

Comitato scientifico

Emidio Di Giambattista (coordinatore)

Procuratore generale della Corte dei conti

Luca Anselmi

Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Elio Borgonovi

Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche
Università Bocconi di Milano

Sabino Cassese

Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini

Ordinario di economia - Università di Torino

Antonio Pedone

Ordinario di scienze delle finanze
Università La Sapienza di Roma

Fabio Roversi Monaco

Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia

Direttore generale - Azienda osped. S. Giovanni - Roma

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi

Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

Franco Sassi

Coordinatore generale

Redattori capi sezione

Giorgio Fiorentini

Marco Meneguzzo

Antonello Zangrandi

Francesco Zavattaro

Redattori

Federica Bandini

Giorgio Casati

Mario Del Vecchio

Giovanni Fattore

Andrea Garlatti

Alessandra Massei

Corrispondenti esteri

Michael Schofield (Manchester)

Gustav Schacter (Boston)

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77

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

Redazione

20136 MILANO - Via Balilla, 18

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

Pubblicazione

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


— registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1982

— fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.

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

— spedita in abbonamento postale 50% - Aut. P.T. Roma

— prezzo di una copia: L. 60.000

— associata all' 

MECOSAN

Italian Quarterly of Health

Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 **Il modello di finanziamento nella transizione verso le aziende sanitarie**
Sez. 1^a - **Saggi e ricerche**
- 8 **Studi economici sulle riviste mediche, è tempo di pensare a linee guida**
di Tomas Jefferson, Vittorio Demicheli
- 13 **Analisi costi-efficacia del trattamento e della prevenzione con aspirina in pazienti con sospetto infarto miocardico acuto e ad alto rischio di incidenti vascolari**
di Giovanni Fattore
- 26 **Sistemi informativi psichiatrici ed organizzazione dei servizi**
di Luigi Ferrari
Sez. 2^a - **Documenti e commenti**
- 44 **Contabilità e responsabilizzazione economica nelle aziende sanitarie in Emilia-Romagna**
di Paola Bardasi, Elena Roversi
- 48 **Il contratto di comodato negli enti sanitari**
di Giuseppe Molignini
- 50 **FORUM. Politiche editoriali per la valutazione economica: un passo avanti, due passi indietro?**
- 50 **I. Non solo conflitto di interesse**
di Franco Sassi
- 54 **II. Una politica utile, ma insufficiente**
di Alessandro Liberati
- 57 **III. Una risposta ai cambiamenti della sanità**
di Severino Sterpi
- 59 **IV. Gli interessi fanno parte del gioco**
di Ermanno Attanasio
- 61 **V. Non servono consorzi di aziende**
di Renato Dellamano
- 63 **VI. Quale razionalità nei processi decisionali**
di Nerina Dirindin
Sez. 3^a - **Esperienze innovative**
- 66 **Rilevazione dei carichi di lavoro del personale amministrativo: un'esperienza vissuta**
di Luigi D'Elia, Biagio Menditto, Ernesto Petti, Fabio Trapani
- 96 **L'applicazione della metodologia dei gruppi di attività omogenee nei servizi di igiene pubblica, il caso della U.s.l. n. 4 di Olbia**
di G. Damiani, A. Saba, M. Motta, F. Zavattaro
- 108 **Guidare il processo di innovazione delle aziende sanitarie: l'esperienza dell'ospedale «Luigi Sacco» di Milano**
di Mara Bergamaschi
Sez. 5^a - **Sanità e impresa**
- 120 **Rapporto pubblico-privato in sanità: dal convenzionamento all'accreditamento**
di Franco Bonanno
Sez. 6^a - **Biblioteca**
- 124 **Novità bibliografiche**
- 126 **Spoglio riviste**
- 128 **Bibliografia monotematica**
- 135 **Tesi di laurea**
- Appendice: **Documenti**
- 138 **Legge regionale n. 50 del 22 dicembre 1994**
Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna

IL MODELLO DI FINANZIAMENTO NELLA TRANSIZIONE VERSO LE AZIENDE SANITARIE

I processi di cambiamento delle amministrazioni pubbliche e più in generale dei sistemi di «servizi pubblici o di pubblico interesse», tra i quali rientra la sanità, sono difficili per una serie di motivi tra i quali si ricordano:

— *la grande oggettiva complessità dei problemi da affrontare: nel caso specifico della sanità, oggi si tratta di trovare nuovi equilibri tra enormi potenzialità consentite dalle conoscenze scientifiche e limiti delle risorse economiche destinabili al settore, nuovi equilibri tra i valori della solidarietà e dell'equità da un lato e valore della libera scelta del malato che impone una riduzione del sistema di copertura sanitaria generalizzata e standardizzata, nuovi equilibri tra riconoscimento della tutela della salute come diritto ed esigenza di responsabilizzare sia gli operatori che i pazienti-utenti dei servizi con riguardo ai costi di produzione degli stessi;*

— *l'esigenza, in una società pluralistica, di rispettare e di contemperare valori, modelli di riferimento, criteri di comportamento, interessi, attese, speranze di persone e di gruppi sociali sempre più differenziati tra loro e non di rado contrapposti: la ricerca di soluzioni che siano effettivamente democratiche e rispettose delle differenze causa spesso ritardi nelle decisioni e nella attuazione delle decisioni a tutti i livelli (legislativo, politico, tecnico);*

— *l'elevata propensione, forse particolarmente accentuata nel nostro Paese, a portare il dibattito e il confronto (relativo alle leggi, alle politiche sanitarie, agli indirizzi, alle proposte tecniche) sul piano dei modelli e dei principi generali (che porta al prevalere della critica in ogni e qualsiasi situazione), piuttosto che su quello della loro attuazione (che favorisce il moltiplicarsi delle sperimentazioni, l'individuazione dei vantaggi e degli svantaggi di ogni soluzione, la modificazione delle soluzioni sulla base di «dati di fatto» e non di astratte considerazioni soggettive, spesso non dimostrate e quindi preconcepite e ideologiche).*

Tralasciando i primi due ordini di motivi, sui quali sono state espresse varie considerazioni sui precedenti editoriali, con riguardo al terzo è opportuno richiamare l'attenzione sulla diversità del contributo richiesto agli studiosi, agli esperti e agli stessi operatori nelle fasi di elaborazione, discussione e decisione (ad esempio di leggi) e nella fase di loro attuazione. Nella fase di discussione delle Riforme, nel caso della sanità nella fase in cui si è costruito il nuovo sistema previsto dai decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93, era corretto dibattere sui vantaggi, ma anche sui rischi, della introduzione di una logica di finanziamento delle aziende ospedaliere sulla base di «tariffe» (che attiva la competizione ma spinge anche ad aumentare i volumi di offerta), della limitazione dell'assistenza garantita nei soli livelli uniformi (che responsabilizza le Regioni, ma può ampliare il gap tra le Regioni e tra aree deboli e forti sul piano della dotazione dei servizi sanitari all'interno della stessa Regione), della costituzione in aziende autonome degli ospedali ad elevata complessità (che consentirà una maggiore attenzione all'efficienza se riguarderà veramente gli ospedali più complessi a rilevanza non locale, ma che creerà una pericolosa separazione tra medicina ospedaliera e medicina del territorio, se l'autonomia dovesse essere estesa per pressioni varie ad un elevato numero di ospedali), della attivazione di una serie di meccanismi competitivi (che possono favorire la diffusione di logiche e di spirito imprenditoriale e innovativo nelle aziende pubbliche e private che operano nel settore, ma che possono anche favorire logiche di breve periodo rispetto a quelle di sviluppo di lungo periodo e possono causare «crisi aziendali» con la distruzione di patrimoni di conoscenze e di competenze non facilmente riproducibili).

