

## Comitato scientifico

**Emidio Di Giambattista** (coordinatore)  
Procuratore generale della Corte dei conti  
**Luca Anselmi**  
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa  
**Elio Borgonovi**  
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche  
Università Bocconi di Milano  
**Sabino 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.I. RM/10

## Condirettore e direttore scientifico

## Elio Borgonovi

Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

## Redazione:

## Franco Sassi

Coordinatore generale

Redattori capi sezione

## Giorgio Fiorentini

George France

Marco Meneguzzo

Antonello Zangrandi

Francesco Zavattaro

Redattori

Giorgio Casati

Mario Del Vecchio

Andrea Garlatti

Alessandra Massel

Corrispondenti esteri

Luciano La Camera (New York)

Michael Schofield (Manchester)

Gustav Schacter (Boston)

## Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

## Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77


Tel. 06/8073368 - 8073386 - Fax 06/8085817

## Redazione

20136 MILANO - Via Balilla, 18

Tel. 02/58363132 - 58363136 - Fax 02/89404523

## Pubblicazione

— edita da  soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982

— registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992

— fotocomposta da **Giuseppe Fratini**, V.lo Empolitana, 2/a, 00019 Tivoli, Tel. 0774/330259, Fax 0774/330260

— stampata dalla **Grafica Ripoli**, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, Tel. 0774/381700, Fax 0774/381700


— spedita in abbon. post. gr. IV/70% - Aut. P.T. Roma

— prezzo di una copia: L. 40.000

— associata all'



## Pubblicità

Per la pubblicità:  - Viale Parioli, 77 - 00197 Roma Tel. (06) 807.33.68 - Fax (06) 808.58.17.

## Società editoriale

**MECOSAN**

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

## IN QUESTO FASCICOLO:

## Editoriale

## 2 Cambiare con realismo

Sez. 1ª - Saggi e ricerche

10 Il mercato assicurativo privato in sanità: cenni alla teoria economica  
di Giovanni Fattore18 Il mercato assicurativo privato in sanità: il quadro italiano e le prospettive di sviluppo  
di Gianmaria Battaglia26 La formazione del medico nel decreto di riforma del servizio sanitario: adeguamento  
ai bisogni o stimolo all'innovazione?  
di Almerico Novarini31 La formazione manageriale per i medici dirigenti  
di Andrea Francesconi e Carlo Ramponi

Sez. 2ª - Documenti e commenti

40 Quale ruolo per le Regioni?  
di Antonello Zangrandi44 Il modello organizzativo della regione Friuli-Venezia Giulia  
di Lionello Barbina

## 49 Leggi regionali del Friuli-Venezia Giulia, della Calabria e della Liguria

Sez. 3ª - Esperienze innovative

62 Il controllo di gestione in ambito ospedaliero. Due applicazioni all'IRCCS Ospedale  
S. Raffaele di Milano62 La riorganizzazione e l'ampliamento di un servizio di radioterapia  
di M. Lucchelli, C. Candela, A. Bolognesi, G. Zoppi67 Determinazione dei costi per patologia mediante la metodica dei DRG  
di M. Lucchelli, L. Cammelli, C. Candela, G. Zoppi, M. Silvestris, F. Motta72 L'ospedalizzazione domiciliare oncologica. Un caso di integrazione tra S.s.n. e  
volontariato professionista  
di M. Bindi, M. Tucci, M.G. Bracciali, E. Borelli,  
M. Todini, F. Velicogna, G. Zeitler, M. Dominici

Sez. 4ª - La sanità nel mondo

82 Il sistema sanitario tedesco: struttura, problemi e riforma  
di Guenter Neubauer e Gabi Moos

Sez. 5ª - Sanità e impresa

88 Prezzo e termine di esecuzione nell'aggiudicazione dell'appalto  
di Enrico Ruffino93 L'appalto per i lavori, forniture e servizi negli enti pubblici alla luce della normativa  
CEE e nazionale  
di Giuseppe Molignini101 L'informazione al pubblico nelle U.s.l.: una soluzione innovativa  
di Paola Manacorda e Marco Mena

Sez. 6ª - Biblioteca

## 108 Recensioni

## 115 Novità bibliografiche

## 118 Spoglio riviste

## 120 Tesi di laurea

## CAMBIARE CON REALISMO

SOMMARIO: Fatti ed interpretazioni nella realtà del S.s.n. - L'ipotesi analitico-interpretativa - Analisi dell'evoluzione storica da un equilibrio a un disequilibrio - Diagnosi - L'attuale S.s.n. non è gestibile - Prognosi o terapia per il S.s.n.?

Fatti ed interpretazioni nella realtà del S.s.n.

*La scienza procede per « analisi di fatti » e per « ipotesi interpretative » degli stessi.*

*L'insoddisfazione assai diffusa sul funzionamento del S.s.n. è un fatto, anche se le dimensioni di tale insoddisfazione sono forse ampliate da tre meccanismi:*

— *quello dell'informazione secondo cui « fa notizia » la disfunzione, il caso (purtroppo a volte drammatico) di mancata assistenza, mentre « non fanno notizia » le cose che funzionano bene; asimmetria che rimane anche se negli ultimi mesi e nelle ultime settimane si è notato qualche segno di inversione con alcuni interventi sulla « sanità che funziona »;*

— *quello legato alla « forza della protesta » secondo cui chi si lamenta è in genere più visibile e si fa sentire a voce più alta rispetto a chi ottiene una soddisfacente risposta ai propri bisogni;*

— *quello legato all'elevamento della « soglia del diritto » in virtù della quale l'estensione dell'assistenza a tutti i cittadini e l'innalzamento dei livelli assistenziali consentito, se non altro*

*dal progresso scientifico e dalla tecnologia, fa sorgere la protesta quando tale soglia non è raggiunta pur di fronte a miglioramenti reali rispetto alla situazione precedente.*

*Ma subito nascono problemi di interpretazione del tipo:*

— *tutti i fatti denunciati come « disfunzioni » sono effettivamente tali, o non accade che alcune volte essi siano costruiti per creare una immagine negativa di una data realtà (ad esempio della struttura pubblica o della clinica privata concorrente) da chi (singoli o gruppi sociali) può trarre vantaggi da tale immagine negativa?*

— *è errato il tipo di sistema adottato, il modello di S.s.n. (nel caso dell'Italia) o gli effetti negativi sono determinati da una incapacità di gestire correttamente il sistema?*

*Alti livelli di insoddisfazione, analoghi se non superiori a quelli italiani, caratterizzano molti Paesi progrediti che hanno adottato modelli di sistemi diversi (di Servizio sanitario nazionale come nel caso della Gran Bretagna, di sistemi mutualistici come nel caso della Germania e del Belgio, di sistemi misti con assicurazioni private e assistenza pubblica per gli anziani e i non abbienti come negli U.S.A.*

*e di varie combinazioni tra sistema privato, sistema assicurativo, sistema mutualistico, servizio pubblico). E questo è un altro dato incontestabile che introduce altre possibili alternative interpretative del tipo:*

— *esiste un modello « ottimale », un modello superiore agli altri verso cui tendere?*

— *oppure non è il caso di pensare di meno a cambiare continuamente il modello ed impegnarsi un po' di più nel cercare di migliorare il funzionamento del modello esistente (il che vorrebbe dire per l'Italia quello derivante dalla 833 modificata dal decreto legislativo 502/92 e ulteriormente modificata dalle ulteriori modifiche che saranno state introdotte mentre questo articolo andrà in stampa, e che saranno introdotte prima della scadenza della delega del Governo (ossia dicembre '93) e di realizzare una evoluzione senza « salti di discontinuità »?*

— *ed invece di « idealizzare » modelli alternativi a quello attuale discutendone le caratteristiche allo « stato puro » (come si fa oggi in Italia per il sistema misto di assicurazioni private e di mutue pubbliche) non sarebbe meglio guardare più attentamente a come tali sistemi funzionano concre-*

tamente e imparare a non ripetere gli errori degli altri che non cancellerebbero i nostri, ma semplicemente si aggiungerebbero ad essi?

L'ipotesi analitico-interpretativa

La crisi ormai generalizzata dei sistemi sanitari pubblici, sia in termini di livello di soddisfazione dei cittadini sia in termini di pressione sui livelli di spesa induce:

— a ritenere improbabile la « dimostrazione » chiara e inequivocabile della superiorità di un modello rispetto ad un altro (ad esempio per l'Italia l'aspettativa di vita attesa è molto migliorata negli ultimi anni e si colloca ai livelli più elevati del mondo e nessuno è autorizzato a dire, con facile ironia ma con altrettanto evidente preconetto, « nonostante il Servizio sanitario nazionale »);

— a ritenere invece che le difficoltà nel raggiungere posizioni di equilibrio economico e di immagine dipendono da « condizioni strutturali » nuove rispetto al passato, da analizzare e comprendere;

— ed a valutare con attenzione il fatto che ogni proposta di modifica di un sistema in vigore in un determinato Paese deve essere « coerente » e « congruente » con la storia e la cultura di base di quel Paese, dato che i sistemi socio-tecnici non funzionano « nel vuoto », ma in uno specifico contesto sociale e culturale.

L'ipotesi analitico-interpretativa è dunque la seguente:

— buoni livelli di funzionalità di un sistema di salute sono garantiti da una coerenza che si stabilisce tra alcuni elementi che lo qualificano;

— tali elementi sono così individuabili:

- concetto di tutela della salute;
- valori (delle persone, dei gruppi) che prevalgono in un dato momento nella società;
- livello della conoscenza scien-

tifica e grado di sviluppo della tecnologia;

- grado di accettazione del principio di « selezione » tra diversi bisogni di salute;

- complessità organizzativa del sistema di offerta dei servizi.

I mutamenti appena ricordati, oltre ad essere stati rilevanti e ad essersi succeduti in tempi sempre più rapidi, si sono realizzati in modo non armonico. Anzi, una volta rotti gli equilibri raggiunti nel passato (equilibri che forse appaiono come tali oggi, solo perché si considera in retrospettiva una strutturazione lontana nel tempo che probabilmente appariva invece non soddisfacente alle popolazioni del tempo) è stata proprio la rapidità dei mutamenti avvenuti negli ultimi due decenni a impedire di realizzare nuove situazioni di equilibrio, almeno accettabili. Ma qui nasce il giudizio di « crisi profonda » del S.s.n.

Analisi dell'evoluzione storica da un equilibrio a un disequilibrio

I brevi schematici richiami delle tendenze strutturali che hanno caratterizzato il S.s.n. non hanno certo la pretesa di costituire un'analisi storica che ricercerebbe un approfondimento assai maggiore dei diversi aspetti del fenomeno sanità, ma servono a richiamare l'attenzione sul fatto che le cause delle attuali difficoltà del sistema sono complesse e non possono essere affrontate in modo semplicistico.

Infatti, le eccessive semplificazioni, che spesso fanno parte del dibattito politico e dei processi di comunicazione sociale che mirano a influenzare il consenso, servono ben poco nel momento delle proposte alternative che, se non tengono conto della effettiva complessità dei problemi, rischiano di portare a rimedi non di rado peggiori dei mali.

Per molti secoli nel campo della

tutela della salute si è stati in presenza di sistemi caratterizzati dai seguenti elementi:

— malattia come fatto misterioso e inspiegabile;

— basso livello della conoscenza scientifica e quindi della possibilità di combattere le malattie: gli unici rimedi erano legati essenzialmente a norme di comportamento (ad esempio nel caso di epidemie) ed a rimedi suggeriti dall'esperienza di interventi sui sintomi;

— di conseguenza elevato livello di « selezione naturale » a causa delle malattie;

— l'assistenza spesso si riduceva a « atto di solidarietà », valore molto diffuso nella società;

— la complessità dell'offerta era bassa, consistente essenzialmente nella messa a disposizione dei malati dei luoghi « di ospitalità » (l'ospedale come luogo di ricovero per i derelitti sofferenti).

Il sistema aveva un suo equilibrio collegato alla selezione naturale e alla accettazione della sofferenza e della morte.

Con l'avvento della medicina moderna si sono avuti i seguenti cambiamenti:

— progressiva scoperta di molte cause che comportavano la perdita della salute;

— predominanza del concetto di malattia e sistema di assistenza concepito essenzialmente come « lotta alla malattia »;

— conoscenza scientifica efficace nella eliminazione di alcune condizioni che determinano malattie (ad esempio diffondersi delle epidemie) e nel combattere situazioni patologiche semplici anche se a larga diffusione;

— la morte, l'invalidità, le condizioni di sofferenza sono concepite principalmente come limite della scienza e in quanto tali accettate;

— rimane elevato il senso della solidarietà (le professioni legate all'as-

sistenza sono spesso scelte come « missione ») e si diffonde il valore della « riconoscenza per i benefici ricevuti che attiva il meccanismo di lasciti e donazioni che arricchiscono il sistema di offerta (le IPAB e gli enti ospedalieri);

— il sistema di offerta si fonda essenzialmente su due poli: il medico, l'infermiere, in definitiva la persona dotata di qualche nozione sulle malattie e sui modi per trattarle e l'ospedale che incomincia a presentare una certa complessità sul piano tecnico mentre mantiene una bassa complessità sul piano organizzativo.

L'equilibrio è essenzialmente garantito da una buona amministrazione economica delle ricchezze degli ospedali che consente ampiamente di acquisire quanto necessario (attrezzature, apparecchiature, farmaci, ecc.) per garantire livelli di assistenza che sono accettati e giudicati soddisfacenti anche perché confrontati con livelli di vita assai bassi della società in genere. Altro elemento favorevole è lo « spirito di dedizione » degli individui.

Lo stadio successivo è rappresentato dall'introduzione del concetto « assicurativo » e/o mutualistico caratterizzato dai seguenti elementi:

— la malattia è concepita come « rischio » per la persona singola;

— il progresso scientifico e la sua traduzione in metodiche assistenziali consente di affrontare un numero sempre crescente di malattie, per cui l'eventuale impossibilità di ottenere l'assistenza dipende dalla disponibilità di risorse;

— il sistema di assistenza assume le caratteristiche di sistema contro i rischi, dei singoli nella forma di assicurazione e, più sovente di mutualità;

— in particolare la mutualità esprime il valore del « solidarismo » tra gruppi sociali;

— il sistema di offerta comincia a diventare più articolato con il sorgere di ambulatori, strutture di pre-

venzione e di riabilitazione, ecc. accanto al medico di medicina generale e all'ospedale.

Il sistema incomincia a presentare segni evidenti di disequilibrio in quanto:

— si riduce l'effetto di « selezione naturale » che in precedenza derivava dalla mancanza di trattamenti efficaci;

— la selezione è sempre più collegata a fattori economici riferiti al singolo o al gruppo (livelli dei contributi assistenziali);

— la complessità del sistema di offerta provoca aumenti dei costi, delle risorse assorbite anche perché l'assistenza viene concepita sempre più come professione e sempre meno come missione.

La possibilità di mantenere un equilibrio relativamente soddisfacente è demandata:

— al contrasto di interessi tra mutua (o assicurazione) e ospedale (o struttura di produzione e di erogazione dei servizi), contrasto che si indebolisce con l'aumento di sostegno dello Stato (mutue pubbliche) che si prefigge di ridurre l'effetto di esclusione dell'assistenza a causa di motivi economici;

— alla possibilità, di fronte ad una tecnologia e a metodiche di assistenza ancora relativamente semplici, di dare giudizi « tecnici » relativamente precisi su ciò che serve e ciò che non serve.

La progressiva perdita dell'equilibrio del sistema mutualistico è evidenziato dalla crisi che si è manifestata in Italia a metà degli anni '70 quando le principali mutue erano « insolventi » nei confronti dell'ospedale. Tale crisi, fra l'altro è stata una dei fattori che ha accelerato l'approvazione della riforma sanitaria e l'introduzione del S.s.n., che però nel nostro Paese si realizza contestualmente ai seguenti fenomeni:

— spostamento della centralità dal concetto di malattia al concetto di

salute, e di tutela della salute, che determina spinte strutturali verso l'ampliamento della gamma di possibile interventi (si pensi al concetto di benessere fisico e psichico dell'OMS e alla sua indeterminatezza e ampiezza sul piano operativo);

— rapidissimo progresso scientifico e esplosione della tecnologia che hanno consentito di affrontare situazioni di salute prima non affrontabili, situazioni peraltro sempre più complesse;

— ciò ha diffuso, anche attraverso i mezzi di informazione, attese sempre più elevate sul piano dell'assistenza e un rifiuto sempre più accentuato della « non soluzione di un problema sanitario »;

— l'immagine di onnipotenza della scienza (o di scienza senza limiti), la speranza dell'uomo, la carica di innovatività (individuale e sociale) collegata agli eventi della vita portano al consolidamento di una cultura di « non accettazione » della morte e della sofferenza che vengono imputate ad altri uomini, o al sistema « che dovrebbe garantire i diritti del cittadino », anche quando dipendono da limiti oggettivi o in presenza di labili indizi su possibili esiti differenti;

— è in crisi nella società il valore della solidarietà e predomina lo schema diritti-doveri (su cui si fonda lo Stato moderno) sbilanciato però verso una preminenza di diritti (per il singolo) e di doveri (demandati ad « entità astratte » quali sono lo Stato, la U.s.l., l'ospedale, che dovrebbero essere dotati di una razionalità astratta);

— pertanto tra gli operatori è diminuito, anche per scelte culturali e ideologiche, il valore della missione e della dedizione a favore di quello (presunto o reale) della professionalità, mentre tra i pazienti (gli utenti dei servizi) è aumentato il senso dei diritti, esaltato anche dalla scelta di tutela di salute generalizzata;

— è enormemente aumentata la

*complessità organizzativa del sistema di offerta senza un parallelo sviluppo delle conoscenze e delle competenze per il suo governo.*

## Diagnosi

*La crisi attuale del sistema sanitario è pertanto diversa da quella dei decenni scorsi ed è riconducibile ai seguenti fattori:*

1. *strutturale divaricazione tra « potenzialità » consentite dalla scienza e « effettività » collegata al funzionamento di sistemi sociali (fattore che colpisce anche altri Paesi);*

2. *strutturale debolezza del meccanismo di selezione dato dall'equilibrio domanda-offerta (regolato dal sistema di prezzi delle prestazioni dirette, dai livelli dei premi assicurativi o dei contributi mutualistici, del tetto di spesa stabilito dallo Stato) a causa del « circolo vizioso della sanità » secondo cui l'offerta « crea la domanda », o parte rilevante di essa (fattore comune a tutti i modelli di sistema di assistenza);*

3. *sistema culturale di asimmetria tra diritti (riferiti alle persone), concreti e immediati nelle loro percezioni e reazioni e doveri (riferiti alle istituzioni astratte) e anonime e spesso assai lente nelle loro reazioni con la conseguenza che gli individui che rivendicano diritti spesso non si sentono impegnati a far funzionare le istituzioni che tali diritti dovrebbero garantire (fattore tipico italiano dove è bassa la concezione del « pubblico »);*

4. *progressiva sostituzione nella cultura dei valori di « umanità » con quelli di « professionalità » rispetto ai quali però vengono rifiutati meccanismi di verifica e di valutazione (rifiuto che è fattore tipico italiano o, perlomeno, più accentuato nel nostro Paese);*

5. *elevata complessità organizzativa del sistema di offerta con scarso investimento nelle competenze di*

*« gestione della complessità » (fattore più accentuato in Italia);*

6. *elevato peso attribuito alle « politiche », alla loro formulazione e scarso peso attribuito alla « realizzazione delle politiche » (fattore più accentuato in Italia);*

7. *dominio dell'ipotesi illuministica (neoiluministica e tecnocratica) secondo cui l'equilibrio generale del sistema sanitario (come del sistema economico) può essere definito, scelto e imposto dal centro, ipotesi che si scontra con una realtà differenziata ed articolata nella quale l'equilibrio generale è consentito da « chiarezza delle regole e delle reciproche responsabilità » unita alla capacità e alla forte determinazione (commitment) delle singole componenti nel raggiungere un proprio equilibrio (fattore comune ad altri Paesi, ma più rilevante per l'Italia dove prevale nel settore pubblico il modello di « sistema unitario » e non quello di « sistema di aziende »).*

L'attuale Servizio sanitario nazionale non è gestibile

*La situazione di crisi sopra riportata traduce in un basso livello di « gestibilità » e « governabilità » del S.s.n., conseguenza di:*

a) *non esistono, all'interno del S.s.n., dei ruoli manageriali investiti della responsabilità e dotati dell'autonomia occorrenti per assicurare la funzionalità e lo sviluppo di vere e proprie « aziende di produzione di servizi sanitari », ossia di sistemi produttivi rivolti a perseguire congiuntamente e a coniugare sinergicamente le esigenze di:*

— *soddisfazione dei bisogni degli utenti in termini di qualità delle prestazioni (ossia di tempestività e di rispondenza delle stesse ad adeguati standard professionali);*

— *valorizzazione delle risorse e sviluppo delle competenze occorrenti a fini produttivi;*

— *efficiente impiego delle risorse;*

— *equilibrio economico e finanziario della gestione;*

b) *il S.s.n. è un immenso agglomerato di « centri di spesa » (tali sono in buona sostanza le U.s.l. e le unità pubbliche di produzione di servizi sanitari, di tipo ospedaliero e non), ossia di enti strutturalmente dotati di limitata autonomia, ai quali non viene richiesto di attivare i circuiti virtuosi autoalimentatisi caratteristici delle aziende di produzione ben gestite, essendo solo tenuti a spendere un dato ammontare di risorse finanziarie per produrre determinati servizi nel rispetto di certe procedure di spesa;*

c) *i centri di spesa in cui si articola il S.s.n., per giunta, non sono soggetti a controlli e confronti efficaci né sul piano della qualità dei servizi erogati né su quello della efficienza produttiva e dell'equilibrio economico-finanziario, non avendo avuto tra l'altro, sostanziale applicazione i meccanismi previsti dalle leggi (quali la verifica trimestrale dei rendiconti delle U.s.l. affidata alle Regioni e le strutture/forme di rappresentanza dei cittadini utenti). Anzi, l'instaurarsi del sistema di ripianamento ex post dei disavanzi delle U.s.l. ha favorito i comportamenti non responsabili;*

d) *le U.s.l., che sono il perno dell'organizzazione territoriale del S.s.n., sono centri di spesa di tipo conglomerale, che riuniscono funzioni, strutture, servizi e attività quanto mai eterogenei, il cui accorpamento in un unico ente organizzativo non può certo trovare giustificazione sul piano economico-aziendale per il solo fatto che hanno tutti attinenza con la « missione » del Servizio sanitario nazionale (« promozione, ..., mantenimento e... recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione... », L. n. 833 del 1978, art. 1, comma III);*

e) in mancanza di una appropriata articolazione del Servizio sanitario nazionale — in « aziende di produzione di servizi sanitari » efficacemente responsabilizzate e messe in condizione di provvedere alla funzionalità e allo sviluppo propri — nessuno dei poteri costituiti, a livello centrale e periferico, è in condizione di darsi carico della funzionalità e dello sviluppo di un sistema di grande complessità e necessariamente soggetto a cambiare sotto la spinta di profondi mutamenti ambientali, quale è il S.s.n.

Di tale problema, infatti, non possono darsi carico né il potere politico (impersonato dal Ministro della Sanità e dagli Assessori regionali e comunali alla Sanità), che non può né deve entrare nella gestione strategico-operativa delle attività produttive di servizi sanitari; né il potere burocratico-amministrativo, che può tutt'al più assicurare il buon funzionamento di organizzazioni assimilabili a macchine burocratiche, progettate per operare in ambienti relativamente statici, e non certo la funzionalità di organizzazioni estremamente delicate e complesse operanti in contesti caratterizzati da rilevanti cambiamenti socio-demografici, tecnologici, politici ed economico-sociali; né il potere sindacale, che per natura sua è portato a ricercare il soddisfacimento delle attese del personale anche a scapito della funzionalità del sistema.

Prognosi o terapia  
per il Servizio sanitario nazionale?

Dalla « diagnosi » sulla situazione del S.s.n. è stato escluso l'aspetto di « indebite interferenze del potere politico » nel governo e nella gestione della sanità che ha spesso determinato una estraniamento della professionalità delle scelte il che ha ulteriormente accentuato le difficoltà di per sé già elevate.

Ciò in quanto la « politicizzazione » e la gestione « clientelare » del potere dei partiti nel settore della sanità, giudizio che si riferisce a decisioni assunte con il criterio di mantenere e rafforzare il consenso verso il partito e non con il criterio di cercare una soluzione efficace e conveniente ai problemi di salute, è ad un tempo causa ed effetto delle difficoltà e della degenerazione del sistema.

Causa, nel senso che le scelte e i comportamenti di persone la cui nomina in posizione di responsabilità di vario livello deve ricondursi formalmente o informalmente alle indicazioni dei partiti (nomine politiche) sono state spesso, e sempre più frequentemente guidati da criteri di « interesse particolare » (personale o della propria « parte politica » e non da criteri di « interesse generale » e hanno così alimentato inefficienze, sprechi e insoddisfazione.

Effetto, nel senso che la natura stessa dei problemi (ad esempio la definizione dell'ordine di rilevanza di molti bisogni sanitari molte volte non può essere oggettiva, ma è legata a « giudizi di valore ») e la divaricazione strutturale tra domanda ed offerta ha portato a dare grande rilievo alla « politica » (come funzione di scelta) e a dare grande potere di « politici » anche nel campo di decisioni di contenuto tecnico (degenerazione della funzione politica).

In sostanza il potere politico, trovatosi al centro di un sistema caratterizzato da « squilibri strutturali » ha spesso (anche se non sempre, come il giudizio della storia dimostrerà passato questo periodo di reazione allo « strapotere dei partiti ») agito come « moltiplicatore » delle inefficienze e delle difficoltà.

Da qui discende per molti:

— una prognosi: il « modello » di servizio sanitario pubblico non può funzionare e occorre rivolgersi al « modello » del mercato;

— una terapia: un diverso siste-

ma di nomina delle persone sulle posizioni di responsabilità (via i politici e largo ai tecnici, o ai manager) può essere di per sé garanzia per uscire dalla difficoltà e dalle inefficienze.

Chi scrive non può essere d'accordo sulla prognosi in quanto ritiene che il principio solidaristico (di tipo etico-sociale) e quello di razionalità tecnica (la tutela della salute può essere meglio garantita da politiche e da interventi integrati) che stanno alla base del modello di Servizio sanitario nazionale pubblico non debbono essere abbandonati e possono essere coniugati con criteri di efficienza e responsabilità.

Si tratta, è vero, di riportare nell'ambito del sistema di mercato parti di « assistenza » che non « necessitano » più di tutela pubblica (perché, ad esempio, comportano oneri economici ormai rapportabili da tutti o perché non essenziali sul piano medico-scientifico), ma occorre salvaguardare l'essenza di un sistema che, assumendosi la tutela della salute di tutti manifesta il rispetto della dignità umana ancor prima che il riconoscimento di un diritto al cittadino.

Sulla terapia, chi scrive ritiene che le profonde modificazioni del sistema istituzionale (non solo nella sanità) che hanno messo in crisi il sistema di potere consolidato e che potenzialmente sembrano rivalutare il ruolo delle competenze professionali e della responsabilità siano importanti, ma costituiscono solo una parte della terapia stessa.

Per affrontare i problemi della sanità che, come si è cercato di chiarire nella prima parte, sono complessi e di tipo strutturale, occorre agire sulle variabili del potere, del volere, del sapere.

Con le modifiche istituzionali si è inciso sulla distribuzione e sulla legittimazione del potere, ma ora occorre agire sulle variabili del:

— volere, che significa attivare la

« tensione » positiva di centinaia di migliaia di operatori della sanità attorno ad un nuovo progetto per il futuro;

— sapere, che significa studiare più a fondo i problemi specifici del settore evitando di pensare che ad esso siano trasferibili sic et simpliciter conoscenze e competenze maturate in altri settori.

Per cambiare in positivo i comportamenti dei diversi « attori » del settore sanitario (operatori, decisori, programmatori, pazienti, imprese fornitrici, etc.), occorre passare ad un graduale bilanciamento dei messaggi negativi (di denuncia e di critica) con messaggi positivi (proposte, progetti

sperimentazioni di nuove soluzioni).

Per raccogliere la sfida del sapere occorre uscire dalla genericità delle indicazioni e:

— creare le condizioni perché esistano veramente le « aziende » in sanità (pubbliche e private) che, al di là di tutte le definizioni di legge e della teoria, sono tali quando i loro risultati operativi ed economici dipendono in misura rilevante dalla qualità delle decisioni e delle operazioni dei propri organi;

— sviluppare la messa a punto di « modelli manageriali » adatti alle peculiarità del settore il che, tra l'altro, contribuirebbe a renderli più accettabili e a smorzare sul nascere il nuo-

vo conflitto che si delinea tra professionisti e manager;

— promuovere e potenziare la diffusione delle conoscenze di base del management e di quelle più avanzate, perché oggi forse si è ancora troppo attenti ad affermare sistemi di relazione dei manager quando il problema è forse quello di cercarli e di convincerli a cimentarsi con le difficoltà intrinseche del settore (strutturali e contingenti);

— introdurre sistemi di misurazione dei risultati per dare al principio della « responsabilità », il confronto delle capacità di separare le responsabilità e di attribuire ad ognuno le proprie.

# COME GESTIRE LA NUOVA SANITÀ

seminari monotematici per aziende di servizi sanitari e Regioni



## LA PROGETTAZIONE DEI PERCORSI FORMATIVI

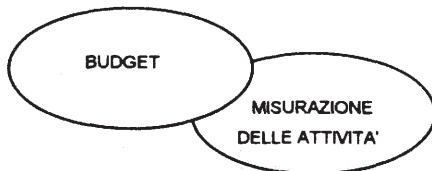
Data la stretta interdipendenza degli argomenti sviluppati nei diversi corsi, si è pensato di predisporre in forma unitaria questa iniziativa di formazione. Ciò anche per facilitare la possibilità di progettare percorsi formativi personalizzati che prevedano la partecipazione a più corsi coerentemente con le esigenze professionali ed il ruolo organizzativo svolto all'interno della propria azienda di servizi sanitari. A titolo esemplificativo si propongono alcuni percorsi che appaiono particolarmente significativi in questo periodo storico.



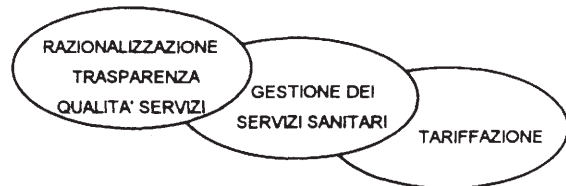
**I Percorso Formativo:**  
GOVERNARE LE NUOVE AZIENDE SANITARIE



**II Percorso Formativo:**  
DEFINIRE LA STRATEGIA



**III Percorso Formativo:**  
LA PROGRAMMAZIONE E  
IL CONTROLLO DELLA GESTIONE



**IV Percorso Formativo:**  
PROGETTARE L'OFFERTA DEI SERVIZI

Si sottolinea che, qualora si ipotizzi un percorso di formazione multicorso, è possibile usufruire di uno sconto del 10% sul totale della quota dovuta, sconto che verrà detratto direttamente dalla fattura.



# **Saggi e ricerche**

Sezione 1<sup>a</sup>

# IL MERCATO ASSICURATIVO PRIVATO IN SANITÀ: CENNI ALLA TEORIA ECONOMICA

di Giovanni Fattore

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

**SOMMARIO:** Introduzione - La domanda assicurativa - L'offerta assicurativa - Domanda e offerta assicurative - Limiti nel funzionamento dei mercati assicurativi in sanità: selezione avversa; azzardo morale - Mercati assicurativi privati e sistemi sanitari pubblici: polizze sostitutive alla copertura del S.s.n.; polizze integrative - Conclusioni.

*Private health insurance market has rapidly grown since the institution of the Italian NHS. The recent Reform is likely to enhance the role of private enterprises in both the funding and the provision of health care. This article presents the basic economic characteristics of the health insurance market. The rationale for demanding health insurance (reduction of economic uncertainty) and the benefits due to pooling independent risks are introduced. Moral hazard and adverse selection are discussed as well as their implications on the efficiency of the health insurance in systems dominated by a National Health Service (public funds and public providers). The article provides a background for the article by Battaglia on the Italian health insurance industry published in this issue of Mecosan.*

## Introduzione

Nei sistemi a « Servizio sanitario nazionale » i contributi scientifici e il dibattito politico tendono a concentrarsi sul momento di erogazione dei servizi sanitari, piuttosto che sulle tematiche assicurative: i problemi di finanziamento del settore sanitario sono generalmente analizzati in una prospettiva di finanza pubblica e il rapporto pubblico/privato viene prevalentemente affrontato rispetto all'offerta dei servizi sanitari.

In questo saggio ci proponiamo di introdurre alcuni elementi dell'economia dei sistemi assicurativi in sanità, con la speranza di assistere a un dibattito più informato sul ruolo dei sistemi assicurativi privati nel contesto italiano. Il presente contributo è strettamente legato a quello di G. Battaglia contenuto in questo numero di **Mecosan** e si articola in una prima parte sulla domanda assicura-

tiva e sul meccanismo di aggregazione dei rischi che è a fondamento dell'esistenza di una offerta assicurativa, una seconda parte sui due meccanismi maggiormente in grado di disturbare il funzionamento del settore sanitario in presenza di coperture assicurative (selezione avversa e azzardo morale), e la terza parte sulle interazioni tra sistema sanitario pubblico e settore assicurativo privato.

## La domanda assicurativa

Da un punto di vista economico, l'assicurazione sanitaria è un servizio che consiste nell'assunzione da parte terza (l'assicuratore) delle spese, o parte di esse, attribuibili all'assicurato e dovute al verificarsi di un evento aleatorio (generalmente una malattia). Se si vuole essere precisi, quindi, il prezzo del prodotto assicurativo non è il premio, ma la differenza tra questi e il valore atteso delle spese sani-

tarie assicurate (anche definito premio equo) (Jacobs; 1991: 107).

Le compagnie assicurative, come d'altronde anche le mutue e le casse aziendali, offrono un servizio finanziario che risponde ad una domanda di « sicurezza », ovvero di riduzione dell'incertezza economica legata alle malattie o, più in generale, ad eventi sanitari « casuali » in grado di generare perdite economiche.

Due tipi di danno economico sono generalmente connessi alle malattie: la perdita di reddito dovuta all'invalidità al lavoro, e le spese per le prestazioni sanitarie. Sebbene l'assicurazione del primo tipo di danno sia

---

*L'autore rivolge un ringraziamento a E. Anessi che ha aiutato sostanzialmente l'autore con idee, suggerimenti e preziosi commenti. La responsabilità per il contenuto di quanto presentato, e quindi anche per eventuali errori e omissioni, è ovviamente dell'autore soltanto.*

parte dei prodotti offerti dal ramo malattia in Italia (Battaglia; 1993), non verrà affrontata in questo saggio perché presenta caratteristiche alquanto diverse da quelle delle assicurazioni sanitarie proprie (e da ora in poi faremo riferimento alle assicurazioni sanitarie esclusivamente come ai prodotti che legano il risarcimento del danno alle spese per servizi sanitari).

Per mostrare i meccanismi sottostanti i sistemi assicurativi in sanità può essere utile seguire un esempio numerico. Per semplicità, ma senza in sostanza perdere nulla in termini di generalizzabilità dei risultati, si ipotizzi che il sig. X sia a rischio per una sola malattia con probabilità pari a 0.1. Si supponga inoltre che la malattia comporti spese sanitarie per 10 milioni. Il signor X può quindi calcolare il valore atteso della propria spesa sanitaria per il prossimo anno. Esso è infatti semplicemente dato dal prodotto tra la probabilità di contrarre la malattia e le spese sanitarie necessarie per curarla ( $0.1 \cdot 10,000,000 = 1,000,000$ ).

Si supponga ora che il sig. X non viva in un Paese in cui la tutela della salute è garantita da un sistema pubblico e abbia l'opportunità di acquistare una polizza assicurativa privata ad un premio di 1,300,000. Il signor X deve quindi prendere una decisione sull'acquisto di un servizio finanziario (la copertura da parte terza dei 10 milioni in caso di malattia) ad un prezzo di 300,000 lire. Come in qualsiasi altro mercato la decisione del Sig. X dipende dalla comparazione tra il sacrificio collegato al costo del servizio (una diminuzione certa della propria ricchezza di 300,000 lire) e i benefici derivanti dall'aver riportato a certo (l'esborso del valore atteso di 1 milione) un evento incerto (la distribuzione di probabilità delle spese individuali che presenta una « piccola » probabilità -0.1- di una forte perdita -10 milioni-). Quindi, il beneficio del servizio assi-

curativo deriva esclusivamente dalla riduzione del rischio finanziario connesso ad un evento aleatorio; in media, l'assicurato presenterà perdite di ricchezza maggiori di chi non si assicura. È proprio dalla percezione soggettiva di questo beneficio che deriva una utile classificazione dei comportamenti verso il rischio. Si definiscono come avversi al rischio gli individui che sono disposti a pagare un premio superiore al valore atteso delle spese sanitarie assicurate, come propensi al rischio coloro che sono disposti ad acquistare una polizza sanitaria solo per premi inferiori al valore atteso delle spese (in altre parole che vedono nel servizio assicurativo un costo e non un beneficio), e come neutrali coloro che sono indifferenti tra l'assunzione diretta del rischio e il suo trasferimento su terzi.

#### L'offerta assicurativa

A prima vista potrebbe sembrare che, affinché un servizio assicurativo venga realmente venduto sul mercato, sia necessario che ad un compratore avverso al rischio corrisponda un offerente propenso o almeno meno avverso del compratore; anzi, visto che l'attività assicurativa comporta dei costi (di amministrazione dei rimborsi e di vendita) potrebbe sembrare che solo se sul mercato operano dei venditori meno avversi al rischio di quanto lo siano i compratori una transazione assicurativa possa avere realmente luogo. Sebbene il semplice trasferimento del rischio possa parzialmente spiegare l'esistenza dei mercati assicurativi, è tuttavia un altro il meccanismo che domina il funzionamento di questo settore: la riduzione del rischio individuale (misurabile in termini di dispersione della distribuzione di probabilità) attraverso l'aggregazione (pooling) di più rischi tra loro indipendenti.

Si supponga che 10 persone facciano un patto mutualistico, ovvero,

si mettano d'accordo di ripartire in parti uguali le spese sanitarie, a prescindere da chi abbia usufruito dei servizi. Si supponga inoltre che la probabilità di contrarre la malattia (0.1) sia uguale per tutti i partecipanti al patto e che il costo delle prestazioni sanitarie per le cure della malattia sia sempre di 10 milioni. Data la probabilità individuale pari a 0.1 di contrarre la malattia, 1 delle 10 persone, in media, si ammalerà con dei conseguenti costi di 10 milioni ( $1 \cdot 10$  milioni). L'accordo mutualistico comporterà quindi un esborso medio per partecipante di 1,000,000 lire (10 milioni /10 partecipanti al patto), un esborso atteso chiaramente uguale al caso in cui nessuno si fosse assicurato.

La differenza tra le due situazioni non va infatti ricercata nei valori attesi delle due situazioni (con e senza patto), ma nei diversi livelli di rischio. Nel caso senza patto (senza assicurazione) ogni signor X ha una probabilità pari a 0.1 di dovere spendere 10 milioni, mentre con il patto la probabilità di forti perdite risulta decisamente minore come mostra la figura 1. Ad esempio, la probabilità che tutte le persone si ammalino (e che quindi ognuno debba spendere 10 milioni) è estremamente ridotta (1 su 10,000,000,000); oppure, la probabilità di una perdita individuale di almeno 3 milioni è circa 0.07 (Mood; 1974: 88). L'aggregazione dei rischi delle 10 persone comporta una riduzione del rischio stesso: al crescere del numero di eventi aleatori « aggregati » la variabilità della perdita diminuisce, ovvero la distribuzione di probabilità della perdita tende a concentrarsi attorno alla media.

#### Domanda e offerta assicurative

Se fosse disponibile un premio equo (uguale al valore atteso delle spese assicurate), e non ci fossero altri costi connessi all'acquisto della polizza, gli individui avversi al rischio

rivelerebbero una disponibilità a pagare per i servizi assicurativi, e le loro capacità reddituali definirebbero il livello di domanda. Tuttavia, l'attività assicurativa comporta dei costi e, in caso di aziende a scopo di lucro, necessita la generazione di profitti. Vi sono costi tipici del compratore (tempo dedicato alla raccolta di informazioni sulle alternative disponibili, tempo e disturbo per eventuali visite mediche) e vi sono costi tipici dell'assicuratore incorporati nei premi (costi amministrativi, provvigioni, etc.) (Muraro; 1969: 463). All'aumentare di questi costi e del margine di profitto, la domanda assicurativa decresce; come in qualsiasi mercato « normale », al crescere del prezzo (la differenza tra premio e spese attese) e di altri costi del compratore la domanda diminuisce. Inoltre, ponendo un sacrificio economico sull'assicurato, questi costi riducono la propensione ad assicurarsi per situazioni in cui i benefici della riduzione del rischio sono più limitati. Siccome esistono forme di indivisibilità dei

costi assicurativi, eventi estremamente probabili o estremamente improbabili, nonché economicamente poco significativi, vengono assicurati solo da individui particolarmente avversi al rischio. Intuitivamente, non sono particolarmente attraenti polizze che assicurano contro il rischio di essere colpiti da un fulmine (evento improbabile), di avere un raffreddore (evento abbastanza probabile su un arco temporale di un anno) e di ferirsi leggermente con il rasoio da barba (evento economicamente irrilevante). Nel primo e nel terzo caso all'evento è connesso un danno atteso che non giustifica il sostenimento dei costi del servizio assicurativo (a causa della bassa probabilità o del basso valore economico). Nel secondo, invece, non esiste un rischio contro cui assicurarsi perché il livello di spesa è quasi certo. Dovrebbe comunque essere chiaro che queste conclusioni sono valide solo se sono presenti dei costi amministrativi fissi per ogni evento assicurato; altrimenti l'assicurazione di più rischi consente l'abbattimento

del ricarico e l'ampliamento della gamma di rischi assicurati.

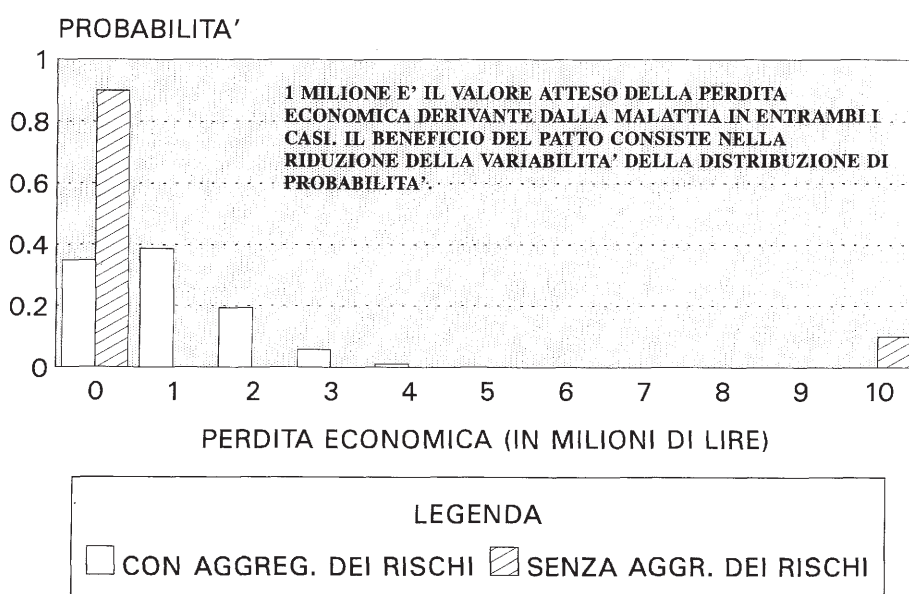
Anche per quanto riguarda la relazione tra reddito e domanda assicurativa le situazioni estreme producono conclusioni analoghe. Per individui a reddito molto basso difficilmente la riduzione del rischio diventa prioritaria rispetto ad altri bisogni più essenziali e non soddisfatti (abitazione, cibo); mentre, per le persone ricche, le spese sanitarie non rappresentano un rischio perché relativamente modeste per alterare il livello di benessere. Persone molto ricche e molto povere tendono quindi, anche se per ragioni diverse, ad avere un minore interesse verso i servizi assicurativi sanitari (Feldstein; 1988: 121-122).

#### Limiti nel funzionamento dei mercati assicurativi in sanità

La teoria economica giudica l'efficienza dei singoli settori economici, e quindi anche di quelli assicurativi, in funzione del rispetto di alcune ipotesi caratteristiche dei mercati competitivi. In un articolo che risale al 1963 il premio Nobel Arrow ha messo in luce come alcune di queste ipotesi « concorrenziali » non vengano rispettate nel settore sanitario, sia nella fase di erogazione dei servizi che in quella di finanziamento (Arrow; 1963). L'incertezza è l'elemento che caratterizza come atipico il settore sanitario da un punto di vista economico.

Non solo la domanda di prestazioni sanitarie dipende dallo stato di salute che è, sebbene solo in parte, un evento aleatorio, ma il mercato assicurativo in sanità si presenta sostanzialmente diverso da quello relativo ad altri rischi (Pauly; 1986: 630). A differenza di altri rami, l'assicuratore sanitario non conosce né la distribuzione di probabilità degli eventi assicurati, né l'ammontare del premio che dovrà corrispondere per ogni sinistro.

**Figura 1 - Perdita economica individuale dovuta alla malattia con e senza aggregazione dei rischi di 10 individui**



Ipotesi: prob. di contrarre la malattia = 0.1, perdita economica in caso di malattia = 10 milioni.

L'ignoranza sulla distribuzione di probabilità del livello di rischio sanitario specifico di ciascun assicurato impedisce la corretta attribuzione dei premi. Ne risulta che, se l'assicurato dispone di maggiori informazioni sul proprio rischio sanitario, può effettuare arbitraggi sulla base della differenza tra il proprio rischio sanitario e il rischio implicito nella polizza che gli viene offerta. Questo fenomeno prende il nome di selezione distorta (*biased selection*) o, anche, selezione avversa (*adverse selection*).

Il meccanismo assicurativo in sanità presenta anche un altro problema: l'ignoranza sull'ammontare del danno per evento assicurato porta a schemi assicurativi in cui il premio viene collegato alle spese sanitarie. Essendo queste spese parzialmente sotto il controllo dell'assicurato, la domanda sanitaria può essere influenzata dalla posizione assicurativa del paziente. Il fenomeno per cui il consumo di servizi sanitari è maggiore in caso di pazienti muniti di polizze assicurative prende il nome di azzardo morale (*Moral Hazard*).

#### *Selezione avversa*

Il mercato assicurativo risulta tanto più efficiente quanto più i premi sono correlati ai livelli di rischio individuali. Teoricamente la situazione ottimale si verificherebbe quindi in caso di perfetta discriminazione dei rischi e, di conseguenza, dei premi assicurativi. Tuttavia, le imprese assicurative sono ben lontane dallo stimare in maniera precisa il rischio sanitario di ciascun cliente, e devono quindi proporre un premio unico, corrispondente al livello di rischio medio. Per le persone ad alto rischio il pagamento del premio risulta particolarmente conveniente perché calcolato su un livello di rischio inferiore; mentre per le persone a basso rischio il servizio assicurativo viene a rilevarsi troppo caro perché calcola-

to in base ad una media che comprende persone con una spesa attesa maggiore. L'esistenza di livelli di rischio diversi non è comunque condizione sufficiente per alterare il funzionamento del mercato assicurativo: è solo il caso in cui questa eterogeneità venga riconosciuta dall'assicurato e non dall'assicuratore che possono innescarsi pericolosi circoli viziosi (Feldstein; 1988: 126). Se infatti supponiamo che gli assicuratori abbiano uno svantaggio informativo sugli assicurati — nel senso, per esempio, che non sanno assolutamente distinguere i livelli di rischio —, e siano quindi costretti a proporre un premio medio, appare plausibile assumere che la propensione ad assicurarsi sia maggiore tra le persone ad alto rischio che tra quelle a basso rischio.

L'impresa assicuratrice si troverà così una clientela con un rischio medio più elevato di quella della popolazione media di riferimento. Inoltre, se il premio è calcolato su questa popolazione di riferimento, l'impresa si troverà in perdita e sarà costretta ad alzare i premi assicurativi per far fronte a dei rimborsi superiori a quelli programmati. Ne risulta una ulteriore scrematura dei pazienti, con un ulteriore sbilanciamento verso una clientela a rischio elevato. Per rispondere ad una domanda assicurativa da parte delle persone a basso rischio, non disposte però a pagare premi calcolati su rischi maggiori, le imprese svilupperanno, quindi, piani assicurativi con alte compartecipazioni ai costi dei servizi.

Il processo di aggiustamento dinamico del settore genera quindi un equilibrio caratterizzato da polizze con premi bassi e con compartecipazioni alte per le persone a basso rischio, da polizze a premi elevati e a copertura completa per le persone ad alto rischio, e, infine, da una sostanziale parte della popolazione, prevalentemente a basso reddito e poca

avversione al rischio, senza copertura assicurativa.

L'asimmetria informativa sui livelli di rischio ha quindi rivelanti implicazioni sul funzionamento del mercato assicurativo, se non altro perché allontana l'assetto di questo mercato da quello considerabile ottimale secondo i parametri della teoria economica (Pauly; 1986: 647-648. Rothschild and Stiglitz; 1976). Malgrado la linearità delle conclusioni della teoria economica, non esiste chiara evidenza empirica a sostegno delle conclusioni esposte sopra (Pauly; 1986: 650). Sebbene eterogeneità del rischio sanitario e asimmetrie informative siano presenti nei sistemi reali, il problema della selezione distorta non sembra avere la portata degenerativa suggerita dalla teoria economica.

Il problema della selezione distorta (avversa) può essere letto da un'ottica del tutto diversa, per certi aspetti antitetica a quella proposta dalla teoria economica. La definizione di premi in funzione dei diversi livelli individuali di rischio può essere valutata come discriminatoria: essa, infatti, implica l'esclusione dal mercato assicurativo delle persone già malate al momento della stipula della polizza e la determinazione di premi assicurativi più elevati per gli anziani, le donne in età fertile e, più in generale, le persone che mostrano evidenza di appartenere a gruppi di rischio sanitario elevato. Siamo quindi di fronte a un difficile dilemma: se i premi non vengono commisurati al rischio individuale il mercato assicurativo risulta inefficiente e instabile; se invece i premi risultano differenziati, fasce deboli della collettività vengono escluse dal mercato assicurativo (e probabilmente da quello sanitario), ponendo un problema che, anche se non affrontabile dall'apparato della tradizionale teoria del benessere, investe il momento della formulazione delle politiche sanitarie.

*Azzardo morale*

Malgrado il nome altisonante e un po' fuorviante, l'azzardo morale è un fenomeno semplice e conosciuto (e forse meno immorale di quanto il termine suggerisce), almeno in altri settori economici: al crescere del prezzo delle prestazioni sanitarie la disponibilità a pagare (la domanda individuale) diminuisce.

Si consideri la figura 2. L'asse delle ascisse (X) rappresenta la quantità di servizi sanitari, mentre l'asse delle ordinate (Y) rappresenta il prezzo dei servizi. La curva A-B riportata nel diagramma rappresenta la domanda sanitaria, secondo la tipica relazione quantità/prezzo: al crescere del prezzo dei servizi sanitari, la domanda degli stessi diminuisce. In termini un po' più tecnici la curva è anche detta dei benefici marginali perché descrive l'utilità prodotta dall'ultima unità consumata di servizi sanitari. L'inclinazione negativa della curva di figura 2 riflette l'ipotesi dell'utilità marginale decrescente: le prime unità di servizio (ad esempio la prima visita) producono più benefici delle succes-

sive (ad esempio la quarta visita di controllo), anche se, chiaramente, viene assunto che ogni unità di servizio produce benefici positivi.

Si supponga che ogni unità di servizio sanitario abbia un prezzo pari a  $P_{na}$ . A tale prezzo verranno acquistate dal paziente  $Q_0$  unità; è questa la quantità di equilibrio del mercato: per quantità minori il paziente ha convenienza ad acquistare di più perché il beneficio marginale (dell'ultima unità) è superiore al prezzo, mentre per quantità maggiori è portato a ridurre il consumo perché le ultime unità acquistate « valgono meno » di quello che costano. Se  $P_{na}$  è il prezzo di concorrenza perfetta e se costi e benefici sociali coincidono con la somma di quelli privati (assenza di esternalità), il livello  $Q_0$  risulta essere economicamente efficiente, ovvero in grado di ottimizzare il benessere sociale (secondo la teoria « ortodossa » dell'economia del benessere, in linea con l'impostazione paretiana).

Si consideri ora un paziente dotato di completa copertura assicurativa. Il prezzo d'acquisto per ogni unità aggiuntiva è pari a zero: paziente e

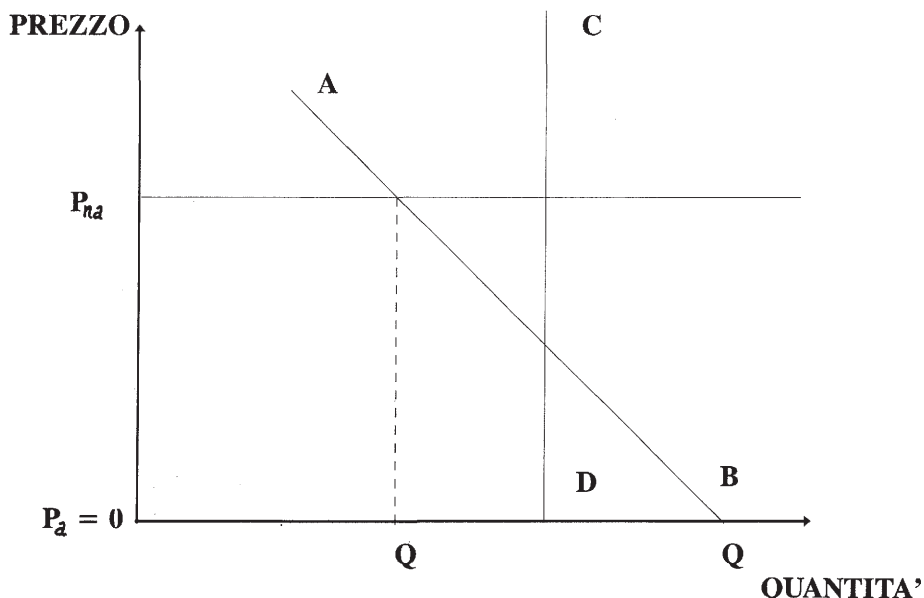
medico hanno un chiaro incentivo a utilizzare tutti i servizi sanitari da cui il paziente può trarre beneficio. Il nuovo livello di utilizzo sarà quindi pari a  $Q_1$ : a questo livello, infatti, il beneficio marginale (l'utilità dell'ultima unità acquisita) è pari al prezzo, e entrambi sono uguali a zero. Tuttavia, ogni unità di servizio ha un costo sociale perché richiede risorse scarse per essere prodotta. L'eccedenza di utilizzo di servizi sanitari, rappresentato dalla distanza tra  $Q_1$  e  $Q_0$ , è quindi parzialmente sprecato, nel senso che produce meno benessere sociale di quanto sarebbe stato altrimenti possibile impiegando le stesse risorse per la produzione di altri beni.

Si noti che soltanto se la curva di domanda è verticale la posizione assicurativa del paziente non influisce sul suo comportamento nel mercato dei servizi sanitari: con e senza assicurazione il livello di domanda è lo stesso (linea CD). L'esistenza di fenomeni di azzardo morale viene così a dipendere dalla inclinazione della curva di domanda, ovvero da quanto, al variare del prezzo pagato dal paziente, la quantità di servizi utilizzati varia.

L'esistenza di una correlazione negativa tra prezzi e consumo di servizi sanitari è stata osservata sin dagli anni '60 in diversi studi non sperimentali (Newhouse 1981). Tuttavia è solo con un celebre studio conclusosi all'inizio degli anni '80 che questa ipotesi riceve una validazione sperimentale e che l'elasticità della domanda rispetto al prezzo viene stimata.

Il Rand Health Insurance Experiment (HIE) è consistito nell'assegnazione casuale di 7,700 pazienti (più di 2,700 famiglie) a 14 piani assicurativi diversi per un periodo da 3 a 5 anni. I piani assicurativi erano stati differenziati sia in funzione del livello di compartecipazione (percentuale dei prezzi dei servizi a carico dell'utente), che rispetto alle modali-

Figura 2 - Domanda di servizi sanitari con e senza copertura assicurativa



tà di erogazione dei servizi. Per ogni piano era previsto un massimale per le spese sanitarie a carico della famiglia. Le conclusioni dell'esperimento supportano l'ipotesi di una domanda sensibile al prezzo: la compartecipazione al costo riduce la probabilità di ricorrere ai servizi sanitari per un ampio spettro di condizioni individuali (reddito, età, etc.) e sanitarie (Lohr 1986: 72). L'utilizzo di tutte le tipologie di servizi diminuisce al crescere del livello di compartecipazione: visite mediche, ricoveri ospedalieri, prescrizioni farmaceutiche, visite odontoiatriche e servizi di tutela mentale.

Se, da un lato, l'impatto delle compartecipazioni mostra che la curva di domanda è inclinata negativamente, dall'altro, proprio questo risultato suggerisce che il fenomeno dell'azzardo morale può essere contenuto attraverso l'applicazione di deducibili e franchigie. Si consideri, ad esempio, una polizza assicurativa che lasci a carico del paziente il 10% dei costi sostenuti (figura 3). Il prezzo per il paziente non è il più zero, bensì  $0.1 \cdot P_{na}$  con conseguente riduzione della domanda al livello  $Q_2$ .

Tuttavia, il ricorso a modalità di compartecipazione ai costi riduce l'agire del meccanismo assicurativo e, di conseguenza, i benefici derivanti dalla riduzione del rischio. Da un punto di vista « positivo », quindi, migliorare l'efficienza del settore sanitario richiede l'esistenza di franchigie e tickets con massimali di spesa in grado di ridurre sostanzialmente l'azzardo morale, mantenendo il meccanismo assicurativo soprattutto per gli eventi per i quali gli individui si presentano più avversi al rischio e la curva di domanda appare più rigida (verticale). A titolo di esempio si possono tenere presente le conclusioni di Keeler e colleghi che, sulla base dei dati dell'esperimento della RAND Corporation, hanno calcolato come « ottimale » una polizza con una

franchigia di 200-300 dollari e un « ticket » del 25% su tutte le spese fino ad un tetto massimo (Keeler 1988).

### Mercati assicurativi privati e sistemi sanitari pubblici

Il settore assicurativo sanitario è strettamente legato a quello di erogazione delle prestazioni e, più in generale, all'assetto istituzionale del sistema sanitario. In Italia sono quindi le caratteristiche e le dimensioni del S.s.n. a giocare un importante ruolo sulle prospettive di sviluppo delle assicurazioni private. Lasciando da parte le polizze indennitarie, che presentano caratteristiche non affrontate in questo saggio, l'analisi dell'interazione tra sistema pubblico e settore assicurativo privato può essere suddivisa in due parti, in linea con due segmenti diversi del settore assicurativo.

