari offerti al cliente;

Tabella 4 - Il circolo virtuoso innescato dai meccanismi del sistema di finanziamento proposti dalla Commissione Dekker



2) un aumento della concorrenza tra gli assicuratori nella ricerca di più efficienti providers.

L'abolizione dell'obbligo per i Fondi di malattia di stipulare contratti con tutti i medici che ne avessero fatto richiesta e, soprattutto, la scomparsa della differenza tra i Fondi di malattia (Enti Mutualistici) e gli assicuratori privati non sono sufficienti per promuovere la concorrenza in un sistema sanitario come era quello olandese pre-riforma dove le posizioni di quasi monopolio detenute dai fondi di malattia determinano una situazione di partenza di svantaggio per gli assicuratori privati.

L'obiettivo principale della riforma sanitaria è di creare gli incentivi e le condizioni necessarie per aumentare il livello di competizione del sistema al fine di controllare i costi (e l'aumento degli stessi) dell'assistenza sanitaria. Da un certo punto di vista questo implica che i purchasers devono avere un sostanziale potere di mercato per poter influenzare i prezzi e la qualità dell'assistenza sanitaria. D'altra parte, se un assicuratore detiene una posizione forte in termini di potere d'acquisto ci potrebbero essere effetti socialmente indesiderabili. La posizione dominante detenuta da un assicuratore potrebbe incentivarlo a usare il proprio potere di mercato per aumentare il livello dei prezzi o ridurre la quantità e la qualità dei servizi sanitari offerti. Questa situazione potrebbe non verificarsi in un mercato assicurativo polverizzato dove la conquista di una posizione dominante risulterebbe difficile, ma la situazione olandese pre-riforma è ben lontana da un modello di concorrenza perfetta.

I Fondi di malattia operavano, infatti, in zone geografiche ben delimitate dove coprivano obbligatoriamente dal rischio di malattia oltre il 60% della popolazione residente. Nei propri mercati i Fondi di Malattia detenevano una posizione di monopolio

« regionale ». L'approvazione del disegno di riforma sanitaria da parte del governo ha spinto, inoltre, alcuni fondi di malattia alla fusione, riducendo il numero degli stessi da 46 (tanti erano i fondi di malattia nel 1987) a 26 nel 1991, rafforzando maggiormente il loro potere di mercato.

Le assicurazioni private, viceversa, operavano sull'intero mercato nazionale e coprivano dal rischio di malattia poco più del 30% dell'intera popolazione olandese. A ciò si aggiunga il fatto che il mercato delle assicurazioni private era poco concentrato. Le prime quattro società di assicurazione detenevano nel 1986 solo il 35% della quota di mercato (tabella 5) (Schut, 1992).

Le assicurazioni sanitarie private oltre alla pura attività di assicurazione sono potenzialmente in grado di agire sul contenimento dei costi, sul controllo della spesa o sul contenimento del rischio morale (5) che rappresenta l'obiettivo principale che ha ispirato la riforma sanitaria in Olanda. Tuttavia, gli assicuratori sanitari privati olandesi hanno da sempre preferito concentrare la loro attività nella politica di discriminazione dei rischi sanitari piuttosto che nel processo di controllo della spesa. Hanno, cioè,

preferito spendere le proprie risorse in un'area di attività dove i margini di profitto e la conoscenza consolidata garantivano meno rischi rispetto ad un'area di attività poco conosciuta e ad alto rischio. Se si definisce il prodotto del mercato assicurativo come un prodotto congiunto composto in parte dall'attività di assunzione dei rischi sanitari (servizio assicurativo « puro ») e in parte dall'attività di controllo della spesa, allora si può dichiarare che il mercato assicurativo privato olandese era fortemente orientato alla prima componente. Poiché l'offerta di un servizio assicurativo « puro » richiede sostanzialmente bassi investimenti, le barriere all'entrata sono basse e le economie di scala praticamente assenti rendendo difficile la conquista di una posizione dominante nel mercato.

La riforma sanitaria ha e avrà sempre più in futuro, però, un notevole impatto sul mercato assicurativo olandese. Se l'internalizzazione della politica di scrematura eliminerà realmente ogni possibilità per gli assicuratori di continuare nella discriminazione dei premi, allora l'attività principale potrebbe diventare quella di controllo della spesa come auspicato dalla ri-

Tabella 5 - Il sistema assicurativo sanitario privato olandese: concentrazione di mercato nel 1986 e nel 1992

Le 10 società di assicurazioni più grandi in Olanda		Quota di mercato (% dei premi assicurativi)		Quota di mercato cumulato (valori percentuali)	
1986	1992	1986	1992	1986	1992
Zilveren	Zilveren	15,4	23,3	15,4	23,3
Kruis	Kruis/AVCB				
OHRA	Nuts-AEGON	7,9	14,7	23,3	38,0
VGZ	Multizorg	6,8	14,1	30,1	52,1
AEGON	OHRA/ZHV	5,7	11,4	35,8	63,5
Nuts	VGZ/AMEV	5,4	7,5	41,2	71,0
VGNN	Interpolis/Nw-Rdam	5,4	6,5	46,6	77,5
Interpolis	VGNN	4,1	5,4	50,7	82,9
Delta Lloyd	Univé	3,1	3,6	53,8	86,5
NNVS	CZ Groep	3,0	3,0	56,8	89,5
UAP	Zwolsche Algemene	2,9	2,3	59,7	91,8

Fonte: SCHUT F.T., *Mededingingsbeleid in de Gezondheidszorg*, VUGA, The Hague, 1992.

forma. Al contrario di quanto detto sopra, questo servizio è caratterizzato da economie di scala. L'offerta di un simile servizio richiede, infatti, notevoli investimenti in capitale umano e in attrezzature. In secondo luogo, gli assicuratori necessitano di un sufficiente potere contrattuale a livello locale per stipulare contratti economicamente vantaggiosi con i providers. Dato che il potere contrattuale è determinato dalla quota di mercato, il settore assicurativo privato tenderà verosimilmente alla concentrazione.

Al fine di sopravvivere in un simile contesto le assicurazioni sanitarie hanno cercato, infatti, nuove strategie per aumentare il loro potere di mercato a livello regionale/locale. Alcune, tra le più grandi società di assicurazione hanno sottoscritto impegni di fusione con i fondi di malattia e con altre società di assicurazione aumentando notevolmente la concentrazione del settore (Schut, 1992). Nel 1992, infatti, le prime quattro società di assicurazione detenevano il 63% della quota di mercato (tabella 3) (Schut, 1992).

Il mercato delle assicurazioni private appare, attualmente, dominato da quattro società di assicurazioni. Si è già detto che un certo grado di concentrazione può essere un effetto inevitabile per avere una reale forza contrattuale nei confronti dei prezzi, della quantità e della qualità dell'assistenza sanitaria fornita dai providers.

Tuttavia, la tendenza attuale alla concentrazione, soprattutto tra i fondi di malattia e tra questi e le società di assicurazione private, sembra produrre un eccessivo potere di mercato, una situazione di quasi monopolio, con effetti perversi per il mercato dell'assistenza sanitaria. Esplicite politiche di collusione tra gli assicuratori con finalità opposte a quelle che la riforma sanitaria vuole conseguire rappresentano un rischio

non troppo remoto (ad esempio l'aumento dei prezzi).

Concorrenza tra i fornitori di servizi sanitari (providers)

Prima dell'adozione della riforma sanitaria la classe medica (generici e specialisti) era caratterizzata da un forte senso corporativista e i comportamenti di mercato, regolati da contrattazioni collettive, erano tradizionalmente anticorpetitivi.

Il potere di mercato detenuto dalla classe medica nel sistema assicurativo sanitario pre-riforma non derivava soltanto dal processo di autoregolazione ma fu rafforzato dalla regolamentazione del governo. Si ricorda a questo proposito l'obbligo per i fondi di malattia, sancito dal Sickness Fund Decree del 1941, di stipulare per la propria zona geografica di riferimento, contratti di fornitura con tutti i medici che ne avessero fatto richiesta. La ragione principale sottostante questa regolamentazione del governo risiedeva nella garanzia del diritto dei pazienti alla libera scelta del medico. Tuttavia, questa garanzia se da un lato rese effettivamente liberi i pazienti di scegliere il proprio medico li privò di qualsiasi diritto e incentivo a selezionare i providers in base al prezzo o all'efficienza (6).

L'abolizione del suddetto obbligo e la parziale deregolamentazione delle tariffe proposte dalla riforma sanitaria dovrebbero, nell'intento del Legislatore, incentivare comportamenti competitivi tra i medici per stipulare contratti di fornitura vantaggiosi con gli assicuratori.

Le reazioni della classe medica alle innovazioni apportate dalla riforma sono state, però, di segno opposto rispetto agli obiettivi che si vogliono conseguire. L'Associazione Medica Olandese Reale (KNMG) ha annunciato, infatti, che nel sistema sanitario riformato la negoziazione

collettiva dei contratti di fornitura deve produrre condizioni uniformi a livello nazionale per i prezzi delle prestazioni sanitarie e altre condizioni contrattuali uniformi a livello regionale/locale. Inoltre, la classe medica ha anticipato la riforma sanitaria diminuendo l'offerta di corsi di formazione e di specializzazione per i medici generici e per i medici specialisti. L'aumento delle barriere all'entrata ha creato scarsità di risorse professionali eliminando l'eccesso di offerta che si era verificata durante gli anni '80 e ha aumentato il potere di mercato detenuto dalla classe medica. Paradossalmente questo processo di riduzione dell'offerta di corsi di specializzazione e di formazione è stato supportato e incoraggiato durante gli stessi anni da politiche governative tese ad evitare che un aumento di capacità produttiva potesse aumentare parallelamente la domanda di prestazioni sanitarie.

La competizione non si è dimostrata, quindi, l'unica risposta possibile alle proposte della riforma sanitaria.

Il mercato delle prestazioni e dei servizi ospedalieri era, al momento di approvazione della riforma sanitaria un mercato concentrato. Infatti l'area geografica di riferimento per la maggior parte degli ospedali olandesi si estendeva al massimo per 24 chilometri e gli ospedali erano e sono, mediamente, di dimensione tale da limitarne il numero all'interno di una stessa zona geografica (7).

Nonostante il già alto livello di concentrazione, soprattutto a livello locale, il settore ospedaliero è in una fase di sostanziale consolidamento. A partire dal 1967 fino al 1984, 93 ospedali hanno dato luogo a 43 fusioni. Dopo il 1984 la quota di mercato dei due ospedali più grandi presenti in ciascuna Unità sanitaria regionale è cresciuta mediamente più del 10% in quattro anni. Anche in questo caso il processo di consolida-

mento e concentrazione del settore ospedaliero è stato attivamente supportato dal governo al fine di razionalizzare la struttura di offerta. Attualmente il processo di concentrazione è ancora in atto e ha subito un forte rilancio con la riforma sanitaria.

Un altro elemento strutturale del mercato dei servizi ospedalieri che ne limita fortemente la concorrenza è la presenza di alte barriere all'entrata e di alte barriere all'uscita. Prima della riforma sanitaria, l'entrata nel settore ospedaliero era ostacolata dall'Hospital Facilities Act. Tuttavia, quando la deregolamentazione entrerà in vigore continueranno ad esserci alte barriere all'entrata soprattutto per gli ospedali ad alta specialità. La notevole specializzazione raggiunta dalla tecnologia medica richiede, infatti, un periodo di pianificazione e costruzione dell'ospedale di alta specialità che va dai 4 ai 9 anni.

Le barriere all'uscita assumono rilevanza se si considera che il disinvestimento non può essere effettuato senza incorrere in gravi perdite e senza provocare forte dissenso tra la popolazione di riferimento.

La considerazione che il mercato delle prestazioni mediche e dei servizi ospedalieri si presenti altamente concentrato rende plausibili possibili politiche collusive tra i diversi soggetti coinvolti, e ciò mette in dubbio la possibilità che la riforma sanitaria sia in grado effettivamente di incentivare comportamenti concorrenziali.

Ad esempio nel 1982, in California, fu emanata una legge che permise agli assicuratori privati di selezionare gli ospedali con cui stipulare contratti di fornitura. I primi risultati indicarono che la libera selezione dei providers da parte dei purchasers aveva prodotto una competizione tra gli ospedali sostanzialmente basata sul prezzo. Questo fenomeno si tradusse in un contenimento dei costi dell'assistenza ospedaliera rispet-

to agli anni precedenti e rispetto ad altri stati americani. L'effetto di contenimento dei costi si verificò soprattutto in aree geografiche dove erano presenti più di dieci ospedali all'interno di un raggio di 24Km. Questa considerazione assume rilevanza se si pensa che in Olanda più del 40% degli ospedali è situato in aree geografiche delimitate da un raggio di 24 Km dove sono presenti altre strutture ospedaliere. Bisogna aggiungere, però, che i risultati della deregolamentazione avvenuta in California rappresentano gli effetti che il cambiamento legislativo ha indotto a breve termine. Uno studio condotto successivamente in una grande città della California ha dimostrato, infatti, che la libera selezione dei providers ha determinato un radicale cambiamento della struttura del settore ospedaliero locale. In pochi anni i 14 ospedali presenti nella zona si sono fusi dando origine a 4 grandi poli ospedalieri. Rispetto ai primi effetti della deregolamentazione questo studio mostra come il settore ospedaliero tenda, nel medio periodo, ad un modello oligopolistico dove il prezzo gioca un ruolo minore come variabile competitiva. Al contrario dell'Olanda, la legislazione anti-trust statunitense possiede strumenti efficaci per prevenire o comunque regolare i processi di fusione. Immediatamente le fusioni ospedaliere divennero, infatti, interesse della Federal Trade Commission e del Justice Department.

7. Conclusioni

L'originale disegno olandese di un sistema sanitario equo e competitivo si sta gradualmente sfuocando. Il progetto di riforma è stato, infatti, bloccato dal governo successivo a quello che aveva richiesto la riforma stessa ed esistono forti dubbi sulla concreta attuazione del progetto.

L'implementazione della riforma sanitaria si è dimostrata più comples-

sa di quanto non si fosse immaginato. La creazione delle condizioni necessarie per riorientare tutto il sistema verso maggiori livelli di competizione richiede un pesante intervento di risistemizzazione della struttura del mercato sanitario olandese e dei comportamenti ormai consolidati dei diversi soggetti coinvolti in questo processo di riforma. Se da un lato l'alta densità di popolazione e il numero elevato delle strutture di offerta presenti nel territorio olandese sono teoricamente buone condizioni di partenza, d'altro canto, le modalità di finanziamento e la struttura del sistema di erogazione dei servizi sanitari, il tradizionale e consolidato comportamento anticompetitivo degli attori del servizio sanitario pongono gravi barriere alla possibilità che lo stesso si trasformi in un sistema competitivo.

La riforma si era basata sull'ipotesi che il mercato creasse degli automatismi che evitassero l'intervento pubblico. In realtà questi automatismi hanno prodotto effetti socialmente ed economicamente non accettabili, tanto da richiedere un adeguato intervento del governo. Solo un'efficace legge anti-trust può contrastare, infatti, i comportamenti anticompetitivi e i comportamenti monopolistici che hanno già cominciato a delinearsi.

Agli automatismi delle leggi di mercato, infatti, i soggetti del sistema sanitario olandese (in particolare i providers e i purchasers) stanno rispondendo con atteggiamenti difensivi, tesi cioè al mantenimento delle posizioni acquisite, con obiettivi esattamente opposti rispetto a quelli che il progetto di riforma vuole effettivamente conseguire.

(1) Il Prodotto Interno Lordo (PIL) o il Prodotto Nazionale Lordo (PNL) sono utilizzati più frequentemente come denominatori rispetto al Consumo Interno Totale (Total Domestic Expenditure). Queste

tre misure sono molto simili in alcuni Paesi. Tuttavia, si preferisce utilizzare il Consumo Interno Totale quando il numeratore è un aggregato di spesa.

(2) Le cliniche universitarie e gli ospedali pubblici erano, infatti, pari a 12 nel 1987 mentre il numero totale di ospedali presenti in Olanda, nello stesso anno, compresi gli istituti per lungodegenti e gli ospedali psichiatrici erano pari a 814.

(3) Fino alla metà degli anni '70 le assicurazioni private non operavano alcuna discriminazione dei prezzi nonostante l'assenza di regolamentazioni governative. Le ragioni erano molteplici, tra cui il timore di provocare l'intervento del governo o l'istituzione di cartelli tra le 20 più grandi compagnie di assicurazione presenti sul mercato e, soprattutto, perché gli assicuratori consideravano le polizze sanitarie un'esca per vendere altri pacchetti assicurativi che potessero permettere più alti margini di profitto. Durante gli anni '70 l'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria rese maggiormente conveniente per gli assicuratori privati procedere alla selezione dei pazienti in

base al rischio di malattia innescando, così, un processo di differenziazione dei premi e di segmentazione del mercato.

(4) Il dato si riferisce al 1990. Nel momento in cui si scrive non sono disponibili dati relativi al 1991.

(5) Il fenomeno dell'azzardo morale (moral hazard) consiste in un consumo maggiore di servizi sanitari nel caso di pazienti muniti di polizza assicurativa. Per approfondimenti si veda G. Fattore « Il mercato assicurativo privato in sanità ». **Mecosan** 1993; 7: 10-17.

(6) Negli Stati Uniti d'America questo effetto anticompetitivo del diritto alla libera scelta voluto dall'American Medical Association indusse la Corte Suprema a pronunciarsi nel 1982 e a dichiarare che il diritto alla libera scelta violava le leggi anti-trust (Schut, 1992).

(7) In base all'Hospital Facilities Act i nuovi ospedali generali devono, infatti, avere un numero minimo di posti letto pari a 175 per garantire la presenza di due medici specialisti a tempo pieno per ognuna delle specialità mediche considerate essenziali.

BIBLIOGRAFIA

- OECD Health Systems, *Facts and Trends, 1960-1991*. Volume I.
- ANESSI E., *Il governo della sanità nei paesi industrializzati: modelli a confronto*. **Mecosan** 1992; 3: 19-43.
- SCHUT F., *Workable competition in health care: prospects for the Dutch design*. Soc. Sci. Med., 1992; 12: 1445-1455.
- FATTORE G., *Il mercato assicurativo privato in sanità: cenni alla teoria economica*. **Mecosan** 1993; 7: 10-17.
- MAARSE J.A.M., VAN DER HORST A., MOLIN E.J.E., *Hospital budgeting in the Netherlands*. European Journal of Public Health 1993; 3: 181-187.
- RENÉ C.J.A., VAN VLIET and WYNAND P.M., VAN DE VEN *Towards a capitation formula for competing health insurers. An empirical analysis*. Soc. Sci. Med., 1992; 9: 1035-1048.
- FERRARA M., *EC Citizens and Social Protection: main results from a Eurobarometer survey*. Commissione DG/E/2 della Comunità Europea, Bruxelles, 1993.