Ora però le leggi ci sono ed è inutile, anzi controproducente, rimettere in discussione tutto: si tratta di dare attuazione ad esse cercando di prevedere le possibili conseguenze delle varie «soluzioni» concrete per cercare di far prevalere gli aspetti positivi su quelli negativi, o meglio

quelli coerenti con gli obiettivi dichiarati e perseguiti su quelli che sono contrari a tali obiettivi. In particolare con riguardo ai temi del finanziamento si propongono le seguenti considerazioni.

Finanziamento delle aziende ospedaliere

Il riferimento a «tariffe per casi trattati» pone tre ordini di problemi cui occorre dare risposte in tempi brevi:

— diffondere e affinare i sistemi di determinazione dei «costi delle prestazioni e dei casi trattati» per eliminare le situazioni di forte divaricazione (in eccesso o in difetto) tra tariffe riconosciute e costi effettivi (specie variabili) per l'ospedale, già oggi evidenziate con riferimento alle tariffe del Ministero della sanità e di alcune Regioni, poiché in presenza di elevati differenziali si avrebbero forti spinte competitive per i «casi a più elevata convenienza» e resistenze di vario tipo a trattare i «casi che causano perdite»;

— adottare sistemi idonei a prevenire l'effetto di «creazione di domanda» prevedendo riduzioni di tariffe (più o meno forti) in caso di aumento dei casi trattati rispetto ai trend consolidati, alle previsioni e alla epidemiologia delle aree di riferimento;

— attivare da subito un sistema di rilevazione mirate ad evidenziare dinamiche «anomale» delle classificazioni dei pazienti, ad esempio forte aumento del numero di pazienti classificati nei DRG maggiormente convenienti sul piano del rapporto tariffa riconosciuta-costi di produzione.

Al riguardo si può dire che la scelta della finanziaria per il 1995 di riconoscere che i trasferimenti alle aziende ospedaliere sulla base dei volumi di attività svolte per le tariffe unitarie senza possibilità di applicare «riduzione delle tariffe con scopo di disincentivazione» in caso di abnorme aumento dei volumi, metterà a rischio il sistema in quanto porterà a situazioni in cui le aziende ospedaliere rileveranno «crediti» nei confronti delle aziende U.s.l. che però non saranno in grado di pagare poiché l'aumento di prestazioni avrà causato un «disavanzo», rispetto alle assegnazioni pro capite, sul quale si aprirà un contenzioso circa la copertura (a carico delle Regioni come indica l'architettura del sistema o a carico dello Stato che con una sua norma impedisce alle Regioni di intervenire per calmierare i volumi?).

La logica della legge finanziaria ha indubbiamente un fondamento: sul riconoscimento del diritto di libertà a scegliere del cittadino (circa i presidi nei quali chiedere le risposte al proprio bisogno) e la valorizzazione della competizione tra le strutture di offerta, principi però considerati in astratto e senza tenere conto dei possibili comporta-

menti finalizzati a raggiungere «equilibri (e avanzi)» particolari (delle singole aziende) a scapito di un equilibrio del sistema regionale (che rischia di presentare un disavanzo).

La cultura aziendale suggerisce che equilibri particolari ed equilibri generali sono correlati positivamente solo se «chi consuma certi servizi paga direttamente il prezzo e quindi si auto controlla».

Nel caso del «terzo pagante», le aziende U.s.l. che pagano senza poter influenzare la dinamica dei consumi delle prestazioni, si rischia di ritrovarsi nella situazione del 1974 quando gli ospedali vantavano crediti nei confronti delle mutue rimasti inesigibili fino a quando lo Stato decise di intervenire accollandosi tali debiti.

Rapporti con privati

Il nuovo sistema di rimborso che in teoria dovrebbe favorire la ricerca di maggiori livelli di qualità dei servizi e di efficienza essendo fondata su «un valore standard prefissato» (la tariffa) lascia prevedere, sulla base della applicazione delle logiche aziendali e di quanto accaduto in U.S.A. e in Gran Bretagna e in alcuni Paesi che lo hanno adottato, i seguenti effetti:

— forte aumento della «capacità di produrre prestazioni» poiché non essendo più il ricavo correlato alla giornata di degenza, si avrà una forte riduzione della durata di degenza media (che ora nel privato è relativamente elevata), un più elevato tasso di rotazione dei pazienti con un aumento dei volumi e del numero dei ricoveri: salterà il tetto massimo che oggi era costituito dai posti letto convenzionati per i 365 giorni dell'anno;

— tendenza alla specializzazione o comunque alla ricerca delle «nicchie» dei casi che garantiscano il maggiore margine di contribuzione complessivo;

— forti spinte all'aumento dei volumi dei trasferimenti al privato, che per altro troverà delle contropinte nella tendenza delle Regioni a tenere basse le tariffe soprattutto per le alte specialità o a creare ostacoli burocratici o di altro tipo all'accesso al privato.

Non si intende dare alcun giudizio di merito sul fatto che l'eventuale maggior trasferimento di fondi a «produttori privati» sia da valutare positivamente (come sembrerebbe indicare la maggioranza degli italiani favorevole ad un maggiore ruolo dei privati) o negativamente, ma applicando la logica aziendale si ricorda quanto segue:

— nessuno cerchi di dire che l'aumento dei volumi non avverrà o avverrà solo per rispondere a bisogni effettivi (e non indotti) perché il privato si autoregolerà ed è guidato da criteri di professionalità: si ricorda quanto afferma A. Smith secondo cui: «non dalla moralità del fornai»

dovete attendervi il pane, ma dalla sua convenienza», e che quindi se si modificano le convenienze per gli ospedali privati, questi cercheranno la massimizzazione delle loro entrate (salvo eccezioni che potrebbero riguardare le strutture non profit con forti e diffusi valori etici);

— anche ammesso che il trasferimento dei fondi sia correlato solo a «comportamenti virtuosi» (migliore qualità dei servizi), si avrà un drenaggio immediato di risorse del sistema pubblico regionale (salvo vincoli di cui si è detto sopra) che però non potrà ridurre immediatamente i costi del sistema di offerta pubblica (si ricordi che la sanità è caratterizzata da elevati costi fissi).

Si ritiene opportuno sottolineare inoltre che vi saranno diversità tra i privati in quanto si troveranno in difficoltà proprio le strutture che sono attente alla qualità (e che quindi hanno costi più elevati non riconosciuti da tariffe standard medie di molti ospedali), che hanno politiche di sviluppo di lungo periodo (e che quindi effettuano investimenti non sempre riconosciuti delle tariffe), che non adottano la logica di «creare domanda indotta» poiché si attengono a principi di rigorosa deontologia professionale.

La logica aziendale «concreta» suggerisce che anche in questo caso gli automatismi della convenienza rischierrebbero di «far saltare» delicati equilibri generali di sistema regionale e nazionale se non governati con i seguenti strumenti:

— contratti globali delle Regioni con le strutture private (singole, aggregate in «gruppi, consorzi, accordi aziendali» finalizzati a perseguire sinergie e razionalizzazioni) che prevedano certi volumi di prestazioni o certe tariffe, con la possibilità di limitati aggiustamenti a consuntivo;

— di conseguenza «concertazione strategica» a livello regionale delle aree di attività per le quali si chiede e si dà spazio al privato e delle aree nelle quali invece si ritiene che le strutture pubbliche siano sufficientemente adeguate o nelle quali la Regione ha deciso di concentrare i propri investimenti.

