

Comitato scientifico

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

**Luca Anselmi**  
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

**Elio Borgonovi**  
Ordinario di economia delle aziende pubbliche  
Università Bocconi di Milano

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

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

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

**Fabio Roversi Monaco**  
 Rettore - Università di Bologna  
Fondatore e direttore responsabile

**Luigi D'Elia**  
Amministratore Straordinario - U.s.l. RM/10  
Condirettore e direttore scientifico

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

Redazione:

Assistente alla direzione e coordinatore operativo

**Franco Sassi**

Redattori capi sezione

**Giorgio Fiorentini**

**George France**

**Marco Meneguzzo**

**Antonello Zangrandi**

**Francesco Zavattaro**

Redattori

**Giorgio Casati**

**Mario Del Vecchio**

**Andrea Garlatti**

**Alessandra Massei**

Corrispondenti esteri

New York: **Luciano La Camera** socio Coopers & Lybrand

Londra: **Michael Schofield** Director of the Health Services Management Unit-University of Manchester

Boston: **Gustav Schacter** Department of economy Nord Eastern University - Boston

Direttore editoriale

**Anna Gemma Gonzales**

Direzione

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

Redazione

20136 MILANO - Via Balilla, 18  
Tel. 02/58363132 - 58363136 - Fax 02/89404523

Società editoriale



# MECOSAN

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

## IN QUESTO FASCICOLO:

### Sez. 1<sup>a</sup> - Saggi e ricerche

- 6 **Dalla sanità di Stato allo stato per la salute dei cittadini**  
di Elio Borgonovi
- 13 **La valutazione delle tecnologie biomediche e sanitarie: che cosa è, a cosa può servire**  
di Mario Del Vecchio
- 19 **Il governo della sanità nei paesi industrializzati: modelli a confronto**  
di Eugenio Anessi

### Sez. 2<sup>a</sup> - Documenti e commenti

- 44 **Reclutamento del personale e riconoscimento di carriera: due problemi irrisolti**  
di Antonello Zangrandi e Federica Bandini
- 46 **Adeguati « percorsi di carriera » e un sistema di incentivazione più motivante per migliorare la gestione del personale in sanità - Interviste ad operatori**  
commento di Silvana Dragonetti
- 54 Il decreto ministeriale n. 458 del 21 ottobre 1991
- 57 Gli indirizzi applicativi del decreto interministeriale n. 458/1991, riguardante la riserva di posti per il personale appartenente al comparto sanità
- 62 **Direzione del personale nell'U.s.l.: mito o realtà?**  
di Giorgio Fiorentini
- 69 Si può cercare l'efficienza e la qualità attraverso il controllo di legittimità sugli atti?  
di Antonello Zangrandi

### Sez. 3<sup>a</sup> - Esperienze innovative

- 74 **Le politiche regionali per l'acquisto di beni e servizi: il caso del Friuli-Venezia Giulia**  
di Franco Sassi e Paola Basaglia

### Sez. 4<sup>a</sup> - Notizie dal mondo

- 84 **Il sistema sanitario statunitense: innovazioni e crisi del modello di mercato**  
di Giovanni Fattore
- 96 **Politiche di contenimento della spesa farmaceutica extraospedaliera: il caso del Regno Unito**  
di Anna De Benedetti
- 103 **La formazione dei manager dell'ospedale: l'approccio britannico**  
di Michael Schofield
- 107 **Una formazione a tutto tondo**  
di John Watters

### Sez. 5<sup>a</sup> - Sanità e impresa

- 110 **L'U.s.l. acquista servizi: sì grazie!! (Direttiva 92/50/C.E.)**  
di Giorgio Fiorentini
- 116 **La gara come « casa di vetro »: un regolamento può aiutare**  
di Giuseppe Mollignini
- 119 **Schema di regolamento in merito all'applicazione della legge del 7 agosto 1990, n. 241**
- 125 **Evoluzione dei servizi alberghieri in ospedale**  
di Andrea Guerra

### Sez. 6<sup>a</sup> - Biblioteca

- 130 **Schede bibliografiche**
- 134 **Novità bibliografiche**
- 137 **Spoglio riviste**
- 140 **Bibliografia monotematica**
- 146 **Tesi di laurea**

## NOVITÀ EDITORIALE

Management ed economia sanitaria

# MECOSAN

*La rivista trimestrale  
di saggi e ricerche, documenti e commenti  
per il governo manageriale della sanità*

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

Nel fascicolo n. 1 - Gennaio-marzo 1992

### Editoriale

**L'era della « rivoluzione manageriale » è iniziata?**  
di Luigi D'Elia ed Elio Borgonovi

### Sez. 1<sup>a</sup> - Saggi e ricerche

**Dall'amministratore straordinario al direttore generale**  
di Elio Borgonovi

**La valutazione delle tecnologie biomediche e sanitarie: che cosa è, a cosa può servire**

di Mario Del Vecchio

**Un modello di analisi costo-efficacia per la litotrissia ESWL in Italia**  
di Franco Sassi

**Convenzioni, rimborsi in forma indiretta e costi della litotrissia extracorporea**  
di Francesca Vanara

### Sez. 2<sup>a</sup> - Documenti e commenti

**È possibile gestire la sanità in modo manageriale?**

**Livelli uniformi di assistenza sanitaria**

**Livelli assistenziali e standard organizzativi**

**Esiste una politica di responsabilizzazione per le Regioni?**

di Elio Borgonovi ed Antonello Zangrandi

**Prepararsi a contenere la spesa con nuove regole del gioco**  
di Ernesto Veronesi

### Sez. 3<sup>a</sup> - Esperienze innovative

**Il ruolo delle « esperienze » nella diffusione della cultura manageriale in sanità**

di Francesco Zavattaro

**La medicina sportiva tra pubblico e privato: l'esperienza della regione Emilia-Romagna**

di Arnaldo Oneto

**La gestione di un grande progetto d'informazione in una U.s.l.**  
di Claudio Caccia e Mario Del Vecchio

### Sez. 4<sup>a</sup> - Notizie dal mondo

**Prospettive di sviluppo per la gestione dell'assistenza sanitaria nell'ex Unione Sovietica**

di Vladimir B. Kolchanov

**Le problematiche manageriali nel sistema sanitario in Brasile**

di Maria do Carmo Guimaraes Araujo

### Sez. 5<sup>a</sup> - Biblioteca

**Schede bibliografiche**

**Segnalazioni nuovi libri**

**Spoglio riviste**

**Bibliografia monotematica**

**Tesi di laurea**

### Sez. 6<sup>a</sup> - Sanità e impresa

**Il marketing all'acquisto nella Unità sanitaria locale**

di Giorgio Fiorentini

**La spesa dell'U.s.l. con riferimento agli approvvigionamenti di beni e servizi**  
di Giuseppe Molignini

Nel fascicolo n. 2 - Aprile-giugno 1992

### Editoriale

**Quale sanità nella nuova « era »?**  
di Luigi D'Elia ed Elio Borgonovi

### Sez. 1<sup>a</sup> - Saggi e ricerche

**Verso il governo regionale della sanità: i rischi di una politica sanitaria senza una strategia organizzativa**

di Elio Borgonovi

**Il costo di un malato di Aids: il punto sulla letteratura**

di Nerina Dirindin e Guido Calleri

**Elementi per una definizione dei costi sanitari della broncopneumopatia cronico-obstruttiva**

di Attilio Gugiatti e Francesco Bertolini

### Sez. 2<sup>a</sup> - Documenti e commenti

**Soccorso ed emergenze nella sanità pubblica: basta un decreto per organizzare un valido servizio?**

di Antonello Zangrandi

**Intervista con Franco Perraro e Marco Braidà**

**Intervista a Fiandri e Gattinoni**

**Criteri organizzativi delle emergenze e delle urgenze in campo sanitario**

**Un nuovo orizzonte nella gestione dell'emergenza sanitaria**

di R. Becchi, P. Rotondi e A. Zappi

### Sez. 3<sup>a</sup> - Esperienze innovative

**L'assistenza domiciliare nelle U.s.l.: il modello sperimentale della regione Lazio**

di Maria Carla Claudì ed Elda Melaragno

**Assistenza a domicilio: tre esperienze a confronto**

di Francesco Longo

### Sez. 4<sup>a</sup> - Notizie dal mondo

**La creazione dei « trust » come variabile chiave di cambiamento per il National health service britannico**

di Marco Meneguzzo

**La modernizzazione tramite il ricorso ai meccanismi di mercato: il caso dei nuovi strumenti di gestione ospedaliera**

di D. Fixari e D. Tonneau

### Sez. 5<sup>a</sup> - Sanità e impresa

**L'assistenza domiciliare in Gran Bretagna**

di Sarah Watkins

**L'assistenza domiciliare in Italia**

Gruppo Baxter Italia

### Sez. 6<sup>a</sup> - Biblioteca

**Schede bibliografiche**

**Segnalazione nuovi libri**

**Bibliografia monotematica**

**Spoglio riviste**

**Tesi di laurea**

**PER PRENOTARE LA NUOVA RIVISTA A PREZZO DI LANCIO  
CHIAMA SUBITO LO 06/8073368 O INVIA FAX ALLO 06/8085817**



# MECOSAN

*La rivista trimestrale  
di saggi e ricerche, documenti e commenti  
per il governo manageriale della sanità*

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## ISTRUZIONI 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:*

A) Per la sezione SAGGI E RICERCHE: sono previsti articoli di lunghezza variabile tra 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 e non più di cinque parole chiare 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.*

B) Per le sezioni ESPERIENZE INNOVATIVE, NOTIZIE DAL MONDO, SANITÀ E IMPRESA: sono previsti articoli di lunghezza non superiore a 20 cartelle (non superiore a 15 per la sezione sanità e impresa).

*Gli articoli devono essere spezzati a intervalli di 2-3 cartelle con un richiamo evidenziante il tema delle cartelle seguenti (massimo tre parole, come il titolo di un paragrafo).*

*I riferimenti bibliografici, se presenti, devono essere limitati a 10 per articolo.*

C) Per tutte le sezioni: si sollecita l'uso di schemi, rappresentazioni grafiche e tabelle. Questi 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.

*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 descritte nell'esempio che segue:*

*per i testi [Clerico, 1984] G. Clerico: Economia della salute. Franco Angeli 1984.*

*per gli articoli [Volpatto, 1990] O. Volpatto: la privatizzazione dei servizi pubblici. Azienda pubblica 1990; 2:243-252.*

*I testi devono possibilmente essere scritti con un word processor e consegnati su disco magnetico. In alternativa possono essere consegnati dattiloscritti.*

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

*I contributi devono essere consegnati in tre copie (oppure su un singolo disco magnetico), e preceduti 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 telefax dell'autore principale; titolo suggerito; notizie sugli autori da riportare in nota; sezione per la quale si intende proporre il contributo.*

*Seguirà, per la sezione Saggi e Ricerche, una seconda pagina contenente l'abstract in lingua inglese.*

*I contributi devono essere inviati all'attenzione di Franco Sassi, presso la redazione di Mecosan, al seguente indirizzo: Franco Sassi, redazione Mecosan, via Balilla, 18 - 20136 Milano - tel. 02/5836.3132-3136 - fax 02/89404523.*

*Tutti gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio della redazione e di eventuali referenti esterni accreditati.*

*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.*

# **RAGIUSAN**

**Rassegna giuridica della sanità**

Collana « **La legge delega** »

# **La legge delega per la razionalizzazione e la revisione del Servizio sanitario nazionale**

Prodromi, riferimenti normativi e problemi applicativi  
della Legge n. 421 del 23 ottobre 1992





# **Saggi e ricerche**

Sezione 1<sup>a</sup>

# DALLA SANITÀ DI STATO ALLO STATO PER LA SALUTE DEI CITTADINI

di Elio Borboni

SOMMARIO: Le contraddizioni della società moderna - La crisi del ruolo dello Stato nel settore sanitario - Il nuovo ruolo dello Stato - Forme e contenuti dell'azione dello Stato - Conclusioni.

## Le contraddizioni della società moderna

Le critiche rivolte al Servizio sanitario nazionale, la conflittualità tra Stato e Regioni in materia sanitaria e la proposta di abolizione del Ministero della sanità sono sintomi eloquenti dell'insoddisfazione oggi esistente nei confronti dell'intervento statale per la tutela della salute, o almeno nei confronti del modo in cui tale intervento è esercitato.

Si tratta di una insoddisfazione che ha cause specifiche, le tante storie di « quotidiana inefficienza » riportate dai giornali alle quali però non sono contrapposte le tante storie di « quotidiana dedizione » di centinaia e migliaia di persone che si dedicano alla tutela della salute di persone bisognose, storie che pure esistono anche se non compaiono tra le notizie.

L'insoddisfazione probabilmente richiede una riflessione più profonda che parta dalle contraddizioni della moderna società.

Essa infatti sembra percorsa da spinte contrapposte che portano al riconoscimento di concetti-valori che appaiono difficili da conciliare:

— flessibilità e programmazione;

— autonomia e interdipendenza che richiede coordinamento;

— specificità locali e integrazione di aree geoeconomiche sempre più vaste;

— decentramento regionale e locale dei poteri e integrazione politica sovranazionale;

— diritti e dignità dell'individuo e garanzie per la collettività nel suo complesso.

Mentre fino ad oggi i modelli di organizzazione economica, sociale, politica e istituzionale erano tali da *privilegiare* uno o l'altro degli aspetti, oggi si richiedono *forme nuove di contemperamento* che sembrano particolarmente necessarie per il settore di tutela della salute sul quale:

— i bisogni e la domanda sono strettamente legati alla persona, alle comunità locali;

— le risposte, l'offerta di servizi e di prestazioni sono fortemente dipendenti dal concorso di ingenti risorse economiche e del rispetto di chiare e uniformi « regole organizzative ».

La necessità di rafforzare regole comuni di comportamento e di organizzazione dell'attività umana per meglio affrontare le complessità tecni-

ca, economica e sociale dei processi di selezione dei bisogni e di risposta ad essi dovendo però salvaguardare le differenze e le peculiarità delle persone, dei diversi gruppi sociali, delle diverse aree territoriali mette in crisi proprio la massima espressione dell'organizzazione economico-sociale rappresentata dal ruolo dello Stato secondo i due modelli in cui esso si è realizzato nei Paesi occidentali:

— Stato « di diritto », chiamato a garantire ai cittadini uguali diritti formali e quindi inevitabilmente orientato a perseguire una uniformità di trattamento (il cittadino che deve essere considerato « uguale davanti alla legge »);

— Stato « del benessere » (Welfare State) che si propone di perseguire l'equità e che perciò è orientato a perseguire una uniformità di trattamento e di opportunità sostanziali tramite azioni che cercano di eliminare, o almeno di ridurre, le differenze di tipo economico e sociale tra i vari gruppi.

## La crisi del ruolo dello Stato nel settore sanitario

Il ruolo dello Stato è in crisi, o

perlomeno è sottoposto a critiche sempre più diffuse e rilevanti, sia nei Paesi nei quali sono stati introdotti sistemi di garanzia globale e pervasiva del diritto alla salute tramite Servizi sanitari nazionali, sia nei Paesi nei quali lo Stato si dà carico direttamente solo dell'assistenza di « gruppi deboli » della società, come è il caso degli U.S.A. con i programmi « Medicare » e « Medicaid » a favore di anziani e di poveri. Crisi riconducibile al fatto che:

— le risorse finanziarie che lo Stato riesce a raccogliere e a mettere a disposizione sono insufficienti;

— esiste una spinta strutturale all'aumento della domanda per tutelare i diritti che esso riconosce e per rispondere alle attese che la società esprime.

Fa riflettere, e per certi aspetti suscita non poche perplessità, il fatto che la crisi del ruolo dello Stato nella sanità venga caratterizzata per le sue implicazioni finanziarie, e quindi per i sintomi, e non sia analizzata e interpretata per le cause che hanno determinato e determinano le difficoltà finanziarie. Spesso ci si trova di fronte ad analisi e a valutazioni simili, ci sia consentito il paragone trattando temi di sanità, a quelle che classificano le patologie e gli stati di salute in rapporto ai sintomi e non alle cause: ma è ben noto che singoli e specifici sintomi possono essere identici o molto simili per patologie completamente diverse.

Che ci si trovi di fronte ad una caratterizzazione « per sintomi » e non « per patologie » è dimostrato dalla larga diffusione e condivisione di valutazioni del tipo « non è più possibile garantire tutto a tutti gratuitamente », « anche per quanto riguarda la sanità il Paese deve rendersi conto che non può più vivere al di sopra delle proprie possibilità », « i consumi, anche quelli ad elevata rilevanza sociale come sono quelli sanitari, devono essere ricondotti nei limiti della

compatibilità con le risorse finanziarie disponibili ». Sono valutazioni ormai consolidate nelle analisi dei responsabili della politica economica, accettati seppure a volte *oborto collo* dai responsabili della politica sanitaria, prevalenti nell'informazione di massa e di cui si è convinta anche una larga parte dei cittadini.

Di fronte a questo generale convincimento sulla non sopportabilità dei sintomi si prospettano due possibili linee per la ridefinizione del ruolo dello Stato:

— eliminare « al più presto i sintomi » che possono debilitare ed essere fatali all'organismo economico, come si fa quando si cerca di eliminare la febbre;

— cercare di agire sulle cause tramite l'introduzione nell'organismo (il sistema sanitario) di stimoli capaci di generare modifiche nel funzionamento tali da portare ad una « graduale eliminazione » dei sintomi negativi.

Oggi sembra prevalere il primo tipo di « scelta terapeutica » che si concretizza nella convinzione « neoilluminista » di poter individuare criteri di comportamento (economicamente e socialmente razionali) e di poterli imporre a Regioni, a U.s.l. e ospedali, agli operatori del settore impegnati a vari livelli di responsabilità, agli stessi cittadini tramite strumenti legislativi o tecnico-contabili di tipo « forte ».

Si tratta di una linea di intervento che si può definire di « centralismo tecnocratico » in quanto crede di demandare a strumenti tecnici la soluzione ai problemi di contemperamento di interessi vari, compositi e non di rado conflittuali. Linea che appare per certi aspetti in contrasto con la natura dei « sistemi democratici e pluralistici » nei quali la mediazione di interessi non può certo essere demandata a scelte e a criteri di « razionalità » economica o tecnica e che, comunque, basandosi su un « potere forte » e un elevato livello di efficienza e di funzionalità degli organi

che dovrebbero determinare « livelli assistenziali uniformi », « livelli di spesa coerenti con i livelli assistenziali », « criteri di riparto correlati a livelli di bisogni e a indicatori di efficienza », « confronti tra diverse prestazioni in base alla complessità e ai costi di produzione », non sembra applicabile nell'attuale realtà italiana caratterizzata:

— da un potere politico che comunque deve fare riferimento a « coalizioni » più o meno ampie di diverse politiche;

— da apparati amministrativi abituati a gestire leggi, circolari, atti amministrativi e non costi, indicatori di produttività, processi di determinazione di obiettivi e di verifica del loro raggiungimento.

Rientra nell'orientamento neoilluministico anche la linea di introdurre nella sanità « forti elementi di mercato », dimenticando che data la natura del bisogno (salute), dei servizi che servono a soddisfarlo e delle relazioni che si stabiliscono tra soggetti che esprimono la domanda (i pazienti) e soggetti che governano l'offerta (medici ed altri operatori sanitari):

— si è in presenza di un mercato per molti aspetti « atipico »;

— che non ha in sé meccanismi di regolazione verso punti di equilibrio, in sostanza non è dotato di forti « meccanismi di autoregolazione » (ad esempio non è detto che riesca ad espellere i « produttori inefficienti » di servizi che spesso si difendono aumentando la domanda impropria);

— che potrebbe autoregolarsi in termini di livelli di spesa solo a costi sociali altissimi (fuor di metafora lasciando morire o lasciando privi di assistenza persone, o gruppi che hanno minori risorse economiche;

— che quindi richiede comunque una forte dose di regolazione pubblica.

In effetti sembra che la linea go-



vernativa sia scivolata pericolosamente in questi ultimi mesi dall'idea-forza di introdurre nel S.s.n. « elementi di competitività e di giudizi di efficienza », del tutto necessaria e condivisibile all'idea-forza di « competitività di mercato » che rappresenta non solo un gioco di parole, ma un'accentuazione che deve far riflettere se è vero, come appare dai dati disponibili, che nei Paesi in cui dominano tali sistemi la quota del P.i.l. destinato alla sanità è superiore a quella italiana con giudizi sulla qualità dei servizi non meno critici che nel nostro Paese: si consideri per tutti gli U.S.A. dove il sistema di « assicurazioni private » e di programmi pubblici a tutela dei gruppi deboli produce una spesa sanitaria pari al 13% e oltre del P.i.l. e oltre l'80% di popolazione è « profondamente insoddisfatta » del sistema sanitario.

## Il nuovo ruolo dello Stato

Per ridefinire il ruolo dello Stato nel settore sanitario occorre abbandonare progressivamente la concezione di « apparato burocratico » e recuperare la concezione originaria di « organizzazione politica di una popolazione su un territorio ». Ciò vuol dire:

— ridurre l'*intervento* dello Stato nell'amministrazione della sanità, ossia nei processi di produzione ed erogazione dei servizi ma anche nei processi di raccolta e gestione dei flussi finanziari, in quanto l'amministrazione è più congruente con i livelli regionali e locali;

— potenziare la funzione di costruzione di un *sistema sanitario*, ossia delle condizioni necessarie per guidare i comportamenti di centinaia, migliaia e milioni di soggetti fisici (i pazienti) e istituzionali (le Regioni, le U.s.l., gli ospedali, gli enti locali, le associazioni di operatori e di cittadini, le imprese che operano

nel settore) verso situazioni di equilibrio sostenibile.

Generalmente e anche in recenti provvedimenti di legge si interpreta tale indicazione nel senso di lasciare allo Stato le funzioni di programmazione generale (approvazione del Piano sanitario nazionale), di definizione dei livelli assistenziali uniformi garantiti, di fissazione di criteri e parametri di riparto, di azioni di riequilibrio. Sono formulazioni che di per sé non garantiscono la riduzione dell'intervento dell'apparato statale che si ha solo se i piani e programmi riguardano principi e criteri e non anche contenuti dettagliati e procedure puntuali e complesse, se lo Stato raccoglierà e utilizzerà solo informazioni « di sintesi » su Regioni, U.s.l., ospedali e non informazioni di dettaglio come cerca di fare ora (in verità con scarso successo), se si rinuncerà a voler specificare i livelli assistenziali in termini analitici e magari correlandoli alla dotazione di letti, personale, consumi medi di farmaci, ecc., se si ridurranno drasticamente gli atti legislativi ed amministrativi statali ai quali subordinare le decisioni e i comportamenti degli organi regionali e locali.

La riduzione dell'intervento dello Stato non si lega al tipo di funzioni ad esso riservate, ma al mondo in cui queste sono esercitate, ossia al fatto che siano esercitate:

— tramite « atti da emanare » (sistema burocratico tradizionale);

— tramite principi, regole e criteri da diffondere e da far rispettare (sistema nuovo verso cui orientarsi).

Ciò vuol dire che il Ministero della sanità (al quale siano tolti compiti operativi e amministrativi, snellito nelle procedure, riorganizzato con la riduzione di posizioni esecutive e operative e il potenziamento di posizioni a più elevato contenuto di lavoro) o altro organo centrale (nella ipotesi di eliminazione del Ministero della sanità) dovrà darsi carico di una con-

tinua, diffusa e articolata azione per diffondere nella società concetti fondamentali quali:

— la gestione della sanità è attività molto complessa, assai più complessa di altre attività economiche e produttive;

— di conseguenza le disfunzioni che il cittadino rileva, a volte sono attribuibili a inefficienze, a incompetenza, a comportamenti inaccettabili sul piano tecnico, sociale e morale, ma molte altre volte sono causate dalle difficoltà « oggettive » connesse all'estrema complessità;

— la caratteristica « strutturale » di certe difficoltà è confermata dal fatto che esse esistono in tutti i Paesi progrediti indipendentemente dal modello di sistema sanitario adottato;

— i servizi hanno un costo di produzione correlato alla loro complessità e perciò anche nei casi in cui non esiste un prezzo (nel sistema pubblico) il cittadino deve darsi carico del contenimento dei consumi di prestazioni e servizi sanitari che deve chiedere solo per esigenze oggettive;

— la tutela della salute e la connessa spesa sanitaria se da un lato ha la funzione economica di soddisfare un bisogno (consumo) dall'altro ha anche la funzione di conservare e migliorare la fondamentale risorsa produttiva, la qualità del cosiddetto « capitale umano » (investimento): accanto a logiche e a criteri di « compatibilità dei consumi » occorre sviluppare anche nelle analisi sulla spesa sanitaria logiche e criteri per la valutazione della redditività degli investimenti.

Lo Stato dovrà sempre più potenziare azioni per diffondere nel Paese una cultura più idonea a realizzare « condizioni di ambiente favorevoli allo svolgimento delle attività », per evitare che le attese nei confronti del sistema sanitario non degenerino in conflittualità e critica aprioristica e preconcepita contro il sistema (il che non serve al miglioramento) e per

attenuare la carica di emotività personale e sociale suscitata dai problemi di salute che spesso ostacola la ricerca di soluzioni razionali e realistiche.

La differenza tra due diverse logiche di ridisegno del ruolo dello Stato appare sottile e non immediatamente percepibile, anche se è sostanziale:

— nel modello del « centralismo tecnocratico » dello Stato, esso tramite i suoi organi in genere individua le cause delle difficoltà nelle inefficienze dei livelli amministrativi inferiori, privilegia processi conflittuali sulla ricerca delle responsabilità sulle disfunzioni (tipico esempio è il contrasto sui livelli di spesa riconosciuti alle Regioni), avoca a sé decisioni rilevanti che possono ostacolare il regolare svolgimento dell'attività amministrativa (magari senza poi riuscire a farle rispettare), si propone come « controllore » di comportamenti amministrativi e non come « verificatore » di risultati;

— nel modello di « centralità di una nuova cultura per la sanità e per la gestione dei sistemi sanitari », lo Stato cerca di accentuare il suo ruolo di « creatore di condizioni di ambiente favorevoli alla soddisfacente soluzione di problemi complessi » più che come « valutatore in ultima istanza del grado di razionalità e efficienza di altri soggetti »: certamente le due funzioni sono interdipendenti e devono essere in qualche misura compresenti, ma la differenza sta nel *peso* attribuito ad ognuno.

Per realizzare la sua funzione primaria lo Stato è in possesso di uno strumento « forte », ossia il potere di modificare il modello istituzionale. Si tratta di un obiettivo non più dilazionabile per il nostro Paese che va perseguito nel rispetto dei seguenti principi:

— le critiche, anche radicali, al funzionamento di un modello (esempio S.s.n.) non significano automa-

ticamente la volontà di una società di abbandonare quel modello;

— gli aggiustamenti del modello devono comunque essere coerenti con la storia e la cultura consolidata in un certo Paese: ad esempio poiché il concetto di « solidarietà sociale » del nostro Paese nel bene o nel male è assai diverso da quello della Germania, della Francia, degli U.S.A., ecc. occorre stare molto attenti a non importare in Italia « regole » che in quei Paesi funzionano correttamente in un modo e con certi risultati e che da noi potrebbero funzionare in un altro modo e con altri risultati (ad esempio una eccessiva fiducia nei meccanismi di mercato);

— le modificazioni devono comunque essere graduali, dato che i meccanismi del sistema sanitario sono delicati e una rottura di quelli consolidati, seppure scarsamente soddisfacenti senza averne dei nuovi, potrebbe peggiorare la situazione.

Sulla base di tali principi si inviano da queste colonne alcuni « segnali di attenzione » ai responsabili delle modifiche istituzionali circa le tendenze emerse negli ultimi mesi (e settimane) verso un orientamento spinto a « meccanismi di mercato ». Segnali espressi in forma semplice con la formulazione di previsioni che devono far riflettere i decisori e i gruppi di pressione, e che costituiranno il banco di prova per la validazione scientifica delle teorie propugnate da chi scrive.

L'eventuale accentuazione in tempi brevi di meccanismi di mercato e di competizione pubblico-privato produrrà:

— probabile miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni, ma non necessariamente della qualità della salute;

— probabile riduzione dei costi unitari di certi servizi e prestazioni (anche se non è detto poiché gli aumenti dell'efficienza nei settori dei servizi non sempre riducono i costi

ma spesso migliorano la qualità) con sicuro aumento dei costi complessivi dei trattamenti « completi » (effetto moltiplicativo delle prestazioni);

— possibile (ma non probabile) contenimento della spesa sanitaria complessiva nel breve periodo (1 o 2 anni), anche a seguito delle manipolazioni contabili da parte di chi ha interesse a dimostrare che il nuovo sistema è meglio del vecchio, con esplosione negli anni successivi della percentuale di spesa sul P.i.l. ben superiori al 7,2-7,5% attuali (totale di spesa pubblica e spesa privata);

— probabile (anzi molto probabile) aumento della quota della spesa privata sul totale, ma improbabile riduzione dello zoccolo della spesa pubblica al di sotto dei livelli attuali (6,2%-6,5% sul P.i.l.);

— accentuazione degli effetti di « selezione » tra gruppi (non necessariamente in base al reddito come semplicisticamente potrebbe pensare qualche nostalgico delle teorie marxiste) e crescente divaricazione (non attenuazione come qualcuno promette) delle opportunità di assistenza;

— accentuazione della conflittualità sociale tra gruppi di reddito, tra gruppi di patologie, tra aree territoriali a seguito della crescente divaricazione delle potenzialità e della crescente « selettività » delle scelte.

L'applicazione in termini realistici e non utopici dei « meccanismi della competizione e del mercato », portano quindi a prevedere:

— aumento dell'efficienza nella produzione e distribuzione di prestazioni e servizi;

— efficienza che però spingerà alla ricerca dell'approvazione di una « maggiore quota del reddito prodotto », quindi ad un aumento della percentuale del P.i.l. destinato alla sanità;

— maggiore efficienza « di produzione » che è solamente *una delle condizioni* per una migliore risposta ai bisogni di salute, anzi a volte non

è per nulla correlata ad essa in quanto non vi è sovrapposizione tra efficienza del sistema e efficienza nella produzione di prestazioni;

— pesanti effetti redistributivi della maggiore efficienza che non è detto siano orientati nella direzione di una maggiore equità ed una migliore tutela del « diritto alla salute » in termini sostanziali.

Si ritiene che oggi siano necessarie e sufficienti per il S.s.n. modificazioni istituzionali nella direzione di:

— passaggio dal modello « amministrativo » (basata su atti) al modello « aziendale » (basato su verifica di risultati);

— accentuazione di elementi di autonomia correlata e bilanciata dalla responsabilizzazione per i risultati;

— introduzione di elementi di « competitività » tra le strutture pubbliche e tra le strutture private (giocata sui sistemi di valutazione dei rapporti risultati garantiti-risorse impiegate) senza spingersi troppo in là nella linea della « competitività di mercato » che potrebbe innescare forti scontri strategici per « l'accaparramento dei pazienti » il cui unico perdente sarebbe il sistema: d'altra parte la storia industriale italiana recente è piena di esempi di « scontri competitivi » (anche tra privati) i cui costi sono poi stati assorbiti dal sistema pubblico.

Va infine ricordato che nel ridisegnare l'assetto del S.s.n. occorre abbandonare la tradizionale contrapposizione tra « pubblico e privato ». La nuova frontiera sulla quale lo Stato deve muoversi nel dettare le nuove regole di funzionamento del sistema è quello di separare:

— la parte del settore sanitario pubblico nel quale sono presenti professionalità, competenze, motivazione e efficienza e del settore privato « imprenditoriale » che si assume « rischi in proprio »;

— dalla parte del settore pubblico « clientelare », « parassitario »,

nel quale sono premiate le « fedeltà e le affinità ideologiche e politiche » e del settore privato « assistito », che ostacola il pubblico per crearsi propri spazi (si vedano certi comportamenti di operatori che agiscono nelle due realtà), che chiede autonomia di decisione senza assunzione di rischio (esempio forme di convenzione che « coprono a priori » i rischi degli investimenti).

### **Forme e contenuti dell'azione dello Stato**

I dubbi e le perplessità che oggi esistono con riguardo alla efficacia di un orientamento forte verso sistemi di « competitività di mercato » nascono da un principio logico di base: il « mercato » altro non è che un sistema di aziende autonome nella ricerca di un loro equilibrio economico e responsabili delle loro prospettive di lungo periodo e di relazioni che si stabiliscono tra tali aziende.

Quindi per avere un « mercato » occorre avere aziende dotate di autonomia decisionale sufficiente per determinare il proprio equilibrio e non semplici « strutture amministrative » o « strutture operative » come sono state le U.s.l. nel S.s.n. definito dalla 833/78. Occorre inoltre che siano presenti nel sistema conoscenze e competenze adeguate per esercitare correttamente tali autonomie decisionali e, inoltre, che vi sia una consuetudine a gestire l'autonomia, cosa che non può essere ottenuta con il classico « colpo di bacchetta magica cambiando le leggi ».

Infine occorre che le imprese private di erogazione di servizi (con diretti fini economici come sono ospedali, centri sanitari, ambulatori, ecc. « con scopo di profitto », o con finalità di tipo solidaristico, caritatevole e umanitario come sono ospedali, centri sanitari, ambulatori, ecc.

« senza scopo di profitto ») operino in condizioni in cui esista un effettivo rischio imprenditoriale e in cui l'economicità di gestione non dipenda in modo esclusivo o dominante da decisioni dei pubblici poteri (ad esempio il convenzionamento).

Per essere più precisi si può dire che se non vi sono strutture (pubbliche e private) gestite secondo logica di « azienda » non si potrà mai creare un vero e proprio mercato, e che se non si introducono regole di competizione mai si potrà sviluppare una vera logica « aziendale ».

E questo è il punto: introdurre estese regole di competizione di mercato in presenza di debole cultura aziendale e di debolezza strutturale delle aziende (come sembra essere l'attuale realtà italiana) non aiuta a creare il mercato: rischia di determinare un ulteriore degrado del sistema.

Di conseguenza l'azione dello Stato nei prossimi anni dovrebbe concentrarsi:

1) sullo sviluppo accelerato di conoscenze e competenze « di gestione » di realtà complesse e di atteggiamenti imprenditoriali nella sanità, ossia atteggiamenti orientati a privilegiare l'innovazione e l'adattamento all'ambiente socio-economico;

2) sulla distinzione delle responsabilità e della funzione riguardanti la « politica sanitaria » dalle responsabilità e dalla funzione di « gestione delle attività » salvaguardando però la pari dignità dell'una e dell'altra, cosa che oggi non avviene dato il « clima sociale » di delegittimazione della « funzione politica »;

3) sul riconoscimento di un'ampia autonomia decisionale (reale e non solo auspicata o dichiarata) di Regioni, U.s.l. e ospedali controbilanciata però da un sistema di verifiche sui risultati che sostituisca il sistema di controlli preventivi procedurali o consuntivi formali;

4) sulla creazione e sull'uso di un sistema informativo orientato a



fini decisionali (per decisioni di diverso livello, contenuto e natura) e non più solamente a fini amministrativi, e/o contabili, e/o scientifici;

5) sulla sperimentazione e rapida diffusione di « sistemi gestionali » che non sempre sono mutuabili dalle attuali teorie del management in quanto vanno riferiti ad attività:

- di servizio e non di tipo industriale;
- personalizzati e non sempre facilmente standardizzabili;
- con elevata caratterizzazione « valoriale » e non di tipo tecnico.

Inoltre, in una realtà fortemente orientata verso un « decentramento regionale e locale » l'azione riequilibratrice ed equitativa dello Stato dovrà modificarsi in modo sostanziale e porsi l'obiettivo di:

1) garantire pari opportunità di condizioni non uguaglianza e uniformità di risultati che inevitabilmente dipenderanno dal modo in cui le varie comunità regionali e locali sapranno utilizzare la loro autonomia;

2) evitare che ogni comunità regionale o locale persegua il proprio equilibrio « scaricando su altre comunità diseconomie esterne » (come è il caso di « esportazione di pazienti », ma anche il caso di aree ricche e sviluppate di servizi che concentrano l'offerta impedendo il decollo di servizi nelle aree che ne sono sprovviste);

3) sviluppare, con progetti e programmi mirati e finalizzati, le capacità di programmazione, di organizzazione e di gestione dei servizi nelle aree più arretrate secondo il principio che il vero riequilibrio si attua non attraverso la riallocazione di risorse finanziarie, ma attraverso la riallocazione di queste *unitamente e non disgiuntamente* dal potenziamento della capacità di utilizzarle per fini di tutela della salute.

## Conclusioni

Il progresso scientifico che mette a disposizione della società risposte sempre più efficaci ai molti problemi di tutela della salute, la diffusione nella società di valori che portano al riconoscimento anche per legge di sempre più ampi e completi diritti alla salute, la rapidità e l'estensione dell'informazione di massa che consente a popolazioni sempre più estese di sapere che è possibile mantenere e recuperare quel supremo bene costituito dalla salute sono le determinanti « strutturali » della crisi dei sistemi sanitari in tutto il mondo.

Ciò mette in crisi la società e, soprattutto, le istituzioni pubbliche che in qualche modo sono considerate espressive e rappresentative di modalità di organizzazione sociale che si intendono superare.

In particolare, per quanto riguarda la sanità, le critiche si concentrano sul ruolo dello Stato di cui si richiede la riduzione per lasciare spazio al decentramento amministrativo e alla « libera azione di forze sociali ed economiche ».

Forti sono le tentazioni di dare risposta alla crisi sulla linea a livello centrale del decentramento amministrativo e della concentrazione del potere decisionale reale tramite vincoli (logica definibile di « centralismo tecnocratico ») o nella linea del « ritorno al mercato con obiettivi di maggiore efficienza » (neoliberismo sociale), linee che potrebbero portare ad un ulteriore degrado della situazione qualora fossero basate sull'accettazione del principio di preminenza della « razionalità tecnica ed economica » sul regolamentare e temperare gli interessi e i valori della società.

Sarebbe ben difficilmente governabile una società in cui al primato della politica (purtroppo interpretata come ideologia ed esercizio del

potere) si sostituisse il primato della « professionalità tecnica ed economica » chiamata a sostituire lo « Stato della forma e della burocrazia » e lo « Stato assistenziale » con lo « Stato dell'efficienza ».

Per la sanità la soluzione va invece ricercata in un nuovo modello in cui sia chiaro che:

1) le funzioni pubbliche (perseguimento di interessi generali) non sono necessariamente attribuite a « istituzioni legittimate dal voto e dal consenso politico »;

2) il funzionamento del sistema sanitario dipende dalla storia, dalla cultura, dai comportamenti e dalle interrelazioni di tanti soggetti e non solo dalle norme imposte dallo Stato;

3) il sistema sanitario non può essere regolato con la tradizionale logica « a cascata » dallo Stato, alle Regioni, alle U.s.l. e ospedali;

4) la diffusione nella società e l'accettazione di principi e di criteri di maggiore razionalità, anche di tipo economico, non passa esclusivamente attraverso i due modelli degli obblighi e dei vincoli di legge (ad esempio sui limiti di spesa) o degli « automatismi di selezione naturale del mercato », ma può passare attraverso un'azione culturale e di formazione delle persone;

5) la transizione da un sistema ad un altro deve avvenire con gradualità e senza distruggere l'ordine vecchio (seppur criticabile) prima di aver costruito regole nuove;

6) la funzione dello Stato non è quella di sostituire un nuovo sistema sanitario (più o meno vicino ai « modelli » di Servizio sanitario pubblico, di tipo mutualistico, o di tipo assicurativo) al vecchio, ma di introdurre stimoli, regole e decisioni idonee ad avviare un processo di revisione e di miglioramento dell'attuale sistema verso un sistema più responsabilizzato, a più elevata efficienza e produttività e maggiormente

te rispettoso della dignità della persona malata e di chi dedica la propria vita e la propria intelligenza all'assistenza.

Per ottenere ciò occorre una profonda etica in chi assume responsabilità nella elaborazione delle nuove « regole del sistema sanitario » e delle

« politiche sanitarie », una etica secondo cui:

— non si cerca il potere formale e il consenso per imporre, seppure a fin di bene, la razionalità dei comportamenti con vincoli di legge;

— ma si cerca di dare forza alla razionalità aiutando tutti i soggetti

a dotarsi di conoscenze e competenze utili a comprendere meglio i problemi e a trovare migliori soluzioni sul piano tecnico, economico e organizzativo.

Questo deve fare uno Stato moderno che intenda contribuire a creare una Società più forte e più giusta.

# THE THIRD INTERNATIONAL CONFERENCE ON ETHICS IN THE PUBLIC SERVICE

**« Corruption in a Changing World:  
Comparisons, Theories and Controlling Strategies »**

JERUSALEM, ISRAEL, JUNE 6-11, 1993

## INTERNATIONAL ORGANIZING COMMITTEE

### Presidency

Prof. CAIDEN G., University of Southern California, USA - Prof. EPSTEIN E., University of Berkeley, California, U.S.A. - Prof. HEIDENHEIMER A.J., Washington University, U.S.A.

## PRELIMINARY SCIENTIFIC PROGRAM

After the debate on the general conceptual issues concerning public service ethics which took place at the First Conference in Jerusalem (June 3-8, 1990), and after the Second Conference which took place in Siena (June 9-11, 1992) the International Scientific Committee proposes the following title for the Third Conference, to be held in Jerusalem (June 6-11, 1993).

*Corruption in a Changing World / Comparisons, Theories and Controlling Strategies.*

Corruption and complementary issues of ethics must be seen in the light of the political, economic and social changes occurring in almost all countries. The rapid collapse of centrally planned economics in the East and the extent of transition toward free market economics in the West, coupled with the prevalence of materialism and self interest, will bare significant implications on the relevant issues of political and bureaucratic corruption and ethics. The program will include symposia and workshops presented by leaders in the field, on the dimensions of the relevant problems, comparisons, theories and especially on the availability of control strategies to combat corruption.

The general theme suggests a variety of subthemes which will be appropriate for conference sessions.

1. Political and Bureaucratic Corruption: Concepts, Definitions and Dimensions
2. Corruption in a Changing World
3. The Perception of Morality by the Major Intellectual Forces of the Social Sciences
4. Corruption, Bribery, Patronage and Privileges: Vulnerability and Variations among Systems
5. The Vulnerability of Government and non Governmental Organizations to Corruption
6. Scope, Dimensions and Effectiveness of Control Measures
7. Theorizing on Political and Bureaucratic Corruption

## CONGRESS SECRETARIAT/CORRESPONDENCE

PUBLIC SERVICE ETHICS 93  
c/o International Ltd.  
10, Rothschild Blvd.,  
PO Box 29313  
61292 Tel Aviv, Israel  
Tel. - 972 3 5102538  
Fax. - 972 3 660604  
Tlx. 371667 INTVL IL

## SUBMISSION OF ABSTRACTS

Theoretical papers or contributions must be submitted on the enclosed abstract form. Please follow preparation guidelines carefully. Authors of papers selected by the Scientific Committee for inclusion in the Conference will be notified by March, 15, 1993.

DEADLINE for submission of abstracts: December 15, 1992.

Abstracts should be sent to: Prof. Arnold Heidenheimer Department of Political Science, Washington University, St. Louis, Missouri, U.S.A. and to: Dr. Simcha B. Werner, c/o International Ltd., PO Box 29313 61292 Tel Aviv, Israel

# LA VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE E SANITARIE: CHE COSA È, A COSA PUÒ SERVIRE

di Mario Del Vecchio\*

SOMMARIO: Limiti e opportunità di utilizzo del T.A. - L'utilizzo del T.A. in ambito locale.

*The subject of the article is the evaluation of biomedical technologies and its potential utilization at different levels of italian national health system.*

*The second part of the article, which is published here (first part was published in the first issue of the review), analyzes technology assessment limitations and possibilities. Limitations arise from: 1) the differences existing between decision making as a technique and decision making as a political process; 2) strong pressures towards an early and large diffusion of biomedical technologies coming from different actors in the health system. Even if such limitations exist, possibilities for its utilization can be found both at global level (system planning and programming) and at local level (day-to-day management of health organizations).*

*Some indications for effective utilization at global and local level are given in the last part of present article.*

## Limiti e opportunità di utilizzo del T.A.

Dal sintetico quadro precedentemente fornito dovrebbe risultare evidente l'attrattività di un modello di supporto alle decisioni che, da una parte tiene conto delle diverse dimensioni che compongono il problema (quelle segnalate a titolo esemplificativo nella figura 1) e dall'altra, attraverso la sintesi, fornisce la possibilità di « integrare » diversi effetti, ciascuno valutato secondo proprie specifiche modalità. D'altra parte sarebbero difficilmente contestabili le affermazioni secondo cui:

a) è necessario selezionare le tecnologie « migliori »;

b) il grado della loro bontà dipende da un insieme di conseguenze eterogenee che queste producono;

c) tali conseguenze vanno distintamente analizzate e successivamente ricomposte in un quadro di sintesi.

Se si dà quindi in un certo senso per scontata l'attrattività del T.A., rimangono da definire quali siano le condizioni e i limiti per sua reale utilizzabilità, sia in termini di modello logico che di concreti risultati del processo di valutazione (9).

In linea generale è possibile affermare che molti dei limiti a un pieno utilizzo del T.A. sono comuni a tutte le cosiddette « tecniche razionali » a supporto di processi decisionali di carattere essenzialmente politico (10). Tali limiti possono fare riferimento sia al concetto stesso di tecnica razionale, sia alle caratteristiche dei processi decisionali politici.

Per quanto concerne il primo punto è opportuno rammentare che, seppure in misura diversa, le varie tecniche razionali incorporano sempre elementi di soggettività e risultano quindi influenzate dai giudizi di valore di chi conduce l'analisi. Si pensi ad esempio ai problemi relativi

alla traduzione in termini monetari degli effetti sullo stato di salute presenti nelle analisi costi utilità. Inoltre lo stesso concetto di « razionalità » nei processi decisionali, cui le tecniche in questione fanno necessariamente riferimento, è stato messo in discussione ormai da lungo tempo. Ciò che molti critici hanno sot-

---

\* **Mario Del Vecchio** è ricercatore presso il Cergas Università Bocconi. È professore a contratto di « Economia delle imprese pubbliche » presso la stessa università. È coordinatore del corso « La gestione della risorsa tecnologica nelle U.s.l. » della Scuola di Direzione aziendale. Ha partecipato al progetto finalizzato C.n.r. « Tecnologie biomediche e sanitarie » ed è socio fondatore del Centro di ricerche e studi tecnologie biomediche e sanitarie (Crstbs).

*Quella che viene pubblicata è la seconda parte dell'articolo. La prima è stata pubblicata nel primo numero della rivista.*



tolineato è l'irrealisticità di un modello decisionale basato sulla sequenza prevista dall'approccio razionale classico: specificazione degli obiettivi, individuazione delle possibili alternative per il raggiungimento degli stessi, selezione della migliore alternativa rispetto a un certo criterio decisionale.

La sequenza richiederebbe quindi la conoscenza di tutte le opzioni disponibili e la verifica del rapporto tra possibili interventi e risultati conseguibili, condizioni queste difficilmente riscontrabili nei processi decisionali reali.

Venendo al secondo punto, i processi decisionali di tipo politico, intesi qui in una accezione ampia del termine che ricomprenda tutte le scelte non prevalentemente guidate da logiche di mercato, mal si adattano ad essere interpretati secondo l'approccio razionale, che vede la decisione come il risultato dell'applicazione di una tecnica piuttosto che il frutto di negoziazioni in cui si cerca il contemperamento di interessi diversificati.

Le principali differenze tra la decisione interpretata come tecnica e la decisione vista come risultato di un processo politico possono essere sintetizzate dallo schema in calce (11).

Accanto ai limiti generali tipici delle tecniche razionali a supporto delle decisioni, va altresì considerata la rilevanza delle specifiche forze che

nel campo delle tecnologie sanitarie spingono verso processi di diffusione accelerata e spesso disordinata delle tecnologie stesse e che non sempre convergono verso criteri di razionalità complessiva (diffusione delle tecnologie a migliore rapporto costi risultati). Pressioni potenzialmente « non corrette » per una rapida diffusione e applicazione delle tecnologie possono provenire da vari attori del sistema sanità ed essere caratterizzate da intensità diverse; senza alcuna pretesa di fornire una classificazione esaustiva, molte di queste possono essere ricondotte a:

— un « imperativo tecnologico », cioè a un certo atteggiamento culturale nei confronti della tecnologia che porta a identificare la medicina moderna con l'elevata intensità tecnologica a scapito, a volte, di più utili investimenti in altri settori della sanità caratterizzati da minore intensità tecnologica;

— ragioni di prestigio per le istituzioni e gli operatori, poiché, nel quadro più generale segnato dall'imperativo tecnologico precedentemente citato, l'eccellenza scientifica, professionale e operativa viene talvolta semplicisticamente ricondotta alle dotazioni tecnologiche a disposizione dei singoli e delle organizzazioni in cui essi operano;

— l'esistenza di incentivi economici per produttori, organizzazioni sanitarie e operatori, è sufficiente a

questo proposito ricordare, da una parte le dimensioni e l'attrattività del mercato delle tecnologie, dall'altra il collegamento, più o meno intenso a seconda dei contesti, dei sistemi retributivi con le prestazioni rese tramite l'ausilio di apparati tecnologici;

— l'organizzazione degli interessi di cui sono portatori gruppi di pazienti o di utenti i quali spingono verso più elevati livelli di assistenza, ciò che va rimarcato è che il successo relativo di alcuni gruppi di pressione rispetto ad altri (quindi la maggiore diffusione di alcune tecnologie rispetto ad altre) è spesso determinato da fattori estranei a una reale valutazione dei costi e benefici degli interventi proposti ed è ascrivibile a elementi quali la capacità organizzativa espressa dal gruppo o la percezione che il pubblico ha (visibilità) della patologia interessata;

— a una domanda della collettività, spesso stimolata dai media, per tecnologie sofisticate la cui presenza viene interpretata contemporaneamente come garanzia sui complessivi livelli di assistenza e ragione di prestigio per la collettività stessa;

— il successo di una tecnologia per determinate situazioni diagnostiche o terapeutiche che può spingere a estenderne impropriamente l'utilizzo a situazioni nelle quali peggiora drasticamente il rapporto costo beneficio (expanding indications) o un analogo improprio utilizzo per situazioni per le quali non era precedentemente disponibile alcuna risposta tecnologica (desperate reaction).

I limiti fin qui esposti fanno sostanzialmente riferimento alla possibilità di un utilizzo a livello di governo del sistema e diretto (supporto alla decisione e « enforcement » della stessa) dei risultati della valutazione tecnologica, alla possibilità cioè, come suggerito in un recente articolo (12), di aiutare il decision-maker a:

DECISIONE COME TECNICA	DECISIONE COME PROCESSO POLITICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Normativa</li> <li>— Fini prima dei mezzi</li> <li>— Scegliere l'ottimo</li> <li>— I mezzi dipendono da giudizi di valore</li> <li>— Scelte anche radicali e di ampio respiro</li> <li>— Sulla base di evidenze scientifiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Empirica</li> <li>— Fini e mezzi non possono essere separati</li> <li>— Ricerzare il consenso</li> <li>— I mezzi dipendono dagli interessi da soddisfare</li> <li>— Prevalere della logica incrementale</li> <li>— Sulla base dell'esperienza</li> </ul>

— negare o accettare l'introduzione nel sistema una nuova tecnologia;

— individuarne il più opportuno range di applicazione prima della sua diffusione su larga scala (guidelines e protocolli);

— stabilirne i bacini di utenza minimi, la distribuzione geografica più conveniente e la frequenza d'impiego ottimale;

— migliorare l'utilizzo delle risorse già allocate nel settore, mediante eventuali sostituzioni o disinvestimenti, sottoponendo a verifica o revisione i presupposti di conveniente impiego delle tecnologie sanitarie in uso.

Evidenziare tali limiti non significa negare le potenzialità del T.A. rispetto a processi di programmazione e governo del sistema come quelli appena esemplificati, ma, nel circoscriverne realisticamente la portata, evitare « illusioni razionalistiche » e contribuire a focalizzare alcuni punti critici che se adeguatamente affrontati possono contribuire ad aumentare la possibilità di influenzare i processi reali.

Una prima osservazione riguarda il problema delle possibili soggettività e inclusioni di giudizi di valore nelle analisi ovvero del labile confine esistente tra sfera tecnica e sfera politica. Se si assume che la valutazione abbia tante maggiori probabilità di influenzare il processo politico quanto maggiore sia il suo « ancoraggio » a giudizi prettamente tecnici, allora alcune caratteristiche della valutazione diventano importanti nel definire tali probabilità di successo. Tra queste caratteristiche vanno almeno ricordate:

— *le specifiche metodologie di valutazione adottate*, infatti alcune tecniche, quelle cosiddette aggreganti che tentano di ricondurre su una unica dimensione di valutazione effetti eterogenei per natura (es. analisi costi-benefici), presentano un maggiore grado intrinseco di « politicità », da questo punto di vista è op-

portuno utilizzare metodologie di analisi e di sintesi dei risultati che lascino un effettivo spazio decisionale al decision maker consentendogli di valutare i trade off tra i diversi effetti di una decisione;

— *l'ampiezza dei problemi affrontati*, nel senso che quanto più ci si sposta da specifici problemi (singola tecnologia applicata a specifiche patologie) verso problemi di ordine più generale (classi di tecnologie, politiche in senso ampio) tanto più ci si allontana dal terreno strettamente tecnico, quanto detto diventa forse meno banale se si considera che l'ampiezza dei problemi dipende in parte da come questi vengono strutturati da parte di chi conduce l'analisi.

Una seconda osservazione importante è relativa al rapporto, cui si è già accennato, tra la decisione come tecnica (razionale) e la decisione come processo politico. Probabilmente il grado di successo della valutazione nell'influenzare i processi decisionali non deve essere semplicemente valutato sulla base della sola traduzione diretta dei risultati in decisioni. Infatti uno dei contributi più rilevanti del T.A. ai processi decisionali è quello di « strutturare » i problemi e di permettere una esplicita considerazione di tutti gli effetti di una decisione. Sotto questo profilo il contributo è di tipo indiretto in quanto il T.A. costringe il decisore a esplicitare i propri obiettivi e considerare apertamente le proprie preferenze. Se si assume questa prospettiva lo scopo prevalente dell'analisi non è più quello di giungere alle soluzioni « ottime » (a parere di chi conduce l'analisi) da imporre poi al decisore (razionalità del processo decisionale), ma di costringere quest'ultimo in un quadro di riferimento tale per cui le decisioni siano più razionalmente fondate (razionalizzazione del processo decisionale).

È necessario infine considerare gli aspetti relativi all'implementazione,

cioè alle modalità attraverso le quali si giunge all'effettiva realizzazione dei contenuti della decisione assunta. Concretamente si tratta di come passare ad esempio dalla definizione di quello che si considera un ragionevole bacino di utenza per una determinata tecnologia (decisione programmatoria supportata da un processo di valutazione) a una distribuzione effettiva che rispecchi in qualche misura quella desiderata.

Il tema appare qui rilevante sia perché abitualmente, a conclusione del T.A., vero e proprio vengono anche fornite al decisore possibili opzioni di intervento, ma soprattutto perché su questo terreno, come si è già avuto modo di osservare, l'esperienza dei processi programmatori del S.s.n., anche quando supportati da adeguate valutazioni tecniche, è apparsa largamente insoddisfacente. Proprio in riferimento all'esperienza italiana si conferma la necessità di assicurare una coerenza tra assetti istituzionali e organizzativi esistenti nel sistema e strumenti di programmazione e di intervento, sia nel caso di politiche riguardanti singole tecnologie sia, a maggior ragione, quando si tratti di interventi più complessivi riguardanti l'insieme delle tecnologie in uso. Il principio della coerenza, al cui mancato rispetto è possibile ascrivere parte degli insuccessi menzionati e che rappresenta una precondizione per qualunque proposta di intervento, si articola almeno su due livelli:

— il primo è quello della *coerenza verticale* che impone di disegnare politiche e interventi a partire da una valutazione realistica degli effettivi spazi di autonomia e rapporti reciproci tra i tre livelli istituzionali che compongono il nostro sistema se si vogliono modificare i comportamenti spontanei del sistema stesso;

— il secondo è quello della *coerenza orizzontale*, quello cioè del necessario rapporto tra politiche e in-

terventi su un elemento specifico come quello della tecnologia e gli altri fattori che possono influenzare i comportamenti reali delle unità del sistema rispetto all'elemento specifico preso in considerazione, si tratta in pratica di ricercare una coerenza tra comportamenti desiderati di acquisto e utilizzo delle tecnologie e fattori quali ad esempio le modalità di finanziamento, i sistemi di retribuzione del personale, le indicazioni provenienti da politiche di settore o gli obblighi normativi.

Dalle ultime considerazioni svolte emerge l'idea di fondo che, soprattutto in un sistema articolato e ad ampia autonomia come il nostro, i comportamenti delle diverse unità aziendali (U.S.L., ospedali, ecc.) che lo compongono devono essere prevalentemente governati modificando il quadro di convenienze entro il quale esse prendono le decisioni e che l'imposizione di comportamenti predefiniti risulta spesso inefficace e talvolta controproducente (13). Questo ci porta a ritenere che il contributo maggiore che la valutazione tecnologica possa dare al funzionamento del nostro sistema sanitario non sia tanto quello relativo ai processi di programmazione (comunque utile e necessario), quanto quello rivolto al miglioramento della capacità di selezione e gestione delle tecnologie da parte delle unità del sistema. È vero che nel sistema stesso esistono scarsi stimoli (e talvolta ostacoli) per una efficiente ed efficace gestione della tecnologia, ma il punto critico è che la bassa capacità di gestione di tale risorsa non consente già oggi alle diverse unità il pieno sfruttamento delle opportunità presenti e che tale situazione limiterebbe in maniera rilevante i benefici ricavabili da una eventuale modificazione delle regole e degli incentivi presenti nel sistema.

#### L'utilizzo del T.A. in ambito locale

Tra i contributi che il T.A. può

offrire al miglioramento della gestione in ambito locale il più immediato è quello ricavabile da un utilizzo delle informazioni e conoscenze prodotte dal processo formalizzato di valutazione della tecnologia. La conoscenza di caratteristiche della tecnologia, quali gli effetti sul piano sanitario, le conseguenze di natura economica o gli impatti organizzativi, può consentire:

— un miglioramento dei processi di selezione delle tecnologie da acquisire (minore influenza del potere organizzativo, più equilibrato contenimento delle diverse esigenze aziendali) tramite un esplicito confronto tra le esigenze locali (bisogni sanitari, risorse a disposizione, ecc.) e tutte le caratteristiche rilevanti delle diverse opzioni tecnologiche disponibili;

— una più efficiente gestione dei processi di acquisizione poiché una migliore conoscenza delle caratteristiche della tecnologia, prime fra tutte quelle tecniche, può portare alla definizione di condizioni dello scambio più vantaggiose (si pensi ad esempio alla definizione dei contratti di manutenzione) e un rafforzamento delle capacità negoziali nei rapporti con le imprese fornitrici;

— la predisposizione di tutte le condizioni organizzative, professionali, finanziarie o materiali necessarie per un efficace ed efficiente utilizzo della tecnologia o, almeno, la previsione di quali siano le condizioni mancanti e i riflessi di queste sulle performances previste (si evita così di decidere sulla base di risulta-

ti ottimali che non verranno mai raggiunti);

— la contrattazione preventiva con singoli operatori o unità organizzative di obiettivi di utilizzo e produzione, avendo dei ragionevoli punti di riferimento nelle valutazioni condotte.

È opportuno comunque sottolineare una volta di più che il T.A. non può sostituirsi ai meccanismi aziendali di gestione, non può ad esempio risolvere il problema di quali scelte operare o quale sia il livello di utilizzazione « ottimale » di una certa tecnologia in un dato contesto, esso può migliorare alcuni processi aziendali solo nella misura in cui esistano la volontà e le capacità di utilizzare le informazioni e le conoscenze disponibili.

Un contributo diverso può provenire dagli effetti dell'interiorizzazione da parte dell'organizzazione della logica sottostante il T.A. Si tratta di un vero e proprio processo di apprendimento ed evoluzione organizzativa che può essere innescati dall'utilizzo del T.A. nei termini precedentemente esposti. Via via che l'organizzazione si abitua a fare affidamento sui risultati di processi strutturati di valutazione cresce la consapevolezza che quello tecnologico è un problema che può essere critico per l'organizzazione e che è per sua natura multidimensionale. Il concetto di multidimensionalità cui si fa riferimento è ben esemplificato dai criteri suggeriti dall'American Institute of Medicine per definire accettabile una tecnologia in campo sanitario (riportati nello schema seguente) (14).

#### TECNOLOGIA ACCETTABILE

- 1) TECNICAMENTE VALIDA
- 2) SICURA
- 3) EFFICACE DAL PUNTO DI VISTA SANITARIO
- 4) "COST EFFECTIVE"
- 5) LEGALMENTE E SOCIALMENTE ACCETTABILE
- 6) ETICAMENTE ACCETTABILE



Ciò può portare a realizzare ben presto che il presidio di ogni dimensione nei processi concreti di scelta e gestione abbisogni di cambiamenti nelle competenze, nelle modalità in cui esse vengono articolate nell'organizzazione (funzioni), nelle modalità in cui queste ultime si combinano nello svolgimento dei processi decisionali, per cui aumentano le pressioni affinché l'organizzazione:

— si doti di alcune competenze che magari non sono attualmente presenti (si pensi ad esempio ad alcune competenze di natura economica o a competenze tecniche specializzate rispetto alle tecnologie) (15);

— modifichi i contenuti di alcune funzioni aziendali esistenti o ne inserisca di nuove (si pensi ad esempio all'importanza di possedere adeguate valutazioni di mercato in relazione alle attuali funzioni assegnate a chi gestisce i processi di acquisto o all'ipotesi di introduzione di nuove funzioni come quella del « material manager »);

— modifichi contenuti e modalità dei processi decisionali in modo che questi valorizzino pienamente le nuove competenze e assicurino l'interazione fra tutte le funzioni aziendali.

Bisogna infine segnalare la possibilità di utilizzare, adattandole o semplificandole, alcune delle tecniche normalmente impiegate nel T.A. Non si tratta evidentemente di una valutazione della tecnologia a livello locale, né di immaginare, per esempio nel caso della valutazione clinica, di produrre « clinical trials », quanto piuttosto di identificare quelle logiche di analisi e quei metodi che possano contribuire a migliorare la gestione a livello locale. Brommels (16) ne suggerisce almeno tre:

— l'impiego di checklist, costruite a partire dalle dimensioni normalmente analizzate dal T.A. (si veda ad esempio lo schema precedente), attraverso le quali organizzare le in-

formazioni disponibili in letteratura sulla tecnologia in questione e valutarne la rispondenza alle esigenze locali;

— l'utilizzo congiunto, al fine di pervenire a profili di costi per tipologie di paziente, di tutti quei dati che vengono routinariamente prodotti per scopi amministrativi o sanitari;

— l'organizzazione di « mini consensus conference » per promuovere il corretto utilizzo delle tecnologie.

Una menzione a parte meritano le tecniche di valutazione economica poiché la loro indubbia maggiore « traferibilità » (soprattutto per quanto riguarda il versante dei costi), può nascondere alcune difficoltà. Tecniche come ad esempio l'analisi costi-benefici possono costituire un valido supporto al processo decisionale locale solo a condizione che si abbia sufficientemente presente che i giudizi economici acquistano pieno significato solo in relazione alle condizioni del contesto organizzato entro il quale si svolgono i processi economici stessi (azienda). Quindi la valutazione dei diversi costi e l'apprezzamento della loro rilevanza ai fini decisionali deve fare riferimento alle condizioni concrete nei quali i fenomeni hanno luogo. Poiché le valutazioni economiche cui ci si riferisce assumono lo svolgimento dei processi al di fuori dei contesti aziendali, è opportuno rammentare che:

— i prezzi utilizzati per calcolare i costi delle risorse impiegate in un processo produttivo spesso non rappresentano degli indicatori adeguati delle reali scarsità relative in un certo contesto, ad esempio una tecnologia che consentisse di risparmiare tempo del personale infermieristico dovrebbe essere valutata di più di un'analoga innovazione che risparmiasse personale medico nel caso in cui si abbia difficoltà ad acquisire personale del primo tipo;

— i costi rilevanti per le decisioni sono spesso solo quelli differenziali,

quelli cioè che sorgono o cessano in relazione all'alternativa prescelta, se una tecnologia consente di risparmiare del personale che non può essere licenziato o utilmente impiegato in un altro processo produttivo il risparmio economico è nullo;

— esistono impatti di carattere gestionale (sull'organizzazione del lavoro, sui sistemi di programmazione e controllo, ecc.) delle decisioni che hanno indubbi riflessi economici e che mal si adattano a una quantificazione monetaria, tali impatti possono essere apprezzati solo in relazione alle situazioni specifiche e insieme alle valutazioni economiche rappresentano una parte integrante del più ampio concetto di valutazione di convenienza aziendale.

---

(9) Non vengono in questa sede affrontati i problemi relativi alla produzione della valutazione stessa. Una trattazione di tale argomento implicherebbe, da una parte una disamina approfondita delle diverse tecniche di analisi utilizzabili (ad esempio quali tipi di studi clinici od economici) in relazione agli specifici contesti di applicazione (finalità, caratteristiche della tecnologia, ecc.) e dall'altra una riflessione sulle organizzazioni chiamate a produrre le valutazioni stesse (collocazione istituzionale, competenze necessarie, ecc.).

(10) Un testo introduttivo al tema citato è quello di M. CARLEY, *Rational techniques in policy analysis*, Heinemann Educational Books, 1983.

(11) M. BROMMELS, *Medical Technology Assessment ad an Administrative Instrument: Can it be Useful for Decision Support on Local Basis ?*, Journal of Management in Medicine, Vol. 5, n. 2, pp. 46-52.

(12) F. ROSSI, *Valutazione economica delle tecnologie sanitarie*, Tecnologie Biomediche (XII), 3 maggio/giugno 1992.

(13) Non si vuole affermare che non si debbano prevedere interventi di regolazione diretta e specifica (nell'accezione definita nel primo paragrafo dell'articolo), ma che questi vadano riservati

a casi particolari e soprattutto valutando attentamente la loro reale efficacia nel contesto dato.

(14) INSTITUTE OF MEDICINE, *Assessing Medical Technologies*, National Academy Press, 1985.

(15) È opportuno chiarire che dotarsi

di alcune competenze non significa necessariamente dover introdurre nuove figure professionali, ma fare in modo che tali competenze siano disponibili per l'organizzazione, anche sulla base di rapporti diversi da quelli di lavoro subordinato (rapporti con professionisti, socie-

tà, centri specializzati). Per quanto concerne i contenuti, interessanti riflessioni sul ruolo dell'ingegneria clinica possono essere trovati in L. MARIANI, *I servizi di ingegneria clinica*, DEI - Università degli Studi di Padova, R 02/1989.

(16) Art. cit.

# IL GOVERNO DELLA SANITÀ NEI PAESI INDUSTRIALIZZATI: MODELLI A CONFRONTO

di Eugenio Anessi \*

**SOMMARIO:** Introduzione - 1. Impatto sui livelli di bisogno, impiego di risorse, equità - Risorse - Efficacia sanitaria - Equità - 2. - Risorse impiegate e prestazioni erogate dalle diverse funzioni del sistema - 3. Caratteristiche del modello istituzionale - 4. Regno Unito - Caratteristiche fondamentali - Punti di forza e punti di debolezza - 5. Germania - Caratteristiche fondamentali - Punti di forza e punti di debolezza - 6. Giappone - Caratteristiche fondamentali - Punti di forza e punti di debolezza - 7. Canada - Caratteristiche fondamentali - Punti di forza e punti di debolezza - Conclusioni.

## Introduzione

Condizione necessaria per lo svolgimento di un'analisi comparata dei sistemi sanitari di Paesi diversi è la definizione di una metodologia di riferimento, ed in primo luogo l'identificazione delle dimensioni di confronto. Si consideri la figura 1. In

ogni Paese esistono (da destra a sinistra nella figura):

a) una popolazione che presenta bisogni di mantenimento, miglioramento, recupero dello stato di salute;

b) un sistema di offerta che produce prestazioni e servizi attraverso l'impiego di risorse reali e finanziarie;

c) un meccanismo di finanziamento che determina l'ammontare di risorse destinato complessivamente al settore sanitario e specificamente alle singole funzioni e/o strutture di offerta. A fronte di questo schema complessivo, l'analisi comparata può svolgersi secondo tre metodologie diverse ma complementari, che hanno rispettivamente come oggetto:

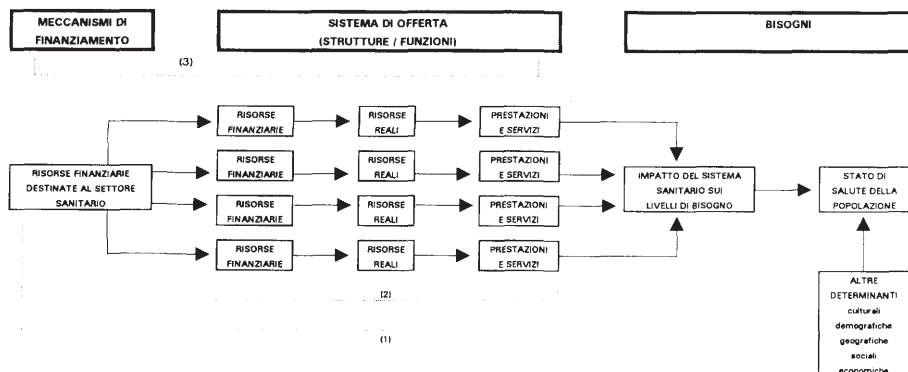
1) l'impatto del sistema sui livelli di bisogno, le risorse complessivamente impiegate, l'equità nella distribuzione di benefici e costi;

2) le risorse allocate alle diverse funzioni e strutture di offerta e le prestazioni da queste erogate;

3) le principali caratteristiche del modello istituzionale di riferimento.

Questo saggio applica le tre metodologie all'analisi di quattro tra i principali Paesi industrializzati: Regno Unito, Germania, Giappone e

FIGURA 1  
METODOLOGIE DI ANALISI E CONFRONTO  
DEI SISTEMI SANITARI



N.B. - I numeri in parentesi indicano le diverse metodologie, le linee tratteggiate l'oggetto specifico di analisi di ciascuna.

\* **Eugenio Anessi** è ricercatore presso il CeRGAS, Centro di Ricerca sulla Gestione, dell'Assistenza sanitaria dell'Università Bocconi, candidato PhD in Public Policy and Management all'Università della Pennsylvania.



Canada. I primi tre paragrafi presentano alcuni indicatori fondamentali di analisi e confronto relativi ai quattro Paesi considerati, agli Stati Uniti ed all'Italia. Ogni paragrafo, in particolare, si focalizza sugli indicatori più rilevanti per una delle tre metodologie: impiego di risorse reali e finanziarie, stato di salute della popolazione ed estensione della copertura assicurativa nel paragrafo 1, distribuzione funzionale delle risorse ed indicatori di attività ospedaliera nel paragrafo 2, caratteristiche fondamentali dei modelli istituzionali di riferimento nel paragrafo 3. Il riferimento all'Italia ha lo scopo di favorire la comprensione delle caratteristiche degli altri sistemi attraverso il confronto con una realtà nota; il riferimento agli Stati Uniti pone le basi per l'analisi più approfondita svolta da Giovanni Fattore in questo stesso numero di *Mecosan*. Di ogni indicatore si discutono significato e limiti; il commento è tuttavia limitato all'essenziale. I quattro successivi paragrafi, infatti, sono dedicati all'analisi dettagliata dei singoli Paesi, ed è in questa sede che gli indicatori più significativi vengono evidenziati, correlati e commentati. Il saggio si conclude con alcune considerazioni di sintesi.

### **1. Impatto sui livelli di bisogno, impiego di risorse, equità**

Sebbene gli obiettivi attribuiti al sistema sanitario possano variare profondamente da Paese a Paese, ogni sistema persegue tre finalità fondamentali (Schieber e Poullier 1990: 1):

a) mantenere sotto controllo l'ammontare di risorse destinato alla produzione ed all'erogazione di servizi sanitari;

b) contribuire al mantenimento, miglioramento e recupero dello stato di salute;

c) garantire condizioni di equi-

tà di accesso, seppur variamente definite.

#### *1.1. Risorse*

L'ammontare di risorse destinato al settore sanitario è tipicamente misurato in termini di spesa sanitaria complessiva; a fini di confronto gli indicatori più comunemente utilizzati sono:

a) la spesa sanitaria pro-capite, e

b) il rapporto tra spesa sanitaria e prodotto interno lordo.