Sanità e impresa

Sezione 5^a

LE RIUNIONI TEMPORANEE DI IMPRESE NELLE GARE DI FORNITURE PUBBLICHE

di Guido Arturo Tedeschi

Commercialista

SOMMARIO — *Note introduttive*: 1. La riunione temporanea di imprese tra diritto civile e diritto amministrativo - 2. L'evoluzione della normativa sulle riunioni temporanee di imprese - 3. Il GIE e il GEIE - 4. Le novità della legge quadro in materia di lavori pubblici - 5. I consorzi stabili - 6. Le riunioni di imprese nelle gare per forniture / *Contributi interpretativi*: 1. La costituzione della riunione e la partecipazione alle gare dei consorzi - 2. La partecipazione - 3. Le qualifiche - 4. La scelta dei candidati nelle procedure ristrette e negoziate - 5. La scelta della procedura ristretta e negoziata - 6. La società di esecuzione - 7. La responsabilità delle imprese riunite nei confronti del committente - 8. L'esecuzione del contratto di fornitura - 9. Il fallimento di un'impresa riunita - 10. Il mandato.

Note introduttive

1 La riunione temporanea di imprese tra diritto civile e diritto amministrativo

La riunione temporanea di imprese è stata istituita nel 1977 con la legge 8 agosto 1977, n. 584, per attuare un aspetto di particolare rilievo contenuto nella direttiva CEE n. 305/1971: la partecipazione alle gare di imprese riunite per l'occasione e al solo scopo di realizzare l'attività che è oggetto dell'affidamento.

Il nostro ordinamento giuridico, per la verità, conosceva già dei modelli di associazionismo imprenditoriale, come il consorzio con attività esterna, regolato dagli artt. 2602 e seguenti del c.c., e l'associazione in partecipazione. Il rilievo che non si tratterebbe di istituti di carattere temporaneo ma permanente potrebbe essere facilmente confutato osservando che nulla avrebbe impedito, nel consorzio, di stabilire una durata rapportata all'esaurimento delle attività relative ad un oggetto specifico (2604

c.c.); nell'associazione in partecipazione, la partecipazione ad un determinato affare è poi espressamente prevista dalla legge (art. 2549 c.c.).

Anziché attuare una riforma dei nostri istituti giuridici per renderli idonei a soddisfare le nuove e crescenti esigenze del mondo imprenditoriale (basti pensare allo sviluppo che hanno avuto le joint-ventures, proprio in quel periodo, nel mondo degli affari internazionali), si è preferito tentare di risolvere il problema in un'ottica più limitata, tutta concentrata sulle gare pubbliche e sulla tutela della Pubblica Amministrazione.

Ne è nato un corpo di norme che appartengono più al diritto amministrativo che al diritto civile e che hanno lasciato insoluti così tanti problemi da costringere in seguito il legislatore a tamponare le falle con interventi episodici e non sempre coerenti ed efficaci.

Gli articoli 20 e seguenti della legge n. 584 (oggi trasferiti negli articoli 22 e seguenti del D.L.vo 19 dicembre 1991, n. 406), infatti, non contengono norme sulla responsabilità

nei confronti dei terzi e neppure un minimo di regole per disciplinare i rapporti tra gli associati, come ci si attenderebbe da una legge che istituisce una qualsivoglia entità giuridica di tipo associativo. La disciplina dettata dalla legge n. 584 è tutta orientata a stabilire invece i meccanismi di qualificazione della compagine e l'estensione delle responsabilità nei confronti della PA.

A sua volta, l'art. 10 del D.L.vo 24 luglio 1992, n. 358 (del tutto identico all'art. 9 della legge 30 marzo 1981, n. 113), che riguarda la disciplina delle riunioni nelle gare di pubbliche forniture è, come si vedrà, ancora più lacunoso.

Quando poi, dalla fase della ricerca e della scelta del contraente si passa a quella dell'esecuzione del contratto, non si trova più alcun utile punto di riferimento nelle leggi citate, e le imprese riunite possono fare affidamento solo sulle altre leggi civili e fiscali del diritto positivo (fatto salvo quanto si dirà in seguito, a proposito della recente legge quadro in materia di lavori pubblici).

2 L'evoluzione della normativa sulle riunioni temporanee di imprese

La prova dell'insufficienza della figura giuridica, è documentata dal faticoso avvio del suo uso, come strumento certamente prezioso per partecipare alle gare ma del tutto inutilizzabile per operare. Ancora oggi si rintracciano riunioni di imprese che agiscono come società di fatto: dal punto di vista tributario si comportano come le società di persone, mentre i rapporti reciproci sono stabiliti su base meramente contrattuale, senza alcun soccorso della disciplina civilistica, fatta eccezione per le norme sul mandato (art. 1703 c.c.), che costituiscono il suo fondamento giuridico.

Un'altra prova è costituita dall'introduzione, nella legge n. 584, dell'art. 23-bis, operata dalla legge 8 ottobre 1984, n. 687 (oggi art. 26 del D.L.vo n. 406/1991).

Con questa riforma si è consentito alle imprese riunite di costituire una società, anche consortile, per l'esecuzione unitaria delle opere, senza che ciò configurasse violazione delle leggi sui lavori pubblici, e segnatamente di quelle concernenti il subappalto e la cessione di contratto.

Senonché anche questa innovazione, pur avendo contribuito positivamente a risolvere molti problemi operativi, ha mostrato i suoi limiti. Il concetto di subentro contenuto nella legge si è ben presto dimostrato privo di qualunque reale significato giuridico; basti pensare al fatto che le società generate da una riunione di imprese sono generalmente società a responsabilità limitata (s.p.a. oppure s.r.l.), per comprendere come il committente debba sempre riferirsi al rapporto sovrastante di riunione, per non perdere ogni tutela.

Così quando l'art. 6 della legge 17 febbraio 1987, n. 80 (oggi trasferito nel D.L.vo n. 406/1991, già più volte citato) ha consentito anche ai consorzi di partecipare alle gare, si è fatto un

passo avanti ma si è aperta una nuova falla nel sistema: il consorzio è infatti caratterizzato dalla responsabilità limitata dei consorziati (art. 2615 c.c.) per le obbligazioni comuni e gli artt. 20 e seguenti della legge n. 584 non contemplano il rapporto consortile per individuare, nell'ambito di quest'ultimo, le funzioni di impresa mandataria e quella di impresa mandante. Così si è finito per forzare a livello interpretativo il significato non equivoco dell'art. 2615, per attribuire ai consorziati una responsabilità illimitata e solidale che la legge non prevede, in via generale.

3. Il GIE e il GEIE

Negli altri Paesi comunitari esistono degli istituti del tutto idonei a partecipare alle gare pubbliche, che sono però stati creati per soddisfare le esigenze di tutto il mondo economico e non solo di quello degli appaltatori o fornitori pubblici.

Le associazioni temporanee e i Gruppi di interesse economico sono entità regolate compiutamente dalla legge, sia sotto il profilo civile che fiscale, e vengono impiegati sia dalle imprese che dai professionisti in sempre maggiori circostanze.

Con l'attuazione del Gruppo europeo di interesse economico (GEIE), figlio legittimo del Gruppo di interesse economico francese (GIE), molti Paesi (per ultima la Spagna), hanno approfittato dell'occasione per introdurre nei loro ordinamenti anche degli enti di diritto interno aventi le medesime caratteristiche di ausiliarità economica e di trasparenza tributaria, condizioni ambedue indispensabili per rendere effettivamente utile lo strumento giuridico.

La nostra legge (D.L.vo 23 luglio 1991, n. 240) assimila il GEIE alle riunioni temporanee e ai consorzi per partecipare alle gare per lavori pubblici e pubbliche forniture, di modo che una folla sempre più composita di

figure, ciascuna con la sua disciplina, si presenterà in futuro davanti alla Pubblica Amministrazione, mentre la riunione di imprese continuerà, se non interverranno fatti nuovi, ad interessare solo l'area dei rapporti con le Pubbliche Amministrazioni.

4. Le novità della legge quadro in materia di lavori pubblici

Con l'entrata in vigore della legge 11 febbraio 1994, n. 109 (legge quadro in materia di lavori pubblici), si aprirà una fase fortemente innovativa che riguarda tutta la materia dei lavori pubblici, che ha influenza anche per quanto concerne i contratti di fornitura e le riunioni temporanee (1).

La legge prevede l'emanazione di una serie di regolamenti di attuazione, che costituiranno una sorta di testo unico sugli appalti.

È quindi prematuro entrare nei dettagli del provvedimento; ai nostri fini è sufficiente segnalare le principali novità che possono interessare l'argomento di cui si sta trattando.

L'art. 10 della legge n. 109/1994 riassume finalmente le figure associative legittimate a partecipare alle gare, comprendendo anche i consorzi che hanno assunto forma societaria, i consorzi stabili (nuova figura, di cui si dirà) e i consorzi di imprese artigiane (ma dimenticando il GEIE, di cui si è appena trattato!)

Nel caso dei consorzi, si è riconosciuta finalmente in modo esplicito quanto la dottrina sostiene da tempo e cioè, che la legge ammette la costituzione di società con scopo consortile; di conseguenza non avrebbe senso impedire ad una società consortile di partecipare ad una gara, essendo essa né più né meno che un consorzio come gli altri, che ha tuttavia assunto forma societaria.

(1) La legge è stata quasi integralmente sospesa fino al 31 dicembre 1994, dall'art. 6 del D.L. 31 maggio 1994, n. 331.

Quanto alle restanti norme previste dalla legge quadro riguardanti le riunioni, si tratta prevalentemente di conferme di aspetti già risolti legislativamente in vari provvedimenti, ovvero accolti in via interpretativa dalla miglior dottrina e giurisprudenza.

Tuttavia, la legge contiene una novità destinata ad avere conseguenze di notevole momento.

Come si è già fatto osservare, la disciplina delle riunioni si è sempre disinteressata dei rapporti tra gli associati e dei rapporti tra questi e i terzi, perché la sua preoccupazione prevalente è sempre stata quella di tutelare la Pubblica Amministrazione.

Il comma 2 dell'art. 6 afferma invece che « l'offerta dei concorrenti associati o dei consorziati di cui al comma 1 determina la loro responsabilità solidale nei confronti dell'amministrazione nonché nei confronti delle imprese subappaltanti (*rectius*: subappaltatrici - n.d.r.) e dei fornitori ».

Si tratta quindi di una norma destinata ad avere notevoli effetti pratici, orientata ad estendere il regime della responsabilità solidale alle forme di associazionismo imprenditoriale, in linea con i più moderni istituti europei e anche comunitari (GEIE).

Per i consorzi e le società consortili, si tratta di un superamento di quanto stabilito dall'art. 2615 c.c. e dalla specifica disciplina delle società di capitali.

Queste disposizioni, i cui confini sono ancora incerti, non pare tuttavia possano estendersi alle riunioni di imprese nel campo delle forniture.

5 I consorzi stabili

Una figura del tutto nuova nel panorama giuridico italiano, è stata contemplata dall'art. 12 della legge quadro, con l'evidente finalità di favorire la concentrazione delle imprese di costruzioni.

Si è già osservato che il consorzio, nel campo dei lavori pubblici, è una

figura mutuata dalle riunioni di imprese ed è quindi costituito con un oggetto determinato. Il consorzio stabile (o società consortile stabile) è costituito invece con un oggetto sia pure determinato (lavori pubblici), ma generale, non finalizzato cioè alla partecipazione ed all'eventuale esecuzione di una o più gare.

È la legge stessa che si incarica di stabilire quali siano gli elementi irrinunciabili del consorzio stabile, per riconoscerlo come soggetto (candidato o offerente) nelle gare pubbliche:

— i partecipanti devono essere almeno tre imprenditori;

— devono possedere i requisiti e le qualifiche di cui all'art. 8 della legge quadro (da stabilirsi in un emanando regolamento);

— abbiano stabilito di operare esclusivamente in modo congiunto nel settore dei lavori pubblici, per un periodo non inferiore a cinque anni istituendo a tal fine una comune struttura di impresa.

Seguono altre disposizioni, anche tributarie, che non è qui il caso di commentare, tutte orientate tuttavia ad incentivare la creazione di una vera e propria impresa destinata a rendersi, anche se gradualmente, autosufficiente, al punto di sostituire, in futuro, la stessa struttura organizzativa delle imprese consorziate.

6 Le riunioni di imprese nelle gare per forniture

Anche per partecipare alle gare per l'affidamento di pubbliche forniture, quindi, le imprese possono raggrupparsi. Per gli appalti pubblici di lavori, dispongono gli artt. 22 e seguenti del D.L.vo 19 dicembre 1991, n. 406; per le forniture, il solo art. 10 del D.L.vo 24 luglio 1992, n. 358; per i servizi, si attende l'attuazione della direttiva CEE n. 50 del 18 giugno 1992, che contempla anch'essa la partecipazione di raggruppamenti alle gare (art. 26).

L'art. 10 del D.L.vo n. 358/1992,

che ha sostituito la legge n. 113/1981, non contiene nulla di innovativo rispetto alla precedente disciplina.

Nonostante tuttavia la riunione, nel campo delle forniture pubbliche, sia presente da oltre un decennio, non si può affermare che il suo impiego possa basarsi su una prassi procedurale sufficientemente consolidata.

La ragione risiede probabilmente nel fatto che, nelle forniture, essa è assai meno diffusa e non ha subito il travaglio di una legislazione frenetica, per ragioni prevalentemente di ordine pubblico (antimafia), come è avvenuto per gli appalti.

Inoltre le forniture non sono contratti di durata e l'adempimento si esaurisce generalmente con la semplice consegna di beni.

Il testo dell'art. 10 del D.L.vo n. 358, è quindi assai più asciutto degli omologhi del D.L.vo n. 406.

Tuttavia, a questa semplicità, non corrisponde un'altrettanto chiara applicabilità, in relazione ai molteplici casi che si possono verificare nella pratica operativa.

Occorre in primo luogo constatare come la teoria delle riunioni si sia sviluppata prevalentemente in funzione degli appalti di lavori.

Il primo interrogativo che ci si pone riguarda l'estensione della normativa e della prassi delle riunioni temporanee nei pubblici appalti, alle altre procedure di aggiudicazione di forniture e servizi, ove queste non dispongano.

Le riunioni, come si è già rilevato, non corrispondono ad una figura tipica del nostro ordinamento, retta da un complesso di regole coerenti ed esaustive.

All'insufficienza dell'istituto occorre perciò porre rimedio attraverso la costruzione paziente di una prassi operativa, che ha carattere generale, estendendosi addirittura, secondo la maggior parte degli interpreti, nel campo privatistico.

Nel settore pubblico, la corrispon-

denza dei soggetti committenti (enti pubblici), la comune matrice comunitaria, la medesima finalità economica di favorire lo sviluppo delle piccole e medie imprese, sono tutte ragioni valide per considerare universali gli approdi della dottrina e della giurisprudenza amministrativa, di gran lunga prevalenti nel campo delle procedure di aggiudicazione degli appalti di lavori.

Si può quindi tracciare una linea pragmatica di comportamento:

— quando vi è una regolamentazione specifica nella disciplina sulle forniture, questa prevale su ogni altra fonte;

— quando non vi è alcuna previsione, ma situazioni del tutto analoghe, si applicano le disposizioni sulle riunioni negli appalti di lavori;

— quando non vi è alcuna previsione e situazioni difformi, devono essere apportati gli adattamenti del caso, nel rispetto dei principi e delle finalità comuni.

Fatte queste brevi premesse, si fanno seguire alcuni contributi interpretativi circa il ruolo delle riunioni nelle fasi di affidamento e di esecuzione degli appalti pubblici di forniture.

Contributi interpretativi

1 La costituzione della riunione e la partecipazione alle gare dei consorzi

Dalla lettura del c. 4 dell'art. 10 del D.L.vo 358/92, si evince chiaramente che la riunione si deve costituire solo dopo l'aggiudicazione e non prima. In quali termini non è detto, ma è chiaro che il contratto non può avere esecuzione se le imprese che hanno sottoscritto l'offerta congiunta non ottemperano a quanto stabilito dalla norma. Sarà quindi l'amministrazione a stabilire un termine congruo.

Se non vi è un obbligo di conferire il mandato prima della presentazione dell'offerta, non c'è tuttavia neppure un divieto.

Si ritiene perciò che il mandato possa essere conferito anche prima della gara (come è prescritto invece per gli appalti di lavori) e possano, per analogia, partecipare alle gare anche i consorzi, le società consortili e i Gruppi europei di interesse economico (GEIE), purché appositamente costituiti per quella gara e aventi perciò come oggetto sociale o statutario solo l'esecuzione dell'eventuale futuro contratto (il mandato, nella riunione, è infatti speciale).

2 La partecipazione

L'art. 10 del D.L.vo n. 358, che disciplina le procedure di affidamento delle forniture pubbliche, al contrario di quanto previsto nella legge sugli appalti di lavori, non prende in considerazione la fase della qualificazione, necessaria nelle procedure ristrette e negoziate, lasciando senza risposta molti interrogativi.

Nel caso delle procedure ristrette o negoziate (licitazione privata, appalto concorso, trattativa privata), caratterizzate da una prequalifica, si è dell'opinione che, nel silenzio della legge, non possa negarsi ad una impresa la facoltà, riconosciuta anche negli appalti di lavori, di chiedere di essere invitata a titolo individuale o in raggruppamento, senza palesare i soggetti con cui intende raggrupparsi.

È evidente che, in questo ultimo caso, l'impresa deve possedere da sola tutte le qualifiche ritenute necessarie dalla stazione appaltante.

Se un'impresa ha chiesto di essere invitata a titolo individuale o in raggruppamento, ci si domanda se può presentare offerta insieme ad un'impresa candidata nella stessa gara.

Si osserva che il procedimento amministrativo prende il via con la fase di prequalificazione e nel corso di questo processo ogni commistione di interessi tra partecipanti altera i principi della concorrenza che l'Amministrazione è tenuta a garantire.

Si è quindi più propensi a dare al quesito una risposta negativa.

Non suscita dubbi, invece, il caso in cui le imprese si siano già raggruppate, oppure abbiano dichiarato di volersi raggruppare sin dalla fase di prequalificazione; esse non possono di conseguenza presentarsi singolarmente o in raggruppamenti diversi.

Infine, se un'impresa presenta un'offerta singolarmente, non può partecipare ad alcun raggruppamento nella stessa gara, come un'impresa non può far parte di più raggruppamenti.

L'Amministrazione, in conclusione, non può pretendere di limitare la partecipazione ad imprese agricole, oppure a raggruppamenti, oppure ancora pretendere che i raggruppamenti si manifestino prima dell'offerta, perché la facoltà di partecipare alle gare, singolarmente o associati, non conosce limitazioni, nella normativa interna, e neppure in quella comunitaria.

Quando più imprese chiedono di essere invitate in raggruppamento, non è necessario che designino, in quella fase del procedimento, la capogruppo, perché la responsabilità solidale rende irrilevante questo aspetto dal punto di vista dell'amministrazione.