Certamente queste proposte susciteranno la critica e le perplessità su fronti contrapposti sia dei privati, che invocheranno il principio della non limitazione della libera scelta dei pazienti, sia dei «nostalgici della pianificazione centralizzata» (ne sono rimasti in varie Regioni e anche al Ministero), che riterranno di poter governare il sistema con vincoli, controlli, autorizzazioni, ispezioni burocratiche.

L'analisi aziendale, che va riferita alla realtà delle singole aziende, ma anche a quella del «sistema di azienda», indica però che senza «concertazione strategica» collegata al sistema dei «contratti globali» non vi sarà una fisiologica transizione verso un sistema con un maggior ruo-

lo dei privati, ma vi sarà una transizione «turbolenta, caotica e traumatica» che sarà pagata dai pazienti (con una riduzione di fatto delle prestazioni garantite), da certi servizi, dipartimenti «di eccellenza» (pubblici e privati) poiché i cambiamenti «turbolenti, caotici e traumatici» non sempre premiano i migliori ma spesso gli opportunisti, dallo stesso settore privato che rischia una situazione simile e quella del settore farmaceutico che, non essendosi mai preoccupato di forme di autoregolazione o di regolazione finalizzate a salvaguardare l'equilibrio generale del S.s.n., si è poi trovato ad essere colpito da «drastici tagli indistinti».

Rafforzamento dei sistemi di budget

Le considerazioni sui sistemi di finanziamento alle aziende ospedaliere e alle aziende sanitarie private hanno messo in evidenza la «crucialità» e la «criticità» del meccanismo di allocazione delle risorse che è fondamentale anche all'interno delle singole aziende, sia di quelle ospedaliere sia delle U.s.l.

Infatti la logica aziendale richiede che sia attribuita grande autonomia alle diverse articolazioni «interne» siano esse di tipo tradizionale quali le divisioni o di tipo avanzato quali i dipartimenti che spesso viene collegata alla «autonomia di spesa», oltre che a quella di gestione del personale.

L'autonomia di spesa è tuttavia non di rado invocata con la formula della assegnazione di un budget inteso come una allocazione di risorse da utilizzare senza vincoli burocratici e formali. Se si vuole andare veramente verso l'azienda occorrerà invece diffondere una cultura e applicare strumenti tali da far comprendere che:

— in un'azienda autonomia non vuole dire che ogni «centro di responsabilità» possa operare quasi come una entità separata dalle altre;

— budget vuol dire che ogni centro di responsabilità deve definire obiettivi, programmi e deve ottenere risorse correlate a tali obiettivi e programmi;

— l'attività deve svolgersi senza vincoli formali e burocratici nell'ambito dei programmi concordati e che anche la gestione dei fondi deve avvenire con modalità snelle;

— deve comunque esistere un sistema di verifica e controllo idoneo ad evidenziare se le risorse sono state impiegate con il raggiungimento o meno degli obiettivi prefissati, proponendo «premi e punizioni di tipo organizzativo» (esempio incentivi economici o priorità negli investimenti) a seconda che vi sia stato rispetto o non rispetto del budget.

Senza un adeguato sistema che consenta di governare unitariamente l'azienda e il sistema regionale (budget della azienda U.s.l. e della azienda ospedale discussi e negoziati con la Regione) si rischia di ricadere in un sistema di

gestione della spesa «per settori» e per «compartimenti stagni» di attività che oltre a determinare difficoltà nel mantenimento dell'equilibrio economico generale, determinerebbe una grave involuzione rispetto alle esigenze di «integrazione delle diverse fasi dell'assistenza».

In conclusione si può rilevare che la logica «aziendale» del nuovo sistema richiede che l'allocazione delle risorse finanziarie sia correlata alla quantità e qualità dei casi trattati e non sia più correlata alla spesa storica o a criteri di «pianificazione centralistici» che spesso rispecchiano più le esigenze e gli interessi di chi detiene il potere di pianificare che non le esigenze di chi ha problemi di salute da risolvere.

Tuttavia occorre che tale passaggio avvenga con soluzioni tecniche che:

— tengano conto del fatto che in un sistema nel quale una parte rilevante del finanziamento è di «natura pubblica» e non proviene dal mercato, occorre comunque che anche a consuntivo e non solo a preventivo siano rispettati i vincoli di compatibilità generale della finanza pubblica;

— perseguano tale compatibilità con una «razionale gradualità» gestione delle tariffe per il finanziamento delle aziende ospedaliere pubbliche e sistema dei contratti globali con il privato, evitando sia la tentazione di un governo centralistico e burocratico a livello regionale dei finanziamenti, sia l'illusione del riequilibrio «naturale e automatico» del sistema;

— evitino il rischio che il problema sia ancora risolto nel senso del solo aspetto di pura e semplice «appropriazione» di una quota di risorse (competizione tra le diverse strutture di offerta o tra le diverse unità organizzative o

centri di responsabilità all'interno della singola azienda), ma «favoriscano» il collegamento della appropriazione delle risorse a obiettivi e programmi tra loro coerenti, compatibili e sostenibili tramite la definizione di strategie regionali e la concertazione strategica con le diverse aziende (pubbliche e private) e tramite sistemi di budget all'interno delle aziende.

Affinché ciò avvenga occorre una chiara scelta di politica sanitaria, una adeguata cultura e affinati strumenti di management interistituzionale e interaziendale, (un sistema di raccolta di informazioni «finalizzate» al tipo di decisioni da prendere e di negoziazione da attuare).

In assenza di queste condizioni potrebbe accadere che il sistema della «tariffazione» invece di stimolare una maggiore efficienza e competizione produca la creazione di «disavanzi» forse superiori al recente passato con la creazione di partite di crediti e debiti tra aziende U.s.l., aziende ospedaliere pubbliche, aziende ospedaliere private sulle quali si aprirà il conflitto delle responsabilità ma che avrà gravi ripercussioni oltre che per la funzionalità del sistema, e quindi sui livelli istituzionali, anche per le numerose aziende «fornitrici del sistema sanitario» (pubblico e private) che vedranno aumentare i tempi di recupero dei loro crediti.

L'unica variante, per altro assai forte, rispetto al passato circa la possibilità di eludere i vincoli e creare disavanzo consuntivo è costituita dal fatto che oggi esistono politiche governative di contenimento della spesa assai più rigide anche in ragione delle esigenze di controllo della finanza pubblica per avere qualche chance di arrivare all'appuntamento della integrazione europea del 1998.

EUROPEAN HEALTHCARE MANAGEMENT ASSOCIATION

ANNUAL CONFERENCE, CELLE, NEAR HANNOVER, GERMANY, JULY 5TH - 7TH, 1995

The theme of the conference is *Managing for Health Outcomes* with the following subthemes and keynote speakers:

- *Behavioural Change Towards Outcomes Management*
Prof. Michael Peckham, Department of Health, U.K.

- *Methodologies for Assessing Outcomes*
Prof. J-M. von der Schulenburg, University of Hannover, Germany

- *Medical Involvement in Managing for Health Outcomes*
Prof. Ton Casparie, Erasmus University Rotterdam, The Netherlands

- *Public Involvement in Managing for Health Outcomes*
Ms. Eva-Lisa Birath, Bohus County Council, Sweden.