Questi indicatori non sono esenti da problemi metodologici; di particolare rilevanza sono:

a) l'esistenza di discrepanze nella definizione dei confini tra « spesa sanitaria » e « spesa sociale » e tra « spesa sanitaria » e « spesa per l'istruzione e la ricerca » (Ruble e Schneider 1991: 187; Gillion et al. 1985: 10);

b) la mancata evidenziazione di costi non correlati ad uscite monetarie e/o sostenuti da soggetti diversi dalle strutture di offerta (ad esempio, tempi di attesa e costi di trasporto sostenuti dai pazienti);

c) la necessità, per quanto riguarda la spesa pro-capite, di convertire in un'unità comune valori espressi in monete diverse (Ruble e Schneider 1991: 190).

Malgrado questi limiti, l'impiego di risorse può essere misurato con precisione molto superiore di quanto non accada per l'impatto sui livelli di bisogno o per le condizioni di equità del sistema. La tabella 1 presenta i due indicatori fondamentali sopra citati ed inoltre:

a) un'analisi della dinamica del rapporto spesa sanitaria/PIL tra il 1975 ed il 1987;

b) alcuni indicatori relativi alla dotazione strutturale del sistema, e

c) due indicatori socio-economici particolarmente significativi per l'analisi della spesa sanitaria.

Per quanto riguarda la dinamica

del rapporto spesa sanitaria/PIL, la variazione intervenuta tra il 1975 ed il 1987 viene progressivamente scomposta in quattro componenti: dapprima la variazione del numeratore (la spesa sanitaria) viene distinta dalla variazione del denominatore (il PIL), in seguito la variazione del numeratore viene scomposta in una componente prevalentemente esogena (il tasso di crescita della popolazione) ed una componente prevalentemente endogena, infine la componente endogena viene scomposta in una variazione di volume e di intensità tecnologica (il tasso di crescita dei servizi pro-capite) ed una variazione di prezzo (il differenziale di inflazione del settore sanitario, ossia la misura in cui i prezzi del settore sanitario crescono ad un ritmo più elevato rispetto al tasso generale di inflazione) (1).

Quanto agli indicatori di dotazione strutturale, la tabella ne presenta cinque: dotazione di posti letto totale e per acuti, numero di medici, diffusione di tecnologie avanzate misurata attraverso il numero di pazienti in dialisi e il numero di litotrittori per milione di abitanti. A parità di altre condizioni, una maggiore dotazione strutturale dovrebbe correlarsi a più elevati livelli di spesa, sia per la maggiore capacità di far fronte alla domanda, sia per il meccanismo di creazione della domanda da parte dell'offerta. La tabella 1 rivela tuttavia che questa correlazione è assai debole se non inesistente: ciò evidenzia la presenza di altre significative differenze tra i diversi sistemi, e tra queste differenze sembra legittimo annoverare i diversi modelli di governo del sistema e le diverse scelte di politica sanitaria.

La tabella 1 presenta infine due indicatori socio-economici particolarmente significativi per l'analisi della spesa sanitaria: il prodotto interno lordo pro-capite e la percentuale di

popolazione anziana. Anche in questo caso dovrebbe esistere, *ceteris paribus*, una correlazione di segno positivo tra ciascuno di questi indicatori e la spesa sanitaria: tra PIL pro-capite e spesa pro-capite perché i Paesi a reddito più elevato possono destinare al settore sanitario risorse proporzionalmente più elevate, tra percentuale di popolazione anziana e spesa media pro-capite perché gli anziani tendono ad assorbire una maggior quota di risorse. Una correlazione tra PIL pro-capite e spesa pro-capite effettivamente esiste ed è molto significativa; per quanto riguarda la percentuale di popolazione anziana, invece, il confronto tra i Paesi europei e i Paesi nordamericani eviden-

zia un maggior peso della popolazione anziana nei primi ed una più elevata spesa pro-capite nei secondi. Ancora una volta, quindi, la tabella evidenzia l'esistenza di altre significative differenze tra i sistemi analizzati.

### 1.2. Efficacia sanitaria

Rispetto all'impiego di risorse, l'impatto del sistema sanitario sui livelli di bisogno presenta problemi di misurazione molto più significativi. In primo luogo, l'impatto del sistema sanitario sui livelli di bisogno non è direttamente osservabile. Ciò che è osservabile è lo stato di salute della popolazione, che però (fig. 1)

dipende in misura determinante da un complesso di fattori sociali, economici, culturali, geografici e demografici che nemmeno l'analisi statistica riesce ad isolare. Inoltre, la modificazione dei livelli di bisogno si manifesta tipicamente nel medio-lungo periodo: ciò pone rilevanti problemi di definizione dei rapporti di causa-effetto. Infine, anche la misurazione dello stato di salute della popolazione presenta significativi problemi concettuali e metodologici, soprattutto per quanto riguarda i livelli di morbilità e quindi la « qualità » della vita. Dati questi problemi, gli indicatori di stato di salute non costituiscono una base particolarmente affidabile per la valutazione comparata dei diversi sistemi; essi permettono tuttavia di evidenziare l'esistenza di problemi di particolare rilevanza per le future scelte di politica sanitaria.

La tabella 2 presenta innanzi tutto i due indicatori di stato di salute più frequentemente utilizzati, ossia il tasso di mortalità infantile (2) e la speranza di vita alla nascita (disaggregata per sesso). L'evoluzione dello stato di salute negli ultimi trenta anni è evidenziata attraverso il tasso medio annuo di variazione di questi indicatori dal 1960 ad oggi. La tabella è completata da altri due indicatori di introduzione più recente: il tasso di mortalità perinatale (3) e la speranza di vita all'età di ottanta anni (disaggregata per sesso). Rispetto al tasso di mortalità infantile, il tasso di mortalità perinatale è considerato un indicatore più rappresentativo della quantità e qualità dell'assistenza materno-infantile perché comprende anche gli ultimi due mesi di gestazione; quanto alla speranza di vita ad ottanta anni, si tratta di un indicatore che dovrebbe evidenziare la disponibilità e l'impiego di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate.

Il confronto tra i dati della tabel-

**Tabella 1 - RISORSE DESTINATE AL SETTORE SANITARIO**

	ITA	CND	GER(a)	JPN	GBR	USA
<b>INDICATORI FONDAMENTALI</b>						
Spesa sanitaria pro-capite, 1989 (\$) (b) .....	1050	1683	1232	1035	836	2354
Rapporto spesa sanitaria / PIL, 1989 (%) ...	7.6	8.7	8.2	6.7	5.8	11.8
<b>DINAMICA E COMPONENTI DELLA SPESA</b>						
Rapporto spesa sanitaria / PIL, 1975 (%) ...	5.8	7.3	7.8	5.5	5.5	8.4
Rapporto spesa sanitaria / PIL, 1987 (%) ...	6.9	8.6	8.2	6.8	6.1	11.2
<i>Scomposizione variazione 1985-1987 (c):</i>						
Crescita PIL .....	1.5	3.6	2.2	4.2	2.1	3.1
Crescita spesa sanitaria .....	3.0	5.0	2.6	6.1	3.0	5.6
a) crescita popolazione .....	0.3	1.0	-0.1	0.8	0.1	1.0
b) effetto fattori endogeni .....	2.7	3.9	2.7	5.2	2.9	4.6
b1) differenziale inflazione settore sanitario ..	0.7	2.0	0.4	1.2	1.0	2.2
b2) incremento servizi procapite .....	2.0	1.9	2.3	4.0	1.9	2.3
<b>DOTAZIONE STRUTTURALE</b>						
Posti letto (per ogni 1000 abitanti), 1989 (d)	7.5	6.9	10.9	15.6	6.5	5.1
Medici (per ogni 1000 abitanti), 1989 .....	4.3(e)	2.2	2.9	1.6	1.4	2.3
Pazienti in dialisi (ogni milione di abitanti), 1986	305	336	333	608	242	522
Numero di litotrittori (ogni milione di abit.), 1989	0.84		0.93		0.21	0.88
<b>INDICATORI SOCIO-ECONOMICI</b>						
PIL procapite, 1989 (\$/1000) (b) .....	12.3	17.2	13.3	13.2	12.3	18.3
Popolazione di età superiore ai 64 anni, 1988 (%)	13.6	11.1	15.4	11.2	15.6	12.3

FONTI: Jönsson (1990), Poullier (1990), Schieber e Poullier (1990), Schieber et al. (1991).

(a) I dati per la Germania escludono i Land dell'ex Repubblica Democratica Tedesca.

(b) Il PIL è convertito in dollari attraverso l'indice di parità del potere d'acquisto.

(c) I valori devono intendersi come tassi medi annui.

(d) L'OECD definisce « ospedali per acuti » le strutture di ricovero in cui « la durata di degenza tipicamente non supera i 30 giorni ». Per Italia e Giappone l'OECD riporta soltanto il dato complessivo.

(e) Dato CENSIS. L'OECD riporta soltanto il numero di medici ospedalieri (1.3 per 1000 abitanti).

la 2 e quelli della tabella 1 evidenzia un'assenza di correlazione tra spesa sanitaria da un lato, speranza di vita alla nascita e tasso di mortalità infantile dall'altro. Questo è peraltro vero anche per il tasso di mortalità perinatale: l'assistenza materno-infantile, del resto, assorbe soltanto una quota limitata di risorse, per cui differenze anche significative nella quantità e qualità dell'assistenza non sono adeguatamente evidenziate dagli indicatori di spesa complessiva. Correlazioni più significative esistono invece tra spesa sanitaria, indicatori di dotazione tecnologica e speranza di vita ad ottanta anni.

### 1.3. Equità

Mentre l'efficacia sanitaria ed il contenimento delle risorse impiegate fanno tipicamente riferimento al sistema nel suo complesso, quindi a valori nazionali medi, il concetto di equità si riferisce al problema della *distribuzione* di benefici e costi tra diversi gruppi sociali. Poullier (1990: 132) propone come primo indicatore di equità il « livello di protezione sociale », ossia la quota di popolazione coperta da programmi pubblici a contribuzione obbligatoria. Nei Paesi in cui il « livello di protezione sociale » è inferiore al 100%, un altro indicatore frequentemente impiegato è la quota di popolazione totalmente priva di copertura assicurativa. La significatività del « livello di protezione sociale » come indicatore di equità deriva dal fatto che, in linea di principio, i programmi pubblici:

a) garantiscono l'accesso almeno ai servizi essenziali ed almeno per le fasce sociali più deboli, e

b) sono finanziati attraverso meccanismi di prelievo fondati sul principio della capacità contributiva.

Analogamente, la quota di popolazione priva di copertura assicura-

tiva assume significato come indicatore di equità perché ad essere prive di copertura assicurativa sono tipicamente le persone a più basso reddito e/o a più alto rischio sanitario, per le quali l'accesso al sistema sanitario risulta quindi virtualmente impossibile. I due indicatori sono riportati nella tabella 3.

La tabella 3 rivela che solo gli Stati Uniti presentano un limitato « livello di protezione sociale » ed un'elevata percentuale di popolazione totalmente priva di copertura assicurativa. Tra i quattro Paesi più direttamente analizzati, tre garantiscono la copertura pubblica dell'intera popolazione, mentre il quarto (la Ger-

mania) realizza l'universalità della copertura assicurativa attraverso una combinazione di programmi pubblici (88% della popolazione) e mercato privato. Gli indicatori di estensione della copertura assicurativa, pertanto, offrono soltanto indicazioni molto generali: analisi più approfondite devono considerare aspetti quali la distribuzione geografica e socio-economica degli indicatori di bisogno e delle prestazioni erogate, il grado di omogeneità della copertura assicurativa, la distribuzione geografica delle risorse strutturali, la portata redistributiva del sistema di finanziamento.

**Tabella 2 - STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE**

	ITA	CND	GER(a)	JPN	GBR	USA
<b>INDICATORI TRADIZIONALI, 1988</b>						
Mortalità infantile .....	9.3	7.2	7.6	4.8	9.0	10.0
Speranza di vita alla nascita, femmine (anni)	79.4	79.7	78.4	81.3	78.1	78.3
Speranza di vita alla nascita, maschi (anni) ..	72.7	73.0	71.8	75.5	72.4	71.5
<b>VARIAZIONE A PARTIRE DAL 1960</b>						
Speranza di vita alla nascita, femmine (anni)	7.6	5.4	6.5	11	3.9	5.0
Speranza di vita alla nascita, maschi (anni) ..	5.9	4.6	5.3	10.1	4.1	4.8
Mortalità infantile (decremento medio % annuo)	5.6	4.9	5.5	6.6	3.3	3.5
<b>INDICATORI INTEGRATIVI, 1988</b>						
Mortalità perinatale .....	12.3	7.6	6.5	6.2	9.1	9.7
Speranza di vita a 80 anni, femmine (anni) ..	7.7	8.9	7.6	8.4	8.1	8.7
Speranza di vita a 80 anni, maschi (anni) ....	6.2	6.9	6.1	6.9	6.4	6.9

FONTI: Schieber e Poullier (1990); Poullier (1990); Schieber et al. (1991).

(a) I dati per la Germania escludono i Land dell'ex Repubblica Democratica Tedesca.

**Tabella 3 - ESTENSIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

	ITA	CND	GER(a)	JPN	GBR	USA
<b>INDICATORI FONDAMENTALI, 1989</b>						
Livello di protezione sociale (%) (b) .....	100	100	88	100	100	43.0
Pop. priva di copertura assicurativa (%) .....	0	0	0.5	0	0	15.5

FONTI: Graf v.d. Schulenburg (1989); Poullier (1990); Phelps (1992).

(a) Esclude i Land dell'ex Repubblica Democratica Tedesca.

(b) Il dato si riferisce all'assistenza ospedaliera ed ambulatoriale. I valori per l'assistenza farmaceutica extraospedaliera sono normalmente inferiori.



In merito all'individuazione di indicatori più approfonditi del livello di equità è però necessario sottolineare che il concetto di equità si presta a definizioni estremamente diverse (Fattore e Garattini, 1989); che a ciascuna definizione corrispondono specifici indicatori e specifici problemi di misurazione; che Paesi diversi si ispirano a diverse definizioni di equità, per cui il confronto basato su indicatori comuni ha significato assai limitato. Di conseguenza, il tema dell'equità viene affrontato più dettagliatamente nell'analisi dei punti di forza e di debolezza dei singoli sistemi, anche alla luce della definizione di equità a cui ciascun sistema sembra ispirarsi.

## 2. Risorse impiegate e prestazioni erogate dalle diverse funzioni del sistema

Il sistema sanitario realizza il mantenimento, il miglioramento ed il recupero della salute attraverso l'erogazione di prestazioni e servizi, quindi attraverso lo svolgimento di funzioni. Una seconda metodologia di analisi si concentra pertanto sulle prestazioni erogate e sulle risorse assorbite dalle diverse funzioni.

La tabella 4 presenta in primo luogo una scomposizione della spesa sanitaria in quattro grandi aggregati funzionali: assistenza ospedaliera, assistenza ambulatoriale, assistenza farmaceutica, altre modalità di assistenza. Questa classificazione è in qualche modo una scelta obbligata, in quanto rappresenta una sorta di minimo comun denominatore dei diversi sistemi nazionali di rilevazione della spesa sanitaria: classificazioni più disaggregate o comunque diverse avrebbero potuto essere maggiormente significative, ma certamente sarebbero state meno affidabili. Anche questa classificazione essenziale ha peraltro richiesto un'opera di standardizzazione, soprattutto in termi-

ni di definizione del contenuto delle diverse funzioni (4). Più in particolare (Rublee e Schneider 1991: 188):

a) nell'assistenza ospedaliera sono stati inclusi l'attività dei medici ospedalieri (qualunque sia la natura giuridica ed organizzativa del loro rapporto di lavoro), la somministrazione di prodotti farmaceutici ai degenti, ed il ricovero dei lungodegenti negli ospedali per acuti;

b) le prestazioni erogate all'interno delle strutture ospedaliere ma non in regime di degenza sono state classificate come assistenza ambulatoriale.

Nella categoria residuale « altre attività » sono state incluse tra l'altro l'assistenza erogata in apposite strutture per lungodegenti, l'assistenza domiciliare a malati cronici, la fisioterapia, la psicoterapia, le prestazioni

dentistiche, le attività di igiene pubblica, la medicina non tradizionale (ad esempio, la medicina omeopatica). Restano infine escluse dalla classificazione le spese amministrative, le spese sostenute per la costruzione di strutture, e i costi di ricerca e sviluppo: « tutte componenti per le quali non esistevano dati sufficienti per finalità di comparazione » (Rublee e Schneider 1991: 188).

Oltre alla distribuzione funzionale della spesa sanitaria, la tabella 4 riporta alcuni indicatori relativi all'assistenza ospedaliera. Tra le quattro « funzioni », l'assistenza ospedaliera è l'unica a presentare indicatori non monetari sufficientemente affidabili e confrontabili: la tabella riporta quelli più comunemente utilizzati (numero di posti letto per acuti, tasso medio di ricovero, giornate di

**Tabella 4 - DISTRIBUZIONE FUNZIONALE DELLA SPESA SANITARIA ED INDICATORI ESSENZIALI DI ATTIVITÀ OSPEDALIERA**

	ITA	CND	GER(a)	JPN	GBR	USA
<b>DISTR. FUNZIONALE DELLA SPESA, 1988</b>						
Assistenza ospedaliera (%) .....	43	48	34	33	47	43
Assistenza ambulatoriale (%) .....	24(b)	11	16	16	14	21
Assistenza farmaceutica extraospedaliera (%)	18	12	16	18	14	8
Altre attività (%) .....	15	29	34	34	25	27
<b>INDICATORI ATTIVITÀ OSPED., 1988 (c)</b>						
Posti letto per acuti (per 1000 abitanti) .....	7.5	4.5	7.4	15.6	2.8	3.8
Ricoveri (per 1000 abitanti) .....	166	133	187	78	129	128
Giornate di degenza (pro-capite) .....	1.9	1.3	2.3	4.1	0.9	1.0
Degenza media .....	11.7	8.9	12.7	52.1	7.8	7.2
Tasso di occupazione .....	70.2	80.3	85.5	84.1	76.4	65.5
Spesa media per ricovero (\$) (d) .....	2699	6130	2233	4359	3072	7959
Spesa media per giornata di degenza (\$) (d)	236	627	182	83	440	1132
<b>INDICATORI ATTIVITÀ AMBUL., 1986-88</b>						
Numero medio di contatti pro-capite .....	10.9	6.6	11.5	12.8	4.5	5.3
Spesa farmaceutica extraosped. pro-capite (\$) (d)	180	183	198	173	116	170

FONTI: adattamento da Rublee e Schneider (1991); Schieber et al. (1991).

(a) I dati per la Germania escludono i Land dell'ex Repubblica Democratica Tedesca.

(b) Il dato italiano include l'assistenza dentistica, che per gli altri Paesi rientra tra le « altre attività ».

(c) I dati per l'Italia ed il Giappone includono tutte le strutture ospedaliere (vedi tabella 1, nota d). Quando si includono tutte le strutture ospedaliere gli indicatori principali per Canada, Germania, Regno Unito e Stati Uniti assumono rispettivamente i seguenti valori: a) dotazione di posti letto: 6.9, 10.9, 6.5, 5.1; b) degenza media: 13.2, 16.6, 15.0, 9.3; c) tasso di occupazione: 82.7, 86.5, 80.6, 69.2.

(d) Conversione in dollari attraverso l'indice di parità del potere di acquisto.

degenza pro-capite, durata media della degenza e tasso di occupazione) (5), ed inoltre correla i dati di spesa complessiva con i dati di distribuzione funzionale della spesa e con gli indicatori non monetari di attività ospedaliera per giungere a due indicatori di spesa media unitaria: per ricovero e per giornata di degenza (6).

La tabella è completata da un indicatore relativo all'assistenza ambulatoriale ed un indicatore relativo all'assistenza farmaceutica: numero medio annuale di contatti pro-capite per la prima, spesa media pro-capite per la seconda.

### 3. Caratteristiche del modello istituzionale

La terza metodologia di analisi comparata dei sistemi sanitari prende in considerazione le caratteristiche dei diversi modelli istituzionali di riferimento. Come più volte sottolineato, questa metodologia non è alternativa alle prime due, ma piuttosto complementare: la prima metodologia si focalizza sulle finalità generali del sistema, la seconda sulle principali funzioni attraverso le quali tali finalità vengono perseguite, la terza sul modello istituzionale ed organizzativo che governa lo svolgimento delle diverse funzioni.

L'elemento fondamentale di distinzione tra i modelli istituzionali dei diversi Paesi è rappresentato (Maxwell 1981) dal grado di intervento pubblico, ed in particolare (fig. 1) dal grado di intervento pubblico lungo due dimensioni:

- a) finanziamento del sistema, e
- b) responsabilità di produzione ed erogazione dei servizi.

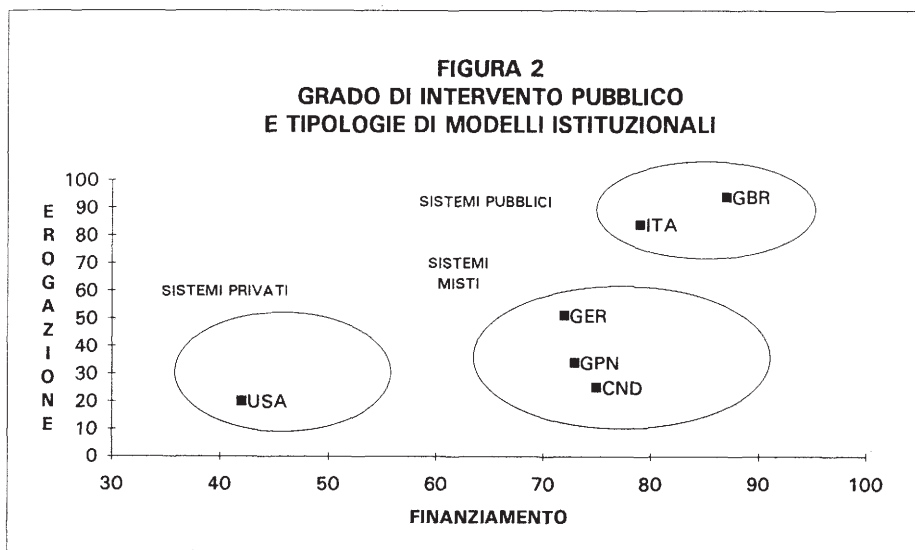
L'intervento pubblico a livello di finanziamento sgancia il contributo delle famiglie dall'effettivo utilizzo dei servizi e lo lega a criteri propri del sistema fiscale, primo tra tutti

quello della capacità contributiva: le entrate delle strutture di offerta provengono prevalentemente da enti del settore pubblico, che si finanziano presso le famiglie attraverso forme di prelievo obbligatorio. Nei sistemi a finanziamento privato, invece, le entrate delle strutture di offerta provengono prevalentemente dalle famiglie e dalle imprese di assicurazione con cui le famiglie hanno stipulato contratti di assicurazione volontaria. L'indicatore sintetico fondamentale del grado di intervento pubblico nei meccanismi di finanziamento è quindi rappresentato dalla quota di spesa sanitaria sostenuta dal settore pubblico.

Significativi livelli di intervento del settore pubblico nei meccanismi di finanziamento della spesa sanitaria tipicamente si accompagnano ad una rilevante influenza del settore pubblico sulle modalità di erogazione dei servizi. Questo tuttavia non si traduce necessariamente in una gestione diretta delle strutture di offerta da parte di enti pubblici: il settore pubblico può infatti esercitare la pro-

pria influenza attraverso modalità più indirette (controllo sugli investimenti in nuove strutture e nuove tecnologie, regolamentazione di prezzi e tariffe, definizione di rapporti di convenzione con strutture private). In un medesimo sistema sanitario possono perciò coesistere un meccanismo di finanziamento prevalentemente pubblico ed un sistema di offerta prevalentemente composto da soggetti privati. In teoria, l'indicatore sintetico più significativo del grado di intervento pubblico nell'erogazione dei servizi è rappresentato dalla quota di spesa sanitaria generata da strutture pubbliche. Questo dato è però di difficile rilevazione. Tra le possibili proxy, la più indicativa è probabilmente la distribuzione dei posti letto tra strutture pubbliche e strutture private. Questa proxy, tuttavia, considera solamente il grado di intervento pubblico nel settore ospedaliero, trascurando le altre forme di assistenza.

La figura 2 riporta sul piano cartesiano le due dimensioni fondamentali di analisi del grado di intervento



pubblico. L'asse delle ascisse rappresenta il grado di intervento pubblico nel finanziamento del sistema, misurato dal rapporto tra spesa pubblica e spesa totale; l'asse delle ordinate riporta il grado di intervento pubblico della produzione ed erogazione dei servizi, misurato dal rapporto tra posti letto in strutture pubbliche e totale dei posti letto.

L'analisi della figura evidenzia l'esistenza di tre modelli fondamentali: 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 (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. Informazioni più dettagliate sulle caratteristiche istituzionali dei diversi sistemi sono presentate nella tabella 5. La tabella riporta i due indicatori sintetici impiegati per la costruzione della figura 2, ed inoltre:

1) la ripartizione dei posti letto tra strutture private con e senza finalità di reddito;

2) le caratteristiche del sistema di prelievo nei sistemi pubblici e misti, e più precisamente:

2.1) il peso relativo dei due fondamentali meccanismi di finanziamento della spesa sanitaria:

a) l'imposizione di contributi sociali obbligatori, e

b) la destinazione alla sanità di una quota di entrate indistinte del settore pubblico (7);

2.2) il grado di accentramento del prelievo, quindi la distinzione tra:

a) sistemi accentrati,

b) sistemi decentrati su base territoriale, e

c) sistemi decentrati attraverso la presenza di diversi enti mutualistici;

3) la ripartizione della spesa tra famiglie ed imprese assicurative nei sistemi a prevalente finanziamento privato;

4) la scelta dei meccanismi di finanziamento, remunerazione o rimborso dei singoli ospedali:

a) assegnazione a preventivo, che vincola l'ospedale a mantenere il prodotto tra quantità e costi unitari entro un limite massimo;

b) rimborso a pie' di lista dei costi sostenuti, che lascia all'ospedale completa discrezionalità rispetto a quantità e costi unitari;

c) pagamento in base ad un tariffario prestabilito, che impone all'ospedale un vincolo relativo ai costi unitari ma non alle quantità;

d) pagamento in base a criteri di mercato, in cui l'ospedale è libero di determinare prezzi e quantità nell'ambito dei vincoli imposti dal sistema competitivo;

5) la scelta dei meccanismi di remunerazione dei singoli medici, tipicamente:

a) tariffa (predeterminata o lasciata alla discrezionalità del singolo medico),

b) quota capitaria, o

c) stipendio fisso.

Con la tabella 5 si conclude la prima parte del saggio. I paragrafi che seguono approfondiscono l'analisi dei singoli sistemi.

## 4. Regno Unito

### 4.1. Caratteristiche fondamentali

Come già evidenziato dalla figura 2, il sistema sanitario del Regno Unito presenta forti analogie con il sistema italiano. Queste analogie non sono casuali, perché l'introduzione del Servizio sanitario nazionale si è ispirata proprio al modello del National Health Service britannico. La descrizione del sistema britannico può quindi limitarsi all'evidenziazione dei principali elementi che distinguono il N.H.S. dal S.s.n.:

1) segmentazione del N.H.S. in quattro sottosistemi corrispondenti alle quattro Regioni storiche del Regno Unito: Inghilterza, Scozia, Galles ed Irlanda del Nord. Ciascun sottosistema fa capo ad un proprio ministero (8) e presenta alcune caratteristiche peculiari (Maynard 1990: 1);

2) maggiore accentramento istituzionale: mentre in Italia il livello regionale ed il livello locale sono espressione di decentramento territoriale, nel N.H.S. questi livelli (Regional Health Authorities e District Health Authorities) costituiscono essenzialmente strutture di decentramento burocratico (Rey 1990: 6) (9);

3) limitato ricorso a contributi sociali obbligatori: il finanziamento del N.H.S. è basato per quasi il 90% sul gettito del sistema tributario, mentre nel S.s.n. entrate indistinte e contributi sociali obbligatori hanno peso pressoché uguale (tabella 5);

4) maggiore separazione tra medicina ospedaliera e medicina di base: gli ospedali sono parte integrante dei Distretti sanitari mentre i medici di base sono coordinati da appositi organi multidistrettuali (Family Practitioner Committee); i Distretti vengono finanziati dalle Regioni con assegnazioni a preventivo, mentre le spese dei Family Practitioner Committee (che comprendono la spesa farmaceutica extraospedaliera) vengono finanziate a pie' di lista (Maynard 1990: 4) (10);

5) minore peso (circa 45%) della quota capitaria nella retribuzione dei medici di base: il rimanente 55% è costituito da compensi a tariffa legati all'erogazione di servizi « prioritari » (pianificazione familiare, vaccinazioni, screening per l'individuazione di neoplasie) e da integrazioni fisse (Kissick 1987: 98; DHSS 1989: 54);

6) minore rilevanza delle strutture ospedaliere private: 6% dei posti letto per acuti nel Regno Unito contro il 16% dell'Italia (DHSS 1989: 67) (11);



**Tabella 5 - PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEI MODELLI ISTITUZIONALI**

	ITA	CND	GER (a)	JPN	GBR	USA
<b>INDICATORI SINTETICI FONDAMENTALI</b>						
1. rapporto spesa pubblica / spesa totale (%)	79	75	72	73	87	42
2. quota di posti letto in strutture pubbliche (%)	84	25	51	34	94	20
<b>DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO</b>						
1. quota di p.l. in strutture private non-profit		73	35	66	3	70
2. quota di p.l. in strutture private for-profit		2	14		3	10
<b>FINANZIAM. SISTEMI PUBBLICI E MISTI</b>						
1. quota di spesa pubblica finanziata attraverso entrate indistinte (b) .....	53	95 (d)	15	36	88	
2. grado di accentrimento del sistema .....	accentrato	decentrato (province)	decentrato (fondi malattia)	decentrato (fondi malattia)	accentrato	
<b>FINANZIAMENTO SISTEMI PRIVATI</b>						
1. quota di spesa privata direttamente a carico dei pazienti (c) .....						45
<b>MODALITÀ DI FINANZ. DEGLI OSPEDALI</b>						
1. spesa corrente .....	assegnazione a preventivo	assegnazione a preventivo	quota giornaliera diversa da ospedale a ospedale	fatturazione delle singole prestazioni	assegnazione a preventivo	DRG, rimborso dei costi sostenuti o meccanismo di mercato
2. investimenti .....	assegnazione a preventivo separata dalle spese correnti	assegnazione a preventivo, separata dalle spese correnti e basata su progetti specifici	assegnazione a preventivo, separata dalle spese correnti e basata su progetti specifici	finanziati attraverso le entrate correnti	assegnazione a preventivo separata dalle spese correnti	rimborsati a consuntivo o finanziati attraverso le entrate correnti
<b>MODALITÀ DI REMUNERAZ. DEI MEDICI</b>						
1. medici ospedalieri .....	stipendio	tariffa	stipendio	tariffa	stipendio	tariffa
2. medici di base .....	quota capitaria	tariffa	tariffa	tariffa	quota capitaria	tariffa
3. specialisti extraospedalieri .....	tariffa oraria	tariffa	tariffa	tariffa	stipendio	tariffa
	per numero di ore predeterminato (e)					

FONTI: Raffle (1984); Schieber (1987); Rosa (1990).

(a) Esclude i Land dell'ex Repubblica Democratica Tedesca.

(b) Entrate indistinte destinate al settore sanitario / (entrate indistinte destinate al settore sanitario + contributi sociali) \* 100.

(c) Spese sostenute dai pazienti / (spese sostenute da pazienti + spese sostenute dalle imprese assicurative) \* 100.

(d) Valore stimato.

(e) In particolare, questo è il sistema impiegato per i medici convenzionati interni.

7) assenza di un settore « convenzionato » per quanto riguarda sia l'assistenza ospedaliera sia l'assistenza specialistica ambulatoriale. Quest'ultima, in particolare, viene tipicamente erogata dai medici ospedalieri in poliambulatori ospedalieri.

#### 4.2. Punti di forza e punti di debolezza

Il principale punto di forza del sistema britannico è rappresentato dalla sua capacità di mantenere sotto controllo la spesa (tabella 1) pur garantendo la copertura pubblica alla totalità dei cittadini (tabella 3) e presentando indicatori di stato di salute in

linea con tutti gli altri Paesi occidentali (tabella 2). L'esame delle tabelle 1 e 4 rivela una dotazione ed un impiego di risorse sistematicamente inferiore a quello degli altri Paesi: i valori pro-capite relativi a posti letto per acuti, medici, dotazione tecnologica, giornate di degenza, visite mediche, spesa farmaceutica sono i più bassi in assoluto. Un ruolo fondamentale a fini di contenimento della spesa viene svolto dalla medicina di base. Da un lato, i medici di famiglia rappresentano (emergenze a parte) l'unico possibile punto di entrata nel sistema: la funzione di filtro da essi svolta permette il contenimento dei ricoveri e

quindi della spesa ospedaliera. D'altro lato, il ricorso alla quota capitaria e ad integrazioni fisse si traduce in programmabilità e controllabilità delle remunerazioni e disincentiva la creazione di domanda da parte dell'offerta. Altri elementi che contribuiscono significativamente al controllo della spesa sono:

a) il metodo di finanziamento delle spese ospedaliere correnti, combinato con la tendenza dei singoli Distretti a rispettare i limiti definiti dalle assegnazioni a preventivo (12);

b) il metodo centralizzato di finanziamento degli investimenti, che ha permesso il contenimento dei po-

sti letto e la razionalizzazione del processo di introduzione di nuove tecnologie;

c) le politiche di razionamento di alcuni servizi senza carattere di emergenza, e soprattutto degli interventi chirurgici di elezione.

Contenimento della spesa, tuttavia, non è necessariamente sinonimo di efficienza. Sul grado di efficienza del N.H.S. non esistono dati sufficientemente accurati (Maynard 1990: 17), in parte per le difficoltà proprie del settore sanitario ed in parte per l'assenza di meccanismi di mercato e quindi di incentivi alla raccolta ed all'utilizzo di dati economici. Negli ultimi anni si è però diffusa la convinzione che esistano ampi margini di miglioramento; ciò perché:

1) il sistema è fortemente centralizzato e burocratizzato, l'autonomia dei Distretti è molto limitata, i dirigenti sono deresponsabilizzati e quindi mancano incentivi al miglioramento delle modalità di funzionamento delle singole unità del sistema (Enthoven 1985);

2) i Distretti più efficaci ed efficienti vengono sistematicamente penalizzati perché il sistema di finanziamento non tiene conto della quantità e della qualità dei servizi erogati ed i flussi di pazienti da Distretto a Distretto non comportano né entrate aggiuntive per i Distretti di destinazione né uscite aggiuntive per i Distretti di origine (Enthoven 1985: 38);

3) i dati disponibili evidenziano rilevanti differenze tra Distretto e Distretto in termini di costo medio della giornata di degenza (anche dopo aver scontato il diverso case-mix) e tempi di attesa, e rilevanti differenze tra medico e medico in termini di comportamento prescrittivo e grado di esercizio della funzione di filtro (DHSS 1989: 3);

4) significativi problemi di coordinamento esistono tra medicina di base, assistenza ospedaliera ed assistenza sociale (Griffiths 1988);

5) le diverse modalità di finanziamento di Distretti e Family Practitioner Committee hanno permesso il contenimento della spesa ospedaliera ma hanno anche favorito la crescita della spesa farmaceutica (Maynard 1990: 8).

A questi limiti si aggiungono, sul piano della qualità dell'assistenza, l'esistenza di significativi tempi di attesa per alcuni interventi chirurgici di elezione e per alcune prestazioni ad alta tecnologia, l'impersonalità del servizio e la scarsa libertà del paziente nella scelta del medico e delle modalità di diagnosi e cura (DHSS 1989).

A fronte di questa situazione, il governo britannico ha dapprima favorito lo sviluppo di un settore privato, ed in particolare (Maynard 1990: 21) la nascita di strutture di offerta private specializzate negli interventi chirurgici di elezione, lo sviluppo di un corrispondente mercato assicurativo, la moltiplicazione di strutture residenziali ed assistenziali private per anziani, la cessione in appalto dei servizi « alberghieri » (pulizie, cucina e mensa, lavanderia) degli ospedali pubblici. A partire dal 1989 (anno di pubblicazione dello White Paper *Working for Patients*) l'attenzione si è spostata sul funzionamento interno del N.H.S., ed in particolare sull'introduzione di meccanismi di *public competition*: questo orientamento si è recentemente tradotto in una profonda riforma del sistema. I principi fondamentali di questa riforma sono due: la separazione tra funzione di offerta e funzione di acquisto dei servizi e la delega al livello locale di maggiori poteri e maggiori responsabilità. A livello ospedaliero, questi principi sono stati (o saranno) attuati:

a) permettendo ad alcuni ospedali di « incorporarsi » dai Distretti;

b) garantendo maggiore autonomia agli ospedali che restano all'interno dei Distretti;

c) finanziando le District Health Authorities in base ad indicatori de-

mografici, e

d) introducendo meccanismi contrattuali attraverso cui ogni D.H.A. può indirizzare i propri residenti (e quindi i propri fondi) non solo verso il proprio ospedale, ma anche verso gli ospedali di altri Distretti, gli ospedali « scorporati » o anche ospedali privati. Quanto alla medicina di base, agli studi medici è stata offerta la possibilità di optare per un regime di bilancio autonomo: il bilancio, assegnato dalla R.H.A. di appartenenza, viene usato per finanziare una gamma predefinita di servizi, siano questi resi ai pazienti direttamente dai medici dello studio oppure acquisiti « all'esterno » (presso ospedali o specialisti) (13). Pregi e limiti di questa riforma sono stati finora discussi solo sul piano teorico; valutazioni più concrete saranno possibili soltanto a distanza di tempo.

Il N.H.S. è considerato dagli stessi cittadini britannici estremamente equo. A questo giudizio contribuiscono l'universalità della copertura (tabella 3), il finanziamento attraverso entrate indistinte dello Stato piuttosto che attraverso contributi sociali (quindi con criteri di progressività rispetto al reddito) ed il sistema di esenzioni dal pagamento dei « ticket » (14). Nel 1988 un'indagine ha rivelato che solo lo 0.1% dei cittadini britannici non ha potuto accedere per motivi economici a prestazioni sanitarie ritenute necessarie: questo dato contrasta con lo 0.6% del Canada e soprattutto con il 7.5% degli Stati Uniti (Blendon e Taylor 1989: 156).

Le principali critiche al N.H.S. in termini di equità sono tre. In primo luogo, esistono significative differenze geografiche nella dotazione di posti letto, nella concentrazione dei medici e nell'ammontare dei finanziamenti (Allen 1984: 227). L'Inghilterra ha in parte ridotto queste differenze attraverso l'adozione di un nuovo meccanismo di allocazione delle risorse (RAWP) basato quasi esclusi-

sivamente su indicatori demografici; il RAWP, tuttavia, non si applica alla medicina di base e farmaceutica, non si applica nelle altre tre componenti del Regno (Scozia, Galles ed Irlanda del Nord), ed ha mantenuto un profondo squilibrio tra la regione di Londra ed il resto dell'Inghilterra. In secondo luogo, la presenza di strutture e forme assicurative private scarica gli effetti delle politiche di razionamento soltanto sulle classi sociali meno abbienti: le persone coperte da assicurazioni integrative volontarie o comunque in grado di pagare possono infatti decidere di ricorrere a medici ed ospedali privati. Infine, le persone appartenenti alle classi sociali più elevate continuano a manifestare una maggiore facilità di accesso ai servizi del N.H.S., una maggiore spesa pro-capite anche in presenza di patologie simili, tassi di mortalità infantile e perinatale più bassi e valori di vita attesa più elevati (Townsend and Davidson, 1982). Si noti tuttavia che gli ultimi due punti riflettono una definizione di equità molto restrittiva, che richiede l'uniformità delle possibilità di accesso, l'uniformità dell'accesso effettivo, e addirittura l'uniformità delle condizioni di salute.

## 5. Germania

### *Caratteristiche fondamentali*

Il sistema tedesco rappresenta il più antico modello di sistema misto. Fu introdotto dal cancelliere Bismarck nel 1883 ed ha mantenuto inalterate fino ad oggi le sue caratteristiche fondamentali.

Il sistema di finanziamento si ispira al « principio di solidarietà », secondo cui lo Stato « deve garantire un solido sistema di benefici sociali a tutti i cittadini » (Iglehart 1991 a: 504); le sue caratteristiche fondamentali sono il decentramento ed il fi-

nanziamento attraverso contributi sociali obbligatori. Il decentramento si realizza attraverso 1200 « fondi malattia » (*Krankenkassen*), costituiti come enti autonomi senza finalità di reddito e gestiti da rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro. I fondi sono organizzati per aree geografiche, per categorie professionali e, in alcuni casi, anche per singole imprese: l'appartenenza ad un determinato fondo, pertanto, dipende normalmente dal luogo di residenza, dalla professione e dall'impresa per la quale la persona lavora. L'ammontare dei contributi è proporzionale al reddito lordo, ma l'aliquota può variare da fondo a fondo in relazione al reddito medio ed al rischio sanitario medio delle persone appartenenti al fondo: le aliquote attuali variano tra l'8 ed il 16%. Oltre che nella determinazione delle aliquote contributive, i fondi malattia dispongono di un certo margine di discrezionalità anche nella definizione della copertura assicurativa offerta: la legge si limita ad indicare una copertura minima obbligatoria, che però comprende una gamma di servizi estremamente ampia. I fondi malattia coprono in primo luogo i lavoratori e le loro famiglie; la copertura obbligatoria si estende inoltre ai disoccupati ed ai loro familiari, ai pensionati, agli studenti ed ai portatori di handicap. I contributi sociali dei disoccupati e dei pensionati sono rispettivamente posti a carico del sistema di assistenza sociale e dei fondi pensione. I pensionati, in particolare, restano membri del fondo malattia a cui appartenevano durante la vita lavorativa; i fondi malattia che devono coprire un'elevata percentuale di pensionati ricevono finanziamenti integrativi da un apposito fondo di riserva nazionale. Dall'obbligo di appartenere ai fondi malattia sono esentate le persone con reddito superiore ad una determinata soglia (oggi pari a circa 45 milio-

ni di lire all'anno), che possono optare per forme di copertura assicurativa privata; chi sceglie questa soluzione non è più tenuto a contribuire ai fondi malattia.

Complessivamente, il sistema di fondi malattia copre circa l'88% della popolazione: 74% su base obbligatoria e 14% su base volontaria (15). Quanto al restante 12%, la maggior parte (9.5%) ricorre al mercato assicurativo privato; poliziotti, militari e dipendenti del servizio postale (2%) dispongono di forme di copertura speciale; alcuni (0.5%) sono privi di copertura. Quest'ultimo gruppo è composto da persone estremamente ricche e da persone estremamente povere e senza fissa dimora (Graf v.d. Schulenberg 1989: 8).

Il sistema di offerta è costituito da ospedali pubblici (51% dei posti letto), ospedali privati (prevalentemente nonprofit) e medici ambulatoriali (di base e specialisti). I medici ospedalieri sono tipicamente remunerati a stipendio fisso, mentre i medici ambulatoriali sono liberi professionisti remunerati a tariffa. Tra sistema ospedaliero e sistema ambulatoriale esiste una netta separazione: gli ospedali non possono organizzare poliambulatori nelle proprie strutture, i medici ospedalieri non possono esercitare al di fuori dell'ospedale, i medici ambulatoriali non possono esercitare all'interno delle strutture ospedaliere. Emergenze a parte, i pazienti non possono essere ricoverati se non con l'autorizzazione di un medico ambulatoriale.

Il finanziamento degli ospedali prevede meccanismi diversi per le spese correnti e per gli investimenti. Il finanziamento delle spese correnti è fondato su una tariffa giornaliera concordata a preventivo tra l'associazione regionale dei fondi malattia ed i singoli ospedali: la tariffa può quindi variare da ospedale ad ospedale, ma prescinde dalla patologia



e dal fondo-malattia di appartenenza del paziente. In altri termini, ogni ospedale riceve un corrispettivo fisso per ogni giornata di degenza. Gli investimenti, invece, sono prevalentemente finanziati da contributi pubblici (federali, statali (16) e locali) sulla base di specifici progetti presentati dagli ospedali e delle decisioni assunte da ciascun Land in sede di pianificazione ospedaliera. Il finanziamento pubblico degli investimenti non è limitato agli ospedali pubblici, ma si estende anche agli ospedali privati con o senza finalità di reddito. Quanto alla remunerazione dei medici ambulatoriali, il meccanismo prescelto è quello della determinazione a preventivo della spesa complessiva e della sua ripartizione tra i medici in base alla quantità ed alla tipologia dei servizi offerti. A questo riguardo, la legge affida un particolare ruolo « istituzionale » all'associazione professionale, che assume così le caratteristiche di « organo di autogoverno ». L'associazione nazionale dei medici ambulatoriali si articola in una ventina di associazioni regionali (17). All'inizio di ogni anno, ogni associazione regionale negozia con i fondi malattia la spesa che ogni fondo deve sostenere per finanziare l'assistenza ambulatoriale dei propri iscritti. I fondi malattia, anche attraverso opportuni aggiustamenti delle aliquote di contribuzione, raccolgono dai propri iscritti le somme concordate e le versano all'associazione regionale, che si fa garante della disponibilità e della qualità dell'assistenza. Il trasferimento dei fondi dall'associazione regionale ai singoli medici, infine, avviene sulla base delle prestazioni effettuate e di un tariffario prestabilito. Il tariffario è espresso non in valori monetari ma in pesi relativi; i pesi sono negoziati a livello federale, ma il valore attribuito all'unità di peso può variare sia su base geografica, sia da fondo a fondo.

Se il valore totale delle prestazioni erogate supera l'entità dei finanziamenti ricevuti dai fondi malattia, il valore dell'unità di peso viene ridotto in misura corrispondente: questo garantisce il rispetto dei limiti di spesa concordati a preventivo. Oltre che gestire il sistema di remunerazione, le associazioni regionali esercitano forme di controllo sull'attività dei singoli medici, e ciò non solo in termini strettamente professionali, ma anche in termini economici (erogazione di prestazioni non necessarie, comportamento prescrittivo, esercizio della funzione di filtro).

Il modello istituzionale del sistema sanitario tedesco lascia un ampio grado di autonomia ai singoli attori: fondi malattia, ospedali ed associazioni regionali dei medici ambulatoriali. L'influenza degli enti pubblici territoriali, tuttavia, è molto più significativa di quanto la struttura formale del sistema possa indicare, e non si limita al finanziamento degli investimenti ospedalieri (Henke 1990: 146). Il governo federale, in particolare, esercita il proprio controllo sul sistema attraverso due strumenti fondamentali:

a) la definizione delle caratteristiche del modello istituzionale stesso, ossia delle « regole del gioco » a cui tutti gli attori del sistema devono attenersi, e

b) l'emanazione di linee-guida che, pur non essendo legalmente vincolanti, condizionano in modo significativo il comportamento del sistema.

L'intervento del governo federale, molto limitato fino alla prima metà degli anni settanta, si è intensificato a partire dal 1977. Le « regole del gioco » sono state più volte ridefinite con misure legislative finalizzate soprattutto al contenimento dei costi. Il controllo del sistema attraverso l'emanazione di direttive è stato invece rafforzato attraverso l'istituzione di un apposito organo, la

« Conferenza per il Coordinamento dell'Azione in Campo Sanitario ». La conferenza si riunisce sotto la presidenza del ministro federale competente in materia sanitaria, riunisce tutte le parti in causa (medici, ospedali, fondi malattia, sindacati, datori di lavoro, assicuratori privati, case farmaceutiche, farmacie, Stati ed enti locali) e rappresenta un momento di negoziazione e di ricerca del consenso (Iglehart 1991 b: 1751): le sue direttive (che vertono tipicamente sull'entità e sulle modalità di finanziamento del sistema di offerta) non hanno valore di legge ma influenzano in modo estremamente significativo le successive scelte dei diversi attori.

## 5.2. Punti di forza e punti di debolezza

Come il sistema sanitario inglese, anche quello tedesco riesce a combinare l'universalità di accesso ai servizi (tabella 3) con il controllo dei costi (tabella 1), mantenendo gli indicatori di stato di salute in linea con gli altri Paesi occidentali (tabella 2). Rispetto al sistema inglese, il sistema tedesco presenta indici più bassi di mortalità infantile e perinatale, offre ai pazienti una maggiore libertà nella scelta delle forme e modalità di assistenza (Graf v.d. Schulenberg 1989: 1) e presenta una maggior dotazione di risorse umane, strutture ospedaliere e tecnologie avanzate; l'assistenza sanitaria assorbe tuttavia una quota maggiore del PIL, la vita attesa ad ottanta anni è più breve e la presenza di iniquità appare più significativa.

Negli anni sessanta e settanta, la spesa sanitaria in Germania crebbe in misura molto elevata: 3.3 punti percentuali tra il 1960 ed il 1975 (Poullier 1985: 12). In risposta a questa tendenza, il Governo federale introdusse nel 1977 la cosiddetta « politica di spesa correlata ai redditi »

(Iglehart 1991 b: 1751): il tasso di crescita dei contributi sanitari sarebbe stato contenuto entro il tasso di crescita di salari e stipendi, in modo da congelare ai livelli esistenti le aliquote contributive ed il rapporto tra spesa sanitaria e PIL. Il primo atto di questa nuova politica fu la già citata istituzione, nel 1977, della « Conferenza per il Coordinamento dell'Azione in Campo Sanitario »; a ciò sono seguiti svariati provvedimenti indirizzati prevalentemente al sistema di offerta (medici, ospedali, imprese farmaceutiche). Le misure sul lato della domanda si sono invece limitate all'introduzione di ticket su prodotti farmaceutici e prestazioni dentistiche (Schneider 1991: 97; Iglehart 1991 b: 1751). Per quanto riguarda i medici ambulatoriali, i primi provvedimenti introdussero la determinazione a preventivo del volume complessivo di spesa ed il tariffario unico nazionale espresso in termini di pesi relativi. A ciò ha fatto seguito la progressiva intensificazione del controllo delle associazioni regionali sull'attività dei singoli medici, in parte decisa dalle associazioni stesse ed in parte imposta dalla legge; una legge del 1989, in particolare, prevede che in ogni trimestre le associazioni regionali estraggano a sorte un campione di medici pari al 2% del totale e ne analizzino in dettaglio l'attività. Per quanto riguarda gli ospedali, la Germania presenta elevati tassi di spedalizzazione, un'elevata dotazione di posti letto ed un'elevata degenza media (tabella 4). Nella prima metà degli anni ottanta, il Governo ha deciso misure finalizzate alla riduzione dei posti letto che però hanno avuto effetti molto limitati (Iglehart 1991 b: 1752). Più recentemente è stata invece imboccata la via degli incentivi: il sistema di rimborso per giornata di degenza è stato integrato (ma non completamente sostituito) da modalità di determinazione a preventivo

della spesa complessiva. La spesa farmaceutica, infine, rappresenta una quota molto rilevante della spesa sanitaria tedesca: nel 1988 la spesa annua pro-capite sfiorava i 200 dollari (figura 4). Tra il 1983 ed il 1989 il Governo ha tentato in vari modi di contenere il prezzo ed il consumo di prodotti farmaceutici, ma senza risultati apprezzabili (Schneider 1991: 95). Nel 1989, infine, l'intero sistema di rimborso della spesa farmaceutica è stato rivoluzionato. I farmaci sono stati raggruppati in categorie omogenee (18), e per ciascuna categoria è stato definito un prezzo di riferimento (tipicamente pari al prezzo del prodotto generico): i fondi malattia rimborsano al paziente soltanto il prezzo di riferimento, lasciando a suo carico il costo aggiuntivo del prodotto di marca.

Nel complesso, la « politica di spesa correlata ai redditi » è stata senza dubbio efficace, se si considera (tabella 1) che tra il 1975 ed il 1989 il rapporto spesa sanitaria/PIL è cresciuto solo di 0.4 punti percentuali. La tabella 1 evidenzia anche come il contenimento della spesa sia stato realizzato più attraverso il controllo dei prezzi del settore sanitario che attraverso la limitazione del volume e dell'intensità tecnologica dei servizi pro-capite: non è stato quindi necessario né razionare l'offerta né, come già sottolineato, disincentivare la domanda. La determinazione a preventivo della spesa ambulatoriale complessiva, in particolare, sembra aver prodotto un incremento dei servizi offerti. I dati della tabella 1 non riflettono ancora gli effetti della riforma del sistema di rimborso della spesa per farmaci, che però sono stati estremamente significativi (Iglehart 1991 b: 1755; Schneider 1991: 96): molti medici hanno infatti cominciato a prescrivere prodotti generici, e le maggiori imprese farmaceutiche hanno risposto diminuendo i propri prezzi del 20-40%.

Al di là delle specifiche misure decise negli ultimi quindici anni, tuttavia, un punto di forza essenziale del modello tedesco è la capacità di agire come sistema unitario pur salvaguardando l'autonomia dei singoli attori. L'opera di indirizzo e coordinamento svolta dal Governo federale rappresenta certamente un fattore determinante; molti studiosi sottolineano inoltre l'importanza della componente culturale, ed in particolare l'esistenza di un « orientamento culturale che favorisce il raggiungimento di un compromesso prima che si giunga ad una situazione di stallo » (Iglehart 1991 a: 503).

Malgrado i significativi risultati ottenuti sul piano del contenimento dei costi, rimangono nel sistema tedesco alcuni significativi fattori di inefficienza. Il tasso di spedalizzazione, la dotazione di posti letto e la durata di degenza sono molto più elevati della media (tabella 4). L'elevata durata di degenza (che peraltro permette costi per giornata di degenza molto bassi) può essere ricondotta a due caratteristiche fondamentali del modello istituzionale tedesco: il rimborso degli ospedali in base ad una tariffa giornaliera e la netta separazione tra settore ospedaliero e settore ambulatoriale. La correlazione tra rimborso per giornata di degenza ed incentivi all'allungamento della degenza media è evidente. Quanto alla separazione tra settore ambulatoriale e settore ospedaliero, l'effetto sulla degenza media è generato principalmente da tre meccanismi (Graf v.d. Schulenberg 1989: 16; Iglehart 1991 b: 1752):

a) al momento del ricovero si effettuano sul paziente esami di radiologia e laboratorio che sono già stati effettuati (o comunque avrebbero potuto essere effettuati) su base ambulatoriale;

b) i medici ospedalieri diffidano del follow-up ambulatoriale e preferiscono prolungare il regime di ricovero fino alla completa guarigione;

c) il divieto di fornire prestazioni ambulatoriali all'interno delle strutture ospedaliere ha impedito il trasferimento su base ambulatoriale di un complesso di prestazioni diagnostiche e chirurgiche.

L'efficienza del sistema è inoltre limitata dagli elevati costi amministrativi causati dall'esistenza di un numero così elevato di fondi malattia, e da un processo di finanziamento degli investimenti che normalmente non tiene conto delle modalità di futuro impiego di edifici e attrezzature.

Alcune critiche al sistema tedesco possono essere mosse anche sul piano dell'equità. Come nel Regno Unito, anche in Germania esistono significativi squilibri geografici in termini di dotazione di risorse strutturali (Eichhorn 1984: 298). A differenza che nel Regno Unito, inoltre, il sistema è finanziato con contributi sociali ed ha quindi carattere di proporzionalità e non di progressività rispetto al reddito; le aliquote di contribuzione e le prestazioni coperte variano da fondo a fondo, per cui persone uguali sotto ogni aspetto ad eccezione del fondo di appartenenza tipicamente contribuiscono al sistema in misura diversa e/o hanno diritto a prestazioni diverse; il valore dell'unità di peso (quindi le tariffe pagate ai medici ambulatoriali) può differire da fondo a fondo, con effetti sulla qualità dell'assistenza offerta a persone iscritte a diversi fondi (Pauly 1988: 411; Schneider 1991: 93); la libertà nella scelta del fondo malattia è molto più limitata per i lavoratori manuali; le persone che decidono di ricorrere alla copertura assicurativa privata sono esentate dalla contribuzione al sistema pubblico. Quest'ultimo aspetto, in particolare, appare in contrasto con il « principio di solidarietà », che non implica la ricerca di condizioni di uniformità ma comunque impone la comparteci-

pazione di tutti i cittadini alla tutela dei gruppi più deboli.

Una menzione a parte merita infine il problema dell'unificazione. Nella ex-Germania Est, il modello istituzionale prevedeva ospedali pubblici, una remunerazione a stipendio fisso anche per i medici ambulatoriali ed un sistema di finanziamento centralizzato: la spesa sanitaria (Rowland 1991) era molto bassa anche in rapporto al PIL (5.2%) e la dotazione tecnologica molto limitata. Dal primo gennaio 1991, il sistema occidentale è stato formalmente esteso all'intero territorio tedesco: resta però il problema della gestione della transizione dal modello unitario e pianificato della ex Repubblica democratica al modello decentrato e negoziale della Repubblica federale.

## 6. Giappone

### 6.1. Caratteristiche fondamentali

Il modello giapponese rappresenta un secondo esempio di sistema misto, con finanziamento prevalentemente pubblico e gestione dell'offerta prevalentemente privata. Il sistema di offerta presenta caratteristiche molto peculiari mentre il sistema di finanziamento, introdotto negli anni venti e completato negli anni sessanta, ricalca il modello tedesco.

Il finanziamento del sistema si basa su contributi sociali raccolti da un sistema di fondi malattia che copre la totalità della popolazione. La libertà dei cittadini nella scelta del proprio fondo malattia è molto limitata, ancora più che nel caso tedesco. Per finalità espositive i fondi si possono classificare in sei categorie (Ikegami 1991: 91):

a) fondi malattia gestiti dalle grandi imprese per i propri dipendenti e le loro famiglie;

b) società di mutuo soccorso, gestite dallo Stato e dagli enti locali per i propri dipendenti e per i loro familiari;

c) un fondo malattia gestito direttamente dal Governo centrale per i dipendenti delle piccole imprese ed i loro familiari;

d) fondi malattia gestiti da associazioni professionali e di categoria per i propri iscritti;

e) fondi malattia gestiti dagli enti locali per i lavoratori autonomi non coperti da associazioni professionali, i loro familiari ed i pensionati;

f) un fondo anziani gestito dal Governo centrale per tutte le persone di età superiore ai settanta anni.

Le prime due tipologie di fondi sono finanziate esclusivamente da contributi sociali obbligatori. Per le seconde tre tipologie, che sono costituite da persone con reddito mediamente inferiore e rischio sanitario mediamente superiore, i contributi sociali obbligatori sono integrati da sussidi pubblici. Il fondo anziani, infine, viene finanziato da sussidi del Governo centrale, degli enti locali e di tutti gli altri fondi malattia. Per i lavoratori dipendenti le aliquote contributive hanno carattere di progressività rispetto al reddito. Per i lavoratori autonomi, l'ammontare dei contributi dipende, oltre che dal reddito, anche dal numero di persone a carico e dall'entità del patrimonio. Le aliquote contributive possono variare da fondo a fondo (Iglehart 1988 a: 810), ma le prestazioni coperte sono sostanzialmente le medesime per tutti i cittadini (Ikegami 1991: 90).

Il sistema di offerta è composto da ospedali privati nonprofit, ospedali pubblici e « cliniche », dove il termine « clinica » corrisponde, almeno in prima approssimazione, a quello di « ambulatorio medico »; la legge proibisce l'esistenza di ospedali con finalità di reddito. Il settore



pubblico gestisce gli ospedali più grandi e più prestigiosi, per lo più collegati alle facoltà di medicina. Gli ospedali privati sono più piccoli e più numerosi: rappresentano infatti l'80% delle strutture, ma soltanto il 66% dei posti letto. Le « cliniche » sono strutture private in cui esercita un solo medico, eventualmente coadiuvato da personale infermieristico e tecnico. A differenza dei tradizionali « ambulatori medici » di tradizione occidentale, un terzo delle « cliniche » dispone di propri posti letto: la legge definisce « cliniche » le strutture con meno di venti posti letto, ed « ospedali » le strutture con più di venti posti letto. Teoricamente, la durata di degenza nelle « cliniche » non dovrebbe superare le 48 ore; in realtà, tuttavia, questa norma viene sistematicamente disattesa (Iglehart 1988 b: 1170). Di fatto, tra « cliniche » ed ospedali non esiste una vera differenziazione funzionale, ed i due sistemi operano in aperta concorrenza: alla presenza di posti letto nelle « cliniche » gli ospedali rispondono con una significativa dotazione di poliambulatori (Ikegami 1991: 89; Iglehart 1988 b: 1170).

Ospedali e « cliniche » sono rimborsati a tariffa. Il tariffario è unico per l'intero Paese e quindi indipendente dal fondo malattia cui il paziente appartiene e dalla struttura (ospedale privato, ospedale pubblico o clinica) che eroga la prestazione. L'aggiornamento periodico del tariffario è affidato ad una commissione composta da otto rappresentanti del sistema di offerta, otto rappresentanti del sistema di finanziamento (tra cui due rappresentanti del settore pubblico) e quattro « rappresentanti dell'interesse generale » (tre economisti ed un giurista). I medici ospedalieri sono legati all'ospedale da un rapporto di lavoro dipendente e sono remunerati a stipendio fisso; per legge, il diretto-

re generale dell'ospedale deve essere un medico. A differenza che in Germania, non esistono sistemi di pianificazione e finanziamento pubblico degli investimenti in strutture ed attrezzature. Le tariffe concordate in sede di commissione devono coprire sia le spese correnti che gli investimenti; le scelte di investimento sono lasciate all'iniziativa autonoma delle singole strutture di offerta e non richiedono la concessione di particolari autorizzazioni.

### *6.2. Punti di forza e punti di debolezza*

Il sistema sanitario giapponese combina livelli di spesa superiori soltanto a quelli del Regno Unito (tabella 1) con indicatori di stato di salute nettamente superiori a quelli di tutti gli altri Paesi (tabella 2), un'elevatissima dotazione tecnologica e condizioni di accesso ai servizi estremamente omogenee per l'intera popolazione.

L'effettivo livello della spesa sanitaria giapponese è, in realtà, oggetto di dibattito. Nelle stime dell'OECD, il rapporto spesa sanitaria/PIL per il 1989 è pari a 6.7%. Questo valore è superiore di circa 0.2 punti percentuali ai dati ufficiali del Governo giapponese. Questa discrepanza è spiegata da un insieme di costi che il sistema sostiene ma che non vengono contabilizzati come elementi della spesa sanitaria (Ikegami 1991: 93): il costo dei parti privi di complicazioni, i costi di ricerca e di insegnamento, le attività di medicina preventiva, il sovrapprezzo sulle stanze singole, i doni (monetari e non monetari) che i pazienti frequentemente offrono ai propri medici. Dato il numero e la natura dei costi non contabilizzati, l'aggiustamento apportato dall'OECD rappresenta probabilmente una sottostima del valore reale. Anche pre-

scindendo dai problemi contabili, inoltre, un confronto unicamente fondato sul rapporto tra spesa sanitaria e PIL rischia di offrire una visione distorta dell'effettiva entità della spesa sanitaria giapponese, e soprattutto della sua dinamica. Si consideri ad esempio il confronto tra Giappone ed Italia. Poiché il PIL pro-capite giapponese è più elevato di quello italiano (tabella 1), la differenza di spesa tra Italia e Giappone appare piuttosto significativa (7.6% contro 6.7%) quando è misurata in termini di rapporto spesa/PIL, ma si riduce a soli 15 dollari quando è misurata in termini di spesa annua pro-capite. Poiché tra il 1975 ed il 1987 il PIL giapponese è cresciuto ad un tasso medio annuale del 4% (tabella 1), inoltre, il rapporto tra spesa sanitaria e PIL nello stesso periodo è aumentato solo di 1.3 punti percentuali sebbene la spesa sanitaria (ed in particolare il volume e l'intensità tecnologica dei servizi pro-capite) abbia registrato un incremento molto più rapido che negli altri Paesi. Queste osservazioni, peraltro, modificano solo marginalmente il giudizio complessivo sul sistema giapponese. Da un lato, « anche se il dato OECD fosse aumentato del 10%, la spesa sanitaria giapponese resterebbe ben al di sotto di quella degli altri principali Paesi dell'OECD, Regno Unito ed Italia esclusi » (Ikegami 1991: 93). D'altro lato, la spesa sanitaria giapponese è tra le più basse del mondo industrializzato anche in termini di spesa pro-capite.

La combinazione di bassa spesa ed elevati indicatori di stato di salute può essere attribuita a tre ordini di fattori: caratteristiche del sistema sanitario che permettono il contenimento della spesa; caratteristiche del sistema sanitario che incidono favorevolmente sullo stato di salute senza comportare costi rilevanti; fattori

esogeni all'assistenza sanitaria che influenzano positivamente lo stato di salute.

Al primo ordine di fattori appartengono tra l'altro (Ikegami 1991: 95):

*a)* l'esistenza di un tariffario unico nazionale, combinata con la sostanziale uniformità della copertura assicurativa e con l'intervento diretto del settore pubblico nella gestione e/o nel finanziamento di molti fondi malattia. L'incremento delle tariffe e/o dei servizi inclusi nella copertura assicurativa non può essere deciso autonomamente dai singoli fondi, ma richiede una decisione dell'apposita commissione e quindi il consenso del Governo. Quest'ultimo, a sua volta, è fortemente incentivato a contenere eventuali incrementi dovendone sostenere direttamente parte del costo;

*b)* la possibilità, attraverso opportuni aggiustamenti del tariffario, di incentivare le modalità di trattamento ritenute più efficaci ed efficienti;

*c)* la presenza di procedure di controllo sulle richieste di rimborso. Ogni fondo malattia nomina una commissione di medici che ogni mese analizza le richieste di rimborso presentate da medici ed ospedali. In presenza di volumi di prestazioni insolitamente elevati e potenzialmente ingiustificati, la commissione può approfondire l'indagine ed eventualmente negare il pagamento;

*d)* la concorrenza tra « cliniche » ed ospedali. Anche se il paziente può rivolgersi direttamente all'ospedale, le « cliniche » rappresentano il normale punto di accesso al sistema. Data la concorrenza tra cliniche ed ospedali, le prime sono incentivate ad evitare l'ospedalizzazione del paziente. Da qui (tabella 4) il limitato peso della spesa ospedaliera (33%), il bassissimo tasso di ospedalizzazione (76 per mille, meno della metà di quello italiano) e l'ele-

vato numero di contatti ambulatoriali (13 l'anno);

*e)* i bassi costi amministrativi. Malgrado la presenza di un elevato numero di fondi, i costi amministrativi del sistema giapponese sono molto bassi; ciò soprattutto grazie alla presenza del tariffario unico, che semplifica le procedure amministrative ed evita la necessità di complesse negoziazioni a livello di singolo fondo e/o singola struttura di offerta.

Quanto agli altri due ordini di fattori:

*a)* tra le caratteristiche del sistema sanitario che incidono favorevolmente sullo stato di salute senza comportare costi rilevanti assumono particolare rilevanza il sistema di igiene pubblica ed il sistema di assistenza materno-infantile introdotti al termine della seconda guerra mondiale (Iglehart 1988 a: 809; Ikegami 1989: 21). Questi sistemi hanno contribuito in modo determinante alla diminuzione della mortalità infantile ed all'incremento della speranza di vita alla nascita (tabella 2);

*b)* tra i fattori esogeni all'assistenza è invece opportuno evidenziare (Iglehart 1988 a: 809; Ikegami 1989: 21 ss.; Ikegami 1991: 94) la scarsa diffusione di alcool, droghe, Aids, criminalità violenta; la dieta povera di grassi; l'elevato livello di istruzione; una distribuzione del reddito relativamente uniforme; l'alto tasso di aborti; una preferenza per il trattamento medico-farmacologico rispetto a quello chirurgico.

Anche il sistema giapponese, peraltro, non è privo di inefficienze; spesso i suoi principali punti di forza sono anche i suoi principali punti di debolezza. Si consideri anzitutto il sistema di rimborso a tariffa (Ikegami 1991: 103). Un primo effetto negativo è l'accorciamento e la moltiplicazione delle visite, con conseguenti costi aggiuntivi di trasporto e di attesa a carico dei pazienti. Se-

condo uno studio del 1983, i medici delle cliniche visitano in media 49 pazienti al giorno; alcuni (il 13%) ne visitano addirittura più di cento. Un secondo effetto negativo discende dall'impossibilità di definire le tariffe solamente sulla base di considerazioni di efficacia ed efficienza: le prestazioni a tariffa sopravvalutata (ad esempio gli esami di laboratorio) sono così erogate in misura eccessiva, mentre per le prestazioni a tariffa sottovalutata (ad esempio l'assistenza domiciliare) esistono problemi di scarsità di offerta. Un terzo effetto negativo riguarda la qualità dell'assistenza. L'unicità del tariffario presuppone un'ipotesi irrealistica: l'uniformità dell'assistenza erogata dalle diverse strutture. A fronte di questa situazione, ospedali e cliniche non sono incentivati al miglioramento qualitativo dei propri servizi, né esistono meccanismi di controllo interno o esterno sulla qualità dell'assistenza. Quanto ai pazienti, esiste una diffusa convinzione che i grandi ospedali pubblici garantiscano i livelli qualitativi più elevati: da qui la formazione di liste d'attesa sia per i ricoveri, sia per le prestazioni ambulatoriali. Un ultimo (ma non meno importante) effetto negativo del rimborso a tariffa è la creazione di incentivi al prolungamento delle degenze. La degenza media in Giappone supera i 50 giorni (tabella 4), il che rappresenta indubbiamente un utilizzo inefficiente di risorse anche se permette il contenimento dei livelli di assistenza e quindi si traduce in costi medi giornalieri molto bassi. Al prolungamento delle degenze contribuiscono peraltro anche fattori estranei al sistema di pagamento: in primo luogo l'assenza di strutture specifiche per lungodegenti e malati di mente, ed inoltre fattori sociali e culturali quali (Iglehart 1988 b: 1171) una definizione di « malattia » più ampia di quella comune nei Paesi occidentali,

la già citata diffidenza verso gli interventi chirurgici (altro elemento che rappresenta nel contempo un punto di forza ed un punto di debolezza), l'importanza attribuita alle lunghe convalescenze come mezzo per raggiungere la completa guarigione, l'estensivo ricorso alla rotazione delle mansioni nei posti di lavoro.

Anche la concorrenza tra « cliniche » ed ospedali genera effetti negativi ed in particolare un'eccesso di capacità produttiva ed una duplicazione di servizi: rispetto al caso tedesco, le inefficienze sono maggiori per la minore diversificazione strutturale tra i due segmenti del sistema.

Un ultimo aspetto in tema di efficienza riguarda (Iglehart 1988 b: 1171) la spesa farmaceutica, che in Giappone rappresenta il 28% della spesa totale (18% se si considera solamente, come nella tabella 4, la spesa farmaceutica extraospedaliera) (19). L'impiego estensivo di medicinali può essere in parte ricondotto alla già citata preferenza culturale per le terapie medico-farmacologiche. Il fattore principale, tuttavia, sembra essere un altro: i medici non si limitano a prescrivere i farmaci ma possono direttamente venderli, ricavandone un guadagno. L'incentivo è particolarmente significativo nel caso degli antibiotici. Le conseguenze negative di questo sistema non si limitano all'ingiustificato utilizzo di risorse, ma si estendono al campo dell'efficacia sanitaria: il Giappone detiene infatti il record delle malattie iatrogeniche generate da abuso di farmaci.

Per quanto riguarda l'equità, il sistema giapponese appare meno criticabile di quello tedesco: l'obbligo di contribuzione si estende all'intera popolazione, le aliquote di contribuzione sono progressive e non proporzionali, il settore pubblico interviene sistematicamente a sostegno dei fondi più « deboli », il tariffario è il medesimo per tutti i fondi. Ciò

nonostante, la molteplicità dei fondi malattia porta inevitabilmente con sé alcune differenze in termini di aliquote e di servizi offerti; l'offerta di « doni » al personale medico, inoltre, diventa talvolta un mezzo per ottenere trattamenti preferenziali (Ikegami 1991: 104). Questi problemi, seppur abbastanza marginali, assumono maggiore rilevanza in un Paese nel quale il termine « equità », almeno con riferimento all'assistenza sanitaria, tende ad assumere il significato di « uniformità ».