L'impresa invitata singolarmente, che presenta un'offerta congiunta, ai sensi del comma 1, non può evitare, anche possedendo da sola le qualifiche, che la stazione appaltante verifichi il possesso dei requisiti delle altre imprese, che non le sono state rese note in precedenza.

Infatti, è certo che tutte le imprese che fanno parte del raggruppamento debbano essere qualificate, perché tutto il sistema della qualificazione si basa, nelle direttive comunitarie, sul possesso dei requisiti economico-finanziari e tecnici dei concorrenti. Il principio non viene meno se un'impresa, anziché da sola, partecipi in raggruppamento.

Naturalmente, in quest'ultimo caso, le imprese devono complessivamente possedere le qualifiche necessarie alla partecipazione alla gara, che devono perciò intendersi riferite all'intero raggruppamento e non alle singole imprese, altrimenti non avrebbe senso consentire l'offerta congiunta.

3 Le qualifiche

Resta da stabilire l'entità delle qualifiche che ciascuna impresa raggruppata deve possedere. Ancora una volta, nulla è detto nella legge, mentre nel caso degli appalti di lavori, l'importo minimo di iscrizione all'albo nazionale costruttori delle imprese riunite orizzontalmente, deve essere almeno del venti per cento dell'importo dell'appalto (fatti salvi i più severi requisiti di cui all'art. 8 del D.P.C.M. 10 gennaio 1991, n. 55).

Si ritiene che l'amministrazione possa stabilire nel bando la qualificazione minima richiesta, e si esclude che possa ritenersi ammissibile un'impresa che non possenga la qualificazione o disponga di una qualificazione irrilevante, in relazione all'entità della commessa.

Qualche Amministrazione obietta che la presentazione di un'offerta da parte di un raggruppamento, attraverso la somma delle qualifiche, non consenta talvolta di ottenere una proposta conveniente, per mancanza della necessaria organizzazione degli offerenti.

Si osserva che, nelle forniture, il problema è di minor importanza che negli appalti di servizi e, per questi ultimi, manca ancora una normativa di recepimento delle direttive, che potrebbe anche affrontare e risolvere il problema.

Si nota ancora che l'ammissione di imprese raggruppate alle gare pubbliche ha finalità di salvaguardia delle piccole e medie imprese e non potrebbe essere ammissibile da parte del-

le stazioni appaltanti un atteggiamento discriminatorio nei loro confronti.

Ciò premesso, agli inconvenienti che si possono talvolta verificare, si possono opporre rimedi preventivi e successivi.

Quelli preventivi consistono nell'allestimento di un bando che preveda requisiti di particolare severità, purché essi abbiano natura oggettiva, tesa ad ottenere la miglior qualità del servizio (personale dipendente e non avventizio, mezzi d'opera, entità del fatturato, ecc.).

Quelli successivi, sono riconducibili alle fattispecie dell'inadempimento, che possono portare fino alla rescissione del contratto e alla richiesta di risarcimento del danno.

Al di fuori di questo quadro di riferimento, non è lecito spingersi, perché la P.A., gestendo risorse della collettività, non può agire con la stessa libertà del contraente privato, ma deve rispettare la legge e la prassi in ogni fase del procedimento amministrativo, nonostante si possano talvolta verificare inconvenienti sul piano dell'efficienza operativa.

La mancanza dei requisiti minimi in capo ad un'impresa raggruppata, porta all'esclusione dell'intero raggruppamento, anche se le altre imprese posseggono tutti i requisiti, financo in misura esuberante rispetto alle necessità.

Una volta formato il raggruppamento (prima dell'offerta o dopo), il mutamento della compagine, con l'ingresso di nuovi soggetti, o l'esclusione di altri, non è consentita, perché, nella fase esecutiva, prevale il principio dell'unicità del contraente, singolo o associato che sia. Fanno eccezione i soli casi di fallimento dell'impresa mandataria o di una mandante.

Quando ciò si verifica, sono consentiti, come si vedrà meglio in seguito, dei subentri di soggetti esterni, ma l'eccezionalità del caso porta ad escludere che tale possibilità sia

praticabile in circostanze diverse da quelle espressamente contemplate.

4 La scelta dei candidati nelle procedure ristrette e negoziate

Nelle gare d'appalto di lavori, l'art. 27 del D.L.vo n. 406/1991 stabilisce che la stazione appaltante debba di norma inserire nei bandi delle gare ristrette e negoziate una limitazione del numero dei candidati da invitare, da un numero minimo di cinque ad uno massimo di ventuno (la direttiva comunitaria prevedeva un massimo di venti).

La bozza di regolamento di attuazione, che stabiliva le modalità di questa scelta, è stata bocciata dal Consiglio di Stato, al quale era stato richiesto una parere preventivo, perché troppo complicata e sostanzialmente inattuabile.

Lo stesso regolamento stabiliva poi che, in caso la stazione appaltante non avesse deciso di ricorrere alla c.d. « forcilla » (così è chiamata questa procedura di selezione) tutte le ditte idonee avrebbero dovuto essere invitate (art. 2, comma 4).

La legge quadro sui lavori pubblici introduce il principio del sorteggio pubblico (art. 23).

L'art. 7 del D.L.vo N. 358, parrebbe attribuire all'Amministrazione un potere discrezionale di scelta, in linea con gli orientamenti comunitari.

In Italia, invece, la Pubblica Amministrazione è in genere fortemente vincolata nel suo operare, e risulta pertanto difficilmente accoglibile un'interpretazione letterale della norma, che lascerebbe l'A. libera di sfoltire le candidature, ben inteso con provvedimenti motivati e non indiscriminati.

Si segnala che la più recente direttiva sulle forniture pubbliche, 93/36/CEE del 14 giugno 1993, prevede il ricorso alla « forcilla » anche per le gare ristrette di pubbliche forniture (che non sono più condi-

zionate, come ora, al verificarsi di alcuni presupposti), senza peraltro stabilire specifiche modalità di selezione (art. 19).

Ciò premesso, si ritiene che, sulla base delle norme in vigore, degli istituti affini degli appalti di lavori e della futura evoluzione della normativa, la Pubblica Amministrazione debba, nelle gare ristrette e negoziate, invitare tutti i candidati in possesso dei requisiti stabiliti nel bando di gara.

In futuro potranno essere stabiliti dei criteri di scelta che saranno presumibilmente basati sul sorteggio, mentre per ora il ricorso a questa modalità selettiva è precluso dalla mancanza di un'esplicita previsione normativa che l'autorizzi.

5 La scelta della procedura aperta e ristretta

Per inciso, si osserva che il ricorso alle procedure aperte e ristrette (quest'ultima introdotta dal D.L.vo n. 48/1992 e poi trasferita nel D.L.vo n. 358/1992, e non contemplata nella legge n. 113/1981) deve essere debitamente motivato.

Mentre per le procedure negoziate le motivazioni da addurre sono realistiche e verificabili, per le procedure ristrette esse sono (art. 9) generiche e francamente non comprensibili (necessità di rispettare un equilibrio tra il valore della fornitura e i costi della procedura; natura specifica dei prodotti da fornire).

Si ritiene che l'obbligo di motivazione per ricorrere alla procedura ristretta costituisca un inutile adempimento, perché le garanzie offerte ai concorrenti sono del tutto adeguate.

Di ciò si è reso conto anche il legislatore comunitario che nella direttiva 93/36/CEE del 14 giugno 1993, ha del tutto assimilato le procedure aperte a quelle ristrette, alle quali si potrà in futuro liberamente ricorrere.

Per ora l'obbligo di motivazione resta, ma si ritiene del tutto formale e non sostanziale, alla luce dell'evoluzione della legislazione comunitaria e interna.

6 La società di esecuzione

Il raggruppamento, nella fase esecutiva, potrebbe costituire una società, anche consortile, per l'esecuzione unitaria del contratto.

Mentre per le forniture l'eventualità è remota (al punto che il D.L.vo n. 358 nulla prevede al riguardo), per i contratti di durata (somministrazioni, servizi, ecc.) l'ipotesi è tutt'altro che astratta.

Si ritiene che, in queste circostanze, debba essere applicato l'art. 26 del D.L.vo 19 dicembre 1991, n. 406, riguardante gli appalti di lavori; le

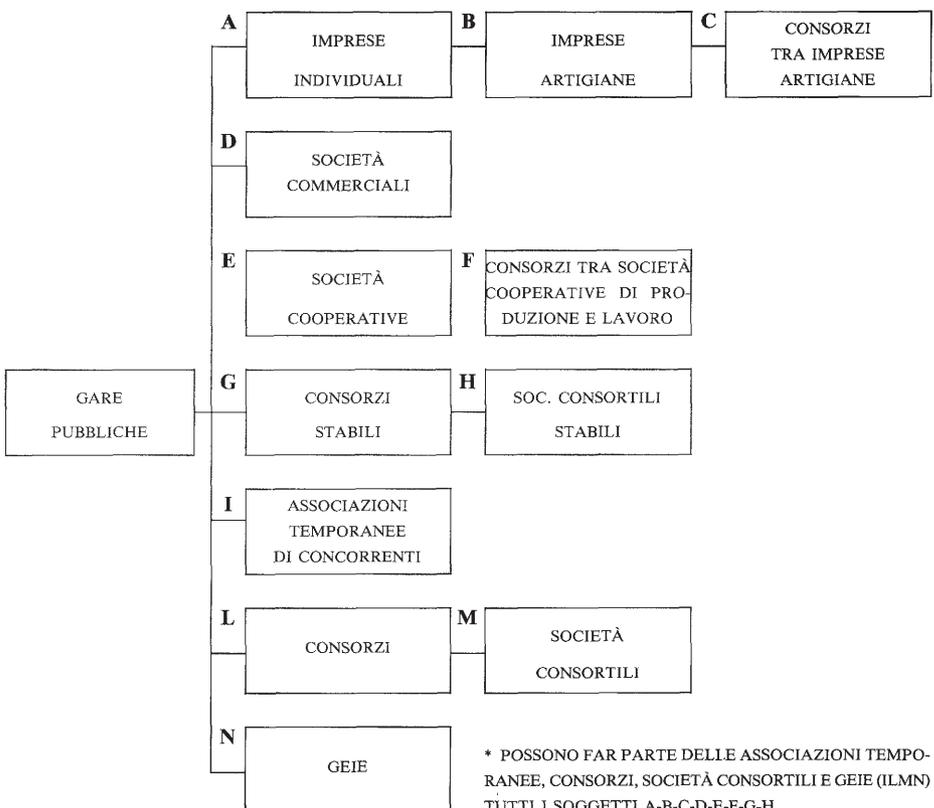
disposizioni richiamate sono ritenute pacificamente applicabili anche nel campo privatistico e quindi, a maggior ragione, nelle procedure pubbliche affini.

7 La responsabilità delle imprese riunite nei confronti del committente

L'art. 10 del D.L.vo n. 358, prevede, al comma 3, la responsabilità solidale delle imprese riunite, nei confronti della Pubblica Amministrazione.

Nelle procedure di appalto di lavori, questa ipotesi coincide con la riunione c.d. « orizzontale », mentre nelle riunioni « verticali » solo la responsabilità della capogruppo è illimitata, mentre quella delle mandanti è limitata alla parte di lavori di propria competenza.

Tabella 1 - Soggetti abilitati a partecipare alle gare di appalto di lavori pubblici e di pubbliche forniture



Si tratta ora di stabilire se anche nel campo delle forniture pubbliche siano allora praticabili le ipotesi di riunioni verticali.

La risposta dovrebbe essere positiva, perché non si può escludere a priori che una fornitura possa essere convenientemente scissa dall'amministrazione, in sede di gara, in fasi distinte, consentendo una partecipazione di concorrenti con qualifiche differenziate.

Sulla natura della responsabilità la

dottrina è da tempo divisa: alcuni autori la considerano di carattere fidejussorio, mentre altri individuano nel dispositivo una coobbligazione solidale nell'adempimento del contratto.

Chi sostiene l'interpretazione della coobbligazione solidale, basa il suo convincimento sull'unicità del rapporto che si instaura con la Pubblica Amministrazione, che risulterebbe invece frazionato in caso di riconoscimento della natura fidejussoria dell'obbligazione.

Inoltre è stato sostenuto, con fondamento, che le qualifiche necessarie alla partecipazione alla gara riguardano i criteri guida per la scelta del contraente e non avrebbero più peso nella fase successiva di esecuzione, come è testimoniato dal fatto che in caso di fallimento di un'impresa mandante, il rapporto possa proseguire con il subentro di altra impresa riunita, indipendentemente dal possesso, da parte di quest'ultima, dei requisiti globali necessari.

Altri commentatori osservano che il complesso delle qualifiche necessarie per concorrere devono sussistere anche durante l'esecuzione: di modo che, venendo meno l'adempimento di un'impresa riunita, il rapporto potrebbe proseguire solo se le altre imprese posseggano i requisiti, sulla base dei quali si è proceduto all'affidamento (pur nella misura ancora necessaria al completamento); ciò porterebbe a concludere che la garanzia ha natura fidejussoria.

Si è dell'opinione che occorra distinguere nettamente la fase della qualificazione e della scelta del contraente, da quella dell'esecuzione.

Nella fase di esecuzione, sono preminenti gli interessi dell'Amministrazione (e quelli pubblici, che l'Amministrazione deve perseguire) alla conservazione del contratto e all'adempimento.

Ciò porta a considerare maggiormente fondata l'interpretazione che considera le imprese riunite comunque coobbligate solidalmente all'esecuzione del contratto.

Se tale conclusione è più soddisfacente per quanto concerne gli appalti di lavori, a maggior ragione lo è per le forniture, dove molto spesso i beni forniti sono fungibili, di grande mercato o di produzione corrente.

8 L'esecuzione del contratto di fornitura

Nelle offerte, le imprese riunite de-

Tabella 2 - Consorzi stabili di imprese

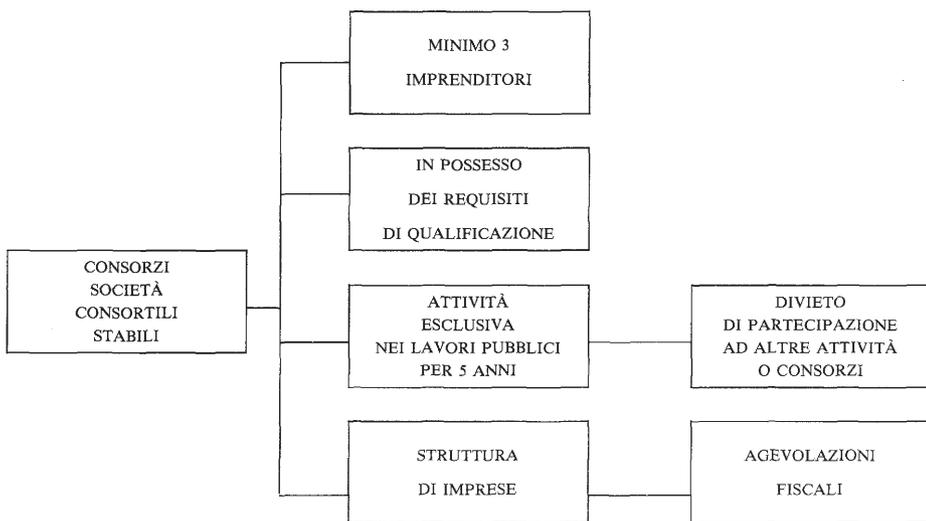
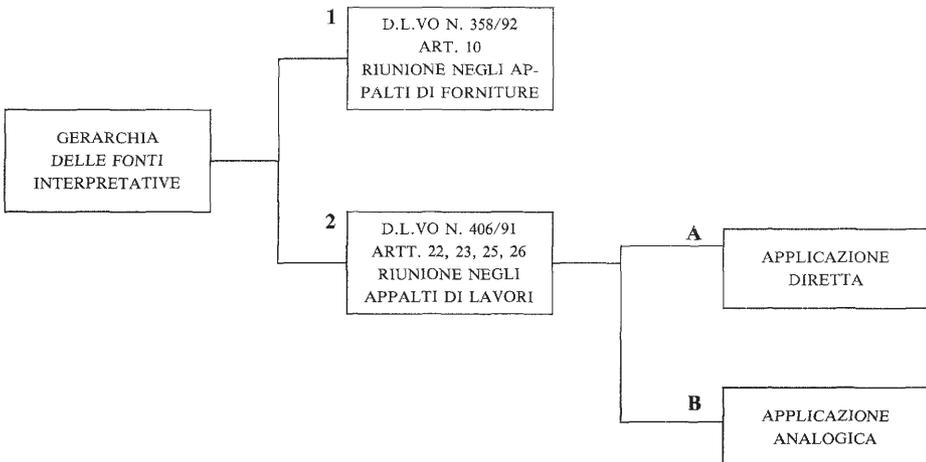


Tabella 3 - Riunioni di imprese e gare per forniture pubbliche



vono specificare le parti della fornitura che saranno eseguite dalle singole imprese.

I principi che si sono in precedenza enunciati, portano a concludere che la dichiarazione non è vincolante in fase esecutiva.

Esaurita infatti la procedura di agiudicazione, se si concorda con la teoria della coobbligazione solidale delle imprese riunite, l'Amministrazione non può pretendere che le quote vengano rispettate, ma solo che la controparte adempia integralmente alle obbligazioni contrattuali.

Un diverso atteggiamento, talvolta, potrebbe essere addirittura contro il suo interesse.

9 Il fallimento di un'impresa riunita

Il fallimento (o le altre procedure concorsuali che comportano la cessazione dell'impresa), può riguardare sia la mandataria che una (o l'unica) mandante.

Nel primo caso, l'Amministrazione ha la facoltà di scelta tra la rescissione del contratto e la sua continuazione.

Le imprese mandanti devono conferire un nuovo mandato ad un'impresa del gruppo o anche estranea ad esso. Esse hanno una sorta di diritto di proposta, perché non è ipotizzabile che si possa prescindere dal rapporto fiduciario che deve sussistere tra i soggetti interessati all'esecuzione del contratto.

È evidente che la soluzione adottata debba essere di gradimento del-

l'Amministrazione, altrimenti essa potrebbe ricorrere alla rescissione, che non è soggetta ad alcuna condizione.

Tuttavia l'Amministrazione non ha, al di fuori di questo mezzo estremo, un vero e proprio diritto di orientare le scelte.

Naturalmente l'impresa designata, se esterna al gruppo, deve possedere i requisiti. Se invece è interna, già qualificata, non è soggetta ad alcuna prova, e il rapporto può proseguire, eccezionalmente, anche se le imprese superstiti non posseggono più le qualifiche in misura sufficiente (sempre rapportate alla parte del contratto ancora da eseguire).

In caso di fallimento di un'impresa mandante, si ritiene che le altre imprese possano portare a termine la fornitura, anche se non posseggono più i requisiti necessari. La mandataria può in ogni caso indicare un'impresa subentrante in possesso dei requisiti, che non potrebbe essere rifiutata dalla stazione appaltante, ma solo essere soggetta alla verifica circa la sussistenza dei requisiti.