For further information and registration form contact:

Rena Dooley,
Manager Membership Services
European Healthcare Management Association (EHMA),
Vergemount Hall,
Clonskeagh,
Dublin 6, IRELAND.

Tel: +353.1.283 9299
E-Mail: ehma@iol.ie"

Fax: +353.1.283 8653

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

STUDI ECONOMICI SULLE RIVISTE MEDICHE: È TEMPO DI PENSARE A LINEE GUIDA

di Tom Jefferson e Vittorio Demicheli 1

Ministry of Defence Army Medical Directorate - U.K.
1 Unità Operativa Epidemiologia U.s.l. 20 - Alessandria

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Metodi - 3. Risultati - 4. Discussione.

In spite of a steady increase in the number of published economic evaluations, the result of some available overviews reveals considerable variability in the quality of economic literature. The paper reports the outcome of a questionnaire survey of a group of medical journal editors aimed at ascertaining current policies and standards of practice in peer-review of economic studies. None of the 65 journals has a complete (coherent and clearly publicised) policy for peer-review and the majority do not appear to use referees who have undergone some formal training in Health Economics. The paper also reports the results of an investigation carried out on the procedures employed by one of the «big five» medical journals in order to judge the quality of economic submissions. True economic evaluations appear to be a minority. Submissions are of such variability in both content and purpose that there is a requirement to develop a further typological classification based on the aim of the studies and for each type of study there is a requirement to define a set of criteria for authors and referees. The urgent need for methodological standards and for ethical and procedural checklist to be defined and proposed is finally discussed.

1. Introduzione

La valutazione economica degli interventi sanitari costituisce un tema di grande interesse ed attualità.

All'origine di questa crescente attenzione per la valutazione economica sono riconoscibili alcuni fattori:

— le risorse economiche consumate dai servizi sanitari dei paesi sviluppati hanno raggiunto entità così rilevanti da non consentire ulteriori espansioni;

— la domanda per prestazioni sanitarie, sia assistenziali che preventive, è, invece, in continua crescita, soprattutto a causa di modificazioni delle caratteristiche demografiche della popolazione e a causa di variazioni della natura delle malattie incidenti e prevalenti;

— l'offerta di interventi e prestazioni sanitarie è anch'essa in crescita in virtù di innovazioni tecnologiche che rendono disponibili tecniche dia-

gnostiche e terapeutiche sempre più sofisticate e costose;

— quasi tutti i sistemi sanitari (pubblici e privati) cercano di porre in essere interventi di controllo e gestione della spesa in qualche modo improntati, tutti, alla valutazione economica degli interventi sanitari;

— un importante elemento è, infine, quello connesso all'emergere, nel panorama sanitario, di nuovi soggetti «portatori del diritto alla salute ed alla buona assistenza» ai quali i sistemi sanitari debbono in qualche modo «render conto» di come le risorse sanitarie vengono destinate e spese.

Il numero di lavori scientifici dedicati all'argomento è andato aumentando nel corso degli ultimi anni e la valutazione economica è stata applicata ad una gran quantità di interventi sanitari interessando, anche se con diversa frequenza, ogni campo della attività dei servizi sanitari.

In una rassegna sistematica di lavori economici presenti nelle banche dati internazionali, Elixhauser ha riscontrato un drastico incremento del numero di lavori pubblicati annualmente (da 92 nel 1979 a 259 nel 1990) (Elixhauser, 1993).

La crescente quantità di letteratura economica disponibile, pur testimoniando per un indiscutibile aumento di interesse, non costituisce di per se garanzia che le valutazioni pubblicate siano di buona qualità e, neppure, che i risultati delle valutazioni vengano tenute in debita considerazione nelle decisioni di politica sanitaria.

Gli autori desiderano ringraziare il dr. R. Smith, per la collaborazione ed i suggerimenti e la dr.ssa V. Entwistle per il lavoro di revisione degli studi e per i suoi preziosi commenti e consigli. Ogni eventuale errore è di responsabilità solamente degli autori.

Una rassegna di 51 studi di tipo Costo-Utilità, svolti in 14 paesi diversi tra il 1980 e il 1991, rivelò carenze di metodo in circa un terzo dei lavori esaminati (Gerard, 1992).

Udvarhelyi ed altri (1992) presero in esame i metodi impiegati in 77 studi economici pubblicati tra il 1978 ed il 1987 riscontrando standard molto variabili; ad esempio: tutti gli studi erano basati su ipotesi o assunzioni arbitrarie ma solo il 30% delle valutazioni presentava una analisi di sensitività.

Problemi di qualità, relativi alla corretta identificazione dei costi e delle conseguenze, furono segnalati anche in una rassegna di lavori di valutazione economica applicata a sperimentazioni cliniche (Adams, 1992).

Anche la revisione sistematica dei lavori, pubblicati e non, dedicati alla valutazione economica delle campagne di vaccinazione anti-epatite B rivelò l'esistenza di problemi quali l'uso di valori di incidenza della malattia errati o inappropriati, la considerazione di periodi di tempo troppo brevi per poter apprezzare le conseguenze di una condizione ad elevata probabilità di cronicizzazione quale l'epatite virale B; addirittura la presenza di grossolane violazioni delle regole basilari della valutazione economica (Jefferson, 1992).

La raccomandazione finale degli autori delle rassegne è costantemente quella di porre grande cautela nell'uso della letteratura economica e di procedere sempre ad una approfondita verifica metodologica. Un tale suggerimento, tuttavia, appare di difficile applicazione da parte di operatori sanitari che, seppur interessati ai risultati degli studi, sono talora completamente privi di formazione in campo economico.

Un miglioramento della qualità dei lavori di valutazione economica pubblicati è quindi auspicabile. Non solo

per evitare possibili errori da parte del lettore non esperto ma anche per evitare inutili sprechi di risorse e, soprattutto, per evitare che limiti di metodo facciano passare inosservati più importanti problemi di fondo.

Scarsa attenzione, per esempio, è stata finora dedicata all'analisi delle influenze cui sono sottoposti gli studi economici sia in sede di realizzazione che di pubblicazione.

Il dibattito suscitato dal recente editoriale del *New England* (Kassirer, 1994) dimostra proprio l'esistenza di problemi ancora tutti da indagare.

Poco o nulla sappiano circa la possibile esistenza di bias di pubblicazione e del loro modo di manifestarsi: se, per esempio, uno studio che conferma la validità di una decisione già adottata abbia la stessa probabilità di essere pubblicato di uno che, invece, la smentisce.

La qualità della letteratura disponibile influisce, infine, anche sulla possibilità di generalizzare e di trasferire da un contesto sanitario ad un'altro i risultati degli studi di valutazione economica.

Cosa si può fare per migliorare la qualità della letteratura?

Già nel 1974 Williams (1974) aveva indicato le caratteristiche essenziali dei lavori di valutazione economica e, più recentemente, Drummond ed altri (1993) hanno identificato gli aspetti metodologici sui quali esiste ampio consenso tra gli economisti.

Alcuni governi (CDHHC, 1992; Detsky, 1993) ed organizzazioni delle industrie farmaceutiche (DOH, 1994) hanno emanato istruzioni e linee guida per le valutazioni economiche.

Queste indicazioni sono principalmente rivolte alla valutazione di nuovi farmaci ma potrebbero facilmente essere adattate per altri scopi.