## 7. Canada

### 7.1. Caratteristiche fondamentali

Il Canada è uno Stato federale e le competenze in materia sanitaria spettano alle dieci Province che lo compongono (20): più che di un sistema sanitario canadese, pertanto, sarebbe corretto parlare di dieci sistemi sanitari provinciali. Le differenze tra Provincia e Provincia divennero particolarmente significative tra il 1945 ed il 1965. In questo periodo, infatti, alcune Province (prime tra tutte il Saskatchewan) decisero di introdurre forme di assicurazione sanitaria obbligatoria, dapprima limitata all'assistenza ospedaliera, in seguito estesa anche alle prestazioni mediche. Il Governo federale, favorevole all'iniziativa, decise di favorirne l'estensione all'intero Paese: il metodo adottato fu quello di offrire contributi finanziari a tutte le Province che si fossero dotate di sistemi di finanziamento pubblico della spesa sanitaria. Nel 1971 tutte le Province avevano aderito all'iniziativa; poiché i contributi federali erano anche subordinati al rispetto di alcune linee-guida più specifiche, inoltre, i sistemi delle diverse Province avevano assunto caratteristiche molto simili. Ad oggi, pertanto, il sistema sanitario canadese può esse-

re analizzato come sistema unitario. Come in Germania e in Giappone, l'erogazione è prevalentemente privata mentre il finanziamento è pubblico e decentrato; a differenza che in questi due Paesi, tuttavia, il decentramento del sistema di finanziamento si realizza su base geografica e non attraverso i fondi malattia.

Il sistema di contributi federali e la sua subordinazione al rispetto di determinate linee-guida è tuttora in vigore, sebbene le modalità di determinazione dei contributi e le linee-guida di riferimento siano state più volte ridefinite. Per quanto riguarda i contributi, il modello iniziale prevedeva la copertura federale incondizionata del 50% della spesa sanitaria delle Province. Durante gli anni settanta, tuttavia, questo sistema cominciò ad incontrare l'insoddisfazione di entrambi i livelli istituzionali (Coyte 1990: 119; Neuschler 1990: 11). Le critiche del Governo federale si concentravano sull'incongruenza tra responsabilità di finanziamento e responsabilità di spesa: il Governo federale copriva il 50% della spesa sanitaria, ma le decisioni di spesa erano di esclusiva competenza provinciale. Le Province, d'altra parte, lamentavano un'eccessiva interferenza del Governo federale sotto forma di controlli contabili (per accertare l'effettivo ammontare della spesa da rimborsare) e di distorsione delle priorità di intervento (i contributi federali riguardavano solo prestazioni mediche e prestazioni ospedaliere, che così venivano privilegiate rispetto ad altre forme di assistenza che restavano completamente a carico delle Province). Nel 1977, pertanto, il contributo federale fu sganciato dall'ammontare speso dalle Province: ogni Provincia avrebbe continuato a ricevere quanto ricevuto nell'esercizio 1975-76, con incrementi legati ai tassi di crescita del PIL e della popolazione. Negli ultimi anni, infine, il metodo di cal-



colo dei contributi federali è stato più volte modificato allo scopo di contenere l'incremento dei contributi stessi (21).

Per quanto riguarda invece le linee-guida a cui i sistemi provinciali devono adeguarsi, il Canada Health Act del 1984 le ha riorganizzate in cinque principi:

1) amministrazione pubblica. Il sistema assicurativo provinciale deve essere gestito direttamente dalla Provincia o da altro ente pubblico collegato; non può quindi essere affidato ad enti privati, anche se senza finalità di reddito. Il sistema di finanziamento canadese si configura quindi come decentrato se il livello di analisi è rappresentato dal Paese nel suo complesso, ma come accentrato se il livello di analisi è costituito dalle singole Province. La modalità dominante di finanziamento (tabella 5) è rappresentata da entrate indistinte delle Province e del Governo federale. Dopo la riforma del 1977, il contributo federale è sceso dal 50 al 38% (Neuschler 1990: 11);

2) universalità. Il sistema pubblico deve coprire l'intera popolazione della Provincia. Nessuno può essere escluso e nessuno può autoescludersi. La portata di questo principio è rafforzata dal divieto di stipulare polizze assicurative private che coprano i servizi garantiti dalla copertura pubblica;

3) globalità. Il sistema assicurativo pubblico deve coprire almeno tutti i servizi « clinicamente necessari » (22). Ogni Provincia è però libera di offrire ai propri residenti una copertura più ampia;

4) accessibilità. Ogni cittadino deve poter accedere a tutti i servizi coperti dal sistema assicurativo pubblico. Questo principio ha di fatto vietato sia l'imposizione di ticket, sia la pratica del « balance billing » (23);

5) trasferibilità. Le Province devono concordare forme di copertura per le persone che si spostano da una

Provincia ad un'altra.

Se il sistema di finanziamento è quasi totalmente pubblico, il sistema di offerta ha natura prevalentemente privata. L'organizzazione della professione medica è simile a quella degli Stati Uniti: *status* libero-professionale anche per la maggior parte dei medici ospedalieri, remunerazione a tariffa, sistema di « admitting privileges » (24) per i medici che svolgono prevalentemente attività extraospedaliera. Ogni medico deve decidere se convenzionarsi con il sistema pubblico oppure esercitare in forma privata: le due soluzioni non possono coesistere per evitare che i medici possano « utilizzare posizioni strategiche all'interno del settore pubblico per selezionare i pazienti che offrono le migliori occasioni di guadagno e dirottarli verso le proprie strutture private » (Evans 1988, citato da Iglehart 1990: 564). I medici convenzionati sono rimborsati in base ad un tariffario concordato tra Governo provinciale ed associazione provinciale dei medici. I medici che esercitano in forma privata sono invece liberi di determinare le proprie tariffe: i vincoli imposti all'assicurazione volontaria privata limitano però la loro attività a pazienti in grado di sostenere direttamente tutte le spese e/o a prestazioni escluse dalla copertura assicurativa pubblica. Anche per questo motivo la percentuale di medici che optano per il rapporto di convenzione supera il 99% (Neuschler 1990: 20).

Quanto agli ospedali, quelli gestiti direttamente da enti pubblici rappresentano soltanto il 25% dei posti letto per acuti, contro il 75% degli ospedali privati. Tra questi ultimi, la stragrande maggioranza è rappresentata da strutture non-profit: gli ospedali privati con finalità di reddito rappresentano soltanto il 2% dei posti letto (tabella 5). Ospedali pubblici ed ospedali privati nonprofit sono entrambi convenzionati con il sistema assicurativo pubblico, rispetto al quale go-

dono di totale uniformità di trattamento (25).

Per quanto riguarda la spesa di parte corrente, ogni ospedale riceve all'inizio dell'anno un'assegnazione finanziaria complessiva (« global budget »), senza specificazione di vincoli in termini di natura dei fattori produttivi impiegati. L'entità delle assegnazioni si fonda su tassi medi provinciali di spedalizzazione: a determinare il budget di ciascun ospedale sono pertanto le caratteristiche demografiche (essenzialmente numero di abitanti, distribuzione per età e composizione etnico-razziale) del relativo bacino di utenza. Le Province mantengono sotto costante controllo la spesa dei singoli ospedali (Hatcher et al. 1984: 98). Per gli ospedali che presentano una situazione di tendenziale deficit scatta un processo di analisi dei ricoveri e delle durate medie di degenza, allo scopo di determinare se il deficit tendenziale è frutto di inefficienze o piuttosto di una sottostima dell'assegnazione iniziale: solo nel secondo caso la Provincia si fa carico della perdita di gestione. Negli ultimi anni, d'altra parte, molte Province hanno permesso agli ospedali di riportare al nuovo esercizio eventuali surplus, in modo da creare incentivi ad una gestione più efficiente (Neuschler 1990: 27).

Gli investimenti sono prevalentemente finanziati dalle Province sulla base di specifici progetti. Poiché gli investimenti tendono ad incrementare il futuro fabbisogno di parte corrente, il processo di finanziamento presenta due caratteristiche estremamente significative. Da un lato, i progetti di investimento sottoposti all'autorizzazione delle Province devono specificare anche l'impatto atteso sulle modalità di svolgimento dell'attività e quindi sulla spesa corrente. D'altro lato, l'approvazione provinciale è necessaria anche per gli investimenti finanziati, ad esempio, attraverso donazioni: ciò perché la Provincia, pur

non dovendo farsi carico dell'investimento, dovrà in futuro coprire le conseguenti spese di gestione. Gli ospedali for-profit, infine, si rivolgono unicamente a pazienti « privati », nel rispetto delle regole già evidenziate con riferimento ai medici non convenzionati.

### 7.2. Punti di forza e punti di debolezza

I punti di forza e di debolezza del sistema canadese sono diventati oggetto di dibattito particolarmente intenso da quando il modello canadese è stato proposto come possibile soluzione ai problemi del sistema sanitario statunitense (Himmelstein e Woolhandler 1989): per questo stesso motivo, inoltre, le differenze dagli Stati Uniti sono assunte come principali elementi di analisi e giudizio.

Per i suoi fautori, il modello canadese rappresenta la dimostrazione che « in un contesto nordamericano è possibile porre un limite all'espansione della spesa sanitaria senza dover stravolgere il sistema di offerta ma semplicemente unificando il processo di pagamento attraverso il sistema pubblico [e che] questo risultato può essere ottenuto attraverso una serie di programmi di enorme popolarità sul piano politico » (Evans 1989: 3). Se confrontato con gli Stati Uniti, in effetti, il Canada garantisce la completa copertura sanitaria a tutti i propri cittadini ed ottiene migliori risultati in termini di stato di salute (tabella 2) pur destinando al settore sanitario una quota inferiore di risorse (tabella 1).

I principali elementi che hanno contribuito al contenimento della spesa sanitaria sembrano essere tre (Iglehart 1990: 563): la centralizzazione (a livello provinciale) del meccanismo di finanziamento, che ha permesso il contenimento delle spese am-

ministrative; il meccanismo di finanziamento degli ospedali, sia per la parte corrente che per quella in conto capitale; il tariffario unico provinciale per la remunerazione dei medici. Il tariffario provinciale, in particolare, svolge tre funzioni fondamentali. Primo, limita la crescita dei prezzi del settore sanitario. Secondo, definisce l'unità di servizio impedendo ai medici di ricorrere alla tecnica dell'*unbundling*, ossia di scomporre le prestazioni nelle loro componenti elementari (esame obiettivo, radiografie, ecc.) e di procedere alla fatturazione separata di ciascuna. Terzo, limita la diffusione delle tecnologie: uno dei motivi per i quali la diagnostica ambulatoriale si è diffusa in Canada molto meno che negli Stati Uniti sta nel fatto che i tariffari delle Province non prevedono queste operazioni e che quindi i medici convenzionati non le possono fatturare. In assenza di questo meccanismo, i vincoli agli investimenti in attrezzature ospedaliere avrebbero potuto essere facilmente aggirati.

Ciò che i tariffari non possono evitare è la moltiplicazione del numero delle visite. Per ovviare a questo possibile comportamento, alcune Province hanno introdotto limiti alla spesa complessiva secondo il modello tedesco (26) ed il Quebec si è spinto fino alla definizione di tetti individuali: per ogni prestazione erogata dopo aver superato il proprio tetto di spesa, al medico viene pagato soltanto il 25% dell'onorario previsto dal tariffario (Neuscher 1990: 32 ss.). Anche a seguito di queste misure, il numero medio di « contatti medico-paziente » continua ad essere piuttosto contenuto (6.6 l'anno, tabella 4), soprattutto se confrontato con gli altri due Paesi a sistema misto.

I detrattori del sistema canadese non discutono i risultati conseguiti in termini di equità e di stato di sa-

lute; le loro argomentazioni si fondano in parte su una diversa lettura dei dati di spesa, in parte su una critica ai dati di spesa come indicatori di impiego di risorse, ma soprattutto su un diverso sistema di valori.

Per quanto riguarda la lettura dei dati di spesa, i detrattori del sistema canadese tendono a sottolineare che « quando si considera la spesa pro-capite [invece del rapporto tra spesa sanitaria e PIL, Canada e Stati Uniti] presentano trend di crescita molto simili. [Il diverso tasso di crescita del rapporto spesa sanitaria/PIL, pertanto], è dovuto non al diverso sistema di finanziamento ed erogazione della spesa sanitaria, ma piuttosto a differenze nel tasso di crescita del sistema economico nel suo complesso - nell'ultimo ventennio, l'economia canadese è cresciuta molto più rapidamente di quella statunitense » (Neuscher 1990: 38). I dati della tabella 1, tuttavia, confermano questa affermazione solo in parte: il PIL è effettivamente cresciuto più velocemente in Canada che negli Stati Uniti (3.6% contro 3.1), ma la spesa sanitaria è cresciuta più rapidamente negli Stati Uniti (5.6% contro 5.0%), e ciò a causa del maggior differenziale di inflazione del settore sanitario e del maggior incremento di volume/intensità dei servizi pro-capite (27).

Per quanto riguarda la critica ai dati di spesa, alcuni economisti hanno sottolineato la differenza tra costi contabili e costi economici; questi ultimi, che comprendono ogni forma di impiego di risorse scarse, rappresenterebbero l'unico metodo corretto di misurazione del livello di assorbimento delle risorse. Secondo questa impostazione, i dati di spesa sottostimano enormemente il costo del sistema canadese, perché escludono (Danzon 1992) fattori quali i maggiori tempi di attesa, i costi correlati alla moltiplicazione delle visite, i costi economici generati dalla

pressione fiscale necessaria per finanziare il sistema, lo sfruttamento da parte canadese degli investimenti in ricerca e sviluppo effettuati negli Stati Uniti. Una volta considerati tutti questi fattori, il costo del sistema canadese sarebbe addirittura superiore a quello del sistema statunitense.

In generale, infine, i detrattori del sistema canadese si ispirano ad un diverso sistema di valori fondato sul concetto di sovranità del consumatore anche nel settore sanitario (Pauly et al. 1991, Danzon 1992). Una volta accolta questa premessa, l'obiettivo dell'equità deve venire perseguito non tanto attraverso l'intervento pubblico nel settore sanitario, ma soprattutto attraverso la redistribuzione realizzata dal sistema fiscale; il contenimento dei costi non è più nemmeno un obiettivo, perché i consumatori devono poter decidere liberamente quale quota del proprio reddito destinare all'assistenza sanitaria. Gli elementi di valutazione di un sistema sanitario diventano allora la pronta disponibilità dei servizi che i pazienti richiedono, la libertà dei pazienti di scegliere medico e modalità di trattamento, la libertà dei medici di definire prezzi e quantità: quest'ultima eventualmente calmierata da negoziazioni con un sistema assicurativo privato. Da questo punto di vista il sistema canadese può senz'altro essere profondamente criticato per l'esistenza di alcune forme di razionamento dell'offerta (28), per i limiti imposti all'assicurazione privata, per il tariffario unico provinciale, per i vincoli imposti alla diffusione delle tecnologie.

Dal punto di vista dei Paesi europei, la spesa sanitaria canadese appare piuttosto alta, anche se il rapporto spesa sanitaria/PIL non è lontano dai valori tedeschi. I livelli di equità e lo stato di salute continuano invece ad apparire molto elevati. Il più alto livello di spesa sembra attribuibile (tabella 1) ad una dota-

zione tecnologica comunque elevata e alla crescita più rapida dei prezzi del settore sanitario. Gli altri indicatori di dotazione strutturale (tabella 1) e di utilizzo delle risorse (tabella 4) sono tipicamente superiori ai valori britannici ma inferiori a quelli tedeschi. Evans (1990: 15 ss.) sottolinea l'esistenza di deficienze in termini di capacità manageriali ed un'eccessiva politicizzazione del sistema: problemi che però, Evans continua, sono presenti anche in Europa e negli Stati Uniti. La percentuale di popolazione anziana, infine, è ancora piuttosto bassa, il che genera alcune preoccupazioni in termini di futuro contenimento della spesa. Gli indicatori di stato di salute sono tipicamente inferiori solo a quelli giapponesi, e sono i migliori per quanto riguarda la speranza di vita ad ottanta anni. Quanto all'equità, ad essa contribuiscono la copertura universale obbligatoria, il finanziamento quasi esclusivamente realizzato attraverso le entrate indistinte del settore pubblico, i vincoli imposti ai sistemi privati di assicurazione e di offerta. Tra le Province esistono alcune differenze, soprattutto in termini di livelli delle tariffe e di servizi coperti dal sistema pubblico (Neuschler 1990: 12): queste differenze sono però coerenti con la scelta di un modello federale di Stato. Oltre a ciò, alcuni appunti in termini di equità potrebbero fondarsi sulla distribuzione non uniforme delle risorse strutturali anche all'interno della medesima Provincia (Neuschler 22: 1990) e sulla permanenza di differenze tra classi sociali in termini di indicatori di stato di salute (Evans 1989: 26; Iglehart 1990: 563): questi fenomeni sono però presenti in tutti i Paesi industrializzati. Le osservazioni dei detrattori del sistema canadese, infine, investono in realtà tutti i sistemi a rilevante intervento pubblico, e quindi non incidono in modo rilevante sulla valutazione com-

parata del sistema canadese rispetto a quelli europei. L'unica significativa differenza è che la vicinanza degli Stati Uniti genera in Canada maggiore insofferenza verso le forme di controllo dell'offerta (Iglehart 1990).

## Conclusioni

Pur avendo potuto affrontare soltanto gli aspetti più generali dei diversi sistemi sanitari, l'analisi svolta suggerisce alcune importanti considerazioni conclusive.

In prima approssimazione, un sistema sanitario dovrebbe perseguire contemporaneamente obiettivi di efficacia sanitaria, controllo dell'impiego complessivo di risorse, equità di accesso e di impatto sui livelli di bisogno, efficienza nello svolgimento delle diverse funzioni. Nessuno dei Paesi industrializzati, tuttavia, dimostra di poter perseguire congiuntamente questi obiettivi.

Sull'efficacia sanitaria e l'equità dell'impatto sui livelli di bisogno il giudizio non può che essere sospeso, per l'impossibilità di isolare l'effetto dell'assistenza sanitaria da quello delle altre determinanti. Per quanto riguarda le altre finalità, i sistemi di tipo pubblico ed i sistemi di tipo misto privilegiano l'equità ed il controllo dei costi. Questi obiettivi, tuttavia, sono perseguiti attraverso la deresponsabilizzazione dei pazienti rispetto alla quantità ed alla qualità dei servizi utilizzati, la regolamentazione dei prezzi e, nei sistemi pubblici, la gestione pubblica delle strutture di offerta. Il prezzo di queste forme di intervento è l'indebolimento dei meccanismi competitivi ed una conseguente perdita di efficienza; a ciò si aggiungono limitazioni spesso significative alla libertà del paziente di accedere alle forme di assistenza desiderate nei tempi voluti. Il confronto tra i diversi Paesi a sistema pubblico e misto evidenzia inoltre un



sistema di trade-off ancora più complesso: il Regno Unito contiene la spesa e garantisce l'equità, ma presenta fenomeni di razionamento dell'offerta e di burocratizzazione del sistema; la Germania persegue condizioni di efficienza attraverso il decentramento dei fondi malattia ma in questo modo genera condizioni di iniquità tra i membri di fondi diversi; il Giappone riduce le iniquità tra i membri di fondi diversi attraverso il tariffario unico razionale, ma così facendo genera problemi di qualità dell'assistenza; il Canada cerca di salvaguardare il suo sistema di offerta di tipo nordamericano e di renderlo compatibile con l'universalità di accesso, ma con conseguenze negative sulla spesa sanitaria.

Gli Stati Uniti, ossia il sistema privato per eccellenza, d'altra parte, privilegiano l'esistenza di meccanismi competitivi e la libertà di scelta del paziente; ciò però al prezzo di significative iniquità e di una spesa sanitaria ormai incontrollabile. Date le peculiarità proprie del sistema sanitario, inoltre, esistono forti dubbi sulla capacità dei meccanismi competitivi di realizzare condizioni di efficiente allocazione ed utilizzo delle risorse.

Negli ultimi anni, i sistemi sanitari dei diversi Paesi hanno dimostrato una tendenza alla convergenza. Gli Stati Uniti stanno da anni discutendo la possibilità di una riforma che permetta il contenimento della spesa e maggiori livelli di equità; quasi tutte le proposte presentate prevedono un più significativo intervento del settore pubblico. I sistemi pubblici e misti, d'altra parte, hanno progressivamente introdotto meccanismi di mercato sia dal lato dell'offerta (decentramento, maggiore responsabilizzazione economica) che da quello della domanda (compartecipazione diretta al costo dei servizi utilizzati, maggiore libertà di scelta). In questo processo di convergenza, o comunque di

trasformazione, i diversi Paesi possono imparare dalle rispettive esperienze. Nel caso specifico dell'Italia, il riferimento più significativo è senz'altro rappresentato dal N.H.S. britannico, che è il più vicino al S.s.n. per modello strutturale e per problemi da affrontare: il processo di riforma recentemente intrapreso nel Regno Unito deve perciò essere seguito con molta attenzione. Idee e insegnamenti possono peraltro venire anche dagli altri Paesi: il sistema di igiene pubblica e di assistenza materno-infantile del Giappone, il processo di finanziamento degli investimenti canadese, le modalità di autogoverno dei medici tedeschi ed il governo del consumo di farmaci in Germania sono alcuni degli spunti più rilevanti offerti dall'analisi svolta.

La ricerca di idee ed insegnamenti, peraltro, non deve tradursi in un semplice trasferimento di elementi strutturali da un Paese ad un altro: i punti di forza di un sistema, infatti, possono diventare i punti di debolezza di un altro. Un esempio molto significativo al riguardo è rappresentato dalle assegnazioni a preventivo: in Inghilterra rappresentano un elemento critico di contenimento della spesa, in Italia condizionano negativamente la gestione senza ostacolare la formazione di disavanzi. Il successo di particolari elementi di un sistema, in altri termini, dipende in misura cruciale dalle più ampie condizioni di contesto.

Al di là delle caratteristiche specifiche dei diversi sistemi e delle condizioni necessarie al loro successo, peraltro, l'analisi svolta evidenzia un elemento costante: l'importanza del sistema di incentivi economici presenti nel modello istituzionale. Il rimborso degli ospedali per giornata di degenza genera un allungamento della degenza media; la determinazione centralizzata delle tariffe genera la moltiplicazione delle prestazioni, l'imposizione di un tetto complessivo al-

la spesa ambulatoriale spinge i medici ad organizzare forme di autocontrollo altrimenti inaccettabili. Sebbene per i singoli attori le motivazioni di natura finanziaria possano non essere dominanti, le caratteristiche e le modificazioni degli incentivi offerti influenzano in modo estremamente significativo comportamenti e modalità complessive di funzionamento del sistema sanitario.

(1) La variazione del rapporto spesa sanitaria/PIL tra il 1975 ed il 1987 può essere così scomposta nella variazione del numeratore e nella variazione del denominatore:

$$\frac{\text{spesa sanitaria 1975}^* (1 + s)^{12}}{\text{PIL 1975} [(1 + g) (1 + i)]^{12}} = \frac{\text{spesa sanitaria 1987}}{\text{PIL 1987}}$$

dove: s = tasso medio annuo di crescita nominale della spesa; g = tasso medio annuo di crescita del PIL in termini reali; i = tasso medio annuo di inflazione.

Il coefficiente (1 + s), a sua volta, può essere ulteriormente scomposto in quattro componenti:

$$(1 + s) = (1 + i) (1 + d) (1 + \text{pop}) (1 + \text{spc})$$

dove d = differenziale di inflazione del settore sanitario; pop = tasso medio annuo di crescita della popolazione; spc = tasso medio annuo di crescita dei servizi pro-capite. Poiché (1 + i) compare sia al numeratore che al denominatore, la variazione del rapporto spesa sanitaria/PIL resta scomposta in quattro componenti:

$$\frac{\text{spesa san. 1975}^* [(1 + s) (1 + \text{pop}) (1 + \text{spc})]^{12}}{\text{PIL 1975} (1 + g)^{12}} = \frac{\text{spesa sanitaria 1987}}{\text{PIL 1987}}$$

(2) Il tasso di mortalità infantile è così definito: (morti nel primo anno di vita)/(totale nascite)\* 1000.

(3) Il tasso di mortalità perinatale è così definito: [(feti morti dopo almeno 28 settimane di gestazione) + (neonati morti durante la prima settimana di vita)]/[(totale nascite) + (feti morti dopo almeno 28 settimane di gestazione)]\* 1000.

(4) Per una critica della metodologia impiegata da Rublee e Schneider (1991) si veda Schieber e Poullier (1991).

(5) Per la maggior parte dei Paesi del-

l'OECD (ma non per l'Italia) sono ormai disponibili anche classificazioni dell'attività ospedaliera per DRG. Un'analisi a livello di singoli DRG esula, ovviamente, dagli scopi di questo saggio. È comunque opportuno sottolineare che anche i dati di DRG possono presentare significativi problemi di comparabilità. In particolare: 1) strutture diverse e, a maggior ragione, Paesi diversi possono classificare diversamente pazienti con patologie simili; 2) nei Paesi in cui il sistema DRG costituisce la base per il pagamento delle prestazioni erogate o per il finanziamento delle strutture di offerta esistono evidenti forme di « manipolazione » delle classificazioni; 3) i DRG sono nati come gruppi omogenei dal punto di vista clinico e dell'assorbimento di risorse: l'omogeneità dipende tuttavia dalle modalità tipiche di trattamento delle diverse patologie, e queste variano da Paese a Paese; 4) i valori di costo associati ai singoli DRG dipendono dagli elementi di costo considerati e dalle modalità di calcolo dei costi utilizzate. Negli Stati Uniti, ad esempio, il valore attribuito a ciascun DRG include la maggior parte dei costi diretti ed indiretti ma esclude la remunerazione dei medici ospedalieri e l'ammortamento dei beni.

(6) Questi indicatori pongono in relazione dati tratti da due fonti diverse. L'affidabilità dei singoli valori è quindi piuttosto limitata, ma le differenze relative tra i singoli Paesi dovrebbero mantenere sufficiente significatività.

(7) La differenza tra imposizione di contributi sociali obbligatori e finanziamento attraverso una quota di entrate indistinte è rilevante soprattutto con riferimento a valutazioni di equità. Il prelievo fiscale, infatti, è tipicamente progressivo, mentre i contributi sociali si fondano normalmente su aliquote proporzionali se non regressive.

(8) Department of Health and Social Security (con sede a Londra) per l'Inghilterra, Welsh Office (Cardiff) per il Galles, Scottish Home and Health Department (Edimburgo) per la Scozia, Minister of Health (Belfast) per l'Irlanda del Nord.

(8) « Le Regional e le District Health Authority (R.H.A. e D.H.A.) attualmente sono composte da un presidente

e da 16-19 membri. Il presidente ed i membri delle R.H.A. sono nominati dal ministro. I presidenti delle D.H.A. sono anch'essi nominati dal ministro, mentre la maggior parte dei membri sono nominati dalla R.H.A. di competenza [...]. Gli enti locali nominano 4-6 membri delle D.H.A. » (Department of Health and Social Security, 1989: 64). Il coinvolgimento delle autonomie locali nella gestione del N.H.S. avviene attraverso i *Community Health Council*, che non hanno funzioni operative ma possono intervenire su decisioni strategiche quali la chiusura o la trasformazione di strutture.

(10) Questa separazione riflette la struttura originaria del N.H.S., che non prevedeva le *District Health Authority* e suddivise verticalmente il sistema in tre funzioni: ospedali, medicina di base, medicina di comunità. Il N.H.S., istituito tra il 1946 ed il 1948, è stato profondamente riorganizzato in due occasioni: nel 1974 e nel 1981. Una terza riforma è stata iniziata alla fine degli anni ottanta ed è tuttora in corso. Alla terza riforma si fa riferimento nelle pagine che seguono; per una descrizione sintetica della struttura originale e delle due prime riforme si veda Kissick (1987).

(11) La legge di istituzione del N.H.S. (N.H.S. Act, 1946) prevedeva tra l'altro la nazionalizzazione di tutti gli ospedali privati. Il settore privato è tornato a svilupparsi solo negli anni ottanta, quando le politiche di contenimento della spesa pubblica hanno generato problemi di razionamento, soprattutto con riferimento agli interventi chirurgici di elezione.

(12) Almeno fino all'anno fiscale 1987-88, i Distretti normalmente spendevano l'1% in meno di quanto assegnato a preventivo (Maynard 1990: 7), pur in assenza di significativi incentivi economici quali la possibilità di riportare all'anno successivo i risparmi ottenuti (Enthoven 1985: 39).

(13) Per una descrizione della riforma britannica si veda innanzi tutto il già citato *White Paper Working for Patients* (DHSS 1989). Per analisi e commenti sono di particolare interesse France (1990) ed Enthoven (1991): France (1990) perché raccoglie le valutazioni di una decina di studiosi italiani, Entho-

ven (1991) perché Enthoven è stato uno dei primi ispiratori di questa riforma.

(14) Nel 1985 il ticket sulle prescrizioni farmaceutiche era pari a 2.40 sterline, ma solo il 19% delle prescrizioni era stato assoggettato a ticket (Maynard 1990: 11).

(15) Di questo 92%, 5% dispongono di polizze assicurative private integrative, mentre 95% fanno unicamente affidamento sulla copertura pubblica.

(16) I termini « stato » e « statale » si riferiscono ai Land in cui si articola la Repubblica Federale Tedesca.

(17) Il numero di associazioni regionali è superiore al numero di Land perché nei Land più vasti sono state individuate due o più « Regioni ».

(18) Per il momento l'omogeneità è stata definita come « presenza dei medesimi principi attivi »: le fasi successive prevedono la definizione di categorie omogenee in termini di « presenza di principi attivi equivalenti dal punto di vista farmacologico » (seconda fase) e di « equivalenza degli effetti farmacologico-terapeutici » (Schneider 1991: 96).

(19) I due dati, 28% e 18%, provengono tuttavia da fonti diverse e quindi potrebbero non essere perfettamente confrontabili.

(20) La Costituzione canadese regola la separazione delle funzioni tra Governo federale e singole Province attraverso un criterio residuale: sono di competenza provinciale tutte le materie che la Costituzione stessa non attribuisce esplicitamente al livello federale. La prima Costituzione canadese risale al 1867 (*British North America Act*), quando la sanità non rappresentava ancora una rilevante area di intervento pubblico: da qui l'attribuzione « per default » delle competenze in materia sanitaria alle Province (Hatcher et al. 1984: 86).

(21) Il tasso di crescita dei contributi federali è stato ridotto una prima volta nel 1986 ed una seconda volta nel 1989. Nel biennio 1990-92, i contributi federali sono stati congelati al livello 1989-90. A partire da quest'anno, essi ricominceranno a crescere, ma soltanto ad un tasso di tre punti percentuali inferiore alla crescita media annua del PIL nell'ultimo triennio.

(22) Nel concetto di « servizi clinicamente necessari » non rientrano, ad



esempio, stanze singole e chirurgia estetica.

(23) I medici praticano il « balance billing » quando richiedono al paziente un pagamento diretto in aggiunta a quanto ricevuto a titolo di remunerazione/rimborso dal sistema assicurativo. Il Governo federale, non avendo competenze dirette in materia sanitaria, non ha potuto vietare balance billing e ticket direttamente: ha però deciso di ridurre i trasferimenti alle Province nella misura in cui queste impongono ticket o autorizzano forme di balance billing. A fronte di questa decisione, sono state le Province stesse a rinunciare ai ticket e ad abolire il balance billing, per cui l'assistenza medica e l'assistenza ospedaliera sono ora completamente gratuite.

(24) Con gli « admitting privileges », i medici che svolgono prevalentemente attività extraospedaliera possono ricoverare i propri pazienti presso determinati ospedali e continuare a curarli direttamente durante la degenza. Questa modalità organizzativa (così come lo status libero-professionale dei medici ospedalieri) ribadisce la concezione nordamericana dell'ospedale come struttura al servizio dei singoli medici. Tipicamente, ogni medico dispone di admitting privileges in uno o più ospedali.

(25) La maggiore importanza del criterio convenzionato/non convenzionato rispetto a quello della proprietà pubblica o privata delle strutture genera, tra l'altro, una rilevante confusione terminologica. Il termine « public hospital », infatti, identifica non gli ospedali di proprietà pubblica, ma gli ospedali convenzionati con il sistema assicurativo pubblico (quindi anche gli ospedali privati nonprofit).

(26) A differenza del modello tedesco, tuttavia, le Province canadesi non hanno introdotto modalità di controllo che entrino nel merito delle prestazioni erogate dai singoli medici. In Canada, inoltre, il tariffario è espresso in termini monetari: eventuali sfondamenti dei tetti di spesa si ripercuotono non sull'anno in corso ma sugli anni successivi.

(27) La differenza tra la tabella 1 e Neuscher (1990) si spiega sia in base al diverso periodo considerato (1975-87 per la tabella 1, 1967-87 per Neuscher),

sia in base alle diverse fonti utilizzate (dati OECD per la tabella 1, fonti statunitensi e canadesi per Neuscher).

(28) Secondo i detrattori del sistema canadese, il razionamento dell'offerta è un fenomeno molto esteso, soprattutto con riferimento a procedure diagnostiche, ad alcuni interventi chirurgici, ai servizi di pronto soccorso (Neuscher 1990: 47 ss.). Secondo i fautori del sistema canadese, invece, il razionamento dell'offerta è un fenomeno molto limitato anche se medici ed amministratori degli ospedali tendono a drammatizzarlo per accrescere il proprio potere negoziale nei confronti del Governo (Evans 1989).

#### BIBLIOGRAFIA

- ALLEN D. (1984), *England*, in RAFFEL M. (a cura di): *Comparative Health Systems*. University Park e Londra: the Pennsylvania State University Press.
- BLENDON R. e TAYLOR H. (1989), *Views on health care: public opinion in three nations*. Health Affairs, 8(1): 149-157.
- COYTE P. (1990), *Canada*, in ROSA J.J. (a cura di): *Comparative Health Care Systems: the Future of National Health Care Systems and Economic Analysis*. Greenwich, Conn. e Londra: Jai Press.
- DANZON P. (1992), *Hidden overhead costs: is Canada's system less expensive?* Health Affairs, 11(1): 21-43.
- D.H.S.S. - Department of Health and Social Services (1989): *Working for Patients*. Londra: HMSO.
- EICHHORN S. (1984): *Germany*, in RAFFEL M. (a cura di): *Comparative Health Systems*. University Park e Londra: The Pennsylvania State University Press.
- ENTHOVEN A. (1985), *Reflections on the National Health Service*. Londra: Nuffield Provincial Hospital Trust.
- ENTHOVEN A. (1991), *Internal Market Reform of the British Health Service*. Health Affairs, 10(3): 60-70.
- EVANS R. (1989), *The Canadian Health Care System: The Other Part of North America is Rather Different*. Relazione presentata al Simposio internazionale sui sistemi sanitari, Taipei, 18-19 dicembre.

FATTORE G. e GARATTINI L. (1989), *L'allocazione delle risorse finanziarie nel Servizio sanitario nazionale: il quadro teorico e una soluzione pratica*. Economia pubblica, 11: 541-556.

FRANCE G. (a cura di) (1990), *Il libro bianco « al servizio dei pazienti »: la riforma del Sistema sanitario britannico. Una valutazione italiana*. Roma: Istituto di studi sulle Regioni.

GILLION C. et al. (1985), *Health spending: an overview*, in AA.VV.. Measuring Health Care 1960-83. Parigi: OECD.

GRAF V.D. SCHULENBURG J.M. (1989), *The West German Health Care Financing and Delivery System: Its Experiences and Lessons for Other Nations*. Relazione presentata al Simposio internazionale sui sistemi sanitari, Taipei, 18-19 dicembre.

GRIFFITHS R. (1988), *Community Care: Agenda for Action*. Londra: HMSO.

HATCHER G. et al. (1984), *Canada*, in RAFFEL M. (a cura di): *Comparative Health Systems*. University Park e Londra: The Pennsylvania State University Press.

HENKE K.D. (1990), *The Federal Republic of Germany*, in ROSA J.J. (a cura di): *Comparative Health Care System: the future of National Care Systems and Economic Analysis*. Greenwich, Conn. e Londra: Jai Press.

HIMMELSTEIN D. e WOOLHANDLER S. (1989), *A national health program for the United States*. New England Journal of Medicine, 320(2): 102-108.

IGLEHART J. (1988 a), *Japan's medical care system (First of two parts)*. New England Journal of Medicine, 319(12): 807-812.

IGLEHART J. (1988 b), *Japan's medical care system (Second of two parts)*. New England Journal of Medicine, 319(17): 1166-1172.

IGLEHART J. (1990), *Canada's health care system faces its problems*. New England Journal of Medicine, 322(8): 562-568.

IGLEHART J. (1991 a), *Germany's health care system (First of two parts)*. New England Journal of Medicine, 324(7): 503-508.



- IGLEHARD J. (1991 b), *Germany's health care system (Second of two parts)*. New England Journal of Medicine, 324(24): 1750-56.
- IKEGAMI N. (1989), *The Japanese Health Care Financing and Delivery System: Its Experiences and Lessons for Other Nations*. Relazione presentata al Simposio internazionale sui sistemi sanitari, Taipei, 18-19 dicembre.
- IKEGAMI N. (1991), *Japanese health care: low cost through regulated fees*. Health Affairs, 10(3): 87-109.
- JÖNSSON B. (1990), *What can Americans learn from Europeans?* in AA.VV. Health Care Systems in Transition, Parigi: OECD.
- KISSICK W. (1987), *The British National Health Service: foil, not prototype*. Transactions and Studies of the College of Physicians of Philadelphia, serie 5, 9(2): 91-104.
- MAXWELL R. (1981), *Health and Wealth*. Lexington, Mass: Lexington Books.
- MAYNARD A. (1990), *The United Kingdom*, in ROSA J.J. (a cura di): *Comparative Health Care System: The Future of National Health Care Systems and Economic Analysis*. Greenwich, Conn. e Londra: Jai Press.
- NEUSCHLER E. (1990), *Canadian Health Care: The Implications of Public Health Insurance*. Washington: Health Insurance Association of America.
- PAULY M. (1988), *More market in the West German health care system: comments from a U.S. perspective*. Journal of Institutional and Theoretical Economics, 144(2): 407-411.
- PAULY M. et al. (1991), *A plan for Responsible National Health Insurance*. Health Affairs, 10(1): 5-25.
- PHELPS C. (1992), *Health Economics*. New York: Harper Collins.
- POULLIER J.P. (1985), *Health accounting in OECD countries*, in AA.VV.. Measuring Health Care 1960-83. Parigi: OECD.
- POULLIER J.P. (1990), *Health care expenditure and other data: An international compendium from the Organization for Economic Cooperation and Development*, in AA.VV.. Health Care Systems in Transition. Parigi: OECD.
- RAFFEL M. (a cura di) (1984), *Comparative Health Systems*. University Park e Londra: the Pennsylvania State University Press.
- REY M. (1990), *Le proposte del libro bianco tra efficienza ed equità, con particolare riferimento agli aspetti finanziari*, in FRANCE G. (a cura di): *Il libro bianco: « al servizio dei pazienti »: la riforma del Sistema sanitario britannico. Una valutazione italiana*. Roma: istituto di studi sulle Regioni.
- ROSA J.J. (a cura di) (1990), *Comparative Health Care Systems: the future of National Health Care Systems and Economic Analysis*. Greenwich, Conn. e Londra: Jai Press.
- ROWLAND D. (1991), *Health Status in East European countries*. Health Affairs, 10(3): 202-215.
- RUBLEE D. e SCHNEIDER M. (1991), *International spending: comparisons with OECD*. Health Affairs, 10(3): 187-198.
- SCHIEBER (1987), *Financing and Delivering Health Care*. Parigi: OECD.
- SCHIEBER G. et al. (1991), *Health Care Systems in twenty-four countries*. Health Affairs, 10(3): 22-38.
- SCHIEBER G. e POULLIER J.P. (1990), *Overview of international comparisons of Health Care Expenditures*, in AA.VV.. Health Care Systems in Transition, Parigi: OECD.
- SCHIEBER G. e POULLIER J.P. (1991), *Perspective*. Health Affairs, 10(3): 199-201.
- SCHNEIDER M. (1991), *Health Care Cost Containment in the Federal Republic of Germany*. Health Care Financing Review, 12(3): 87-101.
- TOWNSEND P. e DAVIDSON N. (1982), *Inequalities in Health: the Black Report*. Londra: Penguin.

Management ed economia sanitaria

# MECOSAN

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

## ISTRUZIONI 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:*

A) Per la sezione SAGGI E RICERCHE: sono previsti articoli di lunghezza variabile tra 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 e non più di cinque parole chiare 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.*

B) Per le sezioni ESPERIENZE INNOVATIVE, NOTIZIE DAL MONDO, SANITÀ E IMPRESA: sono previsti articoli di lunghezza non superiore a 20 cartelle (non superiore a 15 per la sezione sanità e impresa).

*Gli articoli devono essere spezzati a intervalli di 2-3 cartelle con un richiamo evidenziante il tema delle cartelle seguenti (massimo tre parole, come il titolo di un paragrafo).*

*I riferimenti bibliografici, se presenti, devono essere limitati a 10 per articolo.*

C) Per tutte le sezioni: si sollecita l'uso di schemi, rappresentazioni grafiche e tabelle. Questi 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.

*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 descritte nell'esempio che segue:*

per i testi [Clerico, 1984] G. Clerico: *Economia della salute*. Franco Angeli 1984.  
per gli articoli [Volpatto, 1990] O, Volpatto: *la privatizzazione dei servizi pubblici*. Azienda pubblica 1990; 2:243-252.

*I testi devono possibilmente essere scritti con un word processor e consegnati su disco magnetico. In alternativa possono essere consegnati dattiloscritti.*

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

*I contributi devono essere consegnati in tre copie (oppure su un singolo disco magnetico), e preceduti 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 telefax dell'autore principale; titolo suggerito; notizie sugli autori da riportare in nota; sezione per la quale si intende proporre il contributo.*

*Seguirà, per la sezione Saggi e Ricerche, una seconda pagina contenente l'abstract in lingua inglese.*

*I contributi devono essere inviati all'attenzione di Franco Sassi, presso la redazione di Mecosan, al seguente indirizzo: Franco Sassi, redazione Mecosan, via Balilla, 18 - 20136 Milano - tel. 02/5836.3132-3136 - fax 02/89404523.*

*Tutti gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio della redazione e di eventuali referenti esterni accreditati.*

*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.*

# **Documenti e commenti**

Sezione 2<sup>a</sup>



# RECLUTAMENTO DEL PERSONALE E RICONOSCIMENTO DI CARRIERA: DUE PROBLEMI IRRISOLTI

di Antonello Zangrandi e Federica Bandini \* (a cura)

SOMMARIO: — Presentazione.

— Le valutazioni sul D.M. n. 458/91 dei dirigenti di 8 U.s.l.

— Commento esplicativo a cura di **Sivana Dragonetti**.

— Il testo del D.M. n. 458/91 e degli indirizzi applicativi della Presidenza del Consiglio dei ministri.

— Riflessioni sulla direzione del personale a cura di **Giorgio Fiorentini**.

L'importanza del sistema di reclutamento del personale e dello sviluppo di carriera è indiscutibilmente riconosciuta da tutti: dirigenti e sindacati, operatori e legislatori.

Il personale nella sanità è un « bene prezioso » proprio perché la natura del servizio erogato richiede elevatissime dosi di professionalità non solo da parte del medico (il professionista per eccellenza) ma anche da parte del personale sanitario, del personale amministrativo e tecnico. Questo è evidente a tutti quelli che operano nell'ambito delle strutture sanitarie.

Peraltro la gestione del personale è quanto mai soggetta a vincoli di varia natura e particolarmente: ai contratti nazionali, ai decreti ministeriali, alla contrattazione sindacale regionale e locale, ad usi in alcuni casi più importanti ad una ottica di garantismo piuttosto che ad una logica di valorizzazione delle professionalità.

Ciò che risulta importante è però leggere questi vincoli con grande attenzione: occorre comprendere anche gli spazi che la norma o il contratto non mostrano e che quindi ri-

mangono aperti, gli spazi — spesso purtroppo interstiziali — lasciati per operare positivamente per la valorizzazione della professionalità; chi gestisce il personale *a tutti i livelli* dall'ufficio personale — settore o servizio che sia — al responsabile dell'unità operativa più decentrata che ha la responsabilità di un nucleo di persone) è chiamato non già ad applicare burocraticamente una norma ma a interpretare i vari istituti contrattuali e le varie norme in chiave di valorizzazione delle professionalità; ciò in definitiva significa evidenziare un sistema premiante della organizzazione in grado di indirizzare il comportamento complessivo verso obiettivi di qualità del servizio e di riduzione della spesa unitaria per prestazione.

I problemi connessi al ruolo di chi gestisce il personale e le frustrazioni che molti dirigenti che hanno voluto intraprendere strade innovative hanno sperimentato, evidenziano sicuramente le difficoltà di intervenire su questa area del personale: proprio per questo è necessario sviluppare indagini sempre più mirate sul lato delle « possibilità », delle espe-

rienze positive, del successo.

Occorre approfondire non solo l'interpretazione giuridica del contratto e della norma, ma affiancare a questa non riflessione manageriale, organizzativa, al fine di permettere una piena comprensione non solo dei vincoli, ma anche delle potenzialità.

Il tema del personale è troppo rilevante per la qualità e l'efficienza del servizio per lasciarlo solo agli esperti: « giuristi »: occorre che anche i responsabili dei servizi, i dirigenti ai vari livelli di responsabilità si appropriino di tutte le potenzialità per governare questa fondamentale risorsa nel campo della sanità.

Non sfugge a questa impostazione il decreto ministeriale che ha introdotto i « concorsi » riservati da un lato e la sostituibilità dei titoli di studio dall'altro.

È questo un decreto che introduce nella sanità quello che era divenuto un diritto in altri settori del pubbli-

---

\* **Federica Bandini** è ricercatore presso il CeRGAS centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria dell'Università Bocconi

co impiego, come per gli impiegati civili dello Stato e per i dipendenti degli enti locali.

Gli elementi di valutazione che subito balzano agli occhi sono sostanzialmente tre:

- il premio delle professionalità e lo sviluppo di carriera;
- l'inserimento di dirigenti;
- la gestione dei concorsi.

### **Premio della professionalità e lo sviluppo di carriera**

È questo un tema sostanzialmente irrisolto dell'ordinamento del personale nella pubblica amministrazione e nella sanità.

Il problema rimane la possibilità di dare spazio (un premio) a chi in una certa posizione ha prodotto risultati positivi. In concreto lo strumento è quello della carriera intesa come inquadramento in un livello superiore. A questo livello ovviamente si accede solamente per concorso pubblico e quindi, almeno per i livelli intermedi, si ha la concorrenza di chi si presenta come « esterno ». In alcuni casi poi la carriera veniva troncata essendo l'accesso al livello superiore subordinato al requisito del titolo di studio e in altri casi vincolato alla chiamata diretta escludendo di fatto chi già operava nell'ente.

Il decreto probabilmente nasce dall'esigenza di « dare uno sbocco » agli interni, per i quali come molte volte i dirigenti hanno sottolineato, « non esiste altro strumento di motivazione ».

È questo un problema di fondo, come detto, della legislazione sul pubblico impiego in Italia che ovviamente ha riscontri rilevanti anche nella sanità. Il problema di fondo deve però essere giustamente collocato: è grave che non esistano adeguati meccanismi per premiare la professionalità, meccanismi che molto spesso si concretizzano in passaggi meramen-

te economici connessi alla anzianità e automatici. Evidentemente i dirigenti usano quello che hanno per gestire il personale e l'avanzamento di carriera è indubbiamente un forte incentivo; decreti come questo sono indubbiamente un sistema che porta a sviluppare un « forte trascinarsi » per compensare situazioni che in molti casi potrebbero essere risolte attraverso un sistema di riconoscimento più opportuno. I dirigenti giustamente usano gli strumenti che hanno a disposizione: purtroppo questo può generare problemi connessi alla congruenza nel sistema dei ruoli e tra questi e le modalità di organizzazione del lavoro. Così nascono distorsioni talora così rilevanti da ritenersi fonte di sicura inefficienza.

### **L'inserimento dei dirigenti**

Un problema che in prospettiva può sorgere se non si avvia la prevista riforma della dirigenza della sanità, è la difficoltà nel ricambio dei dirigenti; infatti è da alcuni paventato il problema della impossibilità di reperire nuovi laureati che potranno poi intraprendere il cammino dirigenziale.

Il problema che si pone è quello della formazione dei dirigenti, delle modalità di reclutamento e così via.

Infatti è necessario che velocemente si arrivi ad una formulazione nuova su questo tema: il problema della « velocità » di definizione della nuova normativa non è solo collegata alla necessità di garantire una maggiore efficienza decisionale, ma anche quella di non creare un numero troppo elevato di situazioni anomale che sarebbe poi oggettivamente difficile non sanare (come approfondisce di seguito Silvana Dragonetti « tutte le riforme della sanità sono state accompagnate da una sanatoria ») generando per il futuro situazioni anomale, aspettative che co-

munque poi ricercano uno sbocco concreto.

### **La gestione dei concorsi**

Un ultimo aspetto problematico concerne la possibilità che i concorsi pubblici vedano sempre il prevalere di interni e questo per due elementi: il peso della carriera precedente e la conoscenza di specifici problemi. Gli esterni, soprattutto i neo laureati e neo diplomati, potrebbero vedere concretamente ridotta la loro possibilità di accesso. Inoltre la introduzione di nuove persone solo da livelli molto bassi comporterebbe sicuramente una minore innovatività nella gestione. Ciò peraltro comporterà anche nel futuro l'esigenza di premiare persone entrate con livelli troppo bassi rispetto le prospettive personali: e la storia si ripeterà.

### **Conclusioni**

Per concludere due brevi annotazioni:

— i dirigenti che sono chiamati ad applicare la legge ricordino un fondamento di organizzazione del lavoro: non devono esistere forti scostamenti tra attività svolta e ruolo organizzativo, tra mansione effettivamente svolta e contesto organizzativo, pena la completa deresponsabilizzazione di tutti i livelli;

— programmatori, legislatori e sindacalisti si convincano che risulta sempre più necessario individuare concreti strumenti contrattuali per premiare chi opera positivamente in un ruolo, differenziandolo da chi non opera altrettanto positivamente.

La valorizzazione degli spazi di azione presenti nella legislazione è un elemento fondamentale del management: tutti sono chiamati ad utilizzare lo spazio di azione offerto da questo decreto: i risultati si valuteranno tra qualche anno.

## ADEGUATI "PERCORSI DI CARRIERA" E UN SISTEMA DI INCENTIVAZIONE PIÙ MOTIVANTE PER MIGLIORARE LA GESTIONE DEL PERSONALE IN SANITÀ

Intervista con:  
**Davide Amodeo**  
Amministratore  
straordinario  
U.s.l. 10 Genova  
Valle Scrivia

Il decreto ministeriale nelle sue caratteristiche di applicazione deve essere considerato come una possibilità in più nella gestione del personale: non come un vincolo, ma come una opportunità. Così attraverso questo decreto sarà possibile introdurre elementi di chiarezza organizzativa soprattutto nelle posizioni amministrative.

Il decreto segue una serie di azioni che la regione Liguria da tempo sta realizzando al fine di razionalizzare la spesa sanitaria regionale. La regione Liguria non ha dato indicazioni particolari per l'applicazione del decreto anche perché esisteva una direttiva vincolante circa il personale. La Regione autorizza la sostituzione del personale amministrativo solo sulla base di un piano che ha come obiettivo il riequilibrio.

Il piano è stato formulato al fine di fornire a ciascuna Unità sanitaria locale le deroghe dell'anno. Il piano deve permettere di gestire non già le deroghe di volta in volta ma in modo complessivo.

Infatti entro il 30 giugno si è predisposto un documento che dovrebbe permettere la programmazione delle assunzioni (ma poi è intervenuto Amato!). Il problema del personale amministrativo è molto sentito nella nostra Regione anche perché si hanno situazioni sbilanciate tra le varie U.s.l.

Infatti soprattutto nelle Unità sanitarie locali dove non c'è ospedale esistono organici amministrativi che superano sicuramente lo standard; la Regione costringe a ricercare la mobilità di questo personale prima di acconsentire a deroghe alle assunzioni.

In particolare nella nostra U.s.l. il decreto permetterà di chiarire molteplici aspetti. Ci sono nella U.s.l. persone che svolgono funzioni di livello superiore e quindi con grandi problemi di gestione e motivazione del personale medesimo.

Da questo punto di vista il decreto aiuta a mettere ordine nella organizzazione della U.s.l.. Sempre nell'Unità sanitaria locale abbiamo casi di operatori ausiliari che svolgono funzioni di ordine amministrativo, queste situazioni speriamo di poterle risolvere in modo opportuno. Insomma il piano regionale da un lato e il decreto dall'altro dovrebbero consentirci di sistemare positivamente il passato.

Un ulteriore elemento di valutazione del decreto riguarda il requisito della laurea. Ritengo che per gestire le U.s.l. occorra disporre di personale con rilevante professionalità a cui affidare la correlata responsabilità: la presenza o meno della laurea è assolutamente secondaria come ben dimostra l'esperienza di questa Unità sanitaria locale.

Il problema purtroppo è ben più vasto, infatti molto spesso i vincoli nella gestione del personale non consentono di sviluppare uno staff dirigenziale con adeguata esperienza nella gestione delle U.s.l.. Stiamo scontando la gestione del passato. Occorre recuperare gli aspetti di capacità dirigenziali.

Infine una riflessione più vasta sulle modificazioni nei vincoli della gestione del personale. La modifica del rapporto di lavoro (rapporto di lavoro privatistico) può essere una via di uscita. Ma una serie di domande devono essere poste: quando una



Unità sanitaria locale va bene? Cosa significa che gli obiettivi sono stati raggiunti? Quando c'è un livello adeguato di efficienza e di efficacia? Il servizio come elemento di valutazione è molto complesso: e poi chi lo valuta?

Tutte queste domande devono essere ben presenti quando si parla in modo indiscriminato di privatizzazione: deve essere chiarito a fondo chi valuta e su quali basi, per non teorizzare sistemi assolutamente irrealistici.

Intervista con:

**Matteo Bagella**

Direttore  
capo servizio bilancio  
e gestione risorse  
U.s.l. 1 Sassari

Il mio giudizio a riguardo è estremamente negativo, il decreto viene facilmente male interpretato inoltre crea aspettative e nuclei di pressioni interni, generalmente quindi viene disatteso addirittura con il tacito consenso dei sindacati. Il decreto nella nostra Unità sanitaria locale è stato applicato due volte, e per ora non sono previste altre applicazioni.

Difficilmente credo che potrà migliorare qualcosa la circolare prevista, non è infatti molto frequente che le circolari esplicative risolvano i problemi di interpretazione, anzi nelle esperienze passate è capitato che le cose venissero ulteriormente complicate.

Sostanzialmente noi abbiamo bisogno di persone con elevata professionalità e adeguata preparazione, si pensi che nella nostra Unità sanitaria locale non è tuttora entrato nell'uso comune l'utilizzo del p.c..

Le soluzioni che mi sento di prospettare, forse in maniera addirittura avveniristica, sono: l'abolizione della riserva nonché del sistema dei concorsi in toto e l'applicazione di un modello di assunzione di tipo privatistico; in alternativa si dovrebbe quantomeno dare la possibilità, a chi spetta di interrompere i rapporti di lavoro in caso di non adeguato adempimento dei propri doveri.

Intervista con:

**Domenico Bertoldini**

Direttore  
amministrativo  
capo servizio  
U.s.l. 16 Venezia

Il decreto in oggetto riconosce finalmente ai dipendenti delle U.s.l. ciò che già dal 1980 è riconosciuto agli altri dipendenti statali, inoltre realizza il necessario allineamento tra pubblici dipendenti dello stesso grado. Nella nostra U.s.l. il decreto è per ora stato applicato una sola volta e comunque prevediamo di rispettare la riserva anche negli avvisi pubblici, sebbene in questo caso la selezione avvenga solo per titoli, ritenendo che comunque questo consenta di assegnare i posti con la garanzia di un adeguato livello professionale. A mio parere il decreto soddisfa anche le esigenze di perequazione consentendo ai dipendenti che si trovano carenti del titolo di studio di accedere ai livelli più alti, senza però che questo sia loro garantito indiscriminatamente dagli anni di anzianità (circostanza che si è realizzata più volte in passato).

Sicuramente sarà necessario prevedere prove concorsuali di tipo più applicativo che teorico, anche se ritengo che la necessità di partecipare ad un concorso motivi i dipendenti e li spinga ad interessarli anche di materie riguardanti la legislazione e i regolamenti.

Ad esempio chi è « bravo » e motivato tra i coadiutori già di fatto riesce a svolgere il lavoro di un collaboratore e così pure per i livelli superiori; tra l'altro nella nostra U.s.l. tutti gli assistenti amministrativi e molti dei collaboratori lavorano su personal computer. Non credo fosse giusto che persone valide e motivate ad imparare per la mancanza di un diploma non avessero la possibilità di accedere ad alcuna carriera.

Per quanto riguarda la Regione, tutto quanto era stato autorizzato viene confermato, considerato che erano già state definite le piante organiche; di fatto quindi la finanziaria non ha portato blocchi nelle assunzioni anche se forse ci saranno maggiori problemi a lavorare su delega del '92.

A conclusione posso comunque suggerire alcuni cambiamenti a livello globale nel sistema delle assunzioni: l'accorpamento di alcuni dei livelli previsti e l'attuazione di un sistema di incentivazione più serio e possibilmente non a pioggia come invece è stato in passato.

Intervista con:  
**Antonio Dolfi**

Direttore  
amministrativo  
capo servizio  
U.s.l. 66  
Cinisello Balsamo

I problemi che il decreto ministeriale crea sono sostanzialmente legati alla carenza, nelle piante organiche del servizio amministrativo, di posti di collaboratore amministrativo ed alla non concessa possibilità ai non laureati di accedere alla carriera dirigenziale. Le U.s.l. hanno oggi difficoltà a coprire posti di decimo ed undicesimo livello.

Limitando ulteriormente l'accesso al settimo livello ai laureati esterni le difficoltà cui accennavo prima si accentueranno. Il posto di collaboratore amministrativo, in normali condizioni di mercato del lavoro, non risultava essere molto appetibile, rispetto alle offerte del settore privatistico.

Le soluzioni al problema, a mio avviso, potrebbero essere sostanzialmente due.

— La prima, riservare esclusivamente agli interni, in possesso del diploma di istruzione secondaria di secondo grado, i posti di collaboratore amministrativo e di collaboratore coordinatore (settimo e ottavo livello); questa soluzione permetterebbe di assicurare agli assistenti amministrativi uno sviluppo maggiore della propria carriera e costituirebbe per gli stessi un sicuro incentivo, dando quindi la possibilità ai laureati esterni di accedere direttamente al nono livello (carriera dirigenziale).

— La seconda soluzione rimane di fatto quella di una gestione ottimale dei concorsi, considerato che le commissioni esaminatrici godono di una certa discrezionalità.

Per quanto riguarda invece i passaggi dal terzo al quarto livello la legge risolve diversi problemi, consentendo tra l'altro, di aggirare il ricorso all'ufficio di collocamento e garantendo l'adeguato percorso di carriera al personale interno alla struttura.

Intervista con:  
**Luigi Leoni**

Coordinatore  
amministrativo  
capo servizio  
affari generali  
U.s.l. 10 Iesi

La legge n. 21/91 e il successivo regolamento di attuazione possono essere considerati una piccola conquista sindacale, senz'altro utile per risolvere alcune questioni personali, ma non possono certamente essere ritenuti utili per la « sanità », vista nel suo insieme.

Questa specifica normativa concorsuale costituisce l'ennesima ipocrisia, immolata sull'altare del pubblico impiego, poiché per un verso vuole garantire la corretta riqualificazione del personale e dell'altro vuole rispettare i sacri principi del concorso pubblico.

Il tutto nel momento in cui si parla del superamento del rapporto di pubblico impiego, che, per effetto dell'eccesso di garantismo, ha provocato e sta provocando danni sempre maggiori alla funzionalità dei servizi in generale e di quelli assistenziali in particolare.

La riserva di posti in favore del personale in servizio in possesso del titolo di studio immediatamente inferiore, a causa soprattutto del blocco degli organici, che tra l'altro dura da anni e non è certamente per finire, potrà riguardare un numero limitatissimo di dipendenti delle U.s.l. Ma una volta che a tali dipendenti sarà stata consentita la partecipazione al concorso pubblico, è da verificare quali possibilità di successo potrà avere il personale stesso in un concorso espletato seriamente.

Per coloro che sono già in servizio in quei profili professionali ad alto contenuto tecnico, laddove le prove sono soprattutto teoriche, sarà certamente arduo competere con chi possiede un bagaglio culturale maggiore ed una preparazione scolastica più recente. A meno che non si vogliano favorire i candidati interni, abbassando il livello culturale del concorso, ma danneggiando di conseguenza gli esterni o pregiudicando la possibilità di una seria o rigorosa selezione.

Forse sarebbe stato più giusto prevedere distinti concorsi, per gli esterni e per gli interni, privilegiando, nella seconda fattispecie, la preparazione od i meriti professionali e di carriera.

C'è da considerare inoltre, con riguardo al personale interno, che la selezione tramite concorso non sempre finisce per premiare i più meritevoli, ma spesso sono quelli che hanno più spiccate attitudini a sostenere le relative prove.

Precedenti esperienze, sempre con riguardo ai concorsi interni, non hanno dato soddisfacenti risultati poiché, o si sono risolte nel privilegiare soprattutto l'anzianità di servizio od hanno contribuito ad alimentare le invidie e la conflittualità tra il personale interessato.

Non è da trascurare inoltre che, per i livelli funzionali medio-bassi, le variazioni di stipendio, in caso di promozione sono modeste e vengono intese più come un diritto di carriera che come la giusta remunerazione per una accresciuta professionalità.

Mentre il personale escluso dalla promozione si sente autorizzato al disimpegno, quello promosso dopo un certo periodo di tempo ricomincia a subire le frustrazioni di una carriera stagnante.

Presso la U.s.l. alla quale appartengo, non sono stati ancora espletati concorsi secondo questa nuova normativa, ma gli entusiasmi, che precedevano la pubblicazione del « regolamento di attuazione della legge n. 21/91 », si sono affievoliti ed ora i concorsi interni vengono sollecitati solo per i quarti livelli.

Forse il mio giudizio sarà eccessivamente pessimistico e non condiviso o condivisibile da altre realtà, ma non è certamente con soluzioni del genere che si può pensare di riqualificare il personale, migliorandone nel contempo la produttività.

Il personale, quello che veramente lavora e si applica e che non collega o subordina quanto produce al livello ed allo stipendio, quasi certamente si sentirebbe più gratificato da un giudizio periodico motivamente rapportato al suo valore professionale e da un conseguente premio di produttività.

Intervista con:  
**Gianbattista Manasia**  
Capo servizio personale  
U.s.l. 17  
Lamezia Terme

Nella U.s.l. n. 17 di Lamezia Terme fino ad oggi il D.M. in oggetto è stato applicato solo per l'assunzione di cinque infermieri professionali, e in futuro difficilmente sarà applicato per posizioni riguardanti i primi cinque livelli, non essendoci per ora altri posti vacanti (al contrario il personale risulta addirittura in soprannumero causa la sanatoria 207 del 1985). Sul piano occupazionale non mi sembra che esso abbia portato particolari vantaggi, anzi a mio parere incide sfavorevolmente sul livello di occupazione globale non consentendo nuove assunzioni dall'esterno.

Il mio giudizio è quindi sostanzialmente negativo e forse il decreto potrebbe essere considerato addirittura anticostituzionale, andando contro lo stesso art. 3 della Costituzione e realizzando di fatto una discriminazione.

Infatti il personale in servizio ha già un vantaggio rispetto agli altri partecipanti ai concorsi, rappresentato dalla valutazione di titoli specifici che gli esterni non possono avere, essendo in genere in possesso solo di diploma o laurea a seconda dei casi.

Dal punto di vista della carriera la possibilità di avanzamento esisteva già precedentemente, considerato che, niente vietava al personale già in servizio di partecipare ad un nuovo concorso, anche senza prevedere riserve di posti.

Ricordo il caso in cui su tre posti disponibili di assistente sociale, due posti furono occupati da infermieri professionali, i quali furono valutati per titoli ed esami esattamente come tutti gli altri partecipanti, non essendo ancora prevista la riserva in questione. Ciò rivela ulteriormente il carattere discriminante e la sostanziale inutilità da ogni punto di vista dal D.M. in oggetto.

Intervista con:  
**Salvatore Mascaro**  
Coordinatore amm.vo  
capo servizio  
U.s.l. 23 Imola

Il decreto in questione è stato emanato, a mio parere, con grave ritardo rispetto alle attese che erano maturate alla pubblicazione della legge n. 21 del 23 gennaio 1991.

In più il decreto 458 è piovuto nel momento sbagliato: dopo una lunga attesa, molti concorsi al momento della emanazione del decreto erano già stati avviati ed in seguito ad esso non si sono potute esperire le procedure concorsuali in dirittura di arrivo e se ne sono dovuti riaprire i termini che ne ritarderanno la definizione.



Questo, in un momento come l'attuale di ristrettezze economiche e, in coincidenza con provvedimenti di contenimento della spesa, ha fatto sì che sopraggiungesse un grosso problema.

Infatti la regione Emilia Romagna ha stabilito, durante il mese di luglio, di ridurre drasticamente i finanziamenti già assegnati alle U.s.l. sulla base del bilancio 1991 maggiorato del 6%.

In termini concreti, la U.s.l. in cui lavoro avrà una riduzione di disponibilità pari a oltre 5 miliardi in meno rispetto alla prima assegnazione.

A questo punto la maggior parte delle Unità sanitarie locali saranno costrette a realizzare tagli di personale e molti dei concorsi in ritardo termineranno senza alcuna assunzione. Sempre che, come si paventa, non intervengano blocchi generalizzati delle assunzioni.

In sostanza i provvedimenti sui finanziamenti che intervengono a metà anno non consentono più agli amministratori di incidere su quelle spese che, già previste nei bilanci preventivi da ridimensionare bruscamente e senza preavviso, sono state già realizzate nella prima parte dell'esercizio.

Essi si trovano quindi a dover far fronte alle improvvise ristrettezze incidendo o sui farmaci o sul personale o addirittura ricorrendo al ridimensionamento di alcuni servizi mentre una visione chiara e definita delle risorse disponibili, ad inizio d'anno, avrebbe consentito un ben diverso taglio gestionale alla conduzione della Unità sanitaria locale.

Dunque il D.M. è sopraggiunto proprio in un momento di gravi problemi economici e di ristrettezze finanziarie, coincidendo con il blocco delle assunzioni da una parte e con i tagli finanziari dall'altro, facendo sì che molti concorsi siano stati fermati e che si siano quindi realizzati grossi buchi negli organici.

In merito invece più specificatamente al contenuto della legge, il concorrente interno è già di per sé favorito nei concorsi in quanto l'obiettività del giudizio deriva solamente dal grado di serietà del concorso stesso.

Nel momento in cui essi fossero condotti in maniera poco obiettiva sono proprio i partecipanti al concorso già operanti all'interno della struttura ad esserne maggiormente avvantaggiati.

Infatti l'accesso al pubblico impiego è nei fatti favorito a chi è sindacalizzato ed a chi ha rappresentanti che siedono al tavolo delle trattative e non a chi non gode di tali coperture.

Per quanto riguarda l'applicazione del decreto in questa Unità sanitaria locale, si sono riaperte tutte le graduatorie valide e si sono riviste dividendole in due. In sostanza man mano che si sono liberati i posti si è provveduto ai coprirli applicando la riserva.

Un altro problema è quello che riguarda la interpretazione della legge; in particolare l'art. 6, comma 6, dà atto a differenti interpretazioni.

Prendendo in esame i benefici, il decreto in questione ha ridotto molti dei problemi che riguardavano l'applicazione dell'art. 17 del D.P.R. n. 384/90, che consentiva di impiegare in determinate posizioni persone già interne alla struttura senza la necessità di ricorrere ad alcun concorso.

Ora la riserva di posti obbligatoria consente da una parte di tutelare le aspettative del personale già in servizio, dall'altro di garantire che le persone assunte abbiano le conoscenze e le competenze necessarie all'espletamento delle mansioni da svolgere, grazie alla necessità di essere dichiarati idonei mediante concorso.

Diverso il discorso per quanto riguarda il possesso o meno di idoneo titolo di studio per il ruolo amministrativo. Ritengo che per i quadri non direttivi non sussistono particolari problemi; per quanto riguarda invece i quadri direttivi sarebbe stato più opportuno garantire la riserva ai laureati già di ruolo.

Intervista con:  
**Marino Nicolai**  
Amministratore  
straordinario  
U.s.l. 2 Massa Carrara

Il decreto ministeriale permette, attraverso un oculato utilizzo, di fare una politica del personale interessante: infatti attraverso lo scorrimento e assunzione di nuovo personale nei quadri più bassi sarà possibile rendere un po' più dinamica la gestione del personale. Nella U.s.l. di Massa Carrara è interessato all'operazione complessivamente il 20% del personale amministrativo.

In realtà questo permetterà di premiare in modo adeguato chi dà un contributo reale alla gestione.

Il decreto permette di dare una prospettiva al personale, oggi bloccato su livelli di carriera stabili, e quindi di elevare la motivazione complessiva.

Nella U.s.l. abbiamo impostato una politica del personale amministrativo che credo sia in grado di dare buoni frutti sfruttando tutti gli aspetti positivi del decreto che comunque a Massa Carrara di fatto bloccherà per un po' di tempo ingressi di nuovo personale se non nelle posizioni più basse. Infatti l'anzianità media è di 20 anni e questo favorirà chiaramente gli interni rispetto agli esterni.

Nella gestione del personale la U.s.l. potrà così avere uno spazio in più di azione per poter premiare chi opera positivamente.

Un discorso diverso per i dirigenti. Infatti nella U.s.l. i dirigenti hanno una età media di oltre 55 anni (come peraltro tutte le U.s.l. capoluogo di provincia della Regione) e l'attuale situazione non permette una politica di formazione della futura classe dirigente in modo congruo. Occorre permettere un accesso dei dirigenti dall'esterno: speriamo che la riforma sanitaria sia in grado di superare l'attuale situazione.

La politica del personale fatta attraverso questi meccanismi di carriera è ciò che oggi è concretamente consentito: sicuramente sarebbe molto meglio disporre di altri strumenti come ad esempio la incentivazione del personale. Il consiglio che come amministratore mi sento di dare è il superamento di questo sistema rigido e vincolato nella gestione del personale e di approdare ad un contratto di diritto privato che dia reali possibilità di incentivare in termini economici coloro che contribuiscono in modo positivo. È necessario arrivare ad un sistema con incentivazioni reali che permetta di usare più propriamente lo sviluppo di carriera e non come oggi, che è diventato sostitutivo della incentivazione economica di fatto inesistente per queste figure.

Commento esplicativo  
a cura di:

**Sivana Dragonetti**

Dirigente superiore  
Dipartimento per  
la funzione pubblica

Nel quadro di riferimento normativo vigente regolato dal D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761 e dal D.M. 30 gennaio 1982 e successive modificazioni è indubbia la centralità del ruolo affidato al concorso pubblico come strumento prevalente per il reclutamento del personale del Servizio sanitario nazionale.

Il susseguirsi a breve scadenza di due riforme del comparto (la prima riguardante il solo settore ospedaliero ad opera della legge n. 132/1968 e la seconda — totale — disposta dalla legge n. 833/1978), la situazione congiunturale della finanza nazionale che ha accompagnato entrambe le riforme citate con blocchi delle piante organiche e delle assunzioni, l'obiettivo complessità di espletamento dei concorsi pubblici ed i cambiamenti delle regole hanno tuttavia, comportato che ogni riforma sia stata preceduta ed anche seguita da leggi di sanatoria derogatorie del regime del pubblico concorso, dopo ognuna delle quali si è sostenuto, da parte di tutte le forze politiche, che sarebbe stata l'ultima. Ciò senza considerare gli inquadramenti disposti in osservanza degli accordi di lavoro, sia recepiti direttamente dagli enti destinatari che da appositi regolamenti governativi, con i quali, a cadenza più o meno triennale, nell'arco di tempo sopra considerato sono state conferite promozioni a livelli superiori.

Per queste ragioni il sistema di reclutamento su base concorsuale, anziché consolidarsi dopo le prime, logiche ed inevitabili difficoltà legate all'avvio delle riforme succedutesi nel tempo, sembra piuttosto « rincorrere se stesso » in vista di una normallizzazione apparentemente impossibile da raggiungere.