Questa interpretazione è tuttavia assai incerta perché la legge non fa alcuna distinzione tra il caso in cui le imprese superstiti posseggano i requisiti di quella fallita e il caso invece che i requisiti vengano meno.

L'eccezionalità delle circostanze contemplate nei commi 8 e 9 dell'art. 10 e l'assenza di prescrizioni sui requisiti, solitamente assai severe, soprattutto negli appalti di lavori, fanno propendere per le conclu-

sioni sopra esposte, circa la non essenzialità, nella compagine superstita, della presenza dei requisiti, salvo ciò non comporti l'impossibilità di portare a conclusione il contratto.

10 Il mandato

Sulla natura del mandato e sugli effetti della rappresentanza, non ci si intrattiene in modo particolare, perché riguarda i rapporti tra le imprese, e non i rapporti con la P.A.

Qui si osserva che, mentre negli appalti di lavori, il compito della capogruppo è quello di esprimere l'offerta per conto proprio e delle mandanti, nel caso delle forniture, l'offerta è congiunta e il mandato viene conferito successivamente.

Se il mandato viene conferito prima di esprimere l'offerta, come è consentito, allora l'offerta è legittimamente presentata dalla sola capogruppo.

La rappresentanza, nella legge sugli appalti di lavori, è « esclusiva », mentre nella legge sulle forniture non vi è alcun accenno all'esclusività. Non pare tuttavia che tale omissione abbia particolari conseguenze.

Infatti l'Amministrazione, eccezionalmente, può far valere direttamente la responsabilità in capo alle mandanti, che sono legittimate, in questo caso, a stare in giudizio direttamente; in tutti gli altri casi, l'esclusività della rappresentanza conferita alla capogruppo è sicuramente operante, anche senza un'espressa previsione.

Le riunioni temporanee di imprese nei pubblici appalti

APPALTI

D.L.VO 19 dicembre 1991, n. 406

Art. 22

Riunioni di imprese

1. - Sono ammessi a presentare offerte per gli appalti e le concessioni di cui al presente decreto nonché per concessioni e appalti in genere di opere pubbliche eseguite a cura delle amministrazioni e degli enti pubblici, dei loro concessionari o da cooperative o consorzi ammessi a contributo o concorso finanziario dello Stato o di enti pubblici, imprese riunite che, prima della presentazione dell'offerta, abbiano conferito mandato collettivo speciale con rappresentanza ad una di esse, qualificata capogruppo, la quale esprime l'offerta in nome e per conto proprio e delle mandanti, nonché consorzi di cooperative di produzione e di lavoro regolati dalla L. 25 giugno 1909, n. 422, e dal R.D. 12 febbraio 1911, n. 278, e successive modificazioni ed integrazioni e consorzi di imprese di cui all'art. 2602 e seguenti del codice civile.

2. - In caso di licitazione privata, di appalto concorso o di trattativa privata, l'impresa invitata individualmente ha la facoltà di presentare offerta o di trattare per sé e quale capogruppo di imprese riunite, ai sensi del comma 1.

3. - Possono altresì essere invitate alle gare o alla trattativa privata di cui al comma 2, imprese riunite o che abbiano dichiarato di volersi riunire ai sensi del comma 1, le quali ne facciano richiesta al soggetto appaltante, sempre che sussistano i requisiti previsti dal presente decreto.

4. - Non è consentita l'associazione anche in partecipazione o il raggruppamento temporaneo di imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

5. - La violazione della disposizione di cui al comma 4 comporta l'annullamento dell'aggiudicazione o la nullità del contratto, nonché l'esclusione delle imprese riunite in associazione concomitante o successiva dalle nuove gare relative ai medesimi lavori.

Art. 23

Requisiti dell'impresa singola e di quelle riunite

1. - Quando nell'appalto sussistono opere rientranti in più categorie fra quelle previste dalla tabella annessa alla L. 10 febbraio 1962, n. 57, e successive modificazioni, l'Amministrazione aggiudicatrice richiede nel bando, nel-

FORNITURE

D.L.VO 24 luglio 1992, n. 358

Art. 10

Raggruppamenti di imprese

1. - Alle gare per l'aggiudicazione delle forniture di cui al presente testo unico sono ammesse a presentare offerte anche imprese appositamente e temporaneamente raggruppate.

2. - L'offerta congiunta deve essere sottoscritta da tutte le imprese raggruppate e deve specificare le parti della fornitura che saranno eseguite dalle singole imprese e contenere l'impegno che, in caso di aggiudicazione della gara, le stesse imprese si conformeranno alla disciplina prevista nel presente articolo.

l'avviso di gara, o quando si ricorre alla trattativa privata nel capitolato speciale, fermo quanto previsto dagli articoli 18, 19, 20 e 21, l'iscrizione all'Albo nazionale costruttori alla sola categoria prevalente, salvo che per comprovati motivi tecnici evidenziati in sede progettuale, non risulti indispensabile richiedere anche l'iscrizione con la corrispondente classifica in altre categorie sempreché l'importo dei lavori delle categorie stesse singolarmente considerate sia almeno pari al 20 per cento dell'importo dell'appalto. In tal caso ciascuna impresa riunita deve essere iscritta nelle categorie richieste per classifica corrispondente ad un quinto dell'importo dei lavori di ogni singola categoria; l'impresa singola deve essere iscritta all'Albo nazionale costruttori nelle categorie richieste per classifica corrispondente all'importo dei lavori di ogni singola categoria.

2. - Nel caso sia richiesta per l'appalto l'iscrizione all'Albo nazionale costruttori alla sola categoria dei lavori prevalente, ciascuna impresa riunita deve essere iscritta per classifica corrispondente ad un quinto dell'importo dei lavori oggetto dell'appalto. L'impresa singola deve essere iscritta all'Albo nazionale costruttori nella categoria prevalente per classifica corrispondente all'importo dei lavori.

3. - Salvo quanto disposto dall'art. 5, qualora nell'appalto siano previste, oltre ai lavori della categoria prevalente, anche parti dell'opera scorporabili, l'Amministrazione aggiudicatrice deve indicare nel bando la relativa categoria e classifica. Queste ultime possono essere assunte in proprio da imprese mandanti, individuate prima della presentazione dell'offerta, che siano iscritte nell'Albo nazionale costruttori per categoria e classifica corrispondenti alle parti stesse. L'Amministrazione aggiudicatrice deve indicare, altresì, nel bando l'importo della categoria prevalente ai fini dell'ammissibilità di imprese che intendono presentarsi singolarmente o riunite in associazione ai sensi del comma 2 del presente articolo.

4. - In ogni caso la somma degli importi per i quali le imprese riunite sono iscritte deve essere almeno pari all'importo dei lavori da appaltare.

5. - Il disposto dell'art. 5, comma 1, seconda parte, della L. 10 febbraio 1962, n. 57, come modificato dall'art. 2 della L. 29 marzo 1965, n. 203, si applica anche nel caso di imprese riunite, nei riguardi di ciascuna delle imprese partecipanti.

6. - Qualora l'impresa singola o le imprese che intendano riunirsi in associazione temporanea abbiano i requisiti di cui al presente arti-

colo, possono associare altre imprese iscritte all'Albo nazionale dei costruttori, anche per categorie ed importi diversi da quelli richiesti nel bando, a condizione che i lavori eseguiti da queste ultime non superino il 20 per cento dell'importo complessivo dei lavori oggetto dell'appalto e che l'ammontare complessivo delle iscrizioni possedute da ciascuna di tali imprese sia almeno pari all'importo dei lavori che saranno ad essa affidati.

7. - L'offerta delle imprese riunite determina la loro responsabilità solidale nei confronti dell'Amministrazione. Tuttavia per le imprese assuntrici delle opere indicate nel terzo comma la responsabilità è limitata a quella derivante dall'esecuzione delle opere di rispettiva competenza, ferma restando la responsabilità solidale dell'impresa capogruppo.

8. - Il mandato conferito all'impresa capogruppo dalle altre imprese riunite deve risultare da scrittura privata autenticata. La procura relativa è conferita a chi legalmente rappresenta l'impresa capogruppo. Il mandato è gratuito ed irrevocabile; la revoca del mandato per giusta causa non ha effetto nei confronti del soggetto appaltante.

9. - Al mandatario spetta la rappresentanza esclusiva, anche processuale, delle imprese mandanti nei confronti del soggetto appaltante per tutte le operazioni e gli atti di qualsiasi natura dipendenti dall'appalto, anche dopo il collaudo dei lavori, fino alla estinzione di ogni rapporto. Il soggetto appaltante, tuttavia, può far valere direttamente le responsabilità facenti capo alle imprese mandanti.

10. - Il rapporto di mandato non determina di per sé organizzazione o associazione fra le imprese riunite, ognuna delle quali conserva la propria autonomia ai fini della gestione e degli adempimenti fiscali e degli oneri sociali.

3. - L'offerta congiunta comporta la responsabilità solidale nei confronti dell'Amministrazione di tutte le imprese raggruppate.

4. - Le singole imprese, facenti parte del gruppo risultato aggiudicatario della gara, devono conferire, con unico atto, mandato speciale con rappresentanza ad una di esse, designata quale capogruppo. Tale mandato deve contenere espressamente le prescrizioni di cui al presente articolo e risultare da scrittura privata autentica, secondo la forma prevista del Paese in cui il relativo atto è redatto. La procura è conferita al rappresentante legale dell'impresa capogruppo.

5. - Il mandato è gratuito e irrevocabile e la sua revoca per giusta causa non ha effetto nei riguardi dell'Amministrazione.

6. - Al mandatario spetta la rappresentanza, anche processuale, delle imprese mandanti nei riguardi dell'Amministrazione per tutte le operazioni e gli atti di qualsiasi natura dipendenti dal contratto, anche dopo il collaudo della fornitura, fino all'estinzione del rapporto. Tuttavia l'Amministrazione può far valere direttamente le responsabilità a carico delle imprese mandanti.

7. - Il rapporto di mandato non determina di per sé organizzazione o associazione fra le imprese riunite, ognuna delle quali conserva la propria autonomia ai fini della gestione, degli adempimenti fiscali e degli oneri sociali.

Art. 25

Fallimento dell'impresa mandataria o di un'impresa mandante

1. - In caso di fallimento dell'impresa mandataria ovvero, qualora si tratti di impresa individuale, in caso di morte, interdizione o inabilitazione del suo titolare, l'amministrazione aggiudicatrice ha facoltà di proseguire il rapporto di appalto con altra impresa che sia co-

8. - In caso di fallimento dell'impresa mandataria o, se trattasi di impresa individuale, in caso di morte, interdizione o inabilitazione del titolare, l'Amministrazione ha facoltà di proseguire il contratto con altra impresa del gruppo o altra, in possesso dei prescritti requi-

stituita mandataria nei modi previsti dall'art. 23 e che sia di gradimento dell'Amministrazione medesima, ovvero di recedere dall'appalto.

2. - In caso di fallimento di una delle imprese mandanti ovvero, qualora si tratti di un'impresa individuale, in caso di morte, interdizione o inabilitazione del suo titolare, l'impresa capogruppo, ove non indichi altra impresa subentrante, in possesso dei prescritti requisiti di idoneità, è tenuta alla esecuzione, direttamente o a mezzo delle altre imprese mandanti.

siti di idoneità, entrata nel gruppo in dipendenza di una delle cause predette, che sia designata mandataria nel modo indicato al comma 4, ovvero di recedere dal contratto.

9. - In caso di fallimento di un'impresa mandante o, se trattasi di impresa individuale, in caso di morte, interdizione o inabilitazione del titolare, l'impresa mandataria, qualora non indichi altra impresa subentrante in possesso dei prescritti requisiti di idoneità, è tenuta alla esecuzione direttamente o a mezzo delle altre imprese mandanti.

Art. 26

Società tra imprese riunite

1. - Le imprese riunite possono costituire tra loro una società, anche consortile, ai sensi del libro V, titolo V, capi III e seguenti del codice civile, per la esecuzione unitaria, totale o parziale, dei lavori.

2. - La società subentra, senza che ciò costituisca ad alcun effetto subappalto o cessione di contratto e senza necessità di autorizzazione o di approvazione, nell'esecuzione totale o parziale del contratto, ferme restando le responsabilità delle imprese riunite di cui al comma 7 dell'art. 23.

3. - Il subentro ha effetto dalla data di notificazione dell'atto costitutivo all'Amministrazione aggiudicatrice.

4. - Tutte le imprese riunite devono far parte della società di cui al comma 1, la quale non è iscrivibile all'Albo nazionale dei costruttori previsto dalla L. 10 febbraio 1962, n. 57. Nel caso di esecuzione parziale dei lavori ai sensi del comma 1, la società può essere costituita anche dalle sole imprese, tra quelle riunite o consorziate, interessate alla esecuzione parziale.

5. - L'inizio dell'attività esecutiva della società è subordinato, ove necessario, esclusivamente agli accertamenti di cui all'art. 2 della L. 23 dicembre 1982, n. 936.

6. - Ai soli fini degli articoli 20 e 21 del presente decreto e dell'art. 14 della L. 10 febbraio 1962, n. 57, i lavori eseguiti dalla società sono riferiti alle singole imprese riunite, secondo le rispettive quote di partecipazione alla società stessa.

APPALTI OBIETTIVO TRASPARENZA

di Attilio Gugliatti

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

SOMMARIO: Introduzione - Le novità della legge-quadro - L'appalto-concorso - Alcune considerazioni sul prezzo come elemento di valutazione dell'offerta economicamente vantaggiosa - Considerazioni conclusive - Bibliografia.

Introduzione

Dopo l'emanazione della Direttiva CEE 92/50 entrata in vigore il 1° luglio 1993 e relativa all'appalto di servizi, la normativa comunitaria si presenta come un insieme di riferimento organico in materia di attività contrattuali delle pubbliche amministrazioni (1). Il complesso di disposizioni di derivazione comunitaria attualmente vigenti rappresenta un importante strumento per il raggiungimento di livelli di trasparenza e garanzia di concorrenza che permettano, di conserva con la definitiva approvazione della legge quadro in materia di lavori pubblici, di superare l'attuale difficile congiuntura.

Proprio sulla legge quadro sui lavori pubblici (legge Merloni) e sui suoi auspicati effetti si concentrano le aspettative di operatori dei settori coinvolti per una svolta ed una sostanziale ripresa dopo la stasi seguita alla bufera di tangentopoli e alla pesante recessione che ha colpito in maniera particolare le imprese costruttrici e l'insieme dei fornitori della pubblica amministrazione. La nuova disciplina si ispira a principi di trasparenza, economicità ed efficienza

adeguandosi alla disciplina comunitaria in materia di concorrenza ed ha carattere di generalità poiché si applica a tutte le amministrazioni dello Stato ed agli enti locali, nonché agli enti economici.

A pochi mesi dall'entrata in vigore della nuova normativa le reazioni e gli atteggiamenti della pluralità di soggetti coinvolti (pubblica amministrazione, in particolare enti locali, imprese di costruzione, sindacati di categoria, ordini professionali) testimoniano, tuttavia, le prevedibili difficoltà conseguenti all'applicazione degli aspetti caratterizzanti della legge. Le nuove disposizioni in materia di progetti esecutivi o di stipula di contratti a « corpo », pur finalizzate al recupero di livelli accettabili di trasparenza e di razionalizzazione delle procedure di esecuzione delle opere pubbliche, hanno infatti contribuito a causare un forte rallentamento dell'attività delle amministrazioni, mentre da parte delle imprese costruttrici si lamenta un notevole incremento dei vincoli sull'attività delle imprese edili in una fase congiunturalmente depressa (2).

In questo articolo saranno brevemente ripresi gli aspetti caratterizzanti

la nuova disciplina sugli appalti di opere pubbliche soffermando l'attenzione sulla procedura dell'appalto-concorso e sulle implicazioni metodologiche della valutazione dell'elemento prezzo nella definizione dell'offerta economicamente più vantaggiosa.

Le novità della legge quadro

Il recente spostamento dell'applicazione delle norme relative alla progettazione al momento dell'entrata in vigore del regolamento generale attuativo della legge n. 109, in pratica lo slittamento temporale dei disposti dei primi 6 commi dell'art. 16, comporta di fatto il momentaneo venir meno di uno degli aspetti centrali della nuova legge, vale a dire l'indicazione che le gare di appalto debbano essere effettuate solo sulla base di un progetto « esecutivo », di carattere rigoroso, inteso in maniera completamente diversa dalla vecchia prassi che accettava progetti sostanzialmente « di massima ». Questo slittamento temporale consente alle amministrazioni pubbliche di superare il momentaneo blocco delle procedure di esecuzione dei lavori dovuto alla man-

canza di progetti esecutivi redatti secondo la nuova disciplina e di mettere in gara progetti già approvati come esecutivi prima dell'entrata in vigore della legge. D'altra parte, anche questo provvedimento, al di là delle inevitabili disfunzioni legate al periodo di « rodaggio », evidenzia il portato fortemente innovativo della stessa.

Senza entrare nel merito complessivo della legge, gli aspetti relativi alla responsabilità del progettista, all'obbligo della stipula di contratti esclusivamente « a corpo », cioè con prezzo fisso e non soggetto a variazioni, al divieto di varianti in corso d'opera, alla drastica limitazione della trattativa privata, uniti alla nuova figura dell'Authority — Autorità per la vigilanza sui lavori pubblici — rappresentano punti fermi di una legge che in modo organico e generale regola una materia molto complessa in cui, come ha sottolineato il presidente della commissione ministeriale, prof. Massimo Severo Giannini, « gli interessi sono grandi e diversificati » (3).

Per limitarsi ad un'importantissima conseguenza della nuova normativa sull'operato delle amministrazioni pubbliche, basti ricordare in questa sede l'obbligo di programmazione delle opere da realizzare nel corso di un triennio sulla base di progetti preliminari « che dovranno fornire elementi certi sulla fattibilità dei singoli interventi » (4), consentendo almeno in linea di massima una migliore allocazione delle risorse. Stimolo alla programmazione dei lavori da realizzare nel triennio ed obbligo di redazione ed approvazione di un progetto realmente esecutivo: bastano in effetti solo questi due elementi per evidenziare i punti di maggiore criticità per le amministrazioni. Criticità che richiede indubbiamente un periodo di assestamento e soprattutto una risposta in termini di professionalità e gestione del cambiamento.

In questa sede vorremmo, tuttavia,

sottolineare l'importanza del fatto che il legislatore abbia ribadito, di concerto con la normativa comunitaria, l'inserimento del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa per l'aggiudicazione degli appalti mediante appalto-concorso e l'affidamento di concessioni mediante licitazione privata. Specificando all'art. 19 che « le amministrazioni aggiudicatrici affidano in concessione i lavori pubblici esclusivamente nel caso in cui la concessione abbia ad oggetto, oltre all'esecuzione, anche la gestione delle opere » (5), gli elementi, variabili in relazione all'opera da realizzare, da prendere in considerazione nella scelta dell'offerta economicamente più vantaggiosa sono i seguenti:

a) per appalto concorso: 1) il prezzo, 2) il valore tecnico ed estetico, 3) il tempo di esecuzione dei lavori, 4) il costo di utilizzazione e manutenzione;

b) per le licitazioni private nel caso di concessioni: 1) il valore economico e finanziario della controprestazione, 2) il valore tecnico ed estetico, 3) il tempo di esecuzione dei lavori, 4) il rendimento, 5) la durata della concessione, 6) le modalità di gestione ed il livello delle tariffe da praticare all'utenza (6).