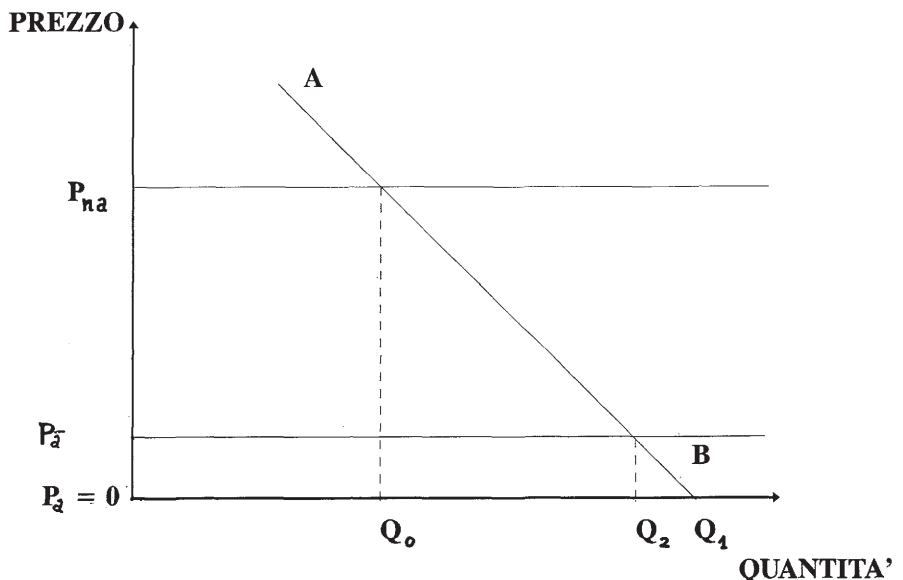
#### Polizze sostitutive alla copertura del S.s.n.

Anche nell'attuale assetto istituzionale, esiste, seppur modesta, una do-

manda verso servizi assicurativi sostitutivi alla copertura del S.s.n. Si fa inoltre sentire una certa tensione verso l'uscita dal S.s.n. da parte di alcune categorie di cittadini, presumibilmente coloro che contribuiscono molto (ad es. perché ad alto reddito dichiarato al fisco) e ricevono poco (perché più « sani » o perché in ogni caso utenti delle strutture private).

A nostro avviso non sembra plausibile un notevole sviluppo di questo segmento del mercato assicurativo. Senza meccanismi che riducano significativamente i contributi destinati al S.s.n. da parte di coloro che si muniscono di polizze sostitutive, è difficile immaginare che una parte consistente della collettività mostri un reale interesse verso prodotti assicurativi sostitutivi. Il S.s.n. fornisce già un servizio assicurativo, anche a coloro che poi optano per l'assistenza privata non convenzionata. La disponibilità a pagare per una polizza privata, in un sistema dove alcuni servizi sono già assicurati, è probabilmente limitata perché la presenza di alternative al pagamento diretto della pre-

Figura 3 - Domanda di servizi sanitari in regime di compartecipazione ai costi



stazione (il servizio pubblico) riduce il livello di rischio.

Se ci aspettiamo che, allo stato attuale del S.s.n., le polizze sostitutive rimangano una nicchia di mercato, siamo pure pessimisti sulla possibilità di realizzare forme di uscita dal S.s.n., almeno se con le caratteristiche abbozzate dall'art. 9 del D.L.vo 502/92. La libera scelta di uscire dal S.s.n. e di utilizzare quote delle attuali risorse pubbliche per finanziare coperture offerte da imprese assicuratrici o enti mutualistici esporrebbe il sistema a seri rischi di selezione distorta da parte degli assicurati e di scremature della clientela da parte degli assicuratori. Domanda e offerta raggiungerebbero probabilmente un equilibrio in cui fasce ad alto e medio reddito della popolazione più giovane e più sana opterebbero per l'uscita dal sistema pubblico perché con modeste aggiunte alle quote del finanziamento pubblico potrebbero ricevere abbondanti pacchetti di servizi (ad esempio preventivi).

I problemi di selezione distorta e scrematura della clientela potrebbero diventare decisivi nella formulazione di politiche di riforma del S.s.n.; elaborazioni teoriche (Anessi; comunicazione personale) e analisi di esperienze analoghe (van Vliet e van de Ven 1992) potrebbero quindi contribuire ad informare maggiormente le proposte di riforma del S.s.n.

### *Polizze integrative*

Le prospettive di sviluppo del segmento di mercato con prodotti integrativi alle prestazioni del S.s.n. appaiono diverse. La quota di spesa sanitaria completamente attribuibile al circuito privato (finanziatori ed erogatori dei servizi sanitari privati) appare troppo elevata per non richiedere estese coperture assicurative. Assumendo in 20,000 miliardi la spesa del circuito privato e in 3,000 miliar-

di il totale della raccolta di imprese assicurative, mutue e casse aziendali (Battaglia 1993), la percentuale della spesa sanitaria privata « assicurata » non dovrebbe essere superiore all'1.5%. Malgrado le caratteristiche di non assicurabilità di alcuni servizi tipicamente integrativi, questo valore appare troppo basso per non suggerire che alcuni vincoli di vario tipo stanno bloccando lo sviluppo di questo segmento del mercato assicurativo. Tra questi vale la pena di citare la frammentazione e la debolezza « manageriale » della rete di offerta di servizi sanitari che rende difficili e costose ipotesi di integrazioni tra il momento assicurativo e quello assistenziale, la mancanza di una « cultura » sanitaria tra le compagnie assicurative, alcuni aspetti della normativa fiscale relativa alle deduzioni delle spese sanitarie dall'IRPEF e, soprattutto, la mancanza di chiarezza su che cosa sia offerto dal S.s.n. e, quindi, su quali servizi possano realmente considerarsi integrativi. Rispetto a quest'ultimo punto si deve notare che l'incertezza sui confini assistenziali del Servizio sanitario nazionale innesca un circolo vizioso che frena lo sviluppo del mercato. L'utente compra infatti la copertura assicurativa per un servizio che potrebbe ricevere dal S.s.n. e quindi considera come beneficio del servizio, non l'utilità creata dallo stesso, ma il beneficio derivante dall'opzione di scelta tra pubblico e privato. Ma una volta assicurato, l'utente opererà quasi sempre per il servizio privato, generando spese sanitarie come se la copertura fosse completamente integrativa. In altre parole, l'ambiguità sui servizi garantiti dal S.s.n. comporta benefici da parte dell'utente (spesso solo la libera scelta) che possono non giustificare il loro costo totale di produzione e di assicurazione.

Collegato al tema dei confini tra pubblico e privato è anche il problema delle coperture assicurative per

le compartecipazioni (ticket) ai servizi resi dal S.s.n. con forti compartecipazioni a carico dei cittadini. Se, per questi servizi, l'azzardo morale è significativo ed esiste una domanda assicurativa sulle quote lasciate scoperte dal S.s.n., potrebbe esserci spazio per polizze integrative sulle compartecipazioni, simili a quelle offerte sul mercato U.S.A. per i beneficiari di Medicare (Medigap). Tali prodotti, tuttavia, annullerebbero i benefici della riduzione dell'azzardo morale dovuti alle diverse forme di compartecipazioni ai costi e metterebbero il S.s.n. nella posizione di dover finanziare quote di « moral hazard » generate dal settore privato.

### **Conclusioni**

È mancata, negli ultimi 15 anni in Italia, l'attenzione verso le problematiche economiche del settore assicurativo sanitario. L'Istituzione del S.s.n. ha infatti focalizzato l'attenzione sul mercato di erogazione dei servizi sanitari, riducendo il dibattito sul finanziamento alle problematiche relative ai criteri di riparto dei fondi sanitari pubblici e ai ticket. L'impressione è che ci si sia quasi dimenticati che il Servizio sanitario nazionale fornisce anche un servizio assicurativo e che la rivitalizzazione del sistema sanitario italiano non può prescindere dallo sviluppo dell'offerta di servizi assicurativi, pubblici o privati che siano.

In questo saggio abbiamo semplicemente iniziato a porre alcune questioni che caratterizzano la dimensione economica del settore assicurativo sanitario, cercando di fornire materiale il più semplice e intuitivo possibile, a volte anche a costo di una certa perdita di rigore d'analisi. In particolare, abbiamo messo in luce come fenomeni di selezione avversa e azzardo morale possano avere notevoli conseguenze sul funzionamento del mercato assicurativo e come



tali fenomeni possano avere ulteriori implicazioni in un sistema misto pubblico/privato.

Esiste una sola conclusione che ci sentiamo di trarre: appare assolutamente necessario che questi temi vengano ripresi e che, a fianco dell'analisi teorica, si sviluppino anche una seria ricerca empirica.

#### BIBLIOGRAFIA

- ARROW K.J., *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. American Economic Review, 1963, 53(5): 941-973.
- BATTAGLIA G., *Il mercato assicurativo privato in sanità: il quadro italiano e le prospettive di sviluppo*. Mecosan, 1993, 7.
- FELDSTEIN P.J., *Health Care Economics*. New York, Delmar, 1988.
- KEELER E., BUCHANAN J.L., ROLPH J.E., et al., *The Demand for Episodes of Medical Treatment in the Health Insurance Experiment*. RAND, R-3454-NHS, March, 1988.
- JACOBS P., *The Economics of Health and Medical Care*, « s.l. ». Aspen, 1991.
- LOHR K, et al., *Use of Medical Care in the Rand Health Insurance Experiment: Diagnosis- and Service-Specific Analyses in a Randomized Controlled Trial*. Medical care, Supplement, September 1986.
- MOOD A.M., GRAYBILL F.A., BOES D.C., *Introduction to the Theory of Statistics*. Tokyo, McGraw-Hill, 1974.
- MURARO G., *Sistemi alternativi di organizzazione e finanziamento del settore sanitario e loro effetti sul benessere sociale*. Rivista Internazionale di Scienze sociali, Sett/Dic, 1969: 439-498.
- NEWHOUSE J.P., *The Demand for Medical Care: A Retrospect and Prospect, in Van Der Gaag J. and Perlman M. (a cura di), Health, Economics, Health Economics*. Amsterdam, North-Holland, 1981.
- PAULY M., *Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy*. Journal of Economic Literature, 1986, 25: 629-675.
- ROTHSCHILD M., STIGLITZ J., *Equilibrium in the Competitive Insurance Markets: an Essay on the Economics of Imperfect Information*. Quarterly Journal of Economics, 1976: 90(4): 629-649.
- van VLIET R.C.J.A. e van de VEN W.P.M.M., *Toward a Capitation Formula for Competing Health Insurers. An Empirical Analysis*. Social Science & Medicine, 1992; 34(9): 1035-1048.

# IL MERCATO ASSICURATIVO PRIVATO IN SANITÀ: IL QUADRO ITALIANO E LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO

di Gianmaria Battaglia

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

**SOMMARIO:** Le prestazioni integrative al S.s.n.: imprese assicuratrici; fondi aziendali casse e mutue - Conclusioni.

*During the past decade the private insurance sector in Italy has grown significantly. It comprises both for profit and non profit entities and in 1988 it was estimated to be a Lt. 1.200 billion business. In 1991 the total amount of premiums collected by domestic for profit companies was Lt. 1.106 billion. Despite the significant growth rate of this sector, private insurance still plays a minor role in the private health care sector. Prospects of further, and more economically sound, development, will primarily depend on the insurance companies ability to manage effectively the relationships with the health care providers. The non profit sector seems to have a competitive advantage because adverse selection and moral hazard are likely to be less relevant than in the for profit sector.*

## Le prestazioni integrative al S.s.n.

La risposta dei sistemi sociali al fabbisogno di garanzia circa le prestazioni sanitarie, inevitabilmente manifestato dalla popolazione, assume le forme più diverse. Sia che venga scelta la strada di organizzare un sistema sanitario pubblico ad accesso universale, sia che si lasci a due differenti sottosistemi, quello di produzione dei servizi e di finanziamento degli stessi, il compito di trovare l'equilibrio tra risorse destinate al settore sanitario e livello quali-quantitativo di servizi, il concreto assetto del sistema sanitario vedrà la compresenza di elementi più direttamente legati alla volontà di copertura individuale dei rischi connessi alla propria salute e di elementi volti a promuovere la tutela universale della popolazione cioè indipendentemente dalle propensioni individuali al rischio o dai singoli profili sanitari caratterizzati dalla minore o maggiore probabilità di ricorso a prestazioni sanitarie.

A fianco del Servizio sanitario nazionale sono attualmente presenti in

Italia istituzioni a carattere privato che si pongono la finalità di integrare il sistema pubblico nella copertura dei rischi connessi alla salute dei cittadini. Ai fini di questa trattazione queste istituzioni verranno classificate in imprese assicuratrici da un lato e fondi aziendali, casse autonome e mutue volontarie dall'altro.

### *Imprese assicuratrici*

Le imprese assicuratrici offrono sul mercato, in cambio di premi, la copertura, sotto varia forma e misura, delle spese sanitarie.

Per inquadrare immediatamente il fenomeno, possiamo descrivere le tre principali tipologie di polizza. La prima categoria, definita « sostitutiva » opera tramite il rimborso, fino a concorrenza del massimale stabilito, delle spese sostenute dall'assicurato per l'assistenza ospedaliera e gran parte dei servizi specialistici ambulatoriali. Tale polizza va generalmente a offrire un servizio a quella parte di popolazione che intende servirsi del settore privato o che comunque intende

garantirsi la libera scelta tra pubblico e privato.

La seconda tipologia è intesa a coprire le spese per l'assistenza non garantita dal servizio pubblico: può quindi servire a pagare alcune tipologie di servizi aggiuntivi acquistati da strutture private, sia che il ricovero avvenga effettivamente in un ospedale pubblico che in una casa di cura privata, oppure può essere utilizzata per l'uso di servizi specialistici a pagamento. Per la sua natura viene quindi definita « integrativa ».

Il terzo tipo di polizza è quella « indennitaria » e assicura, nel caso si verifichi un evento che comporti la necessità di assistenza sanitaria e la temporanea inabilità a svolgere la propria attività professionale, il pagamento di una indennità giornaliera predeterminata.

---

*L'autore vuole ringraziare il dott. Giovanni Fattore per l'aiuto concettuale e lo scambio di idee senza i quali questo lavoro non sarebbe stato possibile e il Dott. Enzo Gobbi per la cortesia e la disponibilità mostrata.*

I primi due tipi di polizza prevedono quindi uno scambio di informazioni inerenti il processo terapeutico cui l'assicurato è stato sottoposto, di tipo mediato (attraverso la documentazione necessaria ad ottenere il rimborso) tra l'erogatore di servizi sanitari e l'impresa di assicurazione, mentre nel terzo tipo il flusso informativo è solo verso le imprese e si limita alla funzione certificativa dello stato di salute dell'assicurato.

Malgrado le modalità tecniche di funzionamento delle polizze siano ovviamente varie possono essere evidenziate le principali clausole in uso nella prassi.

Un primo elemento è costituito dall'età massima per accedere alla copertura assicurativa che è di 70 anni, anche se sono in atto tendenze ad estenderla anche oltre i 75; inoltre è facoltà della compagnia il diritto a recedere dal contratto dopo il verificarsi della prima circostanza che comporta rimborsi da parte della compagnia (le raccomandazioni dell'Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici - ANIA, in ogni caso prevedono la rinuncia a tale diritto dopo due anni dalla stipula del contratto).

Il *periodo di carenza*, ovvero il lasso di tempo a partire dalla stipula del contratto di assicurazione nel quale non viene ancora garantita copertura, è generalmente pari a 30 giorni per le malattie che insorgono dopo la stipula del contratto, mentre per quelle preesistenti i limiti arrivano a 180-300 giorni.

Sono presenti nella prassi forme differenziate di *scoperto* (percentuale di spesa non rimborsata) e di *franchigia* (quota fissa non rimborsata per singola circostanza che comporta rimborso) che variano tra compagnie e tipologie di servizi assicurati.

La presenza di clausole a tutela delle compagnie che sembrano essere in contrasto con una immediata estensione all'universalità della popolazio-

ne del meccanismo assicurativo (in particolare i limiti di età e la facoltà di recesso da parte della compagnia) e che limitano invece lo strumento assicurativo a fasce di popolazione produttiva e di media età, deriva almeno in parte anche da meccanismi normativi cui le compagnie sono sottoposte.

Dal momento che il rischio di malattia aumenta con l'avanzare dell'età, nell'arco di durata della polizza, se di lunga durata e con premi costanti, parte degli utili registrati dalla compagnia, relativi al periodo iniziale di copertura della polizza, quando gli utenti sono giovani e sani, sono di fatto destinati alla copertura delle maggiori spese sanitarie tipiche della vecchiaia. Le compagnie lamentano però l'impossibilità di accantonare in sospensione di imposta parte degli utili in riserve destinate ad equilibrare il maggior rischio futuro, e si dichiarano costrette a ricorrere a meccanismi di autotutela, quali l'esclusione di assicurati particolarmente rischiosi, limiti di età e così via.

Questo meccanismo che si sostanzia nella rilevazione di utili in realtà destinati a coprire futuri maggiori spese può essere effettivamente presente nelle fasi di espansione del mercato con l'acquisizione di nuova clientela soprattutto nelle fasce giovani della popolazione, con la conseguente diminuzione dell'età media e del rischio sanitario complessivo del portafoglio clienti delle compagnie. Evidentemente quando l'espansione cala e l'età media della clientela aumenta, riassorbendo lo sbilanciamento iniziale, si verificheranno maggiori spese.

Evidentemente la presenza del fenomeno e la sua criticità sull'equilibrio delle compagnie dipende in gran parte dalla capacità di mantenere portafogli clienti equilibrati in tutte le possibili fasi di espansione e/o contrazione del mercato: la gestione del rischio è evidentemente il cuore del-

l'attività assicurativa e in campo sanitario presenta specificità critiche (vedasi Fattore, 1993); necessita in ogni caso di strumenti di gestione manageriale e strategica adeguati al governo dei rapporti con i differenti attori coinvolti nel mercato (strutture sanitarie e persone assicurate) che non sono stati ancora sufficientemente sviluppati e diffusi nella realtà italiana.

Dal punto di vista delle caratteristiche della domanda di polizze si rileva che l'età media dei possessori di polizze indennitarie è minore di quella dei possessori di polizze *complete* ed *integrative* (1) (37, 45 e 47 anni rispettivamente), mentre per quanto riguarda i sinistri, sono più frequenti le malattie nelle polizze cosiddette sostitutive ed integrative rispetto alle indennitarie nel cui caso (data anche la minore età media) prevalgono gli infortuni ed i parti.

Da una indagine campionaria dell'Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici, risulta che il quadro delle motivazioni generali che spingono o spingerebbero (l'indagine riguardava sia assicurati che non) a stipulare un'assicurazione sono varie e spaziano dalla scarsa fiducia nel S.s.n. alla volontà di sentirsi maggiormente garantiti in caso di malattia. Così pure variegati sono i benefici percepiti dal possesso della copertura assicurativa privata: essi vanno dalla libera scelta del chirurgo di fiducia, della casa di cura ove ricoverarsi, alla possibilità di ricevere un contributo finanziario in un momento di potenziale insicurezza economica.

Il settore delle polizze malattia quindi, pur essendo in espansione, non è ancora ben definito: si fondano infatti diverse esigenze da parte della clientela (da problematiche quasi interamente a carattere finanziario ad altre invece legate prevalentemente a considerazioni sulla maggior possibilità di scelta delle cure mediche). Anche la composizione delle polizze attualmente stipulate (dati ufficiali non

sono comunque disponibili) che sembrerebbe privilegiare polizze poco costose e semplici (2), quali il tipo indennitario, rivela come il settore debba essere ancora subire processi di maturazione sia per quanto riguarda il lato dell'offerta che quello della domanda.

Il mercato delle polizze malattia ha raggiunto nel 1991 quota 1.106 (918,8 nel 1990) miliardi (l'incidenza sul totale del ramo danni è il 3,8%) (3). (tabella 1).

**Tabella 1 - Dimensione del ramo malattia in Italia** (dati Ania, 1991)

Anno	Premi totali (in mil. di lire)	Variazione su anno prec.
1985	293.476	—
1986	361.632	+ 23,2%
1987	461.687	+ 27,7%
1988	582.651	+ 26,2%
1989	731.651	+ 25,6%
1990	918.800	+ 25,6%
1991	1.106.000	+ 20,4%

Il mercato del ramo malattia appare peraltro piuttosto concentrato: in figura 1 viene riportata la distribuzione del mercato (premi del lavoro

ro diretto italiano) tra le varie compagnie secondo i dati di fonte Ania, 1991.

Un raffronto del mercato delle polizze malattia con l'entità della spesa sostenuta privatamente dai cittadini, che meglio darebbe dimensione della reale diffusione del meccanismo assicurativo privato nel sistema sanitario italiano è in realtà difficile per la sostanziale mancanza di informazioni attendibili sulla spesa cosiddetta privata-privata italiana. Il mercato assicurativo interviene tipicamente nella copertura delle spese per prestazioni sanitarie ricevute al di fuori del S.s.n. (sorvolando sulla natura ibrida delle polizze *indennitarie* che non possono a rigore essere considerate a copertura del rischio di dover sopportare ingenti spese sanitarie, ma a copertura del rischio dell'evento malattia soprattutto nelle sue conseguenze di mancato reddito): la spesa sanitaria privata quindi comprende anche la quota di spesa sostenuta dai cittadini nell'ambito del S.s.n., che non si presta ad essere intermediata da meccanismi assicurativi.

La percentuale di spesa privata italiana secondo i dati OCSE riferiti al 1990 (4) si assesta sul 24% della spe-

sa totale ed è stimata in un valore superiore ai 24.000 miliardi (tab. 2).

**Tabella 2 - Composizione della spesa sanitaria** (dati Ocse, 1990)

(in miliardi di lire)

		% sul PIL
Spesa sanitaria	100.996	7,7
		% sul tot. della spesa sanitaria
Spesa pubblica	76.757	76,0%
		% sul tot. della spesa sanitaria
Spesa privata	24.239	24,0%

N.B. - Per spesa privata si intende quella finanziata direttamente dai cittadini e dalle imprese.

A prescindere dalla necessità di dover depurare questa quota di spesa delle componenti per natura estranee alla prestazione di servizi effettuata nell'ambito del settore privato commerciale, è evidente la sproporzione tra spesa intermediata da meccanismi assicurativi e spesa complessiva. È questo uno dei motivi che inducono a ritenere estremamente promettente il settore assicurativo, ma su cui occorre riflettere. Rimandando anche a Fattore, 1993 per la trattazione delle motivazioni che inducono le persone ad assicurarsi contro il rischio di dover sostenere spese sanitarie, si può in prima battuta ipotizzare che:

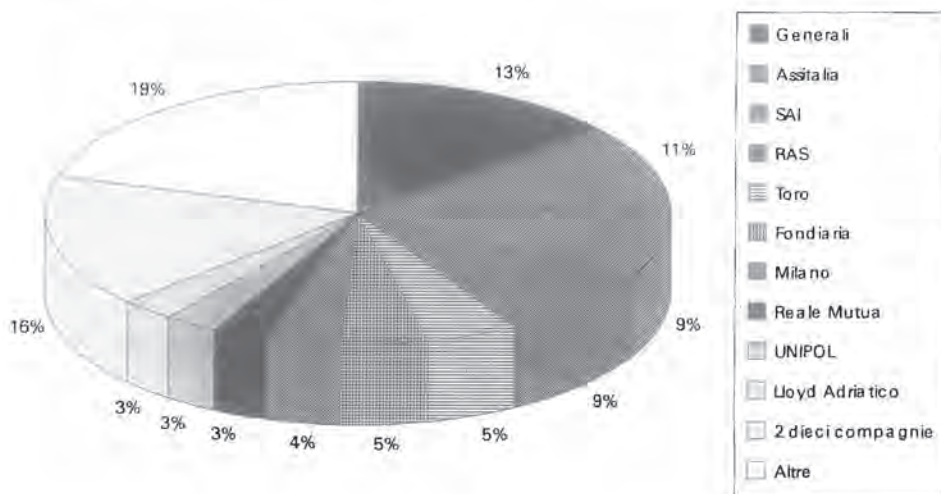
a) il costo del servizio assicurativo è molto elevato, oppure

b) l'avversione al rischio della popolazione italiana è molto bassa, oppure

c) la spesa sanitaria privata deriva solo in parte da eventi per i quali è richiesto un servizio assicurativo.

Evidenziamo ora alcune problematiche sul funzionamento del sistema delle assicurazioni sanitarie italiano per poi tentare di riprendere questa analisi nelle conclusioni.

**Figura 1 - Ramo malattia: entità e distribuzione del mercato** (dati Ania, 1991)



Dal punto di vista dei prodotti offerti, la competizione avviene prevalentemente attraverso politiche di prezzo (o di sconti), è ancora poco praticato l'adeguamento delle caratteristiche delle polizze ai vari segmenti dell'utenza: ciò è particolarmente vero per quanto riguarda le polizze integrative e sostitutive, parte questa della domanda che pare la più coerente con la natura stessa della polizza malattia.

Le compagnie rilevano che il ramo malattia sia decisamente meno redditizio degli altri rami in cui operano poiché la competizione è tutta giocata sul prezzo trascurando lo sviluppo e la differenziazione del prodotto. Benché questo ramo sia considerato degno di grande attenzione in prospettiva futura e quindi si manifesti un certo sforzo nel breve periodo ad avere buone quote di mercato, il dato reddituale non è favorevole come quello di altri settori in cui le compagnie operano. Espresso in termini monetari il problema si evidenzia in un rapporto sinistri a premi piuttosto elevato: 81,4% nel 1986, 83,7% nel 1988 e 86,2 nel 1990 (con un saldo tecnico del ramo malattia nel 1990 di -125,4 miliardi); da notare che un ramo è generalmente stimato profittevole se il rapporto in parola rimane ad un valore non superiore del 65% circa (5).

A ciò si aggiunge un secondo ordine di motivi del disavanzo del settore, ossia la mancata applicazione di qualsiasi strumento atto a contenere il consumo della polizza una volta che la malattia si sia presentata (6). In particolar modo a fronte delle tradizionali modalità di liquidazione degli importi legati prevalentemente al rimborso a piè di lista da parte della compagnia all'assicurato non corrispondono capacità di controllo effettivo di tali costi (calcolo di costi ritenuti coerenti per i vari servizi e le diverse prestazioni). Con la conseguenza che il calcolo dei premi non

può essere basato su criteri probabilistici legati ai rischi da assicurare (salute), ma deve scontare anche la variabilità connessa alle difformi condizioni praticate dalle differenti strutture private di erogazione: ciò comporta un calcolo inefficiente dei premi che tende sicuramente a frenare la diffusione delle polizze malattia.

È questo l'aspetto più critico per un'affermazione definitiva delle coperture assicurative in Italia: la capacità di far evolvere il mercato dei servizi sanitari erogati con copertura assicurativa verso forme efficienti dipende infatti dalla possibilità di instaurare meccanismi di selezione dei produttori più efficienti ed in grado di offrire servizi a qualità più elevata. Lo sforzo che il settore sanitario privato (produttori e terzi paganti) dovrà compiere è senz'altro quello di sviluppare strumenti e meccanismi volti a supportare sia il processo di negoziazione delle tariffe e delle prestazioni da offrire sul mercato che la gestione dei rapporti con l'assicurato.

Entrambe le dimensioni sono infatti critiche per consentire un utilizzo efficiente dei servizi sanitari: la gestione dei rapporti con l'assicurato, oltre a completare e a migliorare il servizio assicurativo consente di orientare l'assicurato verso strutture con le quali l'assicurazione abbia negoziato rapporti sulla base di prezzi e caratteristiche qualitative delle prestazioni; gli strumenti informativi sui processi di erogazione delle prestazioni e sul relativo costo consentono di avviare un processo negoziale reale tra struttura di offerta di prestazioni sanitarie e società di assicurazione per definire le prestazioni che quest'ultima offre ai suoi assicurati senza dover caricare sui premi l'aggravio derivante dall'incertezza relativa alla variabilità dei costi effettivi delle prestazioni.

Concettualmente si può ipotizzare un soggetto intermedio il cui compi-

to è gestire i rapporti tra i tre soggetti principali: in virtù del principio della specializzazione delle competenze tale entità dovrebbe farsi carico dello sviluppo delle competenze relative alla gestione del processo di assistenza integrata (eventualmente predisponendo percorsi di assistenza) degli assicurati e quindi dei rapporti con le strutture di erogazione.

Un esempio di soggetti intermedi è offerto dalle società di assistenza: queste sono sorte offrendo servizi di assistenza di vario tipo a persone generalmente fuori del paese di residenza (viaggi, periodi di studio o lavoro all'estero) in caso di situazioni critiche (quali ad esempio gli incidenti). Tali enti hanno pertanto sviluppato sia proprie strutture ausiliarie che conoscenze specifiche nel settore sanitario: sono in grado di svolgere quindi il compito di gestire i rapporti tra le strutture private di erogazione ed il cliente, nei cui confronti svolge anche una preziosa opera di consulenza nel momento in cui lo solleva da tutti i problemi burocratici e organizzativi connessi alle prestazioni sanitarie erogate in un paese del quale non possiede la cittadinanza. Nei confronti della compagnia di assicurazione inoltre fornirebbe la base conoscitiva sul settore sanitario. Alla compagnia resterebbe quindi il compito della gestione del rischio finanziario del portafoglio clienti e di marketing del prodotto.

Un esempio di sperimentazione di tale rapporto è rappresentato dall'iniziativa Sanicard, lanciata all'inizio del 1988 dalla Milano Assicurazione in collaborazione con la Europe Assistance, che offre ai propri titolari una serie di vantaggi tra cui la possibilità di prenotare telefonicamente le visite specialistiche o i ricoveri tramite il centro operativo che coordina l'attività dei centri sanitari convenzionati (circa 300), o il pagamento diretto delle spese per le cure da parte della compagnia assicuratrice nel

caso ci sia rivolti ad uno dei centri convenzionati (altrimenti il rimborso delle spese è indiretto). Inoltre, i titolari della Sanicard vengono dotati di un dischetto magnetico, nel quale sono registrate le loro principali caratteristiche cliniche, che può essere utilizzato come una sorta di archivio mobile che facilita l'integrazione dell'attività ambulatoriale offerta da operatori di differenti luoghi e in circostanze diverse.

Questo esempio di soluzione è solo una ipotesi che però fa capire le due linee evolutive del settore che permetterebbero uno sviluppo quantitativo del mercato assicurativo sanitario: da una parte la necessità di una maggior conoscenza sui costi (con l'ideale, anche se attualmente non disponibile, fissazione ex ante di costi per pacchetto diagnostico). Dall'altro la necessità di svincolare l'assicurato dall'onere dell'espletamento delle pratiche burocratiche per ottenere il rimborso.

Entrambe queste esigenze possono essere risolte attraverso forme varie

di integrazione a valle da parte delle imprese assicuratrici, con effetti evidenti sulla struttura sanitaria (privata in particolare).

La figura 2 illustra come una nuova entità (joint-venture assicurazione-società di assistenza o emanazione dell'assicurazione) possa modificare l'assetto dei rapporti nel settore delle polizze malattia, rendendolo più complesso ma decisamente più efficace. Nella figura si è voluto evidenziare come il circuito dei rapporti nella prima situazione, poco coerente e suscettibile di circoli viziosi, necessiti di un centro caratterizzato da conoscenza specifiche in campo sanitario il quale rende possibile anche un uso della polizza più ampio. Il sistema infatti permetterebbe di semplificare il ruolo dell'assicurato da due punti di vista: innanzi tutto non gli è richiesto di anticipare il costo delle prestazioni e di documentare tutti i servizi ricevuti per ottenere il rimborso, in secondo luogo è consono ad un uso più maturo dello strumento assicurativo oltre la logica puramente indennitaria.

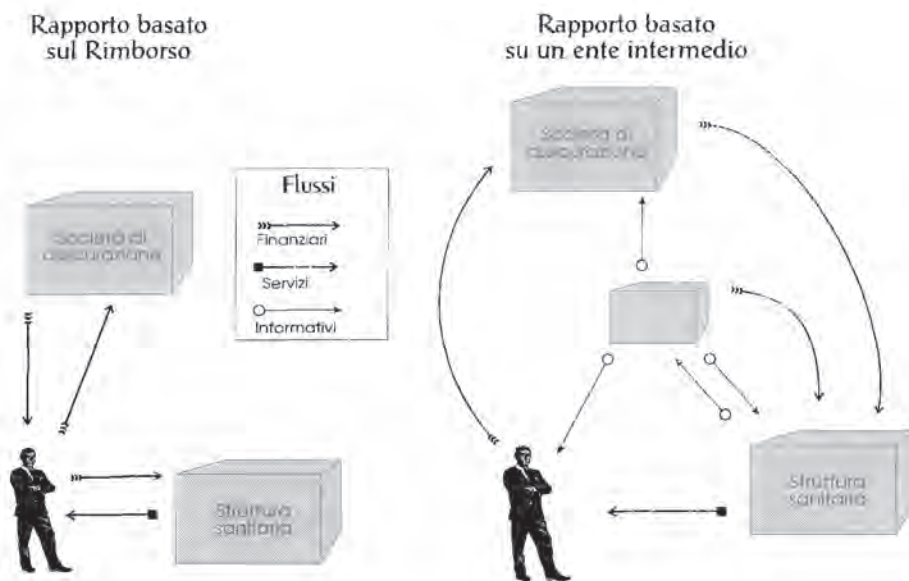
### Fondi aziendali casse e mutue

Al fianco delle imprese assicuratrici operano altri enti che hanno finalità integrative al Servizio sanitario nazionale. La fonte normativa è la legge 833/78 di riforma che autorizza l'assistenza integrativa di tipo mutualistico, pur vietando ad enti, aziende ed imprese pubbliche il finanziamento di enti mutualistici costituiti a tali fini (7).

Queste istituzioni appartengono ad una fattispecie economica che ha una lunga tradizione nel passato dei sistemi di sicurezza sociale e che è caratterizzato dall'assenza di finalità di profitto. Un altro elemento caratterizzante è la presenza di principi solidaristici all'interno dei gruppi socialmente omogenei che le originano: le spesso (ma non sempre) limitate dimensioni, l'omogeneità dei partecipanti (stessa professione, area geografica, azienda), il possibile agire di meccanismi di controllo a livello di « clan » e la stessa natura solidaristica (quindi volta a controllare fenomeni di « free-ridership ») riducono il fenomeno del moral hazard (la domanda da parte degli assicurati di prestazioni sanitarie in quantità eccessiva in virtù del costo pari a zero ad esse connesso. Cfr Fattore, 1993).

Indipendentemente dalla modalità associativa che le origina (promozione dei soci che diventano iscritti al momento della costituzione dell'organizzazione, delle aziende, oppure accordi contrattuali tra le rappresentanze sindacali di fasce occupazionali delle aziende), questi enti sono regolati dai propri statuti costitutivi e dai regolamenti ad essi eventualmente connessi. Gli statuti in genere indicano i fini perseguiti dal fondo, cassa o mutua, i criteri di identificazione della popolazione iscrivibile, le regole di entrata e di uscita da parte degli iscritti, le modalità di versamento dei contributi e delle richieste di rimborsi, la tipologia delle prestazioni

Figura 2



e dei beni che offrono ed infine l'assetto organizzativo dell'ente.

Da un punto di vista quantitativo va innanzi tutto notato che l'universo composto da casse, mutue e fondi è abbastanza diffuso su tutto il territorio nazionale, con particolare riguardo al nord e al centro. Individuare il numero di questi enti non è attualmente possibile anche se alcune stime (8) arrivano ad individuarne, conservativamente, circa 200.

Per quanto riguarda il numero delle persone che beneficiano della copertura di tali enti una stima ancora molto approssimativa arriva a circa 2 milioni di beneficiari. La loro distribuzione territoriale evidenzia una maggiore presenza nel centro-nord e nel sud metropolitano. Data l'estensione della copertura ai familiari sono incluse di fatto le varie fasce di età ed anche le donne. Data anche l'inclusione dei soci ex-iscritti attualmente in pensione sono presenti anche gli anziani. Riferendosi la copertura ai dirigenti, agli impiegati e agli operai secondo il fondo o la cassa specifica di appartenenza entrano in questo universo le varie categorie sociali.

In tal senso la popolazione che gode dei benefici dell'assistenza sanitaria integrativa finanziata attraverso le casse, le mutue e i fondi tende a differire da quella coperta dalle imprese di assicurazione. Quest'ultima riguarda infatti per lo più le fasce sociali medio-alte e soprattutto gli anziani fino ai 70/75 anni, anche se si profilano segnali di una estensione della copertura delle imprese assicuratrici anche alle fasce sociali intermedie della popolazione.

Le prestazioni ed i beni sanitari garantiti dai fondi, casse e mutue riguardano una gamma molto estesa che comprende sia l'area degli interventi sanitari in senso stretto (visite specialistiche, accertamenti diagnostici e ricoveri ospedalieri) e delle protesi (ortopediche, oculistiche, odontoiatriche ed acustiche), sia l'area dei bi-

sogni a cavallo tra il sanitario ed il sociale (riabilitazione, assistenza infermieristica etc.). Nel complesso la funzione svolta da questa tipologia di enti si esplica soprattutto attività integrative a quelle del S.s.n. e, in sostanza, assicura una parte minoritaria delle spese sanitarie. Si tratta in ogni caso di un canale di finanziamento dell'assistenza dalle caratteristiche simili quello delle imprese di assicurazione, attraverso il quale gli aderenti soddisfano i loro bisogni di prestazioni rivolgendosi in prevalenza ad erogatori privati.

La differenziazione tra i vari enti non si pone per quanto riguarda la tipologia di prestazioni che è sempre ampia ed estesa, quanto piuttosto dal punto di vista dei livelli di copertura.

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri le caratteristiche sono le seguenti. In alcuni casi l'intervento finanziario si limita alla copertura delle spese che eccedono le garanzie pubbliche sia che il ricovero avvenga in ospedale pubblico che in una casa di cura convenzionata. In altri casi la copertura riguarda il ricovero in case di cura private a pagamento. Si distingue anche tra prestazioni coperte: in alcune situazioni sono prese in considerazione le prestazioni di qualsiasi natura connesse ad un ricovero per qualsiasi episodio di malattia. Oltre alle spese connesse alle prestazioni, in alcuni casi, è prevista una diaria da applicare alle giornate di degenza. Un'ultima fattispecie è quella relativa ad alcune casse che si limitano ad offrire esclusivamente un contributo finanziario.

La dimensione delle quote di finanziamento è variabile: con estremi per la parte in proporzione della retribuzione che spaziano tra l'1% e il 3% delle retribuzioni. Vi sono quindi situazioni estreme di contributo medio che va da oltre 2,5 milioni di lire fino a sole 200 mila o addirittura 100 mila di altre ancora.

Anche le fonti e l'entità del finan-

ziamento variano da ente ad ente, ad ogni modo nella maggioranza dei casi, a fianco del contributo del socio (che può configurarsi come prelievo in percentuale o in quota fissa sulla retribuzione dell'aderente), è presente una quota aggiuntiva a carico delle aziende, che può essere anche questa calcolata su una percentuale o in base ad una quota fissa.

La modalità di rimborso più frequente consiste in una quota percentuale rispetto alle spese sostenute, con l'applicazione di vincoli quali massimali, scoperti e franchigie. Generalmente i rimborsi sono direttamente correlati all'entità del contributo, anche se vi sono situazioni di rimborsi elevati anche in presenza di contributi abbastanza bassi.

Benché non siano disponibili studi specifici sui comportamenti di spesa nell'ambito di queste associazioni, parrebbe che nell'ambito di gruppi che si estendono a categorie di popolazione ben precise o addirittura a specifiche aziende, il senso di solidarietà e di responsabilizzazione del socio offra un consistente controllo sul « moral hazard » (9) tipico in situazioni di terzo pagante. Come già evidenziato in situazioni sociali di limitate dimensioni e con elevata visibilità individuale l'effetto di riduzione dei contributi in caso di spesa « responsabile » da parte degli iscritti sia più direttamente percepito dai singoli e l'incentivo positivo a controllare la spesa operi efficientemente (10).

Un altro elemento interessante è la presenza, in alcuni casi, di tariffari adeguati periodicamente, usati per calcolare i rimborsi. L'effetto positivo di tale prassi, di carattere abbastanza innovativo nella realtà italiana, è duplice. In primo luogo, per mezzo di criteri probabilistici sulla frequenza e tipologia di eventi da coprire, permette di ridurre l'incertezza sull'esposizione finanziaria annua e facilitare l'equilibrio economico dell'organizzazione. Inoltre questa è evi-

dentemente una pratica con effetti di stimolo all'efficienza dei produttori di servizi sanitari, dato che, nel caso si operino dei rimborsi, la differenza tra la tariffa riconosciuta ed il costo effettivo grava sul paziente: costi ingiustificatamente elevati rischiano di porre l'erogatore fuori mercato.

Aspetti innovativi si trovano anche in altre caratteristiche tecniche nei meccanismi di rimborso e di calcolo dei contributi per l'iscrizione: ad esempio i massimali possono variare in funzione dell'anzianità contributiva; la modalità di pagamento può prevedere contributi rateali e addirittura rivedibili durante l'anno o a posteriori: in pratica di fronte alle alternative di un aumento del contributo per l'anno in corso oppure di una limitazione della copertura per il successivo, si preferisce la prima ipotesi. Anche in questo caso appare evidente come il legame creato dall'ente vada a costituire una *comunità* che si sente coinvolta nelle condizioni di equilibrio economico dell'organizzazione.

In altri tre aspetti gestionali le casse mutue o fondi si distinguono come enti particolarmente avanzati nella realtà italiana.

Dal punto di vista organizzativo è frequente il caso in cui vi sia una forma di integrazione con la struttura erogatrice per mezzo di convenzioni di varia natura, oppure tramite la gestione diretta di strutture di erogazione. Generalmente si tratta di ambulatori specialistici che garantiscono un'assistenza di fatto alternativa al S.s.n. Questa tipologia di servizi, nel generale apprezzamento che gode da parte degli iscritti, evidenzia una seconda tendenza delle forme di assistenza alternative al S.s.n.: oltre alla copertura dei *rischi finanziari* connessi con la perdita di salute e alla copertura dei costi di ospedalizzazione in ipotesi di eventi ad elevato impatto sulla salute, si manifesta una tendenza all'estensione della co-

pertura privata a servizi specialistici non direttamente legati ad episodi di malattia, ad esempio preventivi, dentistici etc.

Secondariamente sono stati sviluppati dei tentativi di realizzare un feedback continuo sulla situazione dei rimborsi in rapporto ai produttori per gestire in modo efficiente i rapporti con la clientela. Queste pratiche contabili avanzate sono però ancora in uno stadio non completamente maturo e dovranno essere approfondite e sperimentate ulteriormente per dare i risultati che, al momento, sembrano possibili.

Una terza caratteristica peculiare è la diffusa domanda di riassicurazione di una parte delle prestazioni con le imprese di assicurazione. Tale tendenza è una conferma indiretta della necessità di ripartire tra i vari attori del sotto-sistema di servizi sanitari privati le differenti responsabilità: di gestione del rischio, di gestione dei rapporti con gli assistiti e dei rapporti contrattuali con le strutture di erogazione, e dell'erogazione di servizi sanitari da parte delle strutture private.

Un'ultima nota va spesa per dare una dimensione quantitativa del fenomeno in termini finanziari. Abbiamo già evidenziato come non sia possibile stimare quantitativamente il numero di enti coinvolti, ed a maggior ragione le stime sull'entità dei contributi che queste annualmente raccolgono non possono che essere grossolane. Ad ogni modo gli introiti annuali sono stimati conservativamente per il periodo attorno alla fine degli anni '80 tra i 400 e gli 800 miliardi (11).

Queste stime evidenziano come il fenomeno, nonostante sia spesso escluso dal dibattito generale sul sistema sanitario, sia consistente anche se si colloca per tipologia di *servizi al margine* dell'assistenza sanitaria offerta dal sistema pubblico e rapresenti quindi finanziariamente una

fetta limitata della spesa complessiva (attorno all'1%): è in ogni buon conto al momento quantitativamente assimilabile al mercato assicurativo.

## Conclusioni

Il sistema sanitario italiano, malgrado la presenza della copertura universale del Servizio sanitario nazionale, vede la presenza di una componente significativa di domanda che si rivolge a strutture di erogazione private dietro diretto pagamento di prezzi. Le ragioni sono di diversa natura a seconda della tipologia dei servizi, ma ineriscono principalmente a due ordini di motivazioni: la possibilità di scelta del personale medico da cui ricevere le prestazioni sanitarie e la presenza di elementi qualitativi del servizio pubblico (ad esempio presenza di liste d'attesa oppure bassa qualità della componente alberghiera del servizio ospedaliero e così via) giudicati inadeguati.

A fronte di una significativa spesa privata complessiva gli strumenti di copertura finanziari, pur evidenziando tassi di sviluppo elevati, hanno finora raggiunto livelli assoluti in realtà modesti. Questo fatto si può spiegare secondo due dimensioni:

— il funzionamento del Servizio sanitario nazionale ha mostrato limiti soprattutto per quanto riguarda la gestione ordinaria dei servizi sanitari, mentre il giudizio che la collettività dà dell'assistenza fornita in caso di malattie gravi è sostanzialmente positivo; la popolazione perciò si sente nel complesso tutelata per quanto riguarda il rischio di malattie gravi, mentre è insoddisfatta dei servizi sanitari ad utilizzo quotidiano. Questo scenario evidenzia la debolezza degli strumenti assicurativi tradizionali volti prevalentemente a soddisfare la domanda individuale di riduzione del rischio finanziario connesso al *rischio malattia*, fatta salva l'esigenza di assicurare non più le spese sanitarie,



ma la perdita di reddito derivante dalla condizione di impedimento all'attività lavorativa (in quest'ottica ben si spiega la diffusione delle polizze indennitarie).

Questo vale nell'ambito di un sistema sanitario come quello italiano nel quale i *grandi rischi* sono comunque coperti nell'ambito del sistema pubblico e per i quali il sistema di erogazione pubblica offre qualità comunque elevata.

Il servizio di riduzione del rischio ha peraltro scarsa rilevanza nel caso di servizi a limitato impatto finanziario sui singoli soggetti, nel cui caso diviene invece rilevante l'attività di gestione del servizio stesso che attualmente non riesce ad essere influenzata dalle compagnie di assicurazione;

— i meccanismi attraverso cui si estrinsecano i rapporti tra assicurato, assicuratore ed erogatore dei servizi sanitari sono fortemente condizionati dalla mancanza di conoscenza sui processi gestiti dagli altri attori. Ciò è causa di processi di consumo di risorse senza che abbia concreta manifestazione il contrasto di interessi tra soggetti che è stimolo all'efficienza. In particolare sono ancora scarse le possibilità di controllo sulla formazione dei costi da parte dell'assicuratore che spesso opera sulla base di rimborsi a piè di lista. Ciò provoca un costo del servizio assicurativo più elevato di quello ottenibile attraverso processi di riduzione della variabilità dei costi delle prestazioni.

Le prospettive in termini di integrazione del processo di gestione delle dinamiche del rischio finanziario e del processo di erogazione delle prestazioni, che sono state peraltro già avviate in talune esperienze, saranno sicuramente condizionate dall'evoluzione del S.s.n. Per quanto siano rientrate le ipotesi di sperimentazione di sistemi alternativi al sistema pubblico, l'aumento della parte spesa a carico del privato per mezzo di diverse forme di compartecipazione (senza

corrispondenti riduzioni della spesa a carico del sistema fiscale complessivo), facendo aumentare corrispondentemente la spesa sostenuta dai singoli, potrà porre alcuni servizi privati di fatto in competizione diretta con l'offerta pubblica (gravata da alte compartecipazioni alla spesa).

Inoltre la possibilità di offrire prestazioni a pagamento sul mercato concessa alle strutture pubbliche (con il conseguente sviluppo di sistemi tariffari evoluti) renderà possibile l'offerta di pacchetti assicurativi nell'ambito di collaborazioni con strutture di erogazione sia pubbliche che private, coprendo in tal modo le lacune del sistema di offerta privato in talune aree ad elevata specializzazione o caratterizzati da elevatissimi investimenti. L'incertezza sul futuro dei sistemi sanitari regionali non consente attualmente di fare previsioni in proposito.

(1) In proposito si sia PIPERNO, 1988, che CAMERA DEI DEPUTATI, Centro Studi, 1988b.

(2) In CENSIS, 1988 si riportano alcune stime sulla composizione delle polizze malattia: includendo nel novero anche le polizze di invalidità (che corrispondono una indennità in caso di invalidità permanente o temporanea derivante da malattia), pare che le polizze di tipo sostitutivo ed integrativo coprano solo la metà del mercato (circa 20 e 30% rispettivamente).

(3) Fonte: Ania.

(4) SCHIEBER J., POUILLIER J., GREENWALD M., 1992.

(5) Dati CENSIS, 1988.

(6) A tal proposito vedasi G. FATTORE, 1993.

(7) L'art. 46 (Mutualità volontaria) così infatti recita: « La mutualità volontaria è libera. È vietato agli enti, imprese ed aziende pubbliche contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal servizio sanitario nazionale ».

(8) CAMERA DEI DEPUTATI. Servizio studi, 1988a.

(9) Basso controllo sui consumi di

prestazioni sanitarie in presenza di un terzo pagante. Per una trattazione dell'argomento vedasi FATTORE, 1993.

(10) Gli strumenti di controllo si dividono tradizionalmente in negativi e positivi. I primi si sostanziano in riduzione dei rimborsi e quindi diventando un costo per il soggetto che non estenderà i consumi all'infinito; i secondi invece vanno a diminuire il contributo/premio annuale (oppure si concretizzano in un vero e proprio rimborso) nel caso in cui il singolo non abbia effettuato alcun consumo.

(11) CAMERA DEI DEPUTATI. Servizio studi, 1988a.

#### BIBLIOGRAFIA

- CAMERA DEI DEPUTATI, Servizio Studi, 1988a: *Previdenza sanitaria integrativa: fondi aziendali, casse aziendali e mutue*, Roma, 1988.
- CAMERA DEI DEPUTATI, Servizio Studi, 1988b: *Previdenza sanitaria integrativa: assicurazioni sanitarie private*, Roma, 1988.
- CENSIS, 1988. *XII Rapporto sulla situazione sociale del paese*. Predisposto dal Censis con il patrocinio del CNEL, Milano, 1988, Franco Angeli.
- CENSIS, 1989: *XIII Rapporto sulla situazione sociale del paese*. Predisposto dal Censis con il patrocinio del CNEL, Milano, 1989, Franco Angeli.
- CERGAS, 1990. *Microsistema sanitario: lo sviluppo del ramo malattie*. Dattiloscritto, Milano, 1990.
- FATTORE G., 1992. *Il sistema sanitario statunitense: innovazioni e crisi del modello di mercato*, in **Mecosan**, 1992, 3.
- FATTORE G., 1993. *Il mercato assicurativo privato in sanità: cenni alla teoria economica*, in **Mecosan**, 1993, 7.
- MAPELLI V., 1992. *Mutue volontarie e assicurazioni private di malattia*. Prospettive sociali e sanitarie; 19:1-4.
- PIPERNO A., 1988. *L'assicurazione malattia: consumi e costi*, Roma, 1988, Cirsa.
- PISANI R., 1989. *Il settore delle polizze malattia: caratteristiche attuali e linee di evoluzione*. Nota didattica SDA-Bocconi.
- SCHIEBER J., POUILLIER J., GREENWALD M., 1992: *U.S. health expenditure performance: An international comparison and data update*, in **Health Care Financing Review**, Vol. 13, n. 4, Summer 1992.

# LA FORMAZIONE DEL MEDICO NEL DECRETO DI RIFORMA DEL SSN ADEGUAMENTO AI BISOGNI O STIMOLO ALL'INNOVAZIONE

di Almerico Novarini

*Università degli Studi - Facoltà di medicina e chirurgia - Parma*

**SOMMARIO:** Premessa - Esigenze del Servizio sanitario nazionale: programmazione numero degli specialisti ed accesso ai ruoli dirigenziali - Formazione degli specializzandi - Protocolli specifici d'intesa per disciplinare la modalità della reciproca collaborazione - Titolarità dei corsi affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa - Rilascio dei titoli di specializzazione - Alcuni tentativi di risposta con qualche proposta - Conclusioni.

In the present paper the author takes into account the questions and difficulties following the publication of the Decree of Law n. 502/92, (« Riordino della disciplina in materia sanitaria »): there is, in fact, an increasing need of specialists; teaching methods are inadequate, both in university and hospital post-graduate training, particularly in the field of economics and management; there are problems related to teaching charges paid to hospital consultants etc. The author illustrates some possible solutions to the above mentioned questions: projects about teaching education; link between pre- and postgraduate teaching by means of « permanent » training »; new agreement-protocols; start with courses of health economics and management, etc. In conclusion, the author is confident that co-operation between representatives of university and health care services is the gold-standard in post-graduate medical education.

## **Premessa**

È indubbio che il Decreto Legislativo n. 502 del 1992 introduca elementi innovativi non solo nei rapporti fra Università e Sistema sanitario nazionale, ma in particolare nell'attività formativa specifica della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

E forse era inevitabile che ciò avvenisse se si tiene presente sia l'assistenza svolta nelle strutture universitarie che, soprattutto, la inscindibilità fra didattica, ricerca ed assistenza nella Facoltà di Medicina: in altre parole, volendo introdurre norme sul « riordino della disciplina in materia sanitaria: D.L. 30 dicembre 1992, n. 502 », non si poteva non toccare o interferire con la funzione assistenziale svolta nella Facoltà, seppure strumentale, rispetto alla didattica ed alla ricerca (in termini organizzativi

e non certo di efficacia e di tutela della salute).

Invece non indiretto e/o casuale, ma preciso è l'interesse per la formazione degli specializzandi così come espresso nell'art. 6, II comma ed art. 16 del D.L. n. 502/92: peraltro tale intervento potrà essere foriero di prevedibili ulteriori problemi di competenza istituzionale, di docenza, di contrapposizioni assistenziali, specie nella disciplina delle modalità di reciproca collaborazione.

Verranno analizzate, mediante brevi considerazioni, dapprima le varie coordinate che, presenti nell'art. 6, comma II, del Decreto Legislativo n. 502/92, a mio parere intervengono nella formazione specialistica, tentando infine, seppur in via provvisoria e di stimolo al dibattito, di dare risposte alle domande presenti nel titolo.

## **Esigenze del S.s.n.: programmazione del numero degli specialisti e accesso ai ruoli dirigenziali**

La formazione di specialisti, tenendo presente quanto previsto dall'art. 2 del D.L. n. 257/91 e dell'art. 6, comma II del D.L. n. 502/92 diventerà sempre più un impegno importante e qualificante, ancorché oneroso, per la Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Per cogliere la rilevanza del problema, possono bastare queste due riflessioni:

1) secondo la normativa CEE, oltre il 60% dei medici operanti nel S.s.n. dovrà essere in possesso del titolo di specialista rilasciato dopo 6 anni di esperienza formativa prevalentemente applicata, come espresso anche dall'art. 16 del D.L. n. 502/92,

articolata in 2 anni di tronco comune e 4 anni di specializzazione, mentre il 35-40% dovrà avere attestato di formazione di medicina generale (Primary Care Physicians) conseguito dopo 2 anni di tirocinio formativo post-laurea (Coggi, 92; Salvatore, 93);

2) secondo quanto previsto dal D.L. n. 502/92, il ruolo sanitario si articolerà in tre livelli:

a) assistente in formazione (andrà ad esaurimento il ruolo degli assistenti ospedalieri, che potranno gradualmente passare ad aiuti nei prossimi 5 anni), corrispondente allo specializzando retribuito secondo l'attuale normativa;

b) dirigenti di primo livello (attuale aiuto), cui si accede con il possesso del Diploma di Specializzazione (art. 15, comma III);

c) dirigenti di secondo livello (attuale primario) attribuito per incarico quinquennale rinnovabile, cui si accede con il possesso di specifiche idoneità nazionali (art. 15, comma III).

L'iscrizione, la frequenza ed infine il diploma di una scuola di specializzazione assume quindi un ruolo essenziale per il reclutamento nell'ambito sanitario: l'iscrizione è necessaria per divenire assistente in formazione, il diploma è indispensabile per accedere al ruolo dirigenziale.

### Formazione degli specializzandi

È opinione diffusa che la formazione specialistica nel nostro paese abbia bisogno di un radicale rinnovamento in quanto legata a modelli antiquati, sia nella metodologia didattica (eminentemente teorica con scarso addestramento pratico-applicativo), sia nell'inadeguata risposta ai bisogni reali di salute della comunità (frequenza quasi esclusiva in strutture clinico-ospedaliere della Facoltà).

Per completezza di analisi è opportuno considerare le principali ca-

renze attualmente presenti nel sistema formativo universitario (A) e nel Servizio sanitario nazionale (B).

A) Le problematiche connesse al tema della formazione specialistica universitaria sono già state oggetto di ampia discussione in questi ultimi tempi (Sensi e Coll, 89; Angeletti, 89; Renga e Di Stanislao, 89; Renga e Lemma, 91; Coggi, 92; Renga, 92) con la identificazione dei principali fattori in causa nella sostanziale inadeguatezza del sistema di formazione specialistica (docenti poco motivati e non adeguatamente preparati per una funzione educativa in soggetti adulti; assenza di un preciso progetto pedagogico con chiari obiettivi, percorsi formativi e modalità di valutazione; carenza di possibilità assistenziali per una specifica attività di tirocinio) risultandone la convinta richiesta di un radicale rinnovamento del sistema formativo specialistico che fornisce titoli professionali, spesso senza un adeguato livello di professionalizzazione (Renga, 92), in contrasto evidente con quanto richiesto dalla legge (D.P.R. 162/82; L. 341/90).

B) A fronte delle valutazioni non esaltanti sul sistema formativo specialistico universitario, non ci sono argomenti validi per prevedere che le strutture del S.s.n. possano far meglio o meglio « formare e/o fare imparare ». Si può infatti, concordare con Portioli (1992) sull'analisi critica delle maggiori distorsioni presenti, peraltro con diverse eccezioni di segno inverso, nelle strutture sanitarie pur in possesso dei requisiti di idoneità, di cui all'art. 7 del citato D.L. n. 257/91:

— *servizi culturalmente deboli* per un approccio diagnostico e terapeutico di « organo critico » e non di « paziente critico »;

— *servizi efficienti ma poco efficaci* con impedimenti, per fattori sociali, politici, di costume e di impostazione culturalmente distorta, alla

soluzione di problemi di grande portata epidemiologica (reali bisogni sanitari);

— *servizi fine a se stessi* che, per barriere umane e di linguaggio sommate a quelle architettoniche, logistiche ed organizzative, determinano cattive condizioni di comfort e di intervento terapeutico;

— *servizi ad alta tecnologia e a bassa sorveglianza metodologica* con scarsa o nulla cultura dell'anamnesi, dell'ascolto guidato ai problemi del paziente, del rapporto medico-paziente, fonte di disumanizzazione della medicina.

Pertanto emerge complessivamente l'esigenza di sostanziali modifiche dei programmi educativi (da teorico-nozionistico, con riproposizioni di contenuti disciplinari del corso di laurea, a pratico-applicativo, recependo operativamente quanto previsto anche dall'art. 16 del D.L. n. 502/92): di particolare sottolineatura può risultare, soprattutto nella formazione post-laurea, l'insegnamento di economia sanitaria per il contenimento dei costi, considerando che la gestione dell'assistenza (art. 4, art. 5) dovrà attenersi a criteri di efficienza e di economicità.