Non è estraneo al meccanismo di erosione del sistema concorsuale lo stesso legislatore il quale con leggi generali e speciali ha introdotto per questa o quella categoria forme di reclutamento totalmente diverse dal concorso. Basti pensare che oltre alla legge n. 482/1968 che regola le assunzioni obbligatorie delle categorie protette, recenti disposizioni hanno individuato altri soggetti quali destinatari di specifiche riserve (cfr. legge n. 958/1986 sul servizio militare di leva; legge n. 412/1991 per i « cassa-integrati »). All'elencazione non può mancare: la legge n. 56/1987 che per i profili professionali ai quali è richiesto il solo diploma di scuola secondaria di primo grado prevede il reclutamento tramite le liste di collocamento; l'art. 17 del D.P.R. n. 761/1979 e le leggi regionali di attuazione (che hanno consentito i concorsi riservati per realizzare la partità aiuti-assistenti); la legge n. 135/1990 per la lotta contro l'Aids, che prevede specifiche deroghe al normale reclutamento.

Tanto più colpisce questa sequenza di disposizioni — anche recentissime — derogatorie rispetto al pubblico concorso, se si pensa che l'art. 20 della legge quadro sul pubblico impiego n. 93/1983 — ribadendone il principio con carattere di generalità in tutti i comparti — avrebbe dovuto comportare l'adeguamento legislativo conseguente per onorare l'obbligo di abrogare negli ordinamenti di riferimento ogni disposizione in contrasto, concernente forme di riserva totale o parziale a favore dei dipendenti nei relativi concorsi di assunzione.

Il mancato adeguamento al suddetto principio nei comparti interessati, ha prodotto, quindi, un fenomeno inverso, rappresentato dalla esigenza di ristabilire una sorta di *par condicio*, introducendo anche nell'ordinamento della sanità (unico settore nel quale la normativa concorsuale vigente non la prevedeva) la riserva di posti a favore dei dipendenti nei pubblici concorsi e selezioni.

Il cammino di tale innovazione non è stato né breve né agevole perché, dopo la dichiarazione di principio contenuta nell'art. 14 del D.P.R. n. 270/1987, si è reso necessario l'idoneo provvedimento legislativo di modifica dell'ordinamento concorsuale del personale delle U.s.l., intervenuto solo con il D.L. n. 344/1990, convertito in legge n. 21/1991 che, a sua volta, ha delegato ad un decreto interministeriale di attuazione l'operatività della nuova procedura.

Il relativo decreto n. 458/1991, entrato in vigore nell'aprile 1992, ha subito destato alcune problematiche applicative, oggetto di numerosi quesiti e dibattiti tra gli operatori del settore né poteva essere diversamente trattandosi di disposizioni attuate per la prima volta nell'ordinamento del personale delle U.s.l..

Non è il caso di soffermarsi sul dettaglio di dette tematiche poiché è in corso di emanazione sulla Gazzetta Ufficiale una corposa circolare interministeriale recante gli indirizzi applicativi del decreto, con la quale dovrebbero essere chiariti la maggior parte dei dubbi insorti alla prima lettura della nuova normativa (vedi sotto n.d.r.).

Appare solo opportuno sottolineare che la riserva nei pubblici concorsi è applicabile per la copertura dei posti sino alla posizione funzionale corrispondente all'ottavo livello retributivo e non è, quindi, valida per l'accesso alla dirigenza (posizione funzionale di nono livello). È di rilievo osservare come per il citato livello dirigenziale iniziale, l'applicazione degli artt. 8 e 78, del D.P.R. n. 384/1990 e del relativo decreto ministeriale di attuazione n. 283/1992 comporta la possibilità di concorsi interamente riservati per effetto della trasformazione dei posti in nona posizione in altrettanti di decima sia pure per limitate percentuali, in attesa del riordino del servizio sanitario nazionale nel quale le figure dirigenziali saranno collocate su due livelli.

Nel quadro normativo sin qui tracciato, certamente non coerente né tanto meno lineare, l'emanazione del decreto n. 458/1991 sembra dunque rispondere ad una esigenza riequilibratrice, sia pure involutiva del sistema, nel quale vengono confermate nella sostanza, al di là delle affermazioni generiche di principio dello stesso legislatore, le caratteristiche recessive del sistema concorsuale interamente pubblico.



Appare, quindi, evidente che il sistema di reclutamento del personale della pubblica amministrazione, che deve tenere conto anche di esigenze sociali, proprio per la continua richiesta di modifiche, adattamenti ed eccezioni abbia assoluta necessità di essere « ripensato » nel suo complesso nella visione di una amministrazione pubblica moderna ed efficiente nella quale all'obiettività della scelta si accompagnino metodi di selezione rapidi, veloci oltre che qualitativamente idonei. Nello stesso tempo devono essere individuati adeguati « percorsi di carriera » non solo economici, che consentano di pervenire ad un sistema integrato di gestione delle risorse umane ove la formazione, garantisca per il futuro un personale ed una dirigenza preparata e motivata.

Si dovrà trattare sostanzialmente di un cambiamento di cultura ed in questa direzione si muove il disegno di legge delega presentato dal Governo per l'emanazione dei decreti legislativi che dovranno attuare il processo cosiddetto di « privatizzazione della pubblica amministrazione », anche se la materia concorsuale sembra destinata a rimanere oggetto di riserva di legge.

# IL DECRETO MINISTERIALE N. 458 DEL 21 OTTOBRE 1991

## Art. 1

### **Riserva dei posti nei concorsi pubblici**

1. - In attuazione dell'art. 11 del decreto-legge 24 novembre 1990, n. 344, convertito, con modificazioni, nella legge 23 gennaio 1991, n. 21, nei concorsi pubblici per l'assunzione agli impieghi inposti di posizione funzionale corrispondente ai livelli retributivi VI, VII e VIII di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384, vacanti nelle piante organiche provvisorie o definitive dei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale, un terzo dei posti vacanti da coprire — arrotondabile all'unità superiore — è riservato al personale in servizio di ruolo presso l'amministrazione che indice il concorso.

2. - Della riserva deve essere fatta espressa menzione nel bando di concorso.

## Art. 2

### **Concorsi nei quali si applica la riserva**

1. - La riserva di cui al comma 1 dell'art. 1 si applica nei concorsi per la copertura dei seguenti posti di posizione funzionale, corrispondenti ai livelli retributivi VI, VII e VIII:

#### *a) Ruolo sanitario:*

- 1) operatore professionale dirigente;
- 2) operatori professionali di I<sup>a</sup> categoria, coordinatori e collaboratori, del personale infermieristico, tecnico-sanitario, di vigilanza e ispezione, con funzioni di riabilitazione.

#### *b) Ruolo tecnico:*

- 1) assistenti sociali coordinatori e collaboratori;

- 2) assistenti tecnici.

#### *c) Ruolo amministrativo:*

- 1) collaboratori coordinatori;
- 2) collaboratori amministrativi;
- 3) assistenti amministrativi.

## Art. 3

### **Requisiti di ammissione ai concorsi**

1. - Nei concorsi di cui all'art. 2 fruiscono della riserva i candidati interni in possesso dei requisiti generali e specifici previsti dal decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982 e successive modificazioni ed integrazioni o, fermi restando i requisiti generali, in possesso dei seguenti requisiti specifici alternativi al titolo di studio previsto dalla normativa:

a) diploma di istruzione secondaria di secondo grado e anzianità di servizio di anni cinque nella posizione funzionale di collaboratore amministrativo nel concorso, per titoli ed esami, per la posizione funzionale di collaboratore coordinatore di cui all'art. 138 del decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982;

b) diploma di istruzione secondaria di secondo grado e anzianità di servizio di anni cinque nella posizione funzionale di assistente amministrativo nel concorso, per titoli ed esami, per la posizione funzionale di collaboratore amministrativo di cui all'art. 142 del decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982;

c) diploma di istruzione secondaria di secondo grado e anzianità di servizio di anni cinque nella posizione funzionale di coadiuvatore amministrativo nel concorso, per titoli ed esami, per la posizione funzionale di assistente amministrativo di cui all'art. 146 del decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982.

2. - Le anzianità di servizio richieste alle lettere

a), b) e c) del comma 1 devono essere maturate alle dipendenze delle Unità sanitarie locali o degli enti e amministrazioni di cui agli artt. 24, 25 e 26, comma 1, del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761; l'anzianità di cui alla lettera a) non sostituisce il requisito specifico dell'anzianità di servizio richiesto per l'ammissione al concorso di collaboratore coordinatore dall'art. 138 del decreto ministeriale 30 gennaio 1982.

3. - Le anzianità di cui ai commi 1 e 2 non sono valutate come punteggio nei titoli di carriera ed il relativo servizio deve essere stato svolto senza demerito e sanzioni disciplinari ai sensi dell'art. 18 della legge n. 312 dell'11 luglio 1980.

4. - Per i concorsi del ruolo sanitario e tecnico è fatto salvo l'obbligo del possesso dei titoli professionali abilitanti all'esercizio delle attività professionali soggette a vigilanza ai sensi dell'art. 99 del regio decreto del 27 luglio 1934, n. 1265 (testo unico delle leggi sanitarie) nonché degli altri titoli previsti dalla normativa vigente per lo svolgimento di particolari attività.

5. - Nei concorsi per i quali sia richiesto tra i requisiti di ammissione, il possesso del titolo di studio di geometra o perito industriale nei diversi indirizzi o perito agrario, il personale avente titolo alla riserva ai sensi del presente regolamento nonché gli altri candidati pubblici dipendenti, sono esonerati dall'iscrizione all'albo dei rispettivi collegi.

#### Art. 4

##### Accertamento del diritto alla riserva

1. - L'accertamento del diritto alla riserva è effettuato d'ufficio dall'amministrazione che indice il concorso all'atto dell'immissione dei candidati.

#### Art. 5

##### Graduatorie

1. - Nel provvedimento di approvazione della graduatoria generale finale degli idonei del concorso, l'amministrazione approva anche l'apposita graduatoria dei concorrenti riservatari risultati idonei secondo l'ordine di collocazione dei medesimi nella graduatoria generale finale.

2. - I concorrenti inclusi nella graduatoria dei riservatari restano collocati anche nella graduatoria generale.

3. - Qualora il posto da conferire sia unico, la nomina in ruolo è attribuita utilizzando la graduatoria dei riservatari e non quella generale. Negli altri casi la

percentuale dei riservatari è arrotondata per eccesso all'unità superiore e l'utilizzazione della graduatoria generale e di quella dei riservatari avviene nell'ordine secondo le rispettive quote.

4. - La stessa procedura è applicata anche in sede di successiva utilizzazione delle graduatorie.

5. - Dell'applicazione delle disposizioni del presente decreto deve essere fatta espressa menzione nell'atto di approvazione della graduatoria finale.

#### Art. 6

##### Altri casi di applicazione della riserva

1. - La riserva di cui all'art. 1 è altresì prevista, nella misura della metà — arrotondabile all'unità superiore — dei posti da ricoprire con concorsi pubblici da indire per la copertura dei posti di posizione funzionale corrispondente ai livelli retributivi compresi fra il II ed il V per le figure professionali non rientranti nella disciplina di cui all'art. 16 della legge 28 febbraio 1987, n. 56 e successive modificazioni ed integrazioni ed al decreto del presidente del Consiglio dei ministri 27 dicembre 1988, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 306 del 31 dicembre 1988.

2. - Tra le figure di cui al primo comma sono ricompresi la puericultrice e l'operatore tecnico addetto all'assistenza, al quale è obbligatoriamente richiesto il possesso del titolo di qualificazione previsto dall'art. 40, terzo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384, che ne istituisce il profilo. Ai concorsi per puericultrice possono essere ammessi i candidati in possesso del diploma di assistente all'infanzia di cui alla legge 30 aprile 1976, n. 338.

3. - Nelle procedure concorsuali di cui al primo comma si applica la disposizione dell'art. 4 del presente decreto. I requisiti generali e specifici di ammissione richiesti ai candidati sono quelli previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 17 settembre 1987, n. 494 e successive modificazioni.

4. - La metà dei posti, arrotondabile dell'unità superiore, di posizione funzionale corrispondete ai livelli retributivi compresi tra il II e il V vacanti nelle piante organiche provvisorie o definitive dei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale e per i quali è prevista l'assunzione secondo le modalità di cui all'art. 16 della legge 28 febbraio 1987, n. 56 e successive modificazioni ed integrazioni, è riservata al personale che sia in servizio di ruolo presso l'amministrazione che deve procedere alla copertura del posto.

5. - I requisiti di assunzione richiesti al personale



del comma 4 sono quelli previsti dall'art. 159 del decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982, integrato dall'art. 1 del decreto del Ministro della sanità 10 febbraio 1984, modificato in parte dell'art. 43 del decreto del Presidente della Repubblica 17 settembre 1987, n. 494 e dell'art. 40, tabelle -allegato 2, del decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384. Per le procedure di selezione si applicano le modalità previste dagli artt. 2 e seguenti del decreto del presidente del Consiglio dei ministri 27 dicembre 1988, pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 306/1988.

6. - Fatto salvo l'obbligo del possesso dei titoli professionali abilitanti all'esercizio dell'attività soggette a vigilanza ai sensi dell'art. 99 del regio-decreto 27 luglio 1934, n. 1265 (testo unico delle leggi sanitarie), nonché degli altri titoli previsti dalla normativa vigente per lo svolgimento di particolari attività professionali, alle selezioni di cui ai commi 1 e 4 è ammesso anche il personale che, in carenza del titolo di studio previsto dalla vigente normativa, abbia maturato una anzianità di servizio di anni cinque nella posizione funzionale immediatamente inferiore che, nel caso degli operatori tecnici, deve essere nello stesso mestiere.

7. - le anzianità di servizio previste nei commi precedenti devono essere maturate alle dipendenze delle Unità sanitarie locali o degli enti ed amministrazioni di cui agli articoli 24, 25 e 26, primo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

8. - Le anzianità di servizio previste in alternativa al titolo di studio non sono valide ai fini del possesso del requisito dell'anzianità di servizio ove previsto dalla vigente normativa concorsuale e non sono valutate come punteggio nei titoli di carriera.

9 - Per i posti non coperti con le selezioni di cui al comma 4, si procede ai sensi del disposto dell'art. 16 della legge 28 febbraio 1987, n. 56 e successive modificazioni ed integrazioni.

#### Art. 7

#### Disposizioni transitorie

1. - Le disposizioni di cui al presente regolamento si applicano anche ai concorsi pubblici banditi o alle selezioni avviate ai sensi della legge 28 febbraio 1987, n. 56, per i quali non siano, rispettivamente, iniziate le prove di esame o completate le procedure di selezione alla data di entrata in vigore del presente regolamento. A tal fine le amministrazioni sono tenute alla riapertura dei termini previsti dal bando per consentire la presentazione delle domande ai soli candidati interni interessati che non vi abbiano provveduto, nonché per garantire l'aggiornamento dei titoli ai candidati che abbiano già presentato domanda. Nel caso delle selezioni si applicano le procedure di cui all'art. 5, comma 4, per i posti ancora da ricoprire.

2. - nei pubblici concorsi per i quali siano iniziate le prove o siano in atto graduatorie, sono sciolte favorevolmente le riserve espresse circa l'ammissione di candidati interni carenti del titolo di studio, sempreché in possesso dei requisiti specifici alternativi previsti dal presente regolamento.

3. - Nelle ipotesi di cui al comma 2 l'utilizzo delle graduatorie per la copertura dei posti che ulteriormente si rendessero vacanti, avviene rispettando il principio della riserva di cui all'art. 1 nei confronti dei candidati interni risultanti idonei.

# GLI INDIRIZZI APPLICATIVI DEL DECRETO INTERMINISTERIALE N. 458/1991, RIGUARDANTE LA RISERVA DI POSTI PER IL PERSONALE APPARTENENTE AL COMPARTO SANITÀ

*In considerazione dei quesiti pervenuti ed allo scopo di consentire una corretta ed omogenea applicazione del regolamento citato, questo Dipartimento per la funzione pubblica, d'intesa con il Ministero della sanità ed il Ministero del tesoro, ritiene necessario provvedere all'emanazione di alcuni indirizzi applicativi sulle disposizioni di maggior rilievo, precisando, in via preliminare, che detta riserva non trova applicazione nell'espletamento degli avvisi pubblici per la mancata espressa previsione nella delega contenuta nel citato art. 11 del D.L. n. 344/1990.*

## Art. 1

In base alla norma in esame, è destinatario del diritto alla riserva di posti ricompresi nelle posizioni funzionali indicate nel decreto tutto il personale in servizio di ruolo presso l'amministrazione che bandisce il concorso, indipendentemente dalla circostanza che i posti per i quali si intende concorrere si riferiscano a posizione funzionale e profilo professionale del ruolo di appartenenza o di altro ruolo.

Si precisa, tuttavia, che i requisiti specifici alternativi previsti dall'art. 3, comma 1, possono essere fatti valere ai fini dell'ammissione solo dai dipendenti appartenenti al ruolo amministrativo che concorrono per la copertura dei posti di cui al punto c) dell'art. 2. Si è ritenuto, infatti, che l'esperienza lavorativa acquisita nella posizione immediatamente sottostante a quella per la quale si concorre sia sostitutiva del titolo di studio.

Ai dipendenti appartenenti agli altri ruoli o profili diversi da quelli contemplati nell'art. 3 che concorrono per la copertura di posti del ruolo amministrativo è ovviamente richiesto il possesso dei requisiti specifici ordinariamente previsti dal D.M. 30 gennaio 1982 per ciascun concorso, in quanto la predetta disposizione non opera una modifica permanente e generale nella normativa concorsuale, ma prevede una eccezione i cui confini sono perfettamente individuati.

Nel determinare il numero di posti vacanti da coprire, sui quali applicare la prevista percentuale riservata ai candidati interni, si deve preventivamente tenere conto delle quote di riserva fissate dall'art. 12 della legge n. 482/1968 e dall'art. 19 della legge n. 948/1986.

L'obbligo di prevedere nel bando di concorso una clausola in cui sia fatta espressa menzione della riserva (secondo comma della norma in esame) ha valore rafforzativo di detto principio — introdotto con la legge n. 21/1991 — e risponde alla giusta esigenza di informazione dei candidati esterni. Se ne raccomanda, pertanto, l'inserimento nei bandi di concorso al fine di evitare inutile contenzioso.

## Art. 3

Salvo quanto già affermato nel commento all'art. 1, si chiarisce che le posizioni funzionali e profili per accesso ai quali sono fissati requisiti specifici alternativi rispetto a quelli previsti dal D.M. 30 gennaio 1982 per le medesime posizioni e profili sono tassativamente elencati nei punti a), b) e c) del comma primo della norma in esame.

Per le altre posizioni non espressamente ricomprese (in particolare dei ruoli sanitario e tecnico), pur operando la riserva, come già detto, non è possibile, derogare ai requisiti prescritti dalle singole norme del D.M. 30 gen-

naio 1982, specie con riguardo alle abilitazioni professionali.

Dell'alternatività dei requisiti possono beneficiare esclusivamente i candidati interni del ruolo amministrativo che siano dipendenti in servizio di ruolo — presso la stessa amministrazione che bandisce il concorso — nella posizione e profilo professionale sottostante a quello cui si riferisce il concorso stesso e non i candidati dipendenti di altre U.s.l. ed enti del comparto (o addirittura di altre pubbliche amministrazioni), pur in possesso dei medesimi requisiti, in quanto non riservatari.

Parimenti i medesimi requisiti alternativi non possono essere fatti valere da nessun concorrente negli avvisi pubblici indetti per il conferimento di incarichi provvisori, perché a questi, come già precisato, non si applica il principio della riserva.

Le anzianità di servizio previste dal secondo comma dell'art. 3 in esame, devono essere maturate senza soluzione di continuità presso la stessa o altra U.s.l. ovvero presso gli enti locali nonché gli enti indicati dagli artt. 24, 25 e 26, primo comma, del D.P.R. n. 761/1979 (cfr. art. 53 del D.P.R. n. 384/1990) i cui servizi sono ammessi al riconoscimento sia in caso di vincita di concorso che di trasferimento, avvenuto alle condizioni e con le modalità previste dall'art. 14 del D.P.R. n. 384/1990 medesimo.

L'art. 32, comma 3, nel prevedere che le anzianità di servizio debbano essere prestate senza demerito, sembrerebbe limitare questa valutazione solo ai casi di concorso per i quali sono fatti valere i requisiti alternativi. In realtà l'art. 12 della legge n. 312/1980 (da cui discende tale prescrizione), applicabile all'ordinamento del comparto della sanità sulla scorta del rinvio operato dall'art. 83 del D.P.R. n. 761/1979, ha una portata di carattere generale poiché riguarda l'ammissibilità di tutti i candidati interni sia che beneficino o meno dell'alternatività dei requisiti.

Si ritiene, pertanto, che il periodo di servizio per il quale deve essere accertata l'insussistenza del « demerito » (comma 3, dell'art. 3) sia rappretato *per tutti i candidati interni* dal quinquennio di attività svolto nelle rispettive posizioni di provenienza.

A tale proposito per le modalità di accertamento di detto requisito, sempre in virtù della citata norma di rinvio, si richiama l'attenzione sulle modalità stabilite dall'art. 18 della legge n. 312/1980.

#### Art. 4

Ai sensi del combinato disposto degli artt. 1 e 4, lo *status* di dipendente di ruolo è determinante agli effetti dell'accertamento del diritto alla riserva. Il momento temporale al quale va fatto riferimento al suddetto scopo è rappresentato dalla data di adozione del provvedimento di ammissione dei candidati.

Pertanto acquisire lo *status* di dipendente di ruolo o cessare di esserlo precedentemente alla data suddetta condiziona positivamente o negativamente la sussistenza del diritto in parola.

Si sottolinea che tutti i requisiti generali e specifici, ivi compresa l'appartenenza alle rispettive posizioni funzionali e profili sottostanti nonché i requisiti previsti in via alternativa dagli artt. 3 e 6 del decreto in esame devono, invece, essere posseduti — come di norma alla data di scadenza del termine stabilito nel bando per la presentazione delle domande. Qualora tra i requisiti specifici sia prevista una anzianità di servizio, questa si aggiunge a quella indicata come necessaria per usufruire del requisito alternativo.

#### Art. 5

Il D.L. n. 344/1990 convertito in legge n. 21/1991 stabilisce direttamente le modalità di arrotondamento delle percentuali di riserva e, pertanto, il terzo comma dell'articolo in esame si limita ad esplicitarne gli aspetti applicativi.

La riserva deve essere attuata con riferimento al numero dei posti per la copertura dei quali le Regioni hanno concesso l'autorizzazione in deroga al divieto delle assunzioni, sulla base della legge finanziaria al momento vigente.

Il principio contenuto nel quarto comma della norma in esame, nel quale si afferma che la procedura di applicazione delle percentuali si attua « anche in sede di successiva utilizzazione delle graduatorie », trova, quindi, il suo fondamento nella considerazione che la copertura dei posti mediante la procedura concorsuale deve essere considerata in modo globale ed unitario. Il rispetto del principio della riserva deve valere, pertanto, analogamente nelle successive utilizzazioni; sicché, anche nel caso di deroghe per singoli posti, nell'assunzione dei candidati, dovrà comunque essere mantenuto il rapporto percentuale fissato dal decreto, attingendo, alternativamentdnte, alla gradua-



toria generale ed a quella dei riservatari secondo le rispettive quote. Ad es., nel caso di concorso originariamente bandito per tre posti (attribuibili nella proporzione — uno a due — rispettivamente tra candidati interni ed esterni), la prima utilizzazione della graduatoria dopo la sua approvazione, qualora sia concessa una sola deroga nell'anno di riferimento secondo le leggi finanziarie vigenti, riguarderà quella dei riservatari; nelle successive deroghe concesse nello stesso anno o posteriori — purché ovviamente nell'arco di validità della graduatoria stessa — l'assunzione verrà, invece, disposta attingendo dalla graduatoria generale secondo il suo ordine (quindi comprensivo anche degli interni utilmente classificati che in tal caso sono considerati alla pari degli esterni ai fini del computo delle percentuali). Ciò sta a significare che il rapporto previsto — un terzo agli interni e due terzi agli esterni — dovrà essere rispettato nel complesso delle utilizzazioni globalmente considerate, anche, come già detto, in caso di deroghe per singoli posti.

#### Art. 6

La disposizione in esame si occupa di stabilire le percentuali di riserva nonché le relative procedure di applicazione con riferimento al reclutamento del personale collocato nelle posizioni funzionali ricomprese tra il secondo e quinto livello retributivo — che avviene mediante le selezioni pubbliche o tramite le liste di collocamento.

Con riguardo al comma 1, si rammenta che le figure professionali per le quali non si deve ricorrere alle liste di collocamento ai sensi dell'art. 16 della legge n. 56/1987 e successive modificazioni, sono quelle individuate dal decreto del Ministro del lavoro emanato il 19 maggio 1973 ai sensi dell'art. 34 della legge n. 300/1970, cui si aggiungono le puericultrici e gli operatori addetti all'assistenza, in virtù del comma 2 dell'articolo che si commenta.

Inoltre, la previsione contenuta in tale comma, secondo la quale alle selezioni pubbliche per puericultrice « possono » essere ammessi i candidati in possesso del diploma di assistente all'infanzia va intesa nel senso che detto diploma è da ritenersi equipollente a quello di puericultrice. Pertanto l'ammissione dei candidati in possesso del titolo professionale suddetto non è una facoltà delle singole amministrazioni, bensì un obbligo.

Un particolare cenno merita il quarto com-

ma: infatti, qualora nell'espletamento delle procedure ivi previste il numero dei candidati interni risulti superiore alla quota riservata, la relativa selezione di idoneità dovrà dar luogo ad una graduatoria di merito, ai sensi di quanto stabilito dall'art. 6, terzo comma, del decreto del presidente Consiglio Ministri 27 dicembre 1988. A tal fine si ritiene che la selezione debba essere integrata con la valutazione dei titoli secondo le indicazioni contenute nell'art. 45, punto 4) del D.P.R. n. 494/1987, ad opera della stessa commissione incaricata della selezione. Della necessità della presentazione dei titoli deve essere fatta menzione nel bando di selezione, ai sensi delle disposizioni contenute nella legge n. 241 del 1990.

Quanto sopra vale anche ai fini di una successiva utilizzazione della graduatoria del personale interno riservatario risultato idoneo, la cui validità, in base alla regola generale sancita dall'art. 9 della legge n. 207/1985 è biennale. Per i meccanismi di utilizzazione si rinvia al commento all'art. 5.

Con riferimento alle procedure di cui ai commi primo e quarto in esame, si rammenta che nel totale dei posti vacanti devono essere salvaguardate le quote di riserva spettanti alle categorie protette in base alla normativa vigente (art. 12, della legge n. 482/1968 e art. 19, legge n. 958/1986) e, con riguardo ai posti da coprire mediante le selezioni dalle liste di collocamento, devono, altresì, essere osservate le previsioni dell'art. 1, quarto comma, della legge n. 407/1990, modificato dall'art. 5 della legge n. 412/1991, che hanno come beneficiari i lavoratori delle aziende che usufruiscono a qualsiasi titolo dell'intervento di integrazione salariale.

È necessario che per le medesime ragioni indicate nel commento all'art. 1 anche nei bandi relativi alle selezioni pubbliche o tramite le liste di collocamento sia fatta espressa menzione della riserva spettante agli interni, ancorché nella norma in esame manchi una previsione esplicita, analoga a quella contenuta nel comma 2, dell'art. 1.

Anche nel comma 6 dell'articolo in esame sono previsti requisiti alternativi. Il titolo di studio che può essere sostituito da cinque anni nella posizione funzionale immediatamente inferiore nello stesso mestiere è il diploma di istruzione secondaria di primo grado, in alternativa al quale è previsto il possesso della licenza elementare. Si esclude con ciò che possano in qualsiasi modo sostituirsi con l'attività di servizio nella posizione sottostante altri specifici requisiti culturali (quali, ad esempio, quel-

li prescritti dall'art. 40 del D.P.R. n. 384/1990), riferibili a diplomi professionali anche non abilitanti.

In merito alle anzianità di servizio utili a formare i requisiti alternativi valgono le stesse osservazioni precedentemente svolte in relazione all'art. 3, comprese quelle inerenti alla necessaria assenza di sanzioni disciplinari e demerito, per evidente omogeneità nell'applicazione del beneficio a qualsiasi posizione funzionale o profilo attenga il concorso.

#### Art. 7

Lo spirito della disposizione transitoria è legato al notevole lasso di tempo intercorso dal momento in cui il legislatore ha previsto per la prima volta la delega per la predisposizione del decreto interministeriale e la sua effettiva emanazione.

La norma transitoria ipotizza due fattispecie: la prima che disciplina i concorsi non ancora portati a termine e la seconda che riguarda quelli ultimati in vario stato e grado di definizione, compresa l'ipotesi di una graduatoria già incorso di utilizzazione.

Riguardo alla prima fattispecie, oggetto del comma 1, si precisa che i concorsi per i quali le amministrazioni sono tenute alla riapertura dei termini sono esclusivamente quelli banditi e pubblicati dopo il 22 settembre 1990, data di entrata in vigore del D.L. n. 264/1990 (poi reiterato nel D.L. n. 344/1990), poiché a tale data deve essere fatta risalire l'iniziale espressione di volontà del legislatore a proposito del principio della riserva nei concorsi del personale del comparto della sanità. Si ritiene opportuno rammentare che per le operazioni di riapertura dei termini devono essere seguite scrupolosamente tutte le disposizioni previste dalla vigente normativa concorsuale in materia di pubblicazione dei bandi, al fine di evitare — nel pur apprezzabile intento di accelerare procedure concorsuali « congelate » da tempo l'instaurazione di sicuro contenzioso che trovi il suo fondamento solo in aspetti meramente formali.

Dopo aver già precisato che i candidati interni « interessati » alla riapertura dei termini sono tutti i dipendenti, si deve specificare, in particolare, con riguardo ai concorsi per il ruolo amministrativo, che versano in tale condizione non solo i candidati interni appartenenti al medesimo ruolo che beneficiano della alternatività dei requisiti — ma anche tutti i dipendenti degli altri ruoli e profili che abbiano

comunque interesse alla partecipazione ai concorsi dopo l'introduzione nell'ordinamento del principio della riserva di posti. Come già detto, tali candidati devono, tuttavia, essere in possesso del titolo di studio ordinariamente previsto dal D.M. 30 gennaio 1982 con riferimento al singolo profilo. I requisiti specifici ordinari o alternativi di cui sopra devono essere posseduti alla data di scadenza del termine fissato dal bando di riapertura della procedura concorsuale.

Nella valutazione dei titoli dei candidati che versano nelle condizioni di cui al comma 1 dell'articolo in esame, si dovrà tenere conto degli abbattimenti delle anzianità di servizio utilizzate per l'ammissione, ai sensi dei precedenti artt. 3, comma 3, e 6, comma 8.

Nell'ultimo periodo del primo comma alle parole « art. 5 » si deve leggere « art. 6 ». Si è dato corso alla relativa rettifica che sarà pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale.

La seconda fattispecie, oggetto del comma 2, è riferita ai concorsi per i quali, essendo già iniziate le prove, la procedura è in stato avanzato o addirittura ultimata. Dall'esame della disposizione emergono possibili diverse situazioni, che richiedono, quindi, comportamenti amministrativi differenti.

Per tutte deve preliminarmente essere osservato che i concorsi nei quali sono sciolte favorevolmente le eventuali riserve espresse in sede di ammissione dei candidati sprovvisti di titolo di studio, sono quelli banditi e pubblicati dopo il 22 settembre 1990. Anche in tali casi sono tassative le figure per le quali opera il possesso dei requisiti specifici alternativi previsti dal regolamento ed il termine di riferimento è la data di scadenza originaria del bando del concorso con riguardo al quale si sciogliono le riserve formulate nell'ammissione.

Con riferimento alle situazioni concrete, nel caso in cui le prove non siano state ancora ultimate è di tutta evidenza che l'amministrazione dovrà informare la commissione esaminatrice del provvedimento adottato, invitandola ad operare le necessarie variazioni di punteggio nella valutazione dei titoli di carriera dei candidati che fruiscono in base alla nuova disciplina, dei requisiti alternativi.

Del pari, nell'ipotesi che la graduatoria sia stata ultimata ma non ancora approvata, l'ente dovrà rinviare gli atti alla medesima commissione esaminatrice. In entrambi i casi dovrà essere comunicata d'ufficio l'assenza di sanzioni disciplinari o demerito nel quinquennio.

Nel caso, infine, che la graduatoria sia stata

approvata e divenuta esecutiva o, a maggior ragione, sia già in corso di ulteriore utilizzazione, lo scioglimento della riserva è un beneficio che opera direttamente senza rettifiche di sorta, inerendo a provvedimento già definito.

Si sottolinea, infine, che nei casi di utilizzazione di graduatorie valide, formatesi a seguito di concorsi banditi e pubblicati dopo il 22 settembre 1990, il principio della riserva di posti agli interni trova applicazione — a far data dal 14 aprile 1992, data di entrata in vigore del regolamento in esame, previa

ricognizione dei candidati interni collocati tra gli idonei, nel rispetto delle quote riservatarie e delle procedure dicui al quarto comma dell'art. 5 del regolamento.

Con l'invito di portare quanto sopra a conoscenza delle Unità sanitarie locali e delle altre amministrazioni interessate del proprio territorio, si confida nella fattiva collaborazione delle SS.LL. per l'uniformità di comportamento rispetto alle presenti direttive, al fine di evitare applicazioni disarticolate della normativa concorsuale oggetto della presente circolare.



# DIREZIONE DEL PERSONALE NELL'U.S.L.: MITO O REALTÀ?

di Giorgio Fiorentini \*

**SOMMARIO:** Premessa - Elementi di contesto di direzione del personale nell'Unità sanitaria locale - Il personale nell'Unità sanitaria locale: risorsa predominante e « critica » - Il personale deve essere destinatario di investimenti - Rapporto di scambio fra personale e paziente/utente - Direzione del personale: integrazione tra amministrazione e gestione del personale - I meccanismi operativi di direzione del personale - Conclusioni.

## **Premessa**

Importanti meccanismi operativi, come la selezione del personale e lo sviluppo (carriera), condizionano fortemente l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte dai servizi sanitari. Normative regionali e nazionali, contrattazioni locali, regionali, nazionali, riducono o ampliano il concreto spazio di azione di chi governa, a livello di Unità sanitaria locale o di ospedale, la risorsa « personale ».

Occorre comprendere che il governo di una variabile così critica deve essere fortemente presidiato da una direzione che sappia valorizzare le molteplici professionalità. È solo da una direzione ben orientata in grado di utilizzare adeguatamente tutti gli strumenti (dalla selezione allo sviluppo di carriera, dalla programmazione alla formazione, dai rapporti sindacali ai sistemi premianti) che può svilupparsi un sentiero positivo nella direzione della motivazione del personale, che è elemento determinante nell'erogazione di prestazioni qualificanti.

## **Elementi di contesto di direzione del personale nell'U.s.l.**

L'U.s.l. è azienda che produce ed eroga servizi sanitari ed è ad elevata « intensità di lavoro ». La cultura dominante del personale fa riferimento spesso ad un modello burocratico o tecnicistico di produzione di prestazioni sanitarie piuttosto che ad un modello orientato ai risultati ed ai servizi in una logica ove l'efficacia sanitaria è coniugata con la soddisfazione del cittadino/utente/paziente.

Gli operatori sono prevalentemente, non esclusivamente, intesi solo come tramite di « applicazione di conoscenze tecniche » e si pone l'accento sul rapporto « persona-compiti » piuttosto che sul rapporto « persona-risultati ». In quest'ultima dimensione il personale è inteso come « soggetto organizzativo » che è condizione necessaria per entrare nella logica dei risultati di un servizio sanitario. Inoltre il rapporto di dipendenza instaurato contrattualmente fra l'U.s.l. e l'operatore si basa prevalentemente su una concettualizzazione di « garantismo occupazionale » ed una forte ricerca di uniformità di trattamento non solo economico, ma anche di

meccanismi di premio e non-premio di tipo metaeconomico. Ciò spesso enfatizza l'appiattimento motivazionale su base economica e non si fruisce degli spazi esistenti di incentivazione (anche non economica) che il contesto normativo permette di adottare.

## **Il personale nell'U.s.l.: risorsa predominante e « critica »**

Pertanto nell'U.s.l. il personale è risorsa predominante e critica rispetto:

a) alla prestazione ed al servizio: infatti l'erogazione e l'offerta di prestazioni sanitarie è legata prevalentemente alle persone che devono essere organizzate, motivate, coordinate, integrate, incentivate a raggiungere gli obiettivi che l'organizzazione e le strutture si sono poste. L'azione sanitaria si inserisce in una logica di servizio ed è prevalentemente un rapporto di « persona con persona », non solo fra tecnico-specialista e utente-paziente

---

\* **Giorgio Fiorentini** è professore a contratto nell'Università L. Bocconi e docente senior SDA Bocconi.

(il che è, condizione necessaria ma non più sufficiente), ma anche, ed in modo prevalente, fra professionista sanitario e cliente-paziente. La validità di questo rapporto è direttamente proporzionale alla validità professionale delle persone che utilizzano le proprie conoscenze e le proprie abilità, sostanzianole nella prestazione/servizio sanitario;

b) all'assetto economico generale dell'U.s.l.:

b1) i costi del personale costituiscono una quota rilevante del bilancio dell'U.s.l.;

b2) la razionalizzazione e l'economicità della gestione passa in misura rilevante attraverso migliori modalità di gestione delle risorse umane;

b3) dal punto di vista economico si considerano i costi del personale come costi meramente di spesa corrente e non come « costi di investimento » la cui validità risulta essere di tipo pluriennale.

Attuare meccanismi operativi di gestione del personale vuol dire investire per avere benefici futuri su più anni.

Quindi azioni di miglioramento del personale consentono l'erogazione di servizi sanitari in un equilibrio possibile fra offerta di prestazione e domanda a livelli più elevati.

Attuare una politica del personale significa individuare politiche di gestione (formazione, sviluppo, reclutamento) atte a mantenere la professionalità del personale adeguata alle caratteristiche della domanda.

« D'altro lato il ruolo cruciale delle persone si manifesta con riguardo al funzionamento, in quanto la sua qualità è condizionata in modo decisivo dalla qualità degli uomini che in esso (S.s.n.) operano e che assumono le decisioni dei diversi livelli di responsabilità... Nel caso della sanità si è in presenza di un sistema con un minore grado di « automazione » rispetto a molti altri settori di produzione di beni o servizi.

La minor possibilità di sottrarre il funzionamento del sistema all'influsso dei fattori di comportamento umano, affidandolo alle macchine... e la minore efficacia di « regole automatiche di comportamento » operativo ed economico, esaltano il ruolo delle finalità delle persone » (E. Borgonovi-M. Meneguzzo: Processi di cambiamento e di programmazione nelle Unità sanitarie locali - Giuffrè, Milano 1985).

**Il personale deve essere destinatario di investimenti**

Considerare il personale dell'U.s.l. come « investimento », significa ricordare gli obiettivi strategici dell'U.s.l. (nell'ambito della prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione) ai meccanismi operativi di gestione del personale, prefigurare i livelli di domanda di servizi, il grado di innovazione operativa e trarre la conseguente « politica del personale ».

L'investimento in capitale umano è rapportato al tempo in cui le persone rimangono nell'U.s.l. e questi tempi di permanenza dipendono dalle funzioni svolte e dai ruoli che si ricoprono. La permanenza di un me-

dico è solitamente superiore a quella di un operatore tecnico. Le probabilità di rimanere nell'U.s.l. dipendono da:

a) età: la mobilità è inversamente proporzionale all'età;

b) mercato del lavoro esterno;

c) disponibilità delle persone al rischio;

d) opportunità di aggiornamento professionale;

e) anzianità di servizio: l'alta anzianità rende poco disponibili a cambiare ed attiva un processo di abitualizzazione.

$$D = \frac{1 Co + C1}{2 U1}$$

D = tasso di TURNOVER

C1 = persone alla fine dell'anno

Co = n. persone all'inizio dell'anno

U1 = n. persone che hanno lasciato l'ente

Gli investimenti all'innovazione nelle abilità specialistiche e nella professionalità sono rapportabili al livello di domanda delle prestazioni richieste.

Schematizzando (figura 1):

è verosimile che in situazioni di introduzione e sviluppo di domande di prestazioni sanitarie c'è bisogno

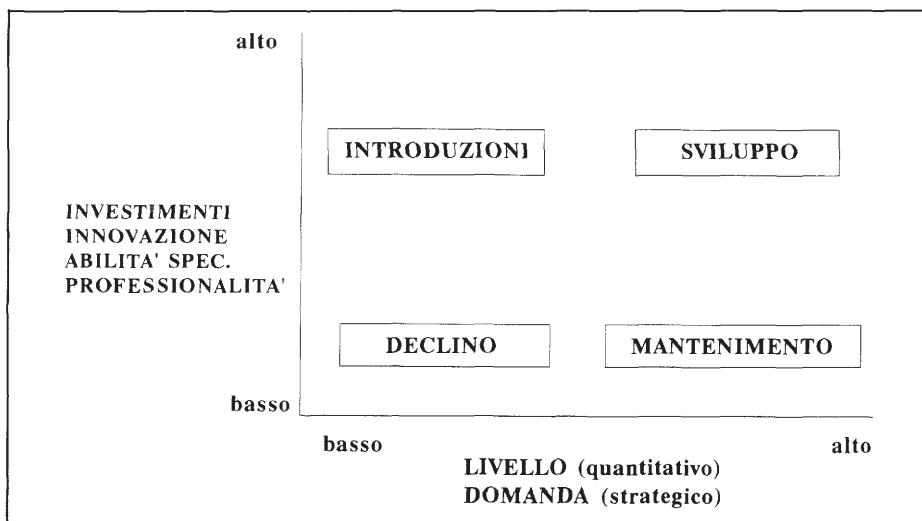


Figura 1

di alti investimenti di abilità specialistica e professionalità del personale. Non altrettanto qualora sia in situazioni di mantenimento o declino dove, nel primo caso si è consolidato un know how che dovrebbe valere per periodi medio-lunghi, nel secondo la domanda non giustifica massicci investimenti. Per livello di domanda non si intende solo quantità/qualità ma anche il suo valore strategico per l'equilibrio sanitario della popolazione di riferimento.

**Rapporto di scambio fra personale e paziente/utente**

Tutto questo è ancor più evidente nella realtà sanitaria dove il rapporto di scambio tra personale sanitario ed utente è strutturato su livelli di comprensione diversi in funzione anche del grado di cultura dell'utente. Inoltre sempre più frequentemente ci si accorge che il rapporto fra struttura sanitaria e utente si basa sul concetto di prestazioni/servizi sanitari che possiamo definire composto da tre elementi:

1) Il cuore della prestazione sanitaria: cioè la capacità e l'abilità del personale sanitario ad erogare prestazioni il cui contenuto tecnico è in un « range » accettabile. In questo caso l'utente ha un rapporto di fiducia con il medico e con la struttura; pertanto si affida ad essa.

2) Gli elementi tangibili o attesi della prestazione sanitaria: cioè tutti gli elementi non legati all'atto medico e sanitario e di cui il paziente e/o utente ne comprende l'importanza e di cui esprime apprezzamento; per esempio l'accessibilità, gli orari ambulatoriali, le code, le attese, i comportamenti del personale, la comprensione del linguaggio, comfort, ecc..

3) Gli elementi che potenziano la prestazione sanitaria (elementi di PLUS): cioè quegli elementi positivi

o negativi che nascono dall'immagine della struttura, dalla storia dell'attività della struttura, dal follow-up che solitamente è parte integrante della prestazione e della garanzia di affidabilità operativa nel settore sanitario ed alberghiero. Sostanzialmente la prestazione sanitaria diventa « servizio sanitario potenziato ». Il servizio sanitario potenziato esige personale che si adegui in termini di comportamenti e di livelli di abilità acquisita; ciò presuppone politiche d'investimento nel personale per aumentare la capacità di risposta alla domanda.

I concetti di personale come risorsa e, sul piano economico, come investimento si traducono operativamente in una attenzione maggiore da parte della dirigenza (amministrativa e sanitaria) alle connotazioni della domanda rapportata con le caratteristiche dell'offerta gestita da persone le cui capacità e la cui professionalità può essere più o meno adeguata ai risultati da raggiungere. Una verifica dei punti di forza e di debolezza del proprio personale rapportato alle caratteristiche della domanda significa far scaturire dal confronto una politica di formazione e di aggiornamento adeguati al livello qualitativo della domanda.

Il dirigente dell'U.s.l., che si interroga sul posizionamento della do-

manda di servizi sanitari, comprende la necessità degli investimenti da effettuare (o comunque da prospettare) per mantenere un livello di equilibrio fra abilità tecnico-professionale, professionalità orizzontale (capacità di coordinamento, integrazione, sviluppo di sentieri di carriera) e domanda di prestazioni.

Infatti l'analisi della domanda di servizi che si rivolge ad una struttura sanitaria e le sue evoluzioni resta improduttiva e scarsamente utile se non si traduce in adeguate azioni rivolte al miglioramento dello standard professionale del personale (figura 2).

**Direzione del personale: integrazione fra amministrazione e gestione del personale**

Dalla consequenzialità evidenziata precedentemente ed esplicitata nel rapporto fra personale e servizio sanitario erogato, si evince una concettualizzazione inerente all'approccio integrato fra:

a) amministrazione del personale ove si intende che il personale è responsabile di attività come insieme di atti e procedure formali. In questo caso l'attenzione prevalente è amministrativa e riguarda l'impiego del personale come responsabile di compiti;

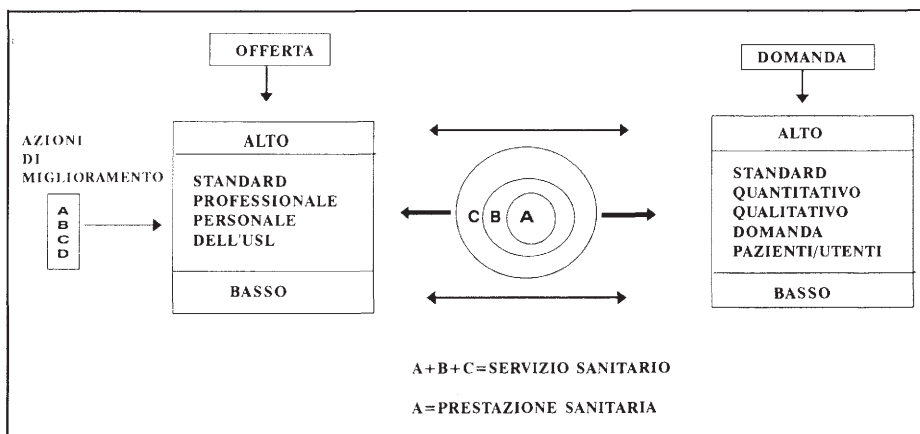


Figura 2



b) gestione del personale ove si intende che il personale è responsabile di servizi orientati ai risultati e pertanto l'applicazione di criteri e metodi idonei a favorire una più efficace ed efficiente utilizzazione delle persone.

Aspetti particolari dei problemi amministrativi o gestionali con il personale sono riassunti nella tavola seguente (vedi tavola 1).

Dall'integrazione fra amministrazione e gestione del personale e dalla conseguente risoluzione dei problemi connessi scaturisce il concetto di direzione del personale come capacità dirigenziale atta a presidiare

una delle risorse più critiche per l'attività di servizio dell'U.s.l..

Esistono comunque delle contraddizioni di contesto sul rapporto fra efficacia richiesta rispetto all'offerta sanitaria delle Unità sanitarie locali e giudizio superficiale e spesso sommario nei confronti del personale sanitario e specificatamente:

— il personale per definizione è considerato in esubero. Questa affermazione è posta come pregiudiziale per ogni decisione da prendere senza valutare che esiste una situazione a « pelle di leopardo » ove si riscontra esubero o mancanza di personale in funzione di situazioni specifiche;

— si pongono limiti alla sostituzione del turn-over fisiologico dell'organizzazione U.s.l. spesso non analizzando quantitativamente i carichi di lavoro ed i dati che specificano in quantità e qualità la domanda;

— si considera l'esubero del personale come un fatto patologico della pubblica amministrazione e quindi delle Unità sanitarie locali ed intanto si ipotizza il trasferimento del personale « dimesso » dalle aziende private in crisi. Non si discute quindi il merito delle politiche industriali, ma si anticipa che il personale trasferito sarà poco motivato e comunque dovrà ricollocare la propria capacità lavorativa in un contesto pubblico prevalentemente sconosciuto;

— si auspicano valutazioni di merito e di professionalità con conseguenti politiche di incentivazione intese come meccanismi premianti e nel contempo si continua a « distribuire a pioggia » gli incentivi già previsti dalla normativa vigente.

Da questo quadro di riferimento si evince che i problemi del personale più rilevanti sono risolvibili tramite l'attuazione di una politica di direzione del personale e non inchiave solo amministrativa. Molto spesso nelle Unità sanitarie locali si rimanda la soluzione dei problemi del personale alla normativa oppure all'emancipazione di un nuovo contratto o all'attivazione di un regolamento, senza considerare che nessuna norma o atto amministrativo può risolvere tali problemi di natura eminentemente gestionale e, a volte, comportamentale e quindi metagiuridica.

Tutti questi aspetti gestionali si affrontano introducendo meccanismi che, pur nel quadro giuridico di riferimento, sono in grado di dare risposte operative costruite giorno per giorno e modellate secondo le esigenze della realtà contingente in cui si opera.

Per esempio, qualora si ritenga la

## AMMINISTRATIVI

- *Quantità di personale insufficiente*
- *Sistema retribuzioni, incentivi in termini quantitativi*
- *Reclutamento e selezione del personale tramite concorsi*
- *Produttività*
- *Mobilità quantitativa*

## GESTIONALI

- *Modalità di rapporti con l'utenza*
- *Efficacia ed efficienza operative*
- *Motivazione a lavorare*
- *Adeguamento delle figure professionali all'evoluzione dell'attività*
- *Fiducia e sfiducia negli organi di direzione*
- *Sistema premiante e punente di tipo « metaeconomico »*
- *Formazione e sviluppo del personale*
- *Modalità qualitative*
- *Difficoltà al cambiamento*
- *« Turnover » alto e basso e conseguenze organizzative*
- *Comunicazione tra i vari organi delle strutture*
- *Comunicazione interpersonale*
- *Integrazione fra le varie figure di operatori*
- *Rapporti sindacali*
- *Formazione di nuove professionalità*
- *Far lavorare le persone in équipe*
- *Mancanza di professionalità*
- *Controllo e valutazione*

Tavola 1

situazione retributiva del personale medico, infermieristico e degli operatori tecnici insufficiente a premiare gli operatori delle strutture sanitarie (il che porta all'appiattimento professionale) si devono studiare meccanismi premianti di tipo non economico idonei a riequilibrare la situazione ed a creare le basi per continuare l'attività in modo più efficiente ed efficace di quanto avvenga nella realtà.

Una moderna direzione del personale deve tenere conto delle esigenze dell'amministrazione e della gestione del personale che sono tra loro integrabili.

In particolare quelle dell'« amministrazione del personale » sono:

— il personale è visto come una risorsa « anonima » e non caratterizzata da un'analisi qualitativa del potenziale che si ha a disposizione;

— il personale è utilizzato solo con criteri definiti dalle normative, dal contratto di lavoro e dai regolamenti, in una visione eminentemente burocratica del rapporto di lavoro (logica di legittimità);

— l'amministrazione del personale è solitamente presidiata da una funzione accentrata e specialistica ed è vista solo in termini di vincolo (poco in termini di opportunità);

— si ritiene che il rapporto persona-organizzazione sia condizionato solamente, o prevalentemente, dalla retribuzione e non da altri elementi di tipo incentivante e/o motivante.

Le caratteristiche della « gestione del personale » invece sono:

— il personale è inteso come risorsa « conosciuta » e « caratterizzata » qualitativamente in modo sistematico;

— il personale è coinvolto nel raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione in termini di efficienza operativa con riferimento costante alla relazione esistente tra qualità del personale e qualità del servizio sanitario erogato;

— la funzione non è attribuita unicamente ad un organo specialistico, ma diffusa a tutti i livelli direzionali;

— la risorsa personale deve essere destinataria di specifiche politiche idonee ad attivare meccanismi espressivi di un rapporto d'attenzione;

— la funzione si estrinseca in modo attivo ed anticipatorio rispetto alle esigenze del personale.

Appare evidente come l'integrazione fra l'amministrazione e la gestione del personale sia necessaria alla U.s.l. per meglio governare l'attività dell'ente che basa la propria capacità operativa sul livello di professionalizzazione e specializzazione degli operatori.

L'esigenza di integrazione delle due componenti in una complessiva direzione del personale è molto più accentuata nella U.s.l. (struttura complessa con attività eterogenee e differenziate) rispetto agli enti precedenti (Enti ospedalieri, mutue, consorzi, ecc.) che svolgano attività più omogenee, meno complesse con minor numero di personale.

In questo quadro si qualifica maggiormente il ruolo dei responsabili delle unità operative nel realizzare una « direzione del personale » secondo lo schema concettuale sopra descritto. Da un lato essi devono raccogliere, elaborare e diffondere nell'U.s.l. informazioni sul personale, nelle proprie unità operative, che consentano di avere competenze per gestire i meccanismi che nell'ambito dell'U.s.l. sono ritenuti più idonei per un miglior impiego del personale.

L'accrescersi della complessità delle strutture esige chiarezza di « regole di funzionamento » a tutti i livelli e quindi anche rispetto al problema del personale. La diffusione dei criteri di gestione della risorsa personale richiede il coinvolgimento dei vari livelli dell'U.s.l. (livello politico e livello tecnico-funzionale).

A) Il livello politico coinvolge:

— l'amministratore straordinario

che raccorda le strategie dell'U.s.l. e dei suoi presidi con le politiche del personale (amministrazione e gestione) e con indirizzi alla direzione tecnica sulle modalità di utilizzo. Per esempio la verifica e la costruzione di una nuova pianta organica in termini quantitativi e qualitativi permette di collegare gli aspetti tecnico-organizzativi alle politiche dei servizi dell'U.s.l.. Ed ancora l'approvazione di un regolamento del personale, o una serie di atti deliberativi dell'amministratore straordinario consentono di dare veste formale ai meccanismi operativi di gestione del personale (indizione di attività concorsuali, attività formativa del personale, ecc.).

B) Il livello tecnico-funzionale coinvolge:

— l'ufficio di direzione in cui si coordinano le esigenze del personale in funzione degli obiettivi prefissati progettando e introducendo sistemi di gestione del personale idonei a risolvere problemi di conflitti fra le esigenze dei vari settori di attività. Questo organo è composto, secondo alcune leggi regionali, da responsabili della direzione dei servizi dell'U.s.l. e quindi delle politiche e dei meccanismi operativi conseguenti;

— i responsabili dei servizi e delle unità operative dell'U.s.l. nella gestione quotidiana devono trovare margini di azione per attivare meccanismi che permettano di avere un rapporto con il personale orientato all'efficacia.

Questi brevi richiami sul coinvolgimento dei diversi organi e livelli di responsabilità esprimono una interpretazione assai diversa da quella tradizionale che vede il problema del personale come materia di competenza di uno specifico ed accentrato organo.

Mentre l'amministrazione del personale può essere svolta secondo un modello di « centralizzazione », la gestione del personale deve essere im-

postata su un modello di « diffusione », sul piano delle strutture la visione del modello accentrato o di diffusione è rappresentato secondo i modelli riportati.

Pensare che la risorsa personale sia solo amministrabile in modo accentrato (rapporti di tipo solo burocratico e amministrativo, controllo solo degli orari di entrata-uscita, turni, ferie, permessi, ecc.) non è più concepibile in una realtà come l'U.s.l. o comunque, in organizzazioni che esigono servizi sanitari dove le persone sono il « fattore produttivo » e « critico ».

Il rapporto fra dirigenti e l'ufficio del personale deve essere di reciproco scambio di informazioni, esigenze, attivando una dialettica che si sostanzia nella creazione di « una politica del personale » nell'ente, e quindi di un adeguamento dell'offerta alla domanda sanitaria.

### I meccanismi operativi di direzione del personale

La direzione del personale si qualifica sia in termini di « competenze » attribuite ai diversi organi (chi deve fare che cosa), sia in termini di meccanismi operativi (aspetti funzionali del come si gestiscono le competenze).

I meccanismi operativi di gestione del personale sono gestiti a livello accentrato ed a livello decentrato dai responsabili di unità operative e quindi da parte dei dirigenti nella loro totalità.

I meccanismi operativi della gestione del personale sono:

- 1) l'accoglimento, l'inserimento e la socializzazione;
- 2) la formazione e lo sviluppo « quadri »;
- 3) la valutazione ed il controllo;
- 4) la programmazione;

- 5) il reclutamento e la selezione;
- 6) i rapporti sindacali.

Una modalità operativa di fare direzione del personale è quella di analizzare i reali problemi del personale dipendente e di giudicare se essi sono risolvibili o in termini amministrativi o in termini gestionali oppure qual è il mix relativo. Individuata la soluzione (amministrativa o gestionale oppure in termini di mix) si devono valutare i meccanismi operativi (programmazione, reclutamento e così via) più idonei in termini di prevalenza al fine di dare risposte ai problemi categorizzati come gestionali a forte prevalenza gestionale. In seguito il processo logico continua domandandosi quale persona o quale struttura interna all'U.s.l. presidia i meccanismi operativi determinati. Per finire si enucleano le azioni tramite le quali i meccanismi operativi diventano operativi. In questo modo, oltre ad aver fatto un'analisi dei problemi del personale esistenti si danno indicazioni operative e direzionali per risolvere tali problemi (si veda tabella riassuntiva dello schema logico di direzione del personale implementato tramite meccanismi operativi (vedi tavola 2).

PROBLEMI	SOLUZIONE		MECCANISMI OPERATIVI								CHI PRESIDIA		PER OGNI MECCANISMO OPERATIVO: QUALI AZIONI?
	Amministrativa	Gestionale	Programm.	Reclut. e Selezione	Formazione e Socializz.	Formazione Svlt. quadri	Valutazione Controllo	Relazioni Sindacali	.....	.....	.....	.....	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
1							100						A1 C1 F1
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Tavola 2

### Conclusioni

Dalle considerazioni precedenti derivano le seguenti conclusioni riassuntive:

— l'U.s.l. come organizzazione che eroga servizi deve concentrare sul personale una forte attenzione gestionale;

— il personale è da considerarsi più nella valenza di destinatario di investimenti anziché come generatore di costi;

— la qualità dei servizi sanitari è proporzionale alla qualità del personale;

— il personale aumenta il suo livello di efficacia operativa se desti-



natario di una politica del personale in una logica di direzione delle risorse umane, integrando amministrazione e gestione;

— la capacità di dirigere il personale non può essere una funzione accentrata dell'U.s.l., ma diffusa fra la dirigenza;

— i problemi che il personale manifesta possono essere risolti solo in una logica di integrazione fra strumenti di amministrazione e meccanismi operativi di gestione del personale.

La cultura dominante delle U.s.l. è orientata a considerare la soluzione dei problemi del personale solo sotto l'aspetto amministrativo senza implementare, in modo deciso meccanismi quali la programmazione, una politica di reclutamento e selezione, l'inserimento e socializzazione, la valutazione ed il controllo, la formazione e lo sviluppo quadri nonché le relazioni sindacali nei confronti del personale che funzionalmente dipende dall'U.s.l.

In conclusione sembra perciò ne-

cessario non solo dotarsi di nuovi spazi di azione, di nuovi strumenti, e non sembra neppure sufficiente richiedere nuovi cambiamenti a livello normativo, ma è necessario dotare tutti i dirigenti di capacità di gestione del personale.

Meccanismi come il reclutamento e lo sviluppo del personale, come ad esempio quelli previsti dal D.M. n. 458/91, possono trovare nella realtà ben diversi effetti in relazione delle competenze di direzione presenti nella singola organizzazione sanitaria.

# SI PUÒ CERCARE L'EFFICIENZA E LA QUALITÀ ATTRAVERSO IL CONTROLLO DI LEGITTIMITÀ SUGLI ATTI?

di Antonello Zangrandi

Nelle pagine seguenti sono presentati due documenti che testimoniano « la voglia di controllo di legittimità » all'interno del sistema sanitario pubblico. Il primo documento è il parere del Consiglio di Stato formulato in data 8 aprile 1992 e il secondo è uno stralcio della relazione della Corte dei conti sul rendiconto dello Stato che verte sulla spesa sanitaria 1992 e recentemente pubblicato.

Entrambi i documenti, diversi per natura e per conseguenze pratiche, mettono in forte evidenza l'esigenza sentita di controllo non già della gestione ma della legittimità degli atti amministrativi.

Si devono così registrare spinte e contospinte nella realtà sanitaria pubblica: l'abolizione del controllo sugli atti e conseguentemente dei Comitati regionali di controllo nata per dare maggiore responsabilità alla Regione si trova ora fortemente criticata dai giudici contabili e inoltre vede il ritorno di un ruolo delle prefetture nel controllo degli atti sotto il profilo della legittimità per segnalare alla Regione eventuali atti illegittimi.

Il controllo delle U.s.l. può avvenire attraverso un controllo di legittimità sugli atti? Si può cercare la efficienza e la qualità attraverso il controllo esterno? Sono queste domande di fondo a cui molti sembrano rispondere positivamente. Certo è che l'esperienza di 10 anni di controlli non sembra poi così confortante. Se da un lato questi documenti confermano la necessità del controllo dall'altro l'esigenza del controllo può trovare concretezza in ben altre forme come ad esempio il controllo della gestione. Occorre in modo de-

terminato realizzare sistemi avanzati di controllo che possano concretamente permettere ai dirigenti di conoscere approfonditamente gli aspetti economici della gestione e contemporaneamente promuovere una seria e concreta responsabilizzazione economica.

È possibile individuare alcuni effetti del controllo esterno su quattro diversi aspetti della gestione:

- 1) i criteri decisionali;
- 2) il ruolo del controllo interno;
- 3) la valutazione dei risultati;
- 4) il bilancio (come sistema di controllo).

## I criteri decisionali

Il criterio di controllo utilizzato dagli organi esterni all'istituto pubblico territoriale fa riferimento alla norma ed alle « decisioni tipo » in essa contenute; a livello decisionale tale criterio assume una rilevanza notevole incidendo nella realtà gestionale dell'ente. Le situazioni problematiche che si presentano sono affrontate ricercando nella norma il criterio decisionale che, quindi, non susciterà invalidità dell'atto deliberativo.

La considerazione del singolo atto nel controllo esterno, d'altra parte,

non sempre consente l'adozione di criteri decisionali generali, ma particolari per le specifiche deliberazioni. Si può quindi affermare che il controllo esterno condiziona in modo rilevante la gestione degli istituti pubblici in quanto i criteri decisionali sono spesso da questi acquisiti o comunque condizionano in modo rilevante ogni tipologia di decisione.

## Il ruolo di controllo interno

Il controllo esterno sulla gestione degli istituti pubblici condiziona altresì gli stessi sistemi di controllo interno: infatti l'enfasi sulla legittimità degli atti deliberativi, da cui dipende la loro efficacia, comporta un sistema di controllo interno orientato alla norma e al momento della decisione. Altri aspetti del controllo interno sono sottovalutati come ad esempio il controllo sui risultati o, nell'ambito dello stesso controllo sulla decisione, tutti quegli aspetti relativi alla convenienza tecnica ed economica dell'alternativa prescelta.

## La valutazione dei risultati

Il controllo esterno non prende in

considerazione i risultati ottenuti dall'istituto pubblico e la loro valutazione è prevalentemente orientata ai giudizi espressi dagli utenti dei servizi o dal consenso manifestato nei confronti degli amministratori. Il giudizio sui risultati assume perciò due diverse connotazioni: da un lato la conformità degli atti che è considerata una garanzia di risultati soddisfacenti e dall'altro un giudizio sulla qualità e sulla efficacia sociale degli interventi che è considerata condizione necessaria per il consenso.

Tale duplicità di valutazione dei risultati induce però a sottovalutare il ruolo del controllo di gestione quale meccanismo operativo che permette una maggiore efficacia organizzativa.

### **Il controllo economico-finanziario**

Il bilancio ed il meccanismo delle autorizzazioni rappresenta lo strumento di controllo delle risorse economico-finanziarie.

La struttura del bilancio, la natura dei valori in esso contenuti ed il meccanismo delle autorizzazioni non sempre però consentono un controllo economico sulla gestione. La struttura del bilancio con le sue varie classificazioni (economica, funzionale e per oggetto) non permette di addivenire a significativi riscontri tra gli obiettivi dell'attività e le risorse ad essa destinate; si tratta di una divaricazione tra le modalità di

classificazione dei valori ed i processi di gestione.

È quindi conseguente che non è possibile attraverso questo strumento addivenire a valutazioni sulle risorse destinate a determinati servizi o a determinati programmi di attività.

La necessità di controllo del sistema è giustamente molto rilevante a tutti i livelli: il Ministero, la Regione, le singole organizzazioni sanitarie, i dirigenti ai vari livelli di responsabilità. Occorre ripensare profondamente i sistemi di controllo che comunque devono essere orientati alla misurazione dei risultati conseguiti e non già alla correttezza formale degli atti.

#### **Parere sull'interpretazione della legge 30 dicembre 1991, n. 412, art. 4, comma 8: soppressione del controllo del Co.Re.Co. sugli atti delle U.s.l. ed eventuale permanenza del controllo attivato dal prefetto ai sensi del decreto legge n. 152/91, art. 15.**

Vista la relazione in data 9 febbraio 1992, prot. 15900/1 bis/legge 142, con la quale il Ministero dell'interno — Direzione generale dell'amministrazione civile - direzione centrale delle autonomie — ha posto un quesito sull'interpretazione della legge 30 dicembre 1991, n. 412, art. 4, comma 8, recante la soppressione del controllo del Co.Re.Co. sugli atti delle Unità sanitarie locali, con particolare riferimento al problema dell'eventuale permanenza del controllo attivabile a richiesta del prefetto, ai sensi dell'art. 15 del decreto legge 13 maggio 1991, n. 152, convertito in legge 12 luglio 1991, n. 203;

Esaminati gli atti ed udito il relatore;

Ritenuto in fatto quanto esposto dal Ministero dell'interno;

Considerato:

1. - La legge 8 giugno 1990, n. 142, recante il nuovo ordinamento delle autonomie locali, ha modificato, fra l'altro, la disciplina del controllo preventivo di legittimità, esercitato dall'apposito organo regionale (Comitato regionale di controllo, detto anche Co.Re.Co.).

Mentre nel sistema previgente il controllo preventivo di legittimità riguardava la generalità degli atti amministrativi, tranne quelli di mera attuazione di deliberazioni già sottoposte a controllo, la nuova disciplina assoggetta al controllo preventivo, in via ordinaria, solo gli atti detti « fondamentali », ossia quelli programmatici e d'indirizzo e, più in generale, quelli di maggiore rilevanza, tassativamente indicati dalla legge.

Per gli atti non soggetti al controllo preventivo ordinario, tuttavia, la legge n. 142/1990 attribuisce a determinati soggetti (ad es., minoranze consiliari qualificate) il potere di attivare ugualmente il controllo del Co.Re.Co., facendone richiesta entro un breve termine decorrente dall'affissione all'albo. La richiesta sospende l'esecutività dell'atto, sino all'espletamento della procedura di controllo, salvo il potere dell'organo deliberante di disporre l'immediata esecutività.

Fra gli enti cui si applica questo regime dei controlli vi erano, secondo il testo originario della legge n. 142/90, anche le Unità sanitarie locali.

2. - Il decreto legge 13 maggio 1991, n. 152, convertito con modifiche nella legge 12 luglio 1991, n. 203, intitolato « Provvedimenti urgenti in tema di lotta alla criminalità organizzata e di trasparenza e buon andamento dell'attività amministrativa »,



contiene, fra l'altro, all'art. 15, una disposizione che induce il prefetto fra i soggetti che, a norma delle citate disposizioni della legge n. 142/90, hanno il potere di attivare il controllo del Co.Re.Co. su taluno degli atti che ordinariamente non vi sono soggetti. La disposizione aggiunge che, a questi fini, gli enti locali sono tenuti a comunicare al prefetto le loro deliberazioni, contestualmente all'affissione all'albo.

La disposizione si riferisce a tutti gli enti cui si applica la disciplina dei controlli di cui alla legge n. 142/90, comprese, dunque, le Unità sanitarie locali.

3. - È poi sopravvenuta la legge 30 dicembre 1991, n. 412, recante disposizioni in materia di finanza pubblica. All'art. 4, comma 8, essa dispone: « È abolito il controllo dei Comitati regionali di controllo sugli atti delle Unità sanitarie locali (...). Limitatamente agli atti delle Unità sanitarie locali (...) riguardanti il bilancio di previsione, le variazioni di bilancio e il conto consuntivo, la determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale, la deliberazione di programmi di spese pluriennali e i provvedimenti che disciplinano l'attuazione dei contratti e delle convenzioni, il controllo preventivo è assicurato direttamente dalla Regione, che è tenuta a pronunciarsi, anche in forma di silenzio-assenso, entro quaranta giorni dal ricevimento dell'atto (...).

4. - Riferisce, ora, il Ministero dell'interno, che si pone il problema d'interpretare in modo organico e coordinato l'insieme di queste disposizioni, succedutesi in breve arco di tempo.

In particolare, esso prospetta l'ipotesi che la citata disposizione della legge n. 412/91 possa interpretarsi nel senso che sia fatto salvo il controllo del Co.Re.Co. sugli atti delle Unità sanitarie locali, quando vi sia la richiesta del prefetto a norma dell'art. 15 del decreto legge del maggio 1991.

Il Ministero deduce, in proposito, che le finalità che hanno motivato la disposizione entrata in vigore nel maggio 1991 non possono dirsi certo superate né contraddette dalla legge approvata nel dicembre dello stesso anno.

5. - Il collegio osserva che la disposizione della legge n. 412/91, art. 4, comma 8, appare inequivoca nel senso che l'abolizione del controllo del Co.Re.Co. sugli atti delle Unità sanitarie locali riguarda ogni tipo di controllo, comunque esercitato.

In questa luce, non si può dire che sopravviva il potere del prefetto di attivare, a richiesta, quel controllo che la legge, con espressione di non consueta drasticità, dichiara « abolito ».

Conviene sottolineare, fra l'altro, che il decreto legge del maggio 1991 non ha attribuito al prefetto il potere di cui si discute, con diretto e specifico riferimento alle Unità sanitarie locali, bensì in via generale con riferimento a tutti gli enti locali soggetti al controllo del Co.Re.Co. Pertanto non si può neppure utilizzare il principio, peraltro d'incerta definizione, secondo cui la legge generale posteriore non deroga la legge speciale anteriore. Al contrario, si potrebbe dire che vi sono leggi generali anteriori (quelle che disciplinano l'esercizio del controllo del Co.Re.Co. sugli atti degli enti locali, istituendo, fra l'altro, la figura del controllo eventuale a richiesta di determinati soggetti, incluso il prefetto) e una legge speciale posteriore (quella che sottrae le U.s.l. al controllo del Co.Re.Co.). Avrebbe, dunque, piena applicazione il principio per cui la legge speciale posteriore deroga la legge generale anteriore.

6. - Le considerazioni relative al perdurante rilievo delle finalità sottostanti alla disposizione del decreto legge del maggio 1991 possono, però, condurre alla conclusione che la disposizione stessa sopravvive, in un senso diverso da quello ipotizzato dal Ministero.

Va notato, infatti, che la legge n. 412/91 non ha interamente escluso ogni forma di controllo sugli atti delle Unità sanitarie locali, ma lo ha soltanto sottratto alla competenza del Co.Re.Co. per attribuirlo a quello della « regione », ossia (visto che lo stesso Co.Re.Co. è organo della Regione) ai suoi organi di amministrazione attiva.

In questa luce, si può dunque affermare che il prefetto conserva il potere di attivare il controllo a richiesta, avendo però come referente non più il Co.Re.Co. bensì l'organo regionale divenuto competente per effetto della legge n. 412/91.

A questa conclusione si potrebbe obiettare che il controllo affidato agli organi regionali, ai sensi dell'art. 4, comma 8, non è pienamente identificabile con quello già esercitato dal Co.Re.Co. In effetti, anche se la norma, su questo punto, può sembrare silenziosa, la modificazione della competenza, nei termini in cui è stata compiuta, non può non sottintendere una volontà del legislatore diretta a modificare, in qualche misura, la natura stessa del controllo ed i criteri del suo esercizio. Precisamente, come risulta anche dagli atti parlamentari, l'intenzione non era quella di accrescere gli spazi di autonomia delle Unità sanitarie locali, bensì quella di rendere possibile il « controllo della

spesa » nel contesto di manovre dirette a contenere il disavanzo pubblico, e di coinvolgere nel perseguimento di questi obiettivi le amministrazioni regionali, responsabilizzandole.