All'interno di questi elementi di valutazione sono rimasti esclusi in sede legislativa alcuni criteri di riconosciuta rilevanza che potrebbero caratterizzare più approfonditamente le differenze tra i potenziali contraenti dell'amministrazione. In particolare, nel caso di opere infrastrutturali ci si riferisce a quegli elementi di ordine « qualitativo » inerenti la logistica, il controllo di qualità, il controllo tempi, la programmazione dei lavori e la misura degli avanzamenti che definiscono l'insieme del piano di esecuzione dell'opera e che sono di grande momento ai fini dell'individuazione dell'offerta « economicamente » più vantaggiosa. A questi elementi oc-

corre aggiungere gli aspetti più direttamente legati alla « qualità » dell'impresa in termini di fatturato e di esperienze, ma anche di professionalità della manodopera e orientamento alla sicurezza.

Proprio il tema « sicurezza » è indicativo del controverso atteggiamento del legislatore. Da una parte, infatti, all'art. 31 si sottolinea la necessità di piani di sicurezza nei cantieri edili — in conformità con la normativa comunitaria — rimandando ad un regolamento specifico di attuazione nella cui stesura il sindacato e le forze imprenditoriali saranno direttamente coinvolte. Al comma 2 dello stesso articolo si afferma, inoltre, che « Il piano di sicurezza forma parte integrante del contratto di appalto o di concessione » e che ripetute violazioni dello stesso « costituiscono causa di risoluzione del contratto ». Dall'altra, questo delicato argomento non trova spazio fra gli elementi di valutazione ai fini dell'individuazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa, rischiando di penalizzare proprio le imprese più attente alla sicurezza.

Il problema è, in definitiva, il limite oggettivo della definizione « valore tecnico ed estetico delle opere progettate » alla cui piena esplicitazione concorrono una molteplicità di elementi che rischiano di essere lasciati ancora una volta alla valutazione discrezionale delle commissioni. È auspicabile, in questo senso, che il regolamento attuativo della legge Merloni contribuisca a chiarire questi aspetti, aumentando nello stesso tempo i necessari livelli di trasparenza.

L'appalto-concorso

La legge n. 584/77 include l'appalto concorso e la licitazione privata tra le procedure nazionali di scelta del contraente compatibili con il modello CEE della procedura ristretta.

Questo disposto deve essere comunque coordinato con l'art. 29 della medesima legge che individua due soli criteri per l'aggiudicazione delle gare rilevanti anche in ambito comunitario: il prezzo più basso e l'offerta economicamente più vantaggiosa. Quest'ultima prevede la scomposizione dell'offerta in una serie di elementi tecnici (il prezzo, il termine di esecuzione, il costo di utilizzo, il valore tecnico, ecc.) individuati nel bando di gara.

Tutte le procedure di esecuzione degli appalti di opere e servizi pubblici a prescindere dalla loro denominazione devono necessariamente prevedere la scomposizione degli elementi dell'offerta e i criteri per la loro valutazione, come ribadito dalla VI sezione del Consiglio di Stato nella Decisione n. 754. In particolare, secondo il Consiglio di Stato, per gare di importo superiore alla soglia di rilevanza comunitaria (5 milioni di ECU) la procedura dell'appalto-concorso è stata modificata ed adeguata al modello comunitario di aggiudicazione all'offerta economicamente più vantaggiosa. In questo senso viene notevolmente limitata, sempre secondo il giudizio del Consiglio di Stato, la discrezionalità dell'amministrazione nella scelta del contraente, individuando precise categorie di valutazione. Conseguenza ulteriore di questa impostazione è l'invito, come suggerisce Saporito in sede di commento alla sopraccitata decisione (7), all'eliminazione dello stesso termine « appalto-concorso » per adeguarsi alle disposizioni CEE.

Questo invito non appare essere stato colto dal legislatore come si rileva proprio dalla recente legge quadro sugli appalti prima brevemente esaminata. Tuttavia, anche questa nuova normativa si muove nella direzione di sopperire alla « sostanziale mancanza di quella disciplina particolareggiata, che, viceversa, è presente in tutte le altre forme (asta

pubblica e licitazione privata), dove la scelta del contraente, la determinazione del prezzo e l'aggiudicazione si verificano in modo rigido e automatico » (8). Se, infatti, il procedimento dell'appalto-concorso è finalizzato all'ottenimento di forme di collaborazione P.A.-imprese in cui siano evidenziati contenuti e capacità tecnico-innovativi dei soggetti invitati alla procedura, la discrezionalità dell'amministrazione agisce su due livelli: l'identificazione dei soggetti da invitare alla gara e la valutazione delle singole offerte. Non consentendo, inoltre, la comparazione delle offerte sulla base del semplice elemento del prezzo, questa procedura costringe l'amministrazione ad effettuare valutazioni di aspetti estremamente eterogenei, inserendo ulteriori elementi di discrezionalità. I commi 2, 3, 4, 5 e 6 dell'art. 21 della legge quadro in un'ottica di trasparenza tendono a limitare i gradi di libertà della stazione appaltante stabilendo: gli elementi di valutazione ai fini dell'individuazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa, imponendo di indicare nel bando di gara l'ordine di importanza degli elementi stessi e le metodologie di comparazione, nonché le caratteristiche della commissione giudicatrice in quanto a numerosità e professionalità dei suoi componenti.

In attesa che il regolamento attuativo definisca con il rigore auspicato i necessari dettagli per una piena operatività di questo fondamentale articolo della legge, un utile esercizio può essere quello del confronto fra i vari criteri di comparazione dell'elemento « prezzo » nella valutazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa. Al riguardo l'articolo di Enrico Ruffino apparso sul numero 7 di questa rivista illustra molto validamente alcuni criteri di comparazione delle offerte relativamente al prezzo e al termine di esecuzione delle opere. Gli algoritmi ma-

tematici proposti in questo articolo rappresentano senza dubbio un importante momento di confronto e di verifica della razionalità implicita al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa.

Alcune considerazioni sul prezzo come elemento di valutazione dell'offerta economicamente vantaggiosa

Un primo elemento di riflessione può a nostro parere essere rappresentato dalla grandezza assoluta del punteggio da assegnare nella valutazione delle offerte all'elemento prezzo. Attribuire al prezzo una percentuale del 75-50 o 25% del parametro numerico finale per le singole offerte comporta automaticamente conseguenze molto differenziate sia nella valutazione dei rimanenti elementi (termine, aspetti tecnici, costi di manutenzione, ecc.) sia nella valutazione delle offerte rispetto allo stesso elemento prezzo. In effetti, l'attribuzione di un peso preponderante all'elemento prezzo nella valutazione complessiva delle offerte comporta il limite implicito di un conseguente ridimensionamento degli altri aspetti valutativi, avvicinando la procedura in maniera distorta alla licitazione privata snaturandone sia la natura che gli obiettivi di fondo in termini di incentivo all'innovazione e all'incremento delle capacità tecniche dell'impresa.

Un esempio pratico di una griglia ipotetica di elementi di riferimento, inserendo variabili per il momento non esplicitate dalla normativa, nel caso di una grande opera pubblica a carattere infrastrutturale.

È evidente che il concentrare la valutazione (ed in definitiva la scelta) esclusivamente sul prezzo ridimensiona in partenza la possibilità di ricercare l'aspetto « economicamente più vantaggioso » tra le varie offerte.

In secondo luogo, un giudizio fortemente incentrato sul prezzo, indipendentemente dai criteri matematici di determinazione del punteggio, rischia di evidenziare in maniera vistosa le differenze tra le offerte, amplificando scostamenti anche di scarso significato. In pratica, l'attribuzione al prezzo di un peso del 75% del punteggio finale comporta, oltre ad un'evidente compressione dell'importanza degli altri elementi, un allargamento della forbice tra giudizio attribuito al prezzo minimo e le altre offerte. Utilizzando, ad esempio, il criterio di valutazione basato sul criterio di proporzionalità inversa di tipo iperbolico (Punteggio da attribuire = Punteggio massimo \times prezzo minimo/prezzo della singola offerta) uno scarto del 10% dal prezzo minore comporta una differenza di 6,82 punti su 75 — con punteggio finale in centesimi — o 0,682 su 7,5 — con punteggio finale in decimi —, mentre nel caso di un peso dell'elemento prezzo pari al 30% la stessa differenza si riduce a 2,73 (o 0,273). È chiaro che a parità di scarto dal prezzo minimo e di criterio matematico di valutazione, 7 o 3 punti sui 100 massimi finali giocano un ruolo estremamente diverso.

La tabella 1 riporta, a titolo di esempio, la distribuzione dell'assegnazione di due punteggi-base (75 e 30 punti) rispetto agli scostamenti dal prezzo minimo utilizzando il citato criterio della proporzionalità inversa di tipo iperbolico.

Come si evince dalla tabella uno scostamento verso l'alto del 20% rispetto al prezzo minimo comporta una differenza di 12,5 punti nel primo caso e di soli 5 punti nell'altro.

Se poi ad una valutazione fortemente sbilanciata verso l'alto dell'elemento prezzo si aggiunge un criterio matematico di attribuzione dei punteggi che aumenta la penalizzazione delle offerte che superano il prezzo minimo il risultato è un ulte-

riore allargamento della forbice. Nell'esempio fatto in precedenza, utilizzando il criterio della proporzionalità inversa di tipo lineare con formula Punteggio da attribuire = Punteggio massimo \times (3 - 2 \times prezzo della singola offerta/prezzo minimo), uno scarto del 10% dal prezzo minore comporta una differenza di 15 punti con un peso dell'elemento prezzo pari al 75%.

La tabella 2 riporta la distribuzione dei punteggi basata sull'esempio

della precedente tabella cambiando il criterio di valutazione del prezzo da iperbolico a lineare secondo la formula appena descritta.

Anche in questo caso la differenza si riduce a 6 punti con un peso del prezzo pari al 30% della valutazione complessiva.

Questo sintetico ragionamento potrebbe suggerire l'utilizzo di criteri matematici di valutazione del prezzo maggiormente penalizzanti in presenza di un peso complessivo dell'ele-

ELEMENTI			
A	PIANO ESECUZIONE		
	A 2	LOGISTICA	
		A 1.1	cantiere
		A 1.2	coerenza
		A 1.3	sicurezza
		A 1.4	personale
	A 2	CONTROLLO TEMPI	
		A 2.1	metodologie
		A 2.2	programmazione
		A 2.3	esecuzione
	A 3	MISURA AVANZAMENTI	
	A 4	CONTROLLO QUALITÀ	
B	PREZZO		
C	TERMINE		
D	VALUTAZIONE IMPRESA		
E	PENALE		
F	GARANZIA		

Tabella 1

SCOSTAMENTI DA Prezzo MIN	PUNTEGGIO MASSIMO		DIFFERENZE	
	75	30	A	B
0,00%	75,00	30,00	0,00	0,00
5,00%	71,43	28,57	- 3,57	-1,43
10,00%	68,18	27,27	- 6,82	-2,73
15,00%	65,22	26,09	- 9,78	-3,91
20,00%	62,50	25,00	-12,50	-5,00
25,00%	60,00	24,00	-15,00	-6,00
30,00%	57,69	23,08	-17,31	-6,92

mento prezzo sul punteggio generale di rilevanza inferiore al 50%, mentre viceversa per punteggi assegnabili al prezzo superiori al 50% la preferenza andrebbe accordata a criteri matematici che limitano le differenze come il già ricordato criterio della proporzionalità inversa di tipo iperbolico, oppure, tra i criteri lineari, a quello definito dalla formula Punteggio da attribuire = Punteggio massimo x (1,667 - 0,667 prezzo della singola offerta/prezzo minimo).

A questo proposito può essere utile visualizzare a titolo di esempio i diversi andamenti di risultati dell'applicazione dei 4 diversi algoritmi matematici proposti da Ruffino ad un

punteggio base di 50 punti. Come si può vedere la scelta di uno o di un altro di questi criteri condiziona pesantemente il giudizio in sede di attribuzione dei punteggi.

Considerazioni conclusive

L'operazione trasparenza in materia di lavori pubblici è un processo affidato più che ad un singolo atto legislativo ad un profondo cambiamento nella cultura e nei comportamenti di tutti i soggetti coinvolti. La legge quadro, di cui si sono qui ricordati alcuni elementi, presenta caratteristiche innovative ed un rigore di fondo che andranno valutati non

sulla base di aprioristici atteggiamenti di chiusura o sul giudizio delle prime fasi di attuazione, ma nel pieno dispiegarsi della normativa che, come si è ricordato, copre un insieme assai eterogeneo di elementi e soggetti. In attesa dell'emanazione del regolamento attuativo, si sono discusse le parti relative a concetti estremamente rilevanti come quello dell'offerta economicamente vantaggiosa e quello della valutazione dell'elemento prezzo. Su questi punti si ritiene necessaria un'attenta analisi proprio per non demandare semplicemente alla legislazione il raggiungimento di quei livelli di trasparenza e responsabilità che sono troppo spesso mancati nel passato. Anche su questo terreno la sfida è prima di tutto di carattere manageriale.

Confronto fra i criteri di valutazione dell'elemento prezzo

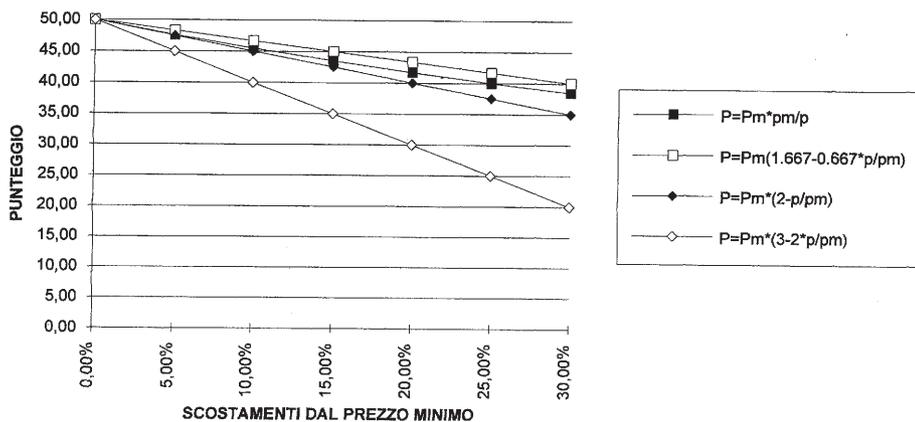


Tabella 2

SCOSTAMENTI DA Prezzo MIN	PUNTEGGIO MASSIMO		DIFFERENZE	
	75	30	A	B
0,00%	75,00	30,00	0,00	0,00
5,00%	67,50	27,00	- 7,50	- 3,00
10,00%	60,00	24,00	-15,00	- 6,00
15,00%	52,50	21,00	-22,50	- 9,00
20,00%	45,00	18,00	-30,00	-12,00
25,00%	37,50	15,00	-37,50	-15,00
30,00%	30,00	12,00	-45,00	-18,00

(1) Si vedano, ad esempio, le considerazioni di DE FRANCISCIS PIERO, *Opere pubbliche: quale futuro?*, sul numero 1 della nuova rivista « I Contratti dello Stato e degli Enti Pubblici », ottobre-dicembre 1993, Aviani ed.

(2) Cfr. il commento di PISA RICCARDO presidente dell'ANCE-Associazione Nazionale Costruttori Edili, « Ma troppi vincoli paralizzano le attività delle imprese edili », in *Il Sole-24 Ore*, n. 13, 14 gennaio 1994 e la nota dalla stessa Associazione riportata in *Rivista ANCI*, n. 1, 1994, pag. 18.

(3) Cfr. La dichiarazione di GIANNINI M.S., raccolta da SANTILLI G., che appare nell'articolo *Appalti: il dopo-tangentopoli*, in *Il Sole-24 Ore*, n. 13, 14 gennaio 1994.

(4) Cfr. LUPOI, G., *Così si combatte la stagnazione e si evitano i cantieri*, in *Il Sole-24 ore*, n. 13, 14 gennaio 1994.

(5) Cfr. quanto disposto dall'art. 4 D.L.vo n. 406/91 di attuazione della Direttiva CEE n. 440/89 in cui si considerano, ai fini del decreto, « concessioni di lavori pubblici i contratti aventi per oggetto l'affidamento sotto qualsiasi forma, di lavori di importo pari o superiore a 5 milioni di ECU, IVA esclusa, caratterizzati dal fatto che la controprestazione a favore dell'impresa o dell'ente concessionario consiste unicamente nel diritto di gestire l'opera oppure in questo diritto accompagnato da un prezzo ».

(6) Cfr. art. 21 (Criteri di aggiudicazione. Commissioni aggiudicatrici) comma 2, della legge quadro sugli appalti (L. n. 109/94).

(7) Cfr. SAPORITO G., *Via la discrezionalità, contano i criteri tecnici*, in **Guida Normativa**, pag. 25, n. 220 del 23 novembre 1993 allegato a **Il Sole-24 Ore**.

(8) Cfr. LA ROCCA P., *I sistemi di esecuzione di opere pubbliche*, vol. II, pag. 517-632, in GRACILI R. (a cura di), « Le opere pubbliche degli enti locali », UTET, Torino, 1993.

BIBLIOGRAFIA

CLARIZA A., *Le opere pubbliche degli enti locali*, in GRACILI R. (a cura di): « Le opere pubbliche degli enti locali », UTET, Torino, 1993.

GRACILI R., SAJJA A., SANTUCCI D., *La concessione di opere pubbliche*, in GRACILI R., cit.

LA ROCCA P., *I sistemi di esecuzione delle opere pubbliche*, in GRACILI R., cit.

MENSI M., *Gli appalti pubblici di servizi nella disciplina normativa comunitaria*, in « Contratti dello Stato e degli E.P. », n.

1, 1993, ottobre-dicembre, pagg. 6-13.

MOLIGNINI G., *L'appalto per lavori, forniture e servizi negli enti pubblici alla luce della normativa CEE e nazionale*, in **Mecosan**, n. 7, 1993, pagg. 93-99.

PETROCCHI E., *Opere pubbliche: indietro tutta?*, in **Rivista ANCI**, n. 1, 1994, pagg. 15-17.

RUFFINO E., *Prezzo e termine di esecuzione nell'aggiudicazione dell'appalto*, in **Mecosan**, n. 7, 1993, pagg. 88-92.

STECCANELLA M., ROBALDO E., *La legge quadro in materia di lavori pubblici*, Giuffrè, Milano, 1994.