### Protocolli specifici d'intesa per disciplinare la modalità della reciproca collaborazione

È necessario premettere che la reciproca integrazione e collaborazione tra Università e strutture sanitarie ospedaliere ha permesso da tempo un buon sviluppo dell'attività clinica, consentendo, con l'evoluzione della didattica e della ricerca, l'erogazione di prestazioni assistenziali qualitativamente adeguate alle necessità della popolazione.

L'attuazione, con spirito di fattiva collaborazione, dei protocolli d'intesa sarà determinante per raggiungere gli obiettivi descritti: cambiando lo strumento giuridico dovrebbe-

ro venire in parte meno le problematiche legate alla convenzione apparendo i protocolli e gli accordi strumenti più duttili, pienamente rientranti nelle capacità contrattuali delle singole istituzioni interessate (Bottari, 93). La concreta determinazione di contenuti e modalità di tale collaborazione dovrà fondarsi sul reciproco riconoscimento delle rispettive funzioni costituzionali e finalità istituzionali, dovrà avvenire su un piano di pari dignità nella distinzione dei vari ruoli e compiti, così da realizzare una convergenza di pubblici interessi e fattori di reciproca utilità mediante un'integrazione operativa e complementarietà funzionale con scambi culturali e tecnico-scientifici.

#### **Titolarità dei corsi affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa**

Nel corso degli ultimi anni è progressivamente aumentata una forte aspettativa della componente ospedaliera a svolgere un ruolo primario nella formazione alla pari della componente universitaria, in una logica di ripartizione di ruoli che intenderebbe attribuire all'Università il compito di preparare il personale addetto alla didattica ed alla ricerca, ed al S.s.n. quello di preparare il personale più direttamente indirizzato all'assistenza ospedaliera. Il decreto legislativo detta una serie di disposizioni che, in realtà, vengono ad incidere profondamente nell'attuale sistema di formazione specialistica sulla cui compatibilità con la normativa vigente (art. 114 non è il caso di discutere, accogliendo l'ipotesi che l'estensione dell'insegnamento ai « dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa » rappresenti una sorta di « stabilizzazione » di una consuetudine, ormai vigente in numerose scuole di specializzazione e che quindi non configuri una palese

illegittimità e, sostanzialmente, un chiaro eccesso di delega (Bottari, 93).

Tuttavia non c'è motivo per aspettarsi che il personale già in servizio affronti la nuova possibilità di formazione dei neo-laureati senza incorrere almeno nelle stesse attuali ragioni di inadeguatezza già descritte per i docenti universitari (Renga, 92): scarsa preparazione pedagogica, disponibilità di un arsenale didattico limitato solo alla lezione ed alla esercitazione, visione della funzione del docente solo come capacità di trasmettere conoscenze ed esperienze, etc.

Peraltro la docenza al personale del S.s.n., realizzata con successo in vari Paesi ed ampiamente sperimentata in Italia, tramite l'Istituto del professore a contratto, è da considerarsi positivamente, purché essa soddisfi adeguati criteri di garanzia di qualità, rigorosamente ancorati alla verifica della carriera, dell'attività professionale, della capacità didattica e della maturità acquisita.

#### **Rilascio dei titoli di specializzazione**

È giusto e corretto che sia coinvolto nell'attività di formazione specialistica il maggior numero possibile di strutture sanitarie, universitarie e non, purché realmente qualificate per svolgere questo compito, ma allo stato della legislazione vigente, che ancora oggi fa riferimento a norme non derogabili (art. 9, L. n. 341/90; artt. 4 e 8, D.L. n. 257/91; art. 6, D.L. n. 502/92), l'iniziativa e la responsabilità organizzativa e gestionale dell'attività formativa specialistica post-laurea è demandata unicamente alla Università nell'ambito della propria autonomia, con possibilità di collaborazione con altre strutture sanitarie interessate ed idonee.

Non è presente in alcun testo di legge, a mia conoscenza, l'ipotesi di un canale formativo parallelo come era previsto dall'art. 13 del D.D.L.

n. 2375 De Lorenzo (testo approvato al Senato).

#### **Alcuni tentativi di risposta con qualche proposta**

In presenza delle ombre e delle difficoltà descritte, accogliendo quanto già si sta facendo e sperimentando in numerose scuole di specializzazione, in forma di reale collaborazione fra Università e S.s.n. (Torino, Milano, Bari, Trieste etc.: vedasi numero speciale di *Pedagogia Medica*, volume 3 (4), 1989) ed a livello del CUN, in sintonia con le società scientifiche, per dare attuazione a quanto previsto dall'art. 9 della L. 341/90 così da avere un accreditamento europeo è necessario assumere un atteggiamento costruttivo con proposte lungimiranti:

— *Proporre chiari progetti pedagogico-formativi.* È indispensabile introdurre, con pazienza, perseveranza e creatività, alcune modalità innovative così da offrire, utilizzando tutte le strutture anche extra-ospedaliere (Carinci e Martin, 1992), una formazione che meglio risponda alla domanda di professionalità che verrà posta allo specialista nella sua attività pratica, rimuovendo quel senso di inadeguatezza e di frustrazione presente nel momento in cui viene a contatto con la vera realtà professionale.

In tal senso, in accordo con Renga (92), si possono proporre alcuni strumenti pedagogici peraltro già in via di attuazione in varie scuole:

— definire un progetto pedagogico imperniato sulla individuazione di obiettivi derivati soprattutto da un'analisi dei problemi prioritari di salute e dall'analisi del ruolo professionale della figura specialistica destinata ad affrontarli (*Community Oriented Education*);

— gestire le attività centrate sulle esigenze dello specializzando (*Student*

*Centered Education*) con un suo progressivo coinvolgimento nei problemi assistenziali (*Problem Based Learning*) nell'ambito di un ambiente professionale protetto (*Community Based Learning*);

— utilizzare la valutazione principalmente a fini formativi e di controllo del progetto formativo e delle sue componenti;

— realizzare un rapporto corretto, innanzitutto dal punto di vista culturale con i partners del S.s.n., coinvolti sulla base di una proposta di collaborazione chiara, sin dalle prime fasi della stesura del progetto e successivamente in tutte le fasi del percorso formativo e valutativo.

— *Creare continuità tra formazione pre-laurea e post-laurea del medico (specializzazione e formazione in Medicina Generale) e formazione permanente.* Qualunque processo di formazione deve essere orientato al tipo di risultato che si vuole perseguire, precisando i vari livelli di competenza da raggiungere. Il nuovo ordinamento didattico (Tab. XVIII D.P.R. 95/86) prevede, tra le tante possibilità, che l'attività didattica integrativa possa essere svolta in strutture e da personale del servizio sanitario con coinvolgimento nel processo formativo pre-laurea della organizzazione sanitaria. D'altra parte il riordinamento degli statuti delle scuole di specializzazione, ai sensi dell'art. 9 della L. 341/90, prevede una larga possibilità e necessità di accesso a concreti atti medici, condotti personalmente sotto la guida di personale esperto, di crescente complessità fino al raggiungimento di quella capacità di « fare » che si ritiene conseguibile al termine dei vari corsi di specializzazione (Coggi, 92). Peraltro è interessante richiamare che per il modello formativo in Medicina Generale (D.L. n. 256/91, in cui esiste il coinvolgimento anche degli Ordini dei medici, esiste una bozza di pro-

getto, sicuramente migliorabile, con chiari obiettivi cognitivi, psicomotori e psicoemotivi.

Ne potrà risultare una migliore efficienza della attività formativa post-laurea con il coinvolgimento sia del personale in formazione che di quello in servizio con guadagno anche nel livello qualitativo-assistenziale, aumentando così le risorse disponibili per obiettivi comuni ed attenuando invece, mediante un impegno coordinato e programmato, il ruolo di appartenenza a questa o quella istituzione (Azienda ospedaliera, Università) in quanto si privilegerà il riconoscimento delle capacità di progettazione e di gestione della formazione permanente adeguata alle esigenze, secondo precise caratteristiche di pertinenza, di bilanciamento dei contenuti (cognitivi, tecnico-specifici, metodologico-organizzativi), di valutabilità, di globalità e di continuità, etc. (Tonelli, 92).

— *Attuare una preparazione in economia sanitaria.* È oggi una scelta strategica tentare di superare la riconosciuta, seppur grave, lacuna dell'inadeguato insegnamento dell'economia sanitaria, peraltro presente nel nuovo ordinamento didattico pre-laurea (tab. XVIII) in risposta sia al vertiginoso aumento della spesa sanitaria, che a quanto richiesto dal D.L. n. 502/92 art. 4, vincendo la singolare avversione dei medici per questa disciplina: cioè mirare all'efficienza (migliore utilizzazione delle scarse risorse) e massimizzare i benefici per il maggior numero di persone attraverso le analisi costo-beneficio, costo-utilità, costo-efficacia. È necessario usare tecniche innovative e tecniche di simulazione programmate mediante computer: simulazione di casi clinici computando, oltre alla valutazione dell'efficacia, anche la spesa sanitaria relativa ai vari interventi prescritti a confronto con quelli attuati da altri colleghi.

— *Proporre regolamenti attuativi dei protocolli d'intesa.* Tenendo presenti i mutamenti intervenuti ed i processi in corso tanto sul fronte dell'ordinamento giuridico, finanziario ed organizzativo del S.s.n., quanto sul fronte dell'ordinamento universitario, in virtù delle normative delle riforme intervenute od avviate, è necessario precisare le specifiche responsabilità (diritti e doveri) sia delle istituzioni contraenti che delle persone coinvolte così da garantire oltre all'efficacia didattica, soprattutto una adeguata formazione professionale attraverso una serie di prestazioni mediche, chirurgiche e diagnostiche in numero e qualità tali da raggiungere una reale autonomia al momento del diploma.

## Conclusioni

Anche con i rilievi critici discussi, è certo che il decreto legislativo introduce importanti e positive innovazioni: dallo stretto rapporto tra Università e S.s.n. dovrebbe derivare una migliore programmazione, orientata sui reali bisogni, ed una formazione più pertinente ai concreti compiti dello specialista oltre che una maggiore economicità del funzionamento dei due sistemi.

Pur essendo i principi ispiratori del disegno di legge n. 502/92, basati su problematiche prevalentemente assistenziali, è rilevante e di primaria importanza che la normativa emessa dal Ministero della sanità, abbia posto attenzione alla attività ed alla formazione post-laurea del medico, in quanto è noto che l'efficienza del servizio sanitario è in diretto rapporto con il livello qualitativo « globale », soprattutto dei medici. L'importanza della formazione (insegnamento-apprendimento) non è solo l'acquisizione di conoscenze, molte delle quali destinate a diventare rapidamente obsolete, bensì di inculcare una serie di valori e di fissare una serie di com-

portamenti destinati a persistere lungo tutto l'arco della vita professionale: la razionalità del processo diagnostico e terapeutico, il rispetto per la persona dell'ammalato ed infine la saggia e razionale utilizzazione delle scarse risorse sanitarie per il bene della collettività.

Infine una nota di ottimismo, non disgiunta da critico realismo: l'attuazione di quanto previsto nel decreto legislativo può essere l'occasione per aprire ulteriori spazi di collaborazione tra facoltà mediche e Servizio sanitario nazionale nel settore della formazione e contribuire alla stessa qualificazione del Servizio sanitario nazionale mediante lo stimolo ad un maggiore impegno e coinvolgimento delle strutture e del personale, i quali divengono, in una certa misura, non solo corresponsabili del processo di formazione di base e specialistica, ma anche delle attività finalizzate al continuo adeguamento, cognitivo ed operativo, rispetto al progredire della scienza e delle esigenze di soluzione dei problemi di salute.

#### BIBLIOGRAFIA

- ANGELETTI L.R. (1989), *Le specializzazioni in Medicina. Evoluzione storica*. Pedagogia Medica, 1989; 3 (4): 133-141.
- BOTTARI C. (1993), *Rapporti tra S.s.n., art. 6* in: AA.VV. « Riordino delle discipline in materia sanitaria — Commento al D.L. 30 dicembre 1992, n. 502 (coordinato da ROVERSI MONACO F.) — Maggioli Ed., pag. 124-151, (1993).
- CARINCI P., MARTIN A. (1992), *Le strutture extra-universitarie nella formazione del medico e dello specialista*, in *La formazione del medico in Italia oggi - situazione e prospettive* (a cura di MARTIN A. e GHETTI V.) F. Angeli Ed.; pag. 113-124, (1992).
- COGGI G. (1992), *Lineamenti per la ristrutturazione delle scuole di specializzazione e della docenza post-laurea*. Pedagogia Medica, 1992; 6 (3): 111-116.
- PORTIOLI I. (1992), *I fattori di distorsione nella risposta ai bisogni* in: AA.VV. « Bisogno di salute e risposta della medicina: ruolo dei servizi e della formazione » (a cura di GHETTI V.), F. Angeli Ed., pag. 151-156, (1992). (Renga e Di Stanislao, 1989) RENGA G., Di STANISLAO F.: *Scuole di specializzazione: le innovazioni attese*. Pedagogia Medica, 1989; 3 (2): 57-62.
- RENGA G. (1992), *Le specializzazioni in Italia*, in: « Essere giovani medici nell'Europa senza frontiere », (a cura di GHETTI V.), F. Angeli Ed., pag. 74-80, (1992).
- RENGA G., LEMMA P. (1991), *La formazione specialistica. Alla ricerca di un differente stato di equilibrio*. Pedagogia Medica, 1991; 5 (1): 29-31.
- RENGA G. (1992), *La formazione specialistica: entra in gioco l'immaginazione* in: « La formazione del medico in Italia oggi - situazione e prospettive » (a cura di MARTIN A. e GHETTI V.), F. Angeli Ed., pag. 97-112, (1992).
- SALVATORE G. (1993), *Relazione in tavola rotonda: La formazione specialistica*, Conferenza congiunta Presidi e Presidenti su « Il ruolo della Facoltà di Medicina e Chirurgia in un rinnovato sistema sanitario ». Bologna, 25-26 maggio 1993.
- SENSI S., GUAGNANO M.T., ANGELUCCI E. (1989), *Indagine conoscitiva sulle Scuole di specializzazione*. Pedagogia Medica, 1989; 3 (2): 63-67.
- TONELLI S. (1992), *Formazione permanente: un terreno strategico per la qualità del sistema sanitario* in: « La formazione del medico in Italia oggi - situazione e prospettive » (a cura di MARTINI A. e GHETTI V.), F. Angeli Ed., pag. 125-133, (1992).

# LA FORMAZIONE MANAGERIALE PER I MEDICI DIRIGENTI

di Andrea Francesconi e Carlo Ramponi

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

**SOMMARIO:** Premessa - Ostacoli ed incentivi alla creazione di una cultura gestionale medica - Gli obiettivi della formazione manageriale per i medici dirigenti - Le principali aree tematiche comprese nei programmi di formazione manageriale per medici - Le caratteristiche dell'attività di formazione manageriale - Quali cambiamenti per il futuro?

*Since the early '80s, after the implementation of the Italian National Health Service (S.s.n.), management became an increasingly important issue within clinical activities. The first formal management training programs were directed to physicians working in hospital directorates. The success of the early initiatives made them spread rapidly to involve clinicals and community doctors. Training was mainly focused on health care evaluation, performance indicators, organizational management. This article reviews the development of management training activities for clinicians in Italy and illustrates possible solutions for future improvement aimed at meeting both the professional needs of physician and the organizational needs of health authorities.*

## Premessa

I primi approcci per l'introduzione di tematiche manageriali in ambito clinico, risalgono all'inizio degli anni ottanta, quando, con l'introduzione della riforma sanitaria, apparve chiaro che, date le caratteristiche strutturali delle aziende sanitarie, e del modello di gestione previsto, prevalentemente basato sull'intervento politico a scapito dei ruoli manageriali, la quantità di risorse necessarie all'applicazione della legge stessa sarebbe stata rilevante. Si trattava inoltre di prendere atto che la complessità della struttura organizzativa del S.s.n. era enormemente aumentata, e che abbisognava di adeguate risposte sul piano della organizzazione e della gestione.

Una prima risposta, sul versante della formazione manageriale per medici dirigenti, si ebbe a partire dai primi anni ottanta tramite lo sviluppo dei primi corsi di management ri-

volti a medici operanti nell'ambito delle direzioni sanitarie degli ospedali.

Il successo di tali iniziative condusse poi, verso la metà degli anni ottanta, al sorgere di altre iniziative di formazione manageriale rivolte ai medici dirigenti ospedalieri e ai medici operanti nell'ambito dei servizi territoriali, incentrate prevalentemente su tematiche attinenti il comportamento organizzativo, la valutazione economica, gli indicatori di attività, gli strumenti gestionali di base.

Attualmente, nel contesto italiano, le iniziative di formazione gestionale per medici si stanno via via diffondendo e moltiplicando sempre più in relazione alle necessità condivisa di completare ed integrare gli skill dei medici dirigenti con conoscenze estranee al bagaglio culturale proprio di queste figure professionali. Tutto ciò nella convinzione di poter contribuire, attraverso un maggiore e diretto coinvolgimento dei medici nelle attività di direzione, al sostanziale cam-

biamento nelle modalità di gestione ed al progressivo miglioramento dei risultati ottenuti dalle organizzazioni sanitarie italiane.

L'articolo si pone l'obiettivo, nelle parti successive, di analizzare quegli elementi che dovrebbero caratterizzare l'attività di formazione manageriale al fine di una sua concreta efficacia sia in relazione agli obiettivi di sviluppo professionale del singolo medico, sia in relazione alle esigenze di sviluppo organizzativo delle aziende sanitarie.

## Ostacoli e incentivi alla creazione di una cultura gestionale medica

Uno degli obiettivi, se non il principale, perseguibile tramite le iniziative di formazione manageriale per medici dirigenti, è rappresentato dalla creazione e dalla introduzione nell'ambito delle aziende sanitarie di una cultura gestionale a livello medico.

A tale proposito è utile ribadire al-

cune delle principali difficoltà all'introduzione di una cultura gestionale per medici

1) preminenza dell'approccio normativo, da burocrazia centrale, ai temi di organizzazione degli enti pubblici, con scarsa o nulla considerazione delle differenze storiche e culturali dei vari assetti organizzativi regionali;

2) come conseguenza, organizzazione intesa come applicazione delle norme, rigide in quanto preposte alla garanzia del bene pubblico, anziché come modalità dinamica che persegue la funzionalità, il soddisfacimento dei bisogni, l'evoluzione della domanda, all'interno di vincoli economici dati (l'equilibrio di lungo periodo);

3) poiché i problemi trovano risposta nelle leggi, non ci sarà bisogno di contributi esterni alle organizzazioni sanitarie, sotto forma di consulenze di organizzazione o sotto forma di piani di formazione atti a far acquisire una nuova cultura, quella della gestione, sempre più necessaria all'aumentare della complessità aziendale;

4) l'interpretazione errata del fenomeno organizzativo (organizzazione come applicazione delle norme) ha dato origine, a fronte di problemi crescenti, a soluzioni errate, che si sono sostanziate nella proliferazione delle leggi e disposizioni centrali, regionali e locali, che avrebbero dovuto risolvere i problemi;

5) si è così innescato un circolo vizioso basato sulla diade **problema da risolvere-legge che provvede** che ha fortemente minato la funzionalità del sistema, ma soprattutto ha fortemente sbilanciato l'equilibrio finanziario.

D'altra parte **la cultura della norma** ha fatto sentire i suoi effetti anche in altre parti del sistema Italia, segnatamente nel settore universitario, dove nonostante alcuni tentativi di costruire scuole di formazione manageriale per medici basate sulle spe-

cifiche competenze delle business school accoppiate alle specifiche competenze delle scuole mediche, i risultati sono stati sempre scarsi dato l'arroccamento delle diverse scuole sulle specifiche prerogative culturali (problemi di potere organizzativo).

A questi temi cosiddetti **istituzionali**, hanno fatto peraltro da contrappunto i comportamenti economici dei medici che non sono stati incentivati (finanziariamente) ad acquisire nuove competenze culturali, e d'altra parte hanno rafforzato la loro credenza nella autonomia clinica come fonte di potere negoziale forte, sia nei confronti dei singoli pazienti, sia nei confronti dei livelli di governo sovraordinati. Quale risposta ci si può attendere alla seguente domanda: quale convenienza ho a valutare l'appropriatezza economica del mio comportamento clinico, se il mio paziente può valutare negativamente il mio comportamento, mentre la mia organizzazione sembra essere indifferente al mio comportamento?

Agli elementi di freno all'introduzione di una cultura gestionale medica nell'ambito delle aziende sanitarie ora descritti, si sono affiancati in tempi più o meno recenti, altri elementi che sono invece interpretabili come fattori di forte stimolo nello sviluppo positivo degli sforzi di cambiamento culturale. Questi ultimi possono essere così sintetizzati:

1) la nuova cultura della medicina del territorio sviluppata dai giovani medici, in quanto non più solo o principalmente attività professionale ad orientamento clinico, ma attività principalmente orientata alla gestione e alla razionalizzazione nell'uso delle risorse;

2) una forte pressione internazionale, sulla cultura classica del medico clinico, legata ai temi della qualità delle cure, attraverso la costituzione di società scientifiche, la pubblicazione di riviste specializzate, l'organizzazione di numerosi convegni;

3) la forte competizione intracategoria, circa l'accaparramento delle risorse disponibili, che sono sempre più scarse in relazione alla molteplicità delle possibilità d'uso;

4) l'orientamento, per quanto ancora abbastanza oscuro e non strutturato (confuso), della L. n. 502, verso l'introduzione di meccanismi di competizione (guidata) all'interno del S.s.n.;

5) le innovazioni organizzative previste dalla L. n. 502 a livello di unità operative di diagnosi e cura. In mancanza di posizioni manageriali di staff a supporto delle attività divisionali o delle attività territoriali, permane infatti una preminenza della cultura medica classica che privilegia la ricerca del rapporto « ottimo » con il paziente singolo, in contrapposizione con le esigenze di equilibrio generale nella gestione delle risorse, problema principale del general management. Per ovviare a questo rischio la legge di riforma prevede la ristrutturazione della dirigenza medica in modo da individuare posizioni direzionali a prevalente contenuto manageriale (dirigenti sanitari di secondo livello) e posizioni dirigenziali a prevalente orientamento clinico (dirigenti sanitari di primo livello). L'aspetto più innovativo per il dirigente medico italiano, abituato alla certezza del posto di lavoro, sembra essere quello che stabilisce una provvisorietà come dirigente di secondo livello; la posizione, a cui si accede per concorso pubblico, necessita di una nuova idoneità nazionale ed è ricoperta per incarico quinquennale, rinnovabile sulla base di una positiva valutazione dei risultati ottenuti e del rispetto dei vincoli di risorse assegnate.

A conclusione di questa panoramica sui fattori frenanti e sui fattori incentivanti la diffusione della cultura gestionale tra i professionisti medici va doverosamente sottolineato come la possibilità di successo dei ruoli manageriali di pertinenza dei medici



dirigenti è strettamente legata ad alcune condizioni, che anche se non sufficienti, appaiono almeno necessarie; tali condizioni sono:

a) un sistema di incentivazioni in grado di rispondere alle esigenze motivazionali dell'individuo e del gruppo sociale nel quale è inserito e contemporaneamente in grado di tenere in debito conto le finalità dell'ente pubblico e i bisogni dell'utente. Si tratta in sostanza di un sistema in grado di coniugare efficienza, efficacia, etica dei comportamenti e qualità delle prestazioni;

b) un sistema informativo in grado di fornire le informazioni più adeguate alle decisioni che quotidianamente il medico deve prendere; un sistema in grado di suggerire i comportamenti più idonei sul piano professionale specialistico (individuale) e sul piano manageriale (del gruppo);

c) sistema di incentivazioni e sistema informativo potrebbero trovare una loro integrazione nel budget clinico, per mezzo del quale potrebbe essere possibile esercitare, al livello micro, le funzioni di programmazione di breve periodo, le funzioni di controllo e valutazione delle attività svolte, dei loro costi, dell'efficienza, della qualità e del soddisfacimento dell'utente.

### Gli obiettivi della formazione manageriale per i medici dirigenti

È ragionevole affermare l'esistenza, nel contesto italiano, di una sostanziale differenziazione del fabbisogno di formazione manageriale per i medici in corrispondenza dei loro diversi livelli di esperienza professionale (laureandi e specializzandi piuttosto che assistenti ospedalieri; aiuti e primari ospedalieri piuttosto che direttori sanitari etc.) e della posizione da loro ricoperta nell'ambito del Sistema sanitario nazionale e, più specificamente, nell'ambito delle varie organizzazioni sanitarie (U.s.l. ed

ospedali; servizi territoriali; poliambulatori etc.).

Concentrandosi, per il momento, sugli aspetti relativi agli obiettivi della formazione manageriale, è necessario operare una distinzione tra il dover essere e l'attuale stato dell'arte della formazione manageriale ai diversi livelli di responsabilità gestionale ipotizzabili per i medici.

Per quanto concerne in particolare, il dover essere, sia a livello di laureandi in medicina che a livello di specializzandi, la formazione su tematiche manageriali dovrebbe limitarsi a fornire un primo supporto informativo volto a far comprendere agli studenti, sin dall'università, la rilevanza delle competenze manageriali ai fini della soluzione di problemi di gestione. Ciò consentirebbe di ottenere un rilevante risultato: l'evidenziazione della necessità di integrare le competenze manageriali con quelle professionali (queste ultime infatti non sempre consentono di superare le problematiche di gestione che debbono essere affrontate dai medici nello svolgimento della propria attività).

La realtà italiana invece prevede solo l'effettuazione di corsi di economia sanitaria della durata di 20 ore inseriti nell'ambito dei corsi di laurea in medicina o nei corsi di specializzazione post-laurea in igiene.

A livello di primari e aiuti ospedalieri l'obiettivo da perseguire tramite la formazione manageriale consiste nell'introdurre i medici alle tematiche manageriali più utili per il miglioramento della gestione, e ciò sia in termini di efficacia che di efficienza nell'uso delle risorse. Obiettivi specifici possono poi essere individuati in:

— aumentare le capacità di soluzione dei problemi organizzativi e gestionali;

— aumentare le capacità di integrazione con altri medici operanti allo stesso livello di responsabilità;

— sviluppare le capacità di gestione e di coordinamento delle diverse figure professionali coinvolte nei processi di diagnosi e cura;

— facilitare lo sviluppo di nuove forme di servizi all'utenza;

— favorire l'integrazione organizzativa.

Ulteriore obiettivo dell'attività di formazione per questa categoria di medici può infine essere quello di sviluppare le capacità gestionali necessarie per ricoprire ruoli direzionali di maggiore responsabilità (ad es. direttore generale di U.s.l. o di ospedale).

Con riferimento alla categoria dei medici operanti sul territorio, si vuole evidenziare la peculiarità della realtà italiana (1) nella quale, perlomeno fino ad oggi, i medici di base hanno rivestito un ruolo marginale in termini di responsabilità gestionali in relazione al rapporto libero professionale intercorrente tra loro e le Unità sanitarie locali.

La peculiarità di tale rapporto ha fatto sì che non venissero sviluppate particolari attività formative nei confronti dei medici di base se non su argomenti strettamente connessi con il loro aggiornamento professionale.

La riforma del sistema sanitario nazionale recentemente approvata porterà sensibili modifiche del rapporto con i medici di base, sia in termini di funzioni e di servizi loro demandati, sia in termini di pagamento delle loro prestazioni.

Da qui la necessità in un prossimo futuro di sviluppare specifiche capacità manageriali anche per il medico di base.

In particolare sarà necessario mettere il medico di base in condizione di saper gestire un budget economico finanziario; di saper negoziare l'acquisto di prestazioni sanitarie intermedie per i propri pazienti (es. esami di laboratorio e di radiologia o visite specialistiche); di sviluppare l'attitudine al lavoro di équipe (es. gruppi associati di medici di base ma anche

strutture integrate tra medici di base; radiologi e laboratoristi).

Per quanto invece attiene ai medici operanti nei servizi territoriali delle U.s.l. (ad es. servizi di igiene pubblica e medicina del lavoro; servizi psichiatrici, medicina scolastica; distretti socio sanitari etc.), la formazione manageriale dovrebbe consentire l'acquisizione delle competenze e delle capacità necessarie per:

- il controllo delle strutture di erogazione esterna dei servizi sanitari;
- la programmazione ed il controllo dell'attività dei medici di base;
- la programmazione ed il controllo degli interventi sul territorio;
- l'integrazione con le attività svolte nell'ambito delle strutture ospedaliere.

Per quanto concerne, infine, i direttori sanitario, la formazione manageriale deve fornire gli elementi conoscitivi necessari ad esercitare le funzioni di gestione e di coordinamento di strutture ad elevata complessità. In tale caso l'attività di formazione manageriale è del tutto simile a quella utilizzata per la preparazione dei general manager.

### **Le principali aree tematiche comprese nei programmi di formazione manageriale per medici**

I medici potenzialmente interessati alla formazione manageriale possono essere classificati in tre principali raggruppamenti:

- a) i laureandi in medicina e gli specializzandi in Igiene;
- b) i medici operanti nelle strutture ospedaliere e territoriali (assistenti anziani e aiuti) che formalmente non ricoprono posizioni di responsabilità gestionale;
- c) i primari ospedalieri e i responsabili dei servizi territoriali, responsabili anche formalmente della gestione delle loro unità operative, e i direttori sanitari.

Con riferimento al primo gruppo,

gli aspetti contenutistici attualmente sviluppati dai corsi di formazione concernono:

- elementi di statistica medica;
- economia sanitaria;
- elementi di epidemiologia;
- elementi di organizzazione sanitaria;
- legislazione sanitaria.

Tali insegnamenti sono prevalentemente rivolti ai medici neo-laureati che scelgono l'indirizzo di perfezionamento in igiene.

La formazione dei laureandi e degli specializzandi non ancora inseriti a tempo pieno nel mondo lavorativo, si caratterizza per una sua prevalente valenza di sviluppo di conoscenze a livello individuale.

In tal caso, l'eventuale collegamento con i fabbisogni organizzativi locali, andrebbe piuttosto ricercato a livello di congruenza tra risultati ottenuti in termini di formazione dei giovani medici dal sistema di istruzione universitario ed esigenze, di ordine generale, proprie degli ospedali e delle U.s.l. in termini di caratteristiche e competenze dei medici.

Con riferimento agli altri due gruppi, le aree tematiche prevalenti riguardano:

- modelli di organizzazione delle divisioni e dei servizi sanitari;
- elementi di progettazione organizzativa;
- strumenti operativi di gestione del personale e di gestione dei conflitti organizzativi;
- modelli di programmazione e controllo delle attività;
- logiche e metodi di trattamento delle informazioni.

Per i responsabili dei servizi territoriali si pone poi l'enfasi sulla gestione delle relazioni con l'ambiente, mentre, per i responsabili delle unità operative di diagnosi e cura e dei servizi diagnostici si enfatizzano le tematiche inerenti le metodologie e gli strumenti di valutazione dell'attività.

Un'ulteriore area contenutistica co-

mune a questi due gruppi di medici è rappresentata dalla qualità, area questa, distinta poi ulteriormente nei suoi aspetti prevalentemente sanitari (medical audit; VRQ; per review etc.) ed in quelli invece a maggiore rilevanza organizzativa (total quality management; customer satisfaction etc.).

Per i medici appartenenti a questi due gruppi, la formazione dovrebbe, in teoria, essere finalizzata a soddisfare sia fabbisogni di sviluppo e di crescita propri del singolo professionista, sia fabbisogni di sviluppo organizzativo, quali ad esempio la diffusione di una adeguata cultura gestionale tra i professionisti medici e/o il cambiamento dei meccanismi e dei processi decisionali basati esclusivamente sulla logica di tipo professionale, tipici delle varie aziende ospedaliere.

Nella pratica si è tuttavia assistito, spesso, al proliferare di iniziative sporadiche, basate sull'interesse e sulla volontà di apprendere di singoli medici che, a titolo individuale, hanno partecipato a specifici corsi od iniziative di formazione. In questi casi, ovviamente, la formazione manageriale può soddisfare le esigenze del singolo, ma, difficilmente, riesce ad avere un concreto impatto sulle modalità di funzionamento dell'U.s.l. o dell'ospedale.

Recentemente, tuttavia, soprattutto nel nord e nel centro del Paese, tende a prevalere un approccio aziendalistico, basato sull'analisi del fabbisogno di formazione delle varie U.s.l. Tale approccio si concretizza in un crescente numero di iniziative di formazione manageriale per medici effettuate presso le sedi delle aziende ospedaliere e delle U.s.l.

Tali iniziative, la cui effettuazione è comunque direttamente, o indirettamente (tramite gli uffici aggiornamento e formazione professionale), richiesta dai medici, sono poi spesso, se non sempre, coordinate dagli uffici di formazione interni alle U.s.l.

I corsi realizzati su commessa, presso le sedi delle aziende sanitarie, possono essere sostanzialmente di tre tipologie:

— corsi di introduzione alle tematiche gestionali di tipo standardizzato;

— corsi di sensibilizzazione focalizzati sulle specifiche esigenze formative proprie della realtà aziendale in cui essi vengono realizzati;

— seminari di approfondimento su specifiche tematiche giudicate particolarmente rilevanti per quelle specifiche realtà.

La realizzazione di corsi di management per medici su commessa consente di ottenere maggiori vantaggi dal punto di vista dell'efficacia formativa; essa infatti permette di:

— sensibilizzare un maggior numero di professionisti alle tematiche di management;

— creare una cultura omogenea nell'ambito del personale medico dell'U.s.l.;

— soddisfare specifiche esigenze di formazione del personale medico anche in relazione a particolari progetti di cambiamento gestionale in fase di realizzazione presso le varie realtà.

La formazione manageriale per i medici (e ci si riferisce sia alle iniziative presso le U.s.l. che alle iniziative svolte direttamente nelle sedi delle agenzie di formazione) è rivolta esclusivamente ad essi; rari sono i casi in cui si realizzano corsi multidisciplinari con il coinvolgimento di altre figure professionali quali ad esempio infermieri, tecnici di laboratorio, personale amministrativo o dirigenti.

Si privilegia l'approccio multidisciplinare solo in occasione di iniziative formative rivolte a preparare i partecipanti per ruoli di coordinamento di intere strutture sanitarie e/o per ruoli di direzione generale o comunque di elevata responsabilità.

Anche in tali circostanze, le classi sono composte prevalentemente da medici e da dirigenti amministrativi.

Le ragioni della limitata propen-

sione ad approcci multidisciplinari sono da ricercare prevalentemente in due ordini di motivi:

a) l'elevato tasso di conflittualità esistente normalmente nelle organizzazioni sanitarie italiane tra area medica ed area amministrativa. Tale fenomeno genera come prima conseguenza una sorta di rimpallo di responsabilità sui problemi inerenti la gestione. Entrambe le tipologie di operatori individuano nella controparte organizzativa, ed in particolare nei reciproci comportamenti e nei valori che ne orientano il processo decisionale, la causa principale delle disfunzioni organizzative dell'Unità sanitaria locale.

Per tale motivazione, un approccio multidisciplinare alla formazione manageriale rischierebbe di generare dinamiche d'aula difficilmente controllabili anche da docenti esperti riducendo l'efficacia del processo formativo.

In particolare, nei corsi su commessa, i partecipanti potrebbero trasferire in aula i conflitti esistenti nella loro organizzazione riducendo il loro livello di partecipazione e di coinvolgimento.

Tali implicazioni si possono manifestare in modo particolarmente evidente soprattutto nei corsi base di introduzione alle tematiche di management;

b) nel differente livello di legittimazione e nel diverso status organizzativo che a tutt'oggi caratterizza le diverse figure professionali operanti nelle organizzazioni sanitarie.

Anche con riferimento a questo aspetto, la costituzione di aule multidisciplinari può diminuire l'efficacia della formazione manageriale. Il rischio potrebbe essere infatti quello di indurre nel personale medico la convinzione che le attività e le funzioni di gestione siano prevalentemente funzioni di ordine amministrativo da demandare alle altre figure professionali operanti nelle divisioni e

nei servizi ospedalieri e delle quali non occuparsi se non residualmente.

### **Le caratteristiche dell'attività di formazione manageriale**

Con riferimento alle caratteristiche dell'attività di formazione manageriale possono essere sviluppate considerazioni in relazione a tre aspetti:

a) le metodologie didattiche utilizzate;

b) le tipologie di docenti coinvolti nella formazione manageriale per medici;

c) le modalità utilizzate al fine di valutare l'efficacia delle iniziative di formazione.

a) Le metodologie didattiche utilizzate nell'ambito dei corsi di formazione manageriale per medici sono molteplici. Nell'ambito dei corsi universitari e di specializzazione post-universitari si fa un prevalente ricorso alle lezioni tradizionali. Per quanto riguarda le attività di formazione indirizzate ai primari ed agli aiuti ospedalieri, ai medici dei servizi territoriali, le metodologie didattiche utilizzate sono differenziate, comprendendo sia lezioni di tipo tradizionale, sia metodologie didattiche attive quali: brainstorming, case discussion, role playing, simulazioni con personal computer, lavori di ricerca sul campo, predisposizione di tesi, tutorship su specifici progetti applicativi.

Infine va segnalato il sensibile diffondersi di convegni su tematiche manageriali organizzati per medici operanti nelle divisioni e nei servizi ospedalieri. Tali convegni spesso sono ideati e organizzati da associazioni mediche di categoria quali, ad esempio, l'associazione nazionale dei transfusionisti, dei chirurghi, etc.

b) I soggetti che esercitano l'attività di formazione manageriale per medici sono prevalentemente identificabili in:

— docenti operanti nell'ambito di business school specializzate nella

formazione alla pubblica amministrazione;

— docenti universitari di diverso livello (professori ordinari, professori associati, ricercatori, borsisti, contrattisti etc.);

— consulenti di direzione (si tratta prevalentemente di professionisti non medici);

— dipendenti pubblici operanti come consulenti e docenti per agenzie di formazione pubbliche e private;

— testimoni medici operanti nelle strutture sanitarie italiane.

c) La valutazione dell'impatto dell'attività di formazione manageriale sui medici rappresenta infine un problema aperto.

Innanzitutto bisogna chiarire come l'attività di valutazione non costituisca un'attività strutturata, quanto piuttosto una attività condotta in maniera non standardizzata e senza precise metodologie di riferimento.

Una delle modalità utilizzate consiste nell'effettuazione di seminari con caratteristiche di follow-up rispetto ad iniziative formative precedenti. Ad esempio una Unità sanitaria locale, che abbia effettuato nel 1991 un corso base di sensibilizzazione alle tematiche manageriali, richiede, nel 1992, l'effettuazione di un seminario di due o tre giornate rivolto ad approfondire uno specifico argomento (il DRG System) trattato magari mar-

ginalmente nell'ambito della prima esperienza formativa.

Un'altra modalità consiste nell'affiancare all'attività formativa in senso stretto, un'attività di ricerca e di sperimentazione sul campo coinvolgendo direttamente i medici in attività di tipo puramente gestionale. Esempi di iniziative di questo genere sono collegati, con riferimento alle esperienze italiane, a tematiche quali quelle inerenti:

— VRQ e controlli di qualità;

— Total Quality;

— programmazione e controllo di gestione;

— definizione e progettazione di indicatori di valutazione delle attività mediche;

— progettazione e revisione dei flussi informativi a livello di attività di reparto o di servizio.

In questi casi l'attività di formazione deve essere strettamente interconnessa ad una forte attività di tutorship sul campo in cui i docenti assistano ed orientino gli sforzi dei medici coinvolti nel processo di formazione.

Più articolate e consolidate sono invece le modalità di valutazione dell'attività di formazione in quanto tale.

In questo caso la metodologia utilizzata consiste nel fare valutare ai discenti, utilizzando specifici supporti informativi (questionari di valutazione, schede, etc.), l'iniziativa cui han-

no preso parte. La valutazione può riguardare una molteplicità di aspetti tra i quali si citano:

— i contenuti trattati durante il corso;

— la rilevanza dei contenuti rispetto alle caratteristiche del ruolo organizzativo ricoperto;

— l'applicabilità dei contenuti;

— le metodologie didattiche utilizzate;

— la capacità espositiva dei docenti;

— il materiale didattico distribuito.

L'attività di valutazione è chiaramente finalizzata ad evidenziare i punti di debolezza del percorso formativo al fine di poterlo riorientare in maniera più consona alle esigenze della classe.

Nei corsi di breve durata l'attività di valutazione può essere effettuata solo alla fine dell'iniziativa formativa mentre nei corsi di lunga durata (annuali o biennali), si procede ad una serie di valutazioni intermedie svolte anche mediante debriefing con i partecipanti.

La consolidata esperienza maturata in questo campo permette di individuare le metodologie didattiche maggiormente in grado di incontrare le esigenze dei medici con riguardo alle diverse aree tematiche di insegnamento.

A tale riguardo si rimanda alla figura 1.

**Figura 1 - Modalità usate per l'attività di formazione manageriale per medici dirigenti**

Materie	Organizzazione gestione del personale	Programmazione controllo valutazione attività	Qualità etica comportamento
Docenti			
Professori di management	Progetti sul campo tutorship lezioni tradizionali	Lezioni tradizionali casi didattici role playing	Lezioni tradizionali tutorship casi didattici
Medici con competenze gestionali	Lezioni tradizionali role playing casi didattici	Tutorship progetti sul campo	Progetti sul campo
Testimoni ed esperti	Lezioni tradizionali	Lezioni tradizionali case history	Lezioni tradizionali case history

Si precisa infine che per i corsi in sede è in ogni caso preferita un'articolazione delle giornate di formazione in sessioni, o in mezze giornate, che coprono tematiche tra loro eterogenee (ad es. una sessione di management control, una di valutazione dell'attività, una sul technology assessment etc.). Nei corsi effettuati direttamente presso le sedi delle Unità sanitarie locali, viene invece normalmente privilegiata un'articolazione per intere giornate monotematiche.

### Quali cambiamenti per il futuro?

L'Italia sta attualmente attraversando un periodo di grande incertezza nel settore della sanità, incertezza connessa prevalentemente da un lato, alle esigenze macroeconomiche di contenimento del disavanzo pubblico che portano a diminuire le risorse complessivamente assegnate alla sanità, dall'altro all'attuazione della riforma sanitaria De Lorenzo, riforma che cambia profondamente lo scenario istituzionale di riferimento in cui si troveranno ad operare le future aziende sanitarie.

Entrambi questi fattori incideranno sulle problematiche connesse con la formazione manageriale dei medici.

Dal primo punto di vista infatti, il contenimento delle risorse finanziarie implicherà, a parità di ogni altra condizione, un incremento del fabbisogno di capacità di gestione di risorse scarse non solo a livello di direzione generale delle aziende sanitarie ma anche, ed in misura maggiore, a livello di medici dirigenti i quali dovranno fare di necessità virtù ed integrare le proprie competenze professionali con competenze specifiche di natura manageriale.

La riforma sanitaria implica inoltre una profonda revisione del ruolo ricoperto dal medico nell'ambito delle divisioni e dei servizi ospedalieri. Seb-

bene l'istituzione di due livelli medici: il medico di primo livello, cui competono essenzialmente funzioni specialistiche, ed il medico di secondo livello, responsabile della gestione complessiva dell'unità operativa, richiami il modello organizzativo preesistente (disciplinato dalla L. 833/78); diverso appare il ruolo del medico dirigente.

Il secondo livello infatti si caratterizza per essere assunto con contratto a termine (5 anni) rinnovabile sulla base della valutazione dei risultati conseguiti.

Per risultati si intendono sia i risultati specialistico/professionali che i risultati organizzativi ottenuti.

Per accedere al ruolo dirigenziale, inoltre, i medici dovranno essere in possesso di una apposita idoneità. Le modalità di ottenimento dell'idoneità potrebbero prevedere, tra l'altro, la frequenza a specifici corsi di formazione su tematiche organizzative e gestionali.

Quali le implicazioni di tali linee evolutive sulla formazione manageriale per medici?

Ad oggi è possibile intravedere almeno due implicazioni significative:

a) un crescente interesse dimostrato dalle facoltà di medicina per sviluppare le aree di insegnamento connesse con il management sanitario. In particolare si rilevano segnali di politiche volte al potenziamento delle scuole di specializzazione in igiene e degli insegnamenti di economia sanitaria. In tal senso si stanno infatti orientando alcune tra le più prestigiose facoltà di medicina italiane;

b) un significativo incremento della domanda di formazione da parte dei medici operanti, a vario titolo e livello nell'ambito del Sistema sanitario nazionale italiano e in particolare dei primari e degli aiuti ospedalieri.

In entrambi i casi sarà importante progettare le future iniziative formative in modo tale da consentire un

adeguamento effettivo della formazione del medico dirigente rispetto alle esigenze proprie delle organizzazioni nelle quali esso si troverà ad agire. In particolare sarà dunque necessario procedere, da un lato, ad un ampliamento sostanziale delle tipologie di iniziative di formazione rivolte ai medici, dall'altro ad una revisione dei contenuti attualmente caratterizzanti i corsi esistenti.

Sotto il primo punto di vista si tratta di ideare nuove iniziative in grado di soddisfare le esigenze di quei soggetti, quali ad esempio i medici di base, in precedenza mai coinvolti in effettivi processi di formazione manageriale (interessanti al proposito potrebbero rivelarsi le esperienze inglesi e spagnole).

Dal secondo punto di vista, invece, si tratterà di dare maggiore spazio nelle iniziative formative rivolte ai medici a tematiche specifiche quali quelle inerenti la gestione budgetaria delle unità operative, il DRG's System, l'approccio all'utente, le metodologie di valutazione economica delle attività sanitarie, che, più o meno radicalmente, rappresentano i principali strumenti di innovazione gestionale con i quali le aziende sanitarie e i responsabili ai diversi livelli dovranno fare i conti nell'immediato futuro.

Tra le tematiche da inserire nei futuri corsi di sviluppo manageriale per medici va considerata anche la problematica delle relazioni con l'ambiente e quella della definizione delle strategie per le organizzazioni sanitarie. Questi contenuti, già presenti negli attuali corsi per il top management, assumono forte rilevanza anche per i medici operanti nelle strutture ospedaliere pubbliche in relazione al previsto affacciarsi, a partire dal 1995, nel settore della sanità, di organizzazioni private di rilevanti dimensioni (mutue private ed assicurazioni private, associazioni tra professionisti) in grado di modificare sen-

sibilmente le attuali logiche (competitive) di funzionamento del settore.

Per quanto concerne infine l'articolazione delle iniziative formative si ritiene che non si renderanno necessarie, perlomeno a breve termine, significativi cambiamenti rispetto alle attuali caratteristiche delle di-

verse tipologie di corsi di formazione.

---

(1) Profondamente diverso è, a titolo esemplificativo, il ruolo attribuito al medico di base (General Practitioner) nell'ambito del sistema sanitario inglese così come nell'ambito del servizio sanitario spagnolo. In tali realtà al medico di

base sono attribuite specifiche responsabilità sia in termini di risorse utilizzate (costi di gestione) che in termini di prestazioni erogate (efficacia gestionale). In relazione ai maggiori ambiti di responsabilità riconosciuti al medico di base, maggiori sono, in questi contesti, le esigenze di sviluppare adeguate capacità di gestione.

# **Documenti e commenti**

Sezione 2<sup>a</sup>

# QUALE RUOLO PER LE REGIONI?

di Antonello Zangrandi

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

*In questo fascicolo pubblichiamo alcune leggi regionali già emanate che ridefiniscono gli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali e riordinano la disciplina in applicazione del D.L. n. 502/82 del Servizio sanitario regionale. Un interessante commento esplicativo precede il modello della regione Friuli Venezia Giulia che presenta alcune novità rispetto alle consuete soluzioni organizzative, sia in termini di soggetti istituzionali coinvolti che di strumenti gestionali, di programmazione e di controllo.*

SOMMARIO: Introduzione - Il rapporto Regione-aziende - Le leggi regionali di organizzazione - I criteri di finanziamento delle aziende - Le condizioni organizzative delle Regioni.

## Introduzione

Il processo di riforma sanitaria assegna un rilevante ruolo delle Regioni. Anzi, le Regioni chiedono ancora maggiori spazi per rendere effettiva la regionalizzazione della sanità pubblica. Le Regioni sono chiamate perciò ad interpretare un ruolo fondamentale nella realizzazione di un sistema sanitario equo, qualitativo ed efficiente. Questo è a tutti chiaro.

Altrettanto evidente è la necessità di reali poteri di intervento. Taluni giustamente si chiedono: come può la Regione essere responsabile dell'equilibrio finanziario se non ha poteri di intervento adeguati? O ancora ci si chiede: quali possono essere gli elementi innovativi nella gestione del personale se le regole non cambiano?

Tutte queste domande sono legittime e la necessità di trovare adeguate risposte è all'attenzione dei molteplici soggetti istituzionali. Due altre riflessioni, l'una a monte e l'altra a valle di queste, possono forse essere utili per meglio valutare il ruolo regionale e le condizioni di successo.

La prima riflessione è legata ad rapporto tra aziende-U.s.l. e aziende-ospedali che si verrà a creare e ciò dipenderà dal ruolo che la Regione vorrà interpretare.

La seconda riflessione riguarda invece le capacità realizzative delle Regioni che dipendono sicuramente dalle condizioni organizzative che all'interno della Regione si riusciranno a creare.

## Il rapporto Regione-aziende

In questi ultimi anni si è sempre più spesso parlato di « Regione holding » nella sanità pubblica. La Regione dovrebbe rappresentare la capogruppo con tutti i poteri relativi. Le aziende (U.s.l. e ospedali) dovrebbero vedere nella Regione la « capogruppo », che definisce le politiche, che indica gli obiettivi, che valuta i risultati, che assegna incentivi.

Il ruolo senza dubbio è molto interessante e condividibile nelle sue linee generali. La Regione senza dubbio può svolgere questa funzione stimolando l'intero sistema sanitario

pubblico ad essere più efficiente, a ricercare la qualità, l'equità e così via. È però necessario sviluppare un approfondimento su questa idea in quanto il ruolo di « Regione holding » è un forte salto rispetto al ruolo che fin ad oggi le Regioni hanno svolto (e continuano a svolgere); infatti l'individuazione di una « Regione holding » significa comunque non schiacciare il ruolo delle U.s.l. o degli ospedali a mere unità operative (dotate di sola autonomia operativa), ma significa governare un insieme di complesse aziende che hanno una loro propria autonomia non solo operativa. L'individuazione di una « Regione holding » non significa neppure governare enti (le U.s.l. e gli ospedali) che invece non hanno più autonomia in senso istituzionale (espressione anche se indiretta della popolazione) attraverso negoziali meccanismi di programmazione e coordinamento (ciò che accade ad esempio tra Regioni e aziende municipalizzate o addirittura tra Regioni ed enti locali).

La realizzazione di questo tipo di



responsabilità ha come presupposto forte che esistano delle aziende (le U.s.l. e gli ospedali appunto) con proprie prerogative, con un loro livello definito di autonomia. Infatti la riduzione dell'autonomia delle aziende a pura autonomia operativa è il primo grande rischio che le Regioni devono evitare. Le U.s.l. e gli ospedali devono rispondere dell'equilibrio economico finanziario, della realizzazione di risultati in termini quantitativi e qualitativi; il modello aziendale presuppone che le singole aziende abbiano una sufficiente autonomia per governare le molteplici variabili, così da raggiungere ciò che è stato programmato. L'autonomia delle aziende deve essere confermata e le condizioni entro cui far sviluppare questa autonomia devono essere attentamente considerate in quanto o il sistema di responsabilizzazione aziendale è effettivo oppure il risultato non potrà che essere un rimando alla Regione di tutte le responsabilità: questo ovviamente non è auspicabile.

L'autonomia delle aziende che cosa comporta sul livello regionale? Come realizzare una responsabilizzazione sui risultati? La nostra storia di intervento pubblico purtroppo non ci aiuta in questo senso. Le responsabilità sono sempre state viste o in chiave istituzionale (un soggetto politico chiamato ad interpretare i bisogni e/o a raccogliere le risorse a questo fine) o in chiave operativa (la capacità di emanare atti o prestazioni definite da altri livelli) e mai in chiave aziendale, di risultati da raggiungere. È questa la strada che le Regioni devono in modo innovativo sperimentare. La responsabilizzazione deve avvenire sui risultati, sia economici che di efficacia e di equità. Le aziende devono essere lasciate sufficientemente libere per « produrre » questi risultati ed essere valutate sul livello di risultato conseguito. È questo importantissimo binomio: responsabilità e risul-

tati che deve essere concretamente perseguito; la « standardizzazione » deve avvenire rispetto ai risultati e non già rispetto alle forme o alle risorse: l'autonomia diviene un importante valore per permettere un orientamento, un avvicinamento tra i risultati prodotti dalle varie Unità sanitarie locali e ospedali.

Molto diversa da questa impostazione è quella che vede la Regione non « capogruppo » nel senso qui richiamato, ma direttamente responsabile dei risultati conseguiti. In questo caso la responsabilità di U.s.l. o ospedali (che di fatto non sono più aziende) risulta essere fondamentale operativa, legata cioè alla realizzazione di indicazioni regionali e alla gestione di processi operativi. La responsabilità economica e finanziaria sarebbe fondamentale della Regione che dovrebbe perciò intervenire in modo specifico sui singoli processi erogativi.

In questo modello forti sono i dubbi circa l'effettiva capacità di controllo del sistema che è così fortemente differenziato e complesso: l'accentramento da un lato potrebbe portare « livelli minimi » di comportamento comune a tutte le U.s.l. e a tutti gli ospedali a fronte però di una diffusa deresponsabilizzazione, soprattutto economica.

Le « Regioni holding » devono trovare meccanismi di intervento che sappiano perciò indicare chiari obiettivi, valutare i risultati, definire i sistemi di finanziamento, e intervenire direttamente in casi patologici. In particolare si vuole qui accennare a due aspetti che appaiono oggi di grande interesse nelle politiche regionali:

- la definizione delle cosiddette leggi organizzative;
- l'indicazione dei criteri di finanziamento delle aziende.

### **Le leggi regionali di organizzazione**

La definizione della struttura delle

aziende e l'indicazione dei principali meccanismi di funzionamento è l'oggetto delle leggi di organizzazione. Dopo aver definito le dimensioni delle U.s.l. (la cosiddetta territorializzazione) e gli ospedali che hanno le caratteristiche per « azionalizzarsi », le Regioni sono chiamate ad indicare le modalità di funzionamento. È questo un primo bando di prova per comprendere quanto il ruolo della « capogruppo » sia interiorizzato nei Consigli regionali e quanto invece verrà a determinarsi un accentramento di responsabilità. Infatti l'autonomia ha un forte riscontro anche sul piano organizzativo. La definizione di rigide e determinate strutture organizzative, l'identificazione di meccanismi burocratici di controllo e la limitata possibilità di sperimentazioni e innovazioni organizzative potranno solo significare che l'unico soggetto di riferimento per ciascun tipo di responsabilità non potrà che essere la Regione.

Viceversa l'identificazione di criteri di riferimento per la progettazione in ciascuna azienda della struttura organizzativa, la definizione di sistemi di controllo sui risultati, l'elevata libertà di sperimentazioni organizzative saranno il sintomo della volontà di un reale decentramento delle responsabilità alle aziende. È proprio su questi terreni che si potrà realizzare un reale cambiamento. Infatti le leggi di organizzazione delle aziende dovranno identificare sostanzialmente alcuni criteri a cui le singole aziende dovranno attenersi per la realizzazione della propria struttura organizzativa. Le strutture organizzative possono (anzi devono) essere diverse nelle aziende per rispondere non solo alle specificità locali, ma anche per valorizzare la creatività della responsabilità aziendale. La focalizzazione di tutti deve essere rivolta sui risultati ed evitare di ritenere che solo un modello organizzativo sia in grado di fornire il livello di servizio

indicato. Forse le leggi regionali di organizzazione dovrebbero definire da un lato il potere di « auto organizzazione » di ciascuna Unità sanitaria locale e dall'altro indicare alcuni meccanismi di controllo della pianta organica. L'uniformità della struttura organizzativa delle Unità sanitarie locali e degli ospedali non garantisce (come ben dimostra l'esperienza di questi anni di Servizio sanitario nazionale) un'omogeneità di prestazioni, anzi...

I sistemi di controllo sono un secondo importante elemento che dovrà essere contenuto all'interno della legislazione regionale. Qui l'opzione sembra molto chiara: si tratta di identificare un sistema di controllo Regione-azienda basato o sulla verifica delle singole decisioni (gli atti o le deliberazioni del consiglio di amministrazione o del direttore generale) o sui risultati conseguiti e sulle risorse impiegate. Il disegno del sistema informativo è la conseguenza di questa scelta.

Infine il tema della sperimentazione organizzativa e gestionale è sicuramente centrale se si vuole produrre e governare il cambiamento. È necessario creare un forte stimolo al cambiamento da un lato e il governo del cambiamento dall'altro. Il cambiamento non deve essere concentrato solo nella Regione, ma deve essere distribuito e governato a tutti i livelli: anche qui il governo del processo di innovazione non deve essere confuso con l'accentramento decisionale. Infatti l'analisi della realtà indica come il processo di cambiamento nasca in grande misura al livello di erogazione del servizio: è chi eroga il servizio che spesso (ovviamente non è l'unico soggetto) elabora idee e criteri per migliorare il servizio erogato. È la ricchezza a questo livello che deve essere valorizzata senza peraltro frammentare le attività delle aziende.

Tutto ciò può trovare un buon li-

vello di governo attraverso attenti processi di verifica dei risultati che, a seconda dei casi, devono essere lasciati a livello di singola azienda o a livello di Regione. La capacità delle Regioni di trovare dei meccanismi atti a verificare il livello di innovazione è elemento sostanziale nel processo di responsabilizzazione aziendale.

### **I criteri di finanziamento delle aziende**

Nuovi criteri di finanziamento delle aziende ospedaliere devono essere indicati dalle Regioni al fine di condizionare il comportamento dei dirigenti di queste aziende. Molta enfasi in questo periodo storico viene attribuita ai criteri di finanziamento e grandi attese sono rivolte a questo strumento per promuovere efficienza. Infatti i criteri di finanziamento determinando le entrate delle aziende vengono ad assumere due ruoli: da un lato l'indicazione delle spese massime (il bilancio in pareggio e infatti un principio fondamentale) e dall'altro la ricerca da parte delle aziende delle modalità per ottenere maggiori quote di risorse negli anni successivi.

La ricerca di meccanismi di finanziamento innovativi è una utile strada da percorrere per stimolare le aziende ad operare in modo efficiente. Due appaiono gli aspetti da considerare in modo particolare:

— il collegamento tra attività svolte ed entrate;

— i criteri di finanziamento ex ante e le determinazioni delle entrate ex post.