Se questo è vero, peraltro, ne consegue che la funzione di controllo attribuita all'organo regionale di amministrazione attiva si distingue dal vecchio controllo di legittimità nel senso che deve riferirsi anche a criteri di economicità buona amministrazione, e simili; non nel senso che possa o debba escludere valutazioni di vera e propria legittimità.

In altre parole, il nuovo controllo attribuito alla Regione non può essere definito un controllo di legittimità in senso stretto, in quanto non è solo controllo di legittimità; ma resta vero che la prima e principale valutazione che deve fare l'organo di controllo è quella della legittimità. Solo una volta che questo primo vaglio sia superato, l'organo regionale potrà e dovrà passare all'esame degli altri profili.

Nulla si oppone, pertanto, a che si ritenga tuttora esistente il potere-dovere del prefetto di attivare il controllo di legittimità, nei modi e nei casi previsti dal decreto legge del maggio 1991, facendone richiesta all'organo regionale di amministrazione attiva che esercita il controllo sugli atti delle Unità sanitarie locali, di cui all'art. 4, comma 8, della legge n. 412 del 1991. Ciò comporta, tra l'altro, che sussiste anche il dovere delle Unità sanitarie locali di trasmettere tempestivamente al prefetto gli atti rispetto ai quali quest'ultimo può esercitare il suddetto potere-dovere.

#### **Stralcio della relazione della Corte dei conti sul rendiconto dello Stato per l'esercizio finanziario 1991 (Memoria del procuratore generale depositata il 22 giugno 1992)**

Non si vuole certo sostenere che il controllo esercitato dai Co.re.co. rappresentasse un sicuro baluardo a difesa della legittimità degli atti delle Unità sanitarie locali, ma costituiva pur sempre un filtro almeno nei confronti delle aberrazioni di maggior rilievo.

Sopprimerlo e, in ambito alquanto ridotto, trasferirlo alla competenza delle Regioni, oltretutto senza dar tempo e modo a queste di approntare idonea organizzazione per far fronte ai nuovi compiti, non può non avere negative conseguenze.

In pratica, c'è da dire che, oggi, le U.s.l. non sono assoggettate ad alcun controllo, se si eccettuano quello interno dei revisori dei conti e quello ispettivo della Ragioneria dello Stato, peraltro né l'uno né l'altro forniti di poteri sanzionatori o di sbarramento. Occorre, dunque, realizzare al più presto, nel quadro delle riforme che si vanno ideando, un sistema di controllo neutro ed incisivo, idoneo ad impedire le innumerevoli illegittimità gestionali, che, alla fine, si traducono in spese che lo Stato è chiamato a ripianare alla fine dell'anno.

Quella di cui sopra è cenno non è certo una modifica di poco momento. Ne può essere percepita la *ratio* solo nell'ambito del noto e più ampio disegno di riforma del Servizio sanitario nazionale, da gran tempo ormai all'esame del Parlamento. Appare di tutta evidenza, peraltro, che, a fronte delle difficoltà che si incontrano naturalmente nel perseguire un risultato organico e complessivo, si coglie la sensazione che si stia procedendo a costituire un mosaico le cui tessere vengono inserite, non avendo ben presente il disegno da realizzare, ma utilizzando spazi e momenti talvolta poco pertinenti. Solo così si spiegano (non giustificano) l'uso non sempre appropriato della decretazione d'urgenza e le dispute senza fine che si trascinano su ogni proposta intesa ad apportare modifiche di rilievo al sistema.

Continua a verificarsi quanto ripetutamente stigmatizzato da più parti circa innovazioni legislative di emergenza, non precedute da una previa adeguata sperimentazione dei criteri di fattibilità e dei possibili risultati dell'impatto della nuova normativa: e ciò, accentuando le incertezze nell'individuazione degli obiettivi, agevola ed aggrava la difficoltà delle scelte da fare.

In buona sostanza, si applicano all'ordinamento vigente suggestive teorizzazioni, non supportate dalla verifica dei possibili effetti sull'esistente: tranne, poi, procedere attraverso correttivi di tamponamento, per di più mediati fra opposte tendenze.

Il risultato non può che essere una frammentazione di microriforme settoriali e, per ciò solo, disaggreganti — quando non addirittura dirompenti — rispetto all'assetto delineato (ci si riferisce, naturalmente al comparto sanità) dalla non lontana legge n. 833 del 1978, certamente perfetibile, sicuramente emendabile, possibilmente suscettibile di integrale riforma, ma a condizione di procedere con la necessaria ed organica sistematicità.

# **Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>



# LE POLITICHE REGIONALI PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI

IL CASO DEL FRIULI-VENEZIA GIULIA

di Franco Sassi \*  
e Paolo Basaglia \*\*

SOMMARIO: La situazione di partenza - Le unioni d'acquisto - Le pre-trattative regionali - Le difficoltà di attuazione delle politiche - Conclusioni.

Il dibattito sull'opportunità di contenere la spesa sanitaria senza incidere sulla quantità e qualità delle prestazioni, e le concrete misure adottate a diversi livelli di governo del sistema, hanno dimostrato come la forte rigidità di molte componenti della spesa limiti l'efficacia di ogni tentativo

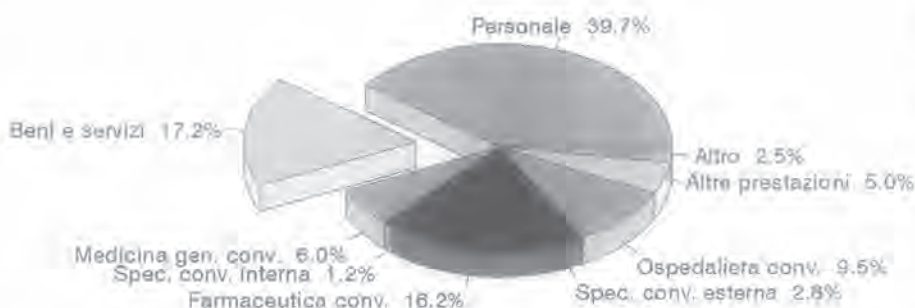
di intervento. Una voce che si sottrae, almeno in parte, alla regola generale è la spesa per acquisto di beni e servizi. La sua flessibilità è dimostrata dall'esistenza di condizioni di fornitura estremamente eterogenee tra unità di acquisto differenti, e sembra attribuibile all'esistenza di ampi margini di

negoiazione e discrezionalità nei tre momenti che determinano l'entità della spesa: la definizione dei beni e servizi da acquistare, la definizione delle condizioni di fornitura e l'utilizzo dei beni e servizi acquistati.

La spesa per beni e servizi rappresenta una quota rilevante della spesa sanitaria complessiva (è il secondo aggregato di spesa per dimensione, dopo quello relativo al personale, come indica la figura 1). Se, per assurdo, volessimo uniformare le condizioni di acquisto di tutte le U.s.l. italiane a quelle migliori riscontrate per ogni bene o servizio sul territorio nazionale, saremmo in grado di ottenere una riduzione della spesa complessiva nell'ordine di 2-3 mila miliardi all'anno. E non sono neppure molto complessi gli strumenti necessari per ottenere un simile risultato, come non lo sono quelli che consentirebbero di mantenerlo nel tempo. Nonostante tutto, le esperienze finalizzate al contenimento della spesa per beni e servizi si potrebbero contare sulle dita di una mano, constatando per giunta un tasso di successo addirittura ridicolo. Se,

## Composizione percentuale della spesa sanitaria pubblica

Anno 1991



Fonte: Elab. ISIS su dati SCPS e Istituto nazionale di statistica

Figura 1

\*Franco Sassi ricercatore Cergas, Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria dell'Università Bocconi

\*\*Paolo Basaglia amministratore straordinario della U.s.l. 10 « Spilimberghese » - Friuli-Venezia Giulia

infatti, sono relativamente semplici gli strumenti per l'indirizzo e il controllo della spesa, risulta estremamente difficile il governo delle pressioni prodotte dai diversi gruppi di interesse e delle dinamiche che si sviluppano tra i (molti) soggetti coinvolti nell'iniziativa di contenimento della spesa. Per questo il successo dell'iniziativa dipende innanzi tutto dalla tenacia e dalla perseveranza con cui l'ente promotore agisce.

Un caso particolarmente felice in cui il contenimento della spesa per beni e servizi è stato attuato con successo si può riconoscere nelle politiche di acquisto avviate dalla regione Friuli Venezia Giulia nei primi anni '80.

L'impegno costante di alcuni personaggi-chiave, la volontà politica, la disponibilità di efficaci strumenti operativi, sono tutti elementi che hanno contribuito in modo determinante alla riuscita dell'iniziativa, che oggi si pone come esempio per le azioni di contenimento della spesa che anche le altre Regioni dovranno necessariamente avviare in seguito alla responsabilizzazione finanziaria.

acquisto, sul fabbisogno annuo, sulle condizioni di fornitura, sulle ditte offerenti e quelle aggiudicatarie.

Recita la relazione sanitaria regionale dell'anno 1986: « (...) *La successiva analisi dei dati pervenuti ha portato a un quadro dell'esistente che evidenziava, all'interno di una stessa categoria di beni, una notevole diversità di articoli utilizzati dalle U.s.l. e una profonda diversificazione nei prezzi di aggiudicazione (...)* ».

Le differenze nei prezzi di aggiudicazione, emerse da quella e da successive rilevazioni, erano talora di estremo rilievo: per le pellicole radiografiche le U.s.l. ottenevano uno sconto rispetto al listino variabile dal 19% al 33.8%, il prezzo di soluzioni perfusionali molto comuni (glucosata 5%, 500 ml) variava da 710 a 980 lire, il prezzo del pane da 980 a 1.345 lire al chilogrammo, quello della carne da 5.070 a 5.698. Senza contare le differenze, probabilmente altrettanto sensibili, nella qualità dei diversi prodotti acquistati.

Guardando ai conti della sanità in ottica più generale, in quell'anno la spesa regionale pro-capite per ac-

quisto di beni e servizi superava le 130 mila lire, contro una media nazionale pari a circa 95 mila lire; solo due Regioni, Bolzano e Veneto, superavano il valore del Friuli-Venezia Giulia (figura 2).

La circolare di cui si è detto fu il primo atto di un « gruppo di studio » costituito nel mese di giugno dello stesso anno per indirizzare le politiche di contenimento della spesa nello specifico comparto. Ne facevano parte quattro funzionari designati dalle U.s.l. di ciascun capoluogo di Provincia e il direttore del servizio economico-finanziario della direzione regionale sanità. Il gruppo di studio, che aveva essenzialmente il compito di analizzare il problema e suggerire soluzioni operative, era stato creato in funzione della legge regionale n. 19/80, poi modificata dalla n. 42/83, che costituisce il presupposto giuridico delle politiche che successivamente presero avvio. La legge tra l'altro, stabiliva che: « *I contratti dell'Unità sanitaria locale previsti dagli artt. 95 e seguenti della presente legge, devono uniformarsi ai capitolati tipo fissati dalla Giunta*

## La situazione di partenza

La prima presa di coscienza delle reali modalità con cui si generava la spesa per acquisto di beni e servizi in Friuli-Venezia Giulia risale al 1983. Alla fine del mese di agosto le Unità sanitarie locali della Regione ricevettero dalla direzione regionale sanità una circolare che, in modo molto velato, prospettava l'avvio di un'azione di controllo e « indirizzo » relativa agli acquisti delle U.s.l.. La circolare conteneva anche un invito a compilare alcuni prospetti allegati, nei quali si richiedevano informazioni dettagliate sulle caratteristiche di alcuni prodotti correntemente acquistati, sulle procedure di

SPESA REGIONALE PER ABITANTE - BENI E SERVIZI  
ANNO 1983 - DATI IN MIGLIAIA DI LIRE



Figura 2



regionale ». E ancora: « *Le Unità sanitarie locali possono associarsi tra di loro per ottenere facilitazioni nell'acquisto di beni e servizi. Alle procedure d'acquisto provvede una commissione composta dai rappresentanti di ciascuna Unità sanitaria locale designati dai rispettivi Comitati di gestione. Le norme del presente capo si applicano anche ai contratti di acquisto in unione. La Giunta regionale può provvedere a far eseguire idonee ricerche di mercato a carattere nazionale e sul massimo numero possibile di ditte produttrici e fornitrici di beni per realizzare un'efficace informazione, un esatto indirizzo economico e tecnico-merceologico, e una gestione economica ed efficiente dell'assistenza sanitaria giungendo ad accordi preliminari vincolanti per le imprese fornitrici cui le Unità sanitarie locali potranno rivolgersi. In tal caso è consentito il ricorso alla trattativa privata anche in carenza dei presupposti dell'art. 102* ».

Il primo tentativo operato nella direzione del contenimento della spesa non ottenne il successo auspicato. L'operazione si basava sul semplice principio dell'informazione, e consisteva nella diffusione a tutte le U.s.l. di un resoconto sui prezzi e sulle altre condizioni di aggiudicazione rilevate con il questionario allegato alla circolare dell'agosto 1983. Un'analoga rilevazione effettuata l'anno seguente evidenziava come la situazione non si fosse sostanzialmente modificata, dimostrando che l'informazione non migliora in misura soddisfacente la forza contrattuale delle U.s.l.

L'esperienza, per quanto negativa, servì a orientare decisamente gli interventi futuri verso il superamento della parcellizzazione degli acquisti, motivo fondamentale della debolezza della domanda.

Nel 1984 la regione Friuli-Venezia Giulia era pronta ad avviare nuove e più incisive azioni per il conteni-

mento della spesa, mentre a livello nazionale si prendeva progressivamente coscienza del problema fino ad affrontarlo in modo esplicito con la legge finanziaria 1984, che disponeva: « *Il Ministro della sanità provvede con proprio decreto, (...), alla definizione dei capitolati generali per forniture di beni e servizi alle U.s.l., nonché di capitolati speciali. È istituito presso le Regioni l'albo regionale dei fornitori del Servizio sanitario nazionale. Il Ministro della sanità provvede, altresì, con propri decreti, all'individuazione delle tipologie e delle classi di appartenenza, dei requisiti per l'iscrizione, nel rispetto della normativa vigente nazionale e comunitaria* ».

Lo studio per l'attuazione di tale norma fu affidato a un gruppo tecnico cui partecipava anche un rappresentante del Friuli-Venezia Giulia, ma la direzione regionale sanità, con facile lungimiranza, comprese che i lavori non si sarebbero conclusi in tempo per attuare le politiche di contenimento già a partire dal 1985. Quindi, la regione Friuli-Venezia Giulia decise di muoversi autonomamente, sulla base della legislazione locale in vigore da alcuni anni e sulla base dell'esperienza maturata.

### **Le unioni d'acquisto**

Il primo strumento cui la Regione fece ricorso fu l'unione d'acquisto, che consiste nell'affidare a una U.s.l. « capofila » la responsabilità degli acquisti di un determinato bene per tutte le U.s.l. della Regione.

Il coinvolgimento delle diverse Unità sanitarie locali fu ottenuto, in qualche caso non senza difficoltà, con una riunione tra i presidenti, cui seguì la diramazione di una circolare illustrativa degli obiettivi della politica regionale e delle modalità con cui si sarebbe realizzato l'esperimen-

to. In tempi molto brevi, nel mese di luglio del 1984, fu anche creata la commissione prevista dalla legge n. 19/80 con la partecipazione dei provveditori economi di tutte le U.s.l. e dell'Istituto per l'infanzia « Burlo Garofolo ».

La commissione operò a ritmi serrati. In sole due riunioni fu in grado di definire alcuni prodotti sui quali avviare la sperimentazione e di assegnare la responsabilità di ogni trattativa a una U.s.l. capofila. Furono scelti beni con caratteristiche relativamente omogenee per tutte le U.s.l. e per i quali esisteva una ragionevole speranza di poter ridurre la spesa complessiva: le U.s.l. capofila furono identificate nelle quattro dei capoluoghi di Provincia. I beni furono così assegnati:

- pasta alimentare: U.s.l. « Triestina »;
- carni bovine, pollame: U.s.l. « Goriziana »;
- pellicole radiografiche: U.s.l. « Udinese »;
- siringhe e aghi, soluzioni perfusionali: U.s.l. « Pordenonese ».

Le U.s.l. capofila furono incaricate di redigere i capitolati speciali per i beni di propria competenza, mentre le altre U.s.l. della Regione furono invitate a dare la propria adesione formale. Le U.s.l. che non avessero aderito avrebbero comunque dovuto appaltare le forniture a un prezzo non superiore a quello risultante dalla gara associata.

Nonostante la solerzia della commissione, i tempi di avvio dell'iniziativa slittarono di alcuni mesi rispetto alle previsioni iniziali. La causa è da ricercare soprattutto nell'intervento dei farmacisti e dei radiologi, che chiesero e ottennero che fosse riconosciuto loro un ruolo nella definizione dei capitolati speciali rispettivamente delle siringhe, aghi e soluzioni perfusionali, e delle pellicole radiografiche.

Comunque, nel mese di marzo del



1985, approvati i capitolati speciali, la commissione si riunì per definire i « prezzi base » dei beni e l'elenco delle ditte fornitrici da invitare alla licitazione. Le procedure si svolsero nei successivi mesi di aprile e maggio; per alcune forniture fu necessario ricorrere alla trattativa privata, condotta sempre dalla U.s.l. capofila in base alle indicazioni provenienti dalla commissione dei provveditori.

I risultati si rivelarono immediatamente lusinghieri. Per i beni oggetto dell'unione di acquisto si registrò addirittura una riduzione della spesa complessiva rispetto ai valori storici, e per molti beni il trend al ribasso (rispetto alla spesa del 1984) sarebbe continuato per diversi anni, fino al 1988, aiutato da alcuni aggiustamenti effettuati nel corso degli anni per migliorare il meccanismo: le forniture furono suddivise in lotti per consentire la partecipazione delle imprese operanti su scala locale, fu ampliata la gamma dei beni soggetti a unione d'acquisto e, nel 1987, la U.s.l. « Triestina » fu nominata capofila per tutti gli acquisti in unione.

### Le pre-trattative regionali

Lo strumento dell'unione d'acquisto aveva raggiunto brillantemente il proprio scopo, tuttavia prestava particolarmente il fianco a quella che è sempre stata la critica più significativa da parte delle U.s.l.: restringeva gli spazi d'autonomia a livello locale. Per questo e altri motivi, terminata la prima fase sperimentale delle politiche di contenimento della spesa, alle unioni d'acquisto fu affiancato lo strumento della pre-trattativa regionale.

La pre-trattativa prevede la messa in atto di un meccanismo procedurale più complesso di quello descritto in precedenza, tuttavia garantisce alcuni innegabili vantaggi: restitui-

sce alle U.s.l. un livello soddisfacente di autonomia, evita di gravare le U.s.l. capofila di un onere negoziale eccessivo, permette di migliorare ulteriormente la forza contrattuale nei confronti dei fornitori. In particolare, il recupero di autonomia da parte delle U.s.l. è consentito dall'offerta di uno strumento negoziale particolarmente flessibile, la trattativa privata, che in aggiunta può essere svolta scegliendo le ditte (nell'ambito dell'elenco regionale) e le modalità di attuazione che le stesse U.s.l. giudicano più idonee.

Le pre-trattative si svolgono dopo che la direzione regionale sanità ha individuato i beni per i quali la procedura si addice, i relativi fabbisogni da parte delle U.s.l. e la durata delle forniture. A questo punto la stessa direzione regionale pubblicizza la trattativa sollecitando la richiesta di partecipazione da parte delle ditte fornitrici. Tutte le ditte che chiedono di partecipare vengono formalmente invitate con l'invio di una « lettera di proposta » contenente il « prezzo base », l'elenco dei fabbisogni di ciascuna U.s.l., i capitolati (generale e speciale), il regolamento della pre-trattativa e uno « schema di adesione ». Le imprese che aderiscono alle condizioni poste nel corso della pre-trattativa acquisiscono il diritto di partecipare, se invitate, alle trattative private condotte dalle U.s.l., singole o associate; rimangono tuttavia vincolate a presentare un'offerta a un prezzo migliore o uguale rispetto a quello « base » accettato con l'adesione.

Nell'attuazione del meccanismo della pre-trattativa regionale, evidentemente, la definizione del prezzo « base » rappresenta una fase cruciale. I detrattori delle politiche di contenimento della spesa per beni e servizi hanno spesso avanzato il sospetto che l'imposizione di un prezzo alle imprese fornitrici, dapprima addirittura inferiore a quello stori-

camente praticato, poi comunque crescente a un tasso non superiore a quello di inflazione del settore, possa portare a una riduzione della qualità del prodotto offerto. D'altra parte i registi delle politiche regionali hanno sempre confidato nello strumento dei capitolati, relegando in secondo piano il prezzo come variabile determinante la qualità. Comunque sia, la definizione del prezzo « base » costituisce tuttora il momento più delicato e complesso della procedura: la direzione regionale sanità supporta l'azione della commissione dei provveditori, cui spetta il compito specifico, con l'esecuzione di indagini di mercato sui singoli beni oggetto di pre-trattativa e con la rilevazione delle condizioni storiche di aggiudicazione nelle diverse U.s.l. della Regione.

I risultati delle pre-trattative non tradirono le aspettative: la fase sperimentale, che durò fino al 1987, consentì riduzioni di spesa non inferiori a quelle ottenute con le unioni d'acquisto (un quadro riassuntivo si può ricostruire attraverso la tabella 1 e le figure 3 e 4, a pagina seguente). Terminata la fase sperimentale la portata delle politiche regionali si ampliò con l'aggiunta di nuovi prodotti alla lista di quelli soggetti a pre-trattativa e con il progressivo affinamento delle procedure.

### Le difficoltà di attuazione delle politiche

La relativa semplicità e linearità delle azioni intraprese dalla regione Friuli-Venezia Giulia, come descritte in questo articolo, potrebbe far pensare a uno sviluppo privo di difficoltà. Naturalmente così non è, altrimenti non si spiegherebbe l'unicità (almeno in queste dissenzioni) dell'esperienza.

In realtà, le politiche di contenimento della spesa per beni e servizi,

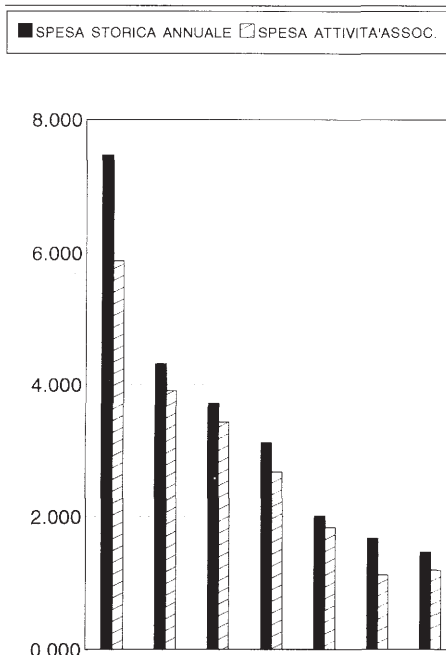
a qualunque livello siano attuate, finiscono per ledere interessi consolidati (legittimi e meno legittimi), e invadono, soprattutto, il terreno strenuamente difeso da tutti quei funzionari del S.s.n. che si ostinano a non accettare l'indirizzo dei livelli di governo superiore o l'attuazione di iniziative concertate, per il solo timore di perdere parte della propria (del tutto teorica) autonomia.

Anche l'esperienza del Friuli-Venezia Giulia è stata segnata da ostacoli e difficoltà che ne hanno talvolta dilatato i tempi e talvolta ridotto l'efficacia, anche se non hanno mai messo in discussione il risultato finale delle politiche regionali.

L'opposizione che per prima si manifesta, e che presenta i caratteri di maggiore pericolosità, è quella prodotta dalla normale reazione del mercato. Le azioni intraprese dalla regione Friuli-Venezia Giulia hanno modificato sostanzialmente la struttura della domanda regionale attraverso la creazione di informazione e unificando il soggetto della negoziazione. In questo modo sono state

**SPESA SANITARIA  
PER GENERE MERCEOLOGICO**

(dati in milioni di Lire)

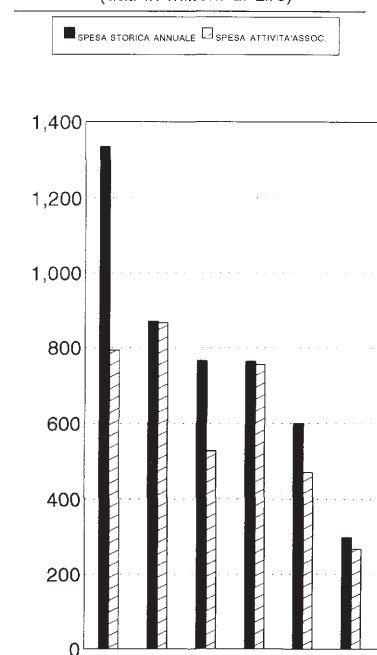


SPESA STORICA ANNUALE	7.464	4.313	3.712	3.115	2.011	1.673	1.471
SPESA ATTIVITA' ASSOC.	5.879	3.900	3.427	2.669	1.839	1.125	1.198

**Figura 3**

**SPESA SANITARIA  
PER GENERE MERCEOLOGICO**

(dati in milioni di Lire)



SPESA STORICA ANNUALE	1.335	670	765	765	600	300
SPESA ATTIVITA' ASSOC.	793	866	527	755	470	268

**Figura 4**

**Tabella n. 1**

Genere merceologico	Procedura d'acquisto	Spesa storica annuale	Spesa conseguente attività associata	Variazione assoluta	Variazione %
Pasta alimentare .....	Unione d'acquisto	300.000.000	268.000.000	32.000.000	-10.7
Carni bovine .....	Unione d'acquisto	3.115.000.000	2.668.000.000	447.000.000	-14.3
Carni di pollo .....	Unione d'acquisto	763.000.000	755.000.000	8.000.000	-1.05
Prodotti ortofrutticoli .....	Unione d'acquisto	2.011.000.000	1.839.000.000	172.000.000	-8.6
Altri generi alimentari .....	Pretrattativa regionale	3.712.000.000	3.427.000.000	285.000.000	-7.7
Pellicole radiografiche .....	Unione d'acquisto / Pretrattativa regionale	7.464.000.000	5.879.000.000	1.585.000.000	-21.2
Siringhe / Aghi monouso .....	Unione d'acquisto	870.000.000	866.000.000	4.000.000	-5
Soluzioni perfusionali .....	Unione d'acquisto	1.335.000.000	793.000.000	542.000.000	-40.6
Albumina umana .....	Unione d'acquisto	1.471.000.000	1.198.000.000	273.000.000	-18.6
Eparina calcica .....	Pretrattativa regionale	212.000.000	174.000.000	38.000.000	-17.9
Materiale di medicazione e ortopedia .....	Unione d'acquisto / Pretrattativa regionale	1.673.000.000	1.125.000.000	548.000.000	-32.8
Guanti chirurgici .....	Pretrattativa regionale	765.000.000	527.000.000	238.000.000	-31.1
Gas terapeutici e tecnici .....	Pretrattativa regionale	600.000.000	470.000.000	130.000.000	-21.7
Combustibili liquidi .....	Unione d'acquisto	4.313.000.000	3.900.000.000	413.000.000	-9.6
<b>Totale .....</b>	—	<b>28.604.000.000</b>	<b>23.889.000.000</b>	<b>4.715.000.000</b>	<b>-16.5</b>

poste le condizioni per eliminare, almeno in parte, i margini di inefficienza del mercato che offrivano un evidente vantaggio alle imprese produttrici. Tuttavia, mentre in condizioni concorrenziali il recupero di efficienza porta presumibilmente le condizioni di scambio verso i valori di equilibrio, in condizioni di oligopolio o di monopolio (piuttosto frequenti nel comparto sanitario), il mercato conserva un vantaggio residuo a favore dell'offerta. In quest'ultimo caso, data la rigidità quasi assoluta della domanda, le imprese fornitrici possono opporsi alla dinamica instaurata dalle politiche di contenimento della spesa realizzando accordi tipo-cartello tendenti a bloccare la discesa dei prezzi entro limiti giudicati « accettabili » per salvaguardare una redditività soddisfacente. Naturalmente, in questa situazione è sufficiente che una sola delle imprese aderenti all'accordo tipo-cartello vi si sottragga per vanificare l'iniziativa comune dell'offerta e innescare, al contrario, una dinamica del tutto favorevole alla domanda. In questi casi, l'azione della Regione o dell'ente capofila deve tendere proprio a sollecitare l'uscita di un'impresa aumentando la dimensione contrattuale per rendere più appetibile l'incontro. Nell'esperienza del Friuli-Venezia Giulia un caso tipico di accordo tra le imprese fornitrici si è verificato, ad esempio, per alcune soluzioni perfusionali. Il caso non è ancora giunto a soluzione, e attualmente è in corso una incerta vicenda giudiziaria.

Altri ostacoli alla realizzazione delle politiche di contenimento della spesa, ugualmente rilevanti, vengono posti dall'interno del sistema. Si è già accennato all'opposizione effettuata sia a livello politico che a livello tecnico per la riduzione dei margini di autonomia degli operatori delle U.s.l., problema sentito soprattutto nel caso delle unioni d'acquisto. E si è accennato anche al timore, espresso da

più parti, che le imprese fornitrici tendano a compensare la riduzione dei prezzi con una riduzione della qualità dei beni o, più in generale, adottando un comportamento opportunistico che riduca l'affidabilità della fornitura. Lo strumento con cui la direzione regionale sanità ha inteso contrastare l'opposizione di coloro che sostenevano quest'ultimo argomento è quello del capitolato, spesso inesistente nelle procedure adottate prima dell'attuazione delle politiche regionali. I capitolati di fornitura rappresentano l'unico strumento sicuro di controllo delle caratteristiche dei beni e della loro consegna; con un'azione a livello regionale possono essere definiti in modo più preciso e meglio rispondente alle esigenze delle U.s.l., contemperando le esperienze di tutti i provveditori economici. Un terzo ostacolo interno al S.s.n. è costituito da coloro che pretendono di valutare i risultati delle politiche regionali sulla base dei loro esiti nell'ambito di singole realtà locali. In particolari U.s.l., oppure per particolari beni o servizi, è possibile che non si ottenga alcuna riduzione della spesa e addirittura che si registri un incremento rispetto ai livelli storici; tuttavia è evidente che simili esperienze non possano essere elevate al rango di paradigma, e che un giudizio sulla politica di contenimento della spesa possa essere dato solo con riferimento al complessivo ambito regionale.

Ultimo degli ostacoli rilevanti (ma forse l'elenco non dovrebbe esaurirsi qui), è costituito dalle condizioni organizzative degli assessorati regionali alla sanità. Quello regionale, infatti, è senza dubbio il livello di governo più adatto ad assumere l'iniziativa di attuare politiche per il contenimento della spesa per beni e servizi. Ciò che non sembra affatto adatto, almeno nella maggioranza dei casi, è l'apparato (uomini, mezzi, cultura) che opera nell'ambito degli assessorati regionali alla sanità, cui spetterebbe il com-

pito di mettere in pratica simili iniziative. Gli organici sono carenti, i carichi di lavoro (che comprendono una moltitudine di adempimenti formali) sono sproporzionati rispetto alle risorse, l'organizzazione disincentiva le azioni di coordinamento tra le U.s.l., la cultura manageriale è meno sviluppata di quanto potrebbe e dovrebbe essere, tutti questi elementi contribuiscono, talvolta in maniera determinante, al fallimento dei propositi di innovazione nelle politiche di acquisto. Non è questo, evidentemente, il caso del Friuli-V. Giulia, dove le politiche sono state avviate in modo efficace attraverso un efficiente apparato amministrativo, opportunamente sollecitato e supportato da alcuni personaggi-chiave che hanno giocato un ruolo fondamentale nella vicenda. Comunque, anche in una situazione di particolare efficienza e in presenza di una forte volontà politica, l'attivazione di procedure unificate d'acquisto comporta per l'assessorato regionale l'adattamento della struttura organizzativa e l'introduzione di meccanismi operativi permanenti che finiscono inevitabilmente per elevare il livello di complessità organizzativa.

Per quanto possa sembrare limitato il peso dell'attività di indirizzo degli acquisti rispetto all'attività complessiva dell'assessorato, il mantenimento della capacità di dare corpo alle politiche regionali in modo efficace comporta un onere da non trascurare.

## Conclusioni

Analizzando l'esperienza della regione Friuli-Venezia Giulia appare evidente come i vantaggi dell'attuazione di politiche regionali per l'acquisto di beni e servizi giustificano ampiamente gli sforzi necessari per superare gli ostacoli, pur numerosi, che normalmente ne impediscono la realizzazione.

Sul piano strettamente economico la Regione ha ottenuto dapprima una



riduzione dello stock di spesa per acquisto dei beni e servizi soggetti a procedure unificate, poi il contenimento della crescita dimensionale dei flussi annuali. Al termine del periodo di sperimentazione delle politiche di acquisto 1985-87, il Friuli-V. Giulia si collocava a un livello mediano rispetto alle altre Regioni per la spesa relativa a beni e servizi, con una sensibile riduzione del divario rispetto alla media nazionale (si veda la figura 5, confrontandola con la figura 2). Attualmente il Friuli-V. Giulia rimane comunque tra le Regioni che spendono di più per beni e servizi, ma la razionalizzazione introdotta garantisce senza dubbio un livello superiore di « qualità della spesa ». La dinamica della spesa per beni e servizi, a livello nazionale e regionale, dal 1982 al 1991 è illustrata nelle tabelle 2 e 3 va peraltro evidenziato come i confronti della spesa per fattore produttivo (nella fattispecie « beni e servizi ») tra le diverse Regioni assumano un significato del tutto relativo in considerazione delle difformi entità e dinamiche di sviluppo delle spese derivanti dalle alternative modalità di risposta alla domanda sanitaria (assistenza ospedaliera pubblica o in convenzione, diagnostica pubblica o in convenzione, ecc.) e dalle alternative modalità organizzative per la produzione del servizio pubblico (produzione in proprio con impiego di personale e beni ovvero appalto di servizi e ancora uso di sedi proprie o locazione di immobile, ecc.); decisamente significativo appare invece il confronto « storico », una volta depurati i dati da eventuali elementi di disomogeneità; la tabella 4 mostra allo scopo la dinamica fino al 1989 della spesa per un comparto specifico di beni, quello alimentare, in cui le politiche regionali di acquisto sono state avviate fin dall'inizio della sperimentazione, e dove i risultati positivi appaiono particolarmente evidenti.

Simili politiche, tuttavia, producono effetti che vanno ben oltre l'ambito economico. Innanzi tutto le politiche regionali, attraverso tutte le azioni che richiedono all'assessorato regionale e alle U.s.l., consentono di attuare una vera e propria « gestione coordinata degli acquisti ». Quest'ultima non consiste solo nella definizione di un prezzo omogeneo e più conveniente per le forniture, ma anche nella definizione delle caratteristiche dei beni e servizi più idonee a soddisfare i bisogni delle U.s.l. (specie attraverso i capitolati), nella soluzione unitaria e più efficace di problemi comuni a diverse U.s.l., in una più solida programmazione degli acquisti che sia garanzia di efficienza

per l'intero Servizio sanitario regionale. Da questo punto di vista, lo scambio di esperienze nell'ambito della commissione dei provveditori economici permette l'estensione a tutte le realtà locali delle migliori soluzioni di fornitura adottate nella Regione.

Infine, è da registrare un sensibile effetto positivo sulla cultura gestionale delle U.s.l., che deriva dall'introduzione di logiche manageriali tendenti al coordinamento dell'azione delle diverse unità operative in funzione di uno specifico, e ben individuato, obiettivo. È essenziale che la gestione di ogni singola U.s.l. venga considerata nell'ambito di un vero sistema regionale dotato di un centro di indirizzo, coordinamento e controllo.

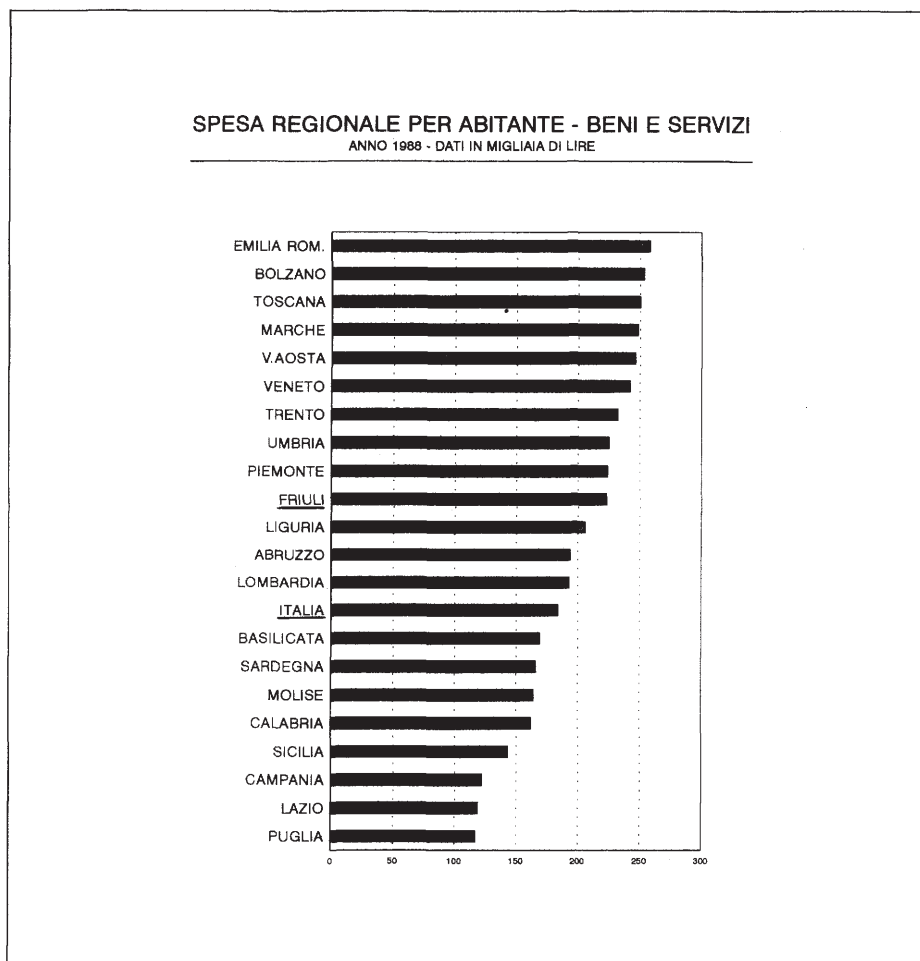


Figura 5

Tabella 2 - Spesa sanitaria per beni e servizi - Italia 1982-1991

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Spesa (miliardi di lire) .....	4.662	5.447	6.650	7.398	8.222	9.319	10.645	12.291	14.226	16.079
Percentuale su spesa sanitaria pubblica .....	16,5%	16,3%	17,8%	17,3%	17,6%	17,1%	17,1%	17,7%	17,7%	17,2%
Variazione percentuale .....	—	+16,8	+22,1	+11,2	+11,1	+13,3	+14,2	+15,5	+15,7	+13

Fonte: Elaborazione ISIS Sudati SCPS.

Tabella 3 - Spesa sanitaria per beni e servizi - Italia e Friuli-Venezia Giulia 1982-1991

	1982	1984	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Spesa nazionale (in mil.) .....	4.662	6.581	8.222	9.268	10.525	12.135	14.212	15.946
Spesa regionale Friuli-V.G. (miliardi di lire) .....	133	186	217	246	272	324	354	422
Spesa naz. pro-capite .....	82.295	113.454	143.625	161.617	183.197	210.903	246.482	275.977
Spesa regionale pro-capite Friuli-V.G.	107.904	151.387	178.427	203.301	225.109	268.932	294.250	351.317

Fonte: Rendiconti trimestrali U.s.l. e Istituto nazionale di statistica.

Tabella 4 - Spesa per prodotti alimentari

(Fonte: Conti consuntivi)

U.S.L.	1984	1986	1987	1988	1989
1 Triestina .....	4.997.990.505	4.710.610.084	4.217.548.363	4.178.997.823	4.589.743.311
2 Goriziana .....	2.493.314.134	2.001.733.996	1.923.934.270	1.986.593.685	1.725.454.639
3 Carnica .....	399.882.840	373.786.374	416.775.914	399.140.053	399.858.859
4 Cremonese .....	307.308.992	296.944.382	299.925.011	279.805.797	314.280.771
5 Cividalese .....	468.832.607	437.314.086	419.516.949	419.726.938	463.028.244
6 Sandanielese .....	469.959.060	394.423.666	326.492.880	352.741.340	364.622.770
7 Udinese .....	2.625.814.923	2.650.289.808	2.580.225.247	2.511.614.041	2.801.503.659
8 Bassa friulana .....	1.190.254.970	1.184.562.414	1.154.809.034	1.280.823.015	1.240.843.760
9 Sanvitese .....	584.500.120	445.944.071	441.500.000	474.025.998	433.000.000
10 Man. Spilimbergo .....	419.881.903	401.330.139	427.277.293	479.022.283	478.506.602
11 Pordenonese .....	1.519.217.630	1.484.691.354	—	—	—
12 Del Livenza .....	514.000.000	483.417.244	471.864.315	375.337.546	431.435.082
Totale (U.s.l. 11 esclusa)	14.471.740.054	13.380.356.263	12.679.869.276	12.373.828.519	13.242.277.667

Management ed economia sanitaria

# MECOSAN

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

## ISTRUZIONI 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:*

A) Per la sezione SAGGI E RICERCHE: sono previsti articoli di lunghezza variabile tra 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 e non più di cinque parole chiare 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.*

B) Per le sezioni ESPERIENZE INNOVATIVE, NOTIZIE DAL MONDO, SANITÀ E IMPRESA: sono previsti articoli di lunghezza non superiore a 20 cartelle (non superiore a 15 per la sezione sanità e impresa).

*Gli articoli devono essere spezzati a intervalli di 2-3 cartelle con un richiamo evidenziante il tema delle cartelle seguenti (massimo tre parole, come il titolo di un paragrafo).*

*I riferimenti bibliografici, se presenti, devono essere limitati a 10 per articolo.*

C) Per tutte le sezioni: si sollecita l'uso di schemi, rappresentazioni grafiche e tabelle. Questi 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.

*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 descritte nell'esempio che segue:*

per i testi [Clerico, 1984] G. Clerico: *Economia della salute*. Franco Angeli 1984.  
per gli articoli [Volpatto, 1990] O. Volpatto: *la privatizzazione dei servizi pubblici*. Azienda pubblica 1990; 2:243-252.

*I testi devono possibilmente essere scritti con un word processor e consegnati su disco magnetico. In alternativa possono essere consegnati dattiloscritti.*

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

*I contributi devono essere consegnati in tre copie (oppure su un singolo disco magnetico), e preceduti 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 telefax dell'autore principale; titolo suggerito; notizie sugli autori da riportare in nota; sezione per la quale si intende proporre il contributo.*

*Seguirà, per la sezione Saggi e Ricerche, una seconda pagina contenente l'abstract in lingua inglese.*

*I contributi devono essere inviati all'attenzione di Franco Sassi, presso la redazione di Mecosan, al seguente indirizzo: Franco Sassi, redazione Mecosan, via Balilla, 18 - 20136 Milano - tel. 02/5836.3132-3136 - fax 02/89404523.*

*Tutti gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio della redazione e di eventuali referenti esterni accreditati.*

*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.*



# **Notizie dal mondo**

Sezione 4<sup>a</sup>

# IL SISTEMA SANITARIO STATUNITENSE: INNOVAZIONI E CRISI DEL MODELLO DI MERCATO

di Giovanni Fattore \*

SOMMARIO: Introduzione - Brevi cenni storici - I tratti tradizionali della struttura del sistema - I microsistemi integrati - Le innovazioni di Medicare sul rimborso di ospedali e medici - Il tema emergente: la qualità - Tra innovazioni e problemi rimasti irrisolti: la « performance » del sistema - Conclusioni.

## Introduzione

Il sistema sanitario americano si presenta estremamente atipico rispetto a quelli del resto dei Paesi industrializzati. Con una spesa di 2,230 dollari pro-capite, gli Stati Uniti sono il Paese che devolve più risorse alla tutela della salute. A fronte di questa spesa, il sistema ha seri problemi d'accesso per le fasce più deboli della popolazione, riscuote un basso livello di gradimento da parte della popolazione e registra dei tassi di mortalità superiori a quelli dell'Europa Occidentale.

L'analisi del sistema sanitario americano, il più vicino al paradigma di mercato, può essere di notevole interesse per analisti e decisori dell'arena sanitaria italiana. Le caratteristiche delle innovazioni manageriali in atto, della realizzazione di meccanismi concorrenziali, dell'intervento pubblico sono tutti elementi che possono gettare luce sulle strade perseguibili per la rivitalizzazione del nostro sistema sanitario.

In questo saggio si descrivono i tratti essenziali del sistema americano, approfondendo alcune innovazioni istituzionali e gestionali che ne

hanno caratterizzato lo sviluppo negli anni '80.

È alla luce di questi elementi che, nell'ultima parte del saggio, si espongono alcuni dati di sintesi del sistema americano utili a definire alcuni dei parametri più importanti per valutarne la « performance » e l'evoluzione.

## Brevi cenni storici

Gli Stati Uniti non considerano la salute come un diritto, né l'assistenza sanitaria come un dovere; non solo in questo Paese non si è registrata l'estensione dei « diritti di cittadinanza » ad alcuni bisogni primari tra cui la tutela della salute, ma la priorità data ai principi del rispetto delle libertà individuali e del pluralismo hanno sempre contribuito a circoscrivere la sfera d'azione dell'intervento pubblico in campo sanitario, mettendo in secondo piano, rispetto al resto dei Paesi industrializzati, i principi solidaristici.

Il sistema sanitario americano si è sviluppato rimanendo coerente ad alcuni principi che sono alla radice dell'organizzazione sociale ed econo-

mica degli Stati Uniti (Williams 1989).

Libera iniziativa individuale, volontarismo, solidarietà a livello di micro-comunità e scarso coinvolgimento dei poteri pubblici erano i tratti distintivi del sistema sanitario a inizio secolo. La medicina era praticata da liberi professionisti retribuiti direttamente dai pazienti e gli ospedali erano amministrati da associazioni non a scopo di lucro, spesso emanazione delle comunità religiose ed etniche.

Con la « grande depressione » degli anni '30 gli ospedali e i medici si trovarono di fronte a una generalizzata incapacità di far fronte alle spese mediche da parte dei singoli utenti. È in questo periodo che ebbe inizio il processo di disintermediazione assicurativa in sanità: sponsorizzati dagli ospedali e dalla forte

---

\* **Giovanni Fattore** è ricercatore presso il CeRGAS (Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria dell'Università L. Bocconi), candidato Master alla Harvard School of Public Health. L'autore desidera ringraziare il dott. Gian Maria Battaglia, ricercatore del CeRGAS, per i preziosi consigli.

associazione di categoria dei medici (American Medical Association), si svilupparono i primi piani assicurativi. Blue-Cross per l'assicurazione delle spese ospedaliere e Blue-Shield per quella delle spese mediche furono istituite come associazioni non profit (non a scopo di lucro) e furono sottoposte a legislazione e sorveglianza da parte dei singoli Stati della Federazione. Successivamente, una domanda assicurativa sempre più forte richiamò nel settore imprese (Commercials) in grado di offrire prodotti assicurativi più articolati.

Dopo la seconda guerra mondiale la copertura assicurativa si diffuse notevolmente, passando da 32 milioni di assicurati nel 1945 a 122 milioni nel 1960 per le spese ospedaliere, e da 5 milioni a 83 milioni per le spese mediche (Fuchs 1988)

Malgrado gli alti tassi di crescita del settore assicurativo, principalmente alimentato da polizze collettive sottoscritte dalle imprese per i propri lavoratori, la crescita dei costi delle prestazioni sanitarie e la contemporanea spinta « welfarista » delle amministrazioni democratiche misero alla ribalta il problema dell'accesso ai servizi sanitari da parte delle fasce più deboli della popolazione. È infatti nel 1965 che furono istituiti dall'amministrazione democratica del presidente Johnson i due maggiori programmi assicurativi pubblici: Medicare e Medicaid. Il primo è rivolto agli anziani (più di 65 anni), agli individui con avanzate patologie renali e ad alcune specifiche categorie di portatori di handicap. Medicare è amministrato dal Governo federale con risorse provenienti sia da specifici oneri sociali sul reddito da lavoro, che dalla tassazione generale. Medicaid è invece un programma gestito e finanziato congiuntamente dal Governo federale e dai singoli Stati ed è rivolto a coprire le spese sanitarie delle persone indigenti. Sebbene sorti nello stesso periodo e sorretti

da comuni spinte solidaristiche, i due programmi si sono sviluppati, e si presentano tutt'oggi, in modo diverso in termini di soggetti istituzionali coinvolti (Medicaid è amministrato dai singoli Stati), omogeneità territoriale (Medicare copre gli stessi servizi sull'intero territorio federale, mentre la generosità della copertura assicurativa e i criteri di eleggibilità di Medicaid dipendono sostanzialmente dalle politiche e dalle risorse finanziarie dei singoli Stati), livelli e modalità di rimborso delle strutture sanitarie.

### **I tratti tradizionali della struttura del sistema**

Nella sua versione tradizionale, il finanziamento del sistema sanitario americano è pluralistico e decentrato: i programmi pubblici finanziano schemi assicurativi su predeterminate categorie della popolazione, lasciando generalmente alle « Blues » la gestione operativa; le imprese, gli enti pubblici e le associazioni sindacali acquistano dalle aziende assicurative polizze per i propri dipendenti e le loro famiglie, e contribuiscono al finanziamento di Medicare attraverso il pagamento di parte degli oneri sociali; le famiglie finanziano i programmi pubblici attraverso oneri sociali a loro carico e la tassazione generale, partecipano ai premi assicurativi e parte dei costi delle prestazioni sanitarie utilizzate e, nel caso non beneficino di piani assicurativi offerti dai datori di lavoro, stipulano contratti individuali con il settore assicurativo (figura 1, a pag. 80). Rimangono infine 37 milioni di persone non assicurate che finanziano la propria assistenza sanitaria con pagamenti diretti, o che accedono ai servizi solo in funzione della disponibilità delle strutture sanitarie e dei medici ad offrire prestazioni gratuite (uncompensated care).

La sostanziale autonomia dei medici dalle strutture sanitarie di offerta e una multiforme rete di presidi ospedalieri, ambulatoriali e lungodegenziali caratterizza tuttora il sistema americano. La grande maggioranza dei medici è costituita da liberi professionisti con ambulatori propri (gestiti in forma individuale o associata), che operano nelle strutture ospedaliere ammettendo e seguendo i propri pazienti, e che vengono retribuiti direttamente dalle assicurazioni in base alle prestazioni rese. Presidi di proprietà delle comunità locali (sia nelle zone rurali che nelle grandi aree metropolitane), e della « Veteran Administration » per i reduci di guerra costituiscono la componente pubblica del sistema sanitario di offerta; mentre strutture possedute e gestite da associazioni filantropiche, fondazioni e ordini religiosi definiscono la grande area del « non profit ». Completano il quadro un numero crescente di presidi gestiti dal settore propriamente imprenditoriale (for-profit). All'eterogeneità delle forme proprietarie si associa l'assenza di coordinamento e di integrazione della rete dei servizi. Il « Certificate of Need » con cui i singoli Stati venivano (e vengono negli Stati in cui è ancora in vigore) investiti dell'autorità di proibire nuovi investimenti che non fossero consoni ai bisogni della popolazione non ha sostanzialmente prodotto gli effetti sperati, lasciando ai meccanismi concorrenziali e alle donazioni l'allocazione delle dotazioni strutturali sul territorio nazionale.

Il pluralismo delle fonti di finanziamento e delle strutture di offerta si traduce in un complesso e caotico sistema di rimborso delle prestazioni rese dal sistema sanitario: ogni singolo medico, ospedale, struttura lungodegenziale o altro soggetto erogatore di servizi è legato agli enti finanziatori con distinti e variegati meccanismi di rimborso, così che gli



stessi servizi vengono spesso rimborsati a prezzi diversi in funzione dell'erogatore e/o del beneficiario.

« Commercial », « Blues » e pazienti paganti corrispondono rimborsi che sono liberamente determinati dall'offerta: circa il 60% della spesa sanitaria scaturisce da una sostanziale autonomia di medici, ospedali ed altre strutture sanitarie nella determinazione dei prezzi (Reinhardt 1989). In passato, era questo il sistema di rimborso definito anche per i programmi pubblici; è stato soltanto negli anni '80 che Medicare, spinto da forti tensioni finanziarie, ha introdotto importanti innovazioni nelle modalità di rimborso sia dei

ricoveri ospedalieri che delle spese mediche (vedi *infra*).

### I microsistemi integrati

Sviluppatosi senza un disegno organico di regolazione pubblica, il sistema americano ha registrato originali intrecci tra parziali interventi legislativi e spontanee innovazioni organizzative. Tra questi intrecci, lo sviluppo delle Health Maintenance Organizations (HMOs) è probabilmente uno degli eventi che ha giocato e gioca uno dei ruoli più importanti e promettenti.

Seppure presenti da tempo, le

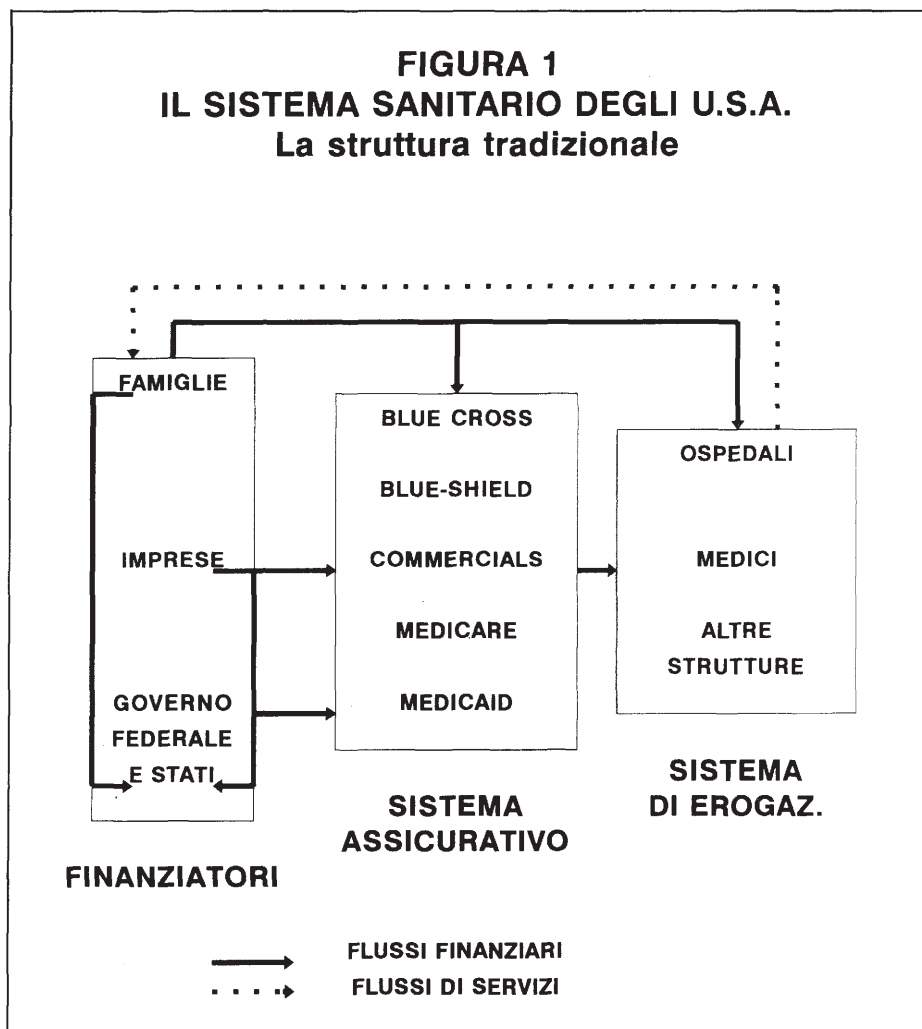
HMOs furono regolate ed incentivate nel 1973 come risposta a tre problemi principali: la crescita dei costi sanitari, l'insufficienza delle attività di prevenzione e le difficoltà di accesso al sistema assicurativo da parte di crescenti fasce della popolazione.

Sebbene queste organizzazioni si presentino estremamente differenziate tra loro, mostrando una tendenza a svilupparsi in forme spurie, i loro tratti caratteristici, come tra l'altro previsti dall'originale intervento legislativo federale, sono tuttora riscontrabili nello « Staff Model ».

Innanzitutto, rispetto al sistema assicurativo tradizionale, l'attività assicurativa e l'erogazione dei servizi vengono poste sotto una singola responsabilità economico-amministrativa: non più, quindi, un ente che eroga e uno che rimborsa, ma una sola organizzazione che, dietro una quota annuale predeterminata, eroga un pacchetto definito di servizi. Sul lato assicurativo, inoltre, le HMOs definiscono un prezzo annuale del pacchetto di servizi offerti in base ai costi medi registrati per fasce di età (l'impostazione originaria prevedeva addirittura un prezzo unico per tutti gli iscritti), senza operare una discriminazione di prezzo in base al rischio sanitario individuale o di gruppo come avviene normalmente nel settore assicurativo tradizionale.

Il controllo dell'offerta da parte delle HMOs agevola l'attivazione di una serie di meccanismi orientati a evitare le prestazioni a scarsa o nulla efficacia, a coordinare i diversi momenti del processo diagnostico-terapeutico, ad adeguare l'offerta dei servizi rispetto ad una ben identificata utenza e, infine, a incentivare il contenimento dei costi unitari dei servizi. Incentivi, finanziari e non, sull'attività prescrittiva dei medici e di altri operatori sanitari sono gli strumenti più utilizzati a questo fi-

**FIGURA 1**  
**IL SISTEMA SANITARIO DEGLI U.S.A.**  
**La struttura tradizionale**



ne, anche se non è da trascurare il ruolo di altri meccanismi quali strutture organizzative innovative, sistemi informativi e di controllo integrati tra i diversi momenti assistenziali, applicazione di tecniche di « Total Quality Management » e forme di responsabilizzazione e coinvolgimento degli utenti.

Il controllo globale sui servizi resi ai membri delle HMOs dovrebbe inoltre incentivare un recupero della prevenzione primaria e secondaria, tradizionalmente trascurate nel contesto tradizionale dove medici di base, specialisti, strutture degenziali e agenzie di sanità pubbliche mancano di meccanismi di comunicazione, coordinamento ed integrazione. L'attività di « gate-keeping » (controllo dell'accesso ai servizi) posta in essere dalle HMOs si traduce anche in una modificazione del tradizionale rapporto tra ospedali e aziende assicuratrici: queste ultime sono infatti messe in grado di orientare i flussi di ricovero in modo da ottenere condizioni di rimborso sulle prestazioni ospedaliere più favorevoli. Se da un lato questi meccanismi tendono a limitare la possibilità di scelta del paziente, è d'altra parte da rilevare che la creazione di microsistemi integrati ha portato alla ricostituzione di condizioni maggiormente concorrenziali tra domanda ed offerta, con conseguenti benefici in termini di riduzione dei costi.

Rispetto allo « Staff Model », gli altri modelli di HMOs mantengono una maggiore separazione tra ruolo assicurativo ed assistenziale. I « Group Models » contrattano un pacchetto di servizi con una associazione di medici che generalmente offre quasi tutti i servizi di medicina di base ed i più importanti di quella specialistica; il « Network Model » contratta i servizi con diversi gruppi di medici associati; e le « Independent practice associations » si servono di singoli medici, a volte associa-

ti in piccoli gruppi. In contrasto con lo « Staff Model », che generalmente prevede contratti di lavoro dipendente per i medici, queste versioni spurie prevedono maggiore autonomia della rete d'offerta. I medici di base sono pagati a quota capitaria, oppure a prestazione con meccanismi incentivanti il contenimento delle prescrizioni. L'allentamento del rapporto tra attività assicurativa e medici ha anche risvolti sul contenimento dei costi ospedalieri: le HMOs spurie hanno meno controllo sui ricoveri e vedono diminuire la loro forza contrattuale rispetto agli ospedali perché gli strumenti disponibili per orientare l'utenza nella rete ospedaliera si presentano più deboli.

È tenendo conto dell'eterogeneità dei modelli organizzativi delle HMOs che deve essere valutata la loro crescita. Malgrado gli iscritti alle HMOs siano passati da 6 milioni nel 1976 a 29.3 nel 1987, la forte crescita ha prevalentemente interessato le forme più « spurie », registrando incrementi decisamente più contenuti per lo « Staff model » e il « Group model » (Gruber 1988).

È stato però fatto notare che l'impatto delle HMOs non deve essere valutato soltanto in termini numerici: esse hanno ridisegnato il ruolo del medico, forzandolo ad assumersi parte della responsabilità economica connessa alla prescrizione dei servizi, a praticare in forma associata e a rivedere la centralità dell'ospedale nel processo diagnostico-terapeutico (Robinson 1989) (Rayner 1988).

È in questo quadro di recupero della dimensione economica che va letta un'altra innovazione del sistema americano: le « Preferred Provider Organizations ». Anch'esse multiformi nella realtà, le PPOs sono sostanzialmente dei piani assicurativi che offrono premi scontati a fronte dell'utilizzo di strutture ed operatori convenzionati. Come le HMOs, le

PPOs giocano una forza contrattuale orientando l'utenza su particolari erogatori ai quali viene garantita una quantità minima a fronte di prezzi scontati; vengono però a mancare, in questo secondo tipo di sistemi, le attività di « gate-keeping » con la conseguente impossibilità di controllare le quantità. D'altra parte, le PPOs risultano maggiormente gradite delle HMOs proprio perché non pongono limitazioni all'accesso ai servizi e permettono maggiore spazio di scelta dell'erogatore da parte degli utenti.

### **Le innovazioni di Medicare sul rimborso di ospedali e medici**

Il sistema tradizionale di rimborso per le prestazioni sanitarie negli U.S.A. è di tipo retrospettivo: l'erogatore non solo determina i servizi secondo « scienza e coscienza » (e forse anche convenienza), ma è sostanzialmente libero nella definizione dei prezzi unitari caso per caso.

Gli anni '80 hanno registrato una profonda trasformazione delle modalità di rimborso da parte di Medicare, che ha istituito sistemi prospettici, definiti a livello federale, per il pagamento degli ospedali per acuti e delle prestazioni mediche.

#### *I ricoveri ospedalieri*

Operativo dall'ottobre del 1983, il « Prospective Payment System » definisce il rimborso per i ricoveri ospedalieri in base all'attribuzione della diagnosi di uscita del paziente, secondo la classificazione ICD9, a circa 500 categorie omogenee di diagnosi (DRGs). Inizialmente creati negli anni '70 come strumento per identificare i ricoveri da sottoporre a revisione di qualità, i DRGs sono stati successivamente modificati al fine di costituire gruppi di casi « isorisorse » (Fetter 1991).

Ad ogni DRG è assegnato un peso che riflette il costo medio delle risorse utilizzate per l'assistenza ospedaliera (fig. 2). La determinazione del rimborso per DRG è poi calcolata moltiplicando il costo medio di un ricovero per il peso, operando aggiustamenti rispetto all'area geografica di appartenenza del presidio ospedaliero, alla tipologia del presidio (per esempio ai presidi che svolgono attività didattica viene riconosciuta una maggiorazione) e alla eventuale esistenza di « sproporzionate » quote di pazienti con particolari diagnosi. Il sistema viene applicato soltanto per ricoveri in ospedali per acuti e prevede il rimborso a pie' di lista per casi con costi e/o degenze anomali. Ospedali per bambini, psichiatrici, geriatrici e lungodegenziali non sono interessati da questo sistema.

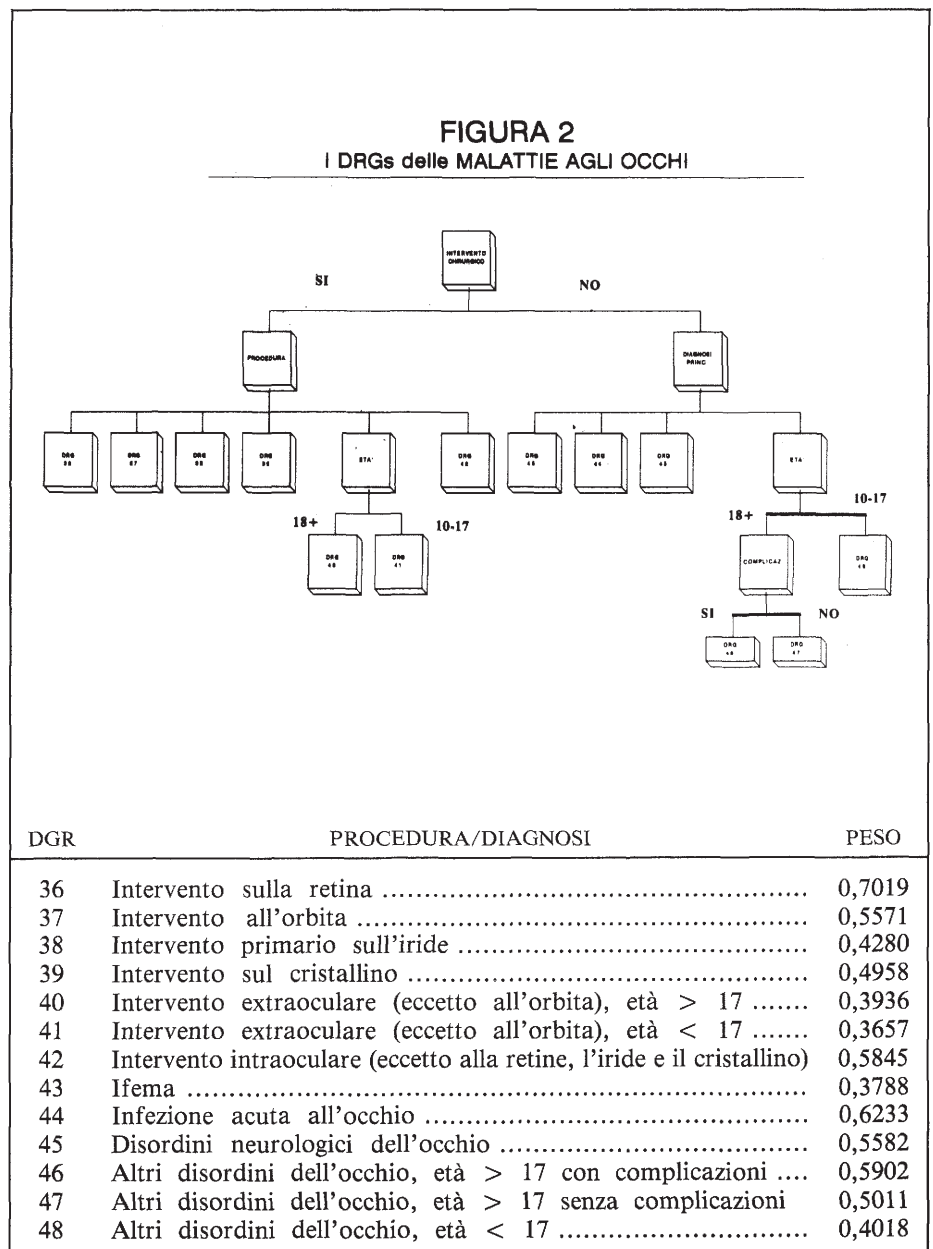
È da mettere in rilievo, inoltre, che il rimborso non copre le prestazioni rese dai medici e, fino al 1991, non copriva le spese in conto capitale.

Diversi sono sia i pregi che i difetti di questo sistema. Sicuramente va nella direzione di una maggiore responsabilizzazione degli ospedali sull'ammontare di servizi erogati per paziente e sull'efficienza nella produzione dei servizi, offrendo anche un sistema, seppure grossolano, di misurazione dell'output ospedaliero utile per sviluppare sistemi di responsabilizzazione economica interna. Tra gli incentivi negativi che il sistema può produrre sono invece da menzionare: l'eccessiva spinta al contenimento dei costi che potrebbe incentivare dimissioni troppo precoci e/o razionamento dei servizi con conseguenti impatti negativi sulla qualità dell'assistenza; la tendenza a scremare i pazienti in entrata al fine di ottenere, per i singoli DRGs, soltanto i casi più semplici e meno costosi; la « definizione » delle diagnosi secondo criteri economici anziché clinici; e il rischio del trasferimento contabile di parte dei costi dei pa-

zienti Medicare sui pazienti coperti da assicurazioni con rimborso retrospettivo.

È infine da mettere in luce il complesso sistema di revisione dei costi dei singoli DRGs, soprattutto quando innovazioni tecnologiche modificano le modalità di diagnosi e cura delle patologie che li compongono. Il sistema di riadeguamento del co-

sto medio per ricovero e dei pesi dei singoli DRGs calcolati periodicamente sui maggiori costi registrati nel periodo precedente, non sembra garantire corretti stimoli a uno sviluppo tecnologico orientato a innovazioni « cost-saving » e tende ad incentivare la proliferazione di nuove attrezzature ad altissimo costo e con benefici marginali modesti.



Fonte: Bardsley M., et al. « DRGs and Health Care », King Edward's Hospital Fund, London, 1987.



*Le prestazioni dei medici*

Affrontato e parzialmente risolto il problema del rimborso degli ospedali, il Congresso ha rivolto la sua attenzione alle spese per le prestazioni mediche. Il sistema in vigore fino al 1991 lasciava infatti larga autonomia ai singoli medici nella definizione delle tariffe, e non poneva quasi alcuna forma di controllo sulla quantità e l'intensità dei servizi rimborsati da Medicare. Per dare un'idea di come questa componente di spesa fosse fuori controllo basti pensare che, per il periodo 1975-1987, il tasso di crescita annuo delle spese mediche era stato del 15,0%, a fronte di una crescita media annua del prodotto interno lordo del 7,9% (tassi composti sui valori nominali) (Hsiao 1988 a).

Dal 1992 il vecchio sistema di definizione delle tariffe, che in sintesi richiedeva ai singoli medici di non scostarsi « troppo » dalle tariffe medie praticate nell'anno precedente, è stato sostituito da un sistema incentrato sulla « Resource-based relative values scale » (la scala dei valori relativi delle prestazioni mediche basati sulle risorse).

Messo a punto da un gruppo di ricercatori di Harvard, la RBRVS è un indice relativo delle risorse assorbite per erogare le 7.000 prestazioni in cui possono essere catalogate tutte le attività mediche e chirurgiche. Per calcolare i costi medi di queste prestazioni è stato sviluppato un modello che misura:

1) il lavoro impiegato per erogare ogni singola prestazione, compreso quello precedente e successivo alla visita o all'intervento;

2) i costi relativi all'esercizio della professione (lo studio, il personale ausiliario, le attrezzature personali, i corsi di aggiornamento, ecc.);

3) il costo opportunità del periodo di addestramento (il periodo in cui i giovani lavorano alle dipen-

denze e non possono ancora esercitare la libera professione) (Hsiao 1988 b). La misurazione del lavoro (punto 1) ha rappresentato la parte più complessa ed originale del modello. In particolare, tramite 3.200 questionari, è stato stimato il lavoro necessario per ogni prestazione valutando 4 dimensioni: il tempo, l'impegno mentale, lo sforzo tecnico e fisico, e lo « stress ».

Non essendo monetaria, la scala viene tradotta in tariffe tramite un fattore di conversione che viene stabilito annualmente dal congresso. In questo modo il potere politico si riserva la decisione sulla variabile stra-

tegica « tariffa media », lasciando a un sistema automatico con basi tecnico/scientifiche il passaggio alla retribuzione delle singole prestazioni.

Il sistema è stato oggetto di fortissime critiche, soprattutto da parte dei medici appartenenti alle specialità che sono state più duramente penalizzate. Come mostra la tabella 1, il sistema modifica radicalmente la struttura tariffaria, ribassando notevolmente il rimborso di prestazioni ad alto contenuto tecnico/tecnologico, aumentando quelle della medicina di base e, più in generale, delle visite ambulatoriali di « routine » e di « follow-up ».