Sarebbe auspicabile anche che gli editori delle riviste mediche si accordassero sugli standard di qualità dei

lavori economici. Gli editori ed i referee possono svolgere un ruolo assai importante nello stabilire e nel fare applicare regole di buona esecuzione degli studi economici.

Un'indagine rivolta agli editori di dodici riviste mediche ha, però, recentemente riscontrato la pressochè totale assenza di esplicite linee guida per la valutazione della qualità dei lavori economici.

Il presente lavoro illustra i risultati di uno studio che ha analizzato le politiche editoriali ed il processo di valutazione della qualità dei lavori economici esistenti presso alcune tra le principali riviste mediche internazionali.

2. Metodi

Lo studio è stato realizzato in due fasi:

a) le politiche editoriali.

Sono stati reperiti gli indirizzi degli editori delle 119 riviste appartenenti all'*Abridged Index Medicus*. Le riviste di questo elenco rappresentano le principali riviste mediche, generali e specialistiche, attualmente diffuse nel mondo ed utilizzano procedure di valutazione tra pari per giudicare la qualità dei lavori proposti alla pubblicazione. A questo elenco sono stati aggiunti altri 30 giornali medici che avevano recentemente pubblicato lavori di valutazione economica. Sono stati esclusi i giornali specializzati in economia sanitaria. È stato predisposto un semplice questionario a risposte chiuse che è stato inviato per posta accompagnato da una lettera di presentazione.

È stato strettamente osservato l'anonimato dei rispondenti e, quindi, non sono stati inoltrati solleciti.

Utilizzando carta di colore differente è stato possibile identificare l'area geografica di provenienza delle risposte.

Il questionario è stato pilotato attraverso la somministrazione all'editore di un importante rivista inglese ed è stato modificato in base ai suoi suggerimenti;

b) il processo di valutazione dei lavori economici

Il lavoro è ancora in corso e verranno pertanto riportati solo i risultati di uno studio preliminare che ha preso in considerazione, in modo dettagliato, il comportamento di una sola rivista appartenente al gruppo delle più importanti riviste mediche internazionali (le cosiddette «big five»).

Sono stati esaminati tutti i manoscritti proposti per la pubblicazione sulla «Rivista» nel corso del trimestre luglio-settembre 1994 e sono stati selezionati tutti i lavori a contenuto economico.

I manoscritti selezionati sono stati resi completamente anonimi rimuovendo ogni nominativo ed ogni elemento identificativo eventualmente presente nelle varie sezioni del lavoro, bibliografia compresa.

I lavori sono stati revisionati in cieco da due referee di diversa estrazione scientifica (un sociologo esperto in rassegne sistematiche ed un medico esperto in economia sanitaria) ai quali è stato richiesto di giudicare i lavori in base ad una lista di criteri.

Solo al termine della valutazione sono stati rivelati gli scopi del lavoro ed i risultati sono stati confrontati e commentati dai due revisori.

3. Risultati

a) Le politiche editoriali

Sono state ottenute 65 risposte, corrispondenti al 43% dei questionari inviati. Le riviste nord americane hanno risposto nel 51% dei casi, quelle inglesi nel 38% e quelle del resto d'Europa nel 11%.

16 editori su 65 (24.6%) hanno dichiarato di far riferimento ad una politica editoriale esplicitamente dedicata ai lavori economici.

Solamente due riviste, però, possiedono un documento scritto e pubblicato. In entrambi i casi il documento riguarda il problema dell'eventuale finanziamento dei lavori da parte di industrie farmaceutiche e, in genere, delle sponsorizzazioni.

Gli editori che affermano di far riferimento a politiche non scritte riportano dichiarazioni assai vaghe che svelano una generale volontà di pubblicare «buoni lavori economici» senza però giungere a definire cosa essi intendano con questo termine.

La quasi totalità degli editori rammenta di aver pubblicato non più di 5 lavori con contenuti economici nel corso dell'anno precedente.

Sono state indagate anche le procedure utilizzate per la valutazione di qualità dei lavori proposti per la pubblicazione e l'eventuale utilizzo di linee guida.

Tre editori affermano di utilizzare apposite linee guida economiche per il giudizio da parte del referee. Tuttavia due editori non hanno allegato le proprie linee guida al questionario ed il terzo ha fatto riferimento al documento di politica editoriale della rivista in quale accenna anche alcuni criteri metodologici (Kassirer, 1994).

È stato anche richiesto di illustrare le caratteristiche dei referee utilizzati per giudicare la qualità dei lavori scientifici aventi un contenuto econo-

mico. I risultati sono riassunti nella tabella 1.

La maggioranza dei referee utilizzati dalle riviste non possiede alcuna qualificazione economica. Nella categoria «altri» sono stati segnalati statistici, analisti, consulenti, ecc.

L'eventuale, futura, adozione di linee guida metodologiche per la valutazione degli studi economici viene vista favorevolmente da 52 editori (80%).

Coloro che, invece, non accoglierebbero volentieri tali linee guida corrispondono tutti a riviste prive di politica editoriale.

Un editore ha ammesso chiaramente di essere pregiudizialmente contrario alla valutazione economica e di scartare deliberatamente tutti i lavori economici proposti alla sua rivista.

b) Il processo di valutazione dei lavori economici

Tra i 712 lavori proposti per la pubblicazione nel trimestre sono stati identificati 28 lavori a contenuto economico (3.9%).

I due revisori hanno concordato, inizialmente, l'uso di una lista di criteri sostanzialmente derivata dal lavoro di Drummond ed altri (1987). Dopo aver esaminato i primi lavori ci si è, però, resi conto che solo una esigua minoranza dei lavori potevano essere considerati veri e propri studi di valutazione in cui venivano considerati i costi e le conseguenze di interventi sanitari alternativi.

Tabella 1

Referee	Numero	Percentuale
Economista (laureato).....	22	33.8
Persona esperta in economia.....	7	10.8
Persone interessate all'argomento.....	19	29.2
Altri.....	17	26.2
Totale	65	100

La maggior parte dei lavori era invece di tipo più generale: descrizioni dei costi di singoli interventi o di singole condizioni patologiche; revisioni di letteratura, sistematiche e non; editoriali e commenti; articoli di divulgazione metodologica, ecc.

È stata, perciò, utilizzata una lista di criteri riguardanti, oltre alla appropriatezza dei metodi economici anche la qualità generale della impostazione, esecuzione e presentazione del lavoro.

La concordanza di giudizio tra i due revisori è stata completa per i cinque lavori di vera e propria valutazione economica dimostrando la relativa semplicità di valutazione in presenza scopi chiari e di modelli di studio ben definiti.

Per questi lavori la concordanza è stata elevata anche tra i due revisori ed i referee della Rivista rispetto al giudizio finale di pubblicazione (tre su cinque sono stati pubblicati).

La concordanza tra i due revisori è invece stata decisamente più bassa per il giudizio sui rimanenti lavori descrittivi.

La tabella 2 riporta il grado di concordanza di giudizio (proporzione di lavori giudicati allo stesso modo rispetto al totale dei lavori) per i principali criteri di valutazione.

La diversa formazione dei due revisori, la diversa interpretazione dei termini o della finalità della valutazione sono state utilizzate dai due revisori a commento e giustificazione delle differenze di giudizio.