Per quanto riguarda il primo aspetto pare importante che le attività degli ospedali-azienda siano finanziate attraverso un collegamento alle attività svolte, come peraltro definisce la legge di riforma, così da determinare un costante orientamento al servizio e alla prestazione. La crescita

delle prestazioni, tipica di sistemi di questo tipo, potrebbe essere superata dalla variabilizzazione del valore di riferimento per il finanziamento ad un totale complessivo costante o da altri sistemi analoghi a questo. L'importanza di collegare in qualche modo entrate e attività nasce dalla necessità di dare concrete possibilità alle aziende di compiere politiche che spingano alla ricerca da un lato di efficienza e qualità e dall'altro di scegliere specifici posizionamenti che possano essere di vantaggio complessivo. Non solo i criteri di finanziamento delle aziende-ospedali ma anche quelli delle aziende-Unità sanitarie locali dovranno tenere in qualche conto di un collegamento alla prestazione, pur essendo il loro ruolo (quello immaginato da una certa interpretazione della riforma ben più complesso. Questa tematica risulta essere infatti di grande innovazione rispetto alla situazione attuale se si considera anche i ruoli diversi da un lato delle aziende-ospedali e delle aziende-U.s.l. per la parte erogativa di servizi e dall'altro delle aziende-U.s.l. per la parte di « acquisto di prestazioni » per la popolazione di riferimento. Infatti la riforma sembra mettere in luce questi due aspetti tra loro coordinati: c'è infatti chi (l'azienda U.s.l.) sceglie i produttori delle prestazioni più convenienti (sia sotto il profilo qualità che costi) e dall'altro chi (l'ospedale azienda, il privato, la stessa azienda U.s.l.) è chiamato a produrre con costi bassi ed elevata qualità. I primi dovrebbero essere finanziati con una quota capitaria variamente aggiustata e i secondi con criteri che appunto considerino le prestazioni erogate.

La regolazione di questo complesso sistema è un compito fondamentale di ciascuna Regione che appunto attraverso la determinazione dei meccanismi di finanziamento può contribuire a chiarire e governare.

Tutte le riflessioni su questi aspetti finanziari possono perdere di qualsiasi riferimento al reale se non sarà sufficientemente governato il secondo aspetto indicato: i criteri di finanziamento ex ante e le determinazioni delle entrate ex post. Infatti la politica dei ripiani a fine anno; il riconoscimento di situazioni particolari, il finanziamento di deficit o di particolari aspetti della gestione generano comportamenti di deresponsabilizzazione complessiva, che annullano gli sforzi compiuti con i criteri di finanziamento.

È questo aspetto che induce a forti riflessioni sulla necessità di nuovi comportamenti nell'ambito della responsabilizzazione economica e finan-

ziaria sia a livello nazionale che a livello regionale. È forse necessario sviluppare una maggiore attenzione alle modalità di gestione dei disavanzi che all'identificazione di criteri di finanziamento sempre più sofisticati. La responsabilizzazione si può ottenere sul processo e sulla concreta valutazione dei risultati.

### **Le condizioni organizzative delle Regioni**

Una Regione capogruppo abbisogna di una forte capacità di definizione di politiche, di definizione di regole del gioco, di valutazione dei risultati e così via.

Per fare questo abbisogna di una

forte organizzazione che sappia interpretare la realtà e indicare le politiche da perseguire dopo analisi e simulazioni.

Che le Regioni abbisognino di una forte struttura che sappia realizzare tutto questo è evidente a tutti: occorrerà valutare poi come concretamente si costruiranno le condizioni organizzative più opportune. Il creare queste condizioni organizzative nelle Regioni sembra essere un elemento urgente per poter governare questo complesso cambiamento.

**Mecosan**, in questa sezione nei prossimi numeri, rifletterà sulla scelte che le Regioni via via andranno a prendere, secondo le linee di riferimento qui sinteticamente richiamate.

# IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

di **Lionello Barbina**

*Regione Friuli-Venezia Giulia - Servizio pianificazione sanitaria - Venezia*

**SOMMARIO:** Premessa: Il nuovo scenario della sanità configurato dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502; Il modello; Vantaggi; Aspetti problematici - Direzione regionale della sanità e dell'assistenza sociale: Inquadramento generale e contesto operativo; Missione; Compiti - Agenzia regionale per la sanità: Inquadramento generale; Missione; Compiti; Contesto operativo; Organi dell'ARS.

## **Premessa**

### *Il nuovo scenario della sanità configurato dal D.L.vo n. 502/92*

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 sul « riordino della disciplina in materia sanitaria » configura un nuovo scenario per la sanità in Italia, caratterizzato da due scelte di fondo.

La prima è imperniata sull'aziendalizzazione delle strutture sanitarie e obbliga le suddette strutture ad adottare regole caratteristiche del mondo imprenditoriale.

In altre parole, le nuove aziende (Unità sanitarie locali e ospedali autonomi) da un lato sono dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, dall'altro, in quanto enti strumentali delle Regioni, devono rispondere del raggiungimento o meno degli obiettivi a loro assegnati sia in termini di attività svolta che in termini di spesa sostenuta il che le porta a dover adottare una contabilità (analitica) per centri di costo, svolgere le attività di controllo di gestione, ecc.

Tutto questo presuppone certamen-

te specifiche competenze tecniche, anche esse caratteristiche del mondo imprenditoriale.

La seconda scelta di fondo è imperniata su una più estesa e penetrante responsabilità delle Regioni nella conduzione del servizio sanitario.

Questo ha portato a parlare di « regionalizzazione del governo della sanità », volendo appunto indicare il fatto che le nuove norme assegnano alle Regioni:

— una maggiore responsabilità politica in materia sanitaria;

— una maggiore autonomia nello svolgimento dei compiti legislativi, di programmazione e di amministrazione regionale (atti amministrativi in materia di autorizzazioni, piante organiche, ispezioni, vigilanza, ecc.) che già erano di loro competenza;

— una maggiore responsabilità anche sul versante delle spese sanitarie, in quanto ora è delle Regioni il compito di reperire le risorse finanziarie necessarie alla copertura degli eventuali disavanzi di bilancio riportati dalle aziende sanitarie;

— una maggiore autorevolezza nello svolgimento dei compiti di gestione del Servizio sanitario regionale, in quanto ora le strutture sanitarie,

trasformate in aziende, sono enti strumentali delle Regioni stesse, le quali ne nominano i vertici dirigenziali, ne fissano gli obiettivi e assegnano loro le risorse finanziarie su cui fare affidamento.

Da quanto affermato appare evidente che lo scenario configurato dal decreto legislativo n. 502/92 presenta aspetti di notevole complessità per le Regioni, le quali assumono il ruolo di enti sovrastanti nei confronti di enti subordinati e strumentali.

Ebbene, dal momento che questi ultimi sono aziende dotate di una propria autonomia, svolgere le funzioni di sovraordinazione nei loro confronti per le Regioni significa essere delle vere e proprie capogruppo.

Questo, a sua volta, pone un problema di riorganizzazione alle Regioni, le quali da un lato devono continuare a svolgere i propri compiti legislativi, di programmazione e di amministrazione regionale, ma con maggiore autonomia e responsabilità rispetto a quanto hanno fatto finora, dall'altro si trovano a dover gestire direttamente aziende ricche di competenze tecniche e dotate di una propria autonomia.

Proprio dal convincimento che le

Regioni, per l'esercizio delle loro funzioni di sovraordinazione del Servizio sanitario regionale in questo nuovo scenario, debbano comunque dotarsi di un assetto organizzativo differente da quello attuale, è nato l'intendimento di approfondire possibili modelli alternativi in tal senso.

### *Il modello*

L'impianto delineato prevede:

— una Direzione regionale della sanità e dell'assistenza sociale (DIR-SAS), organizzata e funzionante secondo l'ordinamento regionale attuale e con l'orientamento al profilo giuridico-amministrativo caratteristico della pubblica amministrazione, avente il duplice compito di provvedere alle attività di supporto alla funzione di indirizzo politico-amministrativo propria degli organi rappresentativi regionali e di provvedere agli adempimenti amministrativi nel suo ruolo di autorità amministrativa regionale, relativamente ai servizi di assistenza sanitaria e ai servizi di assistenza sociale;

— un'Agenzia regionale della sanità (ARS), soggetto giuridico di diritto pubblico ed ente strumentale della Regione, operante sì nell'ambito delle direttive dell'assessore e della Giunta regionale, ma organizzata e funzionante secondo lo stesso ordinamento previsto per le aziende sanitarie infraregionali e quindi con l'orientamento al profilo aziendale-imprenditoriale (ovvero ad una contabilità per centri di costo, al controllo di gestione, al cosiddetto « management by objective », ecc.) avente il compito di provvedere alle funzioni di capogruppo nei confronti delle aziende sanitarie infraregionali.

Prima di procedere alla descrizione analitica del modello proposto, si ritiene opportuno evidenziare i principali vantaggi che il modello stesso presenta, i presupposti metodologici a partire dai quali lo si è costruito

ed alcuni aspetti problematici che sarà necessario affrontare prima della sua realizzazione.

### *Vantaggi*

I vantaggi principali di questa soluzione organizzativa derivano dall'aver separato le funzioni di alta amministrazione del Servizio sanitario regionale, di competenza della direzione regionale, dalle funzioni di coordinamento e di controllo delle aziende sanitarie alle quali, nell'ambito dell'autonomia che deriva loro proprio dal fatto di essere aziende, spetta l'attuazione degli indirizzi programmatici stabiliti dalle autorità istituzionali, di competenza dell'agenzia regionale.

In questo modo, infatti, tra Regione aziende sanitarie infraregionali, la concertazione di intenti avviene tra soggetti omogenei a tutto vantaggio dell'efficienza della stessa; in altre parole, a livello regionale coloro i quali dialogano con gli enti strumentali rispondono alle medesime regole alle quali rispondono i loro interlocutori nei suddetti enti e, soprattutto, sono portatori delle medesime competenze e con queste caratteristiche possono meglio collaborare al raggiungimento dei rispettivi obiettivi.

Proprio per permettere ciò si è pensato ad un'agenzia regionale che fosse essa stessa azienda, così come sono aziende gli enti ad essa subordinati, e che, per il fatto di essere azienda, potesse acquisire risorse umane più mirate alle proprie esigenze e con maggiore flessibilità (ricorrendo a contratti a tempo determinato per i propri dirigenti e avvalendosi di agenzie esterne per determinate attività) di quanto non sarebbe possibile altrimenti, al fine di disporre di responsabili funzionali aventi la competenza tecnica per interagire efficacemente con i corrispondenti responsabili funzionali presenti nelle varie aziende infraregionali.

Per contro, si ritiene che un simile rapporto fra i responsabili funzionali delle suddette aziende e il personale dell'attuale direzione generale della sanità potrebbe dar luogo ad alcune criticità.

Infatti, tale direzione attualmente ha nel proprio organico personale preordinato a svolgere attività prevalentemente orientate al profilo giuridico-amministrativo sulla base di un ordinamento uniforme per tutte le direzioni regionali e con tali connotazioni avviene il reclutamento del personale al quale suddetta direzione può attingere.

In altri termini, la direzione regionale finora ha potuto muoversi solo con i meccanismi propri di tutta l'organizzazione regionale, che sono diversi da quelli ora previsti per le aziende infraregionali, e ha potuto fruire di risorse umane portatrici di competenze nelle quali sono assenti o debolmente presenti le specificità della sanità ed in particolare della « nuova sanità » così come prevista dal decreto n. 502/92.

Tutto questo non è da interpretarsi nel senso di una valutazione deteriorata nei riguardi del personale regionale che è fuori discussione, bensì nel senso di una valutazione oggettiva della diversità dei compiti e delle responsabilità che fino ad oggi ha avuto tale personale rispetto ai compiti e alle responsabilità che il nuovo scenario sopradescritto assegna alle Regioni in materia sanitaria.

Questa seconda valutazione porta inevitabilmente alla ricerca di soluzioni separate per l'ordinamento del personale della sanità rispetto a quello della pubblica amministrazione in generale, esigenza questa che peraltro ha già trovato un primo riscontro nelle norme del recente decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 sulla « Disciplina in materia di pubblico impiego ».

Un altro importante punto di forza della soluzione organizzativa pro-

posta deriva dall'aver previsto la presenza di una direzione regionale unica per sanità e assistenza sociale, passo questo fondamentale verso la realizzazione di una maggiore integrazione tra le due corrispondenti tipologie di servizi rispetto alla situazione attuale.

Infatti, essendo così unico il responsabile viene garantito, almeno a livello apicale, il coordinamento delle attività dei responsabili funzionali che rispettivamente si occupano di suddette forme assistenziali, invece che lasciarlo all'iniziativa dei singoli.

Tale passo, infine, è coerente con il fatto che già ora esiste un unico assessorato alla sanità e all'assistenza sociale.

#### *Aspetti problematici*

La soluzione organizzativa proposta introduce indubbiamente una serie di aspetti problematici il cui approfondimento pertiene alla fase di analisi della fattibilità della soluzione stessa.

Tuttavia, vale la pena citare le principali questioni ancora aperte, le quali si riferiscono a:

— il rapporto fra agenzia regionale della sanità e direzione regionale della sanità e dell'assistenza sociale;

— il rapporto fra l'assessore alla sanità e all'assistenza sociale da un lato e suddette agenzia e direzione dall'altro;

— il trattamento economico dei dipendenti dell'agenzia regionale della sanità;

— il costo complessivo di quest'ultimo organismo.

#### **Direzione regionale della sanità e dell'assistenza sociale**

##### *Inquadramento generale e contesto operativo*

La Direzione regionale della sanità e dell'assistenza sociale (DIRSAS),

è struttura stabile dell'amministrazione regionale, inserita nel dipartimento dei servizi sociali, che agisce alle dipendenze della Giunta regionale e dell'assessore alla sanità e all'assistenza sociale, in linea con le norme generali sull'ordinamento della regione Friuli-Venezia Giulia.

##### *Missione*

Provvedere alle funzioni di supporto alla Giunta regionale e all'assessore alla sanità e all'assistenza sociale, per le attività di promozione legislativa, di indirizzo strategico e programmatico e di alta amministrazione.

##### *Compiti*

— Fornisce supporto all'assessore alla sanità e all'assistenza sociale, alla Giunta e al Consiglio regionale, per tutti gli altri di indirizzo politico/amministrativo.

— Predisporre, nella fase istruttoria e cura la conseguente redazione degli atti amministrativi di attuazione dei provvedimenti approvati dalla Giunta regionale e dal Consiglio regionale.

— Fornisce supporto all'assessore alla sanità e all'assistenza sociale, alla Giunta e al Consiglio regionale, per la definizione degli atti autoritativi nelle materie di competenza, quali le autorizzazioni ed ogni altro provvedimento dell'amministrazione regionale nel suo ruolo di autorità amministrativa.

— Mantiene i rapporti con i sindacati e con gli enti locali sui contenuti di indirizzo strategico e di politica finanziaria.

— Promuove e coordina, con la collaborazione tecnica dell'agenzia regionale per la sanità, i rapporti esterni con gli organi di pubblica opinione, con gli organismi di tutela dei diritti dei cittadini, con le associazioni di volontariato e con le organizzazioni

sindacali per la comunicazione degli indicatori di qualità relativi ai servizi svolti, per fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi e per la divulgazione dei risultati conseguiti.

— Svolge le funzioni di segreteria dell'assessore alla sanità e all'assistenza sociale.

#### **Agenzia regionale per la sanità**

##### *Inquadramento generale*

L'agenzia regionale per la gestione della sanità (ARS) è ente strumentale della Regione ed è soggetto giuridico autonomo di diritto pubblico che si attiene alle direttive impartite dall'assessore alla sanità e all'assistenza sociale e dalla Giunta regionale.

##### *Missione*

Provvedere alla programmazione regionale e al coordinamento delle aziende sanitarie (U.s.l., aziende ospedaliere) garantendo che le stesse, con le loro scelte e programmi di sviluppo, agiscano nell'interesse generale conformemente agli obiettivi posti in essere dal S.s.n., secondo la rideterminazione e gli indirizzi politico-amministrativi espressi dall'assessore e dalla Giunta regionale e formulati in termini di interventi prioritari, progetti-obiettivo e livelli uniformi di assistenza sanitaria.

A tal fine definisce gli strumenti di gestione, controllandone le applicazioni e supportando tecnicamente le varie funzioni di U.s.l., aziende ospedaliere per il raggiungimento degli obiettivi posti dai livelli di assistenza.

##### *Compiti*

— Predisporre il Piano sanitario regionale da sottoporre per l'approvazione all'assessore alla sanità e all'assistenza sociale e alla Giunta regionale.

— Effettua le analisi tecniche, organizzative, sanitarie ed economiche, necessarie per determinare i costi del Servizio sanitario regionale, propeedeutiche alla determinazione del Fondo sanitario regionale e, sulla base dello stesso e degli indirizzi di utilizzazione, deliberati dagli organi regionali, formula le proposte di ripartizione fra le aziende, da sottoporre per l'approvazione all'assessore alla sanità e all'assistenza sociale e alla Giunta regionale, tenendo conto anche dell'autofinanziamento locale e della mobilità sanitaria intra e inter regionale.

— Definisce i costi e determina le tariffe per il finanziamento a prestazioni e a profilo di cura e ne verifica sistematicamente l'adeguatezza rispetto alle variazioni nei comportamenti e nel costo dei fattori.

— Definisce e predispone le metodologie e gli strumenti di gestione coerenti con il sistema dei livelli di assistenza, con il finanziamento a prestazioni e con la responsabilizzazione budgettaria dei centri di spesa, ne promuove l'adozione da parte delle Unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, all'occorrenza supportandone la fase di prima applicazione.

— Predispone gli strumenti di controllo di gestione e procede all'attuazione dell'attività fornendo supporto alle aziende; verifica la coerenza e l'adeguatezza di eventuali sistemi di gestione autonomamente adottati dalle singole aziende, controlla le attività di attuazione e interviene nei modi opportuni per correggere eventuali disfunzioni e superare omissioni e ritardi.

— Definisce gli obiettivi, i requisiti funzionali e i contenuti sostanziali del sistema informativo sanitario, epidemiologico, gestionale e di governo, funzionale alla programmazione e al sistema di gestione delineati ai punti precedenti, facendosi nel contempo carico del debito in-

formativo verso le amministrazioni centrali; ne promuove la generalizzazione presso le U.s.l., le aziende ospedaliere, definendo inoltre i requisiti minimi che dette aziende devono comunque soddisfare, nella salvaguardia degli investimenti già fatti e dell'armonizzazione delle applicazioni in atto con il sistema integrato da realizzare.

— Redige il bilancio consolidato al fine di permettere la conoscenza del risultato economico complessivo di esercizio di tutte le aziende (U.s.l., aziende ospedaliere) e dell'agenzia stessa.

— Definisce i criteri e fornisce supporto alle aziende per la definizione degli obiettivi posti dai livelli di assistenza sanitaria e dai « progetti obiettivo » e controlla che le aziende raggiungano i livelli uniformi di assistenza previsti dalla normativa nazionale e regionale, nel rispetto delle risorse assegnate, promuovendo azioni correttive qualora verificasse situazioni di non-conformità.

— Fornisce criteri organizzativi e supporto tecnico per l'adeguamento dei servizi ai bisogni da soddisfare, per il dimensionamento qualitativo e quantitativo e per la gestione del personale, per la formazione, l'aggiornamento permanente e la riqualificazione in generale dello stesso con particolare e prioritaria attenzione ai quadri tecnici, nonché per l'impiego ottimale delle risorse umane, strumentali e finanziarie, in relazione ai livelli assistenziali e con riguardo al rapporto costi/benefici.

— Emanando le direttive e concordando con le aziende sanitarie le necessarie azioni, finalizzate ad integrare le loro attività su obiettivi comuni.

— Promuove e supporta le attività di controllo della qualità delle attività assistenziali e la loro divulgazione, anche avvalendosi di strutture esterne.

— Promuove e supporta le attività di controllo e valutazione delle ri-

sorse tecnologiche, anche avvalendosi di strutture esterne.

— Individua e gestisce i progetti « speciali » ovvero finalizzati a raggiungere obiettivi particolari e di durata definita.

— Svolge ogni altro incarico di natura tecnica concernente materia gestionale nel settore specifico che ad essa venga affidato dall'assessore regionale.

### *Contesto operativo*

L'ARS è a tutti gli effetti un'azienda operante nel contesto del Servizio sanitario regionale, con imputazioni di spesa definite all'interno del Fondo sanitario regionale.

a) L'ARS opera nell'ambito delle direttive politico-amministrative definite e approvate dall'assessore alla sanità e all'assistenza sociale e dalla Giunta regionale. Collabora con la direzione generale della sanità e dell'assistenza sociale, nel rispetto delle reciproche competenze.

b) È un organo tecnico di coordinamento e controllo ed esercita funzioni di « capo-gruppo » aziendale nei confronti di U.s.l., aziende ospedaliere (pur non avendo quote di proprietà di dette aziende), a cui fornisce inoltre, supporti di tipo specialistico-professionale.

c) Collabora con la direzione regionale della sanità e dell'assistenza sociale al fine di garantire la gestione dei necessari rapporti con enti locali, scuole, università ed altri istituti di ricerca, organi di informazione e comunicazione, società pubbliche e private.

### *Organi dell'ARS*

Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'Agenzia, sono riservati al direttore generale che è nominato dal presidente della Giunta regionale su proposta dell'assessore. Il rapporto di lavoro è a tempo

pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale, rinnovabile.

Il direttore generale è scelto tra coloro che posseggono requisiti di comprovata e documentata competenza gestionale, coerenti con le funzioni da svolgere ed attestanti qualificata attività professionale di direzione e gestione di enti, strutture pubbliche o private di media, grande dimensione, orientate ad operare per obiettivi.

A tal proposito è opportuno istituire un apposito albo regionale, comprendente l'elenco dei soggetti in possesso dei requisiti per lo svolgimento della funzione di direttore generale.

Tale elenco viene predisposto da un apposito organismo regionale.

Il direttore generale ha la responsabilità della nomina dei responsabili dei servizi nei quali è articolata la struttura organizzativa dell'agenzia, nonché degli uffici di staff che da

lui direttamente dipendono.

Tutti i responsabili su indicati ed eventuali altri che il direttore generale considerasse necessario nominare su sua specifica scelta e provvedimento motivato, potranno essere destinati ad altra funzione nell'ambito del Servizio sanitario regionale a seguito del decadimento dall'incarico del direttore generale.

Tale passaggio dovrà avvenire entro 6 mesi, salvo riconferma nell'incarico da parte di un nuovo direttore generale.

Essi avranno un rapporto di lavoro simile a quello del direttore generale (di diritto privato, quinquennale, rinnovabile). Coloro che provengono dall'amministrazione regionale o da altri enti pubblici, al termine del mandato, se questo non viene rinnovato, sono ricollegati nelle strutture di provenienza.

Per ciò che concerne il personale,

l'Agenzia può avvalersi di personale delle aziende sanitarie, di personale della Regione o di altri enti pubblici in posizione di fuori ruolo o comando, di dipendenti di enti pubblici economici.

Il personale proprio dell'Agenzia verrà sottoposto al contratto di lavoro in essere per il personale tecnico sanitario ed amministrativo del Servizio sanitario.

Il direttore generale potrà altresì assumere personale con contratto a tempo determinato e acquisire risorse esterne con rapporto di lavoro di tipo professionale e consulenziale.

L'agenzia regionale della sanità si avvale dell'attività di revisione contabile e gestionale di un collegio dei revisori contabili composto da tre membri, con compiti di vigilanza e controllo dell'agenzia come azienda e come « capo-gruppo » delle aziende sanitarie infraregionali.



# LA LEGGE SULLE COMPETENZE DELLE ISTITUZIONI SANITARIE DELLA REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

**Norme propedeutiche e principi per il riordino della disciplina in materia sanitaria in applicazione del decreto legislativo n. 502/92 della regione autonoma, Friuli-Venezia Giulia**

Titolo I

OBIETTIVO DELLA LEGGE

Art. 1

**Oggetto della legge**

1. - La presente legge detta disposizioni propedeutiche al processo di pianificazione sanitaria regionale ed al riordino del S.s.r., individuando gli strumenti del medesimo processo di pianificazione e gli organismi che partecipano all'elaborazione ed all'attuazione dello stesso, stabilisce il principio della gradualità nel riordino degli strumenti organizzativi e disciplina i tempi della realizzazione dello stesso.

Titolo II

PRINCIPI DEL PROCESSO  
DI PIANIFICAZIONE

Art. 2

**Soggetti della pianificazione**

1. - Sono soggetti del processo di pianificazione:

a) la Regione, che elabora, indirizza e coordina il processo medesimo e ne controlla le fasi attuative;

b) le Unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e l'organismo per la prevenzione di cui all'art. 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, cui competono i compiti di programmazione attuativa.

2. - I protocolli d'intesa previsti dall'art. 6,

comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, definiscono le modalità di partecipazione delle università e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico al processo di pianificazione.

3. - La partecipazione consultiva al processo di pianificazione sanitaria regionale da parte degli enti locali, delle organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori della sanità, degli organismi della sanità militare territorialmente competenti e degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini è disciplinata dalla legge di cui all'art. 8, comma 1.

4. - La legge di cui all'art. 8, comma 1, disciplina altresì la partecipazione dell'organo di cui all'art. 3, comma 14, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, alla programmazione attuativa delle Unità sanitarie locali.

Art. 3

**Strumenti della pianificazione**

1. - Sono strumenti della pianificazione sanitaria regionale la legge regionale di pianificazione sanitaria, le azioni strumentali propedeutiche ed i piani di intervento a medio termine.

2. - La legge regionale di pianificazione sanitaria è adottata entro il 31 dicembre 1993. Essa definisce, coerentemente con le indicazioni del Piano sanitario nazionale, gli obiettivi del processo di pianificazione regionale, i criteri organizzativi e gli standard dei servizi.

3. - Le azioni strumentali propedeutiche, di cui all'art. 4, pongono e definiscono le condizioni essenziali per l'efficacia e l'efficienza del processo di pianificazione sanitaria regionale.

4. - I piani di intervento a medio termine costituiscono gli strumenti per l'attuazione degli obiettivi previsti dalla legge regionale di pia-

nificazione sanitaria e fissano, per periodi non superiori al triennio, i contenuti delle azioni finalizzate a tale attuazione, le condizioni organizzative e le risorse necessarie con la previsione delle relative fonti di finanziamento.

5. - I piani di intervento a medio termine, in coerenza con le indicazioni di cui all'art. 9 della L. 23 ottobre 1985, n. 595 (1), possono avere contenuto generale o settoriale, sono elaborati nel rispetto dell'art. 2, comma 3, e sono approvati dalla Giunta regionale sentita la commissione consiliare competente.

6. - Entro il 31 marzo di ogni anno la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione sullo stato sanitario della Regione che evidenzia il grado di raggiungimento degli obiettivi e la situazione della spesa sanitaria. In tale relazione devono inoltre essere indicati i piani di intervento a medio termine che la Giunta regionale intende varare entro l'anno.

#### **Art. 4**

##### **Azioni strumentali propedeutiche**

1. - Sono azioni strumentali propedeutiche del processo di pianificazione il sistema informativo, l'osservazione epidemiologica, la sperimentazione ed il controllo di qualità.

2. - Il sistema informativo sanitario è l'insieme coordinato di strutture, strumenti e procedure finalizzate all'acquisizione, elaborazione, produzione e diffusione delle informazioni interessanti il Servizio sanitario regionale, per l'esercizio delle funzioni di programmazione, attuazione e controllo.

3. - Sono finalità del sistema informativo sanitario l'estensione della rete informativa, la qualificazione delle basi informative, lo sviluppo di criteri e metodologie per il monitoraggio e la verifica dei risultati attesi dell'attività sanitaria, l'ottimizzazione dell'accesso da parte degli utenti del Servizio sanitario regionale, anche per l'attuazione di quanto previsto dall'art. 14, comma 4, del decreto legislativo n. 502/1992.

4. - Per la realizzazione di un'adeguata rete di osservazione epidemiologica la legge regionale di cui all'art. 8, comma 1, definisce l'organizzazione dell'osservatorio epidemiologico regionale. L'osservatorio epidemiologico regionale utilizza le competenze epidemiologiche esistenti in settori specifici del Servizio sanitario regionale e si avvale di un comitato tecnico scientifico avente funzioni di consulenza per le attività promosse dall'osservatorio stesso.

5. - La Regione si riserva la facoltà di effettuare sperimentazioni gestionali ed organizza-

tive, nella ricerca di più efficienti modelli di governo per l'uso delle risorse finalizzate a raggiungere gli obiettivi prefissati nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria. Con singoli atti la Regione disciplina la materia oggetto della sperimentazione, delimita gli ambiti e le aree territoriali interessate, fissa gli obiettivi da perseguire, l'assetto strutturale tecnico-funzionale dei servizi, la durata della sperimentazione e le modalità di verifica dei risultati.

6. - Il controllo di qualità è organizzato ai livelli regionali, di azienda e di singola unità operativa. Il risultato atteso dell'attivazione di tali sistemi è il miglioramento dei servizi resi al cittadino e dell'organizzazione sanitaria. La Regione promuove le iniziative che portano alla definizione di indicatori di struttura, di procedura e di esito-risultato, necessari per l'accreditamento di cui all'art. 10 del decreto legislativo n. 502/1992 e tali da garantire un costante miglioramento della qualità dei servizi sanitari forniti.

7. - Le azioni strumentali propedeutiche sono definite mediante progetti attuativi approvati con le modalità di cui all'art. 3, comma 5.

8. - Ulteriori azioni strumentali propedeutiche sono eventualmente individuate dalla legge regionale della pianificazione sanitaria.

#### **Titolo III**

##### **ASPETTI ISTITUZIONALI**

#### **Art. 5**

##### **Ambiti territoriali delle aziende Unità sanitarie locali**

1. - Nella regione Friuli-Venezia Giulia vengono istituite 6 Unità sanitarie locali (U.s.l.) ai sensi dell'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Gli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali sono così definiti;

— U.s.l. n. 1 - Tutti i Comuni della provincia di Trieste;

— U.s.l. n. 2 - Tutti i Comuni della provincia di Gorizia;

— U.s.l. n. 3 - I seguenti Comuni della provincia di Udine: Amaro, Ampezzo, Arta Terme, Artegna, Bordano, Comeglians, Dogna, Enemonzo, Forni Avoltri, Forni di Sopra, Forni di Sotto, Gemona, Lauco, Ligosullo, Malborghetto, Moggio, Montenars, Osoppo, Ovaro, Paluzza, Paularo, Pontebba, Prato Carnico, Preone, Ravaseletto, Raveo, Resia, Resiutta, Rigolato, Sauris, Socchieve, Sutrio, Tarvisio, Tolmezzo, Trasaghis, Treppo Carnico, Venzone, Verzegnis, Villa Santina, Zuglio;

— U.s.l. n. 4 - I seguenti Comuni della provincia di Udine: Attimis, Basiliano, Bertio, Buttrio, Camino al Tagliamento, Campoformido, Cassacco, Castions di Strada, Cividale, Codroipo, Colloredo di Monte Albano, Corno di Rosazzo, Coseano, Dignano, Drenchia, Faedis, Fagagna, Flaibano, Forgaria nel Friuli, Grimacco, Lestizza, Lusevera, Majano, Magnano in Riviera, Manzano, Martignacco, Meretto di Tomba, Moimacco, Mortegliano, Moruzzo, Nimis, Pagnacco, Pasian di Prato, Pavia di Udine, Povoletto, Pozzuolo del Friuli, Pradamano, Premariacco, Prepotto, Pulfero, Ragogna, Reana del Rojale, Remanzacco, Rive d'Arcano, San Daniele del Friuli, San Giovanni al Natisone, San Leonardo, San Pietro al Natisone, San Vito di Fagagna, Savogna, Sedegliano, Stregna, Taipana, Talmassons, Tarcento, Tavagnacco, Torreano, Treppo Grande, Tricesimo, Udine, Varmo;

— U.s.l. n. 5 - I seguenti Comuni della provincia di Udine: Aiello del Friuli, Aquileia, Bagnaria Arsa, Bicinicco, Campolongo al Torre, Carlino, Cervignano, Chiopris-Viscone, Fiumicello, Gonars, Latisana, Lignano Sabbiadoro, Marano Lagunare, Muzzana del Turgnano, Palazzolo dello Stella, Palmanova, Pocenia, Porpetto, Precenico, Rivignano, Ronchis, Ruda, San Giorgio di Nogaro, Santa Maria La Longa, San Vito al Torre, Tapogliano, Teor, Terzo d'Aquileia, Torviscosa, Trivignano Udinese, Villa Vicentina, Visco;

— U.s.l. n. 6 - Tutti i Comuni della Provincia di Pordenone.

#### Art. 6

##### Aziende ospedaliere

1. - Ferma restando la competenza statale di classificare gli ospedali di rilievo nazionale di alta specializzazione con decreto del presidente della Giunta regionale è costituita in ogni Provincia l'azienda autonoma ospedaliera, ai sensi dell'art. 4, c. 1, del D.L.vo n. 502/1992.

2. - Sono altresì aziende ospedaliere autonome per effetto dei rispettivi statuti od ordinamenti istituzionali:

a) l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico per l'infanzia Burlo Garofolo di Trieste;

b) l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico centro di riferimento oncologico di Aviano;

c) il Policlinico dell'Università degli studi di Udine.

3. - È data facoltà alla Giunta regionale di provvedere alla costituzione in azienda di ulter-

riori ospedali come previsto dall'art. 4, comma 1, del decreto legislativo n. 502/1992.

#### Titolo IV

##### FUNZIONI DI SOVRAORDINAZIONE ALLE AZIENDE DEL S.S.R.

#### Art. 7

##### Principi sull'organizzazione delle funzioni di sovraordinazione alle aziende del S.s.r.

1. - Per l'esercizio delle funzioni di sovraordinazione regionale alle aziende delle U.s.l. ed ospedaliere la legge regionale di cui all'art. 8, si uniforma alle seguenti indicazioni:

a) la trattazione degli adempimenti in materia di sanità ed in materia di assistenza sociale è affidata ad un'unica direzione regionale con il fine di conseguire il maggior coordinamento e la massima integrazione nelle attività di sicurezza sociale nell'ambito regionale;

b) la trattazione degli adempimenti di supporto per l'esercizio delle funzioni di direzione politica sanitaria, di verifica dei relativi risultati e di alta amministrazione in materia di sanità è affidata alla direzione regionale di cui alla lett. a), che tratta altresì i provvedimenti autorizzativi, le ordinanze contingibili ed urgenti del presidente della Giunta regionale quale autorità sanitaria regionale, la pianta organica delle farmacie e gli altri provvedimenti che le vigenti disposizioni attribuiscono alla Regione quale autorità amministrativa;

c) per l'esercizio delle funzioni afferenti alla gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa del gruppo delle aziende di cui al titolo III, la Regione si avvale, in via strumentale, di un'agenzia regionale, quale azienda capo gruppo, provvista di personalità giuridica e ordinata secondo il modello aziendale. Detta agenzia risponde alla Giunta regionale dell'andamento complessivo delle aziende nei limiti delle direttive politico-programmatiche di cui alla lett. b) e delle risorse finanziarie a disposizione, fatte salve le responsabilità di pertinenza di ciascuna azienda sanitaria del gruppo.

#### Titolo V

##### NORME FINALI

#### Art. 8

##### Gradualità e temporalizzazione dell'attuazione del riordino del Servizio sanitario regionale

1. - Con legge regionale da emanarsi entro

il 31 dicembre 1993 si provvede alla disciplina dell'assetto organizzativo delle funzioni di sovraordinazione regionale ed all'istituzione delle aziende Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

2. - La legge di cui al comma 1 disciplina altresì il subentro dei nuovi soggetti aziendali nei rapporti giuridici facenti capo alle attuali Unità sanitarie locali ed il raccordo tra gli strumenti di pianificazione attuativa degli stessi soggetti.

3. - Con l'entrata in vigore della presente legge gli amministratori straordinari delle Unità sanitarie locali aventi sede nei capoluoghi di Provincia assumono la veste di commissario straordinario ad acta per la formazione di un piano conoscitivo delle unità operative e distribuzione delle risorse fisiche e del personale, al fine del riordino delle strutture sanitarie nell'ambito del rispettivo territorio provinciale. Per tale adempimento i commissari straordinari si avvalgono della collaborazione degli amministratori straordinari delle altre Unità sanitarie locali della stessa Provincia.

4. - Il piano è sottoposto, avendo acquisito il parere obbligatorio dei soggetti di cui all'art. 3, comma 14, del decreto legislativo n. 502/1992, all'approvazione della Giunta regionale entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale di cui al comma 1 e indica per ciascuna delle aziende di cui agli artt. 5 e 6 e separatamente per l'organismo regionale di cui all'art. 7 del decreto legislativo n. 502/1992:

- a) le unità operative di pertinenza;
- b) le rispettive complessive dotazioni immobiliari e mobiliari;
- c) l'assegnazione, nel limite dell'esistente, del numero del personale per qualifica e profilo professionale, essenziale per l'avvio del funzionamento, sulla base di direttive generali emanate dalla direzione regionale della sanità.

5. - L'attività delle aziende di cui agli artt. 5 e 6 e dell'agenzia di cui alla lett. c) dell'art. 7 ha inizio dalla data indicata nel decreto costitutivo delle stesse, che è la medesima per tutto il territorio regionale e coincide con l'avvio dell'anno finanziario.

6. - Il medesimo decreto contiene altresì le modalità dell'assegnazione definitiva alle aziende od all'agenzia delle dotazioni di personale e dei beni mobili ed immobili, nonché le istruzioni per l'ulteriore gestione contabile dei residui delle Unità sanitarie locali preesistenti al riordino.

7. - Per le unità operative provvedono gli strumenti di pianificazione.

8. - La Regione effettua, con le modalità previste dall'art. 4, comma 5, una sperimentazione dell'assetto organizzativo definito con la legge di cui al comma 1.

## Art. 9

### Disposizioni finali

1. - Con l'approvazione della legge regionale di pianificazione sanitaria cessano di avere applicazione le norme della legge regionale 18 luglio 1985, n. 28 (2).

2. - È abrogata la legge regionale 10 giugno 1986, n. 26 (3).

---

(1) Il testo dell'art. 9 della L. 23 ottobre 1985, n. 595, è il seguente:

Art. 9 (*Piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome*). — Nel quadro degli interventi diretti in via prioritaria al perseguimento degli obiettivi di cui all'art. 2, tenuti presenti le direttive ed i parametri tendenziali di organizzazione generale definiti nel Piano sanitario nazionale, i piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome per il triennio 1986-88 devono comunque prevedere:

- a) gli impegni operativi per la realizzazione delle azioni programmate e dei progetti obiettivi;
- b) gli obiettivi e le modalità di attivazione dei distretti sanitari di base;
- c) la stima del fabbisogno quantitativo e qualitativo del personale in relazione alla domanda sanitaria da soddisfare, ai connessi servizi da attivare, alle politiche di intervento definite ai sensi dell'art. 2, nonché le misure anche poliennali di adeguamento degli organici;
- d) la definizione e la localizzazione del fabbisogno di attività professionali convenzionate:

- 1) per la medicina di base, per la pediatria di libera scelta, per la guardia medica territoriale, con indicazioni espresse per le zone disagiate e carenti;
- 2) per i servizi specialistici nei poliambulatori intra ed extra ospedalieri, prevedendone il necessario ordinamento;

- 3) per le attività specialistiche presso strutture private convenzionate, il cui apporto va programmato avendo riguardo al pieno utilizzo delle strutture pubbliche ed al raccordo con queste ultime al fine di soddisfare comunque il diritto di accesso alle prestazioni specialistiche da parte del cittadino entro il termine massimo di tre giorni dalla richiesta all'Unità sanitaria locale competente, tenuto conto anche dell'esigenza della continuità diagnostico-terapeutica. Le indicazioni di cui sopra sono attuate in sede di rinnovo delle convenzioni:

- e) le modalità di partecipazione del volontariato e il coordinamento delle attività che lo stesso è ammesso a svolgere nei presidi e nei servizi territoriali;
- f) la distribuzione nel territorio dei presidi fissi esistenti o da istituire nel quadro del riequilibrio delle dotazioni sanitarie e la riorganizzazione delle attività interne dei presidi stessi;

g) la distribuzione sul territorio e le modalità di coordinamento operativo, anche radio-assistito, dei servizi di pronto intervento e di emergenza collegati funzionalmente ai servizi di guardia medica territoriale ed ospedaliera, ai servizi di pronto soccorso e di trasporto protetto degli infermi, ai servizi di cura intensiva ed ai servizi di raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano ed emoderivati a lunga conservazione;

h) l'indicazione del fabbisogno triennale di attrezzature per il potenziamento e l'ammodernamento dei presidi pubblici;

i) le priorità di ricerca finalizzata agli obiettivi indicati al precedente art. 2, nonché ad eventuali altri aspetti di tutela della salute di preminente rilievo locale, da finanziare a carico della quota di Fondo sanitario nazionale;

l) l'organizzazione delle attività di rilevazione dei dati epidemiologici, statistici e finanziari necessari sia alle esigenze gestionali delle Unità sanitarie

locali sia alle esigenze conoscitive, di valutazione e di controllo delle Regioni, delle Province autonome e dell'amministrazione centrale, secondo gli indirizzi metodologici forniti dal Ministero della sanità, sentita la Commissione interistituzionale per il sistema informativo sanitario di cui al decreto del Ministero della sanità 16 novembre 1981;

m) la specificazione delle risorse finanziarie aventi un vincolo di destinazione in base ai criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale e degli interventi programmati dalla Regione o dalla Provincia autonoma, nonché il programma delle attività da svolgere con tali fondi a destinazione vincolata.

(2) La legge regionale 18 luglio 1985, n. 28, concerne: « Piano sanitario regionale della regione Friuli-Venezia Giulia per il triennio 1985-1987 ».

(3) La legge regionale 10 giugno 1986, n. 26, reca: « Disposizioni in materia di indagine ed osservazione epidemiologica. Osservatorio epidemiologico regionale ».

## LA LEGGE SULLA REVISIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI DELLE U.S.L. DELLA REGIONE CALABRIA

### Art. 1

#### Ridefinizione degli ambiti territoriali delle Unità socio-sanitarie locali

La tabella « A » di cui all'art. 4, c. 1, della L.R. 2 giugno 1980, n. 18, è sostituita dalla tabella « A » allegata alla presente legge.

### Art. 2

#### Nomina commissari

1. - Entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il presidente della Giunta regionale nomina, con propri decreti, su proposta dell'assessore alla sanità, un commissario per lo svolgimento dei compiti propeudici alla gestione delle nuove U.s.l., per ciascuna delle 11 U.s.l. Le nomine devono ricadere su dipendenti di ruolo della regione Calabria con qualifica non inferiore a quella di dirigente ed in possesso del diploma di laurea.

2. - I commissari di cui al comma 1 devono provvedere, in ordine ai seguenti adempimenti, preordinati al fine della gestione unificata da parte delle nuove U.s.l., entro il termine perentorio di 90 giorni dalla nomina:

a) all'inventario dei beni mobili ed immobili;

b) alla ricognizione delle piante organiche del personale;

c) al rendiconto unificato relativo ai risultati della gestione delle U.s.l. di rispettiva competenza territoriale;

d) alla formulazione della graduatoria provvisoria di cui al successivo art. 7;

e) ad ogni altro adempimento idoneo a facilitare il passaggio della gestione dalle vecchie alle nuove U.s.l., nel rispetto delle norme vigenti.

### Art. 3

#### Elezione del Comitato di garanti e nomina dell'amministratore straordinario

1. - Ai fini dell'elezione del Comitato di garanti, entro 10 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale determina, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legge 6 febbraio 1991, n. 35, convertito, con modificazioni, nella L. 4 aprile 1991, n. 111, il numero degli elettori spettanti a ciascun Comune facente parte dell'ambito territoriale delle nuove Unità socio-sanitarie locali.

2. - Entro 30 giorni dalla data di pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione della deliberazione di cui al comma 1, i Comuni nominano i propri rappresentanti.

3. - Entro i dieci giorni successivi al termine di cui al comma 2, la Giunta regionale stabilirà la data dell'elezione del Comitato di garanti a condizione che sia intervenuta la nomina di almeno i due terzi della totalità dei rappresentanti spettanti ai Comuni facenti parte dell'ambito territoriale dell'Unità socio-sanitaria locale.

4. - Entro il termine di 10 giorni dall'esecutività della deliberazione della propria nomina,

il Comitato di garanti indicherà alla Giunta regionale almeno una terna di aspiranti alla carica di amministratore straordinario nel rispetto delle modalità previste dal decreto legge 6 febbraio 1991, n. 35, convertito, con modificazioni, nella L. 4 aprile 1991, n. 111.

5. - La Giunta regionale, entro i successivi 15 giorni, provvederà alla scelta dei nuovi amministratori straordinari nell'ambito dei nominativi indicati dal Comitato di garanti anche se il numero degli stessi, per dimissioni, rinuncia, nomina in altra Unità socio-sanitaria locale o altra causa, si ridurrà ad un numero inferiore a tre.

#### Art. 4

##### **I servizi dell'Unità socio-sanitaria locale**

1. - L'art. 5 della legge regionale 30 novembre 1981, n. 18, è così sostituito:

« Art. 5 — L'Unità socio-sanitaria locale svolge le proprie funzioni comprendenti le attività di cui all'art. 3 della legge regionale 2 giugno 1980, n. 18, mediante i seguenti servizi amministrativi, sanitari e sociali, dotati di autonomia tecnico-funzionale:

1) igiene pubblica e ambientale, prevenzione delle malattie ed educazione sanitaria, sicurezza degli ambienti di lavoro, medicina legale, dello sport e del tempo libero;

2) medicina di base, medicina specialistica e medicina dei servizi;

3) assistenza ospedaliera, tutela della salute mentale, tutela della salute degli anziani;

4) servizio farmaceutico;

5) servizio veterinario;

6) servizio sociale, tutela della salute dei portatori di handicaps, tossicodipendenze, interventi riabilitativi e di risocializzazione;

7) assistenza alla procreazione libera e responsabile, tutela della maternità, infanzia ed età evolutiva, servizi socio-riabilitativi dell'età evolutiva, medicina scolastica, assistenza alla famiglia;

8) servizio affari generali e legali, informazione ed elaborazione dati;

9) gestione del personale, formazione ed aggiornamento professionale;

10) economato e provveditorato;

11) servizi tecnici, gestione del patrimonio;

12) programmazione finanziaria, bilancio e ragioneria

È fatto divieto alle U.s.l. di modificare o istituire un numero di servizi maggiore di quelli previsti nel comma precedente.

Per la nomina del responsabile del servizio n. 6 di cui alla presente legge si applicano i

criteri previsti dall'art. 37 della legge regionale 26 gennaio 1987, n. 5 ».

#### Art. 5

##### **Ufficio di direzione dell'Unità socio-sanitaria locale**

1. - L'ufficio di direzione di ciascuna Unità socio-sanitaria locale è composto da tutti i responsabili dei servizi di cui all'art. 4.

2. - Dalla data di entrata in vigore della presente legge, la pianta organica di ciascuna Unità socio-sanitaria locale è integrata ope legis del numero di posti di posizione funzionale apicale corrispondente al numero di servizi di cui all'art. 4.

3. - A decorrere dalla data di nomina dei nuovi responsabili di servizio, secondo le procedure di cui all'art. 7, l'attività di ciascuno di essi deve essere svolta a tempo pieno e non è cumulabile con altre funzioni o altre incarichi.

#### Art. 6

##### **I coordinatori dell'ufficio di direzione**

A decorrere dalla data di cui all'art. 5, comma 3, i componenti dell'ufficio di direzione, ai quali, nel rispetto delle procedure indicate nell'art. 12 della legge regionale 30 novembre 1981, n. 18, viene conferito l'incarico di coordinatore sanitario ed amministrativo, non possono cumulare l'incarico medesimo, che va svolto a tempo pieno, con altro incarico.

#### Art. 7

##### **Norma transitoria per la copertura dei posti di responsabile di servizio**

1. - In sede di prima applicazione della presente legge, la copertura dei posti di responsabile di servizio di cui all'art. 4 avviene, per ciascuna Unità socio-sanitaria locale, mediante concorso interno per titoli da espletarsi entro sei mesi dall'insediamento delle nuove Unità socio-sanitarie locali con l'osservanza delle procedure previste dal D.M. 30 gennaio 1982.

2. - Al concorso sarà ammesso a partecipare il personale di posizione funzionale apicale che alla data di scadenza del termine di presentazione delle domande era in servizio di ruolo in ciascuna Unità socio-sanitaria locale, purché in possesso dei requisiti di cui al D.M. 30 gennaio 1982.

3. - Al concorso è altresì ammesso a partecipare il personale sempre in posizione funzionale apicale in servizio di ruolo in altre Unità socio-sanitarie locali, che sia in possesso dei re-

quisiti prescritti dal bando. In questo caso la commissione giudicatrice formulerà una graduatoria separata degli idonei, i quali potranno essere dichiarati vincitori del concorso, secondo l'ordine della graduatoria medesima, solo ove il numero degli idonei al concorso di cui al comma 2 sia inferiore al numero dei posti messi a concorso interno.

4. - Nelle more dell'espletamento del concorso interno di cui al presente articolo, il commissario formulerà, all'atto del suo insediamento, una graduatoria provvisoria interna per soli titoli, fra tutti i dipendenti delle Unità socio-sanitarie locali accorpate che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge risultino regolarmente incaricati della responsabilità dei servizi di cui all'art. 5 della legge regionale 30 novembre 1981, n. 18.

5. - La graduatoria di cui al comma 4 individuerà, secondo l'ordine della stessa, i responsabili provvisori dei servizi con competenza sull'intero territorio delle nuove Unità socio-sanitarie locali.

6. - Nel caso in cui non sia possibile ricoprire tutti i posti di responsabile dei servizi di cui all'art. 4 della presente legge, fino all'espletamento dei concorsi, i responsabili che risulteranno, in base alla graduatoria di cui al comma 4, incaricati provvisoriamente della direzione dei servizi 2, 8 e 10, assumeranno ad interim anche la responsabilità rispettivamente dei servizi 3, 9 ed 11.

7. - La graduatoria interna provvisoria di cui al comma 4 sarà formulata con l'osservanza dei criteri di valutazione dei titoli fissati dalla vigente normativa concorsuale per la copertura dei posti di posizione funzionale apicale.

8. - L'espletamento dell'incarico conferito mediante la suddetta graduatoria interna non può in alcun modo costituire titolo di preferenza o di precedenza in sede di espletamento dei concorsi di cui al comma 1.

9. - Gli incarichi provvisori conferiti per applicazione della graduatoria interna predisposta dal commissario cessano di diritto all'atto della nomina dei vincitori dei concorsi di cui al comma 1.

10. - È abrogato l'art. 24 della legge regionale 30 novembre 1981, n. 18.

#### Art. 8

La sede di ciascuna Unità socio-sanitaria locale è indicata nell'allegato « A » della presente legge.

#### Art. 9

##### Rinvio

Per quanto non espressamente disciplinato dalla presente legge, si applicano le norme di cui alle parti tuttora vigenti del t.u. della legge comunale e provinciale, approvato con R.D. 3 marzo 1934, n. 383 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché alla L. 8 giugno 1990, n. 142, al decreto legge 6 febbraio 1991, n. 35, convertito, con modificazioni, nella L. 4 aprile 1991, n. 111 e alle leggi regionali 2 giugno 1980, n. 18, 30 novembre 1981, n. 18, 17 dicembre 1981, n. 21, 27 agosto 1986, n. 38.

#### Art. 10

##### Abrogazione di norme

1. - Sono abrogate tutte le norme regionali in contrasto o comunque incompatibili con la presente legge.

#### Tabella « A »

##### Comuni appartenenti all'Unità socio-sanitaria locale n. 1 - sede Paola:

Acquappesa, Aiello Calabro, Aieta, Amantea, Belmonte Calabro, Belvedere Marittimo, Bonifati, Buonvicino, Cetraro, Cleto, Diamante, Falconara Albanese, Fiumefreddo Bruzio, Fuscaldo, Grisolia, Guardia Piemontese, Lago, Longobardi, Maierà, Orsomarso, Paola, Papisidero, Praia a Mare, Sanginetto, San Lucido, San Nicola Arcella, San Pietro in Amantea, Santa Domenica Talao, Santa Maria del Cedro, Scalea, Serra d'Aiello, Tortora, Verbicaro.

##### Comuni appartenenti all'Unità socio-sanitaria locale n. 2 - sede Castrovillari:

Acquaformosa, Altomonte, Castrovillari, Cervicati, Cerzeto, Civita, Fagnano Castello, Firmo, Frascineto, Laino Borgo, Laino Castello, Lungro, Malvito, Mongrassano, Morano Calabro, Mormanno, Mottafollone, Roggiano Gravina, San Basile, San Donato di Ninea, San Lorenzo del Vallo, San Marco Argentano, San Martino di Finita, San Sosti, Sant'Agata di Esaro, Santa Caterina Albanese, Santa Sofia d'Epiro, Saracena, Spezzano Albanese, Tarsia, Terranova da Sibari, Torano Castello.

##### Comuni appartenenti all'Unità socio-sanitaria locale n. 3 - sede Rossano:

Albidona, Alessandria del Carretto, Amendolara, Bocchigliero, Calopezzati, Caloveto, Campana, Canna, Cariati, Cassano allo Jo-

nio, Castroregio, Cerchiara di Calabria, Corigliano Calabro, Cropalati, Crosia, Francavilla Marittima, Longobucco, Mandatoriccio, Montegiordano, Nocera, Oriolo, Paludi, Pietrapola, Plataci, Rocca Imperiale, Roseto Capo Spulico, Rossano, San Cosmo Albanese, San Demetrio Corone, San Giorgio Albanese, San Lorenzo Bellizzi, Scala Coeli, Terravecchia, Trebisacce, Vaccarizzo Albanese, Villapiana.

**Comuni appartenenti all'Unità socio-sanitaria locale n. 4 - sede Cosenza:**

Acri, Altilia, Aprigliano, Belsito, Bianchi, Bisignano, Carolei, Carpanzano, Casole Bruzio, Castiglione Cosentino, Castrolibero, Celico, Cellara, Cerisano, Colosimi, Cosenza, Dipignano, Domanico, Figline Vegliaturo, Grimaldi, Lappano, Lattarico, Luzzi, Malito, Mangone, Marano Marchesato, Marano Principato, Marzi, Mendicino, Montalto Uffugo, Panettieri, Parenti, Paterno Calabro, Pedace, Pedivigliano, Piane Crati, Pietrafitta, Rende, Rogliano, Rose, Rota Greca, Rovito, San Benedetto Ullano, San Fili, San Pietro in Guarano, Santo Stefano di Rogliano, San Vincenzo La Costa, Scigliano, Serra Pedace, Spezzano Piccolo, Spezzano Sila, Trenta, Zumpano.

**Comuni appartenenti all'Unità socio-sanitaria locale n. 5 - sede Crotone:**

Belvedere Spinello, Caccuri, Carfizzi, Casabona, Castelsilano, Cerenzia, Cirò, Cirò Marina, Cotronei, Crotone, Crucoli, Cutro, Isola Capo Rizzuto, Marcedusa, Melissa, Mesoraca, Pallagorio, Petilia Policastro, Roccabernarda, Rocca di Neto, San Giovanni in Fiore, San Mauro Marchesato, San Nicola dell'Alto, Santa Severina, Savelli, Scandale, Strongoli, Umbriatico, Verzino.

**Comuni appartenenti all'Unità socio-sanitaria locale n. 6 - sede Lamezia Terme:**

Carlopoli, Conflenti, Cortale, Curingia, Decollatura, Falerna, Feroletto Antico, Gizzeria, Jacurso, Lamezia Terme, Maida, Martirano, Martirano Lombardo, Motta Santa Lucia, Nocera Tirinese, Pianopoli, Platania, San Mango D'Aquino, San Pietro a Maida, Serrastretta, Soveria Mannelli.

**Comuni appartenenti all'Unità socio-sanitaria locale n. 7 - sede Catanzaro:**

Albi, Amaroni, Amato, Andali, Argusto, Badolato, Belcastro, Borgia, Botricello, Caraffa di Catanzaro, Cardinale, Catanzaro, Cenadi, Centrache, Cerva, Chiaravalle Centrale, Cicala, Cropani, Davoli, Fossato Serralta, Gaglia-

to, Gasperina, Gimigliano, Girifalco, Guardavalle, Isca sullo Jonio, Magisano, Marcellinara, Miglierina, Montauro, Montepaone, Olivadi, Palermiti, Pentone, Petrizzi, Petronà, San Pietro Apostolo, Settingiano, San Sostene, San Vito sullo Jonio, Sant'Andrea Apostolo dello Jonio, Santa Caterina dello Jonio, San Floro, Satriano, Sellia, Sellia Marina, Sersale, Simeri Crichi, Sorbo S. Basile, Soverato, Soveria Simeri, Squillace, Staletti, Taverna, Tiriolo, Torre di Ruggiero, Vallefiorita, Zagarise.

**Comuni appartenenti all'Unità socio-sanitaria locale n. 8 - sede Vibo Valentia:**

Acquaro, Arena, Briatico, Brognaturo, Capistrano, Cessaniti, Dasà, Dinami, Drapia, Fabrizia, Filadelfia, Filandari, Filogaso, Francavilla Angitola, Francica, Gerocarne, Jonadi, Joppolo, Limbadi, Maierato, Mileto, Mongiana, Monterosso Calabro, Nardodipace, Nicotera, Parghelia, Pizzo, Pizzoni, Polia, Ricadi, Rombiolo, San Calogero, San Costantino Calabro, San Gregorio d'Ippona, San Nicola da Crissa, Sant'Onofrio, Serra San Bruno, Simbario, Soriano, Soriano Calabro, Spadola, Spilinga, Stefanconi, Tropea, Vallelonga, Vazzano, Vibo Valentia, Zaccanopoli, Zambrone, Zungri.

**Comuni appartenenti all'Unità socio-sanitaria locale n. 9 - sede Locri:**

Africo, Agnana Calabria, Antonimina, Ardore, Benestare, Bianco, Bivongi, Bovalino, Brancaleone, Bruzzano Zeffirio, Camini, Canolo, Caraffa del Bianco, Careri, Casignana, Caulonia, Ciminà, Ferruzzano, Gerace, Gioiosa Jonica, Grotteria, Locri, Mammola, Marina di Gioiosa Jonica, Martone, Monasterace, Palizzi, Pazzano, Placanica, Platì, Portigliola, Riace, Roccella Jonica, Samo, San Giovanni di Gerace, San Luca, Sant'Agata del Bianco, Sant'Ilario dello Jonio, Siderno, Staiti, Stignano, Stilo.

**Comuni appartenenti all'Unità socio-sanitaria locale n. 10 - sede Palmi:**

Anoia, Candidoni, Cosoleto, Cinquefondi, Cittanova, Delianuova, Feroletto della Chiesa, Galatro, Giffone, Gioia Tauro, Laureana di Borrello, Maropati, Melicuccà, Melicucco, Molochio, Oppido Mamertina, Palmi, Polistena, Rizziconi, Rosarno, San Ferdinando, San Giorgio Morgeto, San Pietro di Caridà, San Procopio, Santa Cristina d'Aspromonte, Scido, Seminara, Serrata, Taurianova, Terranova, Sappo Minulio, Varapodio, Sant'Eufemia d'Aspromonte, Sinopoli.



**Comuni appartenenti all'Unità socio-sanitaria locale n. 11 - sede Reggio Calabria:**

Bagaladi, Bagnara Calabria, Bova, Bova Marina, Calanna, Campo Calabro, Cardeto, Condoguri, Fiumara, Laganadi, Melito di Porto

Salvo, Monteverello Jonico, Motta San Giovanni, Reggio Calabria, Roccaforte del Greco, Roghudi, San Lorenzo, San Roberto, Sant'Alessio in Aspromonte, Santo Stefano in Aspromonte, Scilla, Villa San Giovanni.