LA RISTORAZIONE SANITARIA OGGI UNA PANORAMICA NEL MERCATO ITALIANO

di Stefano Cecchini

Pellegrini - Centro sud

SOMMARIO: 1. La tipologia di servizio: vassoio personalizzato o carrello multiporzione; 1.1 Costo delle risorse umane; 1.2 Le attrezzature; 1.3 Il lay-out delle cucine e la pianificazione dei flussi - 2. Le varianti al servizio: la stoviglieria: 2.1 Analisi dei costi.

La ristorazione sanitaria è un segmento del mercato della ristorazione collettiva che presenta in Italia una domanda di circa 1 milione di pasti al giorno per un volume di affari di oltre 2.000 miliardi di lire annui.

Il mercato della ristorazione collettiva in Italia presenta un'offerta ancora molto frammentata. Le prime 8 aziende (tab. A) detengono solo il 5% del volume d'affari complessivo (60 mila mld.).

La tendenza da parte della Pubblica Amministrazione ad affidare il servizio mensa a ditte specializzate del settore ha rafforzato la spinta competitiva e permesso di formulare nuove tipologie di servizio, aumentando il divario sullo standard qualitativo offerto dalle aziende leader.

Nella panoramica della ristorazione sanitaria italiana, circa il 20% delle gestioni è fornita in appalto, il restante è ancora a gestione diretta.

Negli ospedali dove la cucina è gestita direttamente, il servizio viene quasi sempre espletato con il tradizionale carrello multiporzione. Nelle gestioni appaltate si registra invece una prevalenza del vassoio personalizzato.

1 La tipologia di servizio: vassoio personalizzato o carrello multiporzione

L'offerta nel mercato della ristorazione sanitaria propone oggi due tipi soluzioni:

- il centro di cottura con pasti trasportati;
- la cucina tradizionale sul posto.

Ognuna di queste soluzioni può prevedere due tipi di servizio: il carrello multiporzione ed il vassoio personalizzato con delle varianti a seconda del tipo di materiale utilizzato (tabella 1).

Tabella A - La ristorazione collettiva in Italia

Gruppo	Nazione	Fatturato in miliardi di lire annue
Accor	F	1.020,3
Pellegrini	I	418,0
Sodexho	F	342,7
Cremonini	I	336,6
Camst	I	324,0
Onama	I	223,7
Chef Italia	I	160,1
Cir	I	103,4

Fonte: Il Sole-24 Ore.

Tabella 1 - Le tipologie di servizio

CARRELLO MULTIPORZIONE	
CUCINA TRADIZIONALE SUL POSTO	COIBENTATO
VASSOIO PERSONALIZZATO	APERTO
CONTENITORI COIBENTATI	
PASTI TRASPORTATI	
CENTRO COTTURA	
VASSOIO PERSONALIZZATO SIGILLATO	

L'applicazione del vassoio personalizzato al pasto trasportato è attuabile solo con vassoi particolari in grado di sigillare i piatti ed evitare mescolamenti durante il trasporto.

La scelta del sistema di consegna con il vecchio carrello multiporzione, che prevede l'espletamento dell'operazione di « impiattamento » nei reparti, o il nuovo con vassoio personalizzato è legata alla volontà di fornire un servizio di qualità: il servizio personalizzato prevede la consegna al letto del degente di un vassoio, già confezionato nel posto dove viene prodotto il pasto, con etichetta individuale indicante le generalità del paziente e la dieta ordinata (tabella 2).

La soluzione del vassoio personalizzato rappresenta quindi oggi la risposta concreta alla spinta della domanda verso un servizio ad alto valore aggiunto.

La possibilità di fare le porzioni direttamente in cucina anziché nei reparti, come avviene con il vecchio sistema a carrello multiporzione, offre un vantaggio da un punto di vista igienico che si aggiunge a quello di fornire nei piatti del degente delle grammature di prodotti calibrati e garantire quindi una dieta adeguata alle esigenze nutrizionali dei singoli. Inoltre, con il sistema con vassoio personalizzato è possibile gestire un vero programma dietetico nell'ambito della cucina e fornire una molteplicità di diete speciali e ricettate.

Si tratta quindi di una scelta importante destinata ad influenzare molte variabili quali: il costo delle risorse umane, delle attrezzature, della progettazione degli spazi, e la qualità del servizio (tabella 3).

Una scelta di questo tipo non può essere lasciata alla improvvisazione. L'appalto del servizio di ristorazione esige una precisa « picchettatura » in fase di programmazione della gara.

Sapere quindi, in modo chiaro, co-

sa si vuole ed eseguire uno studio di fattibilità in base alle strutture a disposizione (spazi, flussi, risorse finanziarie, ecc.) per avere una visione globale del problema.

1.1 Costo delle risorse umane

Il fattore produttivo che è più sensibile alla scelta sul tipo di servizio è la risorsa umana.

La soluzione con vassoio personalizzato, se da una parte comporta un risparmio di costi del personale di reparto, in quanto il prodotto arriva già porzionato al letto del degente, dall'altra fa registrare, per il personale di cucina, una diminuzione della produttività per degente/ora lavoro. Le attuali tecnologie a disposizione non offrono ancora una affidabilità sul porzionamento automatico dei prodotti cotti e quindi il ricorso alla mano dell'uomo è indispensabile. La permanenza di 7/8 persone contemporaneamente lungo la linea di confezionamento con nastro trasportatore comporta, rispetto al sistema multiporzione tradizio-

nale, una riduzione di produttività media.

Inoltre, occorre considerare che le potenzialità del sistema con vassoio personalizzato vengono gestite per fornire un vasto programma dietetico che può arrivare fino alla comprensione di un numero rilevante di diete (30 ed oltre) tra speciali, ordinarie e ricettate. Un piano dietetico così impegnativo non può evidentemente essere portato a compimento con il sistema del multiporzione. Ecco quindi che occorre considerare nei fattori che determinano l'aumento dei costi del personale, non solo quelli di distribuzione vera e propria, ma anche quelli delle fasi precedenti. L'ampio programma dietetico che il servizio personalizzato permette di attuare impone un impiego di maggiore personale anche nella fase di cottura.

Poiché infine, in ogni ciclo produttivo il costo del personale è una variabile a scatti, la riduzione di produttività sarà più sensibile in realtà ospedaliere con un numero esiguo di posti letto (150/200).

Tabella 2 - Differenze tra servizio multiporzione e personalizzato

SISTEMA CARRELLO MULTIPORZIONE	SISTEMA VASSOIO PERSONALIZZATO
prenotazione cumulativa per reparto	prenotazione per degente
cottura	cottura
inserimento carrelli multiporzione	stampa cartellini personalizzati
invio reparti	confezionamento vassoi in linea DP SYSTEM
« porzionatura » da parte delle caposala	inserimento nei carrelli portavassoi
	invio reparti
	consegna vassoio personalizzato

Tabella 3 - Le variabili del tipo di servizio

TIPO DI SERVIZIO MULTIPORZIONE/PERSONALIZZATO	costo risorse umane attrezzature lay-out cucina pianificazione flussi qualità del servizio

1.2 Le attrezzature

Anche il costo dell'investimento è una variabile che risente della scelta sul tipo di servizio.

Il sistema con vassoio personalizzato richiede innanzitutto un nastro di confezionamento denominato DP SYSTEM per un costo che si aggira intorno ai 25 milioni di lire.

Occorre inoltre considerare il costo dei:

- vassoi
- sistemi di coibentazione
- carrelli portavassoi.

Un servizio personalizzato, per poter funzionare, deve essere supportato da un adeguato sistema informatico di prenotazione pasti.

Occorre ricevere l'informazione letto per letto e trasmetterla nello stesso formato alla cucina: solo in questo modo sarà possibile stampare i cartellini personalizzati. Esistono oggi sul mercato vari sistemi di raccolta dati, che vanno dal piccolo terminale portatile alla penna ottica, tutti in grado di trasferire i dati via cavo ad un computer centrale in grado di elaborare:

- i cartellini personalizzati;
- la stampa per il confezionamento e per il magazzino;
- la stampa prospetto approvvigionamento cucina;
- il riepilogo dei pasti serviti.

Il costo del « hardware » può variare dalle 700/800 mila lire a reparato fino ad oltre i 2 milioni a seconda del sistema informatico che si vuole adottare. È chiaro, per evidenziare le interconnessioni tra le variabili, che un sistema di acquisizione e scarico dati più veloce comporta considerevoli risparmi sul rendimento sia del personale di reparto per la raccolta dati che del personale di cucina per la gestione computerizzata della procedura.

1.3 Il lay-out delle cucine e la pianificazione dei flussi

La personalizzazione del servizio impone delle scelte anche in fase di progettazione degli impianti: la sistemazione di una indispensabile linea di confezionamento a nastro trasportatore crea sicuramente dei vincoli sulla gestione degli altri spazi.

Occorre considerare anche che il sistema personalizzato impone obbligatoriamente una gestione della stoviglieria e relativo lavaggio presso i locali cucina e non nei reparti di consegna come può avvenire con il carrello multiporzione.

Determinante, prima di scegliere un tipo di servizio piuttosto che un altro è verificare il flusso dalla cucina ai reparti e viceversa:

- distanza tra la cucina ed i reparti;
- spazi disponibili per l'installazione del nastro di confezionamento;
- spazi per area parcheggio carrelli e lavaggio;
- dimensioni degli ascensori;
- analisi dei percorsi da e per i reparti (strade, scale, pertugi, ecc.).

La chiara analisi della situazione, sarà indispensabile per operare le scelte corrette, non solo in tema di tipologia di servizio, ma anche di materiale ed attrezzature. Ecco, solo per citare un esempio, che la distanza tra i reparti e la cucina impone la scelta di sistemi di coibentazione efficaci o di carrelli termici in grado di far rispettare le temperature esatte dalla legge 283/62 (60/65°C al cuore del prodotto). Corridoi o viottoli stretti influenzano invece la scelta sulle dimensioni dei mezzi di trasporto.

2 Le varianti al servizio: la stoviglieria

Dopo aver specificato la differenza tra i due tipi di servizio proponibili in una struttura sanitaria, analizziamo le varianti ad essi.

Anche il tipo di stoviglieria da utilizzare influenza molte sfere gestionali.

Da un punto di vista qualitativo è difficile oggi stabilire se sia migliore un servizio con piatti in ceramica e posate in acciaio inox od altrimenti posate monouso a perdere.

Il problema trova fondamento dal lato psicologico. In un ospedale, a differenza di un ristorante, l'utilizzo di piatti monouso, oltre a garantire il massimo rispetto delle condizioni igieniche, può assicurare un senso di maggiore tranquillità al degente.

Prima di effettuare una scelta occorre sempre analizzare costi e benefici scaturenti dalla stessa. Tra i costi dell'adozione di un servizio con piatti in ceramica e posate in acciaio inox non va certamente trascurato quello dell'investimento.

Alla spesa iniziale per il materiale durevole occorre aggiungere l'investimento per un sistema di lavaggio veloce ed efficiente (lavastoviglie a nastro).

Nel caso invece del sistema personalizzato con stoviglieria monouso, nel costo dell'investimento, occorre inserire quello dei vassoi « termici », unici in grado di conservare la temperatura della pietanza fino al letto del degente anche utilizzando piatti in plastica monouso.

2.1 Analisi dei costi

Il costo del materiale di consumo è un elemento da tenere sotto controllo al momento dell'analisi dei due sistemi di servizio qui analizzati. Possiamo comunque affermare che, sotto questo punto di vista, può pesare a favore del monouso il risparmio sui consumi di detersivi e quello relativo al ripristino della stoviglieria che possono comunque rappresentare un valore di appena 50/80 lire a degente/giorno contro una spesa che può andare dalle 500 alle 1.000 lire a degente/giorno (a seconda del materiale che si utilizza) per la fornitura di piatti, bicchieri, posate e tazza monouso.

L'utilizzo dei piatti e posate a perdere comporta chiaramente un notevole risparmio sui costi del personale. Il lavaggio del vasellame, anche se viene effettuato con sistemi all'avanguardia, come le moderne lavastoviglie a nastro, porta inevitabil-

mente ad una lievitazione del costo del personale. Solo per fornire dei dati indicativi, la fase di lavaggio rappresenta da sola, in una realtà operativa di medie dimensioni, circa il 10% del costo del personale.

In conclusione, la tabella 4 sche-

matizza i vari tipi di servizio proponibili.

Prendendo a campione una realtà operativa di medie dimensioni (400/600 posti letto) si può arrivare anche a « proporre » un indice di produttività media per addetto.

Tabella 4 - Analisi economica della tipologia di servizio

Tipo servizio	Vasellame utilizzato	Produttività degenti/ora*	Investimento attrezzature	Investimento computer	Costo materiale di consumo
multiporzione	porcellana/Inox	5	medio	300 mila a reparto circa	detersivo + ripristino stoviglie
multiporzione	perdere	5,5	molto basso	300 mila a reparto circa	500/1.000 a degenza/giorno
personalizzato	porcellana/Inox	3	alto	700 mila/2 milioni a reparto	detersivo + ripristino stoviglie
personalizzato	perdere	3,6	basso	700 mila/2 milioni a reparto	500/1.000 a degenza/giorno

* Si tratta di un indice che evidenzia in media quanti degenti si riescono a servire con un'ora di lavoro.

All'aumentare dell'indice diminuisce il costo del personale.

MECOSAN

Abbonati subito
non perderai... battuta

NON È

IN EDICOLA

COSTO DELL'ABBONAMENTO 1994: L. 200.000

Programma abbonamento 1994

Spediz. in abb. postale - 50%

- Vi prego voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano, n..... abbonament..... a

MECOSAN
Management ed economia sanitaria

con destinatario il nominativo sul retro indicato (in caso di più destinatari allegare elenco).

- A tal uopo:

- Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**
- Ho versato l'importo sul vs/ c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**, come da ricevuta allegata
- Barrare la casella che interessa

..... li

Codice fiscale
Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

(In caso di Ente, USL, Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

Biblioteca

Sezione 6^a

RECENSIONI

A cura di Livio Garattini,

**Metodologie
per la determinazione
dei prezzi dei farmaci
nei principali
paesi europei**

Kailasm Editore, 1993
pag. 119, lire 25.000

Il settore farmaceutico presenta senza dubbio alcune peculiarità tali da non permettere appieno il funzionamento dei meccanismi concorrenziali.

Innanzitutto il lato della domanda si presenta frazionato in tre soggetti distinti: chi ordina le preferenze (il medico), chi consuma il bene (il paziente) e chi ne sopporta la spesa (normalmente lo Stato). Le informazioni possedute da ciascuno dei tre soggetti non si presentano simmetriche dato il sicuro vantaggio del medico nei confronti del paziente ed anche dello Stato.

Sul versante dell'offerta, è opinione condivisa che l'industria farmaceutica sia tale solo in quanto generatrice di innovazione. Questo può avvenire unicamente in presenza di investimenti consistenti in ricerca e sviluppo. L'attività di ricerca e sviluppo, a causa delle esternalità positive che essa produce, viene equiparata per certi versi ad un bene pubblico e, in quanto tale, ad offerta scarsa. Per ovviare a questo tipo di fallimento del mercato si ricorre abitualmente a sistemi di incentivazione e di protezione brevettuale: questi ultimi generano tuttavia situazioni di monopolio. Il prezzo, in questi casi, non è indice preciso della scarsità relativa del bene, ma tende a contenere gli extra-profitti del produttore, i quali finirebbero per gravare sul bilancio dello Stato-acquirente.

La situazione del mercato si presenta spesso, perciò, sotto forma di conflitto tra un acquirente (lo Stato) quasi monopsonista ed un venditore (l'industria) quasi monopolista.

Se aggiungiamo lo stretto controllo della qualità del prodotto, a partire dalla sua registrazione fino ad arrivare alla distribuzione, motivato dalla necessità di rendere disponibile il bene in condizioni ottimali di utilizzo e l'obiettivo di salvaguardare l'industria nazionale in quanto fonte di occupazione e di benessere, otteniamo il quadro esatto del settore farmaceutico.

In buona parte dei paesi sviluppati lo Stato rinuncia, così, a contrattare il prezzo dei farmaci in funzione delle quantità effettivamente acquistate e concede prezzi più elevati rispetto a quelli che otterrebbe se esercitasse il potere di quasi monopsonista. Esso si riserva però la facoltà di regolamentare il processo di fissazione dei prezzi delle specialità medicinali.

Il libro del CESAV si prefigge di analizzare le diverse soluzioni date al problema dalla regolamentazione dei prezzi dei farmaci nei quattro principali paesi europei:

Italia, Regno Unito, Francia e Repubblica Federale di Germania. I metodi di determinazione dei prezzi vengono solitamente raggruppati in tre categorie:

- metodi economico-statistici: il prezzo viene fissato in base alla stima di singole componenti di costo giudicate rilevanti dalle autorità pubbliche (Italia);
- metodi contrattuali: lo Stato contratta direttamente con l'impresa il prezzo del prodotto (Francia) o il tasso globale di profitto aziendale (Regno Unito);
- metodi a prezzo di riferimento: lo Stato determina un ammontare fisso che è disposto a coprire per tutti i farmaci che considera « simili » (Germania).

Una volta descritte le soluzioni adottate nel passato e nel presente nei diversi paesi, il libro si conclude con una sezione di analisi quantitativa (in cui vengono considerati i prezzi di vendita e le quantità scambiate) e qualitativa (in cui i farmaci sono valutati in base alla razionalità terapeutica) dei mercati farmaceutici nazionali. Questo permette di giudicare l'efficacia dei diversi modelli di regolamentazione in relazione ai differenti e spesso contrapposti obiettivi di contenimento della spesa pubblica, di incentivazione all'industria e di razionalità del mercato interno.

Dall'analisi emerge una classifica di merito abbastanza chiara: il Regno Unito presenta un mercato sicuramente razionale, una spesa farmaceutica contenuta ed un'industria nazionale prospera. La Germania, se da un lato può vantare un'industria fiorente, dall'altro non si caratterizza né per i prezzi contenuti (anche se le recenti riforme hanno migliorato la situazione sotto questo profilo), né per l'elevato grado di razionalità terapeutica del mix di farmaci consumati. La Francia sicuramente mostra il livello dei prezzi più basso tra i paesi analizzati; tuttavia i consumi estremamente elevati e non certamente razionali e la situazione dell'industria nazionale non permettono di giudicare positivamente il sistema transalpino.

L'Italia, infine, si segnala per consumi alti ed irrazionali e per lo stato di debolezza strutturale dell'industria nazionale: questo comporta un giudizio molto negativo sulle politiche del farmaco intraprese nel nostro paese durante i passati decenni.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

MARIO RACCO

**Dallo Stato
assistenziale
allo Stato garante
lo scopo del diritto
in sanità**

Ed. del Corriere Medico
Milano, 1993
pag. 250, L. 42.000

Il sistema sanitario e i suoi elementi di crisi vengono analizzati, sotto il profilo giuridico, con riferimento ai fattori — in primo luogo quello della solidarietà — che consentono di individuare « lo scopo » dell'attività legislativa, ovvero l'interesse dei cittadini. Nell'opera non mancano spazi e approfondimenti su argomenti di estrema attualità quali: natura e limiti dello Stato sociale e assistenziale, interrogativi in materia bioetica, equilibri tra tecnologia, farmaci e medicina « umana » che introducono l'analisi dello scenario « sanità ».