4. Discussione

I risultati dello studio sulle politiche editoriali confermano, estendendole ad una buona fetta delle principali riviste mediche internazionali, quanto già osservato da Schulman (1994). Alcuni fatti sono evidenti:

— nessuna delle 65 riviste possiede una politica editoriale completa (coe-

rente e pubblicata) in materia di studi economici;

— alcuni editori si sono interessati al problema anche se affrontandone solo alcuni aspetti (sponsorizzazioni);

— la maggioranza delle riviste non utilizza referee qualificati.

Quest'ultimo fatto appare particolarmente sorprendente, così come sconcertante appare la discrepanza esistente tra la volontà degli editori di pubblicare «buoni lavori» e l'assenza di una qualsiasi definizione o criterio di giudizio.

Probabilmente la definizione di tali criteri è totalmente delegata ai referee delle riviste ed occorrerebbe, forse, ripetere lo studio intervistando loro in luogo degli editori.

Tuttavia, considerato che gli editori mantengono il diritto (e la responsabilità) del giudizio finale di pubblicazione, tale assenza di criteri appare irragionevole.

Molte risposte e molti commenti, non riportanti per brevità, forniscono la impressione generale che gli studi economici vengano considerati dagli editori delle riviste mediche come rare eventualità e come lavori di scarsa importanza.

Il lavoro sul processo di valutazione, pur essendo ancora in fase preliminare, consente già di evidenziare altri elementi:

— i lavori di valutazione economica propriamente detta costituiscono una minoranza dei lavori proposti per la pubblicazione nelle riviste mediche e ciò conferma quanto già osservato in sede di analisi della letteratu-

ra da parte di altri autori e per altri scopi (F. Sassi, comunicazione personale). La valutazione di qualità di questi lavori non costituisce problema ma riguarda solo un esiguo numero di casi;

— la grande varietà di lavori a contenuto economico proposti alle riviste mediche rende difficile l'adozione di criteri di valutazione adatti per tutti gli scopi;

— anche in presenza di criteri di valutazione concordati il processo di valutazione resta ampiamente variabile e disomogeneo;

— è probabile che la efficacia di linee guida generali sia scarsa; sia per le finalità del processo di valutazione sia per lo scopo di migliorare la qualità della produzione stessa dei lavori scientifici.

Il lavoro offre, a nostro avviso, alcuni stimoli interessanti:

— incomprensibilmente, l'opinione degli editori delle riviste mediche appare contrastante con quella attualmente dominante nella comunità scientifica, nei governi, nelle industrie e nelle amministrazioni che considera la qualità della valutazione economica di importanza strategica per il processo decisionale;

— anche se non esistono prove di efficacia del processo di revisione tra pari, è ragionevole affermare che almeno una parte dei problemi di qualità presenti nella letteratura economica discenda dall'assenza di standard valutativi;

— c'è urgente bisogno che standard metodologici e linee guida vengano

Tabella 2

Criterio	Concordanza
Appropriatezza metodi economici	50%
Appropriatezza metodi statistici	50%
Adeguatezza della presentazione	54%
Idoneità per rivista medica	32%
Validità complessiva del lavoro	63%

definiti e sottoposti all'attenzione delle principali riviste mediche, tuttavia il compito appare piuttosto complesso.

Occorre approfondire ulteriormente le nostre conoscenze cominciando a sviluppare, intanto, criteri per classificare le diverse tipologie di lavori economici in modo da poter ricercare gruppi di criteri validi per le diverse tipologie.

Occorre, probabilmente, pensare a criteri di prima selezione, utili per decidere se proseguire o meno l'esame (oppure se inviare il lavoro ad un economista) distinti da criteri specifici più articolati.

Occorre cercare di investigare più a fondo il problema dei possibili bias di pubblicazione dei lavori economici e quello del nesso tra finalità di valutazione e finalità di promozione nell'uso di criteri e di linee guida.

Tutti compiti che si presentano difficili ma, tuttavia, irrinunciabili.

BIBLIOGRAFIA

- ADAMS M. E., MCCALL N. T., GRAY D. T., ORZA M. J., CHALMERS T. C. *Economic analysis in randomised controlled trials*. Medical Care 1992; 30:231-38.
- COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HEALTH, HOUSING AND COMMUNITY SERVICES. *Guidelines for the pharmaceutical industry on preparation of submissions to the pharmaceutical benefits advisory committee*. Canberra: Australian Government Publishing services, 1992.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND ASSOCIATION OF BRITISH PHARMACEUTICAL INDUSTRY. *Guidelines for the economic evaluation of pharmaceuticals*. London: Department of Health Press Release, 1994.
- DETSKY A. S. *Guidelines for economic analysis of pharmaceutical products: a draft for Ontario and Canada*. Pharmacoeconomics 1993; 3:354-61.
- DRUMMOND M. F., STODDARDT G. L., TORRANCE G. W. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford University Press: Oxford 1987.
- DRUMMOND M. F., BRANDT A., LUCE B., ROVIRA J. *Standardising methodologies for economic evaluation in health care*. International Journal of Technology Assessment in Health Care 1993; 9:26-36.
- ELIXHAUSER A. *Health care cost-benefit and cost-effectiveness analysis (CBA/CEA)*. From 1979 to 1990 a bibliography. Medical Care 1993; 31(supp) JS1-149.
- GERARD K. *Cost-utility in practice a policy maker's guide to the state of the art*. Health Policy 1992; 21:249-79.
- JEFFERSON T. O., DEMICHELI V. *Is vaccination against Hepatitis B efficient? A review of world literature*. Health Economics 1994; 3:25-37.
- KASSIRER J. P., ANGEEL M. *The Journal's policy on cost-effectiveness analyses*. N. Engl J Med 1994; 331:669-70 (editorial).
- SCHULMAN K., SULMASY D. P., RONEY D. *Ethics, economics and the publication policies of major medical journals*. JAMA 1994; 272:154-56.
- SMITH R. *Promoting research into peer review*. BMJ 1994; 309:143-44 (editorial).
- UDVARHELYI S., COLDITZ G. A., RAI A., EPSTEIN A. M. *Cost-effectiveness and Cost-benefit analyses in the medical literature. Are methods being used correctly?* Annals of Internal Medicine, 1992; 116:238-44.
- WILLIAMS A. H. *The cost-benefit approach*. Br Med Bull 1974; 30:252-56.

ANALISI COSTI-EFFICACIA DEL TRATTAMENTO E DELLA PREVENZIONE CON ASPIRINA IN PAZIENTI CON SOSPETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO E AD ALTO RISCHIO DI INCIDENTI VASCOLARI

di Giovanni Fattore

SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi»

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Uno strumento di valutazione economica: l'analisi costi-efficacia - 3. Aspetti metodologici generali - 4. Il trattamento ospedaliero con aspirina nell'infarto miocardico acuto (e il confronto con la terapia trombolitica) - 5. Il trattamento pre-ospedaliero con aspirina nel sospetto infarto miocardico acuto - 6. Prevenzione secondaria con aspirina in pazienti con pregresso infarto miocardico acuto - 7. Conclusioni.

Since resources are scarce in relation to their use, cost-effectiveness analysis can be helpful to support decision making in health care. We used cost-effectiveness analysis to assess the use of aspirin as curative and preventive strategies for vascular diseases. Costs are derived from the Italian fee schedules (per case hospital fees based on DRGs and Nomenclatore Tariffario), whereas effectiveness data come from large international clinical trials. The use of aspirin appears to be an efficient way to use resources in the treatment of AMI and in preventing mortality in patients with previous AMI episodes. We also simulated the potential cost-effectiveness ratio of taking aspirin prior to hospitalization in patients with first symptoms of AMI. Since simulation results are very favourable, this preventive strategy should be investigated more closely from the clinical and the economic point of view.