## LA RIDEFINIZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI DELLE U.S.L. DELLA REGIONE LIGURIA

**Art. 1****Finalità**

1. - La presente legge, in applicazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ed al fine di garantire gradualità alla nuova disciplina in materia sanitaria, ridefinisce gli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali in attesa del riordino definitivo del Servizio sanitario della Liguria.

**Art. 2****Ridefinizione degli ambiti territoriali**

1. - Gli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali (U.s.l.) indicati nella tabella allegata alla legge regionale 5 dicembre 1979, n. 45 e successive modificazioni ed integrazioni, sono modificati secondo la tabella « A » allegata alla presente legge, che indica altresì la denominazione e la sede delle U.s.l.

2. - Le U.s.l. esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge sono soppresse ed i relativi organi decadono dalla carica a decorrere dall'insediamento dei commissari regionali di cui all'art. 3.

**Art. 3****Nomina dei commissari regionali e relative funzioni**

1. - Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale nomina, per ciascuna delle U.s.l. individuate ai sensi dell'art. 2, un commissario regionale per la gestione provvisoria e per lo svolgimento dei compiti propedeutici alla trasformazione delle stesse in aziende.

2. - Il commissario regionale resta in carica sino all'entrata in funzione del direttore generale.

3. - Il commissario regionale è scelto tra persone di comprovata e qualificata esperienza amministrativa, le quali devono possedere i requisiti previsti dal decreto legislativo 30 dicembre

1992, n. 502 per la nomina a direttori generali delle U.s.l.

4. - Il commissario regionale provvede, in modo particolare:

a) alla ricognizione delle piante organiche del personale, anche con riferimento agli adempimenti di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29;

b) all'inventario dei beni mobili e immobili;

c) alla nomina provvisoria dei coordinatori e dei responsabili di servizio e di unità operativa;

d) ad ogni altro o adempimento necessario a garantire il regolare funzionamento delle U.s.l. con riferimento specifico all'erogazione delle prestazioni sanitarie, assicurando il mantenimento dei livelli di assistenza previsti.

5. - In relazione all'ampiezza del territorio della U.s.l., nonché al numero ed alla consistenza delle strutture ospedaliere, la Giunta regionale può inoltre nominare sino a due sub-commissari che coadiuvino il commissario regionale, indicandone l'ambito di attività e le competenze.

6. - I sub-commissari sono nominati con gli stessi criteri e devono possedere i requisiti previsti per la nomina a commissari regionali.

7. - Le indennità dei commissari regionali e dei sub-commissari sono fissate dalla Giunta regionale con riferimento a quanto previsto dalla normativa vigente per gli amministratori straordinari delle U.s.l.

**Art. 4****Funzioni già attribuite ai comitati dei garanti**

1. - Fino alla trasformazione delle U.s.l. in aziende ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 si applicano le disposizioni di cui all'art. 1, commi 3, 4 e 5 del decreto-legge 2 marzo 1993, n. 45.

**Art. 5****Collegio dei revisori dei conti**

1. - Contemporaneamente alla nomina dei commissari regionali, il presidente della Giunta regionale, con proprio decreto, nomina i collegi dei revisori dei conti delle Unità sanitarie locali secondo quanto previsto dall'art. 3, comma 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

2. - Fatta eccezione per i componenti designati dal Ministro del tesoro, i revisori dei conti debbono essere scelti tra gli iscritti nel registro previsto dall'art. 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88.

#### Art. 6

##### Successione nei rapporti giuridici

1. - Prima della decadenza dalla carica, ciascun amministratore straordinario approva per la rispettiva U.s.l. un documento attestante la situazione contabile e patrimoniale dell'U.s.l., da trasmettersi al commissario regionale. La Giunta regionale, entro quindici giorni dall'entrata in vigore della presente legge, disciplina termini e modalità per l'approvazione di tale documento.

2. - Le U.s.l. subentrano nei procedimenti amministrativi in corso e nei rapporti giuridici attivi e passivi già posti in essere dalle U.s.l. soppresse il cui ambito territoriale risulti in esse ricompreso.

3. - I beni immobili e i beni mobili registrati, nonché gli altri beni mobili e le attrezzature ad essi relativi o comunque collegati, già utilizzati dalle U.s.l. soppresse, sono assegnati all'U.s.l. nel cui ambito territoriale risulta compreso il Comune proprietario dei beni immobili.

4. - Il personale già dipendente dalle U.s.l. soppresse è trasferito alle U.s.l. che alle stesse succedono.

5. - Le U.s.l. n. 3 « Genovese » e n. 4 « Chiavarese » succedono nei procedimenti amministrativi in corso e nei rapporti giuridici già posti in essere dalla soppressa U.s.l. n. 17. La Giunta regionale con proprio provvedimento definisce quali procedimenti amministrativi e rapporti giuridici siano da attribuirsi all'U.s.l. n. 3 « Genovese » e all'U.s.l. n. 4 « Chiavarese ».

6. - Fino alla fissazione delle nuove piante organiche delle U.s.l., il personale già dipendente dall'U.s.l. n. 17 è provvisoriamente assegnato, con provvedimento della Giunta regionale, all'U.s.l. n. 3 « Genovese » ovvero all'U.s.l. n. 4 « Chiavarese » tenuto conto della precedente sede di servizio e della necessità di garantire a tali U.s.l. personale adeguato alle funzioni da svolgere.

7. - All'attuazione di quanto disposto dai commi 2, 3 e 4 provvede la Giunta regionale con proprie deliberazioni.

#### Art. 7

##### Norma transitoria per la nomina dei coordinatori e ulteriori adempimenti

1. - Fino alla riorganizzazione definitiva delle U.s.l. ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il commissario regionale provvede in via provvisoria alla nomina dei coordinatori delle U.s.l. scegliendoli tra i dirigenti che ricoprivano tale incarico senza demerito presso le U.s.l. incorporate.

2. - Il commissario regionale provvede altresì a tutti gli adempimenti necessari a garantire il regolare assetto organizzativo e funzionale dei servizi dell'U.s.l.

Allegato A

#### AMBITI TERRITORIALI DELLE UNITÀ SANITARIE LOCALI

##### U.s.l. n. 1, Imperiese - sede amministrativa Busana di Sanremo:

Airole, Apricale, Aquila d'Arroscia, Armo Aurigo, Badalucco, Baiardo, Bordighera, Borghetto d'Arroscia, Borgomaro, Camporosso, Caravonica, Carpasio, Castellaro, Castel Vittorio, Ceriana, Cervo, Cesio, Chiusanico, Chiussa Vecchia, Cipressa, Civezza, Cosio d'Arroscia, Costarainera, Diano Arentino, Diano Castello, Diano Marina, Diano San Pietro, Dolcecqua, Dolcedo, Imperia, Isolabona, Lucinasco, Mendatica, Molini di Triora, Montalto Ligure, Montegrosso Pian Latte, Olivetta San Michele, Ospedaletti, Perinaldo, Pietrabruna, Pieve di Teco, Pigna, Pompeiana, Pontedasio, Pornassio, Prelà, Ranzo, Rezzo, Riva Ligure, Rocchetta Nervina, Sanremo, San Bartolomeo al Mare, San Biagio della Cima, San Lorenzo al Mare, Santo Stefano al Mare, Seborga, Soldano, Taggia, Terzorio, Triora, Vallebona, Vallecrosia, Vasia, Ventimiglia, Vesalico, Villa Faraldi.

##### U.s.l. n. 2, Savonese - sede amministrativa Savona:

Alassio, Albenga, Albisola Marina, Albisola Superiore, Altare, Andora, Arnasco, Balestrino, Bardineto, Bergeggi, Boissano, Borghetto Santo Spirito, Borgo Verezzi, Bormida, Cairo Montenotte, Calice Ligure, Calizzano, Carcare, Casanova Lerrone, Castelbianco, Castelvecchio di Rocca Barbena, Celle Ligure, Cen—

gio, Ceriale, Cisano sul Neva, Cosseria, Dego, Erli, Finale Ligure, Garlenda, Giustenice, Giussalla, Laigueglia, Loano, Magliolo, Mallare, Massimino, Millesimo, Mioglia, Murialdo, Nasino, Noli, Onzo, Orco Feglino, Ortovero, Osiglia, Pallare, Piana Crixia, Pietra Ligure, Ploadio, Pontivrea, Quiliano, Rialto, Roccavignale, Sassello, Savona, Spotorno, Stella, Stellanello, Testico, Toirano, Tovo San Giacomo, Urbe, Vado Ligure, Varazze, Vendone, Vezzi Portio, Villanova d'Albenga, Zuccarello.

**U.s.l. n. 3, Genovese - sede amministrativa Genova centro:**

Arenzano, Avegno, Bargagli, Bogliasco, Busalla, Camogli, Campoligure, Campomorone, Casella, Ceranesi, Cogoleto, Crofieschi, Davagna, Fascia, Fontanigorda, Genova-Bolzaneto, Genova-Castelletto, Genova-Cornigliano, Genova-Foce, Genova-Marassi, Genova-Oregina-Lagaccio, Genova-Portoria, Genova-Pegli, Genova-Pontedecimo, Genova-Prà, Genova-Prè-Molo-Maddalena, Genova-Quinto-Nervi-S. Ilario, Genova-Rivarolo, Genova-San Francesco d'Albaro, Genova-San Fruttuoso, Genova-San Martino, Genova-San Teodoro, Genova-Sampierdarena, Genova-Sestri, Genova-Staglieno, Genova-Sturla Quarto, Genova-Struppa, Genova-Valle Stura, Genova-Voltri, Gorreto, Isola del Cantone,

Masone, Mele, Mignanego, Montebruno, Montoggio, Pieve Ligure, Propata, Recco, Ronco Scrivia, Rondanina, Rossiglione, Rovigno, Sant'Olcese, Savignone, Serra Riccò, Sori, Tiglieto, Torriglia, Uscio, Valbrenna, Vobbia.

**U.s.l. n. 4, Chiavarese - sede amministrativa Chiavari:**

Borzonasca, Carasco, Carro, Casarza Ligure, Castiglione Chiavarese, Chiavari, Cicagna, Cogorno, Coreglia, Favale di Malvaro, Lavagna, Leivi, Lorsica, Mumarzo, Maissana, Mezzanego, Moconesi, Moneglia, Nè, Neirone, Orero, Portofino, Rapallo, Rezzoaglio, San Colombano Certenoli, Santa Margherita Ligure, Santo Stefano d'Aveto, Sestri Levante, Tribogna, Varese Ligure, Zoagli.

**U.s.l. n. 5, Spezzino - sede amministrativa La Spezia:**

Ameglia, Arcola, Beverino, Bolano, Bonasola, Borghetto Vara, Brugnato, Calice al Cornoviglio, Carrodano, Castelnuovo Magra, Deva Marina, Follo, Framura, La Spezia, Lerici, Levanto, Monterosso, Ortonovo, Pignone, Portovenere, Riccò del Golfo di Spezia, Riomaggiore, Rocchetta Vara, Sarzana, Santo Stefano Magra, Sesta Godano, Vernazza, Vezzano Ligure, Zignago.

*Il riordino del Sistema Sanitario Italiano avviato con il D.Lgs.502/92 costituisce un'occasione rilevante per dare attuazione alle istanze di innovazione e di funzionalità dei servizi. Tuttavia queste richiedono lo sviluppo di logiche e strumenti gestionali coerenti con la complessità della realtà sanitaria. In quest'ottica la SDA propone i seguenti seminari:*

***Budget & aziende di servizi sanitari***

Per consentire la responsabilizzazione degli operatori sull'efficiente gestione in un quadro di scarsità delle risorse.  
Per responsabilizzare le unità operative sanitarie sull'efficacia dell'azione.  
In sintesi per introdurre sistemi gestionali innovativi che consentano di affrontare i problemi di governo della sanità.

***Gestione dei servizi sanitari & competitività***

Per sfruttare al meglio le opportunità offerte dai nuovi spazi di competizione che si aprono nel settore sanitario.  
Per identificare i fattori critici di successo della propria azienda sanitaria e diventare competitivi.  
Per essere in grado di adeguare il "portafoglio" di servizi in modo coerente con l'evoluzione della domanda.

***Misurazione delle attività & controllo di gestione in Sanità***

Per consentire la rilevazione dei risultati in contesti scarsamente misurabili.  
Per favorire una visione coordinata e integrata dei risultati tecnico-sanitari.  
Per progettare gli strumenti informativi necessari alla misurazione e rilevazione dei risultati.

***Progettare la struttura di direzione nelle nuove aziende sanitarie***

Per affrontare, con il supporto di strumenti adeguati, il problema che si è aperto con il processo di accorpamento delle USL.  
Per costruire un gruppo di direzione coeso e in grado di favorire il processo di cambiamento e di innovazione per una reale gestione aziendale.

***Tariffazione & struttura dei costi in Sanità***

Per affrontare, con il supporto di strumenti adeguati, il problema aperto dal processo di accorpamento delle USL.  
Per costruire un gruppo di direzione coeso e in grado di favorire il processo di cambiamento e di innovazione per una reale gestione aziendale.

***Razionalizzazione delle procedure trasparenza & qualità dei servizi***

Per gestire i meccanismi di accesso ai servizi in modo coordinato ed integrato, sfruttando gli spazi di razionalità e di miglioramento.  
Per analizzare e progettare i percorsi di accesso con criteri innovativi di orientamento al servizio e all'utente.

**INFORMAZIONI GENERALI**

**SEDE**

I corsi si terranno presso la SDA Bocconi  
Via Bocconi, 8 - 20136 MILANO

**COORDINAMENTO**

Eventuali chiarimenti sugli obiettivi e sui contenuti dei corsi possono essere richiesti alla coordinatrice, dott.ssa Mara Bergamaschi, Tel. 02-5836.3139.

**SEGRETERIA**

Tutte le informazioni di carattere operativo possono essere richieste alla Segreteria della Divisione Amministrazioni Pubbliche, Tel. 02/5836.6830-6831-6855-6866

**PROCEDURA DI ISCRIZIONE**

Per l'iscrizione ai corsi si prega di utilizzare la scheda allegata.

**CeRGAS**

**Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza  
Sanitaria dell'Università "L. Bocconi"**

# **Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>

# IL CONTROLLO DI GESTIONE IN AMBITO OSPEDALIERO

DUE APPLICAZIONI ALL'IRCCS OSPEDALE SAN RAFFAELE DI MILANO

## La riorganizzazione e l'ampliamento di un servizio di radioterapia

di Massimo Lucchelli

*IRCCS - Ospedale San Raffaele  
Controllo gestione - Milano*

Cesare Candela

*IRCCS - Ospedale San Raffaele  
Direzione sanitaria - Milano*

Angelo Bolognesi

*IRCCS - Ospedale San Raffaele  
Servizio radioterapia - Milano*

Gianna Zoppei

*IRCCS - Ospedale San Raffaele  
Direzione sanitaria - Milano*

SOMMARIO: - Introduzione - Materiali e metodi - Risultati - Conclusioni.

### Introduzione

L'attività erogata da un dipartimento ad alta tecnologia richiede l'utilizzo di numerose risorse, in termini di personale qualificato, apparecchiature sofisticate e costose, strutture e locali adeguati; il personale deputato alla sua gestione deve quindi essere in grado di coprire tutti gli aspetti, sia clinici che manageriali.

Le considerazioni sorte nel 1988 in relazione all'ampliamento del Servizio di Radioterapia (SRT) dell'Ospedale San Raffaele, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico inserito nel contesto del Servizio sanitario nazionale (S.s.n.), sono un esempio della stretta collaborazione tra la conoscenza medica e quella amministrativa in un moderno ospedale.

Il progetto di ampliamento è nato in seguito alla valutazione della capacità produttiva globale del SRT di 190 trattamenti/die che risultava insufficiente a soddisfare la domanda; infatti negli anni 1987-88 la lista di attesa era in media di 3 settimane circa (figura n. 1).

### Materiali e metodi

Il Servizio Controllo di Gestione (SCG) dell'ospedale ha avuto un ruolo determinante nella realizzazione di questo studio. Tale servizio è un settore altamente innovativo in campo sanitario, che mediante studi ed

analisi supporta le scelte delle direzioni.

Composto da personale medico e amministrativo, determina un'integrazione delle due aree allo scopo di realizzare un sistema di controllo che fornisca tutti gli elementi necessari per la verifica dei risultati offrendo al management le informazioni necessarie per migliorare l'assetto organizzativo della struttura sanitaria, per ottimizzare le risorse e per proporre un modello di funzionamento più adeguato.

Le premesse di quanto detto sono state concretizzate dal SCG attraverso la definizione di « centri di costo » (CDC) e l'individuazione dei relativi responsabili, identificando la natura dei costi (diretti e indiretti) e creando le procedure per l'imputazione corretta degli stessi, in sintesi di tutte le informazioni necessarie per conoscere il costo complessivo imputabile a ciascun CDC.

Inoltre, il SCG definisce il costo standard di ogni singola prestazione, determinandone i parametri relativi ai consumi, al personale e alle risorse impiegate.

Il SCG promuove anche lo sviluppo di studi sulla base di previsioni di spesa mediante simulazioni di budget, partecipando alla formulazione dei consuntivi e, come azione finale, al controllo degli scostamenti avvenuti.

Sulla base di queste premesse è stato impostato lo studio di ampliamento del SRT

scomponendolo in due fasi riferite a periodi diversi: la prima consiste nella previsione teorica dell'attività e dei costi relativi all'ampliamento del SRT; la seconda nella verifica dopo due anni di attività (1989-1990) dei risultati ottenuti in seguito alla riorganizzazione del suddetto servizio.

Nella prima fase è stata effettuata un'analisi globale dell'efficienza del SRT, valutandone la capacità produttiva, i fermi macchina e la lista di attesa dei pazienti.

In seguito sono stati fissati gli obiettivi: soddisfare richieste pari a circa 400 applicazioni al giorno, concentrare le risorse per razionalizzare al meglio i trattamenti e le terapie più diversificate (es. terapia radiante e chemioterapia associate, radioterapia « total body », servizi di day-hospital), infine valutare se il rimborso da parte del Servizio sanitario nazionale coprisse i costi. Infatti, tale rimborso, unica fonte di finanziamento nel periodo analizzato, era di lire 207.613 per prestazione/applicazione (vedi figura n. 1).

Abbiamo ipotizzato uno studio con tre possibili soluzioni: la prima dotando il servizio di 1 acceleratore (6 MEV), la seconda di 2 acceleratori (6 e 18 MEV) ed infine la terza di 3 acceleratori (due da 6 MEV e uno da 18 MEV).

In seguito sono state effettuate due ipotesi di lavoro: una utilizzando le apparecchiature per 7 ore al giorno; l'altra cercando il Break Even Point (BEP - punto di pareggio: volume di attività per cui i costi complessivi eguagliano le entrate) sulle precedenti 3 ipotesi di acquisto.

Per quanto riguarda i costi sono state considerate le seguenti voci:

— Personale medico ed infermieristico: è stato determinato il costo/minuto sulla base degli stipendi contrattuali ed in seguito moltiplicando il valore ottenuto per i minuti necessari all'esecuzione del trattamento.

— Materiale sanitario: è stato ottenuto dalla registrazione di quanto utilizzato durante i singoli trattamenti, per il relativo prezzo unitario.

— Ammortamento delle attrezzature: è stato calcolato su 8 anni suddividendone il valore sul numero dei trattamenti da effettuare nello stesso arco di tempo considerato.

— Manutenzione delle attrezzature: è stato stimato in base al valore delle attrezzature ed ai contratti di manutenzione e moltiplicato per il numero di trattamenti da effettuare nello stesso arco di tempo considerato.

**Figura 1 - Configurazione tecnologica precedente all'ampliamento**

*Acceleratore lineare*

capacità lavorativa:  
fermi macchina:

*dosi/die*  
120

<i>anno</i>	<i>giorni di lavoro</i>
1984	34
1985	39
1986	45
1987	60

lista di attesa:

*giorni*  
14-21

*Cobalto terapia*

capacità lavorativa:

*applicazioni/die*  
70

### Risultati

Dalla tabella n. 1 si evince che il costo di una singola irradiazione diminuisce con l'aumento del numero degli acceleratori. Infatti la configurazione del parco attrezzature ha determinato una riduzione del costo standard per prestazione sostanzialmente per i seguenti motivi: il costo del personale direttivo (primario ed aiuto) è considerato « fisso » nonostante l'incremento di acceleratori, per cui il costo diminuisce con l'aumentare dell'attività; analogamente questo si determina per le spese generali amministrative (es. accettazione, economato, ecc.). Le spese di manutenzione, gli ammortamenti e gli oneri finanziari variano, ma non in misura proporzionale in quanto parte delle attrezzature sono utilizzate in comune dai tre acceleratori (es. simulatore necessario alle « centrature »).

La tabella n. 2 evidenzia come la terza ipotesi, quella con 3 acceleratori, si avvicini

maggiormente al BEP, ma non lo raggiunge ancora. Per ottenerlo è necessario incrementare i tempi di lavoro, come riferito dalla tabella n. 3 nella quale è possibile vedere i vari punti di BEP rispettivamente con 1, 2 e 3 acceleratori. In particolare con l'introduzione di un terzo acceleratore è possibile raggiungere il BEP effettuando circa 109.000 applicazioni annue. Questa ipotesi coprirebbe la nostra domanda giornaliera in 9 ore lavorative. L'analisi effettuata dimostra perciò come sia più vantaggiosa l'ipotesi che considera l'acquisto di 3 acceleratori; infatti, se da un lato l'utilizzo di un solo acceleratore per 20 ore al giorno (tabella n. 3) potrebbe essere economicamente conveniente, dall'altro considereremmo non etico obbligare pazienti già colpiti da patologie gravi ad effettuare i cicli di terapia in fasce orarie molto scomode. Oltre a ciò si eviterebbe che il servizio venga interrotto a causa di un fermo macchina per interventi di manutenzione;

**Tabella 1 - Analisi economica**

Acceleratori (n.; tipo)	1    6 mev	2    6mev + 18mev	3    2×6mev + 18mev
Ore lavorative/die	7	7	7
Trattamenti/anno	27.360	54.720	82.080
Rimborso da parte del S.s.n. per trattamento	20.700	20.700	20.700
Costi (per trattam.)			
Personale	12.247	9.403	7.085
direttore	1	1	1
aiuto	1	1	1
assistente	1	2	2
tecnici	5	7	9
Costi variabili			
consumi	1.000	1.000	1.000
utenze	1.279	1.371	1.461
Costi fissi			
ammortamenti	8.358	7.377	6.136
manutenzione	4.680	4.131	3.436
spese generali	548	437	366
oneri finanziari	8.024	7.082	5.891
ristrutturazione	1.410	1.413	1.413
<b>TOTALE</b>	<b>37.546</b>	<b>32.214</b>	<b>26.788</b>

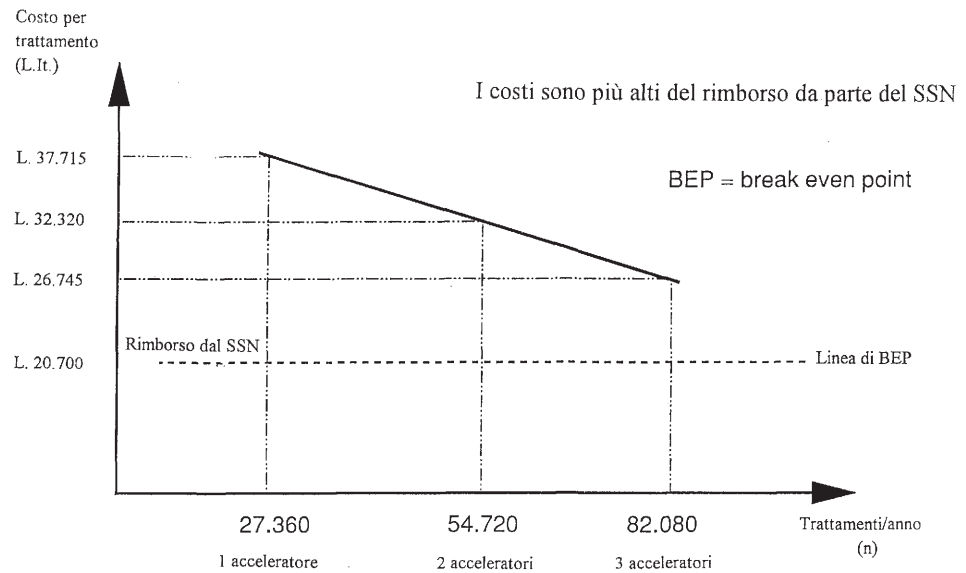


infatti la disponibilità di un altro acceleratore che funzioni anche da back-up, garantirebbe la continuità del servizio; infine, con l'introduzione di un terzo acceleratore, sarebbe possibile incrementare il numero dei trattamenti (109.000 all'anno),

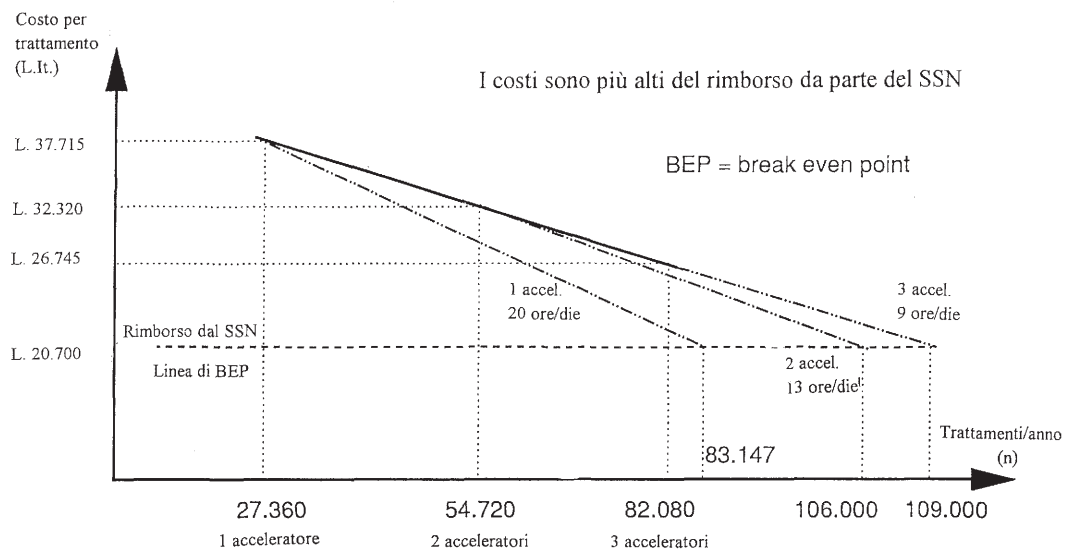
lavorando per 9 ore al giorno ed evitando in questo modo anche i problemi del personale a causa dei relativi turni notturni.

La seconda fase dello studio si basa sulla verifica dei dati previsti con quelli relativi ai due anni di attività svolta; questi

**Tabella 2 - Costo per trattamento utilizzando 1, 2 o 3 acceleratori per 7 ore/die (orario contrattuale)**



**Tabella 3 - Ricerca del Break-Even-Point (BEP) utilizzando 1, 2 o 3 acceleratori**



ultimi sono dati consuntivi raccolti ed elaborati grazie al Servizio controllo di gestione del nostro istituto.

Osservando la tabella n. 4 e n. 5, si può rilevare come i budget previsionali ipotizzati siano risultati sovrapponibili con i dati relativi all'attività effettuata nei primi due anni di lavoro.

### Conclusioni

Gli obiettivi raggiunti riguardano aspetti clinici, gestionali, economici ed etici. La dotazione strumentale è tecnicamente più avanzata ed è stato ottimizzato l'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche. Si è ri-

sposto alla domanda dell'utenza, aumentando le prestazioni, così da soddisfare la lunga lista di attesa e trattare un maggior numero di pazienti. Si è passati dalle 42.000 prestazioni degli anni 1987-88 alle 132.000 del 1990 con un incremento annuo di circa 90.000.

I risultati dello studio hanno validato il nostro metodo di analisi e di lavoro permettendo così di affermare che la qualità del processo decisionale dipende in buona parte dal sistema di controllo gestione, strumento che consente al management di valutare la strategia atta ad ottimizzare le risorse disponibili ed ottenere un aumento dell'efficienza.

**Tabella 4 - Consuntivo del 1989**

	In orario contrattuale	In libera professione	Totale	Costo per trattamento
Trattamenti per anno	85.396	36.545	121.941	
Costi del personale	725.337.660	320.720.280	1.046.057.940	8.578
direttore	1			
aiuto	1			
assistente	1			
med. borsista	4			
capo tecnico	1			
tecnici	9			
amministrativi	2			
Costi variabili				
Consumi			104.315.704	855
Utenze			57.938.748	475
Costi fissi				
Ammortamento/manutenzione			485.123.075	3.978
Spese generali			356.241.687	2.921
Oneri finanziari			513.253.837	4.209
Totale			2.562.930.991	21.018

**Tabella 5 - Consuntivo del 1990**

	In orario contrattuale	In libera professione	Totale	Costo per trattamento
Trattamenti per anno	90.133	41.304	131.437	
Costi del personale	772.613.700	350.855.340	1.123.469.040	8.548
direttore	1			
aiuto	1			
assistente	1			
med. borsista	4			
capo tecnico	1			
tecnici	9			
amministrativi	2			
Costi variabili				
Consumi			76.414.961	581
Utenze			64.244.285	475
Costi fissi				
Ammortamento/manutenzione			564.738.449	4.297
Spese generali			410.051.075	3.120
Oneri finanziari			513.253.837	3.905
Totale			2.752.171.646	20.939

## Determinazione dei costi per patologia mediante la metodica dei DRG

di Massimo Lucchelli

IRCCS - Ospedale San Raffaele  
Controllo gestione - Milano

Lorenzo Cammelli

IRCCS - Ospedale San Raffaele  
Controllo gestione - Milano

Cesare Candela

IRCCS - Ospedale San Raffaele  
Direzione sanitaria - Milano

Gianna Zoppei

IRCCS - Ospedale San Raffaele  
Controllo gestione - Milano

Marco Silvestris

IRCCS - Ospedale San Raffaele  
Controllo gestione - Milano

Fiorenzo Motta

IRCCS - Ospedale San Raffaele  
Direzione sanitaria - Milano

SOMMARIO: Introduzione - Materiali e metodi - Discussione.

### Introduzione

La necessità di dover ricorrere a nuovi modelli organizzativi per gestire con efficacia le strutture di un Servizio Sanitario Nazionale si è evidenziata in modo incontrovertibile sia nel nostro paese che nelle altre nazioni industrializzate. In particolare, anche in Italia si è pensato di utilizzare il sistema di classificazione del prodotto ospedaliero più sperimentato all'estero, cioè il sistema dei DRG (Diagnosis Related Groups). Negli ultimi tre anni si è parlato molto di questo argomento ed in alcuni casi si è anche investito in termini di tempo e risorse finanziarie, ma a tutt'oggi i risultati pratici sono ancora lontani.

Percorrendo i tempi di questa nuova cultura il nostro istituto si è dotato fin dal 1986 di risorse e metodologie manageriali in grado di operare in questo settore con risultati concretamente visibili e di conseguenza già utilizzabili nella gestione dell'ospedale.

Col presente progetto si è potuto indicare la metodologia per studiare il *costo delle diverse patologie ospedaliere aggregate per DRG*.

L'output può essere utilizzato secondo due principali indirizzi applicativi. Il primo è quello dell'*utilization review/audit*, nel quale i DRG costituiscono uno strumento di « controllo interno » messo a di-

sposizione dei medici per migliorare la loro performance in quanto permettono di confrontare casi analoghi e di valutare l'indirizzo delle risorse. Nel secondo indirizzo i DRG costituiscono uno *strumento di management* per migliorare la gestione ed il controllo dell'attività dell'ospedale in relazione alla tipologia dei pazienti ricoverati. La valutazione periodica dei costi dei fattori produttivi e l'analisi degli scostamenti tra periodi diversi e mix di patologie differenti permette di migliorare la pianificazione, la programmazione, la formulazione del budget ed il controllo dei costi.

### Materiali e metodi

#### A) Infrastruttura organizzativa

I dati di costo e di attività di tutto l'ospedale, suddivisi per « centro di costo », sono stati raccolti dal nostro gruppo di lavoro sulla base dell'esperienza maturata negli ultimi otto anni. In questo arco di tempo si è sviluppato un servizio denominato Controllo di Gestione, che raccoglie ed elabora dati mediante un sistema di contabilità analitica per Centro di Costo (CdC) (si veda l'articolo precedente).

In particolare sono stati determinati i volumi di attività e di costo per i servizi diagnostici, i reparti clinici, le sale operatorie e le aree amministrative e di supporto (tabella 1).

Tabella 1

<p>A) Servizi Diagnostico/Terapeutici</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. volumi di attività e di costo di tutti i Servizi</li> <li>2. tipologia e relativi costi standard di tutte le prestazioni diagnostiche e strumentali</li> </ol>
<p>B) Reparti clinici</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. volumi di attività e costi a consuntivo di tutti i reparti, costo medio della giornata di degenza e diagnosi di dimissione accorpate in DRG</li> </ol>
<p>C) Sale Operatorie</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. volumi di attività e costi a consuntivo delle Sale Operatorie</li> <li>2. tipologia degli interventi e relativi costi standard di tutte le procedure chirurgiche</li> </ol>
<p>D) Aree Amministrativa e di supporto</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. costi a consuntivo specifici per ogni Centro di Costo</li> </ol>

Il raffinamento di questi dati deriva dalla possibilità di utilizzare informazioni clinico-gestionali sempre più dettagliate in seguito alla installazione progressiva di nuovi strumenti informatici. Le specifiche tecniche adatte per produrre queste informazioni sono state ottenute in parte modificando procedure pre-esistenti che non tenevano conto delle necessità del management clinico/amministrativo ed in parte dalla stretta collaborazione tra Direzione Sanitaria, Controllo Gestione nell'indicare ai Sistemi Informativi il disegno dei nuovi programmi.

Per ogni ricovero il medico di reparto codifica mediante la classificazione internazionale ICD-9-CM le rispettive diagnosi di dimissione che successivamente vengono da noi accorpate in DRG.

Per quanto riguarda la generazione dei DRG le informazioni generate dal computer generale dell'ospedale, condensate in un formato adatto sono trasferite sulle stazioni di lavoro « stand alone » situate nelle aree di Controllo Gestione e Direzione Sanitaria. Queste workstation aggregano i dati DRG e producono i report periodici utili per il management riguardanti l'attività di degenza svolta dai differenti reparti le diagnosi di dimissione accorpate per DRG e la valutazione dei DRG più frequenti in istituto. L'integrazione fra le procedure « gestionali » del sistema informativo ospedaliero (basato su un mainframe) ed il sistema informativo di Controllo Gestione può essere completato utilizzando il modulo di prenotazione degli esami e delle prestazioni per i pazienti ricoverati (CUP interno - Centro Unico di Prenotazione). Questo programma « cattura » nel momento della richiesta i dati delle prestazioni (TAC, ecografie, ECG, ecc) effettuate ai pazienti ricoverati permettendo così di attribuire direttamente il consumo al singolo caso trattato. Le informazioni vengono trasferite al sistema dipartimentale dell'Area Controllo Gestione e potranno essere utilizzate per esempio « agganciandosi » alla procedura della contabilità analitica per centri di costo così da « ribaltare » i costi sui rispettivi reparti richiedenti.

Analogamente avverrà per l'attribuzione delle altre risorse; attualmente il costo

del personale (medico, infermieristico) e dei farmaci viene distribuito in parti uguali sulle giornate di degenza. Successivamente, mediante ulteriori informazioni, verrà attribuito alle specifiche patologie accorpate secondo i DRG.

Il costo finale che si otterrà sarà quindi un valore medio nell'ambito del DRG di appartenenza.

#### *B) Metodologia di raccolta ed elaborazione delle informazioni cliniche*

I dati sulle diagnosi di dimissione vengono acquisiti in automatico tramite una procedura informatizzata che ottiene le informazioni dall'Host Computer; l'assegnazione dei DRG avviene tramite un Group per installato su un Personal Computer. La valutazione di VRQ sull'output dell'attività svolta dai reparti avviene nell'area di Controllo di Gestione.

Un programma permette di raggruppare le diagnosi di dimissione in DRG (470 gruppi), così da valutare il prodotto del reparto di degenza in categorie più efficienti delle attuali codifiche ICD-9 (5000 codici).

I requisiti del sistema in oggetto, necessari per poter esprimere i risultati in termini di DRG, sono i seguenti:

1) PC in emulazione che si aggancia alla procedura informatizzata delle *schede di accettazione/dimissione*;

2) « stampa » da mainframe sul PC in emulazione sotto forma di file dei dati dei singoli pazienti (nome, età, sesso, diagnosi, procedure, ecc.);

3) conversione dei codici da ICD-9 a ICD-9-CM da effettuarsi su PC utilizzando un'apposita tabella di conversione. Una provvisoria tabella di conversione è stata ottenuta dal Ministero della sanità ed è in fase di collaudo e validazione;

4) elaborazione dei dati da parte del programma con produzione dei DRG;

5) preparazione di un programma di interpretazione dei dati ottenuti dalle schede di accettazione/dimissione con l'aggiunta del DRG con produzione di report statistici analitici e comparativi.

Lo sviluppo di questo sistema informa-

tivo a cascata risulta a carico sia dei nostri Sistemi Informativi (vedi soprattutto i punti 1 e 2) che della Direzione Sanitaria (per i punti 3, 4 e 5) e del Controllo di Gestione.

#### *C) Approccio graduale alla determinazione dei costi per patologia*

Il primo passo è costituito dal creare una relazione fra Costo del reparto e DRG trattato. Analizzando il costo del reparto attualmente già a disposizione con i DRG trattati nello stesso periodo, è possibile stabilire il rapporto esistente fra le due entità. Il livello di informazioni ottenuto permetterà un management migliore in quanto mirato all'output del reparto con più aderenza ai casi clinici trattati.

Inoltre, conoscendo la degenza media di ogni DRG e paragonandola con quella effettuata, sarà possibile evidenziarne gli scostamenti rispetto alla media, studiarne le cause (es. complicanze per infezioni, disservizi a livello di Servizi diagnostici, attese interne non giustificate per esempio S.O. eccetera) ed attuare i correttivi più indicati.

Il secondo passo è costituito dalla valutazione dell'assorbimento delle risorse da parte di ciascun DRG. La conoscenza del consumo specifico di risorse quali prestazioni diagnostiche e terapeutiche, interventi chirurgici, visite e consulenze relative ad ogni singolo DRG è ottenibile mediante il CUP interno; infatti il sistema di prenotazione per pazienti ricoverati prevede la raccolta di tutte le informazioni relative alle prestazioni erogate permettendo di attribuirle a questi ultimi. La realizzazione pratica avverrà in un primo momento utilizzando i dati relativi alle divisioni che attualmente stanno già utilizzando il sistema informativo del CUP interno.

Come terza fase si esamina il costo del materiale di consumo e del personale. Se nelle prime due fasi i costi del materiale di consumo sono attribuiti come costi totali distribuiti in proporzione ai vari DRG, in un secondo momento verranno imputati in maniera specifica secondo modalità attualmente allo studio.

#### *D) Studio ed utilizzo delle informazioni raccolte*

Sulla base dei dati ottenuti sono previsti:

- 1) la produzione di un report periodico riguardante l'attività di degenza svolta dai differenti reparti (diagnosi di dimissioni accorpate per DRG);
- 2) la determinazione della degenza media per specifico DRG;
- 3) la valutazione dei DRG più frequenti in istituto;
- 4) il tipo e la quantità di interventi chirurgici effettuati.

#### **Discussione**

Questo progetto è frutto della collaborazione tra le componenti mediche operanti nelle aree del Controllo Gestione e della Direzione Sanitaria che da diversi anni si stanno dedicando allo studio degli aspetti economico-gestionali ed informatico-clinici dell'istituto.

Il sistema prospettato è eminentemente pratico ed è in grado di dare risultati immediati. Non si è voluto intenzionalmente teorizzare su sistemi di complessa realizzazione né fare della sperimentazione che preveda lunghi tempi di attuazione. Si è inteso invece arrivare all'obiettivo utilizzando dati già in nostro possesso, accorpandoli, elaborandoli ed integrandoli opportunamente man mano che lo si riteneva necessario con opportuni strumenti informatici così da ottenere il costo sempre più reale dell'output sanitario erogato.

Questo progetto non è privo di difficoltà. Possiamo evidenziare alcune problematiche connesse alle necessità di effettuare una corretta, completa e tempestiva compilazione da parte del medico di reparto della scheda di accettazione/dimissione, strumento indispensabile all'accorpamento delle diagnosi di dimissioni secondo i DRG.

È necessario aggiornare i codici ICD-9-CM relativi a nuovi procedimenti chirurgici (es. laparoscopia), prestazioni interventzionistiche (es. emodinamica), nuove patologie (es. HIV); determinare i costi

standard di queste nuove prestazioni; aggiornare i costi standard di tutte le prestazioni in precedenza determinate; rilasciare progressivamente il CUP interno a tutto l'istituto fino al completamento della sua realizzazione.

L'obiettivo è quello di conoscere l'assorbimento di risorse da parte degli specifici DRG utilizzandoli come termine di riferimento per determinare i budget di attività ed i costi e per valutare a consuntivo l'efficienza dell'ospedale.

La realizzazione di questo sistema di management basato sui DRG è il frutto dell'esperienza accumulata negli ultimi anni al San Raffaele nel campo di controllo di gestione sanitario e della VRQ consentendo così al nostro istituto di essere all'avanguardia in campo nazionale ed internazionale non solo per gli aspetti assistenziali e di ricerca ma anche per quelli gestionali.

#### BIBLIOGRAFIA

- AVERILL R.F., *Evolution of DRGs and clinical information systems*. Soz Praventivmed 1989; 34(4): 185-7.
- BARAFF L.J., CAMERON J.M., *Direct costs of emergency medical care, a diagnostic-based casemix classification system*. Ann Emerg Med 1991 Jan; 20(1): 1-7.
- COTTERIL P., BOBULA J. and CONNERTON R., *Comparison of alternative relative weights for diagnosis-related groups*. Health Care Financ. Rev.; 7/3 (1966) 37-51.
- DIXON J.E., *DRG validation*. Iowa Med. 1989 Feb.; 79(2): 77.
- EDDY D.M., *What do we do about costs?* JAMA 1990, 264: 1161-1170.
- FELSTEIN H.S., *Hospital cost variation and case-mix difference* Medical Care 1965. Vol. 3, p. 95.
- FETTER R.B., FREEMAN J.L. *Diagnosis Related Groups: Product Line Management within Hospitals*. Acad. Manag. Rev., 1986, 11: 1-54.
- FETTER R., THOMPSON J.D., MILLIS R. *A system for cost and reimbursement control in hospitals*. The Yale Journal of Biology and Medicine 49(2): 123, may 176.
- FETTER R.B. et al., *The new ICD-9 Diagnosis Related Groups classification scheme. Users Manual*. Health System Management Group, Yale University, New Haven. Vol. 1, 1981.
- FETTER R.B., MILLS R.E. RIEDEL DC, THOMPSON J.D., *The application of Diagnostic Specific Profiles to Cost and Reimbursement Control in Hospitals*. J. Med. Syst., 1977, 1:137.
- FETTER R.B., SHIN Y, FREEMAN J.L., AVERILL R.F., THOMPSON J.D., *Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups*. Medical Care, 1980, 18: 1-53 (suppl.).
- FETTER R.B., SHIN Y, FREEMAN J.L., AVERILL T., THOMPSON J, *Case-mix accounting in hospital budgeting, cost control and prospective reimbursement*. Medical Care, 1980. Vol. 28(2) (suppl.).
- GRIMALDI P.L., MICHETTI J.A., ZIPKAS M.M., *The Use of DRGs - Selected Implications for Medical Record Departments*. JAMTA, 1983, 54: 24-30.
- GRIMALDI P.L., MICHELETTI J.A., *Diagnosis-related Groups - A practitioner's Guide*. Chicago, Pluribus Press, 1983. Eggers P.
- GUPTA G.G., *Diagnosis-related groups: a twentieth-century nosology*. Pharos 1990, Spring; 53(2): 12-7.
- HORN BROOK M.C., *Techniques for Assessing Hospital Case Mix*. Ann Rev Public Health, 1985, 6: 295-324.
- HOWARD J.C., WOLFF P.H., PERRY J., NEW Z., STELTON S.D., *Cost related variables, a pilot related study*. Clin Nurse Spec. 1989 Spring; 3(1): 37-40.
- IEZZONI L.E., MOSKOVITZ M.A., *Clinical Overlap among Medical Diagnosis-Related Groups*. JAMA, 1986, 255: 927-932.
- IGLEHART J.K., *New Jersey's Experiment with DRG-based hospital reimbursement*. New Engl. J. Med. 1982, 307: 1655-1660.
- JOHANSEN S., *Comparison of twp prospective rate-setting models: the DRG and PIR models*. Health Serv. Res. 214 (1986) 547-559.
- LARKIN H., *Hospitals: DRGs make poor basis for cost control*. Hospitals, 62(20): 24, 26. 1988 Oct. 20.
- LICHTIG L.K., *Hospital Information for Case-Mix Accounting*. John Wiley & Sons, New York, 1986.
- HORN BROOK M.C., *Hospital Case Mix, its measurement and use*. Part II. Review of Alternative Measures. Medical Care Rev., 1982, 39(2): 73-123.
- McMCHANON L.F. Jr. and SMITS H.L., *Can Medicare prospective payment survive the ICD-9-CM disease classification system?* Ann Intern Med. 104/4 (1986) 562-566.
- MUNOZ E, BARRIOS E., JOHNSON H, GOLDSTEIN

- J., SLATER M., WISE L., *Race, DRGs, and the consumptions of hospital resources*. Health Aff. (Milwood) 1989, Spring, 8(1): 182-90.
- MUNOZ E., GOLDSTEIN J., LORY M.H., BREWSTER J.G., JOHNSON H., KHAN B.A., WISE L., *The DRG hospital payment system, surgical readmission and cost containment*. Ann Surg 1990 Nov.; 56(11), 683-7.
- MUNOZ E., GOLDSTEIN J., BENAQUISTA T., MULLOY K., WISE L., *Diagnosis related group « all payor » hospital payment and medical disease. Financial risk and hospital cost in medical noncomplicating condition-stratified diagnosis related groups*. Arch. Intern. Med. 1989, feb.: 148(2): 417-20.
- MUNOZ E., LA MANTIA J., CHALFIN D., GOLDSTEIN J., MULLOY K., LACKNER R., WISE L., *Diagnosis-related groups, route of admission, age and outcome for general surgical patients*. Surg. Annu. 1990; 22: 49-60.
- MUNOZ E., MULLOY K., GOLDSTEIN J., JOSEPHSON J., TENENBAUM N., WISE L., *Physicians' patient load per DRG, the consumption of hospital resources, and the incentives of the DRG prospective payment system*. Acad. Med. 1990, Aug.; 65(8): 533-8.
- MUNOZ E., SCHORODER W., PACE B., MULLOY K., MARGOLIS I., WISE L., *The identifier concept: clinical variables and patient costs for general surgical diagnosis-related groups*. Curr. Surg. 1989, Mar.-Apr.; 46(2): 91-6.
- MUNOZ E., STERNMAN H., COHEN J., GOLDSTEIN J., MARGOLIS I.B., WISE L., *Financial Risk, hospital cost, complications, and comorbidities in surgical noncomplications — and comorbidity — stratified diagnostic related groups*. Ann Surg. 207(3): 305-9, 1988 Mar.
- NEVIS W.S., *DRG or not DRG - Where do we go from there (editorial)*. Am. Rev. Respir. Dis. 137(5): 996-7, 1988 May.
- PACKER C., *Hospital combat DRGs with case-mix systems*. Hospitals 63(12): 86, 1989 Jun. 20.
- PARFENCHUCK T.A., PARZIALE J.R., LIBERMAN J.R., BUTCHER R.P., AHERN D.K., *The evolution of an acute care hospital unit to a DRG-exempt rehabilitation unit*. Am. J. Phys. Meh. Rehabil. 1990 Feb.; 69(1): 11-5.
- ROSKO M.D., *Full cost determination: an application of pricing and patient mix policies under DRGs*. Health Care Man. Rev. 1986; 11, 57.
- SANDERSON H.P., STOREY A., MORRIS D., MC NAY R.A., ROBSON M.P., LOEB J., *Evaluation of diagnosis-related groups in the national health service*. Community Med. 1989 Nov.; 11(4); 269-78.
- SEAR A.M., *Hospital charges: analysis and comparison*. Health Care Manage. Rev. 14(1): 49-54, 1989 Winter.
- SMITS H.L., FETTER R.B., McMAHON L.F. Jr., *Variation in Resource Use within DRGs: The « Severity Issue »*. 1984, Health Care Financ. Rev., pp. 71-78 (suppl.).
- SLOVY A., *Hospitals must budget by DRGs, payers*. Hospitals 63(11): 34-7, 39 1989 Jun.
- STERN R.S., JOHN P.I., GERTLER P.J., EPSTEIN A.M., *A comparison of length of stay and costs for health maintenance organization and fee-for-service patients*. Arch. Intern. Med. 149(5): 1185-8, 1989 May.
- THOMAS D.R. and DAVIS K.M., *Physicians awareness of costs under prospective reimbursement systems*. Med. Care 25.3 (1987) 181-184.
- THOMPSON J.D., AVERILL R.F., FETTER R.B., *Planning, Budgeting and Controlling - One Look at the Future: Case-Mix Cost Accounting*. Health Services Research, 1979, Vol. 14(2).
- THORPE K.E., *The distributional implications of using relative prices in DRG payment systems*. Inquiry; 24/1 (1987) 85/89.
- YOUNG W.W., SWINKOLA R.B., ZORN D.M., *The Measurement of hospital case Mix., Med., Care, 1982, 5: 501-512*.
- VLADECK B.C., *Medicare Hospital Payment by Diagnosis Related Groups*. Ann. Int. Med., 1984, 100: 576-591.

# L'OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE ONCOLOGICA

## Un caso d'integrazione tra S.s.n. e volontariato professionista

di Mirco Bindi

*QUAVIO - Assoc. per lo studio della qualità della vita in oncologia - Siena*

Enrico Tucci

*Associazione Toscana Gigi Ghirotti - Firenze*

M. Germana Bracciali

*U.s.l. 30 - Siena*

Emma Borrelli

*QUAVIO - Assoc. per lo studio della qualità della vita in oncologia - Siena*

Mauro Todini

*QUAVIO - Assoc. per lo studio della qualità della vita in oncologia - Siena*

Francesco Velicogna

*QUAVIO - Assoc. per lo studio della qualità della vita in oncologia - Siena*

Gabriella Zeitler

*QUAVIO - Assoc. per lo studio della qualità della vita in oncologia - Siena*

Maria Dominici

*QUAVIO - Assoc. per lo studio della qualità della vita in oncologia - Siena*

**SOMMARIO:** Presupposti del progetto - Considerazioni introduttive - Contenuti tecnici del progetto - Procedure amministrative della regione Toscana - Procedure della Federazione del volontariato - Meccanismi di verifica - Finanziamenti - Conclusioni.

### Presupposti del progetto

L'assistenza domiciliare rappresenta, nelle sue svariate articolazioni, un settore in espansione e di sempre più rilevante interesse nell'organizzazione del servizio sanitario. Alla base di questo interesse, che si manifesta sia a livello pubblico che privato, stanno motivazioni economiche e sociali.

L'offerta di un'assistenza domiciliare risponde alle esigenze e alle richieste dei pazienti e dei loro familiari.

In un'epoca di sempre maggiore consapevolezza dei propri diritti, è evidente come i cittadini non intendano più delegare completamente alle istituzioni la tutela della loro salute. I cittadini rivendicano giustamente la possibilità di dare indicazioni in merito agli obiettivi che le strutture sanitarie devono perseguire, nonché di partecipare attivamente alla gestione delle risorse.

Il canale che i cittadini hanno scelto per divenire soggetto e non solo oggetto della politica sanitaria di questo paese è il volontariato. Per sua natura il volontariato non ha scopo di lucro, è fondato su principi di solidarietà umana, è propositivo e rappresentativo.

Le associazioni di volontariato della regione Toscana federate nel « Centro internazionale federativo di servizi di volontariato » rappresentano un vasto movimento di opinione di cittadini dell'intera Regione. L'unione delle loro energie, nell'intento di organizzare forme di assistenza efficienti di fronte a malattie debilitanti fisicamente e socialmente, ha permesso di delineare il « Progetto regionale toscano di ospedalizzazione domiciliare per pazienti oncologici » fondato sull'integrazione del S.s.n. con il volontariato professionista con l'individuazione delle strutture e dei responsabili per la sua attuazione.

### Considerazioni introduttive

Le associazioni di volontariato federate

(Federazione) sono presenti in tutti i capoluoghi provinciali della regione Toscana, rappresentano quei cittadini che mettono la propria professione a disposizione della crescita civile della società e si identificano con il Volontariato professionista.

L'alto contenuto qualitativo e tecnico proprio dell'ospedalizzazione domiciliare richiede competenze e capacità professionali riscontrabili solo in operatori specialisti che si sono formati in ambienti qualificati.

L'ospedalizzazione domiciliare rappresenta un modello organizzativo di assistenza che si propone di mantenere una buona qualità della vita per le persone affette da una malattia neoplastica in fase avanzata, che desiderano effettuare le cure specialistiche necessarie nella loro abitazione senza distaccarsi dalla propria famiglia e dal proprio ambiente sociale.

Il servizio di ospedalizzazione domiciliare realizzato a Siena dall'associazione QUAVIO e regolamentato dalla convenzione con la U.s.l. 30 rappresenta un modello organizzativo che, per le sue caratteristiche di flessibilità, efficienza ed economicità, merita di essere esteso a tutti gli ospedali a cui afferiscono i cittadini affetti da malattie neoplastiche (scheda n. 1).

La federazione ha analizzato le singole realtà provinciali caratterizzate dalla diversità in cui operano le strutture oncologiche terapeutiche a cui fanno riferimento i cittadini toscani e ha affermato la necessità che le possibilità di cura dei pazienti oncologici in tutte le Province toscane siano unificate e rese omogenee.

La Federazione propone agli organi istituzionali della regione Toscana il progetto di « Ospedalizzazione domiciliare per pazienti oncologici » e sollecita un atto di indirizzo per attivare la Rete regionale toscana di « Servizi di ospedalizzazione domiciliare » per pazienti oncologici.

Le 12 strutture oncologiche ospedaliere, individuate dalla Federazione quale punto



**Scheda n. 1 - Attività di ospedalizzazione domiciliare per pazienti oncologici realizzata a Siena tramite convenzione tra l'associazione di volontariato QUAVIO e la U.s.l. 30**

Operatori Professionisti impegnati nella ospedalizzazione domiciliare a pazienti oncologici dal settembre 1991			
U.s.l. 30	ore/operatore	QUAVIO	ore/operatore
1 medico U.O. Radioterapia	10	1 oncologo	15
—		1 medico borsista	15
—		5 infermieri prof.	15
—		2 psicologi	10
—		1 assistente sociale	5
—		1 servizio di segreteria	15
<b>Attività svolta a favore di 80 pazienti ricoverati al domicilio sett. 1991 - sett. 1992</b>			
<b>ACCESSI</b> domiciliari		<b>1289</b>	
medici		288 (22,3%)	
psicologi-sociali		65 ( 5 %)	
infermieristici		936 (72,6%)	
<b>GIORNATE</b> di ospedalizzazione domiciliare		<b>5397</b>	
<b>Movimento pazienti in base alla fase della malattia</b>			
Pazienti autosufficienti PSK < 60 n. 28 giorni di degenza: 1788 <b>degenza media domiciliare: 63,8</b> paz. ospedalizzati meno di 10 giorni: 3 paz. ospedalizzati sopra 60 giorni: 5		Pazienti non autosufficienti PSK < 50 n. 52 giorni di degenza: 3609 <b>degenza media domiciliare: 69,4</b> paz. ospedalizzati meno di 10 giorni: 10 paz. ospedalizzati sopra 60 giorni: 20	
<ul style="list-style-type: none"> <li>— deceduti a casa: 41</li> <li>— ricoverati in ospedale: 24</li> <li>— dimessi in follow-up: 15</li> <li>— range ospedalizzazione: da 1 a 346 giorni</li> </ul>			

di riferimento terapeutico per i cittadini, devono essere integrate e coadiuvate dalle energie delle associazioni di volontariato professionista per realizzare l'attività domiciliare (tabella riassuntiva).

La Federazione invita la regione Toscana ad utilizzare i fondi previsti nel « Progetto obiettivo tutela della salute degli anziani-P.s.n. 1991/1994 » per avviare la fase sperimentale della ospedalizzazione domiciliare a valersi sui fondi previsti per la formazione e per le dotazioni strumentali oncologiche (G.U. n. 53, 1992).

*Contenuti tecnici del progetto:*

1) l'ospedalizzazione domiciliare per pa-

zienti oncologici è un modello funzionale che svolge la sua attività nell'ambito di un reparto ospedaliero che già costituisce un punto di riferimento per i malati oncologici;

2) la responsabilità organizzativa e terapeutica è affidata ad uno specialista ospedaliero con competenze in campo oncologico;

3) l'attività territoriale è realizzata dall'équipe domiciliare composta da personale di associazioni di volontariato professionista specializzate in oncologia;

4) la convenzione tra l'associazione di volontariato e la U.s.l., secondo lo schema tipo elaborato dalla QUAVIO (allegato n. 2, a pag. 78), regola i rapporti tra

**CENTRO INTERNAZIONALE FEDERATIVO DI SERVIZI PER IL VOLONTARIATO**

**Commissione Scientifica e Didattica**

**QUAVIO Qualità della Vita in Oncologia**

Tabella riassuntiva - Progetto regionale toscano: ospedalizzazione domiciliare oncologica - Integrazione tra S.s.n. e volontariato professionista: Individuazione di strutture e responsabili

Provincia	U.s.l.	Ospedale	U.O. oncologica terapeutica di riferimento	Medico ospedaliero responsabile	Associaz. di volontariato professionista	Finanziamento: 1 medico borsista, 3-5 inferm. prof.	Tempi di avvio attività	Adeguamento personale S.s.n. nel 1993	Obiettivo: n. posti letto domiciliari da attivare
Siena	30	S. Maria della Scala	Radioterapia	Mirco Bindi	QUAVI-SI	60 milioni	già attivo dal 1991	1 assistente medico	10
Arezzo	23	Ospedale civile	Radioterapia	Pietro Ponticelli	QUAVIO-AR	60 milioni	6-12 mesi		6
Grosseto	28	Ospedale civile	Medicina generale	Renato Algeri	QUAVIO-GR	60 milioni	3-6 mesi		6
Lucca	6	Ospedale civile	Medicina generale	Gemma Barzanti	Silvana Sciortino-LU	60 milioni	3-6 mesi		6
Massa Carrara	2	Ospedale civile	Prevenzione oncologica	Italo Spinelli	Volto della speranza-MS	60 milioni	6-12 mesi		6
Firenze	10/D	Careggi	Radioterapia	Enrico Cellai	Fondazione radioterapia oncologica-FI	60 milioni	3-6 mesi		6
Firenze	10/D	Careggi	Pneumologia	Camine Santomaggio	QUAVIO-FI	60 milioni	3-6 mesi		6
Firenze	10/H	Ponte a Niccheri	Anestesia	Massimo Piazza	Calcit-Sez. Chianti Fiorentino-FI	60 milioni	già attivo dal 1991	1 assistente medico	10
Firenze	10/A	S. Maria Nuova	Anestesia	Paolo Scarsella	Khronos-FI	60 milioni	già attivo dal 1991		6
Livorno	13	Spedali Riuniti	Radioterapia	Luigi Atzeni	QUAVIO-LI	60 milioni			6
Pistoia	8	Del Ceppo	Radioterapia	Andrea Chiavacci	Voglia di vivere-PT	60 milioni	3-6 mesi		6
Prato	9	Ospedale generale	Centro oncologico	Vinicio Tortoli		60 milioni	3-6 mesi		6

i due enti e definisce l'attività e l'organizzazione;

5) il modulo di ospedalizzazione domiciliare deve assicurare la continuità e la qualità delle prestazioni e deve essere inteso come un servizio a disposizione di tutti coloro che ne facciano richiesta;

6) i pazienti ospedalizzati a domicilio seguono modalità amministrative equiparate ai ricoveri tradizionali con regolari procedure di ammissione e dimissione;

7) la U.s.l. fornisce ai pazienti ospedalizzati a domicilio i farmaci ospedalieri ed i supporti per le terapie specialistiche. Eventuali specialità farmaceutiche non disponibili in ospedale sono prescritte sui ricettari regionali;

8) i posti letto domiciliari assegnati al servizio di ospedalizzazione domiciliare devono rientrare nel computo dei letti ospedalieri e quindi nella contabilità del S.s.n.;

9) la U.s.l. potrà attivare meccanismi di incentivazione per i reparti ospedalieri che promuovono la deospedalizzazione e riducono le degenze medie;

10) la U.s.l. deve prevedere un impegno di spesa per l'ospedalizzazione domiciliare per il suo potenziamento con personale medico, infermieristico e per il convenzionamento con l'associazione di volontariato.