I servizi socio-sanitari territoriali sull'onda delle riforme degli anni settanta-ottanta si trovano in bilico fra un ritorno ai modelli burocratici tradizionali e uno sbocco innovativo. Per superare l'impasse, un nuovo paradigma organizzativo può forse essere prodotto dalle molteplici e contraddittorie esperienze che si stanno sviluppando nelle realtà locali, ma è necessario tenere costantemente aperta una via di comunicazione tra gli interessi soggettivi dei vari attori e professionisti e le regole del sistema che devono garantire il risultato complessivo. Si può giungere al decentramento delle decisioni solo a condizione che esistano responsabilità e controlli altrettanto distribuiti.

PAOLA PIVA

**L'intervento
organizzativo
nei servizi
socio-sanitari**

La Nuova Italia
Scientifica
Roma, 1993
pag. 167, L. 29.000

RAFFAELLO MAGGIAN

**La politica sociale
verso l'integrazione
europea**

La Nuova Italia
Scientifica
Roma, 1993
pag. 266, L. 29.000

Dopo aver illustrato i cambiamenti normativi più recenti a livello nazionale ed europeo, e le nuove competenze della Regione, delle Province e dei Comuni, l'autore si sofferma sulla disciplina delle organizzazioni di volontariato e sulle cooperative sociali. Nell'ultima parte del testo sono riportati stralci di statuti comunali sulle modalità di gestione dei servizi, ed esempi di convenzioni e contratti tra enti pubblici e soggetti del « privato sociale », preceduti da un'illustrazione di carattere giuridico-amministrativo che consente una migliore comprensione dell'argomento anche da parte dei non addetti ai lavori.

IRER

**Analisi economica
dei trapianti d'organo
in Lombardia**Franco Angeli
Milano, 1993
pag. 206, L. 30.000

La ricerca studia i costi delle strutture necessarie per realizzare interventi di trapianto di rene, di cuore e di fegato presso gli ospedali lombardi. L'esigenza di questo studio nasce dall'assoluta assenza di informazioni su questo importante aspetto dell'attività di trapianto in Italia. I principali risultati raggiunti hanno consentito di individuare le aree sulle quali, a livello gestionale, si dovrebbe maggiormente investire per consentire in futuro un miglior controllo delle decisioni d'impiego delle risorse e dei risultati.

Il Rapporto sulla salute degli italiani richiama l'attenzione su quelli che sono i principali bisogni sanitari della popolazione e sul grado di efficienza e accessibilità dei servizi pubblici. La prima parte del volume presenta una rassegna aggiornata dei principali indicatori di salute, assieme a un quadro sintetico dei più recenti provvedimenti normativi e delle risorse investite. Seguono poi alcuni capitoli dedicati ad aspetti rilevanti della situazione socio-sanitaria del Paese, quali ad esempio, il profilo professionale del medico di base, la maternità, la sicurezza in ambiente domestico, le malattie infettive, le vaccinazioni. Il libro si conclude come di consueto, con una parte monografica dedicata quest'anno alla popolazione anziana.

MARCO GEDDES

**La salute
degli italiani
Rapporto 1993**La Nuova Italia
Scientifica
Roma, 1993
pag. 367, L. 37.000VITTORIO GHETTI
(a cura di)**Costo, Produttività,
Qualità: una sfida
per l'ospedale
del 2000**Franco Angeli
Milano, 1993
pag. 101, L. 16.000

L'efficienza manageriale e quella clinica sono gli irrinunciabili attributi della qualità, che consiste nella capacità del medico di individuare nell'ambito delle più aggiornate conoscenze biomediche, le risorse più efficaci e pertinenti capaci di produrre il miglior risultato in termini di salute globalmente intesa. La singolare interdipendenza tra qualità, da un lato, o contenimento dei costi, dall'altro, mette in evidenza l'assurdità dei progetti volti, da un lato, ad accanirsi esclusivamente sulla riduzione della spesa e a giustificare, dall'altro, i fallimenti dei programmi con la scarsità delle risorse.

Questo saggio offre un contributo alla riflessione sullo stato della ricerca biomedica nel nostro Paese, sulle sue origini, sulla sua organizzazione, e sulle prospettive future, che gli autori auspicano possano realizzarsi secondo alcuni specifici obiettivi. Nel testo vengono anche affrontati gli aspetti che attengono alla correlazione fra l'attività e gli scopi degli istituti scientifici con le altre istituzioni di ricerca e con le strutture ospedaliere, rimarcandone i caratteri che, pur differenziati, sono completati proprio per la peculiarità delle rispettive funzioni.

M. BASSANI
U. VERONESI**La ricerca biomedica
in Italia. Il ruolo
degli istituti scientifici**Giuffrè
Milano, 1993
pag. 160, L. 20.000

SPOGLIO RIVISTE

Struttura e organizzazione dei sistemi sanitari

PAPADIA V.

Le nuove norme in materia di personale del comparto sanità pubblica, 1: 23-37, 1994

ROSKO M.D., CARPENTER C.E.

Hospital markups: Responses to environmental pressures in Pennsylvania
Hospital & Health Services Administration, 1(39): 3-16, 1994

FINKLER S.A., WAGNER R.F., KNICKMAN J.R., HINSON K.L.
Improving the financial viability of primary care health centers
Hospital & Health Services Administration, 1(39): 117-131, 1994

GERDTHAM U.G., JONSSON B.

Health care expenditure in the Nordic countries
Health Policy, 3(26): 207-220, 1994

WATSON P.

Public health medicine and the district health authority
Journal of Management in Medicine, 1(8): 19-23, 1994

Valutazione economica delle attività sanitarie

FREEMANTLE N., MAYNARD A.

Something rotten in the state of clinical and economic evaluations?
Health Economics, 2(3): 63-67, 1994

NORD E.

The QUALY - a measure of social value rather than individual utility?
Health Economics, 2(3): 89-94, 1994

Report from the center for technology assessment and quality improvement in health care of Veneto Region (Italy)
International Journal of Technology assessment in Health Care, 1(10): 197-204, 1994

Gestione dei servizi sanitari

GABBOT M., HOGG G.

Competing for patients: understanding consumer evaluation of primary care
Journal of Management in Medicine, 1(8): 12-18, 1994

McMAHON L., EDWARD A., BERNARD A., et al.

The integrated impatient management model's clinical management information system
Hospital & Health Services Administration, 1(39): 81-92, 1994

BENZEVAL M., JUDGE K.

The determinants of hospital utilisation: implications for resource allocation in England
Health Economics, 2(3): 105-116, 1994

HEALEY A., YULE B., REID J.

Variations in general practice prescribing costs and implications for budget setting
Health Economics, 1(3): 47-56

OVRETVEIT J.

A comparison of approaches to health service quality in the UK, USA, & Sweden and of the use of organizational audit frameworks
European Journal of Public Health, 1(4): 46-54, 1994

PETERS G.R.

Organizational and business issues affecting integrated delivery systems
Topics in Health Care Financing, 3(20): 1-12, 1994

DE MURO P.R.

Management services organizations
Topics in Health Care Financing, 3(20): 19-27, 1994

FLEMING S., BOLES K.

Financial and clinical performance: bridging the gap
Health Care Management Review, 1(19): 11-18, 1994

BRAY N., CARTER C., DOBSON A., WATT M., SHORTELL M.
An examination of winners and losers under medicare's prospective payment system
Health Care Management Review, 1(19): 44-45, 1994

SOWELL R., MEADOWS T.
An integrated case management model: developing standards, evaluation, and outcome criteria
Nursing Administration Quarterly, 2(18): 53-64, 1994

Assistenza farmaceutica

GARATTINI SILVIO
Nuovo prontuario, nuovi equilibri
Ricerca & Pratica, 56: 32-34, 1994

Economia sanitaria

BENNET S., DAKPALLAH G., GILSON L. et al.
Carrot and stick: state mechanism to influence private provider behaviour
Health Policy and Planning, 1(9): 5-13, 1994

NELSON M.
Economic impoverishment as health risk: methodologic and conceptual issues
Advances in Nursing Science, 3(16): 1-12, 1994

SACRISTAN J., SOTO J.
Drug utilisation studies as tools in health economics
Pharmaco Economics, 4(5): 299-312, 1994

IL SISTEMA INFORMATIVO IN SANITÀ

di Davide Vignotti
Consulente Andersen Consulting

Il sistema sanitario negli ultimi anni ha raggiunto un elevato grado di complessità che ha posto in rilievo l'esigenza di utilizzare in modo diffuso il sistema informativo per supportare il processo decisionale e di governo delle varie strutture sanitarie. Basti pensare alla vasta gamma di servizi e prestazioni fornite; all'aumento delle risorse disponibili, intese come personale, tecnologia e infrastrutture; alla maggior specializzazione del personale, che ha quindi anche esigenze e necessità di coordinamento più rilevanti; alla necessità di integrazione tra funzioni e servizi contigui.

Questa situazione ha quindi determinato un profondo cambiamento del sistema di gestione, introducendo un nuovo sistema di regole più flessibili, in sostituzione dei processi di direzione formali un tempo in uso. Di conseguenza l'esigenza di avere dei sistemi informativi ben strutturati ed efficaci, è divenuta prioritaria nel tentativo di responsabilizzare le figure professionali sui processi gestionali, decentrando maggiormente i processi decisionali a un livello più operativo.

Il sistema informativo è quindi il supporto necessario per le funzioni di governo e coordinamento di USL, Ospedale e Regione, in quanto costituisce la condizione base per il controllo di gestione sia a livello operativo che direzionale e strategico.

L'esigenza che deve soddisfare è quella di consentire al sistema organizzativo di disporre ai diversi livelli di responsabilità di informazioni accurate sulle attività produttive, sulle risorse utilizzate e sui risultati raggiunti, che siano realmente esplicative della complessità del processo assistenziale; inoltre deve permettere la costituzione di archivi di dati economici, gestionali e sanitari, che consentano indagini ed elaborazioni statistiche necessarie ai fini di programmazione e governo dell'organizzazione.

La progettazione dei sistemi informativi deve quindi tener conto di molteplici fattori, come l'individuazione degli obiettivi prioritari della struttura sanitaria, il ridisegno dei processi di lavoro e della struttura organizzativa, gli interventi sulla cultura e sui valori del personale e in ultimo le tecnologie e i programmi applicativi idonei.

La difficoltà quindi dell'introduzione dei sistemi informativi nelle strutture sanitarie, risiede nella resistenza al cambiamento e nel mancato coinvolgimento della direzione e degli utenti. Infatti il fattore tecnologico si interseca profondamente con fattori culturali, organizzativi e sociali.

In questo contesto, il sistema sanitario, essendo inserito in uno scenario mutevole, sta sperimentando un periodo di transizione che determina il ripensamento delle strategie delle strutture sanitarie in generale e, per quanto riguarda le strategie dei sistemi informativi, un ripensamento che non definisce dei chiari punti di arrivo.

È quindi giusto che le strutture sanitarie definiscano non tanto dei piani, quanto delle architetture strategiche che guidino e facilitino l'evoluzione delle attività assistenziali. Queste architetture strategiche hanno diverse componenti fondamentali, tra cui: una nuova architettura dei processi clinici, amministrativi e gestionali, che consenta di aumentare il livello di integrazione e la capacità di risposta a stimoli dell'ambiente esterno ed interno; una nuova architettura delle risorse umane, che promuova lo sviluppo di professionalità capaci di affrontare e valorizzare il cambiamento; una nuova architettura dei sistemi informativi, per supportare la flessibilità e l'integrazione dell'organizzazione sanitaria.

JOHNSON R.A., KAST F.E., ROSENZWEIG J.E.
The Theory of Management of Systems
McGraw Hill, 1963

BLUMENTAL S.C.
Management information system: a framework for planning and development
Prentice Hall, Englewood Cliff, 1969. Traduzione it. « Il sistema informativo », ISEDI, 1973

DAVIS G.
Management information system: conceptual, foundation, structure and development
McGraw Hill, 1974

CAMUSSONE P.F.
Il sistema informativo
Etas, 1977

MASON R.O., SWANSON E.B.
Measurement, for management decision: a perspective, California Management review
Spring, 1979. Trad. it. « Gli indici di valutazione per le decisioni aziendali » in « Problemi di gestione », Formez, anno XI, n. 10: 3-27, 1979

AA.VV.
La politica dell'informazione nel sistema socio-sanitario. Ipotesi teoriche e sperimentazioni
Le Monnier, 1979

NEWMAN W.H.
Direzione e sistemi di controllo
Etas Libri, 1981

FORTUNATI V.
Il sistema informativo delle USL della regione Emilia-Romagna. Prime proposizioni,
1981

MANACORDA P.M.
Il sistema informativo sanitario di base
NIS, 1981

MARTIN J.
Design and Strategy for Distributed Processing
Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, 1981
PETERS T., WATERMAN R.
In search of Excellence
Harper & Row Publisher, 1982

LA ROSA M., ZURLA P.
Sistema informativo e USL
Franco Angeli, 1982

LA ROSA M.
Schema e struttura del sistema informativo dell'USL. Aspetti metodologici
CNR, 1982

MANACORDA P.
Strumenti informativi per la medicina di base
La Nuova Italia, 1983

OUCHI W.G.
La progettazione dei meccanismi di controllo organizzativo
in R. Nacamulli, A. Rugiadini, « Organizzazione e mercato », Il Mulino, 1985

BRACCHI G., MOTTA G.
Sistemi informativi ed imprese
Franco Angeli, 1985

DAVIS G., OLSON M.
Management Information system: conceptual, foundation, structure and development
McGraw Hill, 1985

SANTESSO E., OOSTERO U.
Strumenti per il controllo di gestione nelle USL
Cedam, 1987

MARTIN J.
La dinamica dell'informazione
IPSOA Scuola d'Impresa, 1987

SAITA M.

I rapporti di controllo

in Aa.vv., « Strumenti informativo-contabili per le decisioni aziendali », CLUEB, 1988

BORGONOV E.

Gli strumenti informativo-contabili per le decisioni nella P.A.

in « Strumenti informativo-contabili per le decisioni aziendali », Accademia Italiana di Economia Aziendale, Editrice Clueb, 1988

AA.VV.

The Executive information system report

Business Intelligence, 1989

WOMACK J.R.

The machine that changed the world

The Macmillian Publishing Company, 1990

FREEDY D.

The Theory and practical use of Executive Information System

Journal of Information & Management, vol. 10, 1990

AUTONOMIE LOCALI E SOCIALI

Sistema Informativo Ospedaliero ed Organizzazione dell'ospedale

Tratto da: « Autonomie locali e servizi sociali », n. 3, 1991

ZANOTTI R.

Strumenti informativi per l'assistenza infermieristica

Summa editrice, 1991

ANTHONY R.N., YOUNG D.W.

Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non-profit

McGraw Hill, 1992

DE MARCO M.

L'organizzazione dei sistemi informativi aziendali

Il Mulino, 1992

BRACCHI G., MOTTA G.

Progetto di sistemi informativi

Etas Libri, 1993

TESI DI LAUREA

Tesi di laurea presentata all'Università degli Studi di Torino, Corso di laurea in Scienze delle Finanze, A.A. 1992-1993, Relatore Nerina Divindin

“TEORIA DEI CLUBS E DIMENSIONE OTTIMA DEL SERVIZIO SANITARIO”

di Paola Pant

La legge di riforma della sanità (D.L. 502/92) ha introdotto un'importante novità nell'organizzazione territoriale delle Unità Sanitarie Locali: esse dovrebbero passare da circa 700 a poco meno di un centinaio (una per provincia). Questa riduzione produrrebbe dei risultati, in termini economici, molto importanti: innanzitutto si potrebbero sfruttare le economie di scala risultanti da questa concentrazione, inoltre si risparmierebbe direttamente con l'eliminazione del massiccio apparato burocratico che sostiene l'organizzazione di tali unità, e si creerebbero condizioni più vantaggiose per il controllo della produzione e la verifica dei risultati, che con la dispersione attuale del servizio non sono realizzabili.

La determinazione della dimensione ottima di produzione di un bene o servizio pubblico è molto importante nel sistema economico, ma di difficile soluzione. La teoria economica, infatti, si è spesso limitata ad osservare che, date le caratteristiche del bene pubblico (la non escludibilità e l'indivisibilità), la soluzione di mercato non permette di raggiungere un punto di equilibrio di ottimo paretiano; *Samuelson* sottolinea che nel caso di tali beni, i consumatori non sono disposti a rivelare le loro preferenze, sperando egoisticamente di beneficiare di tali beni senza sopportare il corrispondente costo.

Con la teoria dei clubs, *Buchanan* trova una soluzione alla determinazione sia della dimensione ottima della quantità di bene o servizio da produrre, sia della dimensione ottima del gruppo, o club, con cui suddividere i costi. Il consumatore infatti vuole pagare il meno possibile per soddisfare i propri bisogni, quindi è interessato ad aggregarsi in gruppi con altri soggetti e condividere con loro il bene o il servizio, in modo da contribuire con una quota individuale che è sempre minore man mano che le dimensioni del gruppo crescono. È altresì vero che quando il gruppo raggiunge dimensioni troppo elevate, si verificano fenomeni di congestione, per cui, con l'introduzione di nuovi membri nel gruppo, si hanno più costi che benefici: diventa quindi fondamentale determinare il numero ottimo di individui con cui spartire il bene. Tenendo conto di questo problema viene modificata la funzione di utilità perché per ciascuna quantità dei diversi beni disponibili al consumo si associa una variabile indicante la dimensione del gruppo con cui condividere

i corrispondenti costi e benefici. Nel caso il bene sia privato, la dimensione ottima del club è di una unità, se invece il bene è pubblico puro la dimensione ottima è di una infinità (cioè tutta la popolazione).

Per ottenere una soluzione di ottimo paretiano bisogna eguagliare il tasso marginale di sostituzione in produzione a quello in consumo, sia relativamente alla quantità prodotta, sia alla dimensione del club; in questo modo si determina simultaneamente la dimensione ottima del club e la quantità ottima da produrre del bene. Inoltre la teoria dei clubs può anche essere interpretata come teoria della classificazione: a seconda che il club sia di una o più unità, si possono definire i corrispondenti beni più privati o più pubblici.

Partendo da questa teoria si è sviluppato un filone di studio finalizzato al miglioramento e alla critica di queste conclusioni. *Y.K.Ng* suggerisce di sostituire alla funzione di utilità individuale quella totale, poiché è vero che con l'aggiunta di un consumatore nel club si può ridurre il beneficio individuale, ma il beneficio totale può invece crescere; *Bergla* ipotizza che sia variabile l'intensità dell'uso dei servizi, introducendo così una nuova variabile nella funzione di utilità. Per conoscere le preferenze dei consumatori, *Tiebout* suggerisce che se i cittadini sono liberi di spostarsi in quelle comunità che meglio soddisfano i loro gusti, avendo perfetta conoscenza di esse e dei loro servizi, proprio dal loro movimento si possono conoscere indirettamente le loro preferenze: quindi anche nel caso dei beni di consumo collettivo si può avere una soluzione efficiente, contrariamente a quanto sostenuto da Samuelson.