**Tab. 1 - Comparazione tra le tariffe in base alla RBRVS e quelle medie di Medicare per il 1986**

Tipo di servizio	RBRVS (1)	Media di Medicare (2)	(2) (1)
<b>VISITE DI MEDICINA DI BASE</b>			
Visita ambulatoriale, semplice con paziente già in carico	49	21	0,43
Visita ambulatoriale, intermedia con paziente già in carico	85	24	0,28
Visita ambulatoriale, estesa con paziente già in carico	135	33	0,24
Visita ambulatoriale, completa con nuovo paziente	186	53	0,28
Visita iniziale, complessa .....	283	86	0,30
<b>PROCEDURE INVASIVE</b>			
Ernioraffia inguinale .....	476	732	1,54
Colonscopia con rimozione della lesione .....	518	742	1,43
Fotocoagulazione della retina .....	694	890	1,28
Resezione transuretrale della prostata .....	1.433	1.412	0,99
Endarterectomia carotidea .....	1.465	2.044	1,40
Rimozione cataratta con inserimento di protesi .....	1.592	2.000	1,26
Riparazione frattura del femore .....	2.101	1.701	0,81
3 Bypass arterio-coronari .....	2.871	4.663	1,62
Inserimento della protesi dell'anca .....	2.903	3.044	1,05
<b>PATOLOGIA</b>			
Broncoaspirato, esame citologico .....	58	35	0,60
Esame istologico (criosezione di biopsia di mammella)	114	87	0,76
<b>RADIOLOGIA</b>			
Interpretazione radiografica toracica, due proiezioni	22	20	0,91
Interpretazione radiografia colonna vert., sezione lombare	33	34	1,03
Interpretazione di una mammografia .....	59	39	0,66
Esame Tac dell'addome, con mezzo di contrasto .....	120	129	1,08
Ecografia dell'addome, completa .....	132	101	0,77

Fonte: Hsiao W.C., et al., « Results and Policy implications of the Resource-Based Relative-Value Study », The New England Journal of Medicine, 319, 818, 1988.

Sebbene non esplicitamente ideato per tenere conto del rapporto costi/benefici delle prestazioni, la RBRVS modifica la struttura tariffaria in una direzione favorevole alla medicina di base, penalizzando notevolmente alcune specialità chirurgiche, patologia generale e radiologia.

L'opposizione di alcune associazioni di categoria dei medici e l'oggettiva difficoltà di introdurre un sistema così radicale hanno spinto il Congresso a un aggiustamento in sede politica attenuando, nel rispetto però della struttura sostanziale, l'impatto redistributivo tra le specialità e, all'interno di ogni specialità, tra le sottospecialità e le tipologie di prestazioni.

A parte queste considerazioni, il sistema risente di tre importanti limitazioni, riconosciute dagli stessi autori:

a) è basato su una classificazione delle prestazioni che lascia differenziali troppo grandi in termini di severità dei casi (medici con un case-mix particolarmente severo sono così penalizzati sotto un profilo finanziario);

b) non tiene assolutamente conto della qualità delle prestazioni perché prescinde completamente da qualsiasi parametro, anche se indiretto, per misurarla (ad esempio l'esperienza, i « record professionali », ecc.);

c) è fondato esclusivamente sulle risorse (gli input) dell'attività, trascurando completamente l'utilità e i benefici delle singole prestazioni.

La RBRVS consente di cogliere due obiettivi di notevole rilievo: la definizione di un sistema tariffario unico per il programma Medicare, in grado di metter fine all'autonomia dei medici nel determinare il valore delle proprie prestazioni, e l'impostazione di criteri di equità nella retribuzione dei medici che servano anche a produrre incentivi per una redistribuzione dei medici tra le specialità e le tipologie di prestazioni.

Tuttavia, su entrambi i fronti molto lavoro sembra ancora necessario. Le spese mediche sono il frutto del prodotto tra prezzi unitari e volumi: la RBRVS risolve soltanto il primo dei due elementi, lasciando, e forse addirittura aggravando, il problema della crescita incontrollata delle prestazioni e, in diversi casi documentati, del loro sovrautilizzo e della loro inappropriata (Hsiao 1988 a).

### **Il tema emergente: la qualità**

Mosso da motivazioni interne ed esterne al sistema sanitario, il problema della qualità sta assumendo un ruolo centrale, ponendosi come terreno di innovazione istituzionale (cioè guidata dall'intervento pubblico), di innovazione gestionale e di ricerca. Non solo, quindi, si registrano una regolazione pubblica crescente e interventi specifici dei programmi Medicare e Medicaid, ma si assiste ad una diffusa serie di iniziative « autonome » da parte di singoli ospedali, associazioni professionali, assicurazioni, finanziatori (datori di lavoro) e associazioni di consumatori.

È interessante notare come proprio in un sistema in cui è prevalente la componente di mercato si sia sviluppata una particolare attenzione sulla qualità. Due interpretazioni generali possono essere avanzate a questo proposito. La prima è che questa particolare attenzione non sia altro che il frutto delle « deficienze » del sistema di mercato che, lasciando agli interessi individuali la regolazione del sistema, pone la domanda (il paziente) in una situazione di debolezza nei confronti dell'offerta (il medico); secondo questa interpretazione, le attività finalizzate a garantire la qualità trarrebbero origine dalla necessità avvertita dalla collettività di proteggersi dai rischi e dalle distorsioni dell'agire de-

gli interessi economici particolari e della concorrenza. La seconda interpretazione risulta più benevola e ottimistica: la ricerca di una maggiore qualità dell'assistenza sarebbe la naturale evoluzione di un sistema « ricco », in grado di permettersi, almeno per una larga fascia della popolazione, di elevare l'efficacia delle prestazioni sanitarie attraverso una ridefinizione della qualità delle professionalità sanitarie, una revisione dei processi assistenziali ed una verifica scientifica dell'utilità delle specifiche soluzioni diagnostiche/terapeutiche adottate.

A prescindere da una dettagliata analisi delle due interpretazioni, che non sembra opportuno riportare in questa sede, vada comunque evidenziato come l'attenzione verso la qualità sia manifestazione di un rinnovato interesse per il problema dell'efficacia delle prestazioni mediche, acuito da una evoluzione del sistema sanitario americano verso soluzioni tecnologiche sempre più costose e i cui benefici marginali appaiono sempre più ridotti e incerti.

In questo senso le innovazioni sul fronte della qualità assumono estremo rilievo anche sotto il profilo economico: esse sono indirizzate ad analizzare la finalità dei processi economici, e cioè il rapporto tra i servizi sanitari ed il bisogno di salute.

In questa sede ci si limiterà a dare alcune informazioni generali e a fare alcune riflessioni su questo tema, lasciando alla bibliografia di riferimento ( riquadro 1, a pag. 85) il compito di fornire maggiori dettagli.

Diversi interventi caratteristici del sistema sanitario americano si sono recentemente aggiunti ai tradizionali meccanismi di assicurazione della qualità dell'assistenza sanitaria, basati sulla certificazione delle strutture e delle professionalità coinvolte, e presenti in tutti i sistemi dei Paesi industrializzati.

Un ruolo di primo piano è innanzi tutto svolto dalla Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Sorta nel 1917 su iniziativa dell'associazione dei chirurghi americani, la JCHAO è un'associazione privata guidata da rappresentanti eletti dalle associazioni dei medici, degli ospedali e dei « consumatori ». Malgrado il carattere privatistico dell'associazione, le sue certificazioni sono il punto di riferimento per gli standards « strutturali » di qualità richiesti alle strutture di erogazione da parte dei più importanti programmi assicurativi: Medicare, Medicaid e Blue-Cross rimborsano soltanto prestazioni rese in strutture accreditate dalla JCHAO.

L'attenzione verso la qualità registrata negli anni '80 ha profondamente influito sul ruolo e sulle attività di questa associazione che si era storicamente sviluppata sull'assistenza ospedaliera e sul controllo della qualità degli « input » impiegati nell'erogazione dei servizi. Da un lato lo spettro di azione si è ampliato, arrivando ad interessare anche strutture lungodegenziali, ambulatoriali, e programmi sanitari non strettamente legati a strutture fisiche; dall'altro, la dimensione della valutazione della qualità è stata riorientata verso i « processi » e i risultati dell'assistenza, abbandonando la semplicistica visione della qualità intesa come meccanico risultato della qualità degli input.

Coerenti con questo riorientamento sono anche diverse iniziative non riconducibili alla JCHAO: la pubblicazione dei tassi specifici di mortalità ospedaliera dei pazienti di Medicare, disaggregati per singolo ospedale, la copiosa attività di ricerca indirizzata ad approntare « guidelines » di riferimento per la revisione della qualità dei processi diagnostico/terapeutici e studi finalizzati a cogliere la dimensione dei « risultati » attraverso l'analisi dei dati di mortalità, morbilità e qualità della vita, sono tutte iniziative che rientrano in una nuova concezione della revisione della qualità più orientata ai « processi » e ai « risultati ».

L'altro grande attore della scena « qualità » è Medicare. Tramite le Professional Standard Review Organizations prima, e le Professional Review Organizations dopo, Medicare ha finanziato una serie di programmi finalizzati ad assicurare l'appropriatezza dei servizi erogati e la qualità delle prestazioni rese.

Le PROs sono gruppi di operatori sanitari (soprattutto medici e infermieri specializzati), i cui compiti principali sono:

a) autorizzare il ricovero ospede-

daliero (quando non di emergenza) e certificare il prolungamento delle degenze;

b) definire dei « profili » di utilizzazione dei servizi per gruppi di pazienti, strutture e medici al fine di identificare situazioni anomale da sottoporre a « inchiesta »;

c) analizzare le cartelle cliniche di singoli casi da parte di medici e/o infermieri appositamente specializzati al fine di individuare situazioni su cui proseguire la verifica tramite contatti diretti con il medico sottoposto a revisione.

Le attività delle PROs, sostanzialmente orientate a valutare la qualità in termini di « correttezza » del processo diagnostico/terapeutico seguito, sono state sottoposte a severe critiche sotto due aspetti. Da un lato è stato sostenuto che risentono di una ambiguità di fondo nelle loro finalità, perché cercano di coniugare la revisione della qualità al monitoraggio dell'utilizzazione dei servizi in funzione del contenimento dei costi; dall'altro, dubbi sono stati sollevati sui benefici realmente ottenuti da programmi che, nel 1989, assorbivano 300 milioni di dollari (quasi 400 miliardi di lire) (Institute of Medicine 1990).

Completano questo quadro sintetico delle iniziative in tema di qualità due elementi, sostanzialmente diversi ma ugualmente rilevanti: la legislazione sulla « malpractice » e la diffusione, anche in campo sanitario, della filosofia e degli strumenti del Total Quality Management sviluppatasi durante gli anni '80 nel settore manifatturiero americano.

A differenza dei loro colleghi europei, i medici americani sono assoggettati a una severissima legislazione sulle responsabilità civili e penali nell'esercizio della professione. Detestata dai medici, ma anche criticata da esperti meno direttamente coinvolti, la « malpractice » ha contribuito alla crescita dei costi sanita-

#### Riquadro 1 — Indicazioni bibliografiche essenziali sulla qualità in sanità

Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J, *Curing Health Care*, Jossey-Bass, San Francisco, 1990.

Goldfield N, Nash DB (a cura di), *Providing Quality Care*, American College of Physicians, Philadelphia, 1989.

Institute of Medicine, *A Strategy for Quality Assurance*, National Academy Press, Washington D.C., 1990.

Palmer RH, Donabedian A, Povar GJ, *Striving for Quality in Health Care: an Inquiry into Policy and Practice*, Health Administration Press, Ann Arbor, 1991.

Oltre a QA in italiano, tre riviste in lingua inglese specializzate sui temi della qualità in sanità sono di sicuro interesse:

- Journal of Quality Assurance
- Quality Review Bulletin
- Quality Progress

Notevole è anche la pubblicistica in materia su riviste mediche internazionali. In particolare, gran parte degli articoli più citati in letteratura provengono da:

- Journal of American Medical Association
- New England Journal of Medicine.



ri (i medici sono sostanzialmente costretti a coprirsi con assicurazioni dai premi esorbitanti che vengono poi scaricate sui rimborsi per le prestazioni) e ha ulteriormente spinto la medicina americana verso pratiche « interventistiche » (la normativa tende infatti a punire pesantemente le omissioni spingendo i medici a proteggersi fornendo prestazioni di scarsa utilità) (Institute of Medicine 1990). A fianco di questi effetti perversi, è però da riconoscere che la pressione esercitata dal rischio della denuncia civile e penale per errori ed omissioni ha contribuito ad affrontare in maniera esplicita e sistematica, anche se forse distorta, il tema della qualità delle prestazioni mediche.

Uno stimolo nella stessa direzione trova anche origine nell'introduzione della qualità nelle strategie competitive delle aziende del settore sanitario. La diffusione del Total Quality Management nel sistema industriale e nelle amministrazioni pubbliche americane ha coinvolto anche il settore sanitario: orientamento all'utente, utilizzo di approcci scientifici per valutare la variabilità e la controllabilità dei fenomeni, gruppi di lavoro interfunzionali, coinvolgimento del personale a tutti i livelli, impegno forte del « Trop Management » sui temi della qualità sono tutti elementi di un nuovo approccio al management che si iniziano a riscontrare anche nelle aziende sanitarie, tradizionalmente non particolarmente sensibili alle innovazioni organizzativo/gestionali. Coniugandosi ad una attenzione alla qualità radicata nella cultura sanitaria americana, il TQM sembra poter dare un notevole contributo sia sul passaggio dalla « revisione » della qualità alle azioni finalizzate per il suo miglioramento, sia sull'allargamento dello spettro d'azione alle condizioni organizzative, ai meccanismi operativi, al contributo del personale non medico.

### Tra innovazioni e problemi rimasti irrisolti: la «performance» del sistema

La complessità dei processi tecnici ed economici sottostanti la tutela della salute, la molteplicità dei fattori influenzanti la salute umana, la sua difficilissima misurazione, lo spesso tenue e incerto legame tra servizi sanitari e stato di salute, sono tutti elementi che rendono estremamente difficile una valutazione globale e sintetica dei sistemi sanitari. In questa sede si propone una breve lettura della « performance » del sistema americano secondo alcune dimensioni che possono contribuire a ricostruire, anche se solo parzialmente, il quadro d'insieme.

#### La crescita della spesa sanitaria

Malgrado le politiche espone precedentemente la spesa sanitaria degli Stati Uniti continua ad aumentare a tassi crescenti: l'incremento nominale pro-capite annuo nel periodo 1980-89 è stato del 10,3% (Schieber 1991a). In media, un americano ha speso, nel 1989, 2,354 dollari per la tutela della salute, quasi il doppio di un francese e di un tedesco, e circa 1,300 dollari in più di un italiano (tab. 2) (per un'analisi comparata dei sistemi sanitari dei paesi industrializzati si veda il saggio di Eugenio Anessi su questo numero di Mecosan, n.d.r.).

Anche quando letta in percentuale sul prodotto interno lordo, la crescita della spesa sanitaria degli U.S.A. appare impressionante: da una percentuale di circa il 6% a metà anni '60 (il periodo di introduzione dei programmi pubblici) si è passati all'11,8% nel 1989. Fonti ufficiali stimano intorno al 13% il rapporto tra spesa sanitaria e prodotto nazionale lordo per il 1991 (figura 3, a pag. 87).

Anche a prescindere da una analisi della relazione tra risorse e stato di salute della popolazione, la crescita della spesa sanitaria americana è fonte di preoccupazioni. Da un lato si riconosce che gli attuali tassi di crescita non sono ripetibili nel medio periodo, pena l'assorbimento di gran parte delle risorse economiche per la sola tutela della salute; dall'altro, il sistema non sembra essere in grado di rallentare autonomamente la crescita della spesa, suggerendo la necessità di forme « forti » di regolazione pubblica (da intendersi *latu sensu*) sulle quali non esiste consenso né nella comunità degli esperti, né tra la popolazione e la sua rappresentanza politica.

#### Efficienza ed efficacia delle risorse devolute al sistema sanitario

In assenza di strumenti di valutazione globale dell'efficacia della spesa

**Tabella 2 - Spesa sanitaria pro-capite e percentuale della spesa sanitaria sul Prodotto interno lordo (dollari 1989)**

Nazione	Spesa sanitaria pro-capite 1989	Percentuale spesa sanitaria sul P.I.L.
Canada .....	1.683	8,70%
Francia .....	1.274	8,70%
Germania occidentale .....	1.232	8,20%
Italia .....	1.050	7,60%
Giappone .....	1.035	6,70%
Regno Unito .....	836	5,80%
Stati Uniti .....	2.354	11,80%

Fonte: Schieber J.G., Poullier J., *International Health Spending: Issues and Trends*, Health Affairs, Spring, 105-116, 1991.

sanitaria nel rispondere ai bisogni sanitari, è possibile trarre qualche indicazione a riguardo soltanto attraverso alcune analisi parziali. Di seguito si forniscono alcuni spunti con l'intento di introdurre il problema.

— La diffusa disintermediazione tra erogatore e assicuratore, caratteristica del sistema sanitario americano nella sua forma tradizionale ed ancora prevalente, non fornisce stimoli per l'attivazione di meccanismi di razionamento a livello periferico, guidati dagli erogatori di servizi.

— L'esaltazione della competizione, sia nel sistema assicurativo che nel sistema di offerta dei servizi, ha probabilmente prodotto miglioramenti della produttività (intesa come rapporto tra risorse e servizi offerti), ma ha allo stesso tempo spinto verso un aumento delle prestazioni as-

sicurate ed offerte.

— Sul lato dell'efficacia e cioè sul rapporto tra servizi offerti e miglioramento dello stato di salute, esiste la convinzione diffusa, a volte confermata da specifiche analisi, di percentuali rilevanti di interventi chirurgici inutili se non addirittura dannosi, di imponenti quantità di analisi di laboratorio e di prestazioni di diagnostica per immagini i cui esiti non forniscono alcuna informazione utile per la diagnosi, di nuove tecnologie sanitarie a scarsa utilità generale e ad alta improprietà d'uso (Aaron 1989).

*L'accesso al sistema*

Una grande incertezza caratterizza le stime sul numero di persone non coperte da alcuna polizza sani-

taria: nel 1985 era stato stimato in 37 milioni, con un incremento di 8,6 milioni rispetto al 1979. Dati più recenti, invece, stimano in 31,5 milioni i non assicurati (1988), ma la cifra è basata su una definizione differente di copertura assicurativa (Aaron 1989). Se circa il 15% degli americani non è assicurato, si stima che una percentuale simile dispone di copertura inadeguata.

La mancanza di copertura assicurativa non implica automaticamente la mancanza d'accesso ai servizi sanitari sia perché può interessare famiglie a reddito sufficiente ad affrontare esborsi diretti (si tratta comunque di una componente minoritaria), sia perché il sistema sanitario, specialmente la componente ospedaliera, offre (o meglio sarebbe dire è costretto ad offrire) prestazioni gratuite il cui costo è scaricato sul rimborso degli utenti assicurati.

Queste due specificazioni non riducono comunque la gravità del problema della popolazione non assicurata: il 30% ha un reddito inferiore alla soglia di povertà definita a livello federale in circa 14,000 dollari all'anno per una famiglia di 4 persone; un altro 30% appartiene alla fascia di reddito che non supera il 200% della soglia di povertà; la pressione competitiva spinge gli ospedali a ridurre l'assistenza gratuita accogliendo soltanto situazioni d'emergenza e dimettendo precocemente; servizi di medicina di base, ambulatoriale e preventivi sono raramente offerti gratuitamente (Aaron 1989) (Reinhardt 1989).

*Mortalità infantile e vita attesa*

Anche se la salute non è meccanicamente ed esclusivamente determinata dalle risorse devolute alla sanità, la valutazione di un sistema sanitario non può prescindere dagli indicatori disponibili sullo stato di salute della collettività.

**SPESA SANITARIA DEGLI STATI UNITI  
COME PERCENTUALE DEL P.I.L.**

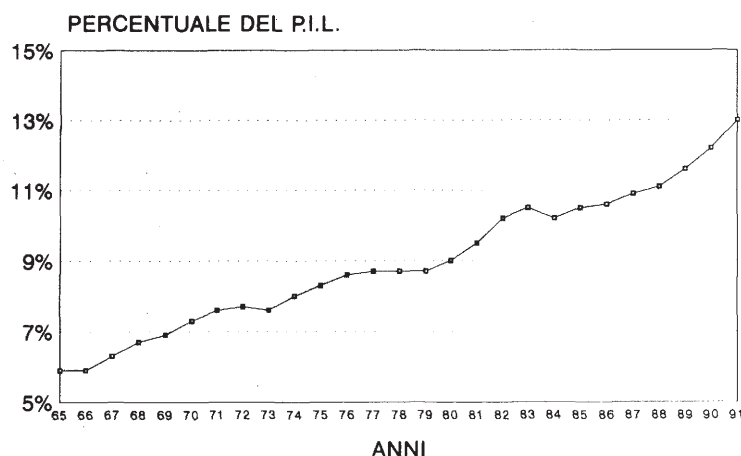


Figura 3

La tabella 3 mostra la vita attesa alla nascita e il tasso di mortalità infantile per il gruppo dei sette Paesi più industrializzati. Con 10 morti entro il primo anno di vita ogni mille bambini nati vivi, gli Stati Uniti si posizionano peggio dell'Italia; non molto più brillante è poi la performance relativa alla vita attesa: un americano ha una speranza di vita alla nascita di 75,6 anni, 2 anni meno di un italiano e quasi 4 anni meno di un canadese.

Lo stato di salute media di un cittadino americano è il frutto di una aggregazione etnica di livelli estremamente eterogenei: la popolazione di colore ha infatti una mortalità infantile doppia di quella bianca, e la differenza in termini di vita attesa dei due gruppi etnici è di ben 7,4 per gli uomini e 5,5 per le donne. È indubbio che, oltre a possibili differenze genetiche, contribuiscano a questo divario anche le condizioni economico/sociali e le difficoltà d'accesso al sistema sa-

nitario in cui si trovano le fasce più povere, spesso prevalentemente composte da minoranze etniche.

Anche se questi due indicatori interpretano solo parzialmente lo stato di salute di una collettività, i valori degli Stati Uniti danno un quadro sostanzialmente negativo, rendendo se non altro legittimo porsi il problema della produttività della spesa sanitaria.

#### *Il livello di gradimento sociale del sistema sanitario*

Le survey sul gradimento del sistema sanitario da parte di campioni significativi della popolazione si stanno recentemente sviluppando come strumento ausiliario per comprendere il successo del sistema sanitario, ovvero la percezione della collettività sui costi e sui benefici riconducibili al finanziamento, all'organizzazione e al funzionamento dei servizi sanitari.

In un lavoro pionieristico, Blendon

della Harvard School of Public Health ha comparato il livello di soddisfazione per il sistema sanitario nazionale di U.S.A., Canada e Regno Unito (Blendon 1989).

I risultati mostrano un quadro preoccupante per gli Stati Uniti anche sotto questo versante: soltanto il 10% degli americani intervistati si è detto soddisfatto del sistema sanitario del proprio Paese; un Paese simile e vicino agli Stati Uniti quale è il Canada (dotato di una copertura universale finanziata pubblicamente) presenta un livello di gradimento addirittura del 56% (tabella 4).

#### **Conclusioni**

La crisi di legittimazione che scuote i sistemi sanitari pubblici dell'Europa occidentale interessa, seppure con tratti diversi, anche gli Stati Uniti. Le motivazioni a sostegno di una forte attività di regolazione pubblica riscontrabili in Europa occidentale, si registrano come elementi di crisi del sistema americano.

Il sistema appare difficilmente in grado di risolvere i problemi di controllo della spesa, di inefficienza e iniquità generati dal libero agire delle forze di mercato.

È stata avanzata l'ipotesi che anche in questo sistema le difficoltà derivino da un non completo compimento del mercato. Da qui proposte di riforma rivolte a deregolamentare ulteriormente il sistema, liberandolo ancor di più dai condizionamenti dell'intervento pubblico (Herzlinger 1991).

Non mancano comunque posizioni a favore di una radicale riforma del sistema di taglio opposto: universalità della copertura assicurativa e più incisivi strumenti di regolazione pubblica sono elementi presenti in diverse proposte attualmente al vaglio del Congresso.

A prescindere da una analisi degli schemi interpretativi della crisi del sistema sanitario americano, vi è un so-

**Tabella 3 - Mortalità infantile e vita attesa alla nascita nei 7 paesi più industrializzati**

Nazione	Mortalità infantile	Vita attesa alla nascita
Canada .....	7,2	76,60
Francia .....	7,6	75,70
Germania occidentale .....	9,0	74,80
Italia .....	9,3	75,40
Giappone .....	4,8	78,00
Regno Unito .....	9,0	75,00
Stati Uniti .....	10,0	75,30

Fonte: W.H.O., World Health Statistics Annual, 1992: Schieber i.J. et al *Hc systems in 24 countries*. Health affairs 1991; Summer: 202-215.

**Tabella 4 - La percezione dell'opinione pubblica sul proprio sistema sanitario**

	U.S.A.	Canada	Regno Unito
Nel complesso il sistema sanitario funziona bene, richiede soltanto aggiustamenti minori	10,0%	56,0%	27,0%
Ci sono aspetti positivi nel nostro sistema, ma sono necessari cambiamenti fondamentali	60,0%	38,0%	52,0%
Il nostro sistema sanitario va così male che occorre ricostruirlo dalle fondamenta .....	29,0%	5,0%	17,0
Non so .....	1,0%	1,0%	4,0%

Fonte: Blendon R.J., Taylor H., *Views On Health Care: Public Opinion in Three Nations*, Health Affairs, Spring, 149-159, 1989.



stanziale accordo nel ritenerlo un modello in cui i tratti essenziali sono riconducibili ai meccanismi di mercato. Sebbene, inoltre, la politica sanitaria degli anni '80 possa essere considerata ambigua, formata cioè da un intreccio tra « deregulation » e ridefinizione di nuovi strumenti di intervento pubblico, sembra evidente il tentativo di rivitalizzare il sistema americano tramite una fiducia riposta nelle virtù del pluralismo del sistema di offerta, della concorrenza a tutti i livelli, della libera scelta dei consumatori, dell'innovazione imprenditoriale. I risultati non sembrano tuttavia esaltanti: la spesa rimane fuori controllo, l'accesso da parte delle fasce più deboli è diventato sempre più difficile, le condizioni di salute rimangono a livelli piuttosto bassi se messi a confronto con altri Paesi economicamente simili.

In una fase in cui si ridiscute l'assetto del sistema sanitario italiano, una lettura attenta della situazione degli Stati Uniti può permettere di evitare i rischi di semplicistiche soluzioni improntate a un generico richiamo al privato, che interessi sia il finanziamento che l'erogazione dei servizi sanitari.

Ma l'esperienza americana può dimostrarsi ancora più utile se si sposta l'attenzione sul piano delle innovazioni organizzative, dei sistemi di

management, della misurazione dell'output delle prestazioni mediche e delle sperimentazioni sulla revisione della qualità. La crisi del sistema sanitario americano, che non ha ancora trovato una risposta adeguata, ha probabilmente contribuito alla proliferazione di queste iniziative innovative.

Una loro lettura approfondita può essere estremamente utile per sviluppare l'innovazione anche nel sistema italiano.

#### BIBLIOGRAFIA

- AARON H.J., *Serious and unstable condition. Financing America's Health Care*. The Brookings Institution, Washington 1989.
- BARDSLEY M., COLES J., JENKINS L., *DRGs and Health Care*. King Edward's Hospital Fund, London 1987.
- BLENDON R., TAYLOR H., *Views on Health Care: public opinion in three Nations*. Health Affairs, Spring, 148-159, 1989.
- FETTER R.B., *DRGs: their design and development*. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan 1991.
- FUCHS V., *The competition revolution in Health Care*. Health Affairs, 7, 5, 24, 1988.
- GRUBER L.R., SHADLE M., POLICH C.L., *From movement to industry: the growth of HMOs*. Health Affairs, 7, 197-208, 1988.
- HERZLINGER R.E., *Healthy competition*. The Atlantic Monthly, 69-81, August 1991.
- HSIAO W.C., BRAUN P., DUNN D., BECKER E.R., *Resource-based values*. Journal of American Medical Association, 260, 2347-2353, 1988(a).
- HSIAO W.C., BRAUN P. et al., *Results and implications of the resource-based relative value study*. New England Journal of Medicine, 319, 881-888, 1988(b).
- INSTITUTE OF MEDICINE, *A strategy for Quality Assurance*. Vol. 1, National Academy Press, Washington D.C. 1990.
- RAYNER G., *HMOs in the U.S.A. and Britain: a new prospect for Health Care?* Social Science and Medicine, 27, 305-320, 1988.
- REINHARDT U., *American Health Care at the Crossroads*. Princeton University, March 31, 1989.
- ROBINSON R., *Competition and Health Care. A comparative analysis of UK Plans and US Experience*. Kings Fund Institute, 1989.
- SCHIEBER G.J., POUILLIER J., *International Health Spending: issues and trends*. Health Affairs, Spring, 106-116, 1991.
- SCHIEBER I.J., *Hc systems in 24 countries*. Health affairs 1991; Summer: 202-215.
- WILLIAMS A., *Ideologie e sistemi sanitari: la scelta tra egualitarismo e liberismo tra pubblico e privato*, in HANAU C., MURARO G. (a cura di): *Governare la spesa sanitaria: un confronto internazionale*. F. Angeli, Milano 1987.

# POLITICHE DI CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA EXTRAOSPEDALIERA: IL CASO DEL REGNO UNITO

di Anna De Benedetti \*

SOMMARIO: Introduzione - Gli strumenti dell'approccio economico - Gli strumenti dell'approccio non economico - Conclusioni.

## Introduzione

Molti sono stati e sono, in tutti i Paesi industrializzati, gli sforzi per cercare di contenere la spesa farmaceutica; questo perché tale spesa rappresenta un'importante componente dei costi sostenuti dai diversi servizi sanitari. Nel Regno Unito (U.K.) ad esempio, lo 0,6% del PIL (D. Taylor, A. Maynard 1990) è destinato al consumo dei farmaci, mentre in Italia questo si aggira sull'1%. Cypress (1983) riporta che nei Paesi industrializzati almeno il 75% della spesa farmaceutica ha origine da decisioni terapeutiche prese dal medico di base. Infatti egli sostiene che presso il medico di base, il 75% di tutte le visite si risolve con la prescrizione di almeno un farmaco, rendendo la terapia farmacologica la forma più frequente di trattamento nella pratica extraospedaliera. Il dato pur non riflettendo appieno la realtà di quei Paesi dove la prescrizione del medico di base è anche un atto amministrativo (come in Italia), vale a dire la trascrizione della ricetta dello specialista, riflette tuttavia un fenomeno tipico del nostro tempo e della cultura medica occi-

dentale, che si traduce in un incremento della spesa nazionale per i farmaci di origine extraospedaliera. Come arginare questo incremento (1) è un problema nella sua gestione molto complesso, poiché se da un lato esistono reali bisogni terapeutici sempre crescenti, legati ad esempio a variazioni demografiche o a nuove patologie, dall'altro esiste il limite della scarsità delle risorse che richiedono politiche di contenimento dei costi se non dei veri e propri tagli alle spese. Inoltre, in Paesi come il Regno Unito esiste anche una forte industria farmaceutica (2) capace di influenzare pesantemente il mercato farmaceutico.

Nonostante ciò i medici inglesi prescrivono un numero di ricette per abitante inferiore rispetto ai loro colleghi europei (7,6 nel 1990 rispetto alle 20 pro-capite dell'Italia o alle 38 della Francia) (Isis, 1992).

Scopo di questo scritto è di analizzare gli elementi caratterizzanti delle principali politiche di contenimento della spesa farmaceutica di origine extraospedaliera applicate nel Regno Unito, Paese che si segnala per la sua dinamicità nel campo degli interventi sanitari. Questa spesa tut-

tavia si colloca, per questo Paese, ampiamente al di sotto della media europea, in particolar modo a circa metà di quella italiana.

Gli approcci alla problematica dell'esplosione della spesa farmaceutica possono almeno da un punto di vista teorico, essere schematicamente divisi in due tipi di interventi che agiscono uno su variabili di tipo economico e l'altro su variabili di tipo non economico. Tra i primi ricordiamo i classici meccanismi di im-

---

\*Anna De Benedetti, è ricercatrice presso il Cergas (Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria dell'Università Bocconi di Milano). Master in pianificazione e finanziamento dei sistemi sanitari.

(1) In U.K., ad esempio, il costo dei prodotti farmaceutici dispensati dai farmacisti ha subito nel 1990 un incremento in termini assoluti del 10 per cento (pari all'1 per cento in termini reali (Isis, 1992).

(2) Genera utili pari a circa 950 milioni di sterline l'anno (ca 220 miliardi di lire italiane) e provvede direttamente e indirettamente a circa 350.000 posti di lavoro (D. Taylor, A. Maynard 1990).

posizione del ticket, di definizione della lista dei farmaci rimborsabili, di determinazione dei prezzi del prodotto farmaceutico. E con un carattere più innovatore, rispetto ai precedenti strumenti, i meccanismi di responsabilizzazione economica della spesa farmaceutica extraospedaliera entrati in vigore con la nuova riforma sanitaria inglese « Working for Patients ». Gli interventi che si avvalgono di strumenti non economici agiscono principalmente sui comportamenti, al fine di ottenere prescrizioni qualitativamente e quantitativamente appropriate da parte del medico, e l'educazione sanitaria del consumatore, mirata quest'ultima ad ottenere un efficace uso dei farmaci e ad evitarne abusi.

Vediamo quindi di delineare gli aspetti più salienti dei succitati approcci.

**Gli strumenti dell'approccio economico**

**A) Il ticket**

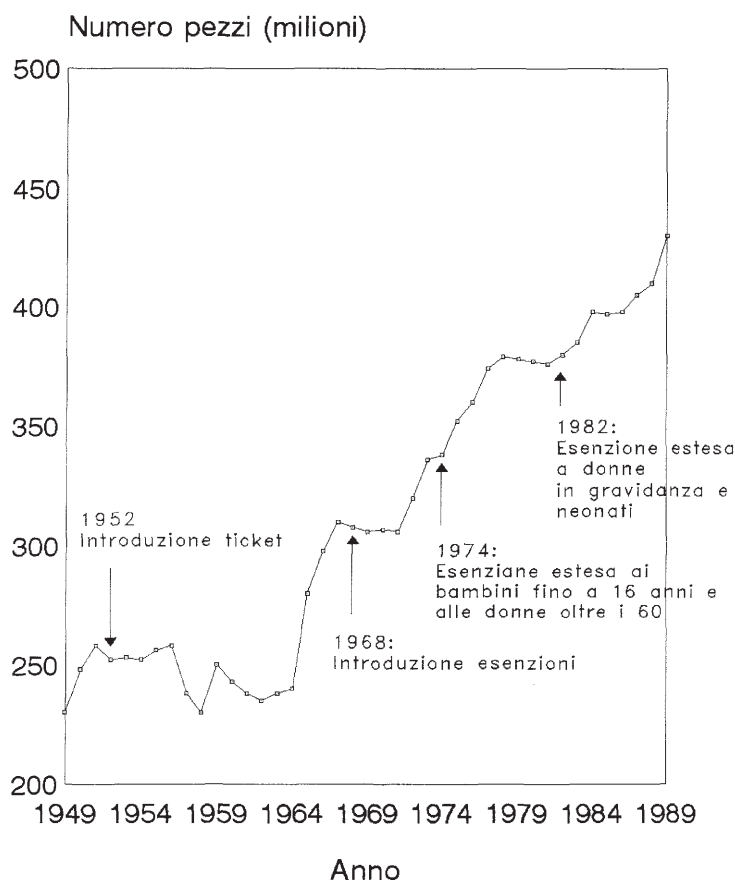
Il ticket sulla ricetta e/o sul farmaco prescritto è uno strumento economico classico, adottato in molti Paesi, spesso associato ad altre manovre per influenzare il consumo farmaceutico e conseguentemente contenere la spesa farmaceutica. Questo significa che l'utente è chiamato a partecipare per una certa quota, fissa in U.K. (variabile a seconda dei farmaci negli altri Paesi) all'acquisto del farmaco che è parzialmente a carico del N.H.S. (National Health Service: Servizio sanitario nazionale). Il ticket è quindi da considerarsi una tassa i cui effetti principali sono da ricercarsi in una modifica della domanda in senso contenitivo; in una sensibilizzazione dell'opinione pubblica al problema dei costi; in una forma di finanziamento del sistema sanitario. Tuttavia, la letteratura riporta che gli effetti del ticket nel contenimento della domanda si manifestano solo a breve termine

sia perché il consumatore si assuefua progressivamente al nuovo onere economico sia perché l'inflazione riduce progressivamente il reale valore del ticket. Inoltre in U.K., l'esenzione dal pagamento del ticket, in special modo da parte della popolazione anziana, ha certamente indebolito l'azione contenitiva sulla spesa farmaceutica dovuta al ticket stesso. A sostegno di ciò, dati dell'A.B.P.I. (Associazione di categoria delle aziende farmaceutiche britanniche) del 1990 rilevano che il 41% dei farmaci rimborsati dal N.H.S. sono da attribuirsi alla popolazione in età pensionistica. Considerando che il numero di pezzi pro-

capite, per persone in età lavorativa è di 5 all'anno e che questo sale drammaticamente con l'età del cittadino, raggiungendo gli oltre 24 pezzi per persona negli ultrasessantacinquenni, si comprende l'influenza e quindi il peso economico che tale coorte di cittadini esercita sul N.H.S..

Lo strumento del ticket è quindi di per sé uno strumento efficace per il contenimento della spesa farmaceutica, ma i suoi effetti variano a seconda dell'importanza dei gruppi esonerati e comunque sono di breve durata a meno di un continuo aggiornamento del ticket stesso almeno all'inflazione.

**Farmaci dispensati dalle farmacie**  
Regno Unito 1949-1989



Fonte: Taylor D. Maynard A, 1990.



*b) Definizione della lista dei farmaci non rimborsabili*

La quantità e il tipo di farmaco erogato dal servizio sanitario può essere controllato qualora il Ministero della sanità decida di stabilire l'elenco dei farmaci convenzionati, vale a dire rimborsati (lista positiva) o stabilisca l'elenco dei farmaci i cui costi sono a carico dell'utenza (lista negativa). Il formulario britannico è del tipo « lista negativa » (M.L. Burstall 1991) e può essere inteso come un efficace strumento economico atto a contenere la spesa farmaceutica del N.H.S. poiché il costo del farmaco inserito in tale lista è a carico dell'utente.

L'effetto dell'uso della lista negativa può risultare dubbio qualora esista la propensione da parte del medico di prescrivere al suo paziente farmaci a carico (totale o parziale) del servizio sanitario il che vale a dire che gli effetti della lista negativa dipendono dal livello di « sostituzione » praticato dal medico stesso. La sostituzione quindi, di medicinali contenuti nella lista negativa con farmaci rimborsabili, potrebbe rischiare di trasformarsi più in una spirale dei costi che non in un contenimento degli stessi. Questa tendenza tuttavia dovrebbe essere bilanciata dal fatto che i medici inglesi operano, in seguito alla riforma « Working for Patients », nell'ambito di un budget farmaceutico prefissato e questo dovrebbe indurli ad usare maggiormente la lista come strumento per contenere il loro budget, scaricando così sull'utente il costo totale della prestazione farmacologica. Legati a quest'ultimo comportamento esistono quindi considerazioni di carattere etico, in special modo legate al concetto di equità, che rischiano proprio di far venire meno il principio ispiratore del N.H.S. che istituzionalmente deve essere in grado di garantire una pre-

stazione farmacologica tale da soddisfare i bisogni sanitari sia della collettività, sia del singolo individuo.

Sulla base di queste considerazioni sono state quindi avanzate, in U.K., richieste che autorizzino il farmacista a procedere d'ufficio alla sostituzione del farmaco prescritto qualora esista in commercio un farmaco, con equivalente principio attivo, ma meno oneroso per il N.H.S. o per il paziente. Esistono tuttavia remore nell'applicare questo strumento, infatti i detrattori di questa impostazione argomentano che potrebbe essere lesa l'autonomia prescrittiva del medico. La letteratura sull'argomento è al momento attuale assai scarsa e i primi dati, riguardanti principalmente il Canada e gli Stati Uniti, sembrano concordare sul fatto che i medici non sarebbero particolarmente contrari alla sostituzione d'ufficio da parte del farmacista del prodotto da loro prescritto (O.M.S. 1988). Resta pertanto da valutare la reazione che tale provvedimento potrebbe avere sulla classe medica britannica.

In alternativa è stato suggerito di prescrivere il principio attivo del farmaco al posto del nome commerciale, lasciando al farmacista la scelta del prodotto commerciale, da effettuarsi su una base di tipo economico. Questa proposta ha trovato molti d'accordo, ma si scontra con l'abitudine del medico di usare nomi commerciali peraltro più corti e quindi più facili da ricordare e con il mancato aggiornamento nella disciplina farmacologica da parte del medico stesso. Altre proposte suggeriscono, invece, di mettere in vendita il prodotto farmaceutico con un nome generico o altro, anziché con un nome di specialità o un marchio.

In conclusione l'uso della lista negativa può essere interpretato come uno strumento in grado di contenere efficacemente le spese farmaceutiche del servizio sanitario quando associato ad una prescrizione quali e

quantitativamente appropriata da parte del medico.

*c) Determinazione del prezzo del farmaco nel Regno Unito*

Il prezzo del farmaco, o meglio la sua determinazione, è un elemento fondamentale nella tematica del contenimento dei costi della spesa farmaceutica. L'approccio alla determinazione dei prezzi dei farmaci in U.K. è passato attraverso diverse fasi storiche che ha però sempre visto contrapporsi da un lato una forte industria farmaceutica e dall'altro il Governo inglese. L'influenza di una parte sull'altra, e quindi del loro potere contrattuale, si è andato alternando negli anni a secondo delle forze politiche al Governo. Il dopoguerra è il periodo caratterizzato dalla nascita del N.H.S. (1948) basato sul concetto del gratuito accesso alle strutture sanitarie e, qualora necessario, alla terapia. Questo periodo è dominato, da una parte, dalla riluttanza del Governo a liberalizzare i prezzi dei farmaci, tenuti sotto stretto controllo durante il secondo conflitto mondiale, e dall'altra a favorire l'industria farmaceutica dalla quale derivavano e derivano tuttora sensibili vantaggi all'economia nazionale. L'ambivalenza degli interessi governativi si manifestava in una ambigua e spesso contraddittoria politica nei confronti dei prezzi sui farmaci. La continua preoccupazione politica che il servizio sanitario fosse diventato un dispensario incontrollabile di medicine e quindi di costi portò, nel 1954, al tavolo della negoziazione il Ministero della sanità con lo scopo di contenere la spesa farmaceutica, e l'Associazione industriale farmaceutica britannica - A.B.P.I., con lo scopo invece di mantenere un'industria competitiva, efficiente e dinamica. Il risultato di questa negoziazione che durò 3 anni fu il cosiddetto « Voluntary price re-

gulation scheme » (V.P.R.S. - Schema volontario di regolamentazione del prezzo) (3), dove venivano stabiliti i criteri di riferimento che l'industria farmaceutica doveva utilizzare per determinare il prezzo del loro prodotto. Per esempio, il prezzo per i farmaci non originali non poteva superare quello medio ponderato di prodotti simili già in commercio. L'introduzione di questo primo schema ebbe in realtà solo un piccolo impatto sul contenimento della spesa farmaceutica e le cause vanno ricercate essenzialmente nella lenta e graduale introduzione del V.p.r.s. e nella clausola che autorizzava l'industria ad applicare un prezzo libero per un periodo di almeno 3 anni dall'entrata in commercio di un nuovo farmaco.

Nonostante le diverse rinegoziazioni del V.p.r.s., questo rimane essenzialmente immutato nella sua forma e nei principi ispiratori per almeno un decennio. Nel 1969 viene introdotto un nuovo V.p.r.s., modificato nei principi ispiratori ma non nel nome, dove l'oggetto della contrattazione non era più il singolo prezzo del farmaco, ma bensì il tasso di redditività aziendale che una volta stabilito non poteva più essere superato, pena il rimborso dei sovraprofiti. Le aziende venivano così tenute a depositare i bilanci (4), e il Governo inglese, mediante la tassazione dei profitti, si diede maggiori poteri per influenzare indirettamente le quantità dei farmaci venduti dall'industria al N.H.S.. I costi così sostenuti dal N.H.S. erano giustificati dall'assunzione che qualora costi e profitti dell'industria farmaceutica fossero a loro volta giustificati, ciò che il N.H.S. pagava per la totalità delle forniture farmaceutiche era anche esso giustificato e ragionevole (5).

Dal 1969 fino alla seconda metà degli anni '70 si assiste così ad un reale declino nel tasso di crescita della

spesa farmaceutica sostenuta dal N.H.S..

La rinegoziazione del V.r.p.s. nel 1978 è l'occasione per modificare il nome dello schema a « Pharmaceutical price regulation scheme » (P.p.r.s. - Schema di regolamentazione del prezzo dei prodotti farmaceutici), simile nei contenuti al V.p.r.s. del 1969. Tuttavia questa versione non fu così fortunata nel contenere la spesa farmaceutica, la quale già dalla seconda metà degli anni '70 era di nuovo esplosa essenzialmente a causa essenzialmente delle politiche sociali del Governo laborista, che ampliò l'esenzione dal pagamento del ticket (strumento usato in concomitanza con le precedenti versioni del V.p.r.s., per il contenimento della spesa farmaceutica) ad una vasta maggioranza della popolazione, la determinazione del prezzo del farmaco divenne così uno strumento insufficiente per il contenimento della spesa farmaceutica.

Con l'elezione nel 1979 del Governo conservatore, e l'apertura della cosiddetta era thacheriana, inizia un periodo di seri tagli finanziari e restrizioni economiche nel settore pubblico; la sanità non ne è risparmiata. L'enfasi si sposta dal pubblico al privato, e nel 1986 (ultima contrattazione del P.p.r.s.) alle aziende farmaceutiche viene concesso di aumentare il tasso di redditività al di sopra dei target stabiliti nei P.p.r.s. precedenti. In conclusione il P.p.r.s. è un valido strumento in mano al Governo, ma comunque insufficiente a contenere da solo la spesa farmaceutica.

#### d) *Meccanismi di responsabilizzazione economica sulla spesa farmaceutica extraospedaliera*

Il libro bianco della riforma inglese: « Working for Patients », pubblicato nel gennaio del 1989 in U.K., contiene anche una serie di proposte

orientate a contenere la spesa farmaceutica mediante un sistema di massimali di spesa indicativi, stabiliti ogni anno, per i farmaci prescritti dai medici di base.

In generale si può affermare che tale sistema si basa sul numero e tipologia delle prescrizioni dell'anno precedente, elaborato a livello centrale e regionale, sulla cui base vengono proiettate le stime dei consumi farmaceutici previsti per l'anno successivo. Da queste stime viene poi formulato il budget, da destinarsi ai singoli medici di base, per la voce « farmaci ». Qualora si verificasse uno sfondamento non giustificato del budget da parte di un medico questi viene personalmente interpellato e il comportamento prescrittivo valutato nella sua complessità. L'approccio budgettario dovrebbe così tenere sotto controllo indiretto sia la quantità che i prezzi dei farmaci. I medici infatti, vengono indirettamente indotti a prescrivere farmaci meno onerosi o a limitare le prescrizioni. Nel dettaglio le riforme inglesi riguardanti la responsabilizzazione economica per il contenimento della spesa farmaceutica si possono avvalere di due meccanismi principali di attuazione.

(3) Tale accordo è da considerarsi una convenzione tra le due parti, poiché non ha alcun valore legislativo.

(4) Le aziende farmaceutiche devono annualmente inviare al Ministero della sanità un prospetto (Annual Financial Return, AFR) che include le principali voci di costi e degli investimenti effettuati nonché l'ammontare delle vendite e il livello di utili che l'azienda ritiene di conseguire nell'anno (Lugonic, 1991).

(5) Qualora il Ministero, in base ai dati inviati dalle aziende, riteneva che i profitti reali siano superiori ai profitti teorici, può richiedere la rinegoziazione dell'accordo (è anche vero il contrario). Quando una trattativa viene riaperta, l'intera attività dell'impresa viene analizzata (Lucioni C., 1991).

Il primo coinvolge la maggior parte dei medici di base, ai quali le « Regional Health Authority » (R.H.A. - autorità sanitarie regionali) e le « Health Service Authorities » (autorità dei servizi sanitari) forniscono ogni anno dei massimali di spesa indicativa per i farmaci entro i quali i medici stessi devono operare.

I massimali di spesa indicativi vengono calcolati, come abbiamo già accennato, sulla base delle ricette inviate al servizio sanitario dai farmacisti per il rimborso attraverso il sistema informativo P.A.C. (Prescribing Analysis and Cost - analisi e costi dei comportamenti prescrittivi). Vengono quindi elaborati dei tabulati che riportano l'attività prescrittiva del singolo medico con lo scopo di incoraggiare l'auditing da parte degli stessi medici sul proprio comportamento prescrittivo.

Nella pratica il libro bianco « Working for Patients » recita che « ogni anno lo stanziamento per le spese farmaceutiche per l'assistenza di medicina di base contenuta nella previsione di spese governative complessive approvate dal Parlamento, sarà diviso in assegnazioni separate per le 14 Regioni, e le Autorità sanitarie regionali fisseranno i massimali di spesa globale per ciascun Family Practitioner Committee (6) il tutto in base a calcoli e previsioni dei costi per la prescrizione di medicinali nella zona di competenza del F.P.C..

Gli F.P.C. fisseranno poi dei massimali indicativi per gli studi di medicina di base, discutendoli con i medici stessi e considerando sia le reali spese per farmaci in quel momento sia la media registrata presso studi di medicina di base che operano in circostanze simili [G. France (a cura di) 1990].

La cifra stabilita potrà comunque essere riconsiderata qualora si verificassero eventi particolari quali epidemie o fenomeni non prevedibili, tuttavia a parte eventi particolari,

ogni componente del sistema — R.H.A., F.P.C. e medici di base — dovrà operare entro i limiti finanziari prestabiliti.

Qualora uno studio medico superi il proprio massimale indicativo, il primo passo del F.P.C. sarà quello di assisterlo offrendogli consulenza e sottoponendo, se necessario, i comportamenti prescrittivi tenuti dal singolo medico di base di quello studio ad un esame retrospettivo da parte di altri colleghi (auditing). In prospettiva il Governo cercherà inoltre, di ottenere la facoltà di consentire agli F.P.C. di imporre sanzioni pecuniarie ai medici che si ostinano a non limitare un ricorso alla prescrizione di farmaci giudicato eccessivo dall'audit.

I medici che risultano aver speso più del massimale di spesa concordato con i F.P.C. dovranno pertanto renderne conto personalmente. A loro i F.P.C. dovranno renderne conto all'autorità regionale negli stessi termini (D. Taylor, A. Maynard 1990).

Qualora la componente di spesa relativa ai farmaci risultasse inferiore ai massimali stabiliti a livello della Regione per ogni F.P.C., questi ultimi potranno trattenere la somma risparmiata e investirla in progetti da concordarsi coi medici di base.

Il secondo meccanismo di controllo previsto dalla riforma si riferisce a quei medici di base che esercitano in un contesto di bilancio autonomo su base imprenditoriale: le cosiddette « fund holding practices ». Il medico, assieme ai suoi partners, ha a disposizione dal N.H.S. un budget unico di fondi con cui deve provvedere all'acquisto di una determinata gamma di prestazioni e/o servizi che possono essere sia prestazioni ambulatoriali, sia alcuni tipi di trattamento per pazienti degenti, sia esami diagnostici ed ovviamente la terapia farmacologica. Per quanto riguarda quest'ultima essi ricevono i

fondi prestabiliti mediante il sistema, già citato, di massimali di spesa basati sul P.A.C.T..

A differenza del meccanismo precedente però qualora non venga spesa tutta la somma allocata per la spesa farmaceutica, questa potrà eventualmente essere dirottata per l'espansione di servizi e/o miglioramento delle dotazioni strumentali dello studio medico stesso.

Per quanto sia ancora prematuro trarre delle indicazioni sul reale ed efficace contenimento dei costi di questo sistema, le stime del Ministero del tesoro riportano risparmi pari a 200-400 milioni di sterline all'anno nel settore della spesa farmaceutica senza che peraltro vengano lesi gli interessi dell'industria farmaceutica nazionale o dei pazienti, anche se in verità non esistono dati specifici a supporto di tali tesi.

Dal punto di vista etico esiste tuttavia il timore che gli strumenti proposti dalla riforma possano manifestarsi negativamente a carico del paziente facendo precipitare la spesa farmaceutica a livelli inappropriati ai bisogni dell'utenza. I vari ministeri hanno però garantito a questo proposito che sia il budget indicativo per i medici di base sia quello relativo ai medici « fund holders » siano tali da garantire una efficace copertura farmacologica e comunque qualora le maggiori spese siano giustificate queste vengano coperte dal N.H.S. (D. Taylor, A. Maynard 1990).

### **Gli strumenti dell'approccio non economico**

In molti Paesi gli sforzi di carattere economico che mirano a conte-

---

(6) (F.P.C. - comitato dei medici di base. Tale comitato agisce per conto del Governo sui medici di base, non avendo il Governo stesso poteri d'intervento forti, o diretti, sui medici).



nere la spesa farmaceutica sono sempre più spesso associati a sforzi atti a migliorare la qualità prescrittiva del medico di base attraverso l'applicazione di strategie di tipo amministrativo, didattico e/o attraverso l'uso di incentivi. L'esperienza, infatti, suggerisce che per i motivi più svariati troppo spesso vengono prescritti farmaci non appropriati al caso trattato cosa che si traduce in termini clinici in un aumento di morbilità, e in alcuni casi estremi di mortalità; ed in termini economici in un incremento non giustificato della spesa farmaceutica.

La prescrizione appropriata di un farmaco, sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo, è quindi da considerarsi elemento essenziale delle politiche di contenimento della spesa farmaceutica poiché si riflette positivamente sui costi. L'appropriatezza prescrittiva è essenzialmente legata sia alla conoscenza clinica sia alla conoscenza dei costi diretti, ed indiretti, che la prescrizione comporta a carico del servizio sanitario come al privato. Tuttavia anche quando questa conoscenza esiste, il risultato è spesso minato dall'abitudine dettata dall'esperienza clinica a prescrivere sempre gli stessi farmaci (indipendentemente dal fatto che esistano eventuali sostituti più economici), dal bisogno del medico di affrontare farmacologicamente problemi di non chiara soluzione medica e dal fatto che il farmaco rappresenta ancora oggi, troppo spesso, un mezzo per terminare una visita (S. Soumerai et al. 1989).

È indubbio che molti degli interventi proposti per migliorare la qualità prescrittiva del medico si basano sulla visione ottimistica che la mancanza di una corretta informazione del medico sia la causa di una inappropriata prescrizione e che il sottoporre il medico a corretta informazione lo condurrà inevitabilmente a migliorare spontaneamente la sua abi-

lità prescrittiva (S.B. Soumerai et al., 1989). Da questa visione si sono quindi sviluppati diversi mezzi di comunicazione in grado di influenzare, più o meno, i comportamenti dei singoli medici ma non tutti si sono dimostrati altrettanto efficaci. La letteratura è concorde nel sostenere che l'invio di materiale divulgativo e informativo non si è dimostrato da solo efficace nel modificare l'appropriatezza della prescrizione. L'uso di protocolli e linee guida è un altro strumento usato per cercare di ottenere una appropriata prescrizione; questo approccio esplicita la cascata di azioni da svolgere consentendo che le scelte terapeutiche restino vincolate alla diagnosi. È questo uno strumento che se non sostenuto da incentivi o da valide motivazioni rischia di essere abbandonato dal medico. Il monitoraggio dell'attività prescrittiva si rivela essere, invece, uno degli strumenti efficaci. Nel Regno Unito, già da anni, esiste il rendiconto dell'attività prescrittiva di ciascun medico, questa viene ricevuta mensilmente da ogni medico. Il rendiconto si riferisce ai farmaci prescritti durante il mese precedente ed è corredato alle statistiche relative all'anno precedente per lo stesso mese. Il medico è così in grado di valutare le sue tendenze prescrittive e fare dei paragoni. Il sistema informatico è inoltre sostenuto da un controllo eseguito dall'autorità sanitaria — gli F.P.C. — tale per cui se un medico si trova nella situazione d'aver prescritto con mano troppo leggera, il F.P.C. è autorizzato a « richiamarlo ». Il dr. Powel, medico di base a Londra, mi ha assicurato che è motivo di orgoglio professionale non essere richiamati e secondo lui il sistema funziona bene come deterrente, anche se non esistono attualmente sanzioni pecuniarie o amministrative a carico di che *sfora* il budget stabilito (v. paragrafo « meccanismi di responsabilizzazione eco-

nomica sulla spesa farmaceutica extraospedaliera).

Nel Regno Unito, inoltre, ufficiali medici istruiti sulle tecniche di vendita dell'industria farmaceutica visitano i medici di base per incoraggiarli a prescrivere in modo più appropriato, fornendo loro informazioni scientifiche sugli effetti dei farmaci e promuovendo maggiori contatti con le fonti accademiche d'informazione (O.m.s. 1988). Inoltre il medico di base inglese viene invitato almeno una volta a settimana alle conferenze d'aggiornamento che si tengono sulle varie problematiche clinico-terapeutiche all'interno dell'ospedale del proprio distretto. Il vantaggio di tale metodo risiede nella possibilità di dialogo con gli specialisti e nel di favorire il dialogo e quindi l'integrazione operativa tra il medico di base e l'ospedale.

Abbiamo quindi visto come sia importante che il medico di base prescrivere in modo corretto; tuttavia l'incremento della pratica dell'automedicazione è diventato un fenomeno tale da richiedere uno sforzo da parte delle autorità sanitarie rivolto anche ai consumatori. L'importanza dell'educazione sanitaria risiede nel fatto che questo è uno strumento atto a migliorare la « compliance » del paziente/utente nonché ad aumentare le sue conoscenze verso un uso più sicuro ed efficace dei farmaci.

In conclusione, molteplici sono i mezzi di comunicazione utili e realisticamente utilizzabili allo scopo di migliorare la qualità della prescrizione di farmaci da parte dei medici e l'aderenza alla terapia da parte dei consumatori. Gli obiettivi che gli enti di pianificazione della spesa sanitaria dovrebbero porsi sono quelli di studiare il mezzo d'informazione realmente più efficace a promuovere una nuova cultura della prescrizione farmacologica in seno alla classe medica ed il raggiungimento da parte della popolazione di una buona « compliance ».

## Conclusioni

La capillare diffusione della pratica farmaceutica, legata non solo a bisogni sanitari sempre crescenti, si è tradotta in un incremento della spesa farmaceutica, al quale molto Paesi cercano di apporre un efficace freno.

Diversi sono gli strumenti economico-politici a disposizione dei Governi, schematicamente questi sono stati qui divisi in meccanismi di carattere economico e meccanismi di carattere non economico.

I primi sono caratterizzati da azioni dirette principalmente ad influenzare i meccanismi che generano la spesa utilizzando, associati o singolarmente, strumenti come il ticket, la definizione della lista dei farmaci rimborsabili dal servizio sanitario, la determinazione del prezzo del farmaco, la responsabilizzazione econo-

mica sulla spesa farmaceutica extraospedaliera.

I meccanismi definiti in questo contesto non economici sono strumenti che si prefiggono di modificare i comportamenti attraverso modelli culturali principalmente destinati sia a modificare il comportamento prescrittivo del medico, sia a migliorare l'aderenza alla terapia da parte del paziente, nonché la sua conoscenza nel settore farmacologico.

In conclusione una vera ed unica soluzione al problema dell'esplosione della spesa farmaceutica non è facile da trovare poiché molti e diversi sono gli interessi in gioco: quelli del Governo per contenere le spese, quelli dell'industria ad espanderle, quelli degli utenti a tutelare il loro diritto alla gratuita assistenza e non ultimi quelli dei medici che vorrebbero essere liberi di esercitare appieno la loro autonomia professionale.

## BIBLIOGRAFIA

- CYPRESS B.K., *Drug utilization in general and family practice by characteristics of physicians and office visits national ambulatory medical care survey*. NCSH Advance Data (march 28): 87, 1983.
- ISIS, *Conservatorismo terapeutico: le ricette dei medici britannici*. No. 24, 8 giugno 1992.
- LUCIONI C., *La spesa pubblica e modalità di controllo del prezzo dei farmaci. Aspetti metodologici e confronto internazionale*. L'industria, n. 4: 591-631; 1991.
- SOUMERAI B.S.; McLAUGHLIN T.J., AVORN J., *Improving drug prescribing in primary care: a critical analysis of the experimental literature*. The Midland Quarterly, vol. 67, no. 2, 1989.
- G. FRANCE (a cura di), *Al servizio dei pazienti: il libro bianco sulla riforma del Servizio sanitario britannico*. Quaderni di ricerca. Serie documentazione/8, 1990.
- TAYLOR D. MAYNARD A., *Medecines, the N.H.S. and Europe. Balancing the public's interests*. King's Fund Institute, no. 11, 1990.

# LA FORMAZIONE DEI MANAGER DELL'OSPEDALE L'APPROCCIO BRITANNICO

di Michael Schofield

SOMMARIO: Reclutamento di laureati da avviare alla formazione manageriale - Sviluppo delle qualità manageriali dei giovani professionisti - Formazione dei senior managers per le posizioni di vertice - Sviluppo delle qualità manageriali del personale medico con esperienza - Formazione dei giovani professionisti - Sviluppo di competenze particolari - Conclusioni.

La funzione manageriale nel National Health Service britannico è stata oggetto di una vera e propria rivoluzione negli ultimi anni. Nel 1983 il Governo nominò un comitato ristretto presieduto da Sir Roy Griffiths, per formulare nuovi indirizzi sulla gestione del sistema sanitario. Sir Griffiths era il direttore generale della catena di supermercati Sainsbury's, una delle più grandi nel Regno Unito. Egli portò Sainsbury's ad una posizione di leadership sul proprio mercato e usava dire che all'inizio si trovò circondato da persone che conoscevano tutto quello che c'era da sapere sui tagli di carne, sui formaggi, sul vino: una serie di formidabili esperti in ogni area del business dei grandi magazzini. Tuttavia, erano troppo poche le persone che sapevano di management, Sir Roy disse che trovava il National Health Service in una situazione del tutto analoga a quella descritta, quando lo studiò otto anni fa. C'erano esperti ovunque: in tutte le specialità della medicina, nell'assistenza infermieristica, nell'ingegneria sanitaria e così via; ma non c'erano abbastanza esperti in general management che fossero in grado di convogliare le

energie di tutte le funzioni professionali e a concentrarle su un obiettivo comune.

Il Governo accolse gli indirizzi formulati nel « Griffiths Report » nel giugno 1984, e in questa sede è opportuno rivisitarne gli elementi chiave che hanno trasformato la gestione del National Health Service Britannico. È importante comprendere il clima culturale in cui i manager si formano e si sviluppano.

I termini precisi dell'incarico erano « orientare verso un efficace utilizzo e gestione della manodopera e delle risorse correlate nel National Health Services ». Gli indirizzi formulati influenzarono tutti i livelli del servizio, anche alcune critiche severe sull'intervento governativo ebbero un notevole riscontro. Sir Roy disse che: « il Governo centrale è troppo coinvolto in molte cose che funzionano male e troppo poco coinvolto in ciò che realmente conta ».

La relazione sosteneva la necessità di un agile e forte organismo di general management al centro del sistema (e questo è quasi tutto ciò che è necessario al centro), per assicurare che le responsabilità siano riportate ai livelli inferiori fino al luogo

dove le azioni possono essere effettivamente intraprese. Al momento attuale, la delega di responsabilità è ancora troppo lenta.

L'implementazione di questo indirizzo ha prodotto l'N.H.S. Management Executive: un organismo di dimensioni relativamente ridotte ma con forti poteri che si è affermato con una propria identità, parallelamente ma separatamente dagli organismi governativi. E lo ha fatto in modo così efficace che oggi si programma lo spostamento della sua sede a Leeds, a 200 miglia a nord di Londra, nel 1993.

I sistemi manageriali nell'ambito del sistema sanitario erano duramente criticati; venivano descritti come uno di quei giochi che pendono dal soffitto delle camere da letto dei bambini fatti apposta per muoversi ad ogni soffio di vento ma che in realtà non cambiano mai posizione e non danno una chiara indicazione della propria direzione.

---

\* **Michael Schofield** è direttore della Health Service Management Unit dell'Università di Manchester dal 1988. Presidente dell'Institute of Health Services Management nel 1990/91. Membro del comitato esecutivo dell'E.H.M.A.



La relazione sosteneva che « raramente vengono posti precisi obiettivi gestionali; è insufficiente la misurazione del risultato dell'attività sanitaria; la valutazione clinica di particolari procedure non è affatto una pratica comune e la valutazione economica delle stesse procedure è quasi assente ». In base alla mia esperienza queste critiche potrebbero essere dirette a qualsiasi sistema sanitario nel mondo. La cosa interessante sull'esperienza inglese è che lo sviluppo del general management fu visto come una risposta essenziale a questi problemi e soprattutto la rapidità con cui la soluzione è stata implementata.

Il general management fu definito come « la responsabilità attribuita ad un'unica persona, a diversi livelli dell'organizzazione, di pianificare, realizzare i programmi e controllare i risultati ».

Fu deciso che un general manager doveva essere nominato a ogni livello del sistema, attribuendogli la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi di sua competenza, e che « deve essere nominata la persona più idonea, indipendentemente dall'area professionale di provenienza. Il criterio principale deve essere la capacità di svolgere la funzione di general management e gestire il budget complessivo ».

È importante sottolineare che la funzione di general management viene svolta effettivamente da manager con background professionali estremamente differenziati. Il sistema sanitario britannico ha un mix del tutto particolare di manager con formazione originaria di natura amministrativa, medica, infermieristica, contabile e altro ancora. Si tratta di una vera e propria arca di Noè di gruppi professionali. In alcuni casi i general managers non hanno precedenti esperienze nel settore sanitario ma sono entrati nel N.H.S. dopo una carriera di successo nel mon-

do dell'industria e del commercio.

Importante è che il general management sia un processo che contempra e integri la gestione delle diverse professioni sanitarie. Non dovrebbe essere una professione da affiancare a quelle già esistenti. Sir Roy Griffiths ha recentemente sottolineato questo fatto dicendo: « so che le linee parallele s'incontrano solo all'infinito, ma in questo momento sto cercando qualcosa di più immediato e a portata di mano ».

Un altro indirizzo fondamentale, che rappresenta un elemento essenziale nello sviluppo del general management, fu « i medici devono essere coinvolti più da vicino nei processi di gestione... e devono partecipare a pieno titolo alle decisioni rivolte a stabilire un ordine di priorità nell'utilizzo delle risorse ». È sempre più riconosciuta la necessità, per tutti i professionisti sanitari, di tenere conto della prospettiva manageriale nello svolgimento delle attività cliniche e di assumere in prima persona la responsabilità delle decisioni gestionali come delle decisioni cliniche. Anche se in molti casi, come ben noto, non è possibile tracciare una distinzione precisa tra l'ambito clinico e l'ambito manageriale.

Fu sottolineata l'importanza dello sviluppo del management e fu stabilito che « una politica di valutazione dei risultati e di sviluppo della carriera dovrebbe operare a tutti i livelli per permettere una sintesi tra le aspirazioni del personale e le necessità gestionali del servizio ». C'era un chiaro bisogno di « valutare fino a che punto la formazione manageriale di differenti gruppi di personale, inclusi i medici, va incontro alle reali necessità del servizio e fino a che punto lo sviluppo di opportuni percorsi di formazione, sia all'interno che all'esterno del National Health Service, dovrebbe essere stimolata ».

Comincia ad affermarsi la convin-

zione che un'organizzazione si possa dire in buona salute quando tutto il personale prende parte direttamente alla sua efficace gestione.

Un'organizzazione, ospedale o impresa che sia, non potrà avere successo senza che tutto il personale sia coinvolto nel raggiungimento degli obiettivi. Fortunatamente c'è sempre meno consenso intorno al modello organizzativo che tende a porre il management da una parte e il personale tecnico e professionale dall'altra, e assume la prospettiva secondo cui il management è protagonista unico delle decisioni e successivamente convince il personale ad accettarle oppure, se questo si rivela impossibile, lo costringe. La transizione dal modello autocratico al modello olistico può essere un processo doloroso, ma dobbiamo porci tutti su questa strada.

Il reclutamento, la formazione e lo sviluppo personale dei managers assume evidentemente una nuova importanza. Questo non solo per i managers dell'ospedale ma anche per quelli della medicina di base e territoriale. Gli ospedali saranno sempre la principale struttura di offerta di servizi sanitari e la loro gestione rappresenta una sfida di straordinaria complessità.

Questo compito come sappiamo si estende ben oltre il confine dell'istituzione: per conseguire miglioramenti nello stato di salute della popolazione bisogna instaurare efficaci rapporti di collaborazione tra ospedali e medicina di base e tra il servizio sanitario e altri servizi pubblici come quelli sociali e quelli educativi. Esiste la necessità di sviluppare managers con una visione multi-agenzia che possano operare attraverso tutte le interfacce.

L'organismo incaricato di sovrintendere alla formazione manageriale era la National Health Service Training Authority, che fu insediata in forma semi-indipendente nel 1982 e

fu successivamente incorporata nel N.H.S. Management Executive nel 1991. In conseguenza di questo passaggio gli fu attribuito il nuovo nome di N.H.S. Training Directorate. Di fatto la natura dell'organismo è rimasta praticamente immutata, ma oggi è più vicina alla « stanza dei bottoni » e il suo presidente è il direttore nazionale del personale che siede nel Management Executive.

La politica di sviluppo manageriale fu avviata nel 1985 dopo un ampio studio che coinvolse diversi gruppi di lavoro multi-disciplinari, la cui relazione finale fu pubblicata con il titolo « Better Management, Better Health ». L'obiettivo dichiarato era quello di mobilitare le risorse manageriali presenti all'interno del sistema sanitario. Questo si sarebbe dovuto realizzare attraverso una serie di programmi di sviluppo manageriale reciprocamente interconnessi. Ci fu un coordinamento nazionale, nel senso che l'impulso fu dato dalla National Training Authority e alcuni programmi pilota furono finanziati dal centro. Nonostante ciò fu affermato il principio che le iniziative di sviluppo manageriale rappresentavano il compito prioritario per il management locale e che le stesse iniziative dovevano essere incoraggiate.

Come risultato oggi abbiamo un efficace mix di programmi nazionali e locali che si combinano rendendo il terreno dello sviluppo molto più fertile di quanto non fosse dieci anni fa.

I programmi si possono raggruppare in categorie come segue:

#### **Reclutamento di laureati da avviare alla formazione manageriale**

Esiste una consolidata tradizione di reclutamento annuale, a livello nazionale, di un gruppo di laureati che saranno formati per diventare ma-

nagers nel sistema sanitario. Io stesso entrai nel National Health Service attraverso questa strada circa trent'anni fa, l'unica differenza è che allora si parlava di amministrazione dell'ospedale e oggi si parla di management dei servizi sanitari. La differenza nei termini è estremamente significativa. Io ero uno storico, ma questo non era rilevante: i miei colleghi erano studenti di lingue, scienze, giurisprudenza, praticamente tutte le discipline erano rappresentate. Il programma attuale per i laureati seleziona i partecipanti allo stesso modo e la formazione dura fino a due anni, in parte trascorsi come studenti post-universitari in un istituto accademico, ma soprattutto trascorsi presso strutture sanitarie opportunamente selezionate.

Le modalità di reclutamento dei laureati hanno subito una sostanziale revisione e nuove modalità verranno introdotte nel corso di quest'anno per offrire un numero di posti ampiamente superiore ai 60 dell'anno precedente.

#### **Sviluppo delle qualità manageriali dei giovani professionisti**

Esiste un'ampia gamma di programmi, sia nazionali che locali, progettati per identificare i managers che hanno un buon addestramento professionale e una significativa esperienza, che potrebbero potenzialmente diventare senior managers. Tali programmi tipicamente interessano amministratori, infermieri, contabili, personale tecnico e alcuni medici. Il programma di formazione dura circa dodici mesi, di cui quattro o cinque settimane trascorse presso un centro di formazione universitaria, e un periodo altrettanto lungo viene trascorso sul proprio posto di lavoro in attività di sviluppo professionale; talvolta è anche previsto un cambio di posizione.

Obiettivo del programma è dare una visione più ampia del management e fornire alcune competenze specifiche, per esempio relative alle relazioni interpersonali o alla gestione delle informazioni, che aiuteranno i frequentatori del corso a progredire verso ruoli di maggiore responsabilità.