#### *Procedure amministrative della regione Toscana*

La regione Toscana riconosce l'ospedalizzazione domiciliare per i pazienti oncologici nonché la sua codificazione contenuta nel progetto obiettivo anziani-P.s.n.

La regione Toscana riconosce il ruolo del volontariato professionista per avviare e realizzare una rete di servizi omogenei di ospedalizzazione domiciliare. Il modulo funzionale ospedaliero è reso operativo dalla costituzione di una équipe basata sull'integrazione di personale volontario e personale dipendente. Ad ogni servizio saranno assegnati i « posti letto domiciliari » che corrispondono al numero di pazienti « presi in carico » giornalmente. Per tutti i pazienti saranno seguite le pratiche amministrative della dimissione e analoghe ai ricoveri tradizionali. I pazienti ospedalizzati

a domicilio riceveranno un'assistenza analoga a quella ospedaliera per le competenze specialistiche, l'organizzazione tecnica, le attrezzature ospedaliere trasportabili nonché la fornitura dei farmaci (scheda n. 2).

Lo schema di convenzione tra l'associazione QUAVIO e la U.s.l. 30 è approvato ed adottato per regolamentare l'attività dell'ospedalizzazione domiciliare su tutto l'ambito regionale.

La regione attiva i finanziamenti previsti nel « Progetto obiettivo per la tutela della salute degli anziani-P.s.n. » per avviare ed istituire nelle Province toscane i servizi di ospedalizzazione.

Tali finanziamenti saranno erogati, tramite la Federazione, alle associazioni di volontariato specializzate in campo oncologico individuate nel progetto. Tutte le somme, corrisposte per l'attività dei servizi di ospedalizzazione domiciliare, saranno utilizzate in quota percentuale dalla Federazione (20%) e dalle associazioni provinciali (80%) per le spese sostenute dal personale, per le attrezzature e per l'organizzazione del servizio.

Il progetto contempla:

a) una fase iniziale (3-6 mesi) in cui saranno potenziate le realtà già attive (assunzione di un assistente medico a Siena e Ponte a Niccheri-FI) e saranno avviati i nuovi servizi (Lucca, Grosseto, Arezzo, Massa, Pisa, Firenze, Livorno, Pistoia, Prato).

b) una fase di verifica (3-6 mesi) in cui la regione Toscana insieme alla commissione tecnico scientifica delle associazioni di volontariato federate valuterà gli stati di avanzamento del progetto;

c) un fase di consolidamento (24 mesi) in cui i servizi attivati saranno integrati nel Piano sanitario regionale e saranno apportati gli opportuni adeguamenti in tema di personale e di organizzazione.

#### *Procedure della Federazione del volontariato*

La Federazione si impegna alla realizzazione di una Rete regionale di servizi di ospedalizzazione domiciliare attraverso l'u-

nione e cooperazione degli operatori nei seguenti punti:

1) collegamenti via ponti radio e via telematica per lo scambio di comunicazione in tempo reale e per il raccordo con le attività della protezione civile;

2) standardizzazione delle cure e dei meccanismi di verifica, della loro validità al domicilio attraverso protocolli di ricerca scientifica comune;

3) informazione ai cittadini per l'autodeterminazione sulle terapie e sulla scelta della sede di cura;

4) coordinamento dell'attività e supporto tecnico organizzativo alle singole sedi;

5) costituzione di una commissione

tecnico-scientifica specifica per la Rete dei servizi di ospedalizzazione domiciliare, in cui siano rappresentati i medici responsabili ospedalieri ed i responsabili delle associazioni federate, e stesura del regolamento operativo;

6) verifica attraverso controlli quantitativi e qualitativi, centralizzati regionali e periferici provinciali, dell'attività svolta sia in ambito ospedaliero che nel volontariato;

7) intervento sulle singole sedi con gli opportuni provvedimenti, qualora le verifiche accertino la non adeguatezza agli standards prefissati nel progetto;

8) denuncia degli eventuali ostacoli al-

**Scheda n. 2 - Strutture, personale ed obiettivi del Servizio di ospedalizzazione domiciliare per pazienti oncologici, regione Toscana**

<b>Moduli di ospedalizzazione domiciliare in 11 ospedali regionali toscani integrati con il volontariato professionista</b>		
PROVINCIA	OSPEDALE	ASSOCIAZIONE
1 Siena	S. Maria della Scala	QUAVIO-SI
2 Arezzo	Ospedale civile	QUAVIO-AR
3 Grosseto	Ospedale civile	QUAVIO-GR
4 Lucca	Ospedale civile	Silvana Sciortino
5 Massa Carrara	Ospedale civile	Volto della speranza
6 Pisa	Ospedale S. Chiara	QUAVIO-PI
7 Firenze	Careggi	Fondazione raditerapia oncologica
8 Firenze	Ponte a Niccheri	Calcit. Sez. Chianti Fiorentino
9 Firenze	S. Maria Nuova	QUAVIO-FI
10 Livorno	Spedali Riuniti	QUAVIO-LI
11 Pistoia	Del Ceppo	Voglia di vivere-PT
12 Prato	Ospedale generale	
<b>Equipe domiciliare a regime</b>		
medici:	1 aiuto ospedaliero responsabile del modulo	30 h
	1 assistente medico ospedaliero	30 h
	1 borsista medico specializzato	20 h
infermieri:	5 unità professionali	20 h
	1 ausiliaria addetta all'assistenza e collegamenti	30 h
psicologi:	1 unità	20 h
ass. sociali:	1 unità	10 h
servizio segreteria:	25 h	
<b>Obiettivi di cura domiciliare:</b> Posti letto domiciliari da attivare: da 6 a 10 Ogni paziente, in base alle necessità terapeutiche, avrà assicurate le visite mediche, le visite psico-sociali, le presenze infermieristiche, il collegamento con il medico di base, con i servizi distrettuali ed un servizio di reperibilità		
<b>Tempi per avviare il progetto:</b> da 3 a 12 mesi		
<b>Durata del progetto:</b> 3 anni		

## Scheda n. 3 - Gestione economica del progetto regionale

Capitoli di spesa per il finanziamento:

a) Fondi finalizzati del « Progetto obiettivo tutela della salute degli anziani », P.s.n. 1991-1994, capitoli di spesa su cui valersi per il finanziamento di 660 milioni per il progetto regionale toscano di ospedalizzazione domiciliare per pazienti oncologici, Gazzetta Ufficiale n. 53 del 4 marzo 1992, Fondo sanitario nazionale, parte corrente

funzione	anno	1993 (mld)	1992 (mld)	1991 (mdl)	1991 Regione Toscana (mld)
Assistenza domiciliare Integrata		225	180	135 (61%)	10.554
Ospedalizzazione Domiciliare		64	32	—	—
<b>Formazione</b>		10	10	10 (4.5%)	<b>0.775</b>
RSA Convenzionate		185	111	74 (33%)	5.682
<b>TOTALE</b>		<b>518</b>	<b>367</b>	<b>219</b>	<b>17.220</b>

b) Fondo sanitario nazionale, parte in conto capitale, Fondi destinati alla regione Toscana per l'**assistenza oncologica: 1214** (milioni di lire).

la realizzazione della rete di ospedalizzazione domiciliare e alla tutela della salute dei cittadini;

9) proposizione alla regione Toscana per l'attivazione di nuovi servizi in ulteriori sedi ospedaliere a cui afferiscono le richieste di assistenza oncologica;

10) La Federazione, attraverso la commissione, fornirà il supporto necessario nelle sedi in cui l'avvio del progetto risulti rallentato od ostacolato e potrà sviluppare servizi di ospedalizzazione domiciliare in sedi alternative;

11) realizzazione di un centro di servizio per l'ospedalizzazione domiciliare quale punto di riferimento per il supporto tecnico, organizzativo e finanziario a disposizione di enti pubblici e privati nonché di singoli cittadini.

#### Meccanismi di verifica

Il progetto regionale di istituzione della Rete di servizi di ospedalizzazione domiciliare per pazienti oncologici è costantemente soggetto a verifica nelle fasi iniziali ed in-

termedie. I soggetti deputati alla verifica sono la commissione tecnica-scientifica della federazione, la regione Toscana e le U.s.l. In sede regionale deve essere istituita una commissione paritetica tra la Federazione, i responsabili dei servizi e gli organi regionali. Gli indicatori della verifica sono i seguenti:

1) tempi: verifica a 3, 6, 12 mesi e successivamente a cadenza semestrale per i tre anni del progetto;

2) identificazione delle problematiche provinciali e proposizione delle soluzioni;

3) analisi dell'attività, in particolare delle giornate di degenza domiciliare, in rapporto ai pazienti assistiti e agli operatori addetti all'assistenza;

4) registrazione dei costi sostenuti da parte del S.s.n. e dell'associazione di volontariato;

5) valutazioni qualitative del servizio in base alla soddisfazione dei cittadini;

6) valutazioni qualitative delle giornate di ospedalizzazione domiciliare in rapporto ai giorni di degenza ospedaliera tradizionale risparmiati;

7) comparazione dei risultati assistenziali dei singoli servizi di ospedalizzazione domiciliare con proposizioni per l'omogeneizzazione nella regione Toscana;

8) analisi dell'efficienza dei singoli servizi in rapporto ai costi/benefici.

### *Finanziamenti*

Il costo stimato per avviare il progetto regionale toscano di una Rete di servizi di ospedalizzazione domiciliare ammonta a 720 milioni.

Il finanziamento di tale somma può avvalersi dei fondi assegnati alle Regioni per l'accantonamento del Fondo sanitario nazionale 1991 (parte corrente e conto capitale, G.U. n. 53, 1992). In particolare alla regione Toscana sono assegnati le somme di lire 17.220 milioni per la tutela della salute degli anziani e la somma di lire 1.214 milioni per l'assistenza oncologica.

I capitoli di spesa relativi alla formazione degli operatori (circa 800 milioni) del Progetto obiettivo tutela della salute degli anziani e alla dotazione tecnologica per l'assistenza oncologica (lire 1.214 milioni) corrispondono alle finalità del progetto regionale di ospedalizzazione domiciliare della Federazione. Il progetto prevede infatti una fase iniziale di formazione, per l'integrazione nell'équipe domiciliare di personale volontario professionista e personale di-

pendente, e di organizzazione tecnico strumentale per erogare prestazioni ospedaliere al domicilio anche mediante attrezzature oncologiche.

Nella fase attuativa dei servizi di ospedalizzazione domiciliare le Unità sanitarie locali provvederanno a rimborsare alle singole associazioni di volontariato, per ogni giornata di ospedalizzazione domiciliare, una cifra corrispondente ad 1/10 del costo di una giornata di degenza tradizionale.

Tutta l'attività del progetto è soggetta a verifica ed è prevedibile una fase di consolidamento per i vantaggi economici, la soddisfazione dell'utenza e la validità dei posti letto domiciliari.

In tale fase sarà valutata la possibilità di potenziare la componente pubblica con l'assegnazione di personale (scheda n. 3)

### **Conclusioni**

Il progetto di costituire nella regione Toscana una Rete di servizi di ospedalizzazione domiciliare per i pazienti oncologici rappresenta un modello organizzativo innovativo per la sanità italiana. I suoi obiettivi sono la qualità della vita, la soddisfazione dei cittadini, il coinvolgimento del volontariato professionista, l'efficienza dell'organizzazione, il risparmio economico e una razionalizzazione dei servizi oncologici.

## **CONVENZIONE TRA LA U.S.L.\* E L'ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO PROFESSIONISTA? OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE PER PAZIENTI ONCOLOGICI**

L'anno 1993 e questo dì del mese di ..... presso la sede legale della U.s.l.\*  
TRA

l'Unità sanitaria locale\*, di seguito per brevità denominata U.s.l.\*, codice fiscale n. rappresentata dall'amministratore straordinario;

E

l'Associazione di volontariato ?, di seguito per brevità denominata Associazione, codice fiscale n. ...., con sede attuale nel ....., rappresentata, nella sua qualità di Presidente pro-tempore dal sig. ...., il quale agisce in nome e per conto della medesima Associazione

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

### **Art. 1 - Attivazione**

La U.s.l.\* attiva, con decorrenza 1° gennaio 1993, il Servizio di ospedalizzazione domiciliare per i soggetti affetti da neoplasia in fase avanzata, avvalendosi della U.O. di ... quale struttura ospedaliera di riferimento e del personale e dell'organizzazione dell'associazione.

**Art. 2 - Obiettivo**

L'ospedalizzazione domiciliare ha come obiettivo la cura, mediante prestazioni analoghe a quelle fornite in ospedale, della malattia oncologica nelle fasi avanzate e delle patologie ad essa correlate, nel domicilio del paziente per favorire la deospedalizzazione e limitare i ricoveri alle strette necessità cliniche.

**Art. 3 - Tipologia dell'attività**

Le prestazioni domiciliari sono fornite esclusivamente se si realizzano le seguenti condizioni:

- a) vantaggi sanitari complessivi per il paziente;
- b) disponibilità da parte dei familiari o terze persone a garantire il necessario sostegno materiale e morale al malato;
- c) idoneità dell'appartamento in cui il paziente viene curato;
- d) impegno del personale medico-infermieristico simile a quello occorrente in ospedale per il trattamento di quella specifica patologia;
- e) costi inferiori rispetto alle spese ospedaliere.

L'attività svolta dal Servizio di ospedalizzazione domiciliare ha una limitazione territoriale di un raggio di 20-25 km e comunque con tempi di percorrenza non superiori a 30 minuti.

L'ospedalizzazione domiciliare fornisce i seguenti interventi:

- a) valutazione funzionale oncologica del paziente e della famiglia;
- b) programmazione delle terapie domiciliari e relativa prescrizione;
- c) compilazione della cartella clinica ospedaliera e domiciliare;
- d) assistenza infermieristica specialistica ed esecuzione delle cure necessarie;
- e) assistenza psicologica alla famiglia e al malato;
- f) educazione sanitaria oncologica;
- g) consulenza e aiuto per lo svolgimento di pratiche burocratiche;
- h) attivazione delle risorse del volontariato sociale per l'aiuto alla famiglia.

Nella fase iniziale di istituzione del Servizio di ospedalizzazione domiciliare, le prestazioni sono espletate in sei giorni settimanali con un orario concordato sulla base delle esigenze degli assistiti e gli impegni lavorativi e sociali dei singoli operatori nello spazio orario dalle ore 8 alle ore 20. L'ospedalizzazione domiciliare opera la programmazione terapeutica nel medio-lungo periodi rimanendo escluse le prestazioni d'urgenza.

**Art. 4 - Personale**

Gli operatori socio-sanitari della U.s.l.\* e dell'associazione sono definiti nominativamente nella loro struttura numerica e funzionale nell'allegato A che costituisce parte integrante della presente convenzione.

**Art. 5 - Assicurazione**

La U.s.l.\* garantisce agli operatori dell'associazione per l'espletamento dell'attività di ospedalizzazione domiciliare, la copertura assicurativa per rischi di responsabilità civile per danni provocati a persone e cose nell'esecuzione delle proprie funzioni, nonché la copertura per i rischi d'infortunio e morte a causa e in occasione della predetta attività.

Dette coperture assicurative saranno effettuate con l'estensione, ai medesimi operatori, delle garanzie previste dalle polizze R.C.T. ed infortuni in vigore presso la U.s.l.\*

**Art. 6 - Collaborazione**

L'attività dell'ospedalizzazione domiciliare, per ottimizzare l'assistenza, deve favorire la interdisciplinarietà oncologica e collaborare con:

- a) le unità operative della struttura ospedaliera;
- b) i medici di famiglia;
- c) i servizi di emergenza, i servizi socio-sanitari operanti nel territorio e le forze di volontariato. Il servizio svolge attività di consulenza su tutto l'ambito della U.s.l. Il servizio potrà richiedere la consulenza domiciliare di specialisti ospedalieri per assicurare un elevato livello assistenziale.

#### **Art. 7 - Qualificazione professionale**

Il costante aggiornamento degli operatori sarà assicurato con la partecipazione a corsi di qualificazione professionale in tema di assistenza domiciliare. In collaborazione con l'ufficio educazione sanitaria e la U.O. formazione professionale della U.s.l.\*, potranno essere organizzati corsi di aggiornamento sulle malattie neoplastiche per operatori socio-sanitari.

L'attività dell'ospedalizzazione domiciliare potrà essere utilizzata a fini didattici per tirocini di medici, specializzandi e personale paramedico.

#### **Art. 8 - Organizzazione**

L'ospedalizzazione domiciliare utilizzerà una sede messa a disposizione dalla U.s.l.\* per:  
a) la segreteria; b) il centro di coordinamento operativo dell'attività; c) un archivio delle cartelle cliniche dei pazienti, delle prestazioni domiciliari e delle presenze degli operatori;  
d) n codice di riferimento per la rilevazione dell'attività.

L'ospedalizzazione domiciliare, in base alle richieste pervenute, prende in carico i pazienti e attiva la procedura dell'« ospedalizzazione domiciliare ». I dati relativi al paziente e alle giornate di assistenza saranno registrati e contabilizzati dall'accettazione della u.s.l.\* secondo procedure di ammissione e dimissione simili a quelle per i ricoveri tradizionali.

Il programma terapeutico sarà attuato tramite la fornitura, da parte della U.s.l.\*, dei presidi farmacologici ospedalieri, i supporti di base per le terapie specialistiche oncologiche, la strumentazione necessaria alla cura del paziente. Le specialità farmaceutiche saranno erogate tramite prescrizione su ricettario regionale.

Sarà compito della U.s.l.\* redigere i resoconti relativi al movimento dei pazienti e alle spese farmaceutiche ed economiche.

#### **Art. 9 - Costi**

Le prestazioni erogate con l'ospedalizzazione domiciliare sono gratuite per i pazienti e le loro famiglie.

La U.s.l.\* si impegna a rimborsare per ogni giornata di ospedalizzazione domiciliare all'associazione una quota forfettaria corrispondente ad un decimo 1/10 del costo di una giornata di degenza tradizionale. L'entità della quota potrà subire modificazioni, su richiesta dell'associazione o su indicazione della regione Toscana, e sarà registrata in un allegato B che costituisce una parte integrante della convenzione.

#### **Art. 10 - Controlli**

L'U.s.l.\* si riserva il diritto di effettuare gli opportuni controlli presso il domicilio degli utenti al fine di accertare il regolare adempimento degli obblighi di cui alla presente convenzione. La verifica sull'attività svolta potrà essere effettuata anche dalla regione Toscana. La risoluzione della presente convenzione potrà essere promossa qualora sia accertata la sussistenza di carenze assistenziali ed inottemperanze.

#### **Art. 11 - Durata**

La presente convenzione ha efficacia a far data dal ....., ha una durata di tre anni ed è rinnovabile annualmente salvo disdetta di una delle due parti per giustificati motivi, con preavviso di almeno tre mesi, a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno.

#### **Art. 12 - Revisioni**

La convenzione potrà essere modificata in seguito alle indicazioni della commissione paritetica istituita tra la regione Toscana e la Federazione del volontariato (Centro internazionale federativo di servizi per il volontariato).

#### **Art. 13 - Registrazione**

Il presente atto è soggetto alla registrazione in caso d'uso.

data:

L'AMMINISTRATORE STRAORDINARIO U.S.L.\*,

Letto, confermato e sottoscritto

IL PRESIDENTE dell'ASSOCIAZIONE



# **La sanità nel mondo**

Sezione 4<sup>a</sup>

# IL SISTEMA SANITARIO TEDESCO

## STRUTTURA, PROBLEMI E RIFORMA

di Günter Neubauer e Gabi Moos

Universität der Bundeswehr - München

Traduzione a cura di Francesco Longo

**SOMMARIO:** Premessa - L'organizzazione istituzionale del sistema sanitario tedesco - I problemi del sistema sanitario tedesco - I principali punti della riforma sanitaria tedesca: riforma strutturale del settore ospedaliero; modifiche nel settore delle mutue; interventi strutturali nel settore della medicina primaria; il governo della spesa attraverso budget e protocolli prescrittivi sui farmaci - Quali i frutti di questa riforma: correzioni di breve periodo o dubbi di lungo periodo.

### Premessa

In Germania in tema di sanità si cita sempre il seguente detto popolare: « La salute è la cosa più importante e non ha prezzo ». Di conseguenza, la spesa sanitaria dovrebbe essere illimitata?

Purtroppo, a fronte di bisogni sanitari sostanzialmente infiniti vi sono risorse limitate. Anche il sistema sanitario tedesco si trova a vivere le tensioni tra gli obiettivi della medicina e la scarsità delle risorse.

La riforma del sistema sanitario tedesco, entrata in vigore il 1° gennaio 1993, ha uno scopo ben determinato e preciso: la definizione a livello centrale di tetti di spesa e dei corrispondenti flussi finanziari, da cui poter far discendere la stabilità dell'aliquota nel calcolo dei contributi malattia a carico dei lavoratori, che confluiscono nelle casse delle mutue (1).

La stabilità dell'aliquota contributiva per la sanità non significa determinare un blocco della crescita della spesa sanitaria, quanto piuttosto ancorare questa crescita alla dinamica del reddito nazionale.

Per raggiungere questo obiettivo sono stati introdotti numerosi stru-

menti, che pongono nuove priorità nei rapporti tra mutue e assicurati e tra mutue e strutture d'offerta di servizi sanitari. I principali temi toccati dalla riforma sono:

— la definizione di tetti di spesa triennali per i contributi assicurativi e le spese delle mutue, correlati alla crescita dei salari degli assicurati;

— un contenimento del numero degli accessi al ruolo sanitario di medicina generale;

— la modifica del finanziamento degli ospedali;

— un incremento della responsabilità dei medici sul rapporto costo efficacia e sulla qualità delle loro prescrizioni.

Il presente saggio cerca di illustrare le caratteristiche e i problemi della recente riforma del sistema sanitario tedesco (SST).

### L'organizzazione istituzionale del sistema sanitario tedesco

Una delle cause decisive che ha portato al varo della riforma del SST è la supposizione che una parte della spesa sia determinata da un processo strutturalmente inefficiente nell'allocazione delle risorse. Per spiegare le

cause che hanno portato all'ultima riforma del SST, o meglio del sistema assicurativo sanitario obbligatorio, è opportuno delinearne dapprima le caratteristiche fondamentali.

L'assetto istituzionale può essere graficamente rappresentato dallo schema in figura 1.

Dalla rappresentazione grafica è possibile evincere come l'offerta di servizi sanitari sia il prodotto di una arena decisionale con una moltitudine di attori che interagiscono attraverso una fitta rete di processi negoziali, anche di natura molto diversa tra loro:

— meccanismi simili a quelli di mercato;

— meccanismi di libera scelta da parte dei cittadini;

— procedure di regolazione e/o negoziazione amministrativa.

Per questo, il modello sanitario tedesco, basato sulle mutue obbligatorie, viene spesso proposto come il più tipico esempio di un sistema «poli-centrico», cioè diretto e governato da una pluralità di soggetti e istituzioni.

I rapporti tra pazienti e strutture di offerta (medici, dentisti, ospedali, ecc.) non prevedono praticamente mai un esborso monetario diretto da par-

te dei beneficiari dei servizi. La copertura delle spese avviene sempre a carico di un « terzo pagante »: le mutue assicurazioni obbligatorie. Per questo il sistema si basa su meccanismi che possono essere definiti solo « simili » a quelli di mercato.

Il sistema delle mutue obbligatorie è composto da circa 1300 diverse « *krankenkassen* » (fondi malattia), collegati tra loro in modo da costituire dei gruppi assicurativi, che si aggregano in base a molteplici fattori di integrazione: regioni geografiche o appartenenze aziendali o categorie professionali. Sono finanziate attraverso i contributi degli assicurati, che sono soggetti, fino a certe soglie di reddito, all'obbligo assicurativo. I contributi sono calcolati con criteri proporzionali al reddito. In linea generale l'obbligo assicurativo è a carico dei soli lavoratori dipendenti. I figli e i coniugi a carico sono assicurati insieme al capofamiglia lavoratore. Lavoratori autonomi, liberi professionisti e i percettori di redditi elevati possono sottoscrivere contratti assicurativi privati.

Attualmente circa il 90% della popolazione tedesca è iscritta al sistema delle mutue obbligatorie. In questo modo, la normativa impone di fatto, per la maggior parte della popolazione, l'obbligo all'assicurazione sanitaria (di solito indicando anche il tipo di mutua a cui bisogna iscriversi), regolando di fatto anche le caratteristiche del pacchetto assicurativo.

In Germania, il sistema concede alle mutue un'ampia autonomia decisionale e gestionale, essendo giuridicamente simili a ciò che nel codice civile italiano è rappresentato dalle cooperative e dalle mutue assicuratrici. Le mutue sono comunque vicine alla logica funzionale delle altre pubbliche amministrazioni, e come vengono anche percepite nell'immaginario collettivo, ma l'autonomia di cui godono questi soggetti è ampia,

tale che essi possano regolare tutte le questioni interne come meglio credono. Ma spesso supera ampiamente il potere di regolamentazione delle sole questioni interne. Dal punto di vista economico, i più importanti elementi della loro autonomia verso l'esterno sono due:

- il diritto di determinare le aliquote contributive;
- il diritto alla negoziazione diretta con le aziende erogatrici di servizi sanitari.

Questo significa che ogni mutua può stabilire autonomamente, a seconda del fabbisogno finanziario, l'aliquota contributiva per i propri iscritti, senza alcun intervento da parte del legislatore; e, inoltre, che ogni mutua può negoziare contratti di acquisto di servizi con i produttori.

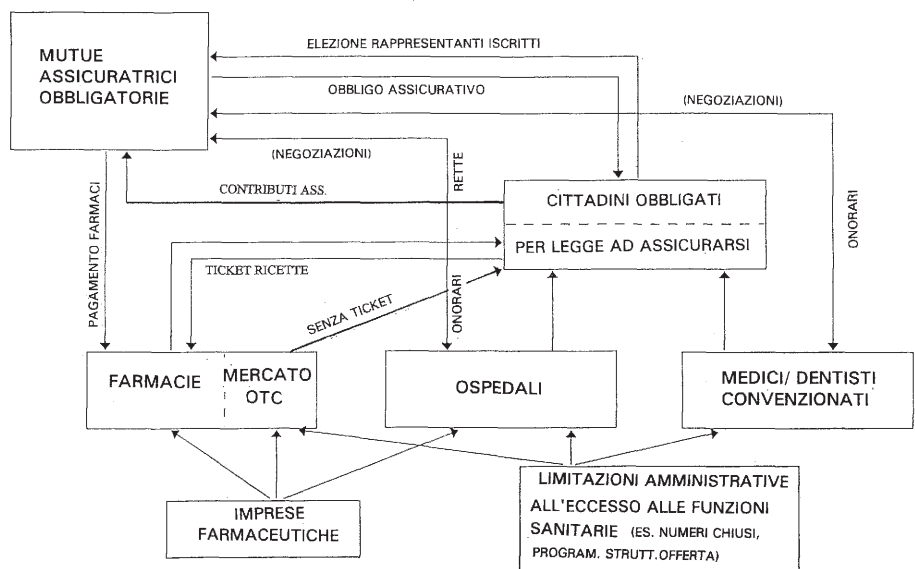
Le condizioni contrattuali per il pagamento delle prestazioni (tariffe e onorari) dei soggetti erogatori di servizi (medici ospedali, ecc.) vengono stabilite attraverso delle contrattazioni dirette tra rappresentanti delle

mutue obbligatorie e dei produttori di servizi sanitari. Perciò il principale strumento di determinazione dei prezzi sono le negoziazioni tra i produttori e gli acquirenti dei servizi (le mutue, appunto).

I rapporti tra assicurati e mutue obbligatorie sono influenzati da un processo elettorale — le cosiddette « *Sozialwahlen* » (elezioni sociali) —, con cui ogni sei anni gli iscritti eleggono i loro rappresentanti presso le mutue, all'interno degli organi di autogoverno. In questo modo gli iscritti dovrebbero teoricamente riuscire a influenzare le caratteristiche dei servizi offerti dalla propria mutua. In realtà le « *Sozialwahlen* » si sono dimostrate da sempre uno strumento molto debole con cui gli iscritti potessero riuscire a tutelare i propri interessi all'interno delle mutue.

Anche se la gestione della tutela della salute è affidata in Germania a un circuito autoamministrato, la programmazione sanitaria è decisa in

**Figura 1 - Strutture del Sistema sanitario tedesco basato su mutue assicuratrici obbligatorie**



larga misura dallo Stato, attraverso la pianificazione dei livelli quantitativi autorizzati alle strutture di offerta, imposti attraverso lo strumento delle limitazioni delle concessioni amministrative.

Gli errori commessi in questo tipo di programmazione rappresentano una delle principali cause della costante crescita della spesa sanitaria in Germania.

### **I problemi del sistema sanitario tedesco**

Alcuni fenomeni strutturali, come l'incremento della speranza di vita e lo sviluppo delle tecnologie biomediche, non sono sufficienti per spiegare l'« esplosione » della spesa sanitaria tedesca. Osservando da un punto di vista economico il sistema sanitario tedesco, emerge prima di tutto che mancano completamente elementi di competitività. Il principio della concorrenza, che si esplica nella ricerca e nella scelta dell'alternativa migliore, non viene mai applicato. Gli errori commessi nella pianificazione statale rappresentano un punto di partenza alla ricerca di possibili modelli alternativi di funzionamento del sistema.

Le determinanti della recente riforma del SST sono riassumibili in:

- eccesso di capacità produttiva;
- strutture diseconomiche;
- una crescita scientificamente ingiustificata della quantità di prestazioni erogate.

A questo proposito intendiamo sottolineare come i produttori di servizi sanitari siano impegnati soprattutto a far crescere la domanda, spesso in modo del tutto artificiale. Soprattutto si tende a osservare come i medici, che sono i più grandi offerenti di prestazioni altrui, siano in grado di orientare la domanda, indirizzandola verso certi servizi, secondo i propri interessi. Inoltre l'assenza di esborso monetario diretto da parte

degli assistiti favorisce la crescita della quantità delle prestazioni, in assenza di ticket o tariffe calmieratrici.

Altre debolezze del sistema possono essere individuate nell'obbligo all'iscrizione presso le mutue, nella persistenza che tale iscrizione deve essere riferita alla totalità delle prestazioni, e alle limitazioni nella libertà di scelta della mutua assicuratrice. In un sistema di questo tipo, gli assicurati hanno una debolissima forza nell'indirizzare il comportamento delle mutue verso i loro interessi legittimi.

### **I principali punti della riforma sanitaria tedesca**

La riforma entrata in vigore il 1° gennaio 1993 contiene sia provvedimenti per il contenimento della spesa, sia modifiche strutturali in tutti i comparti, dal lato dell'offerta dei servizi e dal lato assicurativo.

Come norma immediata, sono stati indicati a partire dal 1 gennaio 1993 dei budget di spesa per i principali settori. La programmazione della spesa con i budget di settore si articolerà in tre esercizi, periodo giudicato necessario per approntare nuovi e ulteriori strumenti di governo del sistema. Di seguito riassumeremo i principali aspetti della riforma.

#### *Riforma strutturale del settore ospedaliero*

Il settore ospedaliero genera circa un terzo della spesa delle mutue tedesche. Con la riforma si cerca di introdurre una modifica strutturale del settore ospedaliero. Per prima cosa, dal 1993 al 1995 le spese per le degenze ospedaliere potranno essere coperte esclusivamente con trasferimenti provenienti dai contributi obbligatori alle mutue. Questo provvedimento ha natura soprattutto d'urgenza, non potendo essere definito certamente un indirizzo di riforma di lungo periodo.

Di più grande significato è invece la soppressione del principio di « autosostentamento », di cui godevano gli ospedali fino al 1° gennaio 1993. L'eliminazione di questo principio dovrebbe permettere di recuperare economicità nella gestione ospedaliera. Infatti finora, il principio di « autosostentamento » permetteva agli ospedali di recuperare dalle mutue tutti i costi sostenuti eccedenti le rette giornaliere, che questi potevano dimostrare e giustificare.

Un altro importante provvedimento in tema di finanziamento degli ospedali è la sostituzione della retta giornaliera con finanziamenti fissi per tipi di prestazioni. A partire dal 1995, al più tardi dal 1996, gli ospedali tedeschi saranno obbligati a tariffare in base a specifiche prestazioni (protocolli di attività per processi di cura codificati) e in base a DRGs (tariffe correlate a diagnosi, ponderate per il grado di severità). Per le rimanenti prestazioni varranno rette giornaliere distinte per tipi di disciplina medica.

Soprattutto il finanziamento in base a DRGs, i quali esprimono il tipo di diagnosi e la sua severità, è auspicato da tempo dagli esperti del settore, perché lo si giudica un sistema di finanziamento capace di riorientare gli ospedali sui risultati. Questo tipo di finanziamento offre nuove possibilità di recupero di elementi di competitività in base ai raggiunti livelli quali-quantitativi di risultati, tra gli ospedali tedeschi.

Una ulteriore rilevante novità della riforma è l'eliminazione della rigida distinzione tra prestazioni ambulatoriali dei medici non ospedalieri e prestazioni in regime ospedaliero. Nella riforma, ai medici ospedalieri è concesso di operare ambulatorialmente all'interno dei presidi ospedalieri. A questo proposito è considerato determinante che il paziente si fermi in ospedale solo il tempo necessario all'intervento. Inoltre ci so-

no ulteriori provvedimenti tendenti a diminuire la permanenza dei pazienti negli ospedali. È stata data la possibilità che i pazienti, dopo le visite e gli esami preoperatori, tornino a casa, per rientrare in ospedale solo il giorno preciso dell'operazione.

Inoltre la riforma permette, dal 1° gennaio 1993, la collaborazione tra capitale pubblico e privato nel settore degli investimenti. Si introducono così decisi elementi di flessibilità nel sistema. In questo modo, infatti, gli ospedali hanno la possibilità di ottenere oltre ai finanziamenti dei « Laender » (gli Stati in cui è suddivisa la Germania) anche capitali privati. Il diritto a finanziarsi attraverso il ricorso al credito permette, soprattutto a investitori privati, un migliore accesso al mercato.

#### *Modifiche nel settore delle mutue*

Anche le mutue obbligatorie vengono profondamente modificate dalla riforma. Le loro spese interne (personale, amministrazione, ecc.) non possono crescere in termini percentuali nel periodo 1993-1995 più del reddito nazionale. Dall'1 gennaio 1994 le mutue dovranno equilibrare tra di loro i rischi assicurativi, attualmente maldistribuiti. Ogni mutua dovrà strutturarsi sul lato delle entrate in modo da introitare un importo pari al costo medio per assistito moltiplicato il numero degli iscritti. Un deciso passo in direzione della competitività è l'introduzione della libera scelta per ogni cittadino, lavoratore o impiegato, a partire dal 1997, della mutua a cui iscriversi (2).

#### *Interventi strutturali nel settore della medicina di base*

Come gli altri settori, anche il settore dei medici di medicina generale convenzionati avrà dei budget di spesa: il finanziamento complessivo per

i medici e per i dentisti convenzionati non potrà, nel periodo 1993-95, crescere a un ritmo superiore a quello dei contributi di malattia obbligatori incassati dalle mutue. La novità più importante è però senza dubbio costituita da una serie di norme tendenti a limitare il numero di accessi al ruolo di medici di medicina generale convenzionati (3).

Il numero di medici convenzionati per abitanti continua a crescere in Germania. Se nel 1980 vi erano 935 abitanti per medico convenzionato, nel 1991 questi erano solo 772.

La riforma rende più limitante la programmazione del fabbisogno di medici di base. A partire dall'1 gennaio 1999 l'accesso alla convenzione avverrà nel rispetto di un rigido rapporto (N. di medici/N. abitanti), che dovrà stabilire quanti medici potranno esserci per 10.000 abitanti. Nel caso di un superamento di oltre il 10% del rapporto parametrico, i limiti all'accesso diventeranno ancora più stringenti. In questo modo si dovrebbe riuscire a frenare l'eccesso di crescita del numero di medici convenzionati. L'analogo problema che coinvolge il numero degli specialisti, pagati a prestazione dalle mutue, dovrebbe trovare una risposta simile, ancorandolo per legge al numero dei medici di base convenzionati. Inoltre, a partire dal 1999, il conenzionamento decadrà, non appena raggiunto il 68° anno di vita.

La limitazione del numero dei medici di base convenzionati attraverso una normativa centrale, si giustifica anche con la constatazione che le correzioni introdotte al sistema di pagamento dei medici di base si sono finora dimostrate inefficaci rispetto agli altri fattori espansivi dell'offerta sanitaria.

Infatti, il tetto posto alla remunerazione complessiva dei medici di base nel recente passato ha portato solo a una brevissima stabilizzazione delle spese delle mutue obbligatorie.

#### *Il governo della spesa attraverso budget e protocolli descrittivi sui farmaci*

Un intenso dibattito è nato all'interno dell'opinione pubblica a causa dell'introduzione del budget sui farmaci. Esso viene determinato per il 1993 sulla base della spesa 1991 ed è posto come tetto alla spesa farmaceutica. Qualora la spesa per farmaci della totalità dei medici di base convenzionati superasse il budget di spesa pattuito, essi concorrerebbero personalmente a ricoprirlo fino a un massimo di 250 miliardi di lire circa. Ciò significa che la remunerazione complessiva dei medici di base diminuisce in proporzione al superamento del budget di spesa. E se tale superamento dovesse eccedere i 250 miliardi di lire, saranno le stesse imprese farmaceutiche a concorrere a coprire il disavanzo, trasferendolo alle mutue obbligatorie, fino a un massimo di 500 miliardi circa. Parallelamente verranno definiti protocolli prescrittivi di massima per gruppi di medici, che verranno usati come metro di giudizio sull'economicità del comportamento prescrittivo dei medici di medicina generale convenzionati.

Inoltre, dal primo gennaio 1993, è stato diminuito il prezzo di tutti i farmaci a tariffa libera, e congelato fino al 31 dicembre 1994. Il prezzo dei prodotti etici è stato diminuito del 5%, quello dei farmaci da banco del 2%. Il blocco dei prezzi decade per quei farmaci per cui viene stabilito un prezzo fisso.

Riuscire a stabilire un prezzo fisso per tipo di farmaco serve a indicare un esatto costo alle mutue. Questo dovrebbe favorire elementi di concorrenzialità tra le imprese farmaceutiche e dovrebbe portare a risparmi sulla spesa.

Al più tardi il primo gennaio '96, verrà istituita in Germania una « lista positiva di farmaci », che verrà definita da un costituendo istituto « i farmaci nella sanità pubblica ». A

partire da quella data il sistema delle assicurazioni obbligatorie dovrà coprire solo la spesa per i farmaci contenuti in questa lista.

**Quali i frutti di questa riforma:  
correzioni di breve periodo  
o dubbi di lungo periodo**

Nel breve periodo verrà per lo meno frenata l'espansione della spesa sanitaria in Germania attraverso i rigidi tetti di spesa che sono stati posti. Anche in questa riforma, come nelle precedenti, si è lavorato soprattutto per avere risultati immediati. Rimane, però, il dubbio se gli altri strumenti introdotti per governare i prezzi e l'espandersi delle quantità delle prestazioni sortiscano anche effetto nel medio e lungo periodo.

Complessivamente gli interventi dello stato nel SST possono essere diminuiti solo parallelamente alla crescita di meccanismi di autoregolazione interni al sistema stesso. Dipenderà

soprattutto dalla capacità di rafforzare meccanismi di autogoverno provenienti dal mercato e dalla possibilità di dare più voce agli interessi degli assicurati:

— attraverso un aumento degli elementi di competitività tra le assicurazioni rispetto alla volontà contributiva degli assicurati (competizione tra mutue);

— attraverso la competizione tra le agenzie di offerta di servizi sanitari rispetto alla disponibilità a pagare da parte dei pazienti;

— attraverso il rafforzamento dell'autoresponsabilizzazione dei pazienti nella selezione dei servizi con l'introduzione dei ticket.

Se non si riesce a dare una maggiore importanza al principio di coerenza il sistema sanitario tedesco rischia di andare in crisi e di perdere efficienza.

---

(1) N.d.T. Il sistema sanitario tedesco sul lato assicurativo si basa su mutue ob-

bligatorie a cui i lavoratori devono iscriversi. Le mutue, stimata la spesa presunta per coprire tutte le prestazioni necessitate dai propri iscritti, calcolano l'aliquota contributiva da applicare sul reddito degli iscritti a vantaggio delle casse della mutua stessa. Questo onere assicurativo è a carico del lavoratore per il 50%, mentre il rimanente è a carico del datore di lavoro.

(2) N.d.T. Avendo le mutue aliquote contributive e gamme di servizi offerti diversi tra loro, è probabile che si verificheranno spostamenti di iscritti verso le mutue con le aliquote più basse o con un numero di servizi assicurati maggiore. Da qui la nascita di forti elementi di competitività tra le mutue, che dovrebbero ripercuotersi sull'intero sistema.

(3) N.d.T. Questo perché nel SST i medici di base sono pagati soprattutto in base al numero di prestazioni erogate e vi è quindi una tendenza naturale alla crescita da parte di questa componente di spesa. Inoltre la spesa risulta direttamente correlata dal numero dei medici convenzionati, fenomeno che non si verifica in Italia con il pagamento a quota capitaria per paziente.

# **Sanità e impresa**

Sezione 5<sup>a</sup>

# PREZZO E TERMINE DI ESECUZIONE NELL'AGGIUDICAZIONE DELL'APPALTO

di Enrico Ruffino

U.s.l. 45 - Servizio tecnico - Vercelli

SOMMARIO: Introduzione - Graduatoria riferita all'elemento prezzo - Criteri della proporzionalità inversa di tipo iperbolico e di tipo lineare - Graduatoria riferita all'elemento termine di esecuzione.

## Introduzione

Come è noto, il criterio per aggiudicare un appalto all'offerta economicamente più vantaggiosa si basa sulla valutazione di una pluralità di elementi, variabili secondo l'appalto, attinenti al prezzo, al termine di esecuzione, al costo di utilizzazione, al rendimento e al valore tecnico dell'opera che i concorrenti si impegnano a fornire.

Ancorché il criterio di cui sopra sia espressamente stabilito dal D.L. 406/91, attuativo dalla direttiva 89/440/CEE, per appalti di importo pari o superiore a 5 milioni di ECU, si ritiene che lo stesso possa essere utilmente adottato anche per appalti di importo inferiore, atteso pure il fatto che il D.L. 406/91 cit. abroga la L. 584/77 che disciplinava gli appalti di importo superiore ad un miliardo di lire.

Degli elementi di cui sopra, il prezzo ed il termine di esecuzione, essendo valori numerici, sono sicuramente valutabili in termini oggettivi mentre gli altri sono suscettibili di valutazioni discrezionali costituendo nel loro insieme quell'aspetto dell'offerta che in termini più generali può definirsi qualità.

Si devono valutare dapprima tutti gli aspetti della offerta riconducibili alla qualità e a farne oggetto di definitiva classifica parziale da formalizzarsi con apposito verbale prima di poter aver conoscenza dei prezzi e dei tempi di esecuzione.

Al fine di mantenere segreti questi ultimi elementi dell'offerta si dovrà prescrivere nella lettera di invito che il pacco contenente l'offerta, sigillato in modo da garantire l'integrità, contenga al suo interno plichi separati, ugualmente sigillati, contenenti rispettivamente:

- A) Documenti di gara
- B) Offerta tecnica
- C) Offerta economica e dei termini di esecuzione.

All'apertura delle offerte potranno presenziare i rappresentanti delle ditte offerenti. Verranno dapprima aperti i plichi A (quelli contenenti i documenti di gara) per accertare l'esistenza e la regolarità dei documenti stessi; in caso di irregolarità formali, non compromettenti la par condicio fra i concorrenti né l'interesse dell'Ente, l'impresa sarà invitata a regolarizzare il documento.

Individuate le offerte regolari e quelle irregolari e verbalizzate le even-

tuali osservazioni dei presenti si procederà all'apertura dei plichi B (quelli contenenti le proposte tecniche).

Per queste, in tale fase della procedura, ci si limiterà a verificare e a verbalizzare la consistenza della documentazione tecnica fornita.

I plichi C (quelli contenenti le offerte economiche e dei termini di esecuzione) non saranno aperti ma semplicemente siglati sui lembi di chiusura dal Presidente e dal Segretario.

Terminata questa prima fase pubblica, la Commissione, in seduta riservata, procederà alla valutazione di merito delle proposte tecniche ed alle attribuzioni dei relativi punteggi.

La Commissione giudicatrice esprimerà voti palesi con verbalizzazione di come ha votato ogni suo componente. I verbali di questi lavori di valutazione potranno essere visionati dagli interessati mentre le risultanze saranno in ogni caso comunicate ai concorrenti unitamente all'invito di presenziare all'apertura dei plichi C.

In questa seconda fase pubblica si procederà all'apertura dei plichi C ed alla attribuzione dei punteggi relativi agli elementi prezzo e termine di esecuzione ed alla stesura della graduatoria.



Tale graduatoria potrà essere definitiva o provvisoria in relazione alla necessità della Commissione giudicatrice di verificare in tempi successivi, analiticamente ed in via riservata, la congruità e l'attendibilità della documentazione richiesta dall'invito a corredo della proposta economica e dei programmi e termini di esecuzione.

**Graduatoria riferita all'elemento prezzo**

Si rileva la necessità che a tale elemento di valutazione venga attribuita importanza prevalente secondo quanto espressamente indicato dalla direttiva 89/440/CEE.

A tale riguardo si richiama anche la recente Direttiva LL.PP. del 12 agosto 1992, n. 4006/21 (riferimento di sicura autorevolezza ancorché formalmente vincolante solo per gli uffici centrali e periferici del Ministero dei LL.PP.) che stabilisce per il prezzo una incidenza non inferiore al 60% del totale. La comparazione delle offerte in base a tale elemento deve ovviamente essere effettuata mediante l'applicazione di appropriati algoritmi matematici di proporzionalità inversa (di tipo iperbolico o lineare).

**Criterio della proporzionalità inversa di tipo iperbolico**

— si assegna il massimo del punteggio (p. es. 50 punti) all'offerta più bassa;

— si assegnano alle altre offerte punteggi (p) proporzionalmente minori di 50 definiti dalla formula:

$$p = p_m \times \frac{P_m}{P} \quad (a)$$

dove:

p = punteggio da attribuire all'offerta presa in considerazione;

P = prezzo dell'offerta presa in considerazione;

p<sub>m</sub> = punteggio massimo attribuibile (p. es. 50);

P<sub>min</sub> = prezzo minore

**Criterio della proporzionalità inversa di tipo lineare**

— si assegna il massimo del punteggio (p. es. 50 punti) alla offerta più bassa;

— si assegnano alle altre offerte punteggi (p) proporzionalmente minori di 50 della stessa percentuale di quanto i rispettivi importi (P) risultano maggiori dell'offerta più bassa; per es. ad una ipotetica offerta che fosse maggiore del 10% rispetto all'offerta più bassa si assegnerà un punteggio minore del 10% ossia p.ti 50-10% di 50 = p.ti 45.

L'algoritmo matematico di quanto sopra è costituito dalla formula:

$$p = p_m \left( 2 - \frac{P}{P_m} \right) \quad (b)$$

(N.B.: Tale formula è la semplice equazione di una retta con variabili (p), (P) e con coefficiente angolare pari a - p<sub>m</sub>/P<sub>m</sub>; è immediato constatare che (p) diventa zero per P = 2P<sub>m</sub>. Si possono quindi adottare analoghe espressioni per definire, a seconda delle necessità, differenti e più opportune scale di abbattimento del punteggio:

**ESEMPIO PRATICO DI APPLICAZIONE - formula  $p = p_m \times \frac{P_m}{P}$**

- sia stato stabilito il punteggio massimo attribuibile per il parametro prezzo (P<sub>M</sub>) pari a 50;
- siano da comparare 6 offerte (che si indicano con le lettere A, B, C, D, E, F);
- i prezzi esposti dei sei concorrenti siano i seguenti:

offerta	prezzo (P) in £/milione
A	2.550
B	3.020
C	2.870
D	2.460 $\nabla$ prezzo minore (P <sub>m</sub> )
E	3.250
F	3.980

Calcolo dei rispettivi punteggi (p) con la formula  $p = p_m \times \frac{P_m}{P}$  :

per l'offerta A:  $p = 50 \times \frac{2460}{2550} = 48,25$

" B:  $p = 50 \times \frac{2460}{3020} = 40,73$

ecc. ecc.

La classifica per il punteggio prezzo risulta quindi:

offerta	punteggio (p)
D	50,00 $\nabla$ punteggio massimo (p <sub>M</sub> )
A	48,25
C	42,85
B	40,73
E	37,85
F	30,90

1° esempio:

$$p = p_m \left( 3 - 2 \frac{P}{P_m} \right) \quad (c)$$

Tale formula dà luogo ad un abbattimento più accentuato (doppio) rispetto alla precedente; per essa (p) diventa zero quando (P) è pari a 1,5 P<sub>m</sub>.

2° esempio:

$$p = p_m \left( 1,667 - 0,667 \frac{P}{P_m} \right) \quad (d)$$

In questo caso l'abbattimento è meno accentuato (2/3) e (p) diventa zero quando (P) è 2,5 P<sub>m</sub>.

Le quattro formule (a), (b), (c), (d) sopra indicate sono riportate sulla tabella e corrispondente grafico qui allegati a semplice titolo esemplificativo; il loro raffronto può essere utile per desumere il criterio da adottare caso per caso. È comunque evidente la necessità che il criterio prescelto sia indicato sulla lettera d'invito.

**Graduatoria riferita all'elemento termine di esecuzione**

Anche la comparazione di questo elemento dell'offerta deve essere effettuato mediante l'applicazione di appropriate formule matematiche alla stessa stregua dell'elemento prezzo, ossia col criterio della proporzionalità inversa al tipo iperbolico o lineare.

Si rileva l'opportunità che a tale elemento di valutazione venga attribuita una importanza decisamente secondaria rispetto al prezzo ed alla qualità non dovendo, di norma, superare l'incidenza del 20% del punteggio totale. Il capitolato prevederà comunque il termine massimo di esecuzione dei lavori.

Occorre ovviamente evitare che tale elemento di valutazione possa prestarsi a speculazioni (con indebite acquisizioni di elevati punteggi) da parte delle ditte concorrenti.

A tal fine è indispensabile una appropriata correlazione dei criteri di

ESEMPI PRATICI DI APPLICAZIONE - formule  $p = p_M \left( 2 - \frac{P}{P_m} \right)$

$$p = p_M \left( 3 - 2 \frac{P}{P_m} \right)$$

$$p = p_M \left( 1,667 - 0,667 \frac{P}{P_m} \right)$$

- sia stato stabilito il punteggio massimo attribuibile per il parametro prezzo (P<sub>M</sub>) pari a 50;
- siano da comparare 6 offerte (che si indicano con le lettere A, B, C, D, E, F);
- i prezzi esposti da sei concorrenti siano i seguenti:

offerta	prezzo (P) in £/milione
A	2.550
B	3.020
C	2.870
D	2.460
E	3.250
F	3.980

↳ prezzo minore (P<sub>m</sub>)

Calcolo dei rispettivi punteggi "prezzo" (p) con la formula  $p = p_M \left( 2 - \frac{P}{P_m} \right)$ :

per l'offerta A :  $p = 50 \cdot \left( 2 - \frac{2550}{2460} \right) = 48,171$

per l'offerta B :  $p = 50 \cdot \left( 2 - \frac{3020}{2460} \right) = 38,619$

e così di seguito per le altre offerte;

la classifica per il punteggio "prezzo" risulta quindi:

offerta	punteggio (p)
D	50,00
A	48,17
C	41,67
B	38,62
E	33,94
F	19,11

↳ punteggio massimo (P<sub>M</sub>)

Applicando con gli stessi dati di partenza la formula  $p = p_M \left( 3 - 2 \frac{P}{P_m} \right)$  si ottiene, con analogo procedimento, la seguente classifica:

offerta	punteggio (p)
D	50,00
A	46,34
C	33,33
B	27,24
E	17,89
F	0,00

↳ punteggio massimo (P<sub>M</sub>)

Infine, con la formula  $p = p_M \left( 1,667 - 0,667 \frac{P}{P_m} \right)$ , si ottiene questa classifica:

offerta	punteggio (p)
D	50,00
A	48,78
C	44,44
B	42,41
E	39,29
F	29,39

↳ punteggio massimo (P<sub>M</sub>)

attribuzione dei punteggi termine di esecuzione e prezzo e la definizione, in capitolato, di adeguate penali giornaliera per ritardi, tali da disincentivare fittizie e strumentali indicazioni di tempi troppo brevi e destinati ad essere disattesi in sede di esecuzione.

Qualora si adotti, per la comparazione del prezzo, il criterio della proporzionalità inversa di tipo iperbolico di cui alla precedente formula (a), analoga formula si deve usare per i termini di esecuzione, ossia:

$$t = t_m \times \frac{T_m}{T} \quad (e)$$

dove:

t è il punteggio da assegnare all'offerta presa in considerazione;

T è il tempo indicato dall'offerta in esame;

t<sub>m</sub> è il punteggio massimo assegnabile (p. es. 20);

T<sub>m</sub> è il tempo minore offerto.

Qualora, invece, si sia adottato per la determinazione dell'elemento prezzo il criterio della proporzionalità inversa di tipo lineare, la comparazione dei termini di esecuzione è necessariamente più elaborata ed articolata nelle seguenti fasi:

a) determinazione dell'incremento di prezzo (ΔP) cui corrisponde, nella classifica « prezzo », la diminuzione di un punto rispetto al punteggio massimo (P<sub>m</sub>) assegnato all'offerta di importo minore (P<sub>m</sub>); p. es. nella formula (b), per P<sub>m</sub> = 1 miliardo e p<sub>m</sub> = 50, tale incremento sarà:

$$\Delta P = \frac{P_m}{1 \cdot p_m} = L. 20.000.000$$

mentre nelle formule (c) e (d), sempre per P<sub>m</sub> = 1 miliardo e p<sub>m</sub> = 50, tali incrementi saranno, rispettivamente:

$$\Delta P = \frac{P_m}{2 \cdot p_m} = L. 10.000.000$$

$$\Delta P = \frac{P_m}{0,667 \cdot p_m} = L. 30.000.000$$

b) determinazione del numero di giorni (N<sub>g</sub>) di ipotetico ritardo nell'esecuzione dei lavori cui corrisponde una penale complessiva di importo equivalente al valore (ΔP) di cui sopra:

$$n_g = \frac{\Delta P}{P_g}$$

essendo (P<sub>g</sub>) l'entità della penale giornaliera prevista dal Capitolato;

c) determinazione conclusiva del punteggio « tempo »:

$$t = t_m - \frac{(T - T_m)}{N_g} = \quad (f)$$

$$t_m - \frac{(T - T_m)}{\Delta P} \cdot p_g$$

L'applicazione di tale formula rende coerenti fra loro i punteggi « prezzo » e « tempo » e quindi economicamente equivalente il rischio che corre l'impresa nel formulare non correttamente tali termini dell'offerta.