1. Introduzione

Le proprietà analgesiche, antifebbrili e antinfiammatorie dell'aspirina (acido acetilsalicilico) sono universalmente conosciute. Meno nota è, invece, l'efficacia di questo farmaco nella prevenzione e nel trattamento delle malattie vascolari. Se infatti l'impiego di medicinali estratti dalle piante che contengono acido acetilsalicilico risale a 3.500 anni fa (Vane & Botting), è da tempi più recenti che si è iniziato a studiare le proprietà terapeutiche di questa sostanza nella prevenzione e nel trattamento delle malattie vascolari.

Indagini biochimiche, farmacologiche, cliniche ed epidemiologiche forniscono ampio supporto a favore dell'efficacia dell'aspirina nella prevenzione primaria e secondaria delle occlusioni trombotiche. L'efficacia dell'aspirina come farmaco cardiovascolare è dovuta alla sua proprietà di ini-

bizione trombossano-dipendente del processo di aggregazione delle piastrine. In ambito clinico ed epidemiologico sono disponibili numerosi studi relativi a diverse classi di pazienti. Questi studi suggeriscono che l'aspirina è efficace sia nel trattamento dell'infarto miocardico acuto che nella prevenzione di eventi vascolari in pazienti con angina instabile e pregresso infarto (Patrono 1994). Per quanto riguarda la prevenzione primaria, la letteratura suggerisce l'efficacia dell'aspirina in pazienti a rischio elevato e, seppure in misura decisamente minore e senza dati definitivi, in pazienti a basso rischio (Antiplatelet Trialists' Collaboration 1994).

L'aspirina presenta degli effetti collaterali dovuti alla sua azione di inibizione sui meccanismi di regolazione omeostatica (Patrono 1994). In quanto farmaco antinfiammatorio non steroideo, l'aspirina accresce il rischio di complicazioni gastrointestinali quali

il sanguinamento e l'ulcera peptica: in una meta-analisi di 21 studi controllati in doppio cieco in cui 20.000 pazienti sono stati randomizzati al trattamento con aspirina è stato calcolato che i rischi relativi per le principali categorie di sanguinamento gastrointestinale variano tra 1,5 e 2 (Roderick et al. 1993). Una sintesi dei principali rischi gastrointestinali prodotti dall'aspirina è presentata in tabella 1. Questi effetti collaterali dipendono dalla dose, dalla lunghezza degli intervalli tra le somministrazioni, dalla durata del trattamento e dalla forma farmaceutica utilizzata (ad es. standard o tamponata) (Patrono 1994). L'analisi di queste dipendenze ha importanti ripercussioni riguardo alla ricerca di una terapia in grado di massimizzare i benefici netti del trattamento. In particolare, il rapporto rischi/benefici in relazione al dosaggio (tra i 100 e i 1.500 mmg) mette in evidenza una relazione tra effetti collaterali e quantità di principio

attivo somministrato, senza tuttavia rilevare differenze significative nella prevenzione degli eventi vascolari.

Infine, l'aspirina, in quanto antiaggregante, aumenta il rischio di eventi emorragici, tra i quali, per la sua gravità, l'ictus emorragico assume particolare rilievo.

L'analisi del rapporto rischi/benefici dei farmaci supporta la scelta della terapia più appropriata per il paziente: assume quindi una prospettiva individuale nelle decisioni in medicina. Tuttavia, la scarsità delle risorse indica come la «massimizzazione» degli interessi individuali non sia sempre compatibile con gli interessi della collettività, anche quando questi ultimi vengano semplicemente considerati come somma degli interessi dei singoli. La valutazione economica, come spiegato in maniera più approfondita in seguito, si propone di analizzare le scelte in medicina secondo una prospettiva sociale. Tale prospettiva evidenzia come l'utilizzo non efficiente di risorse nell'assistenza ad un individuo possa andare a detrimento della salute di altri individui e come quindi le possibilità di assistenza dei singoli individui dipendano anche dalle modalità con cui le scarse risorse disponibili vengono distribuite secondo criteri «sociali».

Il rischio che l'utilizzo delle scarse risorse sanitarie in programmi eccessivamente costosi possa indurre il «razionamento» di programmi prioritari, ha indirizzato le valutazioni economiche verso le nuove tecnologie, le quali sono spesso caratterizzate da vantaggi incrementali modesti a fronte di costi elevati. In questo lavoro si propone invece lo studio economico di un farmaco con caratteristiche assai diverse. L'aspirina è infatti un farmaco da lunghissimo tempo in commercio, che ha un basso costo di produzione e che ha notevoli e differenziate potenzialità terapeutiche. Non siamo quindi di

fronte ad una analisi che cerca di valutare la possibile convenienza economica di un farmaco ad elevato costo e con benefici marginali modesti. Infatti, che l'utilizzo dell'aspirina nella prevenzione di alcuni eventi vascolari sia auspicabile anche sul piano economico è constatazione intuitiva come già è stato osservato (Hennekens et al. 1994). Il presente studio si propone quindi di supportare con un'analisi sistematica le intuizioni sulla razionalità economica dell'impiego di aspirina nel trattamento e nella prevenzione secondaria dell'IMA, indicazioni in cui l'efficacia terapeutica del farmaco è comprovata. In alcune parti del lavoro sono anche presentate analisi in situazioni in cui sarebbe necessaria ulteriore documentazione di carattere clinico per raggiungere risultati conclusivi sul piano del rapporto rischi/benefici. In questo caso il senso delle simulazioni proposte è quello di stimolare ulteriori ricerche che, oltre per ragioni cliniche, potrebbero trovare giustificazione anche sul piano economico.

2. Uno strumento di valutazione economica: l'analisi costi-efficacia

In un mondo ideale caratterizzato dall'assenza di limiti nelle risorse de-

stinabili alla sanità, le valutazioni di efficacia dei servizi sanitari dovrebbero essere il principale, forse addirittura l'unico, criterio per informare le scelte sulla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie. In un siffatto mondo l'attenzione delle comunità scientifiche e dei responsabili di politica sanitaria si concentrerebbe sulla ricerca e sulla diffusione di strategie sanitarie analizzando esclusivamente il piano tecnico-sanitario, organizzativo ed etico delle scelte. Purtroppo è oramai universalmente riconosciuto che anche in campo sanitario le risorse sono limitate: le risorse finanziarie a disposizione del settore pubblico e privato (e quindi anche le risorse umane e materiali che con queste risorse finanziarie si possono acquisire) non sono sufficienti a fare fronte alla domanda di servizi e ai bisogni «latenti» che le autorità pubbliche vorrebbero fare emergere. La realtà in cui viviamo è infatti caratterizzata da continue espressioni della scarsità delle risorse e dall'esistenza di meccanismi più o meno espliciti (e più o meno razionali) orientati a razionarle: la scarsa diffusione di alcuni programmi preventivi, le lunghe liste d'attesa nel settore pubblico, il pagamento richiesto ai pazienti per le prestazioni offerte dal settore privato (e sempre più anche dal

Tabella 1 - Rischi attribuibili all'aspirina nei trattamenti prolungati

		Aumento % Incidenza	Eventi attribuibili all'Aspirina per 100 pazienti anno
Ematemesi	Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group (1989)	40	0,02
	Amis (1980)	90	0,1
	The Coronary Drug project (1976)	50	0,08
Melena	Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group (1989)	50	0,21
	Amis (1980)	60	0,34
	The Coronary Drug project (1976)	90	0,7
Ulcera peptica	Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group (1989)	20	0,05
	The Coronary Drug Project (1976)	30	0,33

Fonte: adattato da Roderick P.J., et al. «the Gastrointestinal toxicity of aspirin: ...». Br. J. clin. Pharmac. (1993), 35, 219-226.

settore pubblico) sono solo alcune delle forme in cui si concretizza il razionamento delle risorse.

Il paradigma economico della scarsità delle risorse rispetto ai bisogni (latenti o espressi in domanda di servizi) richiama inevitabilmente il tema della razionalità economica delle scelte in sanità. Non essendo possibile soddisfare tutte le istanze poste dalla società, sia individuali che collettive, occorre infatti individuare dei criteri con cui supportare il processo di allocazione delle risorse (finanziarie, umane e materiali) affinché queste non vengano «sprecate» o comunque utilizzate senza una adeguata valorizzazione delle loro potenzialità. La razionalità economica parte dal presupposto, peraltro verificabile anche nella vita quotidiana, che, proprio perché limitate, le risorse economiche hanno un costo e che questo è logicamente rappresentato dai benefici ottenibili dalle stesse risorse quando utilizzate nei migliori impieghi alternativi. È questo il concetto che gli economisti definiscono come di «costo-opportunità», concetto che trova la sua traduzione intuitiva nella constatazione che, dato che l'impiego di risorse in una attività impedisce l'impiego delle stesse risorse in un'altra attività, il costo di una scelta è rappresentato dal sacrificio imposto dalla migliore alternativa scartata.

L'analisi economica, tra i diversi fini per cui può essere impiegata, si propone di dare un contributo allo sviluppo sociale, analizzando le conseguenze delle scelte di allocazione delle risorse sul benessere della collettività. In particolare, la parte dell'economia che si dedica all'allocazione delle risorse all'interno del sistema sanitario, si focalizza sul rapporto tra le risorse disponibili per questo settore e i benefici che possono produrre sulla salute della collettività. In un contesto di crisi finanziaria dei sistemi sanitari e di proliferazione di tecnologie biomediche

sempre più costose, il contributo dell'economia è principalmente rivolto a far sì che migliori il grado di razionalità economica delle scelte, ossia che venga aumentato il contributo delle risorse sanitarie al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

Per far fronte a questi obiettivi, l'economia si serve della valutazione economica, un insieme di strumenti logici e metodologici che si propongono di affrontare, in base ai principi della razionalità economica, il problema della scelta tra modalità alternative di utilizzo delle risorse (Borgonovi 1988). La valutazione economica è quindi finalizzata a supportare il processo decisionale, proponendo un approccio ai problemi orientato a evitare che le scelte siano compiute casualmente o in funzione di valutazioni soggettive di singoli decisori, oppure in base a criteri esclusivamente tecnici, politici ed etici. La domanda principale cui la valutazione economica cerca di dare una risposta è se il programma sanitario oggetto di analisi è conveniente o, in altre parole, se i benefici prodotti dal programma giustificano le risorse necessarie per attuarlo.

Rispetto ad altri campi quali, ad esempio, i trasporti e l'ambiente, la valutazione economica in sanità si è sviluppata con tratti distintivi sul piano metodologico fino ad arrivare a proporre strumenti che, sebbene ancora non completamente sistematizzati sul piano teorico, si presentano con caratteristiche metodologiche sufficientemente definite e generalmente recepite negli articoli pubblicati nelle principali riviste internazionali. Questa sistematizzazione è stata raggiunta tra la fine degli anni '70 e l'inizio di quelli '80 per mezzo di alcuni contributi proposti da autori anglosassoni (Weinstein & Stason 1978; Warner & Hutton 1980, Drummond 1980, Weinstein 1981). Un'ulteriore sistematizzazione è stata inoltre raggiunta con

un saggio del 1987 che è divenuto il manuale di riferimento a livello internazionale sulla valutazione economica (Drummond et al. 1987). In questo manuale, gli autori propongono di distinguere quattro tipologie di valutazioni economiche complete: la minimizzazione dei costi, l'analisi costi-efficacia, l'analisi costi-utilità e l'analisi costi-benefici. Rimandando al saggio di Drummond e colleghi per una descrizione di tutte le tecniche, si presentano in questa sede soltanto le caratteristiche principali dell'analisi costi-efficacia, lo strumento utilizzato in questo lavoro.

In questo tipo di analisi i costi dei programmi sono messi in relazione alla loro efficacia espressa in un'unica unità di misura (Drummond et al. 1987). I risultati dell'analisi costi-efficacia sono generalmente espressi in termini di costi incrementali per unità di efficacia incrementale (ad es. costo per anno di vita salvato, o costo per caso evitato). L'analisi costi-efficacia è una tecnica di ottimizzazione vincolata: presuppone che esista un «budget» limitato di risorse e che questo vada allocato ai programmi sanitari in modo da massimizzare una «funzione obiettivo» (che in termini generali potremmo definire come la salute della collettività). Spesso il termine «analisi costi-efficacia» è preceduto dal termine «incrementale». È infatti necessario effettuare l'analisi in termini incrementali quando si debbano confrontare programmi «tecnicamente» alternativi tra loro; ad esempio quando si debba scegliere tra due farmaci trombolitici o tra due terapie antiaggreganti o anche semplicemente tra l'effettuare il programma e il «non fare niente». In tutti questi casi l'indicatore rilevante da un punto di vista economico è il rapporto tra i costi incrementali e l'efficacia incrementale. Per essere condotta in termini corretti, la valutazione economica deve quindi essere

svolta in base al confronto dei costi e dell'efficacia tra il programma oggetto della valutazione (programma A) e il migliore programma ad esso alternativo (programma B, che potrebbe anche essere non fare niente). Questo confronto può potenzialmente identificare tre situazioni:

1) il programma A ha efficacia inferiore e costi superiori al programma B; in questo caso il programma A si definisce «dominato» dal programma B: l'attuazione del programma A diminuirebbe il livello di salute della popolazione e contemporaneamente ridurrebbe anche le risorse a disposizione per altri programmi sanitari;

2) il programma A ha efficacia superiore e costi inferiori al programma B; in questo caso il programma A si definisce «cost-saving» e, chiaramente, dovrebbe essere adottato perché, oltre a contribuire all'obiettivo di aumentare il livello di salute della popolazione, permetterebbe di liberare risorse da utilizzarsi per la realizzazione di altri programmi sanitari;

3) il programma A è più efficace del programma B, ma a costi superiori; è in questo caso che diventa rilevante la costruzione del rapporto incrementale tra costi ed efficacia. È infatti in base all'indicatore «costo per unità di efficacia» che possono essere fornite delle indicazioni operative sull'adottabilità del programma. In linea teorica, esiste un valore di soglia oltre il quale il «costo per unità di efficacia» è troppo alto. I programmi che si posizionano sopra questa soglia sono infatti eccessivamente costosi per la società perché utilizzano troppe risorse rispetto ai miglioramenti della salute che producono. L'utilizzo delle risorse disponibili per questi programmi sarebbe quindi «irrazionale» da un punto di vista economico perché sottrarrebbe risorse per programmi più convenienti, ossia per programmi che, a parità di risorse impiegate, sarebbero in grado di

produrre maggiori benefici sanitari. In realtà non è disponibile una soglia a cui fare riferimento per il contesto italiano e non appare neppure molto