#### **Formazione dei senior managers per le posizioni di vertice**

Ciascuna Regione nel Regno Unito (sono 14 in Inghilterra, oltre alla Scozia, al Galles e all'Irlanda del Nord), ha avviato delle procedure di valutazione rivolte a identificare i senior managers che hanno le potenzialità per occupare i posti di vertice. A questi managers vengono prospettate diverse opportunità di sviluppo individuale.

Alcuni hanno seguito programmi nazionali per managers del N.H.S. presso università o college che hanno stipulato contratti per tenere questo tipo di corsi.

Altri senior managers hanno seguito corsi presso università e business school non specificamente rivolti al settore sanitario, normalmente frequentati da manager dell'industria, del commercio e della pubblica amministrazione.

#### **Sviluppo delle qualità manageriali del personale medico con esperienza**

Ci sono state delle iniziative nazionali rivolte ad offrire corsi di sviluppo manageriale ai medici, ma la maggior parte di queste attività ha preso piede su base regionale o locale. Questo è dovuto in parte all'entità del bisogno di formazione e in parte all'impossibilità di allontanare i medici dalla pratica clinica per lunghi periodi.

Il livello di interesse per gli aspetti

manageriali continua a crescere tra i medici sia perché il management è sempre più necessario, sia perché risulta particolarmente affascinante e rappresenta una nuova sfida professionale.

### **Formazione dei giovani professionisti**

Il *curriculum* formativo dei professionisti sanitari, medici e paramedici, ha sempre prestato poca attenzione al management. Si riconosce sempre più l'importanza di sviluppare l'interesse del professionista verso il management fin dalla giovane età e la maggior parte delle scuole di formazione hanno già introdotto il management nei propri programmi. A Manchester, per esempio, la facoltà di medicina ha richiesto al dipartimento di management dei servizi sanitari di rivedere il piano di studi e fornire indicazioni sulle modalità didattiche più opportune per rafforzare la dimensione manageriale delle varie discipline.

### **Sviluppo di competenze particolari**

C'è una crescente varietà di corsi realizzati per sviluppare le nuove competenze necessarie a far fronte alle necessità del nuovo National Health Service.

Quest'ultimo si basa sul principio della separazione delle organizzazioni sanitarie che identificano e acquistano i servizi (purchaser) da quelle che gestiscono gli ospedali o le altre strutture e che erogano i servizi (providers).

Sia i purchasers che i providers

devono ancora acquisire le competenze necessarie per svolgere al meglio il proprio ruolo. I purchasers devono sviluppare la conoscenza delle tecniche di valutazione dei bisogni sanitari, delle modalità di definizione delle priorità e di programmazione delle politiche di acquisto. I providers, invece, devono sviluppare nuove competenze nel gestire i volumi di prestazioni e contrattare a condizioni competitive, inoltre devono imparare a risolvere i problemi di gestione del personale che derivano dalla definizione delle remunerazioni a livello locale piuttosto che nazionale.

La capacità di gestire i dati e comprendere la struttura e il funzionamento dei sistemi informativi rappresenta una nuova priorità sia per i purchasers che per i providers.

La gamma di corsi e programmi è estremamente ampia, come del resto il numero di coloro che li realizzano: dalle più prestigiose università ai più piccoli college locali.

La maggior parte delle attività di sviluppo manageriale prende piede su basi locali e anche le università stanno prendendo coscienza che i propri docenti devono spostarsi verso le strutture sanitarie, per questo tipo di formazione.

Esiste anche un programma di insegnamento a distanza per corrispondenza di eccellente qualità sugli aspetti di base del management che è stato sviluppato congiuntamente dalla Open University e dall'Institute of Health Service Management. Questo è in grado di offrire delle buone basi e risulta particolarmente utile per il personale che non può allontanarsi dal posto di lavoro se non per brevi periodi lungo il corso dell'anno. Il programma ha dimostrato di

essere gradito a tutti i livelli: dal personale medico più anziano ai managers più giovani.

Per tutto il personale la caratteristica essenziale dello sviluppo del management è il nuovo ambiente operativo che quest'ultimo è in grado di creare. Ciò avvalorava il diritto di ogni individuo ad avere un programma di sviluppo personalizzato che contempli gli obiettivi del singolo e quelli dell'organizzazione. Gli obiettivi di risultato sono concordati con i rispettivi responsabili e vengono regolarmente rivisti. Questo clima organizzativo è vitale per supportare lo sviluppo personale e si sta gradualmente affermando a tutti i livelli e in tutte le funzioni del sistema sanitario.

Lo sviluppo manageriale viene quindi visto sempre più come sviluppo delle competenze e delle capacità di tutto il personale piuttosto che come semplice sviluppo dei managers.

### **Conclusioni**

Riassumendo, lo scenario del management nel Regno Unito ha subito un mutamento radicale negli anni recenti e il nuovo National Health Services porrà ulteriori enfasi sul fabbisogno di capacità manageriali.

Esiste una sempre maggiore consapevolezza dell'importanza dello sviluppo manageriale e una grande varietà di iniziative nazionali e locali rivolte a soddisfare questa necessità. Le barriere che separano le corporazioni professionali coinvolte nella funzione manageriale si stanno progressivamente indebolendo e una visione generale legittima un cauto ottimismo.



# UNA FORMAZIONE A TUTTO TONDO

di John Watters \*

L'articolo di Michael Schofield fornisce un resoconto esauriente dello sviluppo dei programmi di management all'interno del servizio sanitario inglese. In qualità di tirocinante nel Programma di General Management, uno schema inteso ad abbreviare il percorso formativo per la posizione di senior manager nel N.H.S., desidero in questo articolo delinearne la struttura, e alcuni aspetti peculiari, rifacendomi alla mia esperienza.

Il Programma di General Management, sin dalla sua origine nel 1986, fu concepito e visto come un programma elitario; nel quale l'accesso era ristretto, ai laureati, ai quali venivano offerte significative, se non uniche, opportunità di sbocco lavorativo.

Una fondata critica al programma fu proprio quella rivolta alle modalità di reclutamento, che non corrispondevano all'immagine propagandata dell'« amministratore » del N.H.S.. Il rilancio dello schema di formazione, avvenuto proprio nel mese di settembre di quest'anno, vede quindi un nuovo orientamento verso parametri meno rigidi per l'ammissione e punta maggiormente sul-

le potenzialità manageriali già esistenti all'interno della forza lavoro del N.H.S., rappresentata da un milione di persone.

Attualmente circa 50 studenti vengono reclutati per il programma, che dura complessivamente 19 mesi. I tirocinanti sono formalmente assunti dall'autorità sanitaria regionale, benché diverse organizzazioni siano coinvolte nella preparazione e realizzazione dei diversi aspetti dello schema di formazione. Le principali componenti del Programma di General Management sono le seguenti:

— stadio 1 (4 mesi) « Cook's Tour » fase di insediamento nel N.H.S.;

— stadio 2 (1 anno) « Substantive Post » fase di effettiva partecipazione presso una sede ospedaliera o in territoriale;

— stadio 3 (4 mesi) « Elective Period » fase nella quale il tirocinante ha l'opportunità di lavorare in settori differenti o all'estero;

— stadio 4 (1 mese) fase di consolidamento del programma presso un « Education Center ».

Vengono sviluppati, contemporaneamente al programma sopraccitato, attività organizzate da centri spe-

cializzati, per lo sviluppo di una serie di caratteristiche manageriali personali. Il corso prevede inoltre la possibilità di essere frequentato part-time.

Il carattere distintivo del programma di General Management è rappresentato dalla sua flessibilità nel rispondere a bisogni e circostanze individuali, anche se spesso sopravvengono difficoltà nel coordinamento dei diversi stadi all'interno del programma.

## Stadio 1 Cook's Tour

I primi 4 mesi uniscono al programma di induzione, nel quale i tirocinanti acquisiscono esperienza pratica attraverso, per esempio, la partecipazione passiva a riunioni e attraverso l'osservazione del personale addetto alle diverse forme di erogazione del servizio sia sul del territorio che all'interno dell'ospedale.

Personalmente ho svolto questo pe-

---

\* John Watters, è tirocinante nel programma di General Management presso il King's Fund College di Londra.

riodo di formazione presso il King's Fund College (un centro manageriale di Londra) che organizza una settimana introduttiva mirata a fornire agli studenti strumenti atti a massimizzare il loro apprendimento sul luogo di lavoro ma anche, ad iniziare in modo interattivo l'esplorazione di alcune caratteristiche presenti nei gruppi di lavoro. Per esempio, tutti i tirocinanti provenienti da differenti regioni del Regno Unito, devono preparare diverse sessioni a scopo didattico sui principali aspetti dell'assistenza sanitaria. Sia allo Stadio 1 che durante lo schema si rivela fondamentale il ruolo del referente (« mentor »).

Il successo della sua relazione con gli studenti dipende chiaramente dagli individui, ma in teoria il referente agisce sia come un docente di formazione, sia come una voce di incoraggiamento, saggezza, o prudenza a seconda delle circostanze. Inizialmente nello Stadio 1 i referenti hanno un ruolo attivo nel pianificare e organizzare il programma di induzione per il proprio studente. Generalmente viene lasciato un ampio grado di autonomia.

Il « Cook's Tour » fornisce quindi una ricca gamma di esperienze utili nelle fasi seguenti dello schema.

Imparare dall'esperienza quotidiana non è comunque, un processo automatico e uno degli obiettivi del King's Fund è di fornire ai propri tirocinanti un'appropriata metodologia di apprendimento. Lo studente diventa così un individuo che impara all'interno dell'organizzazione sanitaria. Certamente, i tirocinanti abbisognano di conoscenze basilari, nozioni di management, di finanza e

sulla struttura del N.H.S., ma abbisognano anche di strumenti per poter integrare la teoria all'esperienza acquisita all'interno del N.H.S.: vale a dire essere in grado di valutare le proprie azioni in termini di efficacia ed efficienza. Lo Stadio 1 forza proprio gli studenti in questa direzione aiutandoli a valutare priorità competitive, e a sviluppare abilità di comunicazione nelle diverse situazioni operative.

### **Stadio 2 Substantive Post**

Per molti tirocinanti questo stadio rappresenta il primo impiego all'interno del servizio sanitario. Per altri, con una formazione più specificatamente sanitaria, questo stadio rappresenta il passaggio da una posizione professionale a un'altra.

La flessibilità riguardo all'organizzazione del programma in generale, mi permise di estendere lo Stadio 2 di altri 4 mesi. Questi 8 mesi li ho passati lavorando presso il Dipartimento dei contratti dell'ospedale (il nuovo dipartimento di supporto per finanziare i servizi ospedalieri). Dove ho acquisito le capacità di formulazione, di negoziazione e monitoraggio dei contratti. Questa esperienza mi ha inoltre dato una chiave di lettura per comprendere meglio l'evoluzione delle nuove riforme inglesi.

Al momento attuale, finita l'esperienza dello Stadio 2, mi trovo a cambiare posto e ad entrare in un ruolo più operativo come manager degli affari per il dipartimento di urologia e litotripsia.

Questo dipartimento è organizzato sulla base dell'approccio clinico sviluppato presso il centro John Hopkins negli Stati Uniti. Questo modello viene usato nel nostro Paese come interfaccia clinico-manageriale, tuttavia il ruolo del manager e del clinico variano molto tra i diversi ospedali. Ho la sensazione che i differenti modelli di contabilità, di autonomia clinica e tradizione storica si combinino in modo tale da rendere spesso incerta l'attribuzione delle responsabilità. Tuttavia questa potrebbe essere in qualche misura, la visione confusa di qualcuno che come me si trova da solo due giorni all'interno di una nuova esperienza operativa.

In conclusione, i « Substantive Post » sono pensati prevalentemente per dare ai tirocinanti nozioni di responsabilità budgetaria, linee guida per il management di un gruppo di lavoro, del personale in generale e, in particolare di quello infermieristico. Inoltre questa parte dello schema si prefigge di coprire quella parte di amministrazione corrente che sostiene una determinata divisione dell'ospedale.

### **Conclusioni**

Dall'anno scorso si sta facendo strada in me la convinzione che il management più che una scienza sia un'arte. Il management non può essere ridotto a una lista di fattori e competenze, ma dovrebbe essere considerato come un insieme eclettico di discipline che spaziano dalla psicologia alla politica, all'economia, all'antropologia...

**Sanità e impresa**

Sezione 5<sup>a</sup>



# L'USL ACQUISTA SERVIZI: SÌ GRAZIE!!

## (DIRETTIVA 92/50/C.E.)

di Giorgio Fiorentini

SOMMARIO: Premessa - Il concetto di servizio - Le caratteristiche del servizio - L'acquisto di servizi e lo scambio di utilità - Procedure di aggiudicazione degli appalti di pubblici servizi - Conclusioni.

### Premessa

L'evoluzione della domanda di interventi sanitari da parte della U.s.l. sia in termini operativi, istituzionali e garantisti (prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione secondo i dettami della legge n. 833/78) sia in termini di gestione (organizzazione e programmazione delle attività, servizi di pulizia, ristorazione, sanificazione, gradi di accessibilità, livelli di comfort e così via) induce i dirigenti del settore a valutare con maggiore attenzione gli acquisti della U.s.l. (e, di converso, la stessa attenzione deve essere posta dai fornitori nei confronti del portafoglio di prodotti/servizi da vendere).

Infatti con sempre maggiore frequenza gli acquisti della U.s.l. devono essere considerati dal punto di vista delle caratteristiche funzionali di servizio che ogni prodotto offre o che ogni servizio è in grado di erogare e di far percepire agli utenti dei servizi stessi.

Il servizio può essere definito o in termini economico aziendali, e di esso si parlerà più avanti nell'articolo, o in termini giuridici ove la definizione è intesa come un elenco di

attività denominate di servizio e dettate, in parte, da residualità rispetto a ciò che non è prodotto (vedi nella sua interezza la « direttiva n. 92/50/C.E.E. del 18 giugno 1992 che coordina le procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di servizi pubblicata sulla G.U.C.E. del 24 luglio 1992) (d'ora in avanti direttiva n. 92/50/C.E.E.). Riguardo all'elenco di attività denominate di servizio si fa riferimento agli allegati 1A e 1B della direttiva in oggetto (figura 1).

È necessario precisare che ogni prodotto acquistato dalla U.s.l. soddisfa un bisogno dell'organizzazione stessa a cui si deve rispondere in termini essenziali tramite:

- il bene fisico e tangibile da fruire (se e in quanto richiesto);
- tutte le condizioni intangibili o considerate erroneamente «secondarie», ma invece necessarie, per cogliere nella sua efficacia il bene tangibile.

Uno dei problemi da risolvere consiste nella decisione di applicare la direttiva n. 92/50/C.E.E. solo ai ser-

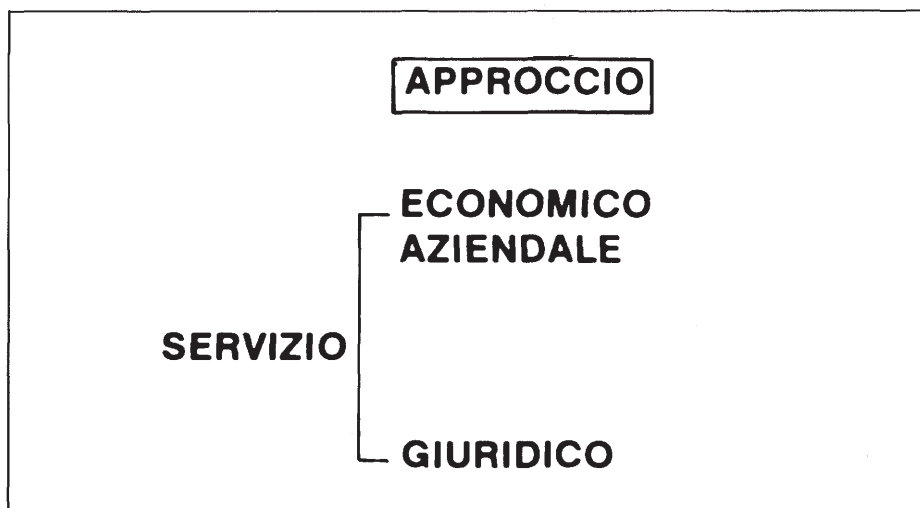


Figura 1

vizi contemplati nell'elenco dell'allegato 1A (vedi tabella A), anche ai servizi contemplati nell'allegato 1B (seppur con le dilazioni nel tempo relative all'applicazione degli artt. 14 e 16) ove alla categoria 27 si enuncia la dizione « altri servizi » (vedi tabella B).

Questa categoria apre la possibilità di acquistare servizi non contenuti negli allegati 1A e 1B in una logica di definizione funzionale di tipo economico aziendale. Ciò vale anche per decidere se si sta acquistando servizi o meno e se si deve applicare la direttiva n. 92/50/C.E.E. (fermo restando che l'appalto deve essere superiore a 200.000 Ecu).

### Il concetto di servizio

Per acquistare servizi si deve avere una visione definitoria del concetto di servizio. Esso spazia da autori che esprimono la loro perplessità su una definizione esaustiva ad altri che tentano di rendere concettualmente chiara la definizione (anche tramite solo l'enunciazione di caratteristiche) al fine di avere, seppur con riserve, un punto di riferimento utile operativamente per discriminare il prodotto dal servizio. Questo è il nostro caso.

Il servizio è inteso come attività che ha effetti economicamente utili ed è il risultato di azioni e conseguenze effettuali di beni materiali o di attività umane, di cui beneficiano altri beni o gli uomini stessi. I beni di consumo esprimono la loro quota (più o meno rilevante) di servizio una sola volta e viene ceduta unitamente al bene; i beni durevoli possono rendere servizi duraturi o variegati nel tempo.

Qualora la U.s.I. « acquistasse » una campagna di diffusione di vaccinazioni contro l'epatite B (e non solo i vaccini contro l'epatite B) il fornitore partecipa ad una gara non

**Tabella A - Servizi a norma dell'articolo 8**

*Allegato 1/A*

Categ.	Denominazione	N. riferimento della CPC
1 <sup>a</sup>	Servizi di manutenzione e riparazione .....	6112, 6122, 633, 886
2 <sup>a</sup>	Servizi di trasporto (1), inclusi i servizi con furgoni blindati, e servizi di corriere ad esclusione del trasporto di posta .....	712 (salvo 71235), 7512, 87304
3 <sup>a</sup>	Servizi di trasporto aereo di passeggeri e merci, escluso il trasporto di posta .....	73 (salvo 7321)
4 <sup>a</sup>	Trasporto di posta per via terrestre (1), e aerea .....	71235, 7321
5 <sup>a</sup>	Servizi di telecomunicazioni (2) .....	752
6 <sup>a</sup>	Servizi finanziari .....	ex 81
	a) servizi assicurativi .....	812, 814
	b) servizi bancari e finanziari (3) .....	
7 <sup>a</sup>	Servizi informatici ed affini .....	84
8 <sup>a</sup>	Servizi di R&S (4) .....	85
9 <sup>a</sup>	Servizi di contabilità, revisione dei conti e tenuta dei libri contabili .....	862
10 <sup>a</sup>	Servizi di ricerca di mercato e di sondaggio dell'opinione pubblica .....	864
11 <sup>a</sup>	Servizi di consulenza gestionale e affini (5) .....	865, 866
12 <sup>a</sup>	Servizi attinenti all'architettura ed all'ingegneria, anche integrata; servizi attinenti all'urbanistica ed alla paesaggistica; servizi affini di consulenza scientifica e tecnica; servizi di sperimentazione tecnica ed analisi .....	867
13 <sup>a</sup>	Servizi pubblicitari .....	871
14 <sup>a</sup>	Servizi di pulizia degli edifici e di gestione delle proprietà immobiliari .....	874 da 82201 a 82206
15 <sup>a</sup>	Servizi di editoria e di stampa in base a tariffa od a contratto .....	88442
16 <sup>a</sup>	Eliminazione di scarichi di fogna e di rifiuti; disinfestazione e servizi analoghi .....	94
	(1) Esclusi i servizi di trasporto per ferrovia che rientrano nella categoria 18 <sup>a</sup> .	
	(2) Esclusi i servizi di telefonia vocale, di telex, di radiotelefonia, di radioavviso senza trasmissione di parola, nonché i servizi di trasmissione via satellite.	
	(3) Ad esclusione dei contratti dei servizi finanziari relativi all'emissione, all'acquisto, alla vendita ed al trasferimento di titoli o di altri strumenti finanziari, nonché dei servizi forniti da banche centrali.	
	(4) Ad esclusione dei contratti dei servizi di ricerca e sviluppo diversi da quelli di cui beneficiano esclusivamente le amministrazioni per loro uso nell'esercizio della propria attività, nella misura in cui la prestazione di servizi sia interamente retribuita da dette amministrazioni.	
	(5) Esclusi i servizi di arbitrato e di conciliazione.	

**Tabella B - Servizi a norma dell'articolo 9**

*Allegato 1/B*

Categ.	Denominazione	N. riferimento della CPC
17 <sup>a</sup>	Servizi alberghieri e di ristorazione .....	64
18 <sup>a</sup>	Servizi di trasporto per ferrovia .....	711
19 <sup>a</sup>	Servizi di trasporto per via d'acqua .....	72
20 <sup>a</sup>	Servizi di supporto e sussidiari per il settore dei trasporti .....	74
21 <sup>a</sup>	Servizi legali .....	861
22 <sup>a</sup>	Servizi di collocamento e reperimento di personale .....	872
23 <sup>a</sup>	Servizi di investigazione e di sicurezza, eccettuati i servizi con furgoni blindati .....	873 (salvo 87304)
24 <sup>a</sup>	Servizi relativi all'istruzione, anche professionale .....	92
25 <sup>a</sup>	Servizi sanitari e sociali .....	93
26 <sup>a</sup>	Servizi ricreativi, culturali e sportivi .....	96
27 <sup>a</sup>	Altri servizi .....	—

tanto basata solo sul prezzo del prodotto vaccino, ma sul « prezzo del servizio vaccinazione » richiesto e dovrebbe dimostrare non tanto di aver consegnato i vaccini alla U.s.l., ma quanti sono stati i cittadini che hanno fruito del servizio di vaccinazione. Infatti ciò che interessa (e indica l'efficacia del servizio acquistato) è il numero delle vaccinazioni effettuate rispetto al programma della campagna.

Il fattore critico di successo del fornitore, a parità di vaccino standard, sarà la capacità di offrire una campagna efficace di vaccinazione.

Risulta quindi elemento di integrazione necessario, rispetto all'efficacia intrinseca del prodotto nella sua dimensione di farmaco, la capacità di organizzare un servizio di vaccinazione nella logica che il vaccino è la componente sostanziale del servizio che però non sarebbe efficace se la popolazione non si facesse vaccinare.

Elementi di servizio quali l'informazione sulla non pericolosità del vaccino gestita in modo adeguato ai segmenti di popolazione di riferimento, la distribuzione tramite ambulatori coerente con le aggregazioni di popolazioni, l'accessibilità agli ambulatori in orari consoni con l'attività dei vari segmenti della popolazione e così via dimostrano che, con sempre maggiore frequenza, matura una maggiore propensione all'acquisto di servizi anziché di prodotti.

Vale inoltre il concetto che si tratta di « appalto di servizi » (e si applica la direttiva n. 92/50/C.E.E.) qualora il valore dei servizi superi quello dei prodotti previsti dal contratto (art. 2 della direttiva n. 92/50/C.E.E.).

### **Le caratteristiche del servizio**

I servizi, inoltre, presentano solitamente le seguenti caratteristiche:

— immaterialità: ove si intende che è prevalente in termini assoluti la parte di attività immateriale e non tangibile ed anche la difficoltà a comprendere di che cosa si tratta in termini concreti (che cos'è una visita medica) rispetto alle risorse tangibili che vengono combinate per raggiungere il risultato (si veda per esempio l'attività di pulizia) oppure ove la quota parte dell'intangibilità, seppur non valorizzabile in termini economici in modo prevalente rispetto alle risorse tangibili, è parte determinante rispetto al risultato (si veda per esempio l'acquisto di anticoncezionali senza creare le condizioni di diffusione di una cultura favorevole all'adozione) oppure ove la mancanza di alcune condizioni di servizio erogato al destinatario della combinazione delle risorse vanificherebbe l'efficacia dell'offerta dei prodotti tangibili (si pensi ai cibi distribuiti in un ospedale con un livello di servizio tale da farli giungere al paziente ad una temperatura che non li rende mangiabili; ovviamente, in questo caso, i prodotti (i pasti) somministrati non assolvono alla loro funzione principale che è quella di nutrire i pazienti);

— non immagazzinabilità: ove i servizi, per la loro immaterialità, sono non immagazzinabili e devono essere costantemente o facilmente disponibili. La costanza d'offerta di servizi è legata, solitamente, a caratteristiche del personale ed a programmi operativi che valorizzano gli elementi di servizio coerenti con le aspettative ed i bisogni dei destinatari. La disponibilità dell'offerta di servizi è legata, solitamente, alla disponibilità ed alla presenza del personale che eroga il servizio richiesto. Uno dei problemi più critici è la capacità di far fronte ai picchi di domanda altalenante in funzione di situazioni esogene spesso non prevedibili;

— ad alta intensità del ruolo del

personale ove il livello di efficacia del servizio è spesso correlato al livello di qualità del personale che fornisce il servizio stesso. La qualità del servizio correlata alla qualità del personale è in funzione della capacità istituzionale dell'ente (e delle condizioni messe a disposizione dal fornitore) di aumentare il livello professionale del personale (in alcuni casi solo dipendente della U.s.l., in altri anche dipendente dell'impresa che fornisce i servizi posti in gara);

— ad alta o bassa concentrazione motivazionale ove i servizi assumono efficacia operativa in funzione anche del livello motivazionale che l'organizzazione ha saputo creare innestando un circuito virtuoso fra motivazione del personale ed apprezzamento del servizio erogato;

— ad alta/bassa intensità d'immagine ove la capacità della U.s.l. di offrire servizi apprezzati dalla popolazione aumenta il livello di consenso esterno, ma anche il livello di motivazione ad appartenere da parte del personale dipendente;

— a basso livello di standardizzazione ove i servizi, per loro natura, sono poco gestibili in termini di protocolli e pertanto devono avere una forte flessibilità coerente con la domanda mutevole e fluttuante;

— a contatto intenso fra erogatore del servizio e fruitore ove si configura il momento della verità sulla qualità o meno del servizio nel momento in cui vi è il contatto fra le due persone che scambiano il servizio (figura 1, a pag. 113).

Tutti questi elementi che caratterizzano i servizi devono essere oggetto di attenta analisi sia da parte delle U.s.l. che non devono richiedere servizi impossibili da fornire perché non si considerano le specificità indicate, ma, analogamente, i fornitori devono prepararsi ad essere propositivi e diffusori di cultura della valorizzazione dei servizi consideran-



do anch'essi l'erogazione dei servizi in un quadro di riferimento delimitato dalle caratteristiche sopraindicate. L'incapacità a gestire servizi da parte delle amministrazioni pubbliche spesso nasce dall'incapacità dei fornitori che non creano le condizioni di « cultura del servizio » all'interno dei propri clienti pubblici.

In questa logica il servizio di ristorazione acquistato da aziende di catering deve essere valutato, in parte nella dimensione della qualità dei pasti somministrati nella loro complementarietà (« intrinseca » rispetto all'integrazione delle varie parti del pasto ed « estrinseca » rispetto ai piani di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione programmati; l'esistenza del cibo ed il suo livello di qualità sono elementi sostanziali ed imprescindibili per avere un buon livello di qualità dei pasti), in parte anche nella valutazione del livello di servizio che il fornitore offre in termini di:

- puntualità nell'orario di erogazione del servizio ristorazione;
- mantenimento dei livelli di calore dei cibi non solo fino al posto di consumo del pasto, ma anche garantire un livello accettabile di calore fino al termine del tempo impiegato per consumare completamente il pasto;
- capacità di offrire flessibilità di menù in funzione delle varie patologie ospedaliere che hanno bisogno di menù diversificati;

— predisposizione di iniziative di formazione professionale per aumentare il livello di sensibilità sia tecnica che di servizio rispetto alla ristorazione per il personale dipendente della U.s.l.;

— condizioni tecnologiche di preparazione e di distribuzione dei pasti che oltre a mantenere un buon livello qualitativo dei cibi, offrono un servizio adeguato alle esigenze dei pazienti. Si pensi anche alla qualità delle ceramiche dei piatti, ai vassoi termici ergonomicamente gestibili fino ad elementi che possono essere valutati nella loro dimensione « cosmetica », ma che hanno importanza in termini psicologici (come il colore delle stoviglie), in termini operativi (come le modalità di rapporto fra personale addetto alla distribuzione e paziente e così via).

Un altro esempio di evoluzione dal concetto di prodotto *sic et simpliciter* a quello di prodotto/servizio lo verifichiamo in alcune accennate e pionieristiche tendenze di alcune U.s.l. ad espletare gare non sui prodotti diagnostici, ma sui referti (risultati) che tali prodotti devono conseguire. Ciò implica che il prodotto nella sua dimensione di tangibilità è parte essenziale e necessaria di un più ampio prodotto che si evolve in servizio.

Infatti gli standards di qualità, la responsabilità organizzativa, la gestione delle metodiche ed altri elementi aggiuntivi al prodotto, nella sua dimensione « hard », sono parti indi-

spensabili, intangibili e « soft » della fornitura che assume dimensioni che sfuggono al semplice giudizio quantitativo. Anzi vengono esaltati gli elementi qualitativi.

### L'acquisto di servizi e lo scambio di utilità

In una chiave di lettura economico aziendale dell'attività della U.s.l. (peraltro l'unica modalità che permette alle U.s.l. di effettuare un controllo di gestione più preciso rispetto alle approssimazioni derivanti da una conduzione improntata sulla logica del pagamento o della consuntivazione « ex-post ») si nota un continuo spostamento dell'attività da esclusiva, seppur sostanziale, attività di produzione (di atti sanitari) a quella di erogazione di servizi (sanitari). Quest'impostazione nasce da un mutamento dei livelli di scambio di utilità:

— fra la U.s.l. ed il cittadino che esige oltre alla qualità degli atti sanitari anche servizi sanitari (che inglobano l'atto sanitario), in una logica di terzizzazione del rapporto di scambio.

L'evoluzione dell'ambiente di contesto (la società, l'esperienza stratificata, la cultura ed il suo innalzamento e così via) creano i presupposti psicologici, sociali e di consuetudine per concepire lo scambio fra U.s.l. e cittadino (spesso paziente, ma non necessariamente) come una transazione fra due entità economiche (il cittadino come membro di una famiglia e la U.s.l. come strumento operativo dello Stato) in termini di servizi sanitari erogati a fronte di contributi pecuniari diretti o indiretti (tributi), di scambio di benefici ricevuti (monetizzabili in termini di analisi costi e benefici) a fronte di costi (anch'essi monetizzabili in termini di analisi costi e benefici).

Inoltre anche in termini di efficienza/efficacia dell'attività sanita-

## FIGURA 1 - LE CARATTERISTICHE DEI SERVIZI

- IMMATERIALITÀ
- NON IMMAGAZZINABILITÀ
- AD ALTA INTENSITÀ DEL RUOLO DEL PERSONALE
- AD ALTA O BASSA CONCENTRAZIONE MOTIVAZIONALE
- AD ALTA O BASSA INTENSITÀ D'IMMAGINE
- A BASSO LIVELLO DI STANDARDIZZAZIONE
- A CONTATTO INTENSO FRA EROGATORE DEL SERVIZIO E FUITORE

ria si verifica un innalzamento del loro livello qualora si aggiungano agli elementi intrinseci e portanti di un'azione sanitaria altri elementi che risultano condizione indispensabile per l'efficacia operativa. È intuitivo che prevenzione ed educazione sanitaria sono possibili solo se oltre all'atto sanitario si pongono in essere azioni non sanitarie quali l'informazione, la comunicazione, la persuasione in termini di attivazione e mutamento comportamentale che sono gli unici elementi che rendono efficace questa attività; deriva da quest'affermazione che per la U.s.l. effettuare prevenzione ed educazione sanitaria non sarà possibile se non si adotteranno attività comunicative efficaci che oggi sono denominate servizi pubblicitari (si veda allegato 1A, cat. 14, direttiva n. 92/50/C.E.E.).

Anche nella sfera dell'attività della « grande chirurgia ambulatoriale », che negli U.s.a. oggi vale il 40% dell'attività chirurgica globale (si pensi ad interventi delle ernie in una giornata senza attività di ricovero, interventi di chirurgia estetica, urologica, oncologica ed oculistica senza degenza) non si potrà prescindere dall'offerta di azioni sanitarie non collegate intrinsecamente con l'atto chirurgico, ma poste in essere *ex ante* ed *ex post* rispetto all'atto stesso; si fa riferimento alla fase di informazione anamnestica, di analisi della disponibilità psicologica a fruire di un servizio chirurgico non tradizionale rispetto alla consuetudine, alla verifica approfondita del quadro sanitario e quant'altro è utile per aumentare il livello di efficienza del servizio chirurgico che si implementa;

— fra U.s.l. e popolazione in generale (opinione pubblica o, per essere più puntuali, segmenti di cittadinanza) rispetto all'immagine che si crea in un rapporto di scambio di utilità a vantaggio del cittadino in una logica di servizio sanitario che è adeguato alle esigenze intese nella

loro globalità. L'U.s.l. che eroga servizi sanitari adeguati alla domanda aumenta il livello di consenso della popolazione nei confronti dell'organizzazione e coinvolge la popolazione in una logica di « prosumerismo » dei servizi (ove il cittadino partecipa, per quanto gli è possibile, nell'erogazione del servizio sanitario non entrando nella spirale del « consumismo sanitario », ma giocando un ruolo responsabile nella fruizione dei servizi).

Anche il personale dipendente, che appartiene ad una U.s.l. e che ha una buona immagine derivante dalla capacità di erogare servizi efficienti, trae motivazione maggiore ad appartenere a tale organizzazione.

Da questa situazione deriva una maggiore efficacia operativa ed una credibilità/notorietà della U.s.l. rispetto alla domanda di servizi che adeguatamente vengono soddisfatti. L'aumento di credibilità/notorietà pone la U.s.l. in una dimensione di leader sul « mercato » dell'offerta sanitaria pubblica e attrae risorse (personale, finanziamenti, tecnologia sperimentale, ecc.) di tipo istituzionale e privato.

Da queste considerazioni si evince che per la U.s.l. non è più possibile dilazionare un suo atteggiamento di propensione positiva ad una cultura di erogazione di servizi sanitari che ingloba in sé la cultura dominante, ma riduttiva, basata solo sulla produzione di atti sanitari.

Questa cultura emergente, negli ultimi tempi, si è tradotta nella pubblicazione di bandi in cui si adottava l'appalto concorso per valorizzare tutte quelle caratteristiche di servizio che altrimenti sarebbero state mortificate da procedure che avrebbero sottolineato solo gli elementi intrinseci e tangibili dei prodotti senza considerare tutti gli aspetti intangibili che avrebbero valorizzato il bene nel momento della fruizione.

Altro elemento che ha dato im-

pulso all'apprezzamento del valore del prodotto nella dimensione di servizio è stata l'adozione del concetto di aggiudicazione sulla base dell'« offerta economicamente più vantaggiosa » dell'art. 15 della legge n. 113/81. In questo modo si è avviato un processo di traduzione in termini quantitativi di giudizio di elementi intangibili e, comunque, non legati solo alla fisicità del prodotto (si veda la manutenzione e la velocità di riparazione; nella nuova direttiva n. 92/50/C.E.E. sono esplicitamente menzionati nella categoria 1 dell'allegato 1A), ma anche all'esplicitazione e la caratterizzazione della qualità dei prodotti nella loro componente di servizio al di là delle specificazioni tecniche che delineano la qualità tecnica del prodotto e non la qualità del servizio erogato.

#### **Procedure di aggiudicazione degli appalti di pubblici servizi (direttiva n. 92/50/CEE, all. 1)**

La direttiva n. 92/50/C.E.E. nell'ambito delle considerazioni preliminari individua il concetto di servizio richiamandosi alla nomenclatura della classificazione comune dei prodotti delle Nazioni Unite, aprendo a possibili sostituzioni tramite una nomenclatura di tipo comunitario ed un adattamento evolutivo degli allegati 1A e 1B in una logica di cui ho già fatto cenno nella premessa.

Inoltre in essa si esplicita che le regole di aggiudicazione di servizi « devono essere quanto più simili possibile a quelle relative agli appalti pubblici di forniture ed agli appalti di lavori pubblici ».

In termini di principio, fra le considerazioni preliminari, si evidenzia che va ammesso il ricorso alla procedura negoziata previa pubblicazione di un avviso, quando il servizio da prestare non possa venire specifica-

to con sufficiente precisione, particolarmente nel settore dei servizi di natura intellettuale.

Quest'affermazione evidenzia quanto la normativa comunitaria (fatto peraltro riscontrabile anche nella direttiva n. 295/88/C.E.E. sulle forniture e nella direttiva n. 440/89/C.E.E. sugli appalti di opere pubbliche) apra alla discrezionalità delle amministrazioni aggiudicatrici presupponendo che esse agiscano nella correttezza giuridica e morale e presupponendo possibili atti punitivi qualora ciò non avvenga.

Mi sembra che la *magna pars* degli opinionisti, giuristi o meno, si stia battendo per cercare procedure particolari per evitare sviamenti dalla « corretta amministrazione » senza considerare che la C.E.E. è su tutt'altro binario e delega ad altri livelli e ad altri mezzi la repressione e la prevenzione delle eventuali corruzioni.

Riguardo alla terminologia adottata dalla direttiva non vi sono novità rispetto alle procedure da adottare (aperte, ristrette, negoziate) salvo l'introduzione del « concorso di progettazione » che dovrebbe essere lo strumento atto a far presentare all'« offerente » di servizi un piano o un progetto che sarà oggetto di selezione di una commissione aggiudicatrice.

Nel rapporto fra imprese ed enti pubblici si inserisce il dettato dell'art. 15 della direttiva ove si invita le amministrazioni a informare tramite un avviso da pubblicarsi quale sarà il volume complessivo stimato degli appalti dei prossimi 12 mesi e che, comunque, sia pari o superiore a 750.000 Ecu. Purtroppo i tempi indicati sono genericamente indicati come « appena possibile dopo l'inizio dell'esercizio finanziario » delle amministrazioni.

Altro elemento d'interesse economico aziendale è la concettualizzazio-

ne dei « criteri di aggiudicazione degli appalti » dove enucleano, di massima, gli elementi che dovranno essere ulteriormente specificati nella dichiarazione dei criteri di aggiudicazione dell'appalto con i relativi pesi definiti in funzione degli obiettivi di approvvigionamento dell'U.s.l.. Anche in questa direttiva si ribadisce che una delle modalità di aggiudicazione potrà essere quella relativa all'offerta più vantaggiosa sotto il profilo economico e si dettano vari criteri, peraltro non esaustivi rispetto ad altri caratteristici della specificità dei servizi posti in gara. I criteri esemplificati sono:

— la qualità ove si può intendere genericamente il concetto di qualità tecnica, ma anche quello del sistema qualità (si veda UNI EN 29004, pag. 13) inteso come:

a) disponibilità e adeguatezza dei manuali d'installazione, esercizio, manutenzione e riparazione;

b) esistenza di un sistema adeguato di distribuzione e di assistenza;

c) addestramento del personale di assistenza;

d) disponibilità dei ricambi;

e) prove prima della messa in servizio;

f) certificazione della soddisfacente esecuzione delle prove di qualifica;

g) controllo fisico delle prime unità prodotte;

— il merito tecnico ove si intende la capacità di giudicare, tramite parametri diretti o indiretti, il livello tecnologico che è in grado di erogare servizi di qualità e percepiti tali dai fruitori;

— le caratteristiche funzionali ed estetiche ove si considera la gestibilità dei servizi al di là della loro perfezione tecnica;

— l'assistenza tecnica e post-vendita intese come elementi non più accessori al prodotto, ma parte inte-

grante del prodotto stesso;

— la data della fornitura ed il termine di consegna quali elementi di qualificazione dell'erogazione dei servizi in coerenza con i programmi che la U.s.l. si è posta.

Altro criterio di selezione si evidenzia nell'art. 32 ove si collega il concetto della capacità di erogare servizi validi da parte del fornitore all'assetto professionale del personale utilizzato.

Questi ed altri elementi implicano un'evoluzione di comportamento da parte sia delle amministrazioni pubbliche sia dei fornitori per entrare in un clima di scambio di servizi che è cosa diversa rispetto alle forniture di beni.

## Conclusioni

Si assiste ad un sempre più frequente orientamento della popolazione di riferimento della U.s.l. verso una esplicitazione della domanda di servizi sanitari piuttosto che di prestazioni sanitarie.

Ciò implica una politica di acquisti della U.s.l. rivolta all'approvvigionamento di risorse con forte valenza di servizio, fermo restando il contenuto intrinseco del prodotto a livelli qualitativi tecnicamente buoni.

Questa catena che coinvolge il passaggio di componenti a valenza di servizio combinati ed integrati fra loro dalla U.s.l. presuppone un orientamento del fornitore ad offrire prodotti/servizi che facilitano la capacità di erogazione di servizi da parte dell'ente.

Le politiche d'acquisto della U.s.l., in quest'ottica, devono considerare le caratteristiche economico-aziendali del servizio e devono trovare nella direttiva n. 92/50/C.E.E. le opportunità giuridiche per attuare approvvigionamenti di servizi.



# LA GARA COME "CASA DI VETRO" UN REGOLAMENTO PUÒ AIUTARE

di Giuseppe Molognini \*

**SOMMARIO:** Trasparenza, informazione, partecipazione al procedimento amministrativo - L'informazione, prima della legge 7 agosto 1990, n. 241 - Applicabilità della legge n. 241/90 - Regolamento per l'applicazione della legge n. 241/90 e le gare d'appalto.

## **Trasparenza, informazione, partecipazione al procedimento amministrativo**

Strano destino quello del cittadino italiano, in tema di informazione e trasparenza promananti dalla Pubblica Amministrazione - P.A.. In questa materia lo Stato Italiano sembra avere sposato appieno la tecnica di politica economica perseguita nel Regno Unito negli anni cinquanta e sessanta: lo « stop and go », anzi il « go and stop ». Infatti, dopo la promulgazione di un'ottima legge, la 241 del 1990, in cui il diritto all'informazione, all'accesso agli atti, al rilascio di documenti ed alla partecipazione al procedimento amministrativo viene fortemente affermato, la P.A. nel suo complesso ed il Governo italiano (forse pentiti o incapaci di stare al passo con quanto sancito dal Parlamento) pongono ostacoli e studiano freni di ogni guisa. Il risultato è quello di impedire o comunque ritardare l'idea di una P.A. « casa di vetro », in cui poter guardare per sentirsi partecipi dei processi di formazione di decisioni ed a cui attingere informazioni, materializzate o non in atti (figura 1).

Per la verità il Governo non sempre trascura l'applicazione della legge n. 241/90 (sempre di « stop and go », si tratta); basta leggere, ad esempio, ma non senza un pizzico di ironia, il regolamento di cui al D.P.R. 26 aprile 1992, n. 300, in cui si occupa persino di piccioni viaggiatori, in sede di disciplina degli artt. 19 e 20 della stessa 241, inerente alcune attività private.

## **L'informazione prima della legge n. 241/90 Diritto soggettivo, diritto soggettivo pubblico o interesse legittimo?**

Si dibatte molto, in questi ultimi tempi, sulla trasparenza che è poi diritto all'informazione, all'accesso al documento, alla partecipazione al procedimento amministrativo, ma queste nozioni, da tempo, fanno par-

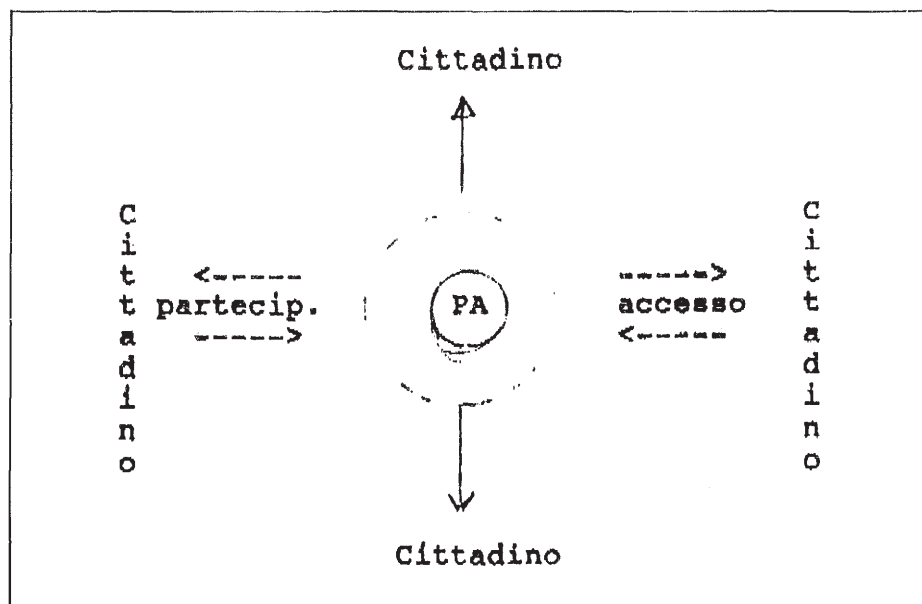


Figura 1

te della cultura giuridica italiana. Perché non ricordare l'art. 21 della Costituzione, il secondo comma dell'art. 15 del D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3 e l'art. 25 della legge 27 dicembre 1985, n. 816?

Tutte queste norme però anche se non così organiche come quelle contenute nella legge n. 241/90, non hanno avuto fortuna né piena attuazione; così come non ha avuto fortuna, se non in questi ultimi tempi e a 24 anni dalla sua promulgazione, la legge 4 gennaio 1968, n. 15, recante « norme sulla documentazione amministrativa e sulla legalizzazione ed autenticazione di firme ».

**Art. 21 Costituzione - Informazione**

**Art. 15, D.P.R. n. 3/57 - Rilascio copia documenti**

**Art. 25, L. n. 816/85 - Rilascio atti**

Figura 2

Circa la definizione del diritto all'informazione o di accesso ai documenti inerenti il procedimento amministrativo, la dottrina è tutt'altro che concorde; si parla infatti di diritto soggettivo, di diritto soggettivo pubblico e di interesse legittimo. L'interpretazione più convincente è quella che definisce il diritto di accesso come un diritto soggettivo e individuale alla conoscenza del procedimento amministrativo e non invece come un interesse pubblico all'imparzialità, alla trasparenza ed al buon andamento della gestione della P.A..

Il principio della discrezionalità della P.A., contenuto nell'art. 15 del D.P.R. n. 3/57 succitato, è stato capovolto.

Il pubblico funzionario è obbligato al rilascio di copie e di estratti di atti e documenti d'ufficio nei casi non vietati dalla norma (1).

**diritto soggettivo?**  
**diritto soggettivo pubblico?**  
**interesse legittimo?**

Figura 3

**Applicabilità della legge n. 241/90**

In mancanza del regolamento di cui all'art. 24 della legge 7 agosto 1990, n. 241, in questi due anni di vigenza della stessa legge, la giurisprudenza ha avuto un comportamento non univoco. Alcuni T.A.R. hanno sostenuto che, in mancanza del predetto regolamento, la legge non poteva essere applicata; altri, per fortuna più recentemente, hanno sostenuto che, trascorsi i sei mesi concessi al Governo per l'emanazione del citato regolamento, la legge era pienamente applicabile. Per fortuna il tanto sospirato regolamento, mentre questo scritto va in stampa, è stato emanato, ragion per cui la legge è diventata pienamente applicabile.

L'accettare questa seconda interpretazione consentiva di credere che non si voleva beffare ancora una volta l'amministrato, dopo averlo convinto che finalmente vi era l'intenzione di cambiare metodo, ma si voleva soddisfare il desiderio di trasparenza e di buon andamento dell'azione amministrativa della P.A., che era ancora più vivo in questi tempi di sfiducia e di sospetti alimentati da comportamenti più che censurabili da parte di alcuni responsabili di gestione della cosa pubblica.

**Regolamento per l'applicazione della legge n. 241/90**

Come è noto, la legge 8 giugno 1990, n. 142, nel dare un nuovo ordi-

namento alle autonomie locali, prevede, fra l'altro, l'emanazione del regolamento per la disciplina dei contratti.

Occorre saldare il contenuto della legge n. 142/90 con quello della legge n. 241/90, emanando un regolamento che individui il responsabile del procedimento amministrativo relativo al contratto per le gare di appalto.

L'occasione si rivela propizia per mettere in chiaro la posizione dei funzionari amministrativi del servizio sanitario, ai quali, fino ad ora, non è attribuita alcuna rilevanza esterna, stante, tra l'altro, l'infelice formulazione del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761 (art. 63) e del conseguente D.P.R. 7 settembre 1984, n. 821 (2). È evidente che in seguito non sarà più possibile, anche al dirigente della U.s.l., sfuggire alle sue responsabilità, allorquando sarà chiamato ad esplicitare la sua azione e ad esprimere il suo parere.

Non va dimenticato che la C.E.E., di recente, in tema di appalti ha stabilito la responsabilità patrimoniale per l'illegittima esclusione di un fornitore dalla gara (direttive C.E.E. n. 89/665). Così come non bisogna ignorare la nuova formulazione dell'art. 328 del codice penale, introdotta dalla legge 26 aprile 1990, n. 86 (3).

Come è detto nel n. 1 di questa rivista (4), il principio dell'economia degli atti, consiglia di approvare un unico regolamento che soddisfi le due esigenze: individuare il responsabile del procedimento e fornire regole per l'accesso all'informazione ed ai documenti, fissando finalmente dei termini entro i quali il procedimento dev'essere concluso.

**Responsabile del procedimento** ———→ **Regolamento**  
**diritto all'accesso** ———→ **Regolamento gare d'appalto**

Figura 4

Per le gare d'appalto il cittadino-appaltatore non corre comunque pericolo, visto che la C.E.E., con le varie direttive nn. 71/305, 77/62, 88/295, 89/440, ha fissato con precisione i termini delle procedure.

Nel formulare il predetto regolamento occorre tenere presente, nella parte relativa alle regole per le gare d'appalto, le norme C.E.E. che, come è noto, recepite o non dallo Stato italiano, sono obbligatoriamente applicabili sia dalla P.A., sia dal giudice.

L'estensore del regolamento, mettendosi una volta tanto anche nell'ottica del cittadino, deve porsi due obiettivi: fornire il massimo della trasparenza e limitare la discrezionalità.

Ciò non significa, ad esempio, che

deve essere per forza privilegiata la gara al prezzo più basso, a scapito dell'offerta economicamente più vantaggiosa, in base a più elementi, quali: il prezzo, la qualità, l'estetica, l'assistenza dopo la vendita, ecc., ma devono essere fissate regole, volte a mettere in luce, ad esempio, come ha votato il membro della commissione, in occasione della valutazione della singola offerta.

Inoltre devono essere introdotte metodologie di lavoro che riducano sia le spese così dette in economia, sia le trattative private.

In appendice si è inteso fornire la proposta di un regolamento *ex lege* n. 241/90, nelle linee essenziali ed allo scopo di rendere le procedure, specialmente quelle di gara, le più trasparenti possibili, in ogni mo-

mento della procedura stessa. Il regolamento è diviso in due sezioni: I) l'individuazione del responsabile del procedimento amministrativo e diritto di accesso alle informazioni ed ai documenti; II) il procedimento relativo alle gare d'appalto.

---

(1) PAOLA PULIATTI, Relazione al Convegno tenutosi a Catania il giorno 6 dicembre 1991, organizzato dall'ADI-CONSUM.

(2) L'articolo 63 del D.P.R. n. 761/79 opera una delega, contro il principio generale secondo il quale il delegato non può delegare.

(3) A. CACACE, *Tecnologie biomediche* in **Mecosan** n. 2, 1992.

(4) G. MOLIGNINI, *La gestione della spesa dell'U.s.l.* in **Mecosan**, n. 1, pag. 139 e seguenti.



# REGOLAMENTO IN MERITO ALL'APPLICAZIONE DELLA LEGGE DEL 7 AGOSTO 1990 N. 241

## Sezione 1

### INDIVIDUAZIONE RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO

#### Art. 1

Scopo del presente regolamento è dare attuazione alla legge 7 agosto 1990, n. 241, individuando le persone responsabili dei procedimenti amministrativi alle quali gli utenti si rivolgeranno per conoscere l'iter degli stessi ed alle quali si appunteranno le responsabilità (anche contabili), discendenti dalla normativa inerente l'organizzazione e gestione dell'U.s.l., per la mancata, difforme, errata o ritardata attuazione del provvedimento stesso.

#### Art. 2

L'U.s.l. n. ... si è organizzata, così come previsto dalla normativa nazionale e regionale, in n. ... servizi ed esattamente:

- Servizio n. 1: Igiene pubblica ambientale e tutela salute nei luoghi di lavoro
- Servizio n. 2: Assistenza sanitaria di base
- Servizio n. 3: Assistenza sanitaria specialistica ospedaliera ex extraospedaliera
- Servizio n. 4: Medicina veterinaria
- Servizio n. 5: Assistenza sociale
- Servizio n. 6: Amministrativo
- Servizio n. ....

A ciascun servizio è preposto un responsabile, individuato con regolare atto formale. Il servizio amministrativo è articolato, in osservanza della normativa regionale e dalla deliberazione dell'assemblea generale n. ... del ..... come segue:

- Unità operativa affari generali e legali;
- Unità operativa economico finanziaria;
- Unità operativa amministrazione del personale dipendente;
- Unità operativa gestione attività amministrative connesse all'applicazione delle convenzioni sanitarie;

- Unità operativa gestione approvvigionamenti;
- Unità operativa gestione tecnico-patrimoniale;
- Unità operativa .....

A ciascuna unità operativa è preposto un responsabile individuato con regolare atto formale.

Per esigenze organizzative anche altri servizi possono essere articolati in unità operative, affidate a responsabili, formalmente incaricati. I predetti responsabili di unità operative rispondono del loro operato al responsabile del servizio.

#### Art. 3

Del servizio di assistenza specialistica intra ed extra-ospedaliera fa parte il presidio ospedaliero al quale è preposto un responsabile sanitario, nella persona del direttore sanitario.

Le funzioni amministrative fanno capo, in generale, al servizio amministrativo dell'U.s.l. ed in particolare alle relative unità operative, ciascuna per le proprie competenze.

Tutte le unità operative sanitarie (intendendo per tali le divisioni, con o senza degenza e i servizi autonomi) del presidio ospedaliero, relativamente ai procedimenti amministrativi a rilevanza sanitaria ed igienico organizzativa, ai fini del presente regolamento, fanno capo al direttore sanitario del presidio e quest'ultimo al responsabile del servizio n. 3 di assistenza specialistica intra ed extra-ospedaliera.

#### Art. 4

Tutti i responsabili di servizio, ai fini del presente regolamento, fanno riferimento e rispondono al coordinatore sanitario, amministrativo o sociale, a seconda della pertinenza del procedimento.

Il responsabile dell'ufficio farmaceutico, ai fini del presente regolamento, fa riferimento e risponde al direttore sanitario del presidio ospedaliero, per i procedimenti afferenti il presidio ospedaliero ed ai coordinatori amministrativo e sanitario (ciascuno per la propria competenza) o direttamente all'ufficio di direzione per i procedimenti riguardanti il territorio.

#### Art. 5

Il procedimento amministrativo potrà essere avviato: dal rappresentante legale dell'ente, dall'ufficio di direzione, dallo stesso responsabile del servizio o unità operativa, da un ente esterno (Stato, Regione, ecc.), dall'utente o dal beneficiario del procedimento stesso.

Il documento o atto propulsivo del procedimento amministrativo, pervenuto all'ente attraverso il protocollo generale, viene affidato, con apposita nota emanata da parte dell'ufficio di direzione o, anche individualmente, dal coordinatore amministrativo, sanitario e sociale, a seconda della materia trattata nel documento o procedimento, ad un responsabile di servizio o unità operativa detto affidatario (all. 1). Il responsabile di servizio o unità operative affidatario firma per ricevuta la nota di inoltro del documento propulsivo del procedimento; in caso di sua assenza dal servizio la firma può essere apposta da qualsiasi dipendente del servizio o unità operativa il quale si incaricherà di presentarlo al suo superiore e, in caso di assenza prolungata, assumere le necessarie iniziative relative al procedimento.

L'affidatario del documento o procedimento come sopra individuato, diventa responsabile, ad ogni effetto di legge, del procedimento stesso e ne deve curare l'iter ed il risultato definitivo.

L'affidatario, come sopra individuato può a sua volta affidare il documento, pratica o procedimento, con le stesse modalità, ad un altro funzionario di livello adeguato, almeno direttivo, afferente al servizio o unità operativa il quale, da quel momento, diventa responsabile ad ogni effetto di legge entro i limiti di quanto ha disposto il responsabile di servizio o unità operativa, in solido con l'affidatario della pratica.

#### Art. 6

L'ufficio di direzione o il coordinatore amministrativo o sanitario o sociale, a seconda della pertinenza, ricevuto il documento o qualunque atto capace di produrre l'avvio del procedimento, lo affida entro un massimo di 7 gg., al servizio (o unità operativa o funzionario interessati), il quale (ove non indicato dalla legge o da autorità esterni e superiori), entro 90 gg., deve far concludere il suo iter, che potrà concretizzarsi anche in un atto del legale rappresentante dell'ente, di cui deve predisporre la bozza relativa.

Qualora la pratica o il procedimento richieda tempi più lunghi o più brevi, gli stessi saranno stabiliti dall'ufficio di direzione di volta in volta e comunque entro i limiti di cui all'allegato elenco (all. n. 2).

#### Art. 7

Il funzionario affidatario, entro 20 giorni dal ricevimento della pratica o documento, dovrà predisporre ed inoltrare una nota all'utente, altro ente o cittadino beneficiario o comunque interessato al procedimento, la quale indicherà il funzionario responsabile, i tempi

di conclusione del procedimento o il semplice diniego e le ragioni dello stesso (allegati nn. 3 e 4). Qualora si renda necessario, potranno essere concesse, da parte dell'ufficio di direzione o coordinatore interessato, proroghe ai tempi stabiliti al primo comma.

Solo la nota di diniego sarà firmata dal rappresentante legale dell'ente adeguatamente motivata.

#### Art. 8

Nel caso in cui la conclusione del procedimento sia subordinata a documenti o decisioni che devono essere assunti presso enti esterni all'U.s.l. n. ..., i termini di cui sopra vengono interrotti. Qualora una pratica o procedimento amministrativo, affidato ad un servizio o unità operativa, richieda un documento o decisione acquisibili presso un altro servizio o unità operativa dell'U.s.l., sarà cura del servizio o unità operativa affidatari acquisirli (allegato n. 5); qualora non riesca ad acquisirli per inerzia dell'altro servizio o unità operativa, la responsabilità ricade su questi ultimi. Nel caso in cui i termini siano fissati da autorità esterne e superiori o da leggi, saranno questi ultimi ad essere rispettati. Nel caso in cui l'affidatario, come sopra identificato, non ritenga il procedimento o la pratica di sua competenza, entro 2 giorni dal suo ricevimento, deve rimmetterli all'ufficio di direzione. Qualora l'ufficio di direzione (o i coordinatori amministrativo, sanitario e sociale), dopo attento riesame, ribadisca che la pratica è di competenza di quel servizio o unità operativa la pratica viene reinoltrata allo stesso servizio o unità operativa la quale sarà presa in carico dal servizio o unità operativa indicati senza altri indugi. I termini decorrono dalla data di riaffidamento. Il termine di partenza del procedimento di iniziativa esterna è la data di protocollo generale dell'U.s.l., mentre per quello di iniziativa interna è la data della lettera di invito dell'ufficio di direzione o del coordinatore interessato.

#### Art. 9

Da parte dell'ufficio di direzione sarà tenuto apposito registro contenente: il numero progressivo (da riportare sulla nota di inoltro al funzionario affidatario), la data, l'oggetto del documento, il servizio o unità operativa, il funzionario affidatario, la data entro cui deve concludersi l'operato del funzionario e la data di ricevimento della bozza o atto definitivo a conclusione del procedimento (allegato n. 6).

#### Art. 10

Su ogni pratica che comporti un atto dell'organo amministrativo dell'ente deve essere espresso il parere del responsabile del servizio o unità operativa; l'atto assunto in difformità da quanto espresso nel parere del funzionario libera quest'ultimo dalle eventuali responsabilità derivanti dall'assunzione dell'atto medesimo; vieversa il parere conforme all'atto dell'organo amministrativo rende responsabile, solidalmente, il

medesimo funzionario. Il parere deve essere apposto sulla apposita cartelletta o nel testo del provvedimento che sarà predisposto dal servizio o unità operativa interessati.

Nel caso si tratti di nota redatta dal responsabile del servizio o unità operativa e firmata dal rappresentante legale dell'ente questa deve portare o la firma congiunta del funzionario o la sigla a pie' di pagina a sinistra.

Ogni nota a firma del legale rappresentante dell'ente deve essere redatta in duplice copia e la copia deve essere conservata agli atti del servizio o unità operativa.

#### Art. 11

Allo scopo di accelerare al massimo le procedure, il responsabile di ogni servizio o unità operativa è autorizzato a rilasciare copia conforme all'originale dei documenti esistenti agli atti del proprio servizio o unità operativa, in osservanza della legge 4 gennaio 1968, n. 15. Sempre ai sensi della succitata legge, ogni responsabile di servizio o unità operativa è autorizzato a ricevere atti, dichiarazioni (anche ex art. 4 della legge n. 15/68), documenti e pratiche inerenti il procedimento amministrativo. In assenza del responsabile i documenti suddetti vengono rilasciati o ricevuti dal dipendente di più alto livello, almeno direttivo, in servizio ed in caso di più dipendenti della stessa qualifica e livello funzionale, da quello più anziano.

#### Art. 12

Al fine di assicurare la massima trasparenza nell'attività amministrativa dell'ente è riconosciuto il diritto a chi abbia interesse, di visionare e richiedere copia di atti e documenti inerenti un procedimento amministrativo.

L'interessato, allo scopo di visionare o ottenere copia di atti o documenti, deve avanzare motivata istanza, indirizzata al legale rappresentante dell'ente e rimborsare le relative spese nelle forme previste da norme di legge e di regolamento.

Le copie vengono rilasciate dal servizio o unità operativa interessati, previo accertamento dell'interesse del richiedente, nelle forme di cui al primo comma.

Gli atti che comportino una decisione di fare o non fare che in qualsiasi modo impegni l'ente all'esterno o nei confronti dei dipendenti devono essere sottoscritti dal rappresentante legale dell'ente o da chi lo sostituisce in caso di assenza o impedimento.

Tutti i documenti meramente certificativi o trasmissivi di altri documenti sono sottoscritti dai Resp. di Serv. o Unità operative da cui promanano.

#### Art. 13

Nulla è innovato in ordine all'iniziativa che ogni responsabile di servizio o unità operativa è tenuto comunque ad assumere nel promuovere procedimenti amministrativi inerenti la competenza del proprio servizio o unità operativa, ai sensi della

legge regionale n. ... del ..... e del D.P.R. n. 821/84. Va da sé che anche a questi procedimenti si applicano le norme di questo regolamento, in ordine alla corretta redazione dell'atto relativo. All'interno della U.s.l. i servizi e le unità operative possono beneficiare delle prestazioni di altri servizi o di altre unità operative. In questo caso l'atto, la nota o il documento che dà l'impulso al procedimento amministrativo o alla pratica o all'intervento dell'altro servizio o dell'altra unità operativa, non passa né per il coordinatore né per l'ufficio di direzione, ma va direttamente al servizio o all'unità operativa interessati.

Nessun atto propulsivo di procedimento amministrativo o di intervento di un servizio o unità operativa deve essere rimandato al richiedente senza risposta, solo perché il servizio o unità operativa destinatario si ritiene incompetente.

Se il servizio o unità operativa ritiene di competenza di altro servizio o unità operativa, il documento o atto propulsivo ricevuto, deve trasmetterlo, nei 2 giorni di cui al comma 3 dell'art. 7, al servizio o unità operativa competenti.

In caso di incertezza nell'individuare il servizio o unità operativa competenti decide il coordinatore interessato o l'ufficio di direzione.

### Sezione II

#### LE PROCEDURE PER LE GARE D'APPALTO

#### Art. 14

Il responsabile del procedimento amministrativo riguardante le gare di appalto è il Provveditore economo (possono essere individuati altri responsabili).

Nell'ambito dell'unità operativa Approvvigionamenti è istituito un ufficio contratti retto da un capo ufficio almeno direttivo.

I tempi relativi alle procedure di gara sono quelli contenuti nelle direttive C.E.E. e nelle leggi di recepimento delle stesse.

#### Art. 15

La scelta della modalità di gara è fissata nella delibera a contrattare emanata dall'organo di amministrazione, in osservanza delle direttive C.E.E. nn. 89/440 e 88/295 e relative norme italiane di recepimento, rispettivamente il D.Lgs. n. 406/91 ed il D.Lgs. n. 358/92.

#### Art. 16

La delibera a contrattare deve essere preceduta, a seconda del tipo di approvvigionamento, da studi di fattibilità o da relazione tecnica del responsabile del servizio utilizzatore del bene, del servizio o dell'opera da acquisire.

La delibera a contrattare deve contenere la scelta del tipo di gara, il costo annuo, la durata del contratto, il capitolo di imputazione della spesa e il relativo impegno.

Con la stessa delibera a contrattare devono essere appro-



vati i documenti di gara: il capitolato speciale (se già non preesistente), il bando di gara, l'estratto del bando, la lettera d'invito, se gara ristretta o procedura negoziata.

La stessa delibera deve indicare le forme di pubblicità e i giornali sui quali realizzarla.

#### Art. 17

Oltre ai dati previsti dalle norme di legge, nel bando o nella lettera di invito, deve essere indicato il funzionario al quale chiedere informazioni sulla gara oggetto del bando, con nome, cognome, numero di telefono, numero di telefax, giorni ed ore della giornata in cui poterlo contattare, ed entro quale data dalla scadenza del termine di presentazione della domanda di partecipazione o della offerta onde poter ottenere informazioni.

La lettera di invito o il bando devono contenere le modalità di gara, la data, il luogo e l'ora della medesima e la durata di validità dell'offerta.

#### Art. 18

I lavori relativi alle gare di appalto sono espletati da un seggio, presieduto da un funzionario, nella persona del responsabile del servizio utilizzatore del bene, servizio o opera da acquisire o dal responsabile dell'unità operativa Approvvigionamenti, coadiuvato dall'ufficiale rogante di cui all'articolo successivo.

Nel caso di gara con criterio di aggiudicazione all'offerta economicamente più vantaggiosa di cui all'art. 15, comma 1, lett. b, della legge 31 marzo 1981, n. 113 e dell'art. 29, lett. b del D.L.vo n. 406/91 il seggio di gara di cui al comma precedente, è integrato da 3 esperti. Il seggio, così integrato diventa commissione di gara. Solo il seggio integrato come al comma precedente è obbligato ad agire quale collegio perfetto e nelle sole sedute di valutazione delle offerte.

Nel verbale redatto dalla commissione di gara deve darsi menzione di come ogni membro ha attribuito il suo voto alla singola offerta. Terminati i lavori, il verbale, contenente la proposta di aggiudicazione, sotto forma di graduatoria, viene trasmessa all'organo deliberante dell'ente.

Gli offerenti possono chiedere ed ottenere copia della delibera di aggiudicazione e di tutti i documenti allegati ivi compresi i documenti relativi ai lavori della commissione.

I documenti relativi ai lavori della commissione potranno essere richiesti e rilasciati anche nelle more dell'assunzione della deliberazione da parte dell'organo amministrativo.

Anche ai lavori della commissione partecipa l'ufficiale rogante di cui all'articolo successivo con funzioni di segretario della commissione stessa.

L'organo deliberante può riformare la graduatoria pro-

posta dalla commissione solo per correggere errori formali commessi dalla stessa commissione.

Il fornitore ai sensi dell'art. 18 della legge n. 241/90, in luogo dei documenti richiesti in qualsiasi fase della gara può presentare una dichiarazione dalla quale risulti che gli stessi sono già in possesso dell'amministrazione appaltante o di altra amministrazione pubblica.

L'esito della gara, a norma dell'art. 20 della legge n. 55/90, è reso pubblico con onere a carico dell'aggiudicatario e comunicato al primo ed al secondo classificato, entro dieci giorni dall'aggiudicazione.

#### Art. 19

Il seggio di gara di cui all'art. 18, nel corso delle sue sedute pubbliche, osserva le norme di cui al R.D. 23 maggio 1924, n. 827.

La commissione di gara, nominata in presenza del criterio di aggiudicazione all'offerta economicamente più vantaggiosa, agisce in osservanza di quanto stabilito nel bando di gara o nella lettera di invito o nel capitolato speciale.

I criteri di cui al comma precedente devono essere quanto più è possibile dettagliati, allo scopo di contenere al massimo discrezionalità e di offrire la maggiore trasparenza.

#### Art. 20

L'ufficiale rogante della U.s.l. n. ..., ai sensi dell'art. 95 del R.D. 23 maggio 1924, n. 827, è il dirigente coordinatore amministrativo dott. ...., il quale, in caso di assenza o impedimento è sostituito dal dott. ...., o da altro funzionario, almeno direttivo ed in possesso della laurea in giurisprudenza o in economia e commercio o in scienze politiche.

#### Art. 21

Le spese di pubblicità della gara possono essere posti, a carico della ditta aggiudicataria, unitamente a quelle relative ai diritti di rogito, di registrazione e bollo, solo se indicate, sia pure in via presuntiva, nei documenti di gara: bando, lettera di invito o capitolato speciale.

I diritti di rogito sono quantificati secondo la legge 24 ottobre 1987, n. 440.

#### Art. 22

Il presente regolamento è approvato con atto n. ... dell'amministratore straordinario, affisso per quindici giorni all'albo dell'ente, ed è in vigore dal ....

L'inosservanza del presente regolamento comporta responsabilità disciplinari, contabili e penali ai sensi di legge.

ALLEGATO N. 1

n. del Registro dell'Ufficio di Direzione	Al Responsabile del..... Sede
Oggetto: <i>Trasmissione documentazione</i> ..... per l'inizio del relativo procedimento e/o risposta all'interessato e comunque non oltre il .....	
Si trasmette alla S.V. il documento in oggetto, con invito ad iniziare il relativo procedimento e/o dare risposta all'interessato, entro i termini del regolamento e della legge 7 agosto 1990, n. 241.	
Distinti saluti.	
p. <i>L'Ufficio di Direzione</i> il Coordinatore	
per ricevuta firma ..... data ..... Non si ritiene di quest ..... firma ..... data .....	Affidata al ..... il ..... il Coordinatore firma per ricevuta ..... Riaffidata al ..... il ..... il Coordinatore firma per ricevuta .....

ALLEGATO N. 2

**Elenco provvedimenti amministrativi e tempi di realizzazione**

Procedimento e/o sub procedimento	Servizio o Unità operativa o sub U.O.	Termine di realizzazione del procedimento	Autorità competente a emanare l'atto

ALLEGATO N. 3

	Al ..... .....
Oggetto: <i>Istanza del</i> .....	
Si fa riferimento all'istanza avanzata in data ....., per far presente che la pratica è stata affidata al ..... e il funzionario affidatario della stessa è il .....	
Il procedimento amministrativo si concluderà entro il .....	
per L'Amministratore straordinario	





# EVOLUZIONE DEI SERVIZI ALBERGHIERI IN OSPEDALE

di Andrea Guerra \*

**SOMMARIO:** Premessa - 1. Anni '90: l'era dei servizi in ospedale - 2. Il servizio di ristorazione - 2.1. La progettazione - 2.2. La dietetica - 2.3 Il servizio - 3. Servizio pulizie e sanificazione ambientale - 3.1 Organizzazione del lavoro - 3.2. Programmazione e tempistica dei lavori - 3.3. Il controllo qualità - Conclusioni.

## Premessa

È facile convenire che gli anni ottanta sono stati caratterizzati da una profonda ristrutturazione industriale, mentre da tali processi è rimasto escluso quasi per intero il mondo dei servizi.

Nella maggioranza dei casi i servizi svincolati dallo stimolo imposto dalla concorrenza nazionale ed internazionale, tutelati da regolamentazioni che generano situazioni vicine al monopolio, formano prezzi di vendita che contribuiscono in modo strutturale a mantenere l'inflazione al di sopra dei tassi di variazione nelle principali economie concorrenti, oltre ad assorbire risorse pubbliche in dimensioni assai rilevanti.

In Italia il decennio che abbiamo davanti imporrà la riforma dell'intervento pubblico nei servizi pena l'emarginazione nel contesto europeo e l'eccessiva penalizzazione dei settori esposti alla concorrenza internazionale.