ESEMPIO PRATICO DI APPLICAZIONE - formula  $t = t_M - \frac{(T-T_m)}{\Delta P} \times p_g$

- sia stato stabilito per il parametro tempo il punteggio massimo attribuibile (t<sub>M</sub>) pari a 20;
- sia stata stabilita una penale giornaliera (P<sub>g</sub>), per ritardo sui termini di consegna, pari a £. 2.000.000;
- si sia stabilito di adottare per la classifica prezzo la formula  $P = P_M \cdot (2 - \frac{P}{P_M})$ , con P<sub>M</sub> = 50 ;
- siano da comparare 6 offerte (che si indicano con le lettere A, B, C, D, E, F);
- i prezzi ed i tempi esposti dai sei concorrenti siano i seguenti:

offerta	prezzo (P) in £/milione	tempo (T) in giorni
A	2.550	310
B	3.020	300
C	2.870	340
D	2.460 (1)	360
E	3.250	280
F	3.980	250 (2)

(1) prezzo minore (P<sub>m</sub>)

(2) tempo minore (T<sub>m</sub>)

Calcolo dei punteggi tempo (t) con la formula  $t = t_M - \frac{(T-T_m)}{\Delta P} \times p_g$ , dove

$$(\Delta P) = \frac{P_m}{P_M} = \frac{2.460.000}{50} = £. 49.200.000$$

$$\text{per l'offerta A: } t = 20 - \frac{(310 - 250)}{49.200.000} \times 2.000.000 = 17,56$$

$$\text{per l'offerta B: } t = 20 - \frac{(300 - 250)}{49.200.000} \times 2.000.000 = 17,96$$

e così di seguito per le altre offerte;

la classifica per il punteggio tempo risulta quindi:

offerta	punteggio (t)
F	20,00 $\hat{D}$ punteggio massimo (t <sub>M</sub> )
E	18,78
A	17,56
B	17,96
C	16,34
D	15,53

**Raffronto esemplificativo di criteri comparazione prezzo**

P = prezzo offerta (prezzo minore = Pm = 1000)  Δ%		p = PUNTEGGIO PREZZO (punteggio massimo = pm = 50)			
		(a) pm . Pm/P	(d) pm . (1,667 - 0,667 P/Pm)	(b) pm . (2 - P/Pm)	(c) pm . (3-2 × P/Pm)
1.000	=	50.00	50.00	50.00	50.00
1.100	+ 10	45.45	46.67	45.00	40.00
1.200	+ 20	41.67	43.33	40.00	30.00
1.300	+ 30	38.46	40.00	35.00	20.00
1.400	+ 40	35.71	36.67	30.00	10.00
1.500	+ 50	33.33	33.33	25.00	0.00
1.600	+ 60	31.25	30.00	20.00	=
1.700	+ 70	29.41	26.67	15.00	=
1.800	+ 80	27.78	23.33	10.00	=
1.900	+ 90	26.32	20.00	5.00	=
2.000	+ 100	25.00	16.67	0.00	=
2.100	+ 110	23.81	13.33	=	=
2.200	+ 120	22.72	10.00	=	=
2.300	+ 130	21.73	6.67	=	=
2.400	+ 140	20.83	3.33	=	=
2.500	+ 150	20.00	0.00	=	=
3.000	+ 200	16.67	=	=	=

# L'APPALTO PER LAVORI FORNITURE E SERVIZI NEGLI ENTI PUBBLICI ALLA LUCE DELLA NORMATIVA CEE E NAZIONALE

di Giuseppe Molignini

U.s.l. 77 - Amministratore straordinario - Pavia

**SOMMARIO:** Quadro normativo e recente ed in *itinere* - L'appalto di lavori - L'appalto di forniture - L'appalto di servizi e la relativa direttiva CEE 92/50

*Questo scritto, a seguito dell'emanazione della direttiva CEE 92/50, riguardante gli appalti di servizi degli enti pubblici, si propone di fare il punto sullo scenario giuridico riferito a tutti e tre le tipologie di appalto: lavori, forniture e servizi. Lo scritto tratta anche del progetto di legge quadro sui lavori pubblici, in discussione presso le commissioni camerali interessate, che riguarderà la gestione delle gare di appalto per i lavori, allo scopo di completare il quadro normativo, non solo avuto riguardo alla legislazione recente, ma anche a quella in itinere.*

## Quadro normativo recente ed in *itinere*

Finalmente lo scenario normativo inerente l'appalto degli enti pubblici si va chiarendo definitivamente, anche con l'impulso del Consiglio delle Comunità europee, organo preposto alla emanazione delle così dette direttive, che costituiscono la normativa europea in materia. Infatti, le direttive CEE riguardanti l'argomento, almeno per la parte generale, sono ormai al completo. È del 18 giugno 1992 l'ultima direttiva, quella dei *servizi*, porta il numero 82/50 (come è noto la prima cifra indica l'anno, la seconda il numero attribuito alla direttiva) ed entra in vigore, per le motivazioni che saranno chiarite in prosieguo, il 1° luglio 1993. Le altre direttive riguardanti l'argomento oggetto di questo scritto sono: la 71/305 e successive modificazioni, riguardanti i *lavori*; la 77/62 e successive modificazioni riferita alle *forniture*. Altre direttive CEE investono la materia che si sta trattando, ma quelle

a contenuto generale sono le testé citate. Importanti sono, ad esempio, le direttive: n. 89/665 riguardante i *ricorsi*, n. 90/531 attinente i *settori esclusi* e n. 92/13 riferita ai settori che si potrebbero definire *ex esclusi*. Delle sopraccitate direttive due sono state, sia pure con grave ritardo, recepite (le nn. 305/71 e 77/62. Delle stesse sono state recepite anche quelle di modifica e di integrazione). La prima è stata recepita con il D.L.vo 19 dicembre 1991, n. 406; la seconda con il D.L.vo 24 luglio 1992, n. 358.

Per la verità in un primo momento le appena citate due direttive, riguardanti i lavori e le forniture, erano state recepite, sia pure in maniera poco aderente al dettato comunitario, rispettivamente con la L. 8 agosto 1977, n. 584 e con la L. 30 marzo 1981, n. 113 (anche qui corre l'obbligo di fare una precisazione: la direttiva 77/62 e successive modificazioni - per ultima la direttiva 295/88 - è stata recepita tre volte: la prima con la L. 113/81, la seconda con il D.L.vo 15 gennaio 1992, n. 48, la

terza volta con il citato D.L.vo 358/92. Nel corso del 1992, come si può notare dalla lettura delle date, il legislatore italiano ha effettuato due interventi radicali a favore della stessa direttiva. E poi ci si lamenta del fatto che l'Italia non recepisce le direttive!).

**Figura 1**

Direttive CEE	
Lavori:	71/305 89/440
Forniture:	77/62 80/767 88/295
Servizi:	92/50
Ricorsi:	89/665
Settori esclusi:	90/531

Ma perché, nel tracciare il quadro normativo, sono state citate per le prime le direttive CEE? Per il semplice fatto che esse, recepite o non, costituiscono la norma principale. Anzi, attraverso la nota sentenza 113

del 1984 della Corte costituzionale, in caso di discordanza fra la direttiva e la norma italiana, prevale il contenuto della legislazione europea; così come, in caso di inerzia dello stato italiano nel recepire la direttiva quest'ultima entra in vigore, purché sia spirato il termine ultimo entro il quale lo stato italiano era tenuto a recepir-la. Ecco perché sopra si è detto che la direttiva 92/50, dal 1° luglio 1993, entra in vigore a tutti gli effetti. Del resto la L. 8 giugno 1990, n. 142, recante ad oggetto « Ordinamento delle autonomie locali », all'art. 56 — comma 2 — sancisce che « gli enti locali si attengono alle procedure previste dalla normativa della Comunità economica europea recepita o comunque vigente nell'ordinamento giuridico italiano ». Meglio sarebbe stato il legislatore italiano avesse più esplicitamente detto: « gli enti locali si attengono alle procedure previste dalla normativa della Comunità economica europea, recepita o no, purché in vigore ». Si sarebbe così adeguato alla sentenza della Corte costituzionale, dando un contributo di chiarezza. Ma tant'è, la chiarezza di linguaggio non è, in questi momenti, del recente legislatore italiano.

**Figura 2**

Norme italiane	
R.D.	2440/23
R.D.	827/23
Legge	14/73
Legge	142/90
Legge	241/90
Lavori: D.L.vo	406/91
Forniture: D.L.vo	358/92

Basti osservare il fatto, come si riferirà successivamente, che sono stati mantenuti in vita i temi *pubblico incanto, licitazione privata, appalto concorso e trattativa privata* in luogo di *procedura aperta, procedura ristretta e procedura negoziata*, come

recitano le direttive CEE. A queste diciture la CEE, con la recente direttiva 92/50 ha aggiunto il *concorso di progettazione*. Ma tra le novità contenute nella normativa recente non c'è soltanto il fatto che la CEE ha completato il suo quadro generale. È da ricordare, infatti, che, già prima di tangentopoli, la L. 142/90 già citata (art. 51, comma 2), erano state sottratte, all'amministratore o politico che dir si voglia, le presidenze delle commissioni di gare d'appalto.

### **È il dirigente che presiede le gare**

Non si vuole qui né infierire sul politico né sminuire la sua importanza, ma questo fatto è da considerarsi senza dubbio innovativo.

Anche il D.L. 6 febbraio 1991, n. 35, convertito in L. 4 aprile 1991, n. 111, prevede che a presiedere le commissioni di gara di appalto nell'Unità sanitaria locale, sia preposto, di norma, un funzionario, successivamente identificato nel Responsabile del Servizio interessato. Anche il D.L.vo 3 febbraio 1993, n. 29, recante: « Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art. 2 della L. 23 ottobre 1992, n. 421 », ribadisce il concetto che i dirigenti hanno acquisito rilevanza esterna e compiono atti in piena autonomia ed incidenti direttamente sulla gestione degli enti. Naturalmente le novità non finiscono qui. Non si può ignorare, nell'ambito delle procedure d'appalto, la L. 7 agosto 1990, n. 241, in materia di trasparenza e individuazione del responsabile dei procedimenti amministrativi. Altra novità è rappresentata dal progetto di *legge quadro in materia di lavori pubblici*, in discussione presso le commissioni parlamentari interessate (la commissione Ambiente della Camera dei Deputati l'ha approvata in data 28 maggio 1993). Delle

peculiarità di questo progetto di legge si avrà modo di parlare al secondo paragrafo di questo scritto, così come si accennerà al regolamento relativo alla licitazione privata e appalto concorso (per le procedure ristrette), avuto riguardo alla così detta *forcella*, in commento all'art. 27 del D.L.vo 406/91.

Il quadro normativo fin qui esposto riguarda gli appalti per lavori pari o superiori, iva esclusa, a 5.000.000 di ECU e per forniture e servizi pari o superiori a 200.000 ECU, iva esclusa.

Per completare il predetto quadro (senza avere la pretesa di averlo definito completamente, cosa del resto inopportuna, nell'economia di questo scritto) occorre aggiungere la normativa italiana riferita alle gare al disotto dei predetti valori e per quella parte della procedura di gara che attiene al funzionamento delle commissioni o seggi di gara e precisamente: Il R.D. 18 novembre 1923, b. 2440, recante « Nuove disposizioni sull'amministrazione del patrimonio e sulla contabilità generale dello Stato »; il R.D. 23 maggio 1924, n. 827, recante « Regolamento per l'amministrazione del patrimonio e per la contabilità generale dello Stato »; la L. 2 febbraio 1973, n. 14, avente per oggetto « Norme sui procedimenti di gara negli appalti di opere pubbliche mediante licitazione privata »; le numerose leggi regionali riguardanti le procedure di gara, fra cui tutte quelle riferite alle U.s.l.

### **La norma CEE prevale su quella italiana**

Nel corso della trattazione dei successivi paragrafi si avrà modo di citare altre norme giuridiche italiane con l'avvertenza, lo si ricorda, che le predette norme sono applicabili solo se non in contrasto con le direttive CEE e con l'altro avvertimento riferito al fatto che le *norme di prin-*

*cipio* stabilite nelle direttive CEE e nella legislazione italiana di recepimento delle stesse sono applicabili alla fattispecie concreta.

Per ultimo non si può non ricordare che la revisione prezzi di cui all'art. 33 della L. 28 febbraio 1986, n. 41 non è più applicabile. L'argomento viene ripreso nel progetto di legge quadro sui lavori pubblici.

**L'appalto di lavori**

Va subito chiarito che per *lavoro* si intende la costruzione, demolizione, manutenzione, ristrutturazione, e recupero di opere pubbliche effettuate da enti pubblici. Al di là di quanto meglio dettagliato nel D.L.vo 406/91 e nel progetto di Legge quadro in materia di lavori pubblici citato nel paragrafo precedente, per ente pubblico soggetto alla disciplina oggetto del presente paragrafo si deve intendere qualsiasi ente non economico e qualsiasi altro ente pubblico o privato i cui eventuali risultati negativi di gestione siano coperti da enti pubblici o che realizzino lavori finanziati per oltre il cinquanta per cento da enti pubblici. Sono soggetti a questa normativa anche le concessioni. Queste ultime sono consentite, in luogo di vera e propria gara, solo se la realizzazione di eventuale opera è connessa con la gestione della stessa. Le procedure di gara sono quelle stabilite dalla direttiva CEE 71/305 e successive modificazioni e dal D.L.vo 406/91 di recepimento della stessa. Le procedure sono quelle emergenti dal prospetto di cui alla figura 3 di seguito esposto.

Come è noto, in Italia, esistono poi le *spese in economia*. Il progetto di legge quadro più volte citato, riguardante i lavori pubblici, limita le spese in economia sotto la soglia di cinquanta milioni.

Come si può notare in Italia, nel D.L.vo 406/91, si è conservato l'appalto concorso quando avrebbe potuto

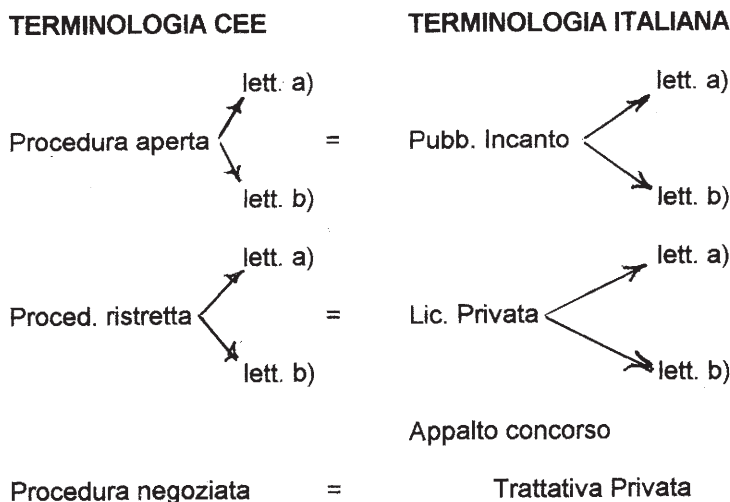
benissimo essere sostituito dalla procedura ristretta lettera b). A proposito di lettere a) e b) si vuole precisare che nella figura 3 si è usata questa semplificazione perché ormai i termini sono entrati nell'uso comune. Lettera a), come è a tutti noto, significa al prezzo più basso; lettera b) si riferisce all'offerta economicamente e complessivamente più vantaggiosa. Le due lettere sono infatti i dettagli del comma 1 dell'art. 29 della direttiva CEE 71/305 e del comma 1 dell'art. 29 (porta proprio lo stesso numero della direttiva CEE) del D.L.vo 406/91. Se il legislatore italiano avesse abbandonato la vecchia terminologia avrebbe dato un contributo di chiarezza. L'appalto concorso può essere benissimo sostituito dalla procedura ristretta lettera b). Qual'è infatti la differenza fra la procedura ristretta (o licitazione privata) lettera b) e l'appalto concorso?

**La gara con offerta economicamente più vantaggiosa può sostituire l'appalto concorso**

Nessuna! Anche nella procedura ri-

stretta può essere chiesto il progetto; così come è indispensabile, per evitare il rischio di essere accusati di eccesso di potere o di eccesso di discrezionalità (che è poi la stessa cosa), vietato dall'art. 3 della L. 241/90, occorre che anche nella procedura ristretta — lettera b) — le offerte siano valutate da una commissione di tecnici, come per l'appalto concorso. In tempi di pericolo per « l'incolumità penale », così come è necessario contenere le spese in economia e le trattative private, così occorre eliminare l'appalto concorso. Non è forse vero che la lunghezza della procedura è la stessa? Non è forse vero che la procedura ristretta è più trasparente e meno soggetta a rischi di cadere nell'eccesso di discrezionalità, nella misura in cui in quest'ultima procedura le regole, le modalità di gara sono fissate prima, mentre nell'appalto concorso esse sono più generiche e perciò più discrezionali e più « pericolose ». Delle tre o quattro procedure di gara, è evidente che l'aperta (o pubblico incanto o asta pubblica) è quella prevalente. Per poter espletare una gara ristretta è ne-

Figura 3



cessario motivare l'atto relativo. Non è più indifferente, come lo era fino alla emanazione della direttiva 89/440 e del D.L.vo 406/91. Si è tornati allo stato antecedente all'emanazione della L. 14/73 (o, se si vuole, del D.P.R. 30 giugno 1972, n. 627, modificativo dell'art. 3 del R.D. 2440/23, che rese alternativa e paritetica la licitazione privata con il pubblico incanto) la quale, introducendo l'obbligo del bando anche nella licitazione, rese indifferente e legittimamente discrezionale la scelta fra le due procedure. Né si può affermare (come lo si faceva da parte di più di un funzionario pubblico) che nella licitazione privata, dopo il bando e ricevute le domande, l'ente appaltante poteva invitare a discrezione.

**La procedura aperta/pubblico incanto, nelle gare per lavori e per forniture, è prioritaria rispetto alle altre forme di gara**

D'altra parte, se si guardano bene i termini degli adempimenti, la procedura aperta è più veloce della ristretta ed è anche meno onerosa, in termini di adempimenti formali e di lavoro vero e proprio per l'amministrazione. Si salta infatti la preselezione. Quest'ultima è automatica. Se la fa automaticamente l'aspirante quando, confrontando i requisiti richiesti dal bando, si accorge di averli o di non averli. Ma una volta scelta, motivatamente la procedura occorre decidere sul criterio di aggiudicazione: lettera a) o lettera b)? Qualcuno sostiene che la seconda dà adito a « pericoli » nel senso detto prima: di essere accusati di voler favorire un fornitore rispetto agli altri. Ma questo significa non aver ben compreso il senso dell'offerta economicamente e complessivamente più vantaggiosa per l'ente, in base ad una serie di elementi: il prezzo, il termine di esecuzione, il costo di utilizzo, il rendimento, il valore tecnico dell'opera,

le offerte alternative, il valore della polizza assicurativa offerta a garanzia della perfetta realizzazione dell'opera e quant'altro l'amministrazione appaltante vuole porre sotto garanzia (1). Tutti i predetti elementi vanno messi in gara, ben specificatamente. La delibera a contrattare, è oggetto di osservazione da parte di tutti, ai sensi, per altro, della legge 241/90. Ben venga il censore di quanto si è scritto in delibera a contrattare e negli atti di gara. L'amministrazione non può che essere soddisfatta delle critiche, specie se sono fatte e ricevute *ex ante*. Le si consente di correggere i suoi errori, se ne ha commessi.

V'è poi chi sostiene che la lettera b) non privilegia il prezzo. Affermazione facilmente confutabile. Intanto si può attribuire al prezzo il punteggio che si vuole. In secondo luogo si può stabilire apriori il prezzo e porre il divieto, in bando di gara, di formulare offerte in aumento

**L'offerta economicamente più vantaggiosa non va demonizzata**

Stabilito il prezzo a base d'asta il limite che l'amministrazione non può e non deve superare per mancanza di disponibilità, si concentra, in sede di gara, a scegliere la migliore qualità. Uno studio di fattibilità, accompagnato da una ricerca di mercato, consente di mirare a dovere il prezzo. A tal proposito va ricordato che la legge regionale della Lombardia, riguardante le gare d'appalto presso le U.s.l., la n. 106/80 e modificazioni operate dalla legge successiva, la 15/90, ha stabilito che non si può attribuire al prezzo di un punteggio inferiore al cinquanta per cento del punteggio complessivo. Il progetto di

(1) Del resto la polizza di garanzia è prevista dal progetto di legge quadro per i lavori pubblici in gestazione presso le commissioni parlamentari interessate.

legge quadro sui lavori pubblici già citato fa di più: attribuisce al prezzo il sessanta per cento. Ora, però, non si sa quanto questi comportamenti siano conformi al dettato delle direttive CEE ed al loro spirito.

La CEE infatti ragiona secondo questa logica: se la materia l'ho trattata, ed esaurientemente, non accetto integrazioni da parte dei legislatori degli stati membri! Valga quale esempio il divieto imposto all'Italia di richiedere la cauzione provvisoria (anche se, attraverso il progetto di legge quadro più volte menzionato sta rientrando sotto altra forma) e la revoca imposta di fatto del contenuto della L. 155/89, relativamente al meccanismo dell'offerta anomalmente bassa. Come è noto, per l'aggiudicazione dei lavori di ristrutturazione ed ampliamento dello stadio Meazza di Milano, in occasione dei mondiali di calcio del 1990, furono applicati i criteri stabiliti dalla legge 155/89, in base ai quali un'impresa fu esclusa dalla gara per aver offerto una percentuale di ribasso che andava oltre il limite stabilito dalla predetta legge e che si otteneva sommando la percentuale media dei ribassi e il cinque per cento. L'impresa avanzò ricorso avanti al T.A.R. Lombardia. Il presidente dello stesso T.A.R. inviò gli atti del contenzioso all'organo di giustizia della CEE, il quale diede ragione all'impresa ricorrente. Solo dopo una trattativa svoltasi a Bruxelles, fra le autorità italiane e i rappresentanti della CEE, l'Italia ottenne che i criteri stabiliti nella citata L. 155 fossero tollerati fino a tutto il 31 dicembre 1992. Ma ritornando alle procedure di gara, va detto che per la *ristretta* sono previste le preselezioni: una giuridica (riguardante i requisiti formali, l'altra tecnica, che è poi la preselezione sostanziale. La trattazione diffusa dei criteri di preselezione appesantirebbe troppo questo lavoro. Si ritiene utile trattare la vicenda della così detta *for-*



cella, essendo per altro una novità introdotta dalla direttiva 89/440 ed oggetto di intervento da parte del legislatore italiano (vedasi in proposito il progetto di legge quadro dei lavori pubblici, avanzato dal Ministero dei lavori pubblici), così come preannunciato al comma 3 dell'art. 27 del D.L.vo 406/91.

### **Le imprese piccole si raggruppano in associazioni temporanee orizzontali**

In base al meccanismo della *forcella* l'ente può, nel timore di trovarsi di fronte ad un elevato numero di aspiranti, fissare un numero di imprese da invitare: minimo 5, massimo 21. Il problema non sussisterebbe se si lasciasse funzionare la logica. Le imprese da invitare dovrebbero essere quelle con i migliori requisiti, fatturato degli ultimi 3 anni, ad esempio, in base ai quali attribuire un punteggio e formulare una graduatoria di imprese o di raggruppamenti temporanei, con punteggio crescente.

### **La proposta di legge quadro per i lavori pubblici**

Si potrebbero tenere in considerazione altri fattori, ma per brevità ci si limita ad indicare solo quello del fatturato. Che necessità c'è di prevedere una serie complicata di punteggi (vedasi in proposito la proposta di decreto pubblicata da *Il Sole 24 ore* del 2 giugno 1992)? Per quale ragione l'ente non deve poter invitare le aziende con i più qualificanti requisiti? Per quale ragione l'ente deve preoccuparsi di invitare, a sorteggio (così prevede il progetto di legge quadro per i lavori pubblici, all'art. 20), aziende con più scarsi requisiti a danno di altre con maggiori requisiti? Per salvaguardare gli interessi dei piccoli imprenditori? Le piccole imprese acquisiranno i requisiti fornendo altri enti, non quelli che per

giustificati motivi hanno scelto di utilizzare la *forcella*. Le imprese con fatturato al di sotto del limite richiesto dal bando si faranno le esperienze per lavori di importi inferiori o si assoceranno in raggruppamenti temporanei e orizzontali di imprese. Si vuole forse che la CEE intervenga per dire che quanto sta elaborando il Ministero dei lavori pubblici è un arzigogolo tipico del legislatore italiano e come tale da censurare?

Degni di rilievo sono le altre novità contenute nella proposta di legge quadro sui lavori pubblici, per quanto attiene ad esempio il fatto che i Comuni inferiori ai 15.000 abitanti, le Comunità montane, le U.s.l., ecc. devono rivolgersi agli organi tecnici della Provincia per l'espletamento delle procedure delle gare d'appalto (art. 7), fermo restando, l'obbligo di nominare il responsabile del procedimento fra i funzionari dell'ente appaltante.

### **Incentivo al progettista dipendente**

Non si sta parlando, si badi bene, della progettazione. Di quest'ultima si parla negli art. dal 12-quinquies al 15, dove si dice che l'ente sprovvisto di progettisti deve rivolgersi all'Università e ad altri enti; si introduce la possibilità che il progettista dipendente possa aver diritto, quale giusto incentivo, all'uno per cento dell'importo dei lavori qualora si impegni a progettare per conto dell'ente e si sancisce che la progettazione va posta in gara (concorso di progettazione), in linea con quanto stabilito, come si dirà nel paragrafo 4 dalla direttiva CEE 92/50. Altre ancora sono le novità contenute nella proposta di legge più volte citata, sarà interessante ritornare sull'argomento a *iter* concluso (si spera previo miglioramento del testo). Anche l'Albo nazionale dei costruttori viene riformato e resta valido fino al 31 dicembre 1997. Come si è detto al paragrafo

1, quanto appena esposta si applica alle gare di appalto di lavori pari o superiori a 5.000.000. di ECU, il cui valore si calcola ogni due anni, sulla base della media dei cambi dei 24 mesi precedenti. Attualmente e fino al 31 dicembre 1993 il valore è di L. 1522,21. Al disotto della predetta soglia si applicano le leggi italiane.

Come è ovvio nella procedura aperta, al bando di gara l'offerente in possesso dei requisiti risponde con l'offerta, mentre al bando della procedura ristretta risponde con la domanda di partecipazione (in questa fase si chiama *candidato*). Il *candidato*, superata la preselezione e, se il bando prevede la *forcella*, entrando in graduatoria, viene invitato. Le offerte di tutte e due le procedure devono essere esaminate dal seggio di gara, se trattasi di gara a criterio meccanicistico, cioè al prezzo più basso, da una commissione di esperti, se il criterio di aggiudicazione è quello della lettera b) del comma 1 dell'art. 29 del D.L.vo 406/91. Il seggio di gara è composto, ai sensi del R.D. 827/24, dal presidente, dall'ufficiale rogante e da due testimoni; la commissione deve valutare le offerte economicamente più vantaggiose, lettera b) del comma 1 dell'art. 29 succitato.

### **Nelle gare con l'offerta economicamente più vantaggiosa è indispensabile la commissione di esperti**

La commissione di gara può essere costituita come collegio perfetto o come collegio imperfetto. Nel primo caso i membri della commissione devono essere sempre tutti presenti. Chi nell'ente deve occuparsi di quanto costituisce oggetto di questo articolo farebbe bene a fare esperienza nella gestione di commissioni di concorso per l'assunzione di personale dipendente. Avrebbe molto da apprendere. Anche l'estensore del progetto di

legge quadro per i lavori pubblici ha mutuato molto da quelle commissioni e, per esempio, ha stabilito che la commissione di gara deve essere costituita dopo che siano scaduti i termini per presentare le offerte (art. 19 del progetto suddetto). In ordine alle procedure di gara ed in deroga a quanto stabilito dalla L. 241/90, nel progetto di legge del Ministero dei lavori pubblici, si fa divieto di richiedere o di fornire informazioni su quanti hanno presentato offerta, mentre si sottolinea l'importanza della pubblicità della gara e dell'esito della stessa.

Contrariamente a quanto sostenuto fino a pochi anni fa, la stipula del contratto è fase opportuna e separata dalla procedura atta ad individuare l'aggiudicatario. Quanto appena sopra sia perché la legge antimafia vieta la stipula del contratto prima che sia accertata la « amafiosità » dell'impresa, sia perché, specie in presenza del criterio dell'offerta economicamente più vantaggioso, alcune pattuizioni possono derivare dall'offerta e che l'ente può accettare o non accettare. Si badi bene che l'amministrazione appaltante può chiedere anche offerte alternative rispetto al progetto ed in più rispetto a quelle.

### L'appalto di fornitura

Dopo quanto detto nel paragrafo 2, la trattazione dell'argomento oggetto di questo paragrafo non richiederà molto spazio. Le regole vigenti per l'appalto di lavori sono infatti valide, *mutatis mutandis*, per l'appalto di *fornitura*. Basta leggere le due direttive interessate per rendersene conto. L'idea che al di sopra di 200.000 ECU occorre espletare la gara così detta CEE è entrata nella mentalità del funzionario pubblico italiano, anche se a fatica. Innanzi tutto cosa vuol dire *fornitura*. La direttiva 77/62 e le successive modifi-

che hanno chiarito cos'è: Fra l'altro quest'ultima direttiva ha fornito la possibilità di introdurre nelle norme giuridiche italiane il *Leasing*. Cosa di non poco rilievo, in tempi di scarsità di risorse finanziarie da destinare agli investimenti non è cosa di poco conto. A nulla rileva il fatto che con il D.L.vo 358/92 lo si sia chiamato *locazione finanziaria*.

### Il D.L.vo 358/92 contempla il leasing

L'altro punto importante è dato dal fatto che si sia dato un metodo per calcolare i limiti di valore per sapere quando si è sotto e quando sopra i 200.000 ECU. Ma quando si è in presenza di fornitura e quando di servizio? Anche qui si ha una risposta univoca: occorre tenere conto del rapporto fra valore della mano d'opera e quello dei beni insiti nella fornitura complessiva. Se il valore dei beni supera il valore della mano d'opera si è in presenza di fornitura. Si è chiarito che occorre accorpate quanto più è possibile i lotti, per ridurre il numero di gare, favorendo l'emanazione di un numero minore di atti, per realizzare il principio dell'economia di atti e la trasparenza nell'agire della pubblica amministrazione.

### L'appalto di servizio e la relativa direttiva CEE 92/50

La direttiva CEE 92/50, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee del 24 luglio 1992, n. L209/1, (art. 44: « Gli stati membri mettono in vigore le disposizioni legislative, regolamentari e amministrative necessarie per conformarsi alla presente direttiva entro il 1° luglio 1993 »), ha introdotto l'obbligo di applicare, anche per questo tipo di appalto, la gara CEE. Questa direttiva, per le ragioni esposte nei paragrafi precedenti, entra in vigore dal 1° luglio 1993. Con questa disposizione CEE il quadro normativo per gli ap-

palti è completo. Contrariamente a quanto detto nel paragrafo precedente, questa direttiva e questo tipo di appalto necessitano di qualche commento, per il fatto che la direttiva oggetto di questo paragrafo si discosta, in qualche punto, dalle precedenti, forse perché è la più recente e quindi la più innovativa.

Essa, oltre tutto, incide sulle precedenti, quando, ad esempio, introduce un nuovo tipo di gara: *il concorso di progettazione*. La definizione di servizio la si riscontra nell'art. 1 e viene fornita in negativo. Secondo quanto stabilito in questo articolo 1, il *servizio* è un contratto a titolo oneroso concluso per iscritto tra prestatore di servizio e un'amministrazione, ad esclusione di quanto compreso nelle direttive di *lavori e di fornitura* e con esclusione dei *settori esclusi* di cui alla direttiva 90/531. Alla direttiva *de qua* sono allegati due elenchi dettagliati di servizi: l'1A e l'1B (vedasi in proposito i due allegati al presente scritto, riportati con la stessa identificazione: 1A e 1B). Il primo elenco attiene i servizi che necessitano di una pubblicità completa, il secondo quelli che necessitano di una pubblicità abbreviata. Questo fatto rappresenta una novità rispetto alle precedenti direttive.

### La progettazione va messa in gara

In caso di gara riferita a servizi inclusi nell'allegato 1B, si può accedere alla pubblicità abbreviata, con la pubblicazione di un avviso di preinformazione (allegato III della direttiva). L'amministrazione che pubblica il *preavviso di cui all'allegato A III* della direttiva, si possono abbreviare sia i termini per la *procedura aperta* che quelli della *ristretta*. Viene introdotto l'obbligo di pubblicare l'avviso sul TED e l'esito delle aggiudicazioni, con un bando di cui è previsto, nella più volte citata direttiva. lo schema. Anche per questo tipo di

gara valgono i criteri della prevalenza, chiaramente espressi nell'art. 2 della direttiva medesima: si è in presenza di un *servizio* quando il valore della mano d'opera insita nel valore dell'appalto supera quello dei beni. I criteri di quantificazione del limite di valore si determina, per non fare

che qualche esempio, come segue: per le assicurazioni si tiene conto dei premi da pagare; per i servizi bancari si tiene conto degli onorari, delle commissioni e degli interessi; per le progettazioni si tiene conto degli onorari. Da un'attenta lettura della direttiva in argomento, sembrerebbe non

più prioritaria la *procedura aperta*.

Prima del 1° luglio, come è noto, gli appalti per *servizi* si applicano o si applicavano le leggi nazionali o regionali, negli allegati 2, 3 e 4 si presentano degli esempi di distribuzione del punteggio da attribuire alle offerte riferite a *lavori, forniture e servizi*.

#### Allegato 1A

- 1 Manutenzione e riparazione di autoveicoli, motocicli, beni personali e domestici, connessi con prodotti metallurgici, macchinari ed equipaggiamenti;
- 2 Trasporti per terra (eccettuati quelli postali); servizi di corriere;
- 3 Servizi di furgoni blindati;
- 4 Trasporti postali via terra e via aerea;
- 5 Servizi di telecomunicazione;
- 6 Servizi di intermediazione finanziaria ed ausiliari, assicurazioni e fondi pensione (eccetto i servizi sociali obbligatori, servizi ausiliari ai fondi pensione);
- 7 Servizi di computer ed altri connessi;
- 8 Ricerca e sviluppo;
- 9 Contabilità, verifica contabile e di bilanci;
- 10 Ricerche di mercato e sondaggi di opinione;
- 11 Consulenza aziendale e servizi connessi;
- 12 Servizi di architettura;
- 13 Pubblicità;
- 14 Pulizia edifici, gestione di immobili non residenziali;
- 15 Stampa ed editoria;
- 16 Fognatura e smaltimento rifiuti, sanificazione e simili.

#### Allegato 1B

- 17 Servizi alberghieri e di ristorazione;
- 18 Trasporti per ferrovia;
- 19 Trasporti via acqua;
- 20 Servizi connessi ed ausiliari di trasporto;
- 21 Servizi legali;
- 22 Collocamento e ricerca personale;
- 23 Investigazione e sicurezza (eccetto i trasporti con furgoni blindati);
- 24 Servizi educazionali;
- 25 Servizi socio-sanitari;
- 26 Servizi ricreativi, culturali e sportivi;
- 27 Altri servizi.

**Allegato 2**  
**Esempi di punteggio per la valutazione delle offerte economicamente più vantaggiose**

**Lavori**

Elementi/punteggio	Impresa A	Impresa B
<b>Prezzo</b> 40	<b>40,0</b>	<b>38,0</b>
<b>Valore tecn.</b> 30		
Prog. edile 18	13,3	17,3
Prog. imp.ti 6	6,0	4,5
Prog. arredo 6	3,5	4,5
<b>Costo utilizz.</b> 20		
Prog. edile 12	11,3	10,8
Prog. imp.ti 4	3,6	3,8
Prog. arredo 4	3,7	3,8
<b>Tempi realizz.</b> 10	<b>7,7</b>	<b>9,1</b>
<b>Totale punti</b> 100	<b>89,1</b>	<b>91,8</b>
<b>Graduatoria</b> —	<b>2°</b>	<b>1°</b>

Per completezza, poiché i dati si riferiscono ad una gara effettivamente svoltasi, si sono esposti anche i punteggi attribuiti, da parte dell'apposita commissione, alle singole voci.

**Allegato 3**  
**Fornitura Apparecchiatura TAC**

Elementi	punteggio
<b>Prezzo</b>	<b>50</b>
<b>Qualità</b>	<b>35</b>
potenzialità 10	
generatore 6	
scanzione 4	
tempo ricost. 4	
matr. ricostr. 4	
espandib. 3	
arch. imm. 2	
gantry 2	
<b>Modalità e costi di assistenza</b>	<b>10</b>
visite progr. 3	
costo contr. 3	
visite chiam. 2	
tempi inter. 2	
<b>Garanzie accessorie</b>	<b>5</b>
<b>Totale</b>	<b>100</b>

**Allegato 4**  
**Servizi**

Conduz. e manutenz. centr. termica

<b>Prezzo</b>	<b>50</b>
<b>Progetto di trasf.</b>	<b>20</b>
<b>Materiale</b>	<b>15</b>
<b>Modalità servizio</b>	<b>5</b>
<b>Alternative rispetto al cap. spec.</b>	<b>5</b>
<b>Valore polizza assicurativa</b>	<b>5</b>
<b>Totale</b>	<b>100</b>

Pulizie

<b>Prezzo</b>	<b>50</b>
<b>Qualità</b>	<b>50</b>
n. dipend. e qual. 15	
materiali 10	
modalità 10	
polizza ass. 5	
<b>Totale</b>	<b>100</b>

**Concorso di progettazione**

<b>Prezzo</b>	<b>40</b>
<b>Tempi realizz.</b>	<b>20</b>
<b>Valore art. e tecn.</b>	<b>20</b>
<b>Grado dettaglio</b>	<b>10</b>
<b>Polizza ass.</b>	<b>10</b>
<b>Totale</b>	<b>100</b>

Anche questi esempi sono riferiti a casi concreti, la ripartizione del punteggio attribuito alla qualità è stata fatta dalla commissione. Sarebbe opportuno però che anche questa ripartizione fosse fatta ex ante, dall'organo deliberante che approva gli atti di gara. Si sarebbe più trasparenti e meno discrezionali.

# L'INFORMAZIONE AL PUBBLICO NELLE U.S.L.: UNA SOLUZIONE INNOVATIVA

di Paola Manacorda e Marco Mena

Centro RESEAU - Ricerche e studi su elettronica e automazione - Milano

**SOMMARIO:** Premessa - Gli sportelli di informazione al pubblico - Lo strumento più semplice e più diffuso: il telefono - La tecnologia delle caselle vocali - La tecnologia dell'audiotex - La scelta della soluzione - L'organizzazione delle informazioni - La promozione del nuovo servizio informativo - La politica informativa della U.s.l. - Il caso della U.s.l. di Ivrea - Conclusioni.

## Premessa

« Devo rinnovare la patente, come faccio per ottenere il certificato medico? ». « Come posso prenotare un trasporto in ambulanza? ». « Sono stato ricoverato in una casa di cura privata, ho diritto ad un rimborso? ». « Come posso ottenere l'attestato per l'assistenza all'estero? ».

Queste sono solo alcune delle innumerevoli domande che gli operatori delle U.s.l. si sentono rivolgere dagli assistiti in ogni momento della loro giornata: allo sportello, negli uffici, per telefono. La richiesta di informazioni da parte del pubblico è sicuramente rilevante, così come rilevante è il tempo che gli operatori dedicano a rispondere a queste domande.

Del resto, fornire informazioni è anch'esso un servizio, che può aiutare gli assistiti ad orientarsi ed a meglio usufruire dei servizi che le Unità sanitarie locali erogano. Molto spesso invece l'onere di ricercare l'informazione viene scaricato sugli assistiti, che talvolta non sanno a chi rivolgersi e si rivolgono agli operatori per loro più visibili (il medico di base, i medici ospedalieri, il personale in-

fermieristico), che non sempre sono in grado (e non per loro colpa) di fornire le risposte adatte, soprattutto per informazioni di carattere amministrativo-burocratico; ed allora, per non disattendere le domande loro rivolte, forniscono risposte inesatte o incomplete.

Vi è inoltre un fabbisogno di informazioni che non viene espresso direttamente dagli assistiti, ma che si concretizza quando ad esempio essi cercano di prenotare una prestazione in periodi in cui le agende di prenotazione sono già piene, si recano nel posto sbagliato o in orari di chiusura degli sportelli, oppure non allegano ad una pratica un documento richiesto. Si tratta di disagi derivanti da una mancanza di informazione o da un'informazione non esatta, disagi che potrebbero essere ridotti dalla disponibilità di un riferimento informativo a cui rivolgersi prima di accedere ai servizi sanitari.

Un'informazione corretta ed aggiornata raggiunge così lo scopo di correggere il percorso di accesso ai servizi sanitari da parte degli assistiti, evitando loro spostamenti inutili e perdita di tempo.

Altrimenti, l'immagine della U.s.l.

come un'organizzazione impenetrabile e dalle regole incomprensibili si fa strada nella mente degli assistiti, contribuendo ad ingenerare sfiducia nei confronti del servizio sanitario pubblico.

## Gli sportelli di informazione al pubblico

Numerose leggi, tra cui la legge di riforma del pubblico impiego, prevedono che le pubbliche amministrazioni attivino degli sportelli di informazione al pubblico. Ancora largamente disattese (e non solo da parte delle U.s.l.), queste iniziative legislative rischiano peraltro di complicare la vita alle U.s.l. senza risolvere appieno il problema. Infatti, creare sportelli di informazione al pubblico è costoso (in termini di spazi, personale, ec., anche per poterli tenere aperti in orari comodi ai cittadini), ma essi soddisfano solo in parte le esigenze degli assistiti, in quanto questi devono comunque spostarsi fisicamente presso lo sportello solo per chiedere informazioni, e ciò comporta quindi pur sempre un disagio. E questo è vero non solo nelle città e nelle metropoli (dove il traffico rende dif-

ficili gli spostamenti), ma anche negli ambiti extraurbani, dove le distanze per raggiungere la sede della U.s.l. sono spesso non trascurabili.

Gli sportelli automatici (tipo bancomat) per fornire informazioni hanno in passato scatenato entusiasmo in molte amministrazioni: possono essere dislocati non solo presso le sedi dell'ente, ma anche in alcuni luoghi sociali come stazioni ferroviarie, supermercati, presso altre amministrazioni, ecc. Ma l'accesso a questi sportelli richiede sempre degli spostamenti, e se il cittadino non trova l'informazione desiderata non gli resta altro che recarsi presso l'U.s.l. a porre la sua domanda. Senza parlare dei problemi di manutenzione che offrono questi strumenti, soggetti troppo spesso ad atti di vandalismo.

Anche il Videotel, per anni indicato come lo strumento più adatto per queste funzioni, non ha ancora preso piede presso l'utenza familiare (e chissà se mai sarà così diffuso). Molti enti pubblici hanno predisposto servizi informativi su Videotel, pochissimo usati dal pubblico.

### **Lo strumento più semplice e più diffuso: il telefono**

La soluzione migliore consiste evidentemente nel permettere all'assistito di ottenere le informazioni senza doversi spostare, e quindi da casa propria o dall'ufficio. Lo strumento ideale è quindi il telefono: tutti ce l'hanno e sono già abituati ad usarlo.

L'utilizzo del telefono si sta peraltro affermando nelle U.s.l.: si pensi alla possibilità di prenotare alcune prestazioni per telefono oppure di raggiungere tramite il centralino un ufficio da cui ottenere l'informazione desiderata.

Spesso però la difficoltà di capire quale ufficio può dare l'informazione, le linee occupate oppure l'interno che non risponde, finiscono per scoraggiare il pubblico e danno an-

cora una volta un'immagine della U.s.l. come di un interlocutore con cui è problematico comunicare.

D'altro canto, fornire informazioni per telefono è spesso un compito non facile anche per gli operatori delle U.s.l. Le continue telefonate li disturbano nello svolgimento delle loro mansioni, ed inoltre il ripetere decine di volte al giorno più o meno sempre le stesse risposte provoca un senso di ripetitività ed in definitiva di frustrazione.

Appare allora evidente che rendere automatica la fornitura delle informazioni telefoniche porterebbe benefici sia agli assistiti che agli operatori. I primi disporrebbero di un riferimento (uno o più numeri telefonici) di facile accesso e sempre disponibile, e di un'informazione corretta e sempre aggiornata. I secondi vedrebbero sgravata la loro attività dalle richieste più ripetitive e dalla necessità di dover recuperare da qualche parte l'informazione per poterla dare a chi la richiede.

Gli strumenti tecnologici per risolvere questi problemi ci sono. La « telematica vocale » (così come viene chiamata) ha fatto grandi progressi negli ultimi anni, ed è ormai molto diffusa in Francia e negli Stati Uniti, dove ad esempio sono attivi molti numeri di informazione automatica e sono molti i centralini di aziende pubbliche e private in cui il filtro alle chiamate avviene in automatico tramite messaggi preregistrati.

In Italia è attualmente in fase di sperimentazione, nell'area di Milano, l'Audiotel, cioè un servizio telefonico con il quale l'utente può ottenere informazioni (o accedere a servizi specifici) pagando, oltre al traffico telefonico, una certa somma.

Va detto che per gli enti pubblici, trattandosi di informazioni gratuite (come nel caso delle informazioni al pubblico da parte di una U.s.l.), non è necessario aderire al servizio Audiotel. Basta che la U.s.l. predispon-

ga questo servizio sul proprio centralino o su un'altra linea telefonica: l'assistito pagherà quindi il traffico come se si trattasse di una normale telefonata. Se invece è la U.s.l. che vuole farsi carico dei costi telefonici, basterà che l'accesso al sistema di informazioni automatico avvenga tramite un Numero Verde (in cui cioè la tassazione del traffico è a carico di chi viene chiamato, e non di chi chiama). Si riporta qui di seguito una breve descrizione dei due principali strumenti di telematica vocale adatti a fornire informazioni: le caselle vocali e l'audiotex.

### **La tecnologia delle caselle vocali**

Le caselle vocali sono singoli spazi di memoria di un sistema che può essere assimilato ad una segreteria telefonica avanzata. Tale sistema si configura come un modulo aggiuntivo ad un PABX (cioè ad un centralino tecnologicamente avanzato, di quelli attualmente in commercio).

Ogni casella vocale contiene un messaggio di informazione preregistrato, e ad ogni casella è assegnato un numero di telefono (assimilabile ad un interno di centralino).

Chi desidera l'informazione può dunque accedervi componendo il numero telefonico della casella. Per poter accedere a più caselle egli deve comporre più numeri riagganciando ogni volta.

Da un punto di vista tecnico è assai semplice costruire un sistema di informazioni su caselle vocali, in quanto occorre solamente registrare i messaggi ed assegnare ad ogni casella un numero telefonico.

Le caselle vocali possono essere utilizzate anche in maniera indiretta. Ad esempio un operatore di centralino (o di un Servizio della U.s.l.) che riceve una richiesta di informazioni da un assistito, può smistare l'assistito stesso sulla casella vocale corrispondente all'informazione richiesta.

## La tecnologia dell'audiotex

L'audiotex è un servizio di telefonia avanzata nel quale il telefono viene utilizzato come terminale di consultazione di un database di messaggi sonori, residente su un « serveur » vocale. Il serveur vocale può essere installato su un PABX (come modulo aggiuntivo) oppure su un PC collegato alla rete telefonica, a seconda della complessità.

Da un punto di vista organizzativo, l'ente fornitore di informazioni (in questo caso la U.s.l.) acquista e gestisce il serveur vocale in proprio; oppure fa ricorso ad un fornitore del servizio audiotex, sul cui serveur viene quindi ospitata l'applicazione.

I messaggi vengono registrati, digitalizzati, memorizzati sul serveur e restituiti in forma vocale. Essi vengono gestiti da un apposito software che li compone secondo una predefinita struttura logica, tipicamente ad albero. È possibile così registrare un solo messaggio e ripeterlo in più punti dell'albero.

L'audiotex presuppone una interazione tra colui che telefona ed il serveur: chi chiama, dopo aver stabilito la connessione digitando un numero di telefono, interagisce con il sistema automatico tramite la tastiera telefonica (oppure pronunciando opportune parole-chiave), fino ad ottenere l'informazione voluta. L'interattività distingue dunque i servizi audiotex dalle più semplici caselle vocali. È possibile inoltre prevedere la possibilità per chi chiama di ricadere su un operatore che sia in grado di fornirgli la risposta desiderata qualora questa sia specifica o personalizzata e non sia compresa tra quelle fornite automaticamente.

Le modalità di dialogo tra il telefono ed il serveur vocale sono diverse.

**a) in multifrequenza:** in tal caso è necessario che il telefono sia abilitato ad operare in multifrequenza (ad esempio i telefoni SIRIO forniti

dalla SIP); l'input per la navigazione nel sistema avviene tramite la normale tastiera telefonica.

**b) in decadico:** un apparecchio telefonico non abilitato alla multifrequenza può interagire con il serveur a patto che questo sia dotato di un'interfaccia di conversione del segnale da decadico a multifrequenza. Anche in questo caso l'input viene fornito tramite la tastiera telefonica.

**c) riconoscimento di parole-chiave:** in questo caso il serveur è dotato di una scheda di riconoscimento vocale che interpreta una serie di parole-chiave, corrispondenti alle scelte previste. Le parole-chiave possono essere anche le 10 cifre decimali (« uno », « due », ecc.). Tale modalità di colloquio appare più naturale rispetto all'input da tastiera e permette di effettuare non soltanto delle scelte da menu vocale, ma anche transazioni (ad esempio è possibile fornire il proprio codice sanitario, che contiene caratteri alfabetici non imputabili da una tastiera telefonica). La scheda di riconoscimento vocale deve ovviamente contenere un vocabolario predefinito, tagliato sulla specifica applicazione e deve essere opportunamente addestrata a riconoscere una gamma più o meno ampia di inflessioni dialettali, al fine di consentire il più ampio accesso possibile.

Le interfacce di conversione decadico-multifrequenza o di riconoscimento del rumore e di parole-chiave possono essere integrate nel serveur oppure aggiunte ad un serveur che operi solo in multifrequenza, dal momento che esse sono prodotti a se stante disponibili sul mercato.

## La scelta della soluzione

Come si vede, le opzioni tecnologiche sono diverse. Innanzitutto le caselle vocali sono di uso più immediato rispetto all'audiotex per il pubblico, che in Italia non è ancora abitudi-

to ad interagire per telefono con un sistema automatico. Per converso l'audiotex permette una strutturazione ed una gestione dei messaggi particolarmente adatta ad un'informazione complessa come quella fornita dalla U.s.l. Ma, come visto, anche per l'audiotex esistono diverse opzioni di dialogo con il sistema.

La scelta della soluzione più adeguata dipende da numerosi fattori:

— lo stato dell'arte delle varie tecnologie, che sono in continua evoluzione, e soprattutto la loro affidabilità tecnica;

— l'offerta di prodotti audiotex sul mercato italiano al momento dell'acquisizione; molti nuovi prodotti stanno infatti entrando in Italia, tramite società di distribuzione;

— le caratteristiche dell'offerta, soprattutto in termini di presenza sul territorio per assicurare una adeguata assistenza sia al momento dell'installazione che per la manutenzione;

— la dotazione telefonica della U.s.l. (centralino, derivati interni, stato delle linee interne, dimensionamento delle linee d'accesso);

— il contesto tecnico della U.s.l., e cioè lo stato della rete telefonica nel territorio della U.s.l. (presenza di centrali numeriche, parco apparecchi telefonici multifrequenza, ecc.);

— esigenze particolari riguardo alle funzionalità del serveur vocale (gestione delle fasce orarie di risposta, riconfigurazione del sistema per i messaggi variabili nel tempo, ecc.).

Tutti questi elementi sono necessari per definire l'architettura del sistema audiotex.

## L'organizzazione delle informazioni

Ma è evidente che, ancora prima di definire la scelta tecnologica, vi è la fase di analisi e progettazione delle informazioni da fornire in modo automatico.

La fase di analisi deve rilevare i bisogni informativi degli assistiti (che

variano da U.s.l. a U.s.l.) ed indicare quali informazioni diffondere in modo automatico. Non tutte le informazioni sono infatti adatte per questa tecnologia, perché poco richieste, troppo lunghe, complesse, interattive, tanto per citare solo alcune delle caratteristiche dell'informazione.

A queste caratteristiche va poi associato il progetto comunicativo, e cioè i messaggi da comunicare e la loro sequenza logica. Quest'ultimo punto è molto delicato, in quanto il raggruppamento e la concatenazione dei messaggi (e quindi l'ordine con cui vengono guidate le scelte di chi chiama e fornite le informazioni) deve rispecchiare la logica dell'assistito, e non quella della U.s.l.: ad esempio le informazioni sull'invalidità civile vanno raggruppate sotto la voce « Invalidità civile » e non sotto quella « Servizio di Medicina Legale », in quanto quest'ultima voce riflette l'organizzazione interna della U.s.l., e non una categoria di possibili richieste informative del pubblico (nessuno in genere formula domande del tipo « quali funzioni svolge il Servizio di Medicina Legale »).

Le informazioni vengono ramificate e concatenate secondo una determinata logica ed implementate in

un « albero » informativo sul sistema audiotex (si veda l'esempio di fig. 1), all'interno del quale la « navigazione » avviene premendo dei tasti oppure usando la voce.

La fase di progettazione deve essere orientata ad ottenere per il sistema di informazione la giusta « ergonomia vocale »: infatti messaggi troppo lunghi, opzioni di scelta poco chiare o troppo numerose, logiche sequenziali contorte o eccessivamente lunghe, sono tutti elementi che rischiano di scoraggiare il pubblico ad utilizzare il sistema automatico. Esistono metodologie e criteri anche complessi (sui quali per brevità qui non ci soffermiamo) di definizione dell'ergonomia vocale necessaria per far sentire a proprio agio chi telefona, che, lo ricordiamo, in Italia non è ancora abituato ad interagire con sistemi di questo tipo.

Va detto anche che l'esigenza di un assistito è quasi sempre quella di ottenere una risposta precisa ad una precisa domanda (« dove devo recarmi per prenotare l'esame x ed in quali orari », « cosa devo fare per ottenere il certificato y », e così via), e non quella più generica di conoscere i servizi offerti dalla U.s.l. (che egli conosce in genere assai bene). Molti si-

stemi audiotex implementati, soprattutto nei settori privati, offrono un'informazione che definiremmo « esplorativa », che orienta cioè un'utenza che non ha ben chiara la domanda da porre. L'utenza di una U.s.l. necessita invece di un'informazione « specifica », ottenibile in modo facile e veloce. Per questo motivo la progettazione della struttura delle informazioni è una fase assai delicata, a cui occorre porre la dovuta attenzione.

Altrettanto importante è poi la fase di test, da effettuare presso il pubblico con apposite metodologie che mettano in luce i punti critici eventualmente da modificare prima di lanciare il servizio a grande diffusione.

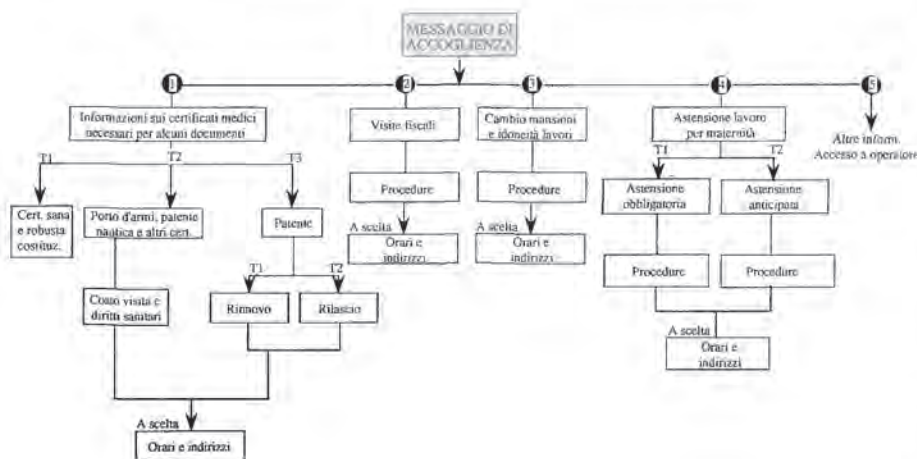
### La promozione del nuovo servizio informativo

Una volta avviato il servizio informativo su audiotex, occorre promuoverlo presso la popolazione. È ben noto infatti che qualunque servizio informativo, per radicarsi nella conoscenza e nell'uso dei suoi destinatari, deve essere adeguatamente promosso. Nessuno può pensare di attivare qualche meccanismo per cercare un'informazione se non sa che l'informazione è accessibile, e dove e come si può ottenerla.

### La politica informativa della U.s.l.

Da quanto detto finora appare evidente che un sistema audiotex non va a sostituire completamente l'attività informativa di una U.s.l., piuttosto aiuta a renderlo univoco (e quindi più efficace) ed alleggerisce il carico informativo degli operatori smaltendo in modo automatico le richieste più frequenti e standardizzate. L'audiotex deve quindi integrarsi con altre modalità più tradizionali di fornire informazioni, all'interno di un quadro più in generale, rappresentato dalla politica informativa della U.s.l.

Figura 1 - Certificati medici per documenti e ad uso lavorativo





Essa deve partire dall'analisi dei bisogni informativi della popolazione assistita, individuando per fasce di informazioni richieste lo strumento più adatto (audiotex, caselle vocali, risposte telefoniche personalizzate, sportello, distribuzione di materiale stampato, ecc.), che vanno coordinate ed integrate tra loro per non fornire agli assistiti informazioni contraddittorie o poco aggiornate.

### Il caso della U.s.l. di Ivrea

La U.s.l. di Ivrea è una delle prime che si è posta il problema di razionalizzare l'informazione al pubblico tramite l'adozione della tecnologia audiotex.

Il bisogno della U.s.l. era quello di assicurare ai suoi assistiti un'informazione corretta e sempre aggiornata, e per tale motivo ha già da tempo eliminato la soluzione di inviare dei libretti illustrativi con tutte le modalità di accesso (orari, indirizzi, procedure, ecc.), in quanto tali strumenti diventano rapidamente obsoleti.

L'utilizzo del telefono è sempre stato promosso dalla U.s.l., che ha incoraggiato gli operatori a rispondere alle richieste telefoniche nel modo il più possibile esauriente, evitando all'assistito degli spostamenti inutili. In particolare gli operatori del centralino sono stati formati a rispondere alle richieste più semplici e frequenti. Poco per volta la popolazione si è abituata a trovare nella Unità sanitaria locale un interlocutore sempre disponibile ed affidabile nelle informazioni fornite.

Ciononostante molti problemi sono rimasti insoluti:

- quasi il 40% delle informazioni vengono ancora richieste direttamente agli sportelli o presso gli uffici della U.s.l.; in alcuni Servizi questa percentuale sale ad oltre il 60%;

- i casi di accessi a vuoto da parte degli assistiti (soprattutto per la mancata prenotazione di prestazioni

la cui agenda è già piena) sono numerosi;

- gli operatori vengono frequentemente interrotti dalle telefonate, e ciò appare particolarmente critico in alcuni Servizi (ad esempio i consultori), nei quali vi è scarsa presenza di personale amministrativo, per cui il compito di rispondere al telefono ricade sul personale paramedico e sui medici;

- gli assistiti si rivolgono spesso al personale ospedaliero ed ambulatoriale per avere informazioni su alcune procedure come quelle per l'invalidità civile, sulle quali questo personale non essendone perfettamente a conoscenza dà risposte a volte inesatte o incomplete.

Per tutti questi motivi l'U.s.l. ha pensato ad un sistema audiotex, e si è rivolta a RESEAU, una società di consulenza specializzata nel settore delle telecomunicazioni e nelle strategie di comunicazione, ed attiva da anni anche nel settore della sanità, al fine di effettuare uno studio di fattibilità ed un progetto di informazione al pubblico con queste nuove tecnologie.

È stata quindi condotta un'appro-

fondita analisi dei bisogni informativi del pubblico e delle attuali modalità di fornitura delle informazioni da parte degli operatori della U.s.l., individuando così le aree maggiormente critiche e le informazioni più adatte ad essere inserite nel sistema audiotex. Il progetto comunicativo è risultato assai complesso, per la necessità di strutturare e concatenare i messaggi secondo una logica il più vicino possibile a quella dell'assistito. I singoli messaggi sono stati anch'essi articolati secondo criteri di ergonomia vocale, per facilitarne la memorizzazione.

La soluzione prescelta è stata una soluzione mista di caselle vocali (raggiungibili direttamente componendo dei numeri telefonici) ed audiotex (un unico numero con approfondimento successivo delle informazioni), per sfruttare appieno le potenzialità della ramificazione dei messaggi ad albero solo dove questo era necessario.

La U.s.l., al momento di rinnovare il proprio centralino, aveva acquistato anche un modulo di messaggistica vocale per questo scopo, sul quale quindi è stata effettuata una vali-

Figura 2



dazione tecnica rispetto alle specifiche del progetto.

L'intervento di RESEAU è stato anche reso necessario dal fatto che attualmente esistono in Italia poche applicazioni di audiotex, per cui i fornitori stessi del modulo di messaggistica vocale, non avendo mai implementato applicazioni così complesse, sono stati aiutati ad esplorare le funzionalità del prodotto. L'esperienza sviluppata da RESEAU e la sua conoscenza dei principali servizi informativi su audiotex in Europa e Stati Uniti hanno così permesso di ripercorrere le condizioni di maggior successo ed evitare gli errori che caratterizzarono le prime applicazioni di audiotex in sanità negli altri paesi.

Il progetto è stato completato, e si sta procedendo alla sua implementazione e test. Nel giro di poco tempo il servizio informativo sarà disponibile per il pubblico.