A questa teoria si collega il problema della dimensione ottima del bacino d'utenza per il servizio sanitario. La legge 833/78 prevedeva che le USL, responsabili dell'erogazione del servizio sanitario, avessero dimensioni variabili tra le 50.000 e le 200.000 unità e dall'osservazione quantitativa dei dati relativi alla situazione italiana all'inizio degli anni '90, si nota che questa limitazione viene rispettata: la dimensione media delle USL italiane è di 79.790 soggetti. Non si coglie invece nessuna relazione tra la distribuzione dei posti letto e la distribuzione delle USL, mentre sarebbe legittimo aspettarsi che ciascuna USL amministrasse un numero più omogeneo di posti letto, che sono la variabile che meglio esprime la quantità del servizio fornito; infatti la media regionale di posti letto per USL oscilla tra le 1.000 e le 250 unità.

Con la riforma sanitaria per aumentare l'efficienza nello sfruttamento delle risorse e per migliorare il servizio, si è deciso di ridurre la fitta rete di USL ad un numero più limitato, aggregando quelle esistenti: in linea di principio si dovrebbe arrivare ad una USL per provincia, anche se, considerate le peculiarità locali, sono possibili deroghe. In questo caso la dimensione del bacino d'utenza del servizio coinciderebbe con la popolazione dell'area di competenza della provincia, senza tener conto della variabile demografica nella determinazione teorica della dimensione ottima del club.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- BERGLAS E., *On the Theory of Clubs*, American Economic Review maggio 1976b, pag. 116-121.
BUCHANAN J., *An Economic Theory of Clubs*, *Economica*, febbraio 1965, vol. 32, pag. 1-14.
NG Y.K., *The Economic Theory of Clubs: Pareto Optimality Conditions*, *Economica* 40, agosto 1973, pag. 291-298.
SAMUELSON P., *The Pure Theory of Public Expenditure*, *Review of Economics and Statistics*, vol. 36, 1954, pag. 387-389.
TIEBOUT C., *A Pure Theory of Local Expenditures*, *Journal of Political Economy*, ottobre 1956, n. 5, pag. 416-424.

Tesi di laurea presentata all'Università « L. Bocconi ». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1993-1994. Relatore Marco Meneguzzo

“INNOVAZIONI GESTIONALI E PROCESSI DI AZIENDALIZZAZIONE NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE PUBBLICHE”

di Alberto Bellocchi

La legge n. 502/92, la cosiddetta « riforma della riforma », non ha sostituito completamente la normativa precedente ma si è limitata ad introdurre delle modifiche di sicuro rilievo, tra le quali ne abbiamo individuate alcune da noi definite « variabili-chiave per il cambiamento ».

Viene infatti previsto un nuovo ruolo per le Regioni, portando ad una rivalutazione del ruolo che questi Enti possono svolgere nel governo della sanità; è stata introdotta la USL-azienda, parola che serve a contenere delle innovazioni legislative che vanno dalla nomina da parte della Regione di un Direttore Generale indipendente dal mondo politico, alla maggiore autonomia gestionale degli ospedali e delle USL alle quali sono concessi personalità giuridica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica; si è proceduto infine all'introduzione della contabilità dei costi e del controllo della qualità delle prestazioni fornite.

Dopo avere illustrato brevemente la situazione passata e presente del SSN, ci è sembrato utile soffermarci su alcuni casi pratici che ci hanno permesso di valutare l'introduzione di innovazioni gestionali inerenti il controllo di gestione in alcuni contesti regionali e locali, innovazioni che quanto sono state implementate nel giusto modo hanno dimostrato la loro utilità.

Il problema fondamentale che non sfuggirà di certo a chi ha già avuto esperienze nel settore pubblico, consiste nel fatto che fino ad ora non vi è stata quasi mai una adeguata cultura di supporto all'introduzione di questi meccanismi propriamente aziendali, poiché le regole che fino ad oggi hanno guidato questo settore non erano di per sé sufficienti a far nascere questa tendenza al miglioramento, « inclinazione » che era obbligatoria nel settore privato poiché era condizione necessaria (anche se non sufficiente) per la propria sopravvivenza nell'arena competitiva.

Nella maggior parte dei casi da noi analizzati le innovazioni gestionali introdotte (utilizzo del budget e della contabilità dei costi, controllo della qualità delle prestazioni, ecc.) hanno permesso notevoli miglioramenti sia in termini di efficienza che di efficacia, fatto questo che ci ha confermato come la strada intrapresa dal Parlamento con l'approvazione del D.L. 502/92 sia quella giusta, anche se sarebbero da introdurre, come già accennato, alcuni correttivi.

Dove le innovazioni introdotte, invece, non hanno portato ai risultati sperati, possiamo dire che ciò è avvenuto soprattutto a causa delle difficoltà inerenti « la gestione del cambiamento », inteso in tutte le sue accezioni possibili, e se pensiamo che con l'approvazione della legge di riordino del servizio sanitario ogni Unità Sanitaria Locale dovrà introdurre degli elementi innovativi, possiamo renderci conto di come il rischio di un fallimento nell'applicazione della norma non sia del tutto assente. Poiché le organizzazioni sanitarie pubbliche hanno degli elementi di debolezza strutturali, che possiamo individuare nella natura pubblica dell'attività, nella mancanza o scarsa rilevanza del prezzo come contropartita dei servizi ceduti, nella produzione di servizi altamente personalizzati e miranti alla tutela della salute complessiva e nel sistema di produzione e di erogazione dei servizi di tipo professionale, può accadere che questi problemi di struttura possano influire negativamente sul processo di cambiamento, e per questo motivo abbiamo cercato di individuare un « modello » di riferimento da contrapporre a quello classicamente adottato nelle strutture pubbliche, ossia quello « burocratico ». Ci è sembrato interessante allora, introdurre il modello « dell'eccellenza imprenditoriale », come base sulla quale costruire le strutture sanitarie pubbliche del domani.

L'analisi strategica utilizzata generalmente per le imprese private, può essere efficacemente estesa anche all'analisi degli enti pubblici, e quindi anche ad ospedali e USL. Si tratterà in questo caso di utilizzare lo stesso procedimento metodologico, assumendo però variabili più idonee e tenendo conto di un quadro normativo molto più severo di quanto non sia per le imprese private, per via della tutela degli interessi generali che è il cardine del nostro ordinamento. Una volta individuate queste specificità dell'ente pubblico, si possono cercare di individuare delle aree di « sovrapposizione », somiglianza, applicandovi ciò che è risultato essere assai utile per la corretta gestione dell'impresa privata, cercando ovviamente di adattarlo alla neonata azienda-USL. La formula imprenditoriale di un'impresa è la risultante di cinque variabili aggregate (M. Porter): sistema competitivo, sistema di prodotto, prospettive offerte/contributi richiesti agli attori sociali, sistema degli attori sociali, struttura. Il passaggio dal modello burocratico al modello dell'eccellenza imprenditoriale, comporterà quindi un'analisi della formula imprenditoriale della struttura sanitaria pubblica, e l'individuazione delle aree di sovrapposizione, per giungere infine all'applicazione del nuovo modello di riferimento. L'ideale di eccellenza imprenditoriale parte da alcuni assunti base sui quali costruire e sviluppare la strategia, assunti che in questa sede ci limiteremo ad elencare: focalizzazione dell'attenzione del management e degli altri attori sociali sul problema della vitalità della struttura sanitaria nel lungo periodo; coinvolgimento di tutti i livelli e di tutte le funzioni aziendali all'ideale di eccellenza imprenditoriale e alla ricerca continua di nuovi traguardi; ricerca di forme di collaborazione e coinvolgimento degli attori del sistema sociale (come gli operatori sanitari o i loro rappresentanti sindacali) e degli attori del sistema competitivo (utenti-clienti, fornitori, concorrenti privati o pubblici).

Con le innovazioni introdotte dalla nuova legge ci sembra che sia stato compiuto un considerevole passo verso l'« aziendalizzazione » delle strutture sanitarie, anche se ancora molti ne restano da fare. Il punto cruciale delle evoluzioni future, secondo noi, sarà la gestione vera e propria del cambiamento, poiché si potranno incontrare numerosi ostacoli che potrebbero impedire l'avvento del nuovo sistema. Gli ostacoli più difficili da superare saranno a nostro avviso almeno quattro: l'inerzia organizzativa, le resistenze volontarie al cambiamento, la necessità di introdurre meccanismi di feed-back e la presenza o meno di una « leadership » (a livello aziendale, ovviamente!). Sarà proprio il diverso combinarsi di questi elementi che permetterà o meno il funzionamento delle innovazioni introdotte e quindi il raggiungimento di quegli obiettivi di efficienza ed efficacia (combinati naturalmente all'equità) che tutti si auspicano; questo difficile compito spetterà in egual modo alle Regioni ed ai managers da loro nominati, poiché proprio questi soggetti hanno (o avranno) il potere e l'autorità per favorire il passaggio dal « vecchio al nuovo ».

Concludendo, ci sembra opportuno rimarcare che noi certamente non pensiamo che basti una legge o dei buoni managers per modificare tutto ciò che non ha funzionato dall'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale, ma che sia necessaria e complementare anche la comprensione di alcune regole « non scritte », fra le quali ci piace ricordare la natura propria del servizio pubblico, che se venisse finalmente compresa a fondo da tutti permetterebbe di lavorare per l'interesse comune e non più per quello particolare, come purtroppo alcuni fatti di cronaca (giudiziaria) recente ci hanno mostrato. L'introduzione degli strumenti del controllo di gestione, la responsabilizzazione ed il decentramento organizzativo, allora, potranno servire a rendere più efficiente e più efficace il servizio sanitario pubblico, per troppo tempo ignorato dal potere politico: quando questo succederà, potremo finalmente ricominciare a parlare con orgoglio del nostro sistema sanitario, e nel frattempo ci sembra comunque opportuno e necessario che ognuno di noi si impegni, secondo le proprie possibilità, affinché queste non siano solo speranze!

Tesi di laurea presentata all'Università « L. Boccioni ». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1993-1994. Relatore Elio Borgonovi

“VALORI PROFESSIONALI E SISTEMI DI INCENTIVAZIONE IN SANITÀ”

di Alessandra Fortin

Il medico ospedaliero è un professionista che opera in una struttura pubblica (con i conseguenti riflessi che si possono avere sulla sua autonomia), al quale, se situato in posizioni apicali, è richiesto il possesso di competenze organizzativo-manageriali oltre a quelle tecnico-specialistiche. Il professionista presenta sistemi di valori diversi dalle altre classi di prestatori di lavoro, di cui occorrerebbe tener conto nella progettazione delle variabili organizzative. Il sistema di valori di un individuo rappresenta la condizione preliminare delle determinanti del suo comportamento. I valori (e la cultura cui appartengono), per il loro ruolo nel processo motivazionale (tramite i bisogni e gli atteggiamenti, influenzano la motivazione e, quindi, la prestazione e la soddisfazione individuali) rappresentano uno dei più importanti strumenti di gestione della risorsa umana. D'altra parte, un ruolo centrale nel processo motivazionale è svolto dai meccanismi di incentivazione presenti nella situazione, la cui percezione, peraltro, è « filtrata » dalla scala di valori individuale. Si sono prese in esame alcune teorie organizzative che si sono occupate del ruolo dei valori e degli incentivi nel comportamento individuale.

Le caratteristiche dei professionisti, tra le quali la ricerca dell'autonomia e la fedeltà verso la professione (che sposta la loro « lealtà », usando un termine di Simon, all'esterno dell'organizzazione in cui operano), li portano a preferire che le politiche di gestione del personale siano affidate a un professionista, oltre ad interpretare i sistemi operativi altamente formalizzati come delle « inutili ingessature ». Data la forte identificazione di questi operatori con le norme e i principi della loro professione, le peculiarità strutturali delle USL e le caratteristiche dei macrosistemi SSN e Pubblica Amministrazione, spesso possono condurre alla nascita di contrasti tra i criteri di comportamento che discendono dai « valori professionali » e le regole organizzative dell'azienda.

L'assicurazione dell'autonomia necessaria è fondamentale per lo svolgimento dell'attività medica. Esaminando l'autonomia nelle sue varie componenti, è possibile concludere che, in Italia, pur dovendosi confrontare con l'intervento politico e con la complessità strutturale del servizio sanitario pubblico, sembra essersi conservata elevata, ma i medici italiani non sono in grado di controllare il loro contesto di lavoro. La salvaguardia dell'autonomia richiede non solo la protezione del medico da vincoli istituzionali, ma l'assicurazione di condizioni organizzative congruenti con i requisiti delle decisioni e delle procedure medico-cliniche (alcuni punti di riferimento possono essere costituiti dalle forme organizzative flessibili, dai sistemi autopoietici, dalla configurazione ad hoc di Minzberg).

Nel caso del medico situato in posizioni « direzionali », rilevando le differenze tra manager e specialista, anche di origine psico-sociologica, pur considerando alcuni elementi in comune tra l'attività del medico e quella del manager, si è evidenziata la difficoltà dell'assunzione del doppio ruolo richiesto e la necessità di formazione manageriale (e perché non anche di formazione alla leadership?, anche se l'evidenziazione delle diverse caratteristiche dei due ruoli, di leader e di manager, si scontra con la realtà organizzativa dove la separazione è molto sfumata), tenendo conto dei fattori che possono ostacolarla o favorirla e delle condizioni organizzative di cui necessita.

Osservando l'attuale strutturazione dei processi che perseguono l'adattamento delle variabili individuali all'organizzazione (la selezione; la formazione, suddivisa in formazione universitaria, formazione specialistica, formazione in « Medicina generale », formazione permanente; l'incentivazione), si è cercato di individuarne i punti

di forza e di debolezza e gli eventuali spazi di miglioramento. Vi è da premettere che quando si parla di sistemi di incentivazione si ritiene che sarebbe opportuno non riferirsi solo alla quota del Fondo sanitario nazionale destinata al finanziamento dell'attività svolta in plus-orario e dei programmi e budget per obiettivi, o a condizioni economiche e giuridiche incentivanti, quali ferie, congedi, stipendio, ecc., e nemmeno al significato normalmente attribuito di insieme dei sistemi di valutazione dei risultati, di remunerazione e di carriera, ma includere nel sistema di incentivi sia i sistemi operativi (tra i quali la retribuzione e la carriera) sia variabili di struttura (ad esempio, la progettazione delle mansioni), sia lo stile di direzione.

Riguardo il sistema retributivo e le attuali modalità di progressione di carriera, ci si auspica uno sfoltoimento degli « automatismi » verso una personalizzazione dei salari basata sul rendimento, nei limiti di garanzia che spetterà ai sindacati controllare, e la necessaria considerazione delle peculiarità delle carriere professionali per il loro particolare legame con la personalità.

ISTRUZIONE PER GLI AUTORI

Le pagine di *Mecosan* sono aperte al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari. I contributi devono essere originali e avere contenuto innovativo, ma soprattutto devono essere in grado di favorire la diffusione della cultura economica e manageriale nella sanità italiana, migliorando le capacità gestionali di coloro che operano sul campo e offrendo nuove indicazioni per le attività di ricerca e sperimentazione. Gli autori sono tenuti a rispettare le seguenti norme editoriali nella preparazione e nell'invio dei contributi:

Uso delle maiuscole

Scrivere sempre in carattere minuscolo le cariche, i titoli di studio e simili, i nomi di popoli, i nomi generici di enti e organi istituzionali. Le sigle vanno scritte con la sola iniziale maiuscola (es: U.s.l., S.s.n., etc.). Per la denominazione per esteso di società o enti, usare la maiuscola solo per il primo termine.

Tabelle, Figure e Formule matematiche

Tabelle e formule matematiche devono essere dattiloscritte e prive di correzioni che ne rendano difficile la comprensione.

Le tabelle e i grafici devono essere richiamati nel corso dell'articolo con riferimenti puntuali e devono essere corredati di una didascalia analitica che permetta di comprenderne il significato senza ricorrere alla lettura del testo. Le tabelle e i grafici vanno consegnati anche in copia cartacea.

Le Note

Le note devono essere il più possibile ridotte, in numero ed estensione, ed elencate alla fine dell'articolo (non a pie' di pagina).

Cartelle

Le cartelle si considerano di 30 righe e 60 battute per riga.

Bigliografia

I richiami bibliografici si devono effettuare con il sistema autore-data (non con numeri progressivi). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo secondo le modalità dell'esempio che segue:
per testi (Clerico, 1984) Clerico G. Economia della salute. Milano, Franco Angeli 1984
per gli articoli (Volpatto, 1990) Volpatto O. La privatizzazione dei servizi pubblici. Azienda Pubblica 1990; 2:243-252.

Per la sezione **SAGGI E RICERCHE** sono previsti articoli di lunghezza variabile tra le 15 e 30 cartelle. Deve essere allegato un abstract in lingua inglese, di lunghezza non superiore a 200 parole, che illustri i principali contenuti dell'articolo e ne anticipi le conclusioni. L'autore deve indicare almeno tre parole e non più di cinque parole chiave per la classificazione del proprio contributo. I resoconti di indagini e ricerche devono essere articolati secondo la scansione tradizionale: obiettivi, dati e metodologia, risultati, conclusioni.

Per le sezioni **ESPERIENZE INNOVATIVE, LA SANITÀ NEL MONDO, SANITÀ e IMPRESA** sono previsti articoli di lunghezza non superiore a 20 cartelle (non superiore a 15 per la sezione Sanità e Impresa). I riferimenti bibliografici se presenti, devono essere limitati a 10 per articolo.

I testi devono pervenire su disco magnetico, preferibilmente composto in Microsoft Word per Dos o Windows, con allegata una copia cartacea preceduta da una prima pagina che indichi: nome e cognome di tutti gli autori (il primo sarà l'autore principale), istituzioni di appartenenza; indirizzo completo, numero di telefono e di fax dell'autore principale; titolo suggerito; sezione per la quale si intende proporre il contributo.

I contributi devono essere inviati all'attenzione di Franco Sassi, presso **la redazione di Mecosan**, via Balilla, 16/18, 20136 Milano, tel. 02/58363132-3131, fax 02/89404523.

Tutti gli articoli pervenuti per la pubblicazione nella sezione « Saggi e Ricerche » saranno sottoposti al vaglio di almeno due referenti esterni accreditati. Per le altre sezioni il Direttore Scientifico può decidere di sottoporre i contributi semplicemente al vaglio della redazione.

Qualora risultasse mancante alcuno degli elementi descritti in queste istruzioni il contributo potrà essere scartato oppure integrato dalla redazione senza richiesta di consenso all'autore.