Stiamo infatti osservando l'adozione di un mix di politiche pubbliche tese a:

a) accrescere, tramite una salutare deregolamentazione, il grado di

concorrenza là dove operano condizioni settoriali di monopolio;

b) ridurre la presenza dello Stato gestore a favore dello Stato regolatore del mercato con l'obiettivo di garantire interessi collettivi.

## 1. Anni '90: l'era dei servizi in ospedale

Gli anni '90 dovrebbero perciò assistere ad una accelerazione della ristrutturazione dei servizi, tra i quali in primo luogo quelli del settore sanitario.

La spesa sanitaria in Italia rappresenta quasi l'8% del prodotto interno lordo con un tasso di crescita ben superiore al tasso di inflazione registrato.

Il livello tecnologico raggiunto e messo a disposizione della prevenzione diagnosi e cura è elevato e perciò in prospettiva la spesa sanitaria continuerà a crescere in quanto crescono i bisogni sanitari della popolazione: quota di anziani più alta, la medicalizzazione di problemi sociali, l'avvento di nuove tecnologie, l'Aids.

L'85% della spesa ospedaliera e

riconducibile a fattori rigidi di spesa: personale, farmaceutica, ricerca, sono definiti e decisi nelle loro componenti strutturali e di costo a livello centrale; sul 10-15% restante è possibile fare molto in termini di efficienza e razionalizzazione ma è necessario fare vera programmazione.

L'ospedale da un punto di vista tecnico economico può essere senza dubbio descritto come una azienda specializzata nella organizzazione dell'offerta di servizi sanitari con risorse ingenti da gestire spesso superiori alle nove cifre.

Il « core business » dell'« azienda » ospedale è rappresentato da tutti i servizi sanitari che rispondono alla domanda di salute, a cui fanno da supporto tutta una serie di attività infrastrutturali che possono essere di diversa natura, amministrativa, alberghiera, ausiliaria.

Sempre più la modalità di svolgimento di tutti questi servizi accessori condiziona l'efficienza e l'economicità del core business.

Il sistema che regola le atti-

\* **Andrea Guerra** è responsabile della Direzione Marketing della Marriott Italia.

vità di supporto è caratterizzato spesso da complessità procedurale: leggi e regolamenti che disciplinano l'ordinamento, l'organizzazione, vista in una logica prevalentemente istituzionale e non come « strumento » economico aziendale e di gestione, lo stato giuridico del personale, l'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

Purtroppo spesso sono norme formali e procedurali e non in primo luogo finalizzate al perseguimento dei risultati.

Oggi un solo organo di governo dell'U.s.l. può decidere sulle problematiche delle pulizie e valutare l'organizzazione di un reparto idoneo ai trapianti, ma decidere non vuol dire necessariamente gestire direttamente.

Le problematiche sono diverse e testimoniano la necessità di specializzazione.

Ecco perché la Marriott Italia si propone quale partner principale delle amministrazioni ospedaliere nella gestione integrata ed integrale dei servizi alberghieri.

La Marriott da trent'anni opera nei servizi alberghieri alla sanità. La Marriott Italia offre servizi alberghieri solo alla sanità. Una specificità di settore che vuole sottolineare il fatto che offrire un pasto alle scuole non è lo stesso lavoro di offrire un pasto ad un degente in ospedale.

È necessario addentrarci nella descrizione dei singoli servizi per capire meglio cosa significa esperienza, specializzazione e know-how e non enunciare termini purtroppo inflazionati.

Analizzeremo due servizi in particolare: la ristorazione e la pulizia e sanificazione.

La scelta non è casuale in quanto questi due servizi in particolare rappresentano per il degente un punto di confronto ottimale rispetto alla propria situazione abituale.

## 2. Il servizio di ristorazione

Il servizio di ristorazione di un ospedale deve proporre un'offerta di alimenti varia, appetibile, adeguata alle esigenze, equilibrata nell'apporto di energia e di nutrienti e deve tener conto degli utenti in modo tale da consentire all'organismo di trarre il massimo beneficio dal soggiorno di cura.

Il servizio si esplica in:

- progettazione delle cucine;
- apporto di nutrizionisti nello stabilire i diversi programmi alimentari;
- rispetto del paziente in tutte le sue abitudini.

Probabilmente, oggi, queste sono le tre fasi che rappresentano la differenza che una società di servizi come la Marriott Italia può fare all'interno di un qualunque ospedale grande o piccolo con tutta la flessibilità necessaria.

### 2.1. La progettazione

La funzionalità della cucina, centro di produzione del cibo, è uno dei primi requisiti richiesti.

Purtroppo in Italia la rete ospedaliera non si caratterizza per una particolare modernità, spesso le cucine risalgono alle ristrutturazioni effettuate negli anni '60.

Impianti obsoleti e confusione di aree di lavoro sono due elementi in contrasto con l'efficacia e la sicurezza del servizio.

È evidente che una corretta progettazione dei centri di produzione effettuato da coloro che vi lavorano consente una funzionale organizzazione delle attrezzature e quindi una attenta analisi dei flussi delle derrate crude e dei cibi cotti, del pulito e dello sporco.

La Marriott, nella sua missione di collaboratore degli amministratori degli ospedali mette a disposizione progettisti di cucine ospedaliere, orga-

nizza i lavori di ristrutturazione avvalendosi dei fornitori di macchinari all'avanguardia e non ultimo fornisce all'ospedale i fondi necessari per l'investimento.

La Marriott Italia interviene direttamente in questo processo di investimento ammortizzando la spesa in più anni con piccole quote su ciascun pasto servito; ovviamente al termine del periodo di ammortamento, la durata del quale è decisa congiuntamente ai responsabili dell'amministrazione, tutti gli impianti installati diventano di proprietà dell'ospedale.

Senza effettuare spese in conto capitale l'ente si trova ad avere a disposizione una cucina funzionale, sicura e di grande tecnologia.

### 2.2. La dietetica

In Italia non è stato ancora definito un protocollo che stabilisca uniformemente la quantità, la qualità e la varietà degli alimenti e la loro distribuzione nella compilazione dei menù.

Non sono disponibili neanche capitolati speciali che definiscano in modo univoco le condizioni di fornitura ed i controlli di qualità.

Non solo, in molti ospedali il servizio dietetico neanche esiste.

Ebbene, la Marriott Italia con la collaborazione di nutrizionisti e scienziati dell'alimentazione, ha messo a punto un suo programma alimentare e le mette a disposizione degli enti ospedalieri.

Il dietetico Marriott prevede pasti tali da garantire sia quantitativamente sia qualitativamente il fabbisogno energetico e di nutrienti dei pazienti, tiene conto dei gusti dei singoli offrendo la possibilità di scelta ed è flessibile per particolari esigenze (allergie ed intolleranze) e diete speciali.

La tecnologia messa a disposizione da più di venti anni di esperienza specifica nel settore sanitario con-

sente un continuo monitoraggio dei valori nutrizionali dei diversi menù.

Oggi, spesso accade che società di ristorazione collettiva entrano nel settore sanitario solo per problemi di diversificazione, cioè saturo il settore delle mense aziendali, in via di saturazione il mercato dell'alimentazione scolastica vi è oggi un assalto al mercato sanitario.

I risultati di queste politiche sono:

- segni manifesti di malnutrizione proteico-energetica;
- tempi di ricovero più lunghi;
- rischi di complicazioni e peggioramenti, stati di depressione dovuti da sindromi nosocomiali.

Una popolazione ospedaliera così vasta ed eterogenea dovrebbe essere coperta di diete modulate *ad personam*.

La Marriott Italia tende verso questo obiettivo: fornire una razione alimentare per ogni singolo paziente; questo è reso possibile da una serie di software brevettati, specificatamente affinati alla soluzione di questi problemi semplificando la trasmissione di dati dai reparti alla cucina.

Software che consentono di:

- tenere un database di tutti gli ingredienti utilizzati (prezzi e componenti nutrizionali compresi);
- aggiornare e controllare « online » le giacenze di magazzino;
- emettere ordini sulla base di « forecast » di utilizzo derrate, sviluppare fogli di produzione a seconda delle richieste, gestire e controllare il personale e non ultimo elaborare continue statistiche di controllo da spartire con le amministrazioni.

Il servizio alimentare deve anche informare ed educare sulle corrette abitudini alimentari.

La Marriott Italia durante il soggiorno nell'ospedale ed al momento delle dimissioni fornisce continue indicazioni tali da favorire un totale recupero del benessere fisico e psichico del degente.

### 2.3. Il servizio

Prima di tutto la filosofia di servizio.

Il servizio non si improvvisa bensì è il risultato di una cultura radicata che viene trasmessa dai livelli dirigenziali agli uomini in prima linea con continue motivazioni, training ed incentivazioni.

Per l'amministrazione pubblica tutto ciò, per motivi in parte burocratici, ed in parte di diritto, rimane spesso difficile da applicare.

Gli orari non sono flessibili, le mansioni sono molto rigide, l'addestramento specifico è quasi impossibile data la natura professionale di molti operatori ausiliari impiegati in mansioni diverse.

La Marriott Italia del servizio ne fa un culto, il paziente deve essere soddisfatto in ogni momento della giornata. Il rispetto del paziente è la prima lezione impartita ad ogni nuovo dipendente della società.

La tradizione alberghiera quasi secolare rende più facile il compito della continua analisi di tutti quei piccoli particolari che rendono il comfort del degente migliore.

Una società di servizi quale è la Marriott Italia, è indirizzata e trasportata dai bisogni del cliente.

Una qualunque azione intrapresa senza che questa porti un beneficio tangibile, per il cliente è un'azione non utile.

Qualunque membro della società è consapevole di questa necessità e si comporta di conseguenza.

Il mercato sancisce necessità, aspettative e bisogni.

La Marriott Italia nello svolgere la propria attività di gestore dei servizi alberghieri ospedalieri, collabora con tutti gli operatori del settore, amministratori e sanitari, per rendere più confortevole il soggiorno a colui che è il vero fruitore del servizio: il paziente.

### 3. Servizio pulizie e sanificazione ambientale

Anche in questo caso affronteremo in modo organico tutti gli aspetti del problema igiene negli ospedali.

Purtroppo una classifica uscita alla fine dello scorso anno, su un settimanale di larga diffusione, in cui venivano evidenziati tutti gli aspetti positivi e negativi di 200 ospedali italiani troviamo che tra gli aspetti negativi l'igiene viene citata ben 114 volte rappresentando il 57% dei casi.

Di nuovo focalizziamo i tre aspetti decisivi per la buona riuscita del servizio:

- organizzazione del lavoro;
- programmazione e tempistica dei lavori;
- controllo qualità.

#### 3.1. Organizzazione del lavoro

Primo punto: il servizio di pulizia è *labor intensive*.

Se non si dispone di una forza lavoro articolata, specializzata e motivata il servizio decade.

L'uomo è ancora il perno centrale di tutta l'organizzazione e uno solo può rendere inutile il lavoro di tutto il resto della squadra.

La Marriott dedica all'addestramento ampie risorse umane e finanziarie, in base alla produttività ipotizzata vengono definite le unità operative occorrenti, per ogni singola area vengono stabiliti i tempi di intervento (mq/h).

Gli addetti vengono distribuiti nell'arco della giornata a seconda delle fasce orarie di intervento concordate, sempre, preventivamente con la direzione amministrativa e sanitaria dell'ospedale.

In ogni cantiere sarà quindi possibile rilevare dati sui tempi effettivamente impiegati dalle unità operative e confrontarli con quelli previsti dal programma.



Gli scostamenti sono così analizzati ed ogni area può essere affrontata con la massima prontezza.

### 3.2. Programmazione e tempistica dei lavori

Non esiste nella legislatura sanitaria un protocollo dei lavori tipo da applicare, il tutto viene lasciato alla iniziativa dei singoli come per esempio il lodevole contributo fornito dalle associazioni degli economisti e dei provveditori e da quella dei medici dirigenti di ospedali che hanno sviluppato un efficace protocollo dei lavori.

Le aree dell'ospedale vengono analizzate e classificate a seconda del rischio infettivo, vengono studiate le planimetrie dell'ospedale ed a ciascuna area vengono assegnate metodologie e tempistica dei lavori.

La Marriott Italia mette a disposizione il proprio capitolato di lavori con tutti i tipi di operazioni da compiere e precauzioni da prendere per ciascuna area di interesse.

Vengono stilati programmi giornalieri, settimanali, mensili ed annuali che ovviamente vengono consegnati e discussi con l'ente ospedaliero. In ogni momento è possibile adattare i programmi giornalieri e periodici a seconda delle esigenze paricolari e anche occasionali dell'ospedale.

### 3.3. Il controllo qualità

Il concetto di pulito è spesso considerato un concetto relativo. La cor-

rispondenza del servizio alle condizioni contrattuali è spesso insufficiente.

Mancano controllori e i sistemi di controllo; non è possibile risalire a responsabilità effettive.

Questo è dovuto anche al fatto che gli amministratori degli ospedali alla fine dovrebbero essere specializzati in mille settori, umanamente non possibile.

Il vero problema per gli amministratori degli ospedali deve essere la qualità in quanto ampie differenze di prezzo non ci possono essere e le esagerazioni sono facilmente smascherabili.

Il programma Marriott di controllo di qualità fornisce al management aziendale ed ospedaliero il metodo per identificare i problemi, analizzarli ed apportare tutti gli opportuni correttivi.

Il sistema informatico sceglie a caso stanze ed aree dell'ospedale da ispezionare; ispezioni svolte da componenti della Marriott di diverso livello in modo che le valutazioni siano incrociate ed il più oggettive possibili; diversi punteggi vengono assegnati a seconda dell'importanza dell'operazione oggetto del controllo; i punteggi vengono poi sommati.

Aree di luce e di ombra del servizio risaltano all'occhio immediatamente.

Il risultato finale è che il livello di pulizia è evidenziato, la costanza del servizio nel tempo viene evidenziata ed inoltre una misura della omogeneità dei criteri valutativi del

management Marriott viene garantito.

## Conclusioni

L'assistenza sanitaria è caratterizzata da un elevato contenuto manuale e personale; è un settore che automaticamente oppone una forte resistenza alla riduzione della forza lavoro per unità di prodotto, in alcuni casi implica processi di produzione non standardizzabili.

È inoltre difficile ridurre la forza lavoro nel settore dell'assistenza ospedaliera, poiché la quantità di lavoro in essa profusa è considerata una componente fondamentale della qualità del servizio reso.

È evidente che questo particolare settore è soggetto ad aumenti rapidi e persistenti dei costi, dovuto essenzialmente al divario di produttività rispetto ai settori dinamici.

Che farà? Se non è possibile ottenere vantaggi considerevoli da innovazioni di prodotto allora sono necessari innovazioni di processo.

Senza dubbio i servizi alberghieri all'interno dell'assistenza ospedaliera rappresentano il settore che può da questo trarre beneficio.

A fronte di un sistema, quello sanitario, che naturalmente comporta costi reali crescenti è opportuno fissare dei punti di riferimento certi.

La gestione differita dei servizi alberghieri comporta la conoscenza precisa da parte degli amministratori dei costi, delle responsabilità e della qualità dei servizi.

**Biblioteca**

Sezione 6<sup>a</sup>

## RECENSIONI

**John Appleby**

**Financing Health Care in the 1990's**

Open University Press, State of Health Series, 1992, pp. 177

Le innovazioni introdotte dalla riforma del National Health Service britannico sono numerose e significative: avendo ridisegnato un sistema dalle caratteristiche manageriali, finanziarie politiche estremamente complesse, è difficile individuare gli effetti di ogni singolo elemento della riforma. Non solo: avendo mutato la struttura degli incentivi che guidano il comportamento degli individui e delle categorie coinvolte nella gestione della sanità, è il risultato complessivo a rimanere pure imprevedibile, tanto è vero che la riforma è stata introdotta per gradi e sperimentazioni successive.

Il testo di Appleby, specialistico nel tema, ma chiaro ed efficace nell'esposizione, affronta diverse tematiche relative al finanziamento del servizio sanitario cercando di prevederne l'evoluzione a seguito del nuovo assetto, ed evidenziandone la rilevanza ai fini di un giudizio complessivo sul sistema.

La rilevanza della struttura di finanziamento del N.H.S. non risiede solo nella funzione di ripartizione sulla società del costo della sanità, ma nel fatto che le differenti fonti di finanziamento possono influenzare direttamente la natura, la quantità, la qualità ed i destinatari dei servizi sanitari che vengono erogati.

Un primo elemento caratterizzante il tema è il livello della spesa da finanziare nel prossimo futuro: l'approccio usato è duplice, vengono illustrati da un lato i dati storici della spesa sanitaria in relazione all'andamento dell'economia e al succedersi dei diversi governi, dall'altro le diverse teorie per determinare il corretto ammontare di risorse da destinarsi alla sanità.

Se le tecniche statistiche non possono che formulare delle indicazioni qualitative sull'evoluzione del sistema date certe ipotesi, le teorie si scontrano con una realtà imperfetta, con informazioni limitate e costose, e soluzioni necessariamente provvisorie.

Una possibilità per evitare le limitazioni di un approccio che voglia definire a priori il corretto livello di spesa e la sua corretta composizione, consiste nel privatizzare la decisione: ossia lasciare che siano le interazioni tra i soggetti (o gruppi di essi) a decidere la quantità e qualità di servizi di cui servirsi attraverso meccanismi di mercato.

I limiti del mercato nel settore sanitario sono noti e studiati da tempo, sia per quanto riguarda i meccanismi di assicurazione dei rischi (adverse selection, moral hazard), sia per quanto riguarda l'effettiva efficienza nella selezione e nella quantità di servizi consumati.



La prospettiva del ricorso al mercato viene esaminata con occhio critico attraverso lo studio di due realtà in cui forme di mercato amministrato costituiscono l'ossatura del sistema sanitario: gli U.s.a. e la Germania. Se il modello americano, piuttosto dinamico, e quindi in continua evoluzione e aggiustamento, è messo in discussione dagli stessi statunitensi (benché sull'esperienza delle HMOs non sia ancora possibile dare un giudizio definitivo), lo stesso sistema tedesco, basato su assicurazione obbligatoria, generalmente giudicato favorevolmente sia dal punto di vista finanziario che da quello dell'equità, non può costituire un modello definitivo per la sanità britannica. La specificità dell'economia e della cultura tedesca infatti non lo rendono liberamente proponibile in altre realtà.

L'ultima parte del libro viene dedicata ai possibili sviluppi della struttura finanziaria del N.H.S..

È prevedibile un aumento del ruolo del finanziamento privato della salute, sia per pagamento diretto che tramite assicurazioni. Nonostante gli incentivi fiscali per le assicurazioni degli ultrasessantenni non sembra abbiano avuto effetti significativi nel primo periodo di sperimentazione, le assicurazioni private potranno godere di una sensibile espansione dovuta da un lato agli effetti dei citati provvedimenti, e dall'altro dall'opportunità che possono intravedere i medici di base nell'incoraggiare i propri pazienti ad usufruire comunque di coperture assicurative, onde alleviare le pressioni sul proprio budget.

Anche la risposta dei Trusts (enti che erogano i servizi sanitari, con funzioni di providers nella distinzione introdotta dalla riforma, dotati di elevata autonomia finanziaria e organizzativa) al confronto con budgets ristretti dei medici di base sarà rilevante sulla struttura di finanziamento: è prevedibile il ricorso a fonti di finanziamento alternative e integrative: pagamenti diretti di pazienti o assicurazioni, in cambio di servizi più celeri (la possibilità di evitare le liste di attesa è anche nel Regno Unito uno dei motivi principali al ricorso a strutture private). Non è da escludere una struttura basata su rapporti preferenziali (preferred providers), che ricalca il mercato amministrato americano.

Un richiamo specifico al tema dell'equità del sistema, argomento che permea tutta la trattazione, viene fatto in chiave prospettica: nonostante la dimensione egalitaria venga percepita soprattutto a livello di erogazione (in genere in senso orizzontale: pari accesso a uguali bisogni), gli effetti delle riforme al livello del finanziamento possono da un lato modificare la natura progressiva del sistema e dall'altro portare ad una struttura di accesso basata su sovrapprezzi e su « corsie preferenziali » cui si accede con costi maggiori dei servizi.

**Robert N. Anthony e David W. Young**

**Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni nonprofit**  
McGraw Hill, Milano, 1992

I sistemi di programmazione e controllo, pur essendo sorti nell'ambito delle imprese private, possono contribuire in modo significativo anche alla gestione degli enti pubblici e delle organizzazioni nonprofit. Nello stesso tempo, tuttavia, è necessario garantire la coerenza tra caratteristiche dei sistemi gestionali da un lato, natura ed esigenze delle singole aziende dall'altro; da qui l'impossibilità di trasferire acriticamente logiche o strumenti di programmazione e controllo dal settore privato ai settori pubblico e nonprofit.

Negli Stati Uniti l'esigenza di sviluppare sistemi di programmazione e controllo coerenti con le caratteristiche degli enti pubblici e nonprofit è sentita da tempo.

Uno dei migliori testi accademici in materia è senz'altro *Management Control in Nonprofit Organizations*, ormai giunto alla quarta edizione (Robert Anthony e David Young, 1988). In Italia il problema dell'introduzione di meccanismi gestionali nel settore pubblico ha storia più recente, ma si sta ponendo con intensità sempre maggiore: da qui la decisione di *Management Control in Nonprofit Organizations* in edizione italiana.

Il testo si suddivide in quattro parti. La prima parte (Introduzione generale) ripropone la tripartizione dei sistemi di programmazione e controllo in pianificazione strategica, controllo direzionale e controllo operativo, individuando il controllo direzionale come oggetto specifico di trattazione; descrive le principali caratteristiche peculiari degli enti pubblici, prima tra tutte l'assenza dell'indicatore sintetico di efficacia ed efficienza rappresentato dal reddito; offre una rapida carrellata dei tempi trattati nelle tre parti successive.

La seconda parte (Principi di controllo direzionale) è prevalentemente dedicata alla raccolta ed all'utilizzo delle informazioni relative all'impiego di risorse. Il messaggio principale di questa parte è che finalità conoscitive diverse richiedono diversi sistemi di rilevazione e/o elaborazione delle informazioni. Più in particolare:

— il capitolo 3 descrive le caratteristiche del sistema contabile degli enti pubblici in Italia: questo capitolo sostituisce il capitolo 3 dell'edizione originale, che presentava un riepilogo sintetico dei principi contabili statunitensi;

— il capitolo 4 è dedicato alla contabilità a costi pieni, quindi ai tempi dell'individuazione dei centri di costo, della classificazione dei centri di costo e dell'imputazione dei costi comuni;

— il capitolo 5 sottolinea l'inadeguatezza della contabilità a costi pieni quale supporto informativo per le scelte di convenienza economica, e quindi, introduce i concetti di costo differenziale e di analisi del punto di pareggio;

— il capitolo 6, discute il problema della determinazione dei prezzi, ed in particolare del ruolo rivestito dalle informazioni di costo nella definizione dei prezzi dei servizi di pubblica utilità.

La terza parte (Sistemi di controllo direzionale) descrive il controllo direzionale nei suoi aspetti di struttura, processo ed articolazione tecnico-contabile. Il capitolo 7 affronta i temi dell'individuazione dei centri di responsabilità, della classificazione dei centri di responsabilità, della relazione tra centri di responsabilità e programmi e dell'articolazione del sistema contabile per centri di responsabilità e per programmi. I successivi capitoli sono invece dedicati alle specifiche fasi del processo di controllo direzionale: programmazione (capitoli 8 e 9), formulazione del budget (capitolo 10), controllo delle modalità di svolgimento della gestione (capitolo 11), misurazione dei risultati conseguiti (capitolo 12), reporting (capitoli 13 e 14) e valutazione (15).

La quarta parte (Implementazione di un sistema di controllo direzionale), infine, sottolinea l'importanza del momento applicativo; particolare importanza viene attribuita al coinvolgimento di tutti gli attori rilevanti, alla determinazione delle esigenze informative di ciascun attore, alle strategie di introduzione, alla gestione della transizione dal vecchio al nuovo sistema ed all'informatizzazione. Il volume si chiude con un capitolo riepilogativo (La corretta gestione di un'azienda, cap. 17).

Lo stile espositivo è accurato e nello stesso tempo semplice e ricco di esempi. Ogni capitolo è corredato da un paio di casi (26 in tutto) che, oltre a soddisfare precise esigenze didattiche, offrono interessanti occasioni di approfondimento. Anche le indicazioni bibliografiche sono organizzate per capitoli; in questo modo si offre al lettore una bibliografia essenziale per ciascuno dei principali argomenti trattati.

Se si esclude il già citato capitolo 3, casi ed esempi sono quelli originali, riferiti cioè al contesto statunitense. Una piena comprensione richiede quindi un minimo di familiarità con questo contesto e con le sue peculiarità: il peso significativo del cosiddetto « terzo settore » (privato ma nonprofit), l'autonomia finanziaria dei comuni, la compresenza di assicurazioni private e programmi pubblici in campo sanitario, lo *status* libero-professionale della maggior parte dei medici ospedalieri. L'importanza dei temi trattati, tuttavia, prescinde dalle caratteristiche specifiche della realtà americana; le logiche e gli strumenti presentati ben si adattano anche al contesto italiano. La chiarezza dell'esposizione e l'abbondanza di esempi, inoltre, contribuiscono in modo significativo alla « comprensibilità » del testo.



## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

AA.VV.

**Elementi di legislazione  
sanitaria e sociale**

Edizioni Simone  
Napoli 1991,  
pag. 302, lire 20.000

*Questa seconda edizione, ampliata e aggiornata con la più recente normativa, offre un quadro generale della legislazione sanitaria e sociale.*

*Analizza le principali problematiche giuridiche relative al sistema sanitario in relazione all'ordinamento italiano. Dai principi generali del diritto, all'organizzazione sanitaria, agli aspetti giuridici più rilevanti delle professioni sanitarie, alla legislazione sociale.*

*Occorre saper cogliere i cosiddetti bisogni differenziati di salute, indotti o emergenti, saperli misurare e gestire. È questo un grande progetto che coinvolge in egual misura la formazione del medico, l'organizzazione dei servizi sanitari e la cultura della comunità, resa attenta al carattere soggettivo del bisogno e all'irrinunciabile principio della valutazione individuale del proprio stato di salute.*

V. GHETTI (a cura di)

**Bisogno di salute  
e risposta  
della medicina: ruolo  
dei servizi  
e della formazione**

Franco Angeli  
Milano 1992,  
pag. 210, lire 28.000

F. AGLI, E. GALLO,  
A. LIPPI, C. SCAPIN

**L'integrazione  
metodologica  
e organizzativa  
nel distretto di base**

Fondazione  
« Emanuela Zancan »,  
Padova 1991, pag. 191,  
lire 28.000

*Se le persone, con i loro bisogni e i loro diritti (e non quindi i bisogni delle istituzioni, dei servizi, delle professionalità...) vengono poste al centro, le ragioni dell'esperienza portano inevitabilmente a coniugare insieme la logica dei fini e la logica dei mezzi, in una prospettiva di effettivo servizio alle persone e alle comunità locali.*

*La possibilità di questo incontro è testimoniata dai diversi contributi che vertono sul processo di distrettualizzazione.*

F. CAVALLARO,  
C. DUCHI

**Il riordino del settore  
farmaceutico**

Pirola Editore,  
Milano 1991,  
pag. 160, lire 18.000

*Il volume presenta un commento, articolo per articolo, alla recentissima legge 8 novembre 1991, n. 362, concernente il riordino del settore farmaceutico.*

*La nuova disposizione viene accolta con favore per le novità positive che contiene, con la consapevolezza, la parte degli operatori del settore, che dovrà certamente essere seguita da ulteriori approfondimenti.*

*Nonostante le speranze da più parti riposte, la programmazione regionale stenta a decollare e a trovare una significativa posizione nell'ambito della gestione della pubblica amministrazione.*

*Con riferimento alle Regioni a statuto ordinario, approfondisce il quadro storico-istituzionale della programmazione, le metodologie, i collegamenti con le scelte di bilancio, e analizza alcune importanti esperienze a livello regionale.*

P. BELCARO

**La programmazione  
economica  
delle Regioni:  
esperienza del periodo  
1970-1990**

Cedam, Padova, 1991,  
pag. 169, lire 25.000

G. SOBBRIO

**Economia  
del settore pubblico**

Giuffrè, Milano 1991,  
pag. 409, lire 36.000

*Manuale di scienza delle finanze che si propone di realizzare un inquadramento scientifico e un'analisi dei modelli prescrittivi prestando attenzione alle implicazioni economiche generali. I capitoli dedicati all'analisi del bilancio dello Stato e agli effetti economici delle imposte sono preceduti da un'ampia descrizione delle teorie sulle scelte collettive, contestualizzate nella dinamica dell'aumento delle attività pubbliche.*

*Descrizione delle esperienze attuate in alcune Unità sanitarie locali della regione Emilia-Romagna, che ha promosso un programma di qualificazione dei processi gestionali e decisionali sperimentando e applicando all'interno delle Unità sanitarie locali vari strumenti per il controllo di gestione.*

*Rientrano tra questi le analisi e le valutazioni di gestione orientate a coinvolgere direttamente l'organizzazione delle realtà territoriali e a migliorare i processi decisionali interni, al fine di accrescere l'efficienza organizzativa e la qualificazione dell'attività sanitaria.*

G. VIRGILIO,  
E. ROVERSI

**Le analisi  
e le valutazioni  
di gestione: i rapporti  
di gestione nelle U.s.l.  
dell'Emilia Romagna**

Editrice Clueb,  
Bologna 1991,  
pag. 338, lire 35.000

P. NEGRO

**Economicità  
delle azioni pubbliche:  
problemi di valutazione**

Franco Angeli  
Milano 1992  
pag. 161, lire 28.000

*Per richiamare attenzione sul corpo di conoscenze noto come « valutazione », sintetizza 80 studi di caso, opera di studiosi italiani, che valutano dal punto di vista economico azioni pubbliche di singole istituzioni.*

*Vengono usati molteplici metodi di indagine, che guardano tutti alla pubblica amministrazione come ad un insieme di attività che hanno come obiettivo la produzione di « qualcosa d'altro » da se stesse. Il che può servire, se non altro, per scrollare abitudini mentali che insistono nel vedere la burocrazia pubblica come un pianeta chiuso.*

*Volume-Manifesto di una nuova collana rivolta a diffondere opinioni e idee a supporto della ripresa e del rilancio di una cultura della salute, diffusa e partecipata, che penetri tutti gli strati della popolazione e faccia di quest'ultima una protagonista reale dei processi di cambiamento necessari alla prevenzione ed alla promozione della salute, tanto a livello individuale che collettivo.*

*Raccoglie numerosi saggi, tra i quali alcuni tratti da convegni del 1988 e 1989, e un'appendice quantitativa con i dati relativi ad alcuni rilevanti problemi sanitari per il periodo 1970-2000.*

FONDAZIONE A. CELLI,  
L. BRIZIARELLI,  
M.R. MANFRONI  
(a cura di)

**Per una cultura  
di salute**

Bulzoni Editore,  
Roma 1991,  
pag. 135, lire 16.000

LABOS  
(a cura di)

**Regioni e politiche  
socio-assistenziali  
3° rapporto**

Edizioni T.E.R.,  
Roma 1992,  
pag. 358

*Obiettivo di questo terzo rapporto sulle politiche socio-assistenziali è quello di approfondire l'analisi sul ruolo delle autonomie locali nella gestione del comparto socio-assistenziale. In particolare, l'attenzione si focalizza sulle relazioni tra amministratori regionali e comunali.*



## SPOGLIO RIVISTE

GAUMER L.G., STAVINS J.

*Medicare use in the last ninety days of life*

Health Services Research, feb. 1992; 26(6): 725-742

BABAUKUS E., MANGOLD W.G.

*Adapting the Servoual scale to hospital services: an empirical investigation*

-Health Services Research, feb. 1992; 26(6): 727-786

HUGHES S.L., CUMMINGS J., WEAVER F., MANHEIM L., BRAUN B., CONRAD K.

*A randomized trial of the cost effectiveness of Va hospital-based home care for the terminally ill*

Health Services Research, feb. 1992; 26 (6): 801-818

BURNS L.R., WHOLEY D.R.

*Factors affecting physician loyalty and exit: a longitudinal analysis of physician-hospital relationships*

Health Services Research, april 1992; 27 (1): 1-24

CORRIGAN J.M., MARTIN J.B.

*Identification of factors associated with hospital readmission and development of a predicative model*

Health Services Research, april 1992; 27 (1): 81-102

TOUGAARD L., KRONE T., SORKANES A., ELLEGAARD H.

*Economic benefits of teaching patients with chronic obstructive pulmonary disease about their illness*

The Lancet, 20 june 1992; 339: 1517-1520

ADAMS M.E., McCALL N.T., GRAY D.T., ORZA M.J., CHALMERS T.C.

*Economic analysis in randomized control trials*

Medical Care, march 1992; 30 (3): 231-243

MURRAY J.P., GREENFIELD S., KAPLAN S.H., YANO E.M.

*Ambulatory testing for capitation and fee-for-service patients in the same practice setting*

Medical Care, march 1992; 30 (3): 252-261

WEIL THOMAS P.

*A universal access plan: a step toward national health insurance?*

Hospital e Health Services Administration, Spring 1992; 37 (1): 37-52

CLEVERLEY W.O., HARVEY R.K.

*Competitive strategy for successful hospital management*

Hospital e Health Services Administration, Spring 1992; 37 (1): 53-70

LINDER J.C.

*Outcomes measurement in hospital: can the system change the organization?*

Hospital e Health Services Administration, Summer 1992; 37 (2): 143-166

LOEWY J.W., KAPADIA A.S., DAVIS B.R.

*Statistical methods that distinguish between attributes of assessment*

Medical Decision Making, apr-june 1992; 12: 83-92

SCHULMAN K.A., ESCARCE J., EISENBERG J.M., HERSHEY J.C., YOUNG M.J., McCARTHY D., WILLIAMS S.V.

*Assessing physicians' estimates of the probability of coronary artery disease: the influence of patient characteristics*

Medical Decision Making, apr-june 1992; 12: 109-114

RAMSEY S.C., NETTLEMAN M.D.

*Cost-effectiveness of prophylactic AZT - Following needlestick injury in health care workers*

Medical Decision Making, apr-june 1992; 12: 142-148

SIEGEL C., JONES K., LASKA E., MEISNER M., LIN S.

*A risk-based prospective payment system that integrates patient, hospital and national costs*

Journal of Health Economics, may 1992; 11 (1): 1-41

RICE THOMAS

*An alternative framework for evaluating welfare losses in the health care market*

Journal of Health Economics, may 1992; 11 (1): 85-92

CULYER A.J.

*Utilisation as a measure of equity by Mooney, Hall, Donaldson and Gerard*

Journal of Health Economics, may 1992; 11 (1): 93-98

WHITCOMBE M.E., DESGROSEILLIERS J.P.

*Primary care medicine in Canada*

The New England Journal of Medicine, may 1992; 326 (22): 1469-1472

WISE P.H., PURSLEY D.M.

*Infant mortality as a social mirror*

The New England Journal of Medicine, june 1992; 326 (23): 1558-1560

HAM CHRIS

*Reforming the Swedish health services: the international context*

Health Policy, june 1992; 21 (2): 129-141

SALTMAN RICHARD B., VON OTTER CASTEN

*Reforming Swedish health care in the 1990s: the emerging role of « public firms »*  
Health Policy, june 1992; 21 (2): 143-153

PETO R., LOPEZ A.D., BOREHAM J., THUN M., HEALTH M.C. jr.

*Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics*

The Lancet, may 1992; 339 (8804): 1268-1278

VISCO COMANDINI VINCENZO

*Il trattamento ospedaliero dei pazienti affetti da aids*

Economia Pubblica, giugno 1992; 22 (6): 285-296

CLERICO GIUSEPPE

*Inadempienza contrattuale e determinazione del risarcimento monetario*

Economia Pubblica, giugno 1992; 22 (6): 267-276

*Farmaci e salute*

Quaderni di Sanità Pubblica, aprile 1992; n. 15

MORO SILVIO, NERI VALTER

*Correlazione tra il piano pluriennale di investimenti in edilizia sanitaria ed i nuovi indirizzi legislativi tendenti ad una maggiore efficienza gestionale degli ospedali*

L'Ospedale, 1992; 3-4: 35-40

COCCONI M.

*Le trasformazioni dei modelli organizzativi di gestione dei servizi sanitari nella legislazione regionale: riflessioni sull'esperienza emiliana*

Sanità Pubblica, feb. 1992; 2: 205-223

# ECONOMIA E DIREZIONE DELLE RISORSE UMANE

di Giovanni Costa

**UTET Libreria**  
**1992**

Lo studio delle tecniche e delle politiche di gestione delle risorse umane ha avuto tradizionalmente un orientamento eminentemente operativo. Benché non esistano strumenti o decisioni relativi alle risorse umane che non presuppongano un certo numero di assunzioni sulla natura umana e sul funzionamento delle imprese e delle organizzazioni, i tentativi di sistemazione delle pratiche operative e le ricerche in tema di politiche del personale hanno in genere avuto un insufficiente orientamento teorico. Questo spiega perché, tanto i professionisti, quanto i ricercatori siano stati spesso vittime di abbagli, accreditando metodi di intervento e scelte metodologiche rivelatisi ben presto inadeguati. Lo sviluppo delle conoscenze in questo campo è avvenuto attraverso un certo eclettismo teorico, dettato anche dalla natura dei problemi pratici da risolvere.

Lo *status* degli studi sul management delle risorse umane ha beneficiato dell'inserimento a pieno titolo nel filone di studio e ricerca denominato « Teoria dell'Organizzazione » [Maggi 1977;; Rugiadini 1979; Grandori 1984] che si colloca oggi, nelle sue espressioni più evolute, in uno spazio marcatamente interdisciplinare. In questo spazio, esso può utilizzare i risultati del lungo e travagliato dibattito epistemologico che ha coinvolto per buona parte del nostro secolo le scienze umane [Pfeffer 1982; Burrell e Morgan 1979; Rugiadini et al. 1983; Maggi 1984]. Recenti sviluppi della teoria dell'organizzazione, compresi sotto la generica denominazione di « Economia dell'organizzazione » [Nacamulli e Rugiadini 1985; Barney e Ouchi 1986; Aoki, Williamson e Gustafsson 1990; Brosio 1990], consentono di recuperare una dimensione economica che, pur non escludendo l'interdisciplinarietà, offre un riparo dall'eclettismo teorico. Consistenti filoni dell'economia politica, non senza travagli e contrasti, hanno finalmente focalizzato la loro attenzione sulle problematiche organizzative.

La scuola economico-aziendale italiana (si possono ricordare tra gli altri Zappa, Saraceno, Giannessi, Masini, Coda) ha sempre incluso la dimensione organizzativa nella sua teoria dell'azienda e dell'impresa, anticipando e alimentando le elaborazioni dell'economia istituzionalista e neo-istituzionalista [Cafferata 1984, pp. 143-153]. Le possibilità di integrazione tra la prospettiva economica della teoria dell'organizzazione e le altre prospettive non sono ancora pienamente chiarite, quando non sono addirittura messe in discussione. Al momento, la prospettiva economica resta tuttavia il punto di riferimento principale e dà all'istanza di interdisciplinarietà un solido ancoraggio analitico, che consente di avvicinarsi con profitto agli sviluppi di sistemi teorici più complessi, come la teoria evolutiva dell'impresa. [Nelson e Winter 1982; Di Bernardo e Rullani 1986; Vaccà 1989]. Si tratta di sviluppi di estremo interesse anche se per ora soffrono di una certa indeterminazione analitica, di limitate esemplificazioni di sistemi operativi coerenti con le premesse teoriche e, quindi, di scarsi riscontri empirici.

Lo *status* accademico delle discipline relative alla gestione delle risorse umane



risente delle incertezze teoriche di cui si è detto. Il primo corso universitario di « personnel management » fu tenuto in un programma serale nel 1920 alla Columbia University da Ordway Tead. Ma la disciplina negli U.S.A. restò sempre in posizione subordinata rispetto ad altre discipline quali « industrial Psychology », « human relations », « labour economics and industrial relations ». In Italia si è avuto un grande sviluppo delle discipline giuslavoristiche che per lungo tempo hannp costituito l'unica possibilità di studio e formazione sulle problematiche del personale. La dimensione economico-gestionale si è sviluppata solo di recente, passando attraverso esperienze di sociologia e psicologia industriale e del lavoro attraverso le istituzioni che si occupano di formazione manageriale.

I primi corsi di gestione del personale in facoltà economiche sono stati avviati all'inizio degli anni Settanta (mezzo secolo dopo gli U.S.A.) nelle università Bocconi e Ca' Foscari ma non hanno avuto rilevanti seguiti in altre università. Anche i corsi di Organizzazione, che teoricamente inglobano le problematiche delle risorse umane, nelle facoltà economiche hanno uno sviluppo ancora molto limitato. La problematica delle risorse umane è un po' più presente, trasversalmente, nelle facoltà di psicologia e sociologia. Le incertezze teoriche potrebbero così trasformarsi da causa in effetto di questa situazione. Si è in presenza di un grave deficit di elaborazione teorica e conoscenza empirica. Non c'è quindi da meravigliarsi se il nostro Paese, le nostre aziende, i nostri professionisti, le nostre business school sono stati facili prede di mode inconsistenti e spesso dannose [Costa 1975; Maggi 1981].

#### Altri autori

PERROW C.

*Hospitals*

in March J.G., Hanbook of organization, Rand McMally, 1965

CROZIER M., ERHARD F.

*Attore sociale e sistema*

Etas Libri, Milano 1968

DALTON G.W., LAWRENCE P.R. (a cura di)

*Motivation and control in organization*

Irwin-Dorsey, Homewood, 1971

JOLLIDAY M.

*L'autonomia clinica*

in Jacques E., Il servizio sanitario, Etas Libri, Milano 1978

ROESSNER J.D.

*Incentivi per rinnovare le amministrazioni pubbliche e private*

Problemi di amministrazione pubblica, n. 2, 1978

BARRO

*Il personale della salute. La convenzione dei medici e il contratto degli ospedalieri nella fase di avvio della riforma*

NIS, 1980

MAGGI B.

*L'organizzazione dell'ospedale*

Quaderni di sociologia, n. 4, 1981

CORNARO M.

*Gli ospedali: un manuale di organizzazione*  
Isedi, Milano 1981

GRANDORI A.

*Teorie dell'organizzazione*  
Giuffrè, Milano 1981

MATTIONI A. (a cura di)

*Le U.s.l.: gestione, personale, prestazioni*  
Vita e Pensiero, 1981

CARNEVALI

*L'organizzazione del personale e dei servizi nell'U.s.l.*  
NIS, 1981

BOVAIRD T.

*Sviluppi recenti delle tecniche di misurazione del prodotto nelle amministrazioni locali*  
Problemi di amministrazione pubblica, n. 3, 1982

USHER G., CORNIA G.C.

*Le valutazioni degli obiettivi e valutazione delle attività nei bilanci degli enti locali*  
Problemi di amministrazione pubblica, n. 11, 1982

MARK J.

*Metodi di misurazione della produttività nel settore pubblico*  
Problemi di gestione, n. 3, 1982

HONAN J.C.

*Recruitment of personnel in handbook on public personnel administration and labor relation*

edited by Rabin J., Vocino T., Hildreth W.B., Miller G.J., 1983

COLLAL.

*Metodi di programmazione del personale sanitario*  
Ilres, Genova, 1984

FIorentini G.

*Per la gestione del personale nell'U.s.l.*  
Tratto da Crescita, Editiemme, 1984

GUZZANTI E., LONGHI T.

*Aspetti moderni dell'organizzazione sanitaria: il dipartimento*  
Federazione Medica, 2, 1984

FRIVOLI S.

*L'impiego degli indicatori di produttività nell'amministrazione locale*  
Rivista trimestrale di scienza dell'amministrazione, n. 4, 1984

HOFSTEDE G.

*Motivazione, leadership, organizzazione: si possono applicare all'estero le teorie americane?*

in Preti P. (a cura di), Management, Este, Milano, 1985

BORGONOV E., ZAVATTARO F., DELLAMANO R., MAZZOLENI M., MELE G., MENEGUZZO M.

*L'istituto di incentivazione alla produttività nel contratto della sanità D.P.R. 384/83*  
Unicopli, 1985

MARTINELLI E.

*La complessità organizzativa dell'ospedale*  
F. Angeli, Milano, 1985

MINTZBERG H.

*Progettazione dell'organizzazione aziendale*  
Il Mulino, Bologna, 1985

COSTA G., DE MARTIMO S.

*Management pubblico*  
Etas Libri, Milano, 1985

COSTA G.

*Produttività, retribuzione e relazioni sindacali nella pubblica amministrazione*  
in *Pubblica Amministrazione*, prospettive aziendali di analisi e di intervento  
Accademia italiana di economia aziendale, Clueb, Bologna 1985

LA ROSA M.

*Organizzazione sanitaria ed analisi sociologica*  
F. Angeli, Milano, 1986

SOSTERO U.

*Il controllo delle attività di assistenza sanitaria (parte seconda)*  
Il nuovo governo locale, n. 2, 1986

FOGLIETTA F.

*Organizzazione dell'U.s.l. e politiche del personale*  
Maggioli, Rimini, 1986

COSTA G., PIOVESAN P.

*La gestione del personale nelle Unità sanitarie locali*  
Cedam, 1986

SCACCIATI F.

*Gli indicatori di produttività nella pubblica amministrazione*  
Personale e lavoro, n. 8, 1986

ISFOL, FONDAZIONE BRODOLINI

*Formazione nel settore pubblico. Reclutamento e attività formative nella pubblica amministrazione: esperienze italiane ed europee*  
F. Angeli, Milano, 1987

BORGONOV E.

*La produttività: aspetti teorici e implicazioni operative con particolare riferimento alle amministrazioni pubbliche*  
in *Saggi di economia aziendale per Lino Azzini*, Giuffrè, Milano, 1987

REBORA G.

*La produttività degli enti pubblici: problema di misurazione o problema di management?*  
Il nuovo governo locale, n. 3, 1987

RODOLFI E., SACCHI A. (a cura di)

*Formazione manageriale per le Unità socio-sanitarie locali*  
F. Angeli, Milano, 1987

SHELDON A.

*Strategy for Physicians-Manager Cooperation in the Post-Professional ERA*  
in Berman P. (a cura di), *Management of patient care: professional and managers in search of new alliances*, Ehma, Dublino, 1987

BROSSA L.

*Compensi incentivanti presso l'amministrazione provinciale di Torino*  
Studi organizzativi, n. 1, 1987

CAVALIERE A.

*L'innovazione negli enti locali*  
La Nova Italia Scientifica, Roma, 1987

BORGONOV E.

*I concetti di controllo burocratico e controllo manageriale nella pubblica amministrazione*  
Azienda Pubblica, n. 1, 1988

COSTA G.

*Le relazioni sindacali nel pubblico impiego*  
Azienda Pubblica, n. 1, 1988

ROMEI F.P.

*Risultati e produttività negli enti pubblici*  
F. Angeli, Milano, 1988

REBORA G. et. al.

*Lavoro e management nelle pubbliche amministrazioni*  
F. Angeli, Milano, 1988

BOYER E.

*La rilevazione dei carichi di lavoro: una esperienza in un ente locale*  
Studi organizzativi, n. 2, 1988

ROMEI P.

*Risultati e produttività negli enti pubblici*  
F. Angeli, Milano, 1988

BORGONOV E., CAVENAGO D., ZANGRANDI A., BURANI G., FIORENTINI G., VACCANI R.

*L'organizzazione dell'ospedale*  
McGraw-Hill, Milano, 1988

*Direzione e sviluppo delle risorse umane nelle U.s.l.*

in *Assessorato alla sanità* (a cura di), *L'azienda sanità*, Bologna, 1988



GHETTI V.

*La comunità come base per la formazine del personale sanitario*  
Franco Angeli, 1988

LABORATORIO PER LE POLITICHE SOCIALI (LABOS)

*Linee di indirizzo per la gestione e lo sviluppo del settore psichiatrico: l'organizzazione del lavoro; la formazione degli operatori; il sistema informativo*  
Labos, 1988

D'ALESSIO L.

*Il controllo di efficienza nelle aziende pubbliche*  
Liguori, Napoli, 1989

*Strumenti per gestire la formazione*

Atti del convegno: « Un progetto per la sanità » Regione Toscana, Firenze 13/15 dicembre 1989

GANDINI C.

*Il rapporto di pubblico impiego per il personale delle U.s.l.*  
Maggioli Editore, 1990

CAVICCHI I. (a cura di)

*Emergenza sanità. Lavoro e professionalità al centro di nuove ipotesi di governo della spesa e di efficienza del servizio*  
Datanews, Roma, 1990

SALVEMINI S.

*La progettazione delle mansioni*  
Isedi, Torino, 1991

VACCANI ROBERTO

*La sanità incompiuta*  
Nis, Roma, 1991

COSTA GIOVANNI ( CURA DI)

*Manuale di gestione del personale*  
Utet, Torino, 1992

# TESI DI LAUREA

## « STRUMENTI INNOVATIVI DI FINANZIAMENTO DEL S.S.N. »

di Fabio Clerici

*Tesi di laurea presentata all'Università Commerciale « L. Bocconi », corso di laurea in Economia Aziendale. A.A. 1990/91. Relatore: Elio Borgonovi.*

A 13 anni di distanza dalla introduzione del nuovo ordinamento della sanità previsto dalla legge n. 833, si è svolta una ricognizione degli elementi fondativi e dei caratteri organizzativi delle strutture del sistema sanitario italiano, evidenziando il ruolo centrale che in esso è attribuito alle attività programmatiche: del resto la stessa legge istitutiva del S.s.n. individua nella programmazione lo strumento di governo del settore, disponendo che essa venga attuata mediante la predisposizione di appositi Piani sanitari nazionali di durata triennale contenenti, tra l'altro, previsioni di fabbisogno finanziario da proporre per l'iscrizione nel bilancio dello Stato. In tale contesto si è messa in luce, inoltre, l'importanza della previsione di strumenti e meccanismi di verifica e controllo della condotta delle unità operative, indispensabili per consentire una efficiente chiusura dei circuiti formanti i processi della pianificazione strategica, della programmazione settoriale e del controllo di gestione. Si è anche proposta una disamina generale della tematica del finanziamento del S.s.n., allorché si sono illustrati i principi e gli strumenti tecnici normalmente utilizzati per la copertura dei costi del settore (prezzi pubblici, contributi sociali obbligatori, imposte). Entrando nello specifico della situazione italiana, si sono evidenziati gli aspetti peculiari della finanza sanitaria del nostro Paese, la quale può essere sinteticamente definita quale tipica finanza di trasferimento, fondata su procedimenti di erogazione dei fondi organizzati tramite una pluralità di stadi di riparto e distribuzione, secondo un tipico schema « a cascata ». Per tale via, individuato il Fondo sanitario nazionale quale collettore fondamentale delle attività di raccolta e distribuzione delle risorse destinate al settore, si sono evidenziate le modalità attraverso le quali si perviene alla ripartizione degli ammontari in esso stanziati a favore delle Regioni e — nell'ambito di ciascuna di esse — all'assegnazione delle risorse spettanti alle diverse U.s.l. che la compongono.

Successivamente si è proposta un'analisi delle problematiche connesse all'attivazione e all'utilizzo di un « canale » non ordinario e di uno « strumento » innovativo per il finanziamento delle spese per investimenti nel settore. Si è così compiuta una approfondita disamina dei meccanismi di funzionamento del « piano poliennale di investimenti sanitari » (ex art. 20, legge n. 67 del 1988) considerato come il principale canale per l'acquisizione di disponibilità finanziarie c/capitale per il S.s.n.

nel prossimo decennio (30.000 miliardi di lire per il periodo di riferimento 1988/1997); allo scopo di valutare le effettive modalità di implementazione dei processi previsti dal p.p.i., si è anche esaminato lo stato di attuazione dei progetti afferenti il piano nella regione Lombardia.

Per quanto pertinente la valutazione degli strumenti innovativi di finanziamento per gli investimenti sanitari, si è dedicata un'ampia sezione del lavoro allo studio delle opportunità e dei problemi connessi all'impiego del cosiddetto « leasing pubblico ». Come noto, i vantaggi relativi del « leasing pubblico » stanno spingendo numerose amministrazioni a valutare la possibilità di far ricorso a tale strumento nelle vesti di mutuatrici, allo scopo di aumentare le capacità di acquisire risorse, ponendo contestualmente rimedio ad alcuni dei limiti e delle lentezze della macchina burocratica italiana e favorendo il contenimento del costo complessivo della realizzazione dell'opera pubblica. Il leasing, inoltre, può essere valida alternativa ad altri strumenti di finanziamento nell'ipotesi in cui l'ente pubblico abbia esaurito la propria capacità di indebitamento ovvero in tutti i casi in cui si renda desiderabile riequilibrare la struttura delle passività così da salvaguardare margini di manovra per il futuro. D'altra parte, si è rimarcato che attingendo alle entrate correnti per sostenere acquisti di beni capitali si concorre a riqualificare la spesa spostando risorse dai consumi agli investimenti. Cionondimeno esistono una serie di riserve e cautele in ordine ad un rapido e massimo sviluppo della pratica di finanziamento in discorso presso le p.a., principalmente emigrate alle difficoltà emerse nell'adattare la struttura giuridica del leasing agli schemi operativi tipici degli enti pubblici italiani, schemi che si fondano largamente sulla dottrina dell'« evidenza pubblica » in materia contrattualistica.

Nell'ultima parte del lavoro si sono proposte, infine, alcune riflessioni e un approccio sistematico alla tematica della valutazione degli investimenti ad alta implicazione strategica in campo sanitario, presentando il « Relevance Model » (Lusk) e l'« Eigenvalue Prioritization Model » (Saaty).

Generalmente il problema della selezione degli investimenti viene affrontato cercando di valutare l'impatto alternativo esercitato sui risultati della gestione dalle diverse opzioni concorrenti. Sotto il profilo pratico, la selezione delle proposte risulta sempre un esercizio di grande complessità impossibile da compiersi con il solo ausilio di un semplice metodo tecnico, per quanto sofisticato questo possa essere. Si aggiunga che, nel settore sanitario, alla complessità strutturale dell'organizzazione si accompagna il fatto che, molto frequentemente, i risultati derivanti dall'adozione di un determinato programma non possono essere apprezzati esclusivamente o prevalentemente in termini puramente quantitativi: inoltre, il più delle volte, le « misurazioni » prese a riferimento vengono acquisite utilizzando indicatori convenzionali che possono tutt'al più, esprimere valutazioni analitiche inerenti specifici aspetti operazionali ma che difficilmente consentono un giudizio di sintesi circa i risultati conseguibili. Il pregio dei due modelli proposti è proprio quello di fornire una rete concettuale intesa a favorire un'analisi dei progetti di investimento capace di porre i risultati in relazione alla matrice degli obiettivi strategici dell'organizzazione, trattando anche informazioni di tipo qualitativo. Le decisioni competono agli uomini e non esiste alcun « modello » in grado di sostituirli quando oggetto della scelta sono progetti di rilievo strategico: il contributo del R.M e dell'E.P.M. è molto semplicemente, quello di incentivare il management a riflettere sistematicamente sulle interazioni esistenti tra il « sistema degli obiettivi istituzionali di lungo periodo » e le « concrete condizioni operative » delle unità gestionali.

**“IL CONTROLLO DI GESTIONE DELLE U.S.L., CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL CONTROLLO INTERNO (NEL CONTESTO DELL’ASSETTO CONTABILE-AMMINISTRATIVO DEFINITO DALLA NORMATIVA VIGENTE), RIFERITO ALLA VERIFICA E REVISIONE DELLA QUALITÀ ED AL CONTROLLO SULL’EFFICIENZA E SULL’EFFICACIA DEL SERVIZIO OSPEDALIERO”**

di **Alberto Inghilleri**

*Tesi di laurea presentata all’Università commerciale « L. Bocconi » al corso di laurea in Economia aziendale. Relatore: prof. Roberto Negri. Correlatore: dr. Mario Mazzoleni*

Lo studio sul tema indicato è stato condotto partendo da alcune constatazioni di fatto e cioè che:

- la spesa sanitaria è elevata in senso assoluto, e sempre eccessiva se raffrontata ai risultati conseguiti in termini di efficienza del servizio e di efficacia delle prestazioni;
- nella spesa sanitaria sono compresi anche gli interventi di ordine sociale per « garantire cure gratuite agli indigenti » (non tenendo conto dei costi, a fronte di un beneficio predeterminato);
- mancano o sono carenti le norme giuridiche che definiscano precise responsabilità, cui corrispondano altrettanto chiare e definite « capacità decisionali autonome » da parte dei dirigenti del servizio sanitario;
- le decisioni politiche sono preminenti sulle valutazioni degli operatori dell’area tecnico-amministrativa del servizio.

Sulla base degli elementi di situazione sintetizzati, si sono definiti gli obiettivi da perseguire per giungere ad un nuovo « modello organizzativo » delle U.s.l. e degli ospedali che, attraverso un efficace « controllo interno di gestione », porti ad una migliore utilizzazione delle risorse disponibili, contestualmente ad un rigoroso controllo della spesa.

Controllo interno di gestione inteso come « autocontrollo » di cui siano partecipi non solo gli ordinatori, ma soprattutto gli originatori di spesa.

Il modello organizzativo ipotizzato ha come obiettivo la verifica e revisione della qualità, attraverso un controllo sull’efficienza (in termini di impiego ottimale dei mezzi disponibili) e sull’efficacia dei risultati (legati ai costi e valutati in termini di mantenimento, miglioramento e recupero della salute).

Per un adeguato controllo interno di gestione sono stati individuati i seguenti strumenti:

- gli standards finalizzati agli obiettivi, intesi come strumenti di misura e riferiti alle prestazioni, alle risorse disponibili, al livello di assistenza ritenuto necessario;
- i rendimenti, intesi come rapporto fra risorse impiegate (in mezzi finanziari, impiego del personale e delle strutture) e risultati ottenuti. Rendimenti valutabili dei managers della sanità e modificabili attraverso correttivi, la cui introduzione deve risalire alla responsabilità degli stessi managers della sanità;
- l’appropriata analisi del rapporto costo/beneficio in una visione chiara del binomio « opportunità e convenienza » delle cure e delle terapie.

Naturalmente, per una valutazione del servizio sanitario in termini di efficienza e di efficacia, si è ritenuta necessaria una raccolta analitica di dati gestionali riferiti alle varie aree di intervento (ospedale, medicina di base e specialistica) chiaramente confrontabili attraverso un adeguato sistema informativo.

Nel valutare l’efficienza e l’efficacia del servizio sanitario, e quindi il rendimento complessivo di una « azienda - U.s.l. - ospedale », è stato necessario porre l’accento sul fattore umano in termini di preparazione professionale, impegno nel lavoro ed adeguatezza degli organici. Ma, più ancora, è stato posto l’accento sulla responsabilità dei medici (e principalmente dei medici di base).

Parlando di controllo interno di gestione, riferito alla « verifica e revisione della qualità », è stato definito come detta VRQ riguarda la valutazione (verifica) ed il miglioramento (revisione) della qualità dell’assistenza nel suo complesso e medico-ospedaliera nel particolare.



Naturalmente attraverso il processo dei VRQ si deve tendere al minimo impiego di risorse possibile, con il conseguimento di risultati migliori in termini di mantenimento, miglioramento e riacquisizione della salute.

Si deve, innanzitutto, rispondere alla domanda « Che cosa non va bene? » e quindi individuare i correttivi da porre in atto per giungere, attraverso successive approssimazioni, al risultato desiderato, sulla base di criteri e di standards che consentano di individuare ciò che deve essere innovato, oltre che gli strumenti da impiegare per innovare.

Per quanto attiene al controllo sull'efficienza ed al giudizio sull'efficienza del servizio sanitario, si è fatto ricorso all'analisi dei rapporti costo/beneficio e costo/efficacia, dove il rapporto costo/beneficio tiene conto della « opportunità sociale » di una spesa, mentre il rapporto costo/efficacia ricerca la migliore strategia per l'abbattimento dei costi.

La conclusione dello studio ha portato alla definizione di un modello organizzativo delle U.s.l. e degli ospedali, dove viene ipotizzato il riconoscimento dell'autonomia gestionale da parte dei responsabili del servizio, oltre che una chiara definizione delle responsabilità giuridico-amministrative. Unico vincolo gli standards ed i criteri stabiliti dalla legge nazionale e regionale in tema di sanità.

« L'azienda U.s.l. » è definita come un'azienda privata, con un consiglio di amministrazione che ha, al proprio vertice, un presidente oltre che un direttore generale con funzione di vero e proprio amministratore delegato.

Il presidente avrà compiti di collegamento e raccordo con gli assessorati alla sanità della Provincia e della Regione.

Gli ospedali avranno al loro vertice un direttore generale che dipenderà dal direttore generale ed amministratore delegato della U.s.l.

La U.s.l. e gli ospedali si daranno un modello organizzativo proprio, secondo i criteri che riterranno più opportuni e convenienti. Per quanto riguarda specificatamente l'ospedale esso, pur nella massima autonomia gestionale ed organizzativa, farà capo ad un direttore generale designato dal consiglio di amministrazione della U.s.l.

Dal direttore generale dell'ospedale (non medico) dipenderà un direttore sanitario (medico), dal quale a loro volta dipenderanno i responsabili dei vari reparti, divisioni, dipartimenti ospedalieri.

Il direttore sanitario sarà il responsabile del coordinamento di ogni richiesta di spesa.

Il direttore generale dell'ospedale sarà responsabile, sempre nel modello organizzativo ipotizzato, della formulazione del bilancio dell'ospedale, sia preventivo che consuntivo.

Detti bilanci dovranno confluire nel bilancio generale della U.s.l. L'ospedale sarà finanziato dalla U.s.l. sulla base dei servizi realmente erogati, attraverso un meccanismo di tariffe predeterminate, e non sulla base della criticata « spesa storica ».

Per quanto riguarda le prescrizioni farmaceutiche e la richiesta di analisi e di indagini cliniche, il medico di base deve essere chiamato « a rispondere », quale originatore di spesa delle prescrizioni fatte e delle analisi o degli esami richiesti.

Per quanto attiene alle U.s.l., il criterio da osservare è quello di remunerare il servizio realmente reso, attraverso la rilevazione quantitativa delle prestazioni rese (il sistema più idoneo è stato definito quello dei DEG).

In ultimo, in tema di contratto di lavoro, si è ritenuto di indicare nel « contratto a termine » la soluzione per il personale dei ruoli più significativi o comunque apicali dell'azienda-U.s.l. Con l'avvertenza, però, che il mancato rinnovo contrattuale deve essere previsto solo per dimostrate carenze di comportamento o capacità manageriale (bilanci negativi per due esercizi consecutivi). E ciò per evitare che si produca, nei dirigenti del servizio, un senso di tensione e di incertezza, negative per il rendimento degli « operatori » e quindi per l'« azienda » stessa.

## **“ASPETTI CRITICI DEL SISTEMA DI RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

**di Rosanna Tarricone**

*Tesi di laurea presentata all'Università commerciale « L. Bocconi » al corso di laurea in Economia aziendale. A.A. 1991-92. Relatore: prof. Elio Borgonovi. Correlatore: prof. Giorgio Fiorentini*

Nonostante si difenda e si sostenga fortemente la logica sottostante l'istituzione del Servizio sanitario nazionale e, anzi, se ne propone il suo futuro sviluppo, si è voluto prendere in seria considerazione la possibilità, a livello di ipotesi, di modificare la struttura e le modalità di offerta dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

A questo riguardo sono stati analizzati modelli alternativi di offerta che, in alcuni casi, sono concretamente applicati in altri Paesi industrializzati. Lo studio è servito maggiormente a dare un fondamento concreto a ciò che poteva essere definito semplice « filosofia dello stato sociale », e cioè che il « bisogno salute » per le sue peculiarità, deve essere soddisfatto e tutelato dallo Stato e dalle sue strutture operative.

La scelta e l'utilizzo della suddetta metodologia di analisi ha così permesso di costruire un quadro generale di riferimento, con opportuni approfondimenti, sulla natura del « bisogno salute » e sulle diverse modalità di soddisfazione del bisogno stesso.

Il concetto di funzionalità, nell'ambito specifico del Servizio sanitario nazionale, così come istituito dalla legge di riforma sanitaria n. 833/78, rappresenta lo strumento di verifica e di garanzia nell'interesse collettivo — tale è infatti la natura del bene salute — dell'effettivo conseguimento degli obiettivi definiti dalla legge di riforma. L'esigenza di verifica risulta garantita giuridicamente e concretamente realizzata quindi nella valutazione della funzionalità, ciò vale a dire che la garanzia giuridica non si gioca sull'idoneità o attitudine astratta della funzione a realizzare l'interesse della collettività ma sui modi e sui contenuti tesi a realizzare in concreto l'interesse che ha indotto il legislatore ad elevare quella funzione al rango di componente delle garanzie costituzionali.

Serie difficoltà di natura tecnica e politica sorgono nella misurazione della funzionalità e dei suoi tre strumenti operativi — efficienza, efficacia ed economicità — ad essa peraltro riconducibili. Ciononostante è stato possibile indicare validi strumenti per un miglioramento del livello di funzionalità del processo produttivo dei servizi sanitari. Più precisamente si sono analizzate le potenzialità dei sistemi di finanziamento, della pressione dell'ambiente esterno e della gestione del personale quali strumenti di responsabilizzazione per un miglioramento della funzionalità.

Nell'ambito dell'analisi dei sistemi di finanziamento un'attenzione particolare è stata rivolta ai criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale che allo stato attuale non sono in grado di agganciare l'erogazione dei trasferimenti a determinati livelli di funzionalità del processo produttivo degli enti locali beneficiari. Lo studio dei modelli di determinazione e di riparto applicati in Inghilterra e negli U.S.A. per l'erogazione rispettivamente dei trasferimenti generici e vincolati ha permesso di individuare e formulare una proposta di soluzione centrata fondamentalmente nel rapporto di fiducia e di piena collaborazione tra il Governo e le Regioni, nella determinazione dei costi standard di erogazione dei servizi sanitari essenziali e nella stima del gettito delle entrate locali quali parametri incentivanti comportamenti, da parte degli amministratori e responsabili ai vari livelli, tesi al perseguimento di determinati livelli di efficienza, efficacia ed economicità pena l'applicazione di sanzioni finanziarie e la perdita di consenso politico.

Per quanto riguarda la pressione dell'ambiente esterno si è pensato di compensare le inefficienze proprie di qualsiasi sistema di trasferimenti rispetto all'autofinanziamento (quale unico strumento capace di responsabilizzare pienamente gli amministratori locali sulla questione della funzionalità a causa della diretta dipendenza finanziaria del governo locale dalla collettività locale) con la pubblicità delle informazioni sulla funzionalità pubblica, con la possibilità concessa alla collettività locale di utilizzare strumenti diversi ad integrazione del tradizionale meccanismo elettorale per premiare o sanzionare l'operato dei propri amministratori.

In ultimo si è constatata la totale mancanza di una « cultura » all'interno delle strutture operative sanitarie (U.s.l. ed ospedali) capace di dare unitarietà di indirizzo alla gestione del personale quale gestione di una variabile giustamente ritenuta strategica. Consapevoli delle difficoltà di gestire in un'ottica integrata ed unitaria professionisti con elevate competenze, con una forte identificazione nelle regole delle professioni liberali, culturalmente orientati a considerare l'intervento sanitario come atto medico/professionale individuale si è cercato purtuttavia di identificare quali agenti di cambiamento organizzativo e culturale dell'intero sistema non solo i meccanismi tradizionali propri della funzione di gestione del personale (inserimento, programmazione, valutazione, reclutamento, ecc.) ma soprattutto le opportunità offerte dall'istituto dell'incentivazione della produttività. La vera sfida per i dirigenti della sanità è a questo punto quella di pensare al problema dell'incentivazione come un problema gestionale e non « burocratico » o « contabile » e di ravvisare, alla luce delle opportunità offerte dall'incentivazione della produttività per obiettivi, strumenti di gestione capaci di porre le basi per un concreto cambiamento organizzativo e gestionale della pubblica amministrazione deviando l'attenzione dalle procedure e dagli atti formali ai risultati. La direzione per obiettivi presenta caratteristiche capaci di incentivare comportamenti innovativi negli operatori pubblici responsabili della sua applicazione, per questo motivo si è suggerita l'implementazione di un simile strumento in grado di innescare un circolo virtuoso e di canalizzare l'attenzione su obiettivi di sempre più largo respiro. È questa la sfida che si spera i dirigenti della sanità vogliano cogliere.

## **“EFFICIENZA E PRODUTTIVITÀ DEL SISTEMA SANITARIO IN LOMBARDIA**

**di Grazia Pedrini**

*Tesi di laurea presentata all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano nel corso di laurea in Economia aziendale. Relatore: prof. Luciano Venturini*

Il bene salute si distingue rispetto ad altri tipi di beni per il fatto di essere inscindibile dallo stato psico-fisico dell'individuo che ne esprime la domanda. La salute è quindi considerata dall'autorità politica un bene meritorio, una componente del capitale sociale da garantire indipendentemente dalla capacità del beneficiario di pagare il prezzo del servizio consumato.

Una volta stabilita la rilevanza sociale dell'intervento pubblico in sanità si valuteranno le sue implicazioni dal punto di vista economico, data la scarsità di risorse disponibili che lo Stato deve gestire nell'erogazione del servizio su scala nazionale.

Pertanto nella prima parte saranno definite le caratteristiche principali del bene salute tenendo conto delle imperfezioni del mercato nel quale è inserito e altresì dei problemi relativi all'intervento pubblico legati alla totale mancanza del prezzo per certi tipi di prestazioni, ad internalità e a sprechi di risorse.

In un'azienda erogatrice di servizi senza alcuna finalità di lucro viene a mancare il profitto come scopo ultimo dell'attività pubblica, ma soprattutto come strumento di verifica dell'efficienza di gestione. Di conseguenza l'obiettivo principale del presente lavoro è dato dalla possibilità di individuare lo stato di efficienza dell'apparato sanita-

rio con particolare riferimento alla tipologia di indicatori disponibili a livello decentrato: dalla Regione alla singola U.s.l. Viene quindi fornita un'analisi della metodologia esistente in materia di indicatori sanitari per la valutazione economica del servizio inteso come output intermedio (insieme di prestazioni, cure, visite specialistiche, ricoveri...), e non come output finale in termini di maggior salute per l'individuo e la collettività.

Il sistema di indicatori proposto, tenendo conto delle sue caratteristiche e dei suoi limiti applicativi ed interpretativi, è quello elaborato e sperimentato dal CRESA per la regione Piemonte. Tale sistema ha come scopo quello di rappresentare ampiamente la realtà delle varie situazioni locali e regionali, spaziando dalle risorse disponibili all'efficienza, dalle attività svolte fino all'accessibilità del servizio individuando gli effetti (non le cause) di determinate anomalie del sistema.

Nella seconda parte sarà pertanto specificato il tipo di controllo praticato dalla regione Lombardia sulle U.s.l. facenti parte del suo territorio, tenendo conto delle differenti disaggregazioni della spesa sanitaria (ospedaliera, farmaceutica, assistenza specialistica...).

I dati sono quelli forniti dal Rapporto sulla spesa sanitaria corrente 1989 e dalla Relazione sanitaria 1988, rilaborati ed interpretati in base al tipo di metodologia esposto nel secondo capitolo. Quest'ultima parte è la più significativa della ricerca in quanto evidenzia in modo critico la « realtà valutativa » della Regione in esame considerandone sia gli sforzi innovativi, sia le carenze riferibili ad una corretta analisi dell'efficienza in senso più rigorosamente economico; mettendo così in luce le problematiche inerenti il controllo che non sia solo quello meramente formale della spesa.

Inoltre, dove il sistema informativo lo consente, sono stati rielaborati alcuni dati relativi alla spedalizzazione in modo da fornire una visione più dinamica della struttura e dei costi dell'ospedale esaminando contemporaneamente diversi indicatori (posti letto e ricoveri per 1.000 abitanti, degenza media, tasso di occupazione, spesa corrente per ricovero e per giornata di degenza, tasso di rotazione dei posti letto, ecc.).

L'ultimo capitolo infine prende in considerazione come caso di studio la U.s.l. n. 74 (priva di presidio ospedaliero), ne analizza la struttura e le modalità operative; evidenziando le caratteristiche demografiche e sociali della popolazione, il tipo di prestazioni fornite e la prospettiva di nuove metodologie valutative, attualmente carenti o addirittura inesistenti.