Un gruppo di lavoro interno alla U.s.l., composto da operatori di tutti i Servizi, è stato attivamente coinvolto nel progetto, e curerà l'aggiornamento dei messaggi, l'ampliamento del sistema (per nuove informazioni che in futuro saranno aggiunte) e tutte le modifiche che si renderanno necessarie per migliorare il servizio.

### Conclusioni

Da quanto detto finora appare chiaro che l'acquisto di un sistema audiotex non è una scelta facile e soprattutto non è di per sé sufficiente a realizzare un servizio di informazioni al pubblico. Occorrono non solo una conoscenza delle tecnologie disponibili (che, quando si tratta di nuove tecnologie, l'U.s.l. spesso non ha), ma anche e soprattutto la conoscenza dell'organizzazione della U.s.l. (che il fornitore a sua volta quasi sempre non

ha). Inoltre la progettazione dei meccanismi di comunicazione appare particolarmente necessaria nel caso di sistemi di informazione al pubblico, per renderli efficaci e facili da usare.

Il rapporto tra gli utenti e le tecnologie è in generale un rapporto difficile, che si potrebbe definire a due velocità.

Infatti, da un lato (fig. 2), l'offerta di tecnologie va oggi più veloce della cultura degli utenti, che non riescono ad adeguarsi ai ritmi crescenti dell'innovazione. Il risultato è un circolo vizioso, in cui i fornitori propongono soluzioni troppo « tecnologiche » e troppo poco organizzative, e gli utenti non riescono ad esplicitare i propri bisogni e dunque a valutare l'esigenza e la fattibilità delle tecnologie che vengono loro offerte.

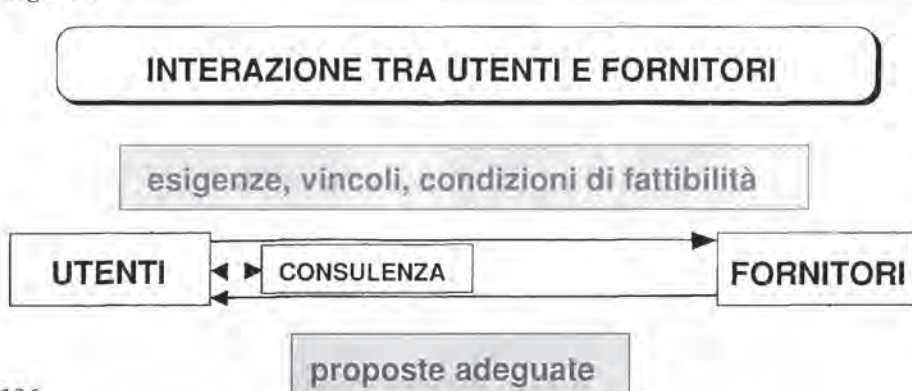
Dall'altro lato, però (fig. 3), l'offerta di tecnologie va anche meno veloce dell'« immaginazione » degli utenti, che molto spesso si innamorano della tecnologia e pensano che possa risolvere tutti i problemi. Allora si innesca un altro circolo vizioso, in cui l'utente richiede soluzioni troppo avanzate rispetto alle sue esigenze, ed i fornitori ben volentieri accondiscendono con soluzioni ridondanti e costose.

L'interazione tra utenti e fornitori può invece correttamente instaurare un circolo virtuoso (fig. 4), quando l'utente esplicita esigenze, vincoli e condizioni di fattibilità, ed il fornitore fa proposte adeguate. Oppure, come è il caso dell'audiotex, quando il fornitore dispone di tecnologie nuove e le propone all'utente, il quale è in grado di capirle e valutarne l'adattamento ai propri bisogni. La consulenza può aiutare l'utente ad esplicitare i propri bisogni, e rappresentare un elemento di raccordo tra utenti e fornitori, un « ponte » tra domanda ed offerta di tecnologie, che sia in grado di mettere a confronto le caratteristiche della tecnologia con le esigenze ed i vincoli dell'utenza.

Figura 3



Figura 4



**Biblioteca**

Sezione 6<sup>a</sup>

# APPRENDERE L'ECONOMIA SANITARIA

di Rosanna Tarricone (a cura)

## Rassegna critica di alcuni manuali

*Pubblichiamo qui di seguito la II parte della rassegna sanitaria relativa ad alcuni manuali selezionati di Economia Sanitaria. Nel numero precedente sono stati presi in considerazione i manuali introduttivi e quelli più generali, che affrontano la disciplina in tutti i suoi aspetti.*

*In questo numero Mecosan presenta 5 manuali di livello più avanzato, utili per approfondire specifici temi nell'ambito dell'Economia Sanitaria.*

Alan Williams  
**Health and Economics**  
McMillan Press, 1984

L'obiettivo degli economisti e dei medici è di allungare la vita e di eliminare la miseria. Per quanto riguarda i medici, la morte prematura e la miseria sono dovute alla malattia. Per quanto riguarda gli economisti sono dovute alla scarsità delle risorse. In questo libro sono pubblicati e discussi saggi di autorevoli economisti, medici e geografi sociali che hanno come oggetto di studio l'analisi del sistema pubblico. La partecipazione al libro di studiosi non-economisti dimostra che il sistema pubblico rappresenta l'oggetto di studio anche di altre discipline, oltre all'economia.

Il primo saggio del volume è di Alan Williams. L'autore tenta di dare una definizione dell'oggetto di studio dell'economia sanitaria, premettendo, comunque, che l'analisi dei soggetti studiati risulta quantitativamente sottostimata per la difficoltà di circoscrivere nettamente l'interesse di questi studiosi.

Altri saggi contenuti nel libro riguardano i temi dell'ineguaglianza e dell'ingiustizia (Illsley e le Grand, Townsend, Mooney e McGuire, e Mohan). La sanità e l'assistenza sanitaria sono analizzate nel contesto più generale delle ineguaglianze socioeconomiche e, in questo ambito, sono state sollevate questioni fondamentali circa il ruolo potenziale di forza compensatrice dei sistemi sanitari. Le differenti definizioni del concetto di giustizia hanno permesso, altresì, di illustrare le implicazioni che discendono dalla scelta di un determinato concetto di giustizia come parametro di riferimento.

Altri due saggi riguardano la relazione tra la disoccupazione e la salute e l'incidenza che questa relazione ha sull'economia e sull'« economia della riduzione del fumo ». Questi aspetti vanno sicuramente oltre il tema principale del sistema sanitario. Gravelle illustra le difficoltà nello stabilire dei legami causali tra i fenomeni che, sebbene sembrano a prima vista strettamente interconnessi tra loro, possono essere il risultato di

una varietà di meccanismi complessi, ognuno dei quali con diverse implicazioni per la politica. Il lavoro di Joy Townsend si riassume nell'illustrazione delle implicazioni che discendono dalla riduzione del fumo — che sembra essere il cambiamento comportamentale che più di ogni altra cosa è in grado di migliorare la salute della popolazione — e nell'analisi delle varie ramificazioni che questo trend presenta.

Infine, per quanto riguarda l'analisi dei servizi sanitari e delle loro implicazioni, l'argomento è stato analizzato da Buxton, Drummond e Maynard. Il contributo di Drummond tratta della generale posizione metodologica che sottolinea l'importanza dell'approccio economico all'analisi di valutazione, argomentando in favore di un ruolo maggiormente significativo dell'economia sia nella formulazione dei problemi sia nella raccolta dei dati quando vengono pianificati degli studi clinici. Ciò renderebbe i risultati molto più significativi per il settore in cui effettivamente operano i servizi sanitari.

Il saggio di Buxton sul programma di trapianto del cuore è un esempio eccellente di valutazione economica nel settore sanitario. Illustra, inoltre, il ruolo degli economisti sanitari in un'impresa multidisciplinare, dove essi sono in grado di giocare un ruolo significativo sia nella formulazione del problema che nella raccolta ed analisi dei dati, e sono inoltre sensibili agli interessi, all'esperienza e alla cultura dei colleghi non-economisti. Infine, Maynard analizza i meccanismi di incentivazione generati dalla struttura di finanziamento dei servizi sanitari, e suggerisce che molti dei maggiori e persistenti problemi e conflitti che sembrano di difficile soluzione all'interno del National Health Service (NHS) potrebbero essere facilmente risolti con l'utilizzo dei mercati « interni ». In questo modo, infatti, si renderebbero visibili al decisore — spesso il medico — i costi temporali delle diverse attività incentivandolo alla minimizzazione degli stessi.

In conclusione questo volume spazia su diversi argomenti anche se nessuno dei saggi proposti riesce ad esaurire il tema. Il libro di Williams può essere incluso fra i manuali di approfondimento più che di introduzione all'economia sanitaria. I temi della domanda e dell'offerta del mercato sanitario, così come quelli riguardanti la valutazione del prodotto e della qualità del sistema sanitario, e ancora, il sistema di finanziamento, il meccanismo dei prezzi non sono strutturati in modo organico come generalmente avviene nei manuali di introduzione all'economia sanitaria. Il libro di Williams va oltre e la raccolta di saggi di autori diversi con diverse impostazioni metodologiche ha lo scopo principale di sottolineare che le potenzialità dell'economia sanitaria per il miglioramento delle condizioni dell'umanità non sono del tutto esaurite, e se questo libro è in grado di aiutare i non-economisti ad una migliore comprensione dell'obiettivo e dei metodi propri dell'economia sanitaria vuol dire che gran parte dell'obiettivo che si pone il libro è stato raggiunto.

Victor R. Fuchs  
**The Health Economy**  
Harvard University  
Press, Cambridge,  
Massachusetts and  
London, England 1986

Lo studio dell'economia sanitaria è cresciuto sin dagli anni '60 ed è stato motivato in parte dal desiderio di raggiungere una migliore comprensione della società post-industriale che stava emergendo negli Stati Uniti e in altri Paesi industrializzati. La crescita di un'economia dei servizi e il miglioramento dei metodi contraccettivi hanno aumentato il numero di donne occupate e hanno drammaticamente cambiato i ruoli e le relazioni sociali. Una minore fertilità e una maggiore speranza di vita stanno trasformando la distribuzione per età della popolazione, e insieme con la frammentazione della famiglia e con il declino della religione tradizionale stanno creando nuove condizioni sociali ed economiche. La crescente importanza del settore dei servizi, come la sanità, influisce sulla domanda di lavoro, sul ruolo del lavoro, sulla misura della produttività e sulla crescita economica.

Questo libro consiste dei lavori che l'autore ha condotto negli anni '70 ed '80 riguardo all'assistenza medica e sanitaria nel più ampio contesto sociale, politico ed

economico. La discussione riflette il desiderio dell'autore di utilizzare l'economia per aiutare i professionisti della salute e gli esperti di politica sanitaria a sviluppare risposte a questioni estremamente difficili di efficienza ed equità.

L'autore ritiene che la teoria economica è il punto di partenza per l'analisi dei problemi che sono, però, successivamente, esaminati attraverso l'analisi statistica e attraverso l'osservazione e la riflessione del comportamento degli individui e delle istituzioni.

Nei capitoli d'apertura Fuchs cerca di dimostrare l'importanza dell'economia nell'analisi dei problemi sanitari. Il primo capitolo è stato scritto nei primi anni '70 per una conferenza che aveva come oggetto di dibattito il giusto livello della tecnologia in grado di migliorare la salute della popolazione e di contenere il costo dell'assistenza. Sembrò e sembra ancora che l'enfasi posta alla tecnologia fosse esagerata. Per questo motivo Fuchs cercò di fornire una visione sistemica dei problemi di questo settore, dando enfasi alle diverse caratteristiche dell'assistenza sanitaria e medica e alla difficoltà di trovare il giusto mix di competizione di mercato, regolamentazione del governo e controllo professionale. Il secondo capitolo fu scritto nei primi anni '80 quando veniva data molta importanza al cambiamento dello stile di vita per migliorare la salute dei cittadini. Lo stile di vita è importante, ma i programmi di educazione e promozione sanitaria, così come quelli terapeutici, potrebbero ottenere grandi benefici da un rigorosa analisi economica.

Molti capitoli riflettono il desiderio dell'autore di definire il concetto di salute e di assistenza sanitaria e di rendere chiara la differenza tra le due. Così l'autore spiega che quando cominciò ad interessarsi di questa materia si rese conto che la ricerca, la teoria e la pratica medica erano irresistibilmente correlate alla diagnosi e al trattamento delle patologie e non al mantenimento e all'aumento del livello di salute. La ricerca economica in questo settore aveva lo stesso orientamento. Solo pochi studi concernevano l'oggetto « salute », mentre la maggiorparte si concentravano sulla domanda e sull'offerta di assistenza sanitaria e sull'analisi della struttura ospedaliera. Fuchs ha cercato di compensare gli studi economici sull'assistenza sanitaria con quelli riguardanti la salute come evidenziato dai capitoli che trattano dei diversi fattori che influenzano il livello di salute di un individuo e/o della popolazione, quali il reddito, le preferenze temporali, il fumo, le radiazioni e il collaudo dei veicoli a motore. Altri studi analizzano la correlazione tra la cultura e la salute. All'inizio si pensava che la correlazione fosse di tipo causale, e che questo era un altro esempio di aumento di produttività per merito della scolarizzazione. Per questo motivo l'autore concentrò la sua attenzione sul fumo di sigarette. I risultati riportati nel capitolo 12 suggeriscono che una terza variabile, come la preferenza temporale, influisce sia sulla scolarizzazione che sulla salute.

Alcune volte si scorge un conflitto tra cosa la teoria dice che dovrebbe essere e cosa i dati sembrano dimostrare. Per esempio, nei capitoli forse più controversi di questo libro (4 e 6), l'autore discute del potere del medico nello spostare/deviare la domanda di assistenza sanitaria.

Le ragioni della popolarità dell'assicurazione sanitaria nazionale in tutto il mondo (capitolo 13), il ruolo del governo, della famiglia, della religione nella salute (cap. 14), la lotta tra i medici e i managers per il controllo dell'assistenza medica (cap. 15), la relazione tra l'assistenza sanitaria agli anziani e gli altri aspetti dell'invecchiamento (cap. 16) e le implicazioni dei recenti cambiamenti nel procedimento di rimborso agli ospedali e ai medici per l'erogazione delle prestazioni sanitarie (cap. 17) sono alcuni dei temi che hanno richiamato l'attenzione dell'autore negli ultimi anni.

Anche questo libro non è un manuale introduttivo all'economia sanitaria se in questa categoria si fanno rientrare tutti i testi organizzati in modo da coprire e analizzare i vari settori di interesse della disciplina (domanda, offerta, prodotto, prezzi, ecc.).

Tuttavia il libro di Fuchs è un utile spunto di riflessione per chi vuole approcciarsi al tema in questione in modo non del tutto « accademico ».

Simile nell'organizzazione al libro di Alan Williams, questo di Fuchs è una raccolta di articoli scritti dallo stesso autore sui temi che nel passare degli anni lo hanno interessato maggiormente e che, come il libro di Williams, riesce a dare una visione stimolante delle principali questioni di economia sanitaria che nel corso del tempo hanno convogliato l'interesse di molti studiosi.

Gavin Mooney

**Economics, Medicine  
and Health Care**  
2<sup>a</sup> edizione

Harvester Wheatsheaf,  
1992

Lo scopo di questo libro è di fornire alcuni cenni economici ai medici e agli altri operatori sanitari su alcuni temi ricorrenti nella gestione dei servizi sanitari. È generalmente accettato da tutti il rapporto di fiducia che intercorre tra la professione medica e la società così come è generalmente accettato da tutti il rapporto di fiducia che intercorre tra il medico e il suo paziente. Un altro luogo comune si riferisce alla scarsità delle risorse in generale, e di quelle sanitarie in particolare, con la conseguenza che non tutti i bisogni dei cittadini vengono soddisfatti. Ciò che non è un luogo comune — ma lo diventerà — è il fatto che il generale dissenso riguardo l'ultimo punto e le implicazioni che discendono da questo dissenso possono minare il rapporto di fiducia illustrato nelle prime due condizioni con eventuali serie conseguenze non soltanto per la professione medica ma per il settore sanitario in generale e quindi per la salute. Come prendono le decisioni i medici? Cosa influenza il loro comportamento? La ricerca di risposte a queste domande sta crescendo notevolmente. Cosa è interessante sapere, tuttavia, è che ci sono sostanziali diversità nella pratica medica. Ciò fa credere che i medici erogano prestazioni diverse per pazienti simili. È relativamente semplice essere critici con la classe medica a causa della loro apparente inefficienza. Capire meglio perché sono inefficienti è sia più difficile sia più importante. Di conseguenza, questo libro tenta non solo di diagnosticare le patologie della sanità, alcune delle quali sono iatrogene, ma anche di suggerire alcuni trattamenti appropriati.

Il punto di partenza è semplice: « *All'inizio, nel mezzo, alla fine, c'era, c'è e ci sarà la scarsità delle risorse* ». Questa è l'essenza dell'economia ma non lo è sfortunatamente per la scienza medica. È intorno al concetto di scarsità che questo libro ruota.

Nel primo capitolo c'è una breve introduzione all'economia e all'economia sanitaria in particolare che in nessun modo vuol rendere giustizia alla disciplina ma che vuole fornire i principi fondamentali dell'economia ai medici e agli altri operatori sanitari che ancora non hanno approcciato la teoria economica. Il secondo capitolo analizza la struttura di mercato e le tecniche di valutazione economica. Il terzo capitolo considera un aspetto fondamentale dell'intero dibattito che circonda l'assistenza sanitaria: l'assistenza sanitaria come merce (nel senso che come le automobili, i dolci, fornisce dei benefici, soddisfazione e utilità ai consumatori).

Nel quarto capitolo vengono trattati il tema della misurazione del livello di salute e la necessità di sviluppare degli indici di salute. A questo proposito è rilevante l'utilizzo dei QALY's (Quality Adjusted Life Years) di cui si parla anche nel capitolo successivo relativo a come gli economisti hanno affrontato il problema della valutazione e misurazione della vita umana. Questo è un tema controverso per molti professionisti della sanità ed è quindi importante capire perché non può e non deve essere evitato. Il dibattito continua nel capitolo 6 dove vengono esaminati i concetti della domanda e della « necessità » di assistenza sanitaria. La discussione si fonda sul cosiddetto rapporto di agenzia, un concetto molto familiare e non nuovo per i medici ma relativamente recente per gli economisti. La scarsità delle risorse, la natura economica del bene assistenza sanitaria e la misurazione del prodotto sanitario, sono l'oggetto di analisi di questo capitolo.

Il capitolo 7 tratta di alcuni aspetti dell'etica medica. È intorno a questo tema

che, apparentemente, si è sviluppato l'attuale conflitto tra la teoria economica e la scienza medica. Il realtà il vero conflitto è tra l'accettazione e l'approccio al problema della scarsità delle risorse, e l'etica medica.

Il capitolo 8 tratta dell'equità e delle difficoltà di una sua definizione nella pratica, soprattutto se l'equità è strettamente legata all'etica medica.

Nel capitolo 9 sono illustrati i diversi modi in cui le diverse società/comunità organizzano e finanziano i sistemi sanitari. Gli argomenti e le giustificazioni sono essenzialmente riferite a precise ideologie supportate da un'interessante e difendibile base logica. Ciò che emerge da questa analisi è che la professione medica ha cercato di mantenere, individualmente ma forse anche collettivamente, un'ideologia o perlomeno un *modus operandi* che risulta appropriato in un mercato sanitario concorrenziale e non in un sistema sanitario pubblico. Nel capitolo successivo, infatti, viene messo in rilievo che in un sistema sanitario come il NHS, la classe medica ha usufruito di alcuni dei benefici del sistema per difendere il proprio *status*. È in questo contesto che l'autore esamina la riforma del NHS. Il capitolo conclusivo punta ad una soluzione di alcuni dei problemi sollevati all'inizio di questo libro.

La soluzione — nel tentativo di assicurare che gli obiettivi della società in qualità di comunità sociale e quelli della professione medica, sia individualmente che collettivamente, diventino gli stessi attraverso l'introduzione di un nuovo codice etico di assistenza sanitario — è semplicemente una, almeno in linea di principio. Vengono proposti, infatti, alcuni meccanismi di incentivazione alla professione medica per rendere omogenei i loro obiettivi con quelli della comunità sociale. Questi meccanismi sono in linea con la più generalizzata etica medica, inclusa l'abusata pratica clinica, e lasciano, quindi, l'etica medica nel suo legittimo territorio. Una simile constatazione potrebbe impedire i lettori della classe medica dall'etichettare il processo come irragionevole, non etico e non pratico.

Il libro di Mooney guarda all'economia sanitaria dal punto di vista medico. Anche se l'obiettivo dell'autore è di informare gli operatori della sanità — soprattutto i medici — sui principi fondamentali dell'economia sanitaria, la lettura non risulta assolutamente inutile o poco interessante per i non-medici e in particolare per gli economisti. Bisogna sottolineare, infatti, che ancora poco si sa sul modo di operare della classe medica, sui suoi obiettivi e sulle determinanti del suo comportamento e quello che si conosce proviene da studi condotti da economisti.

La lettura del testo di Mooney se, da una parte, può sembrare riduttiva per l'economista per quanto riguarda la formalizzazione dei modelli di economia sanitaria, d'altra parte, informa l'economista sull'atteggiamento e sulla *formamentis* del medico che spesso rappresenta l'oggetto principale di studio dell'economista.

Rita Ricardo-Campbell

**The Economics  
and Politics of Health**

The University  
of North Carolina  
Press, 1982

I costi sanitari negli Stati Uniti stanno continuamente crescendo: verso la metà degli anni '80 costituivano l'11% del Prodotto Interno Lordo.

In tutti i Paesi industrializzati che presentano un accentuato processo di invecchiamento della popolazione i costi stanno ancora crescendo. I decisori politici stanno ancora discutendo se l'output sanitario sta crescendo alla stessa velocità degli input, quale livello del PIL dovrebbe essere assorbito dal settore sanitario nazionale, se la società trae maggiore beneficio dall'uso di risorse scarse per il trapianto degli organi per soddisfare i bisogni di un numero ristretto di cittadini piuttosto che da altri usi, altrettanto meritevoli, per soddisfare i bisogni della maggioranza dei cittadini, qual'è il metodo migliore per allocare le risorse, incluso il rifiuto di finanziare alcuni tipi di prestazioni assistenziali.

Adesso che diversi interventi di trapianto di cuore sono stati condotti è necessario risolvere i numerosi problemi circa il costo reale delle risorse impiegate per queste



nuove e molto costose attività mediche di cui possono beneficiare solo alcuni pazienti, ma che rappresentano un forte stimolo allo sviluppo della scienza medica.

Le questioni etiche associate a simili attività sanitarie sono complesse e non sempre hanno una risposta. La conoscenza dei risultati degli interventi e delle attività mediche è spesso scarsa perché non esistono studi clinici sull'efficacia e/o non esistono precise misure di efficacia.

Erroneamente si ritiene che tutte le innovazioni e le nuove tecnologie mediche aumentino i costi. Al contrario, alcune nuove tecnologie hanno un effetto contrario sui costi. La somministrazione di alcuni farmaci ha dimostrato, ad esempio, di essere meno costosa e ugualmente efficace se comparata all'intervento chirurgico che aveva sostituito. Se, da una parte, molte delle recenti innovazioni tecnologiche in campo medico hanno fatto lievitare i costi e la domanda di assistenza sanitaria, dall'altra hanno anche aumentato la probabilità, per lo Stato, di ricevere maggiori contributi dai cittadini grazie ad una maggiore speranza di vita e ad una maggiore autosufficienza.

Durante gli ultimi anni la struttura di offerta sanitaria a scopo di lucro è cresciuta rapidamente rispetto a quella senza scopo di lucro. Gli ospedali, la ricerca medica e le organizzazioni per i servizi e le prestazioni sanitarie prepagate hanno beneficiato degli investimenti fatti da coloro che cercavano il profitto. Probabilmente lo sviluppo più interessante è quello relativo alle PPO (Prepaid Provider Organization) che nasce dalla ricerca dei datori di lavoro di contenere il livello dei premi assicurativi e dalla pressione competitiva creata dall'aumento del numero di medici pro-capite. Come i più comuni HMO (Health Maintenance Organization) le PPO negoziano l'ammontare globale che deve essere pagato da ciascun associato per un anno prescindendo dal numero di servizi e/o prestazioni sanitarie utilizzate. Il numero di medici all'interno delle PPO è generalmente maggiore rispetto a quello delle HMO. Sebbene entrambe le istituzioni permettano di definire in anticipo il budget annuale, le PPO garantiscono l'accesso a un numero maggiore di prestazioni mediche senza l'aggiunta di altri costi. La loro crescita permette a molti datori di lavoro di offrire ai propri impiegati molte opzioni in aggiunta alla tradizionale assicurazione sanitaria.

Il programma del governo federale, Medicare, che garantisce l'accesso gratuito ai servizi sanitari agli anziani ha seri problemi di finanziamento. I costi di Medicaid che garantisce l'assistenza sanitaria agli indigenti sono stati, invece, contenuti. Questo si è verificato perché le rigide regole di eleggibilità, la partecipazione alle spese sanitarie da parte dei pazienti e le varie restrizioni sull'erogazione dei servizi sanitari ha influenzato l'atteggiamento degli utenti. Recentemente si è riconosciuto che un consumatore informato è una condizione necessaria per contenere i costi dell'assistenza sanitaria e per aumentare o mantenere la qualità. La comparazione dei prezzi dei diversi fornitori/erogatori dell'assistenza sanitaria è diventata necessaria. Le coalizioni tra i datori di lavoro, gli utenti e altre categorie socio-professionali hanno aiutato a raccogliere e a pubblicare i dati sui prezzi e sulle pratiche mediche degli ospedali, delle organizzazioni per i servizi e le prestazioni prepagate, dei medici e delle assicurazioni.

Sebbene alcuni dettagli siano cambiati dalla pubblicazione, i problemi di fondo trattati da questo libro rimangono gli stessi, soprattutto per quanto riguarda il finanziamento dell'assistenza sanitaria alla popolazione anziana in continua crescita. L'autore non propone di sviluppare un nuovo programma per i poveri ma sostiene che bisogna continuare a supportare Medicaid, perché Medicaid e il sistema di mercato non sono tra loro alternativi.

Inoltre, i consumatori hanno bisogno di essere più informati circa l'assistenza sanitaria per poter fare delle scelte migliori. Questa soluzione di lungo termine per il raggiungimento di un contenimento dei costi è diventata sempre più popolare, soprattutto tra i datori di lavoro.

Questi sono i temi principali trattati in questo libro che si prefigge di informare

i cittadini che non conoscono la teoria economica e la teoria politica circa il mercato dell'assistenza sanitaria. Per questo motivo la lettura del testo è semplice e nessuna parte del libro sembra essere così rigidamente formalizzata da impedire ai non-economisti la comprensione. La vastissima bibliografia riportata dall'autore è un'ottima guida per il lettore interessato all'approfondimento di alcuni temi specifici.

Alistair McGuire, Paul Fenn and Ken Mayhew

**Providing Health Care:  
the Economics  
of Alternative Systems  
of Finance  
and Delivery,**

Oxford University  
Press, 1991

Numerosi Paesi europei, tra cui l'Olanda, la Spagna, la Svezia e il Regno Unito, stanno riformando o stanno considerando di cambiare il loro sistema sanitario con lo scopo di contenere i costi e, si spera, di migliorare il livello di efficienza. Altri Paesi, tra cui gli Stati Uniti, sono sempre più interessati alla quota del PIL devoluta all'assistenza sanitaria.

Sin dall'inizio il NHS è stato oggetto di analisi critiche. L'aumento dei costi stimolò un'inchiesta governamentale nei primi anni '50 presieduta dall'economista Guillebaud. Le critiche sulla struttura del NHS avevano evidenziato che la struttura integrata della sanità e il fatto che il consumo fosse libero stava portando ad un aumento delle pressioni da parte della domanda. Gli argomenti della relazione della Commissione di Guillebaud hanno una straordinaria eco nel dibattito attuale.

In primo luogo ci sono ancora delle controversie circa i costi del NHS anche se gli argomenti sono oggi più articolati.

In secondo luogo al centro del dibattito c'è ora la struttura del NHS. Più in particolare, l'accento è stato messo sull'amministrazione e sulla gestione del sistema e sulla mancanza percepita di un sistema incentivante.

Il problema fondamentale non è cambiato — qual è il giusto livello della spesa sanitaria per un Paese? Non esistono risposte semplici a questa domanda. La principale causa risiede nel fatto che non si possiede un'unica e semplice misura di valutazione dell'output. Anche se si potesse misurare adeguatamente l'output, ci si troverebbe ancora di fronte al problema di definire qual è il livello efficiente di erogazione dell'assistenza sanitaria. Dato che le risorse sono scarse questo induce inevitabilmente a sacrificare parte della domanda. Ciò porta a considerare il problema di chi deve o di chi non deve ricevere assistenza sanitaria. Se si accetta che l'erogazione dell'assistenza sanitaria non può essere lasciata al libero mercato, allora la scelta dell'istituzione di erogazione diventa importante.

L'attuale riforma del sistema sanitario del Regno Unito punta all'assicurazione sanitaria pubblica per intensificare la competizione della struttura d'offerta. Nel Regno Unito, ad esempio, la competizione sarà vincolata per due motivi principali.

Primo, le spese complessive saranno definite dagli obiettivi della finanza pubblica. E la riforma non sarà una soluzione a questo problema.

Secondo, la competizione si basa sull'evidenza di appropriati meccanismi incentivanti e su un'appropriata informazione che si spera la struttura riformata del NHS possa fornire.

In un sistema di concorrenza perfetta, i prezzi forniscono informazioni che in un sistema dove è presente una « terza parte » gli assicuratori pubblici non permettono. In altre parole, dati i limiti istituzionali all'interno dei quali la competizione deve operare non è necessariamente detto che prevarrà l'efficienza. Così, la scelta tra l'erogazione dell'assistenza sanitaria tramite il sistema assicurativo e quella diretta dovrà essere valutata insieme ai relativi costi e benefici. Qualsiasi forma di sistema sanitario sarà scelta dipenderà da questi costi e da questi benefici e da quali obiettivi si vogliono privilegiare.

Questo libro cerca di fornire una prospettiva di analisi tramite la quale la scelta delle modalità organizzative, se non dell'obiettivo, potrà essere valutata. Il primo capitolo di McGuire, Fenn e Mayhew, discute delle diverse modalità di erogazione dell'assi-

stenza sanitaria e dell'assicurazione sanitaria nel contesto dell'efficienza e dell'equità. È in questo quadro generale che gli autori giudicano la riforma del NHS.

Gli altri capitoli del libro esplorano un'ampia varietà di temi già accennati sopra. Besley analizza l'assicurazione sanitaria. Culyer studia le misure dell'output all'interno delle quali definisce un approccio economico da tipico sostenitore dello stato assistenziale. L'approccio di Culyer porta a più ampie considerazioni sullo stato assistenziale rispetto al più limitato approccio tradizionale che si basava semplicemente sulla « disponibilità a pagare ». Anche Drummond studia la misura dell'output nel settore sanitario concentrandosi sull'analisi dei QALY's. Mooney e Olsen approcciano questo tema portandosi un po' più in là e sostengono che i QALY's sono stati caricati di significati non sempre rispondenti alla realtà. Bisogna sottolineare, infatti, che i QALY's si limitano a ponderare le classiche misure dell'output con la qualità della vita. Gli autori sostengono che i QALY's non tengono in alcuna considerazione altri valori nelle funzioni di utilità — come quelli relativi all'altruismo — poiché sono collegati solo con l'efficienza e non con l'equità.

Altri quattro capitoli del libro analizzano i problemi concettuali e pratici che discendono dalla comparazione internazionale dei sistemi sanitari. Parkin discute dei problemi empirici e teorici che nascono dalla coerente comparazione degli input, delle prestazioni e degli output. Wagstaff, Doorslaer e Paci si interessano di come comparare l'equità tra i diversi Paesi sia per quanto riguarda l'erogazione che il finanziamento dell'assistenza sanitaria, concentrandosi principalmente sugli Stati Uniti, il Regno Unito, l'Olanda e l'Italia. Quam valuta l'esperienza americana rispetto a un particolare fenomeno istituzionale — le organizzazioni di tutela della salute (HMO). Anche Schefler e Nauenberg concentrano il loro lavoro sugli Stati Uniti domandandosi se il Regno Unito può imparare qualcosa o no dall'accresciuta competizione testimoniata in USA tra i fornitori di assistenza sanitaria. In ultimo, Gray fa un resoconto del sistema sanitario del Regno Unito prima della seconda guerra mondiale e compara l'attuale NHS e le riforme proposte con questo ricordo storico.

I brani di questo libro non danno alcuna risposta alla domanda « Qual è il giusto livello di spesa sanitaria? » In verità non esistono delle risposte semplici. Tuttavia, i saggi illustrano il perché di queste difficoltà e dimostrano che le riforme istituzionali non rappresentano sempre la soluzione ottimale a tutti i problemi.

Anche il libro di McGuire, di Fenn e di Mayhew non è quello che abbiamo definito un manuale introduttivo di economia sanitaria. Scopo del libro non è infatti quello di introdurre i principi della disciplina ma di valutare dalle diverse angolazioni possibili il problema della scarsità delle risorse nel National Health Service e nei sistemi sanitari in generale.

## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

A. MARTIN - V. GHETTI

**La formazione  
del medico  
in Italia oggi**

Franco Angeli, 1993

*Il problema della formazione del medico è oggi in Italia in piena evoluzione. Dall'apparente disinteresse durato fino ad una ventina di anni fa, si è infatti passati — anche sotto lo stimolo delle direttive comunitarie — ad un fervore di riflessioni di valutazioni e di misure che stanno sostanzialmente modificando gli obiettivi, i contenuti ed i metodi del processo educativo. Questo volume ne tenta una sintesi che delinea i più significativi aspetti del cambiamento in atto e si rivolge a quanti, a qualsiasi titolo, fanno parte del mondo della formazione del medico e, in particolare, ai docenti e agli studenti della Facoltà di Medicina, ai medici di Medicina Generale, agli specialisti, ai responsabili della formazione permanente, ai primari ed ai medici degli ospedali di insegnamento nonché ai membri di società medico-scientifiche.*

*Il libro affronta gli argomenti di maggior attualità che vanno dall'umanizzazione alla riorganizzazione strutturale, della pianificazione produttiva al controllo dei costi, della razionalizzazione del finanziamento alla progettazione del sistema informativo, alla qualità totale. L'autore raccoglie e sviluppa in questo testo i concetti chiave del suo pensiero: il paziente come « core » del sistema, da atto medico a processo di cura, da strutture divisionali a modulari, dall'organizzazione verticale alle product lines, controllo di processo on line e information technology, dai case mix al case management, superamento del DRG — dal Diagnosis Related Groups al Process Related Groups — dal Cost accounting al Cost management, dal VRQ al Total Quality Management, Activity based costing, just in time, process owner, audit, layout, lead time, set up, push, pull, ecc.*

C. RUTA

**Sanità  
e management**

Etaslibri, 1993  
L. 35.000

V. GHETTI (a cura di)

**Nuove tendenze  
nella formazione  
del medico**

Franco Angeli, 1993

*Benché le risorse tecnologiche disponibili per la prevenzione, le cure mediche e la riabilitazione non siano mai state come oggi disponibili ed efficaci, si sta manifestando (almeno in gran parte della popolazione) sia nel mondo occidentale che nei Paesi in via di sviluppo, un crescente e ingiustificato divario tra le attuali possibilità della medicina ed i servizi ad essa forniti. Sebbene siano numerose le cause per spiegare questo divario, una delle più condivise è quella riguardante le modalità con le quali i medici vengono preparati al principale ruolo che ad essi compete, cioè quello di soddisfare i fondamentali bisogni di salute della società. Questo volume mette in evidenza i limiti e le resistenze del tradizionale sistema di formazione universitaria del medico e propone, sulla base di esperienze vissute, nuovi modi di progettare la formazione e nuovi rapporti tra docenti e discenti.*

A. DELL'ERBA  
V. FINESCHI

**La tutela  
della salute**

Giuffrè editore, 1993  
pagg. 150 - L. 16.000

*Il binomio eticità-qualità della prestazione è destinato a crescere scardinando gli archetipi dell'operato medico considerato nel quadro del S.s.n.*

*Ed è per questi motivi che la corrente preoccupazione fra gli operatori è comprensibile, realistica e meritevole di pubblica attenzione. I valori tradizionali e la morale medica classica, al pari dello stereotipo del paziente, sono stati insidiati, i principi che hanno reso forte l'educazione medica all'autorità e al paternalismo sono stati sfidati, le responsabilità legali dei medici sono aumentate, e il medico e il paziente si trovano adesso di fronte, ad armi pari, a conflitti di interessi che non verranno facilmente risolti nel trend di un progressivo, finora inarrestabile, aumento dei costi correlati all'assistenza sanitaria.*

*Lo studio e la diagnosi della configurazione organizzativa di un servizio sanitario (dal reparto ospedaliero alla divisione, dall'ambulatorio al consultorio e così via), e i successivi interventi ideati per correggerlo e adeguarlo costantemente e dinamicamente agli obiettivi di salute, sono sempre più elemento cruciale e fattore vincente per migliorare la produttività sociale dell'intero sistema sanitario nazionale e per dare nuovo fondamento alle professioni socio-sanitarie, mediche e infermieristiche. Questo libro vuole essere una proposta operativa, un tentativo di leggere, capire, interpretare e modificare un sistema organizzato. Attraverso un percorso che ridiscute e rivisita i concetti fondamentali di salute, bisogno, domanda, complessità, viene proposto al lettore un modello aperto di analisi che trae fondamento scientifico dalla teoria dei sistemi applicata all'organizzazione del lavoro.*

S. CORAGLIA  
B. SARENA

**Professioni  
infermieristiche  
e lavoro organizzato**

La Nuova Italia  
Scientifica

ISTITUTI DI STUDI  
SULLE REGIONI - CNR

**Osservatorio  
finanziario  
regionale / 13**

Franco Angeli, 1993  
pagg. 337 - L. 60.000

*L'« Osservatorio finanziario regionale » è una pubblicazione periodica, prevalentemente statistica, curata dall'Istituto di studi sulle Regioni del Consiglio nazionale delle ricerche. Oggetto del volume sono i bilanci di previsione delle Regioni e i rendiconti delle Unità sanitarie locali. Unico nel suo genere, rappresenta un utile strumento informativo per organi istituzionali, università, istituti di ricerca e amministrazioni pubbliche. Il volume è articolato in due sezioni riguardanti rispettivamente la finanza delle Regioni e la finanza delle Unità sanitarie locali. Obiettivo dell'« Osservatorio finanziario regionale » è di costruire, con riferimento alle amministrazioni sub-centrali prese in esame, una base di dati omogenea, regolarmente aggiornata, coerente con precise ipotesi di ricerca.*

## SPOGLIO RIVISTE

### Struttura e organizzazione dei sistemi sanitari

MULLER ANDREAS

*Medicare Prospective Payment Reforms and Hospital Utilization: Temporary or Lasting Effects?*  
Medical Care, 1993, 31(4): 296-308

BULL ADRIAN R.

*Difficult Choices in Health Care*  
Journal of Management in Medicine, 1993, 7(1): 64-67

SALMELA REIJO

*Regional inequalities in health and health care in Finland and Norway*  
Health Policy, 1993, 24(1): 83-94

PACKARD NANCY J.

*The price of choice: Managed care in America*  
Nursing Administration Quarterly, 1993, 17(3): 8-15

BHAT RAMESH

*The private/public mix in health care in India*  
Health Policy and Planning, 1993, 8(1): 43-56

ALLUKIAN M.

*Forging the Future: The Public Health Imperative*  
American Journal of Public Health, 1993, 83(5): 655-660

*South Africa's health service after 1994*

The Lancet, 1993, 341(8859): 1508

WELLSTONE P.D., SHAFFER E.R.

*The American Health Security Act. A single payer proposal*  
The New England Journal of Medicine, 1993, 328(20): 1489-1493

BRUIJN M., KIRKMAN-LIFF L.

*Professional Autonomy and Managed Care in Duct Health Centres: Stakeholders' Perceptions of a Strategic Option*  
Health Planning and Management, 1992, 7(4): 247-270

*Soggetti assistiti, livelli uniformi di assistenza sanitaria e standard di organizzazione e di attività del Servizio sanitario nazionale secondo la bozza di decreto ministeriale del 9 gennaio 1992: l'assistenza ospedaliera.*

Quaderni della Ricerca sui Servizi sanitari, Università degli studi di Roma « Tor Vergata » Facoltà di Medicina e Chirurgia, novembre 1992

DE LEW N., GREENBERG G., KINCHEN K.

*A layman's guide to the U.S. health care system*  
Health Care Financing, 1992, 14(1): 151-170

LANIER J.O., BOONE C.

*Restructuring Military Health Care: the Winds of Change Blow Stronger*  
Hospital & Health Services Administration, 1993, 38(1): 121-132

REEVES PHILIP

*Issues Management: The Other Side of Strategic Planning*  
Hospital & Health Services Administration, 1993, 38(2): 229-241

### Valutazione economica delle attività sanitarie

NORD ERIK

*Unjustified use of the Quality of Well-Being scale in priority setting in Oregon*  
Health Policy, 1993, 24(1): 45-53

TOLLEY K., GYLDMARK M.

*The treatment and care costs of people with HIV infection or AIDS: development of a standardised cost framework for Europe*  
Health Policy, 1993, 24(1): 55-70

McNALLY M.A., MOLLAN R.A., BUXTON M.J.

*Reducing the Cost of Post-operative Deep Venous Thrombosis*  
Journal of Management in Medicine, 1993, 7(1): 22-28

VAN HOUT B., BONSEL G., HABBEMA D., VAN DER MAAS P., CHARRO F.

*Hearth transplantation in the Netherlands; costs, effects and scenarios*  
Journal of Health Economics, 1993, 12(1): 73-93

RYAN B.J., KRENTZ E.S., HOROWITZ J.L.

*Financial analysis of medical staff development plans*  
Topics in Health Care Financing, 1993, 19(3): 1-7

- KOLB D.S., HUGHES L.R., YOUNG E.C.  
*Economic credentialing*  
Topics in Health Care Financing, 1993, 19(3): 58-66
- FEDERA D.R., KETCHAM J.S.  
*The valuation of medical practices*  
Topics in Health Care Financing, 1993, 19(3): 67-75
- JOHNSON B.R., BENSON J., BRADLEY J., ORDONES A.  
*Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico*  
Social Science & Medicine, 1993, 36(11): 1443-1453
- WEINTRAUB J.A., STEARNS S.C., BURT A.B., BELTRAN E., EKLUND S.A.  
*A retrospective analysis of the cost-effectiveness of dental sealants in a children's health center*  
Social Science & Medicine, 1993, 36(11): 1483-1493
- KAY M., DE ZAPIEN G., WILSON C., YODER M.  
*Evaluating Treatment Efficacy by Triangulation*  
Social Science & Medicine, 1993, 36(12): 1545-1554
- DURAND-ZALESKI I., REIZINE D., PUZIN D., MERLAND J.J., BOISGARD B.C.  
*Economic Assessment of Magnetic Resonance Imaging for Impatients: is it Still too Early?*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 1993, 9(2): 263-273
- KESTELOOT K., DUTREIX A., VAN DER SCHUEREN E.  
*Quality Assurance Procedures in Radiotherapy: Economic Criteria to Support Decision Making*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 1993, 9(2): 274-285
- DRUMMOND M., BRANDT A., LUCE B., ROVIRA J.  
*Standardizing Methodologies for Economic Evaluation in Health Care: Practice, Problem, and Potential International*  
Journal of Technology Assessment in Health Care, 1993, 9(1): 26-36
- NORD ERIK  
*Toward Quality Assurance in QALY Calculations*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 1993, 9(1): 37-45
- HORNEBERGER J.C., BARBER A.M., CHERNER M.E.  
*Is high-flux dialysis cost-effective?*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 1993, 9(1): 85-96
- ODDONE E.Z.,  
COWPER P.A., HAMILTON D.J., FEUSSNER R.J.  
*A cost-effectiveness analysis of Hepatitis B vaccine in predialysis patients*  
Health Services Research, 1993, 28(1): 97-121
- GRENIER BERNARD  
*Evaluation d'une decision par le rapport benefice/cout en fonction de son utilite*  
Journal d'Economie Medicale, 1993, 11(1): 19-32
- ROBINE J., MATHERS C., BUCQUET D.  
*Distinguishing Health Expectancies and Health-Adjusted Life Expectancies from Quality-Adjusted Life Years*  
American Journal of Public Health, 1993, 83(6): 797-798
- BROWNE G., ARPIN K., COREY P., FITCH M., GAFNI A.  
*Individual Correlats of Health Services Utilization and the Cost of Poor Adjustment to Chronic Illness*  
Medical Care, 1990, 28(1): 43-58
- CAIRNS J., SHACKLEY P.  
*Sometimes Sensitive, Seldom Specific: a Review of the Economics of Screening*  
Health Economics, 1993, 2(1): 43-54
- TORGESON D., DONALDSON C., GARTON M., REID D., RUSSELL I.  
*Recruitment Methods for Screening Programmes: the Price of High Compliance*  
Health Economics, 1993, 2(1): 55-58
- GERARD K., MOONEY G.  
*QALY League Tables: Handle with Care*  
Health Economics, 1993, 2(1): 59-64
- Gestione dei servizi sanitari**
- ASKEW I., TAPSOBA P., OUDEDRAGO Y., VIADRO C., SEBGO P.  
*Quality of care in family planning programmes: a rapid assessment in Burkina Faso*  
Health Policy and Planning, 1993, 8(1): 19-32
- SCHWEIKHART S.B., STRASSER S., KENNEDY M.  
*Service Recovery in Health Services Organizations*  
Hospital & Health Services Administration, 1993 38(1): 3-21
- HUDAK P.R., BROOKE P.P.  
*Health Care Administration in the Year 2000: Practitioners' Views of Future Issues and Job Requirements*  
Hospital & Health Services Administration, 1993, 38(2): 181-195
- GENTILI GILBERTO  
*Necessità e problemi nella gestione di un servizio di assistenza domiciliare*  
The Practitioner, 1993, 177: 15-16
- Assistenza farmaceutica**
- DE GIOVANNI A., LO GIUDICE P.  
*Prescrizioni e spesa farmaceutica*  
Prospettive sociali e sanitarie, 1993, 9: 4-6

# TESI DI LAUREA

*Tesi di laurea presentata all'Università degli Studi di Torino, Facoltà Economia e Commercio. Corso di laurea in Economia Applicata. A.A. 1991/92. Relatore: Mario Deaglio*

## **“ASPETTI ECONOMICI DELL'AIDS: SPEDALIZZAZIONE IN UN REPARTO DI DAY HOSPITAL”**

**di Paola Bruschi**

Il problema dell'AIDS è stato affrontato in questo studio analizzando una struttura di day hospital per la cura e l'assistenza dei pazienti affetti da AIDS.

La difficoltà maggiore è stata quella di valutare una struttura di spedalizzazione diurna, per alcuni aspetti ancora in fase sperimentale, per affrontare una malattia diffusasi in tempi brevissimi e con ancora molti punti oscuri e zone d'ombra.

Proprio le difficoltà che ancora si riscontrano nell'affrontare il morbo, rendono necessario lo studio di un tipo di organizzazione ottimale per l'assistenza ai malati. Molte ricerche hanno evidenziato una tendenza a favore di un'assistenza nel sociale e con tempi minimi di ricovero ospedaliero considerando la spedalizzazione diurna come probabile alternativa alla cura dei pazienti affetti da AIDS.

Il *day hospital* viene definito come « una formula originale di osservazione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione che si differenzia dalle prestazioni ambulatoriali per la maggior durata e per la contemporaneità e complessità delle prestazioni fornite, e si differenzia altresì dal tradizionale ricovero per la durata minore, per l'assenza di pernottamento e la concentrazione in sequenze ravvicinate di atti, specie diagnostici, che durante il ricovero ordinario sono di norma diluiti in sequenze distanziate » (prof. E. Guzzanti).

Lo studio è stato condotto con riferimento ad un reparto di day hospital già funzionante di un ospedale di Torino che si affianca ai reparti di spedalizzazione tradizionale. La divisione « B » dell'ospedale Amedeo di Savoia (primario dott.ssa M. Luisa Soranzo) ha fornito i dati relativi ai 51 pazienti presi in considerazione, che risultano essere tutti coloro che presentano una diagnosi di AIDS ed hanno usufruito della divisione « B » del reparto di day hospital nell'arco del 1991.

Dalle cartelle cliniche dei pazienti considerati sono stati elevati i dati anagrafici, i dati relativi al numero di ingressi in day hospital effettuati nell'anno e le informazioni relative ai farmaci somministrati e alle indagini diagnostiche eseguite per ogni ricovero in spedalizzazione diurna. Per quanto riguarda i prezzi dei farmaci e delle analisi si sono utilizzati rispettivamente i dati forniti dalla farmacia dell'ospedale e quelli ricavati dal « nomenclatore tariffario » predisposto dal Ministero della sanità.



Il materiale così raccolto è stato archiviato ed elaborato mediante un programma appositamente scritto in « DB3 PLUS ».

I 51 pazienti considerati hanno in media usufruito, nel 1991, di 18 ingressi in day hospital con un *tempo medio di assistenza* (tempo intercorrente tra il primo ingresso e l'ultimo dell'anno) pari a 185 giorni compresi 20 giorni di degenza in reparti tradizionali.

I risultati relativi ai costi per l'assistenza in day hospital hanno evidenziato una spesa media annua per paziente pari a circa 7.000.000 di lire.

Per considerare un costo *totale* annuo pro-capite di assistenza dei pazienti affetti da AIDS è necessario considerare anche il costo sostenuto per i periodi di ricovero tradizionale. Tale costo è risultato essere, da uno studio condotto con la stessa metodologia, di circa 14.000.000 di lire.

Il costo di ogni giornata di degenza in regime di day hospital è risultato essere pari a 372.000 lire, mentre quello relativo al reparto tradizionale dello stesso ospedale, è pari a circa 330.000 lire.

Un tale risultato porta a diverse considerazioni sui vantaggi economici e gestionali di una struttura di spedalizzazione diurna per la cura dei soggetti affetti da AIDS: la maggior spesa sostenuta per ogni giornata di degenza è da attribuire al maggior numero di prestazioni erogate in una giornata di ricovero. La concentrazione delle sequenze di atti, come evidenzia la definizione di day hospital considerata, che in regime di ricovero tradizionale sono diluiti in più giorni di ricovero, è resa possibile dalle caratteristiche stesse del day hospital che consente una maggiore programmazione degli ingressi e la gestione contemporanea di più soggetti oltre alla possibilità di seguire il paziente per l'intero decorso della malattia. Perché la struttura abbia queste caratteristiche è però necessario un sistema di gestione che permetta la raccolta dei dati relativi all'intero funzionamento del reparto e che ne consenta il controllo e la veloce elaborazione, per rendere disponibili in ogni momento le informazioni necessarie ad ottimizzare l'attività di day hospital.

La spedalizzazione diurna rimane comunque una struttura complementare a quella tradizionale e non è quindi possibile quantificare con precisione i probabili vantaggi economici dati dall'esistenza di reparti di day hospital per l'assistenza dei soggetti affetti da AIDS. L'unica considerazione possibile è relativa all'ipotesi che in assenza di day hospital la struttura ospedaliera potrebbe far fronte alle esigenze di ricovero con gli stessi criteri con i quali fornisce la normale assistenza e in tale caso si calcola che i costi da sostenere sarebbero superiori. Sarebbe invece più difficile ipotizzare di riorganizzare un reparto ospedaliero tradizionale con gli stessi criteri utilizzati per il day-hospital considerando che la degenza tradizionale non è interamente sostituibile con quella di day hospital.

*Tesi di laurea presentata all'Università degli Studi di Torino, Facoltà Economia e Commercio. Corso di laurea in Economia Applicata. A.A. 1991/92. Relatore: Mario Deaglio*

## **“ASPETTI ECONOMICI DELL'AIDS: SPEDALIZZAZIONE IN UN REPARTO PER MALATTIE INFETTIVE”**

**di Paola Alaria**

Il fenomeno AIDS ha mostrato, fino agli anni '82/'83 un tasso di crescita assai preoccupante con punte, in Italia, intorno al 400% annuo; più di recente tali cifre si sono ridimensionate e, mentre nel resto del mondo si registra addirittura un decremento di casi di malattia, in Italia per gli anni '89 e '90 l'incremento è sceso rispettivamente a circa il 30 e il 10%.

In valore assoluto, comunque, le cifre sono di notevole entità: i casi di AIDS registrati in Italia fino al dicembre '91 sono stati 11.609, dei quali 3.629 in Lombardia,

1.505 nel Lazio, 1.169 in Emilia-Romagna, 831 in Piemonte. Considerando il tasso di incidenza su 100 mila abitanti il primato resta alla Lombardia con un tasso pari a 40,8.

Nell'affrontare un problema tanto grave e di così vaste dimensioni, ci si deve porre di fronte a molto quesiti: di tipo medico e sanitario/assistenziale innanzitutto, ma senza prescindere dall'aspetto economico che, a ben guardare, è la base della predisposizione e dello sviluppo di ogni tipo di provvedimento.

Il primo passo da compiere in questa direzione è la determinazione della spesa necessaria per la cura di un paziente affetto da AIDS, e tale è stato lo scopo del lavoro qui di seguito illustrato. Non si ha la pretesa di fornire dei risultati esatti, poiché esistono approssimazioni e possibili elementi di imprecisione, ma semplicemente un plausibile ordine di grandezza.

La ricerca è stata svolta presso la divisione B dell'ospedale Amedeo di Savoia di Torino, diretta dalla dott.ssa M. L. Soranzo, specializzato per il trattamento delle malattie infettive, ed articolata su di un campione composto da 41 pazienti, tutti in fase di AIDS conclamata, i quali, globalmente, hanno svolto, nel corso del 1991, 83 ricoveri.

I dati relativi a tali pazienti (numero di indagini di laboratorio e strumentali e quantità somministrate di ogni farmaco), distintamente per ogni paziente e per ogni ricovero, sono stati reperiti mediante l'analisi delle cartelle cliniche.

In un secondo tempo si è messa a punto su personal computer una procedura che ha permesso l'archiviazione dei dati suddetti e le successive elaborazioni.

Nella determinazione del costo totale si sono inclusi:

— Costi per analisi, la cui fonte è stata il nomenclatore-tariffario, allegato al decreto del Ministero della sanità, che prevede il prezzo di ogni possibile prestazione medica. Il costo medio per giornata di degenza di un paziente ricoverato per AIDS è risultato pari a circa 45.000 lire.

Occorre puntualizzare che non sono noti i criteri di determinazioni delle voci del tariffario e che presumibilmente esse non sempre rispecchiano il costo reale della prestazione.

Ciò si è dimostrato procedendo, nel corso della ricerca, alla determinazione del costo effettivo di un particolare tipo di indagine strumentale, la scintigrafia cerebrale. Tenendo conto dell'ammortamento dei macchinari utilizzati, del costo delle sostanze impiegate e del tempo che un medico e un tecnico di laboratorio devono dedicare allo svolgimento dell'analisi, si è giunti ad individuare un costo per esame di circa 530.000 lire, molto maggiore delle 230.000 riportate dal tariffario. Si tratta probabilmente di un caso limite, ma è possibile ipotizzare che un tale tipo di ricerca, svolta determinando analiticamente i costi di ogni analisi, potrebbe condurre a risultati significativamente diversi.

— Costi per farmaci, i cui prezzi unitari sono stati forniti dalla farmacia dell'ospedale. La spesa media giornaliera per un paziente affetto da AIDS si è stimata di circa 93.000 lire.

A tali voci andrebbero ancora sommati i costi cosiddetti « alberghieri », composti dai costi del personale e dai costi di struttura ospedaliera.

Secondo uno studio svolto nel 1985 presso un altro ospedale, aggiornato in modo tale da tenere conto dell'inflazione intercorsa tra quell'anno e il 1991, tali costi ammonterebbero a 192.000 lire giornaliere.

Dunque, sommando le cifre appena indicate si determina il costo medio totale giornaliero, pari circa a 330.000 lire.

Poiché la degenza media calcolata sui 41 pazienti che compongono il campione è risultata essere di 21,03 giorni per ogni ricovero e il numero medio di ricoveri per paziente all'anno pari a 2, si è stimato il costo medio annuo, di poco inferiore ai 14 milioni di lire. È da sottolineare il fatto che tale costo può ben rappresentare il

costo del trattamento dell'intero periodo di sopravvivenza del paziente dal momento della diagnosi di AIDS conclamato, poiché tale periodo, sempre in riferimento al campione, è di 11 mesi e 21 giorni.

Un secondo tipo di elaborazione è stata svolta tenendo conto soltanto dei costi analiticamente determinati, cioè, oltre a quelli per analisi e per farmaci, di quelli per il personale. Questi ultimi sono stati calcolati sulla base dei dati forniti dalla direzione sanitaria dell'ospedale, dopo aver premesso due ipotesi semplificatrici: che il personale non avesse svolto nessuna attività al di fuori del reparto, così che il costo potesse essere imputato globalmente al reparto stesso, e che i pazienti ricoverati per AIDS non richiedessero un maggior tempo di assistenza rispetto ad altri pazienti.

Ferme restando tali premesse, si potrebbe supporre di dividere il costo totale del personale relativo al 1991, pari a 783.600.000 lire per il numero totale di giornate di degenza offerte (6.283), ottenendo un costo medio giornaliero di 124.000 lire.

Il costo totale, comprensivo quindi di costi per analisi e per farmaci, risulterebbe pari a 260.000 lire circa giornaliera. Si tratta di una stima naturalmente inferiore alla precedente, poiché non comprende i costi di struttura ospedaliera.

È impossibile, purtroppo, valutare l'attendibilità di questi risultati confrontandoli con quelli ottenuti in altri studi, in quanto essi sono svolti seguendo criteri diversi. Spesso, inoltre, si riferiscono ad altri paesi nei quali esistono realtà, dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, molto diverse da quella italiana e quindi già di per sé poco confrontabili.

# Novità editoriale

# RAGIUSAN LAZIO

## **RAGIUSAN LAZIO**

assicura in linea con la legge n. 241/90 sulla « trasparenza »:

- \* informazione giuridica
- \* informazione motivata
- \* informazione tempestiva

## **RAGIUSAN LAZIO**

è indice di garanzia di sicuro aggiornamento

Caratteristiche editoriali:

- \* è un supplemento a **RAGIUSAN Rassegna giuridica della sanità**
- \* esce a completamento del sedicesimo di testo
- \* è spedito in abbonamento postale gruppo III-70% e/o via fax
- \* il costo dell'abbonamento annuo solare è di L. 100.000
- \* il rimborso forfettario spese telefoniche, per l'invio tramite fax è di L. 150.000

*Il supplemento **RAGIUSAN LAZIO** conterà di almeno 24 numeri l'anno, da sistemare in biblioteca, pronti per la consultazione ed a fine anno, per la rilegatura*

**COSTO DELL'ABBONAMENTO 1993: L. 100.000** + L. 150.000 in caso di invio anche per fax

Programma abbonamento 1993

Spediz. in abb. postale - Gr. III/70%

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

## **RAGIUSAN LAZIO**

**Rassegna Giuridica della Sanità**

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

- A tal uopo:
  - Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**
  - Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**, come da ricevuta allegata
  - Chiedo l'invio anticipato mediante fax al n. ....

Barrare la casella che interessa

..... li .....

Codice fiscale .....

Partita IVA .....

FIRMA E TIMBRO .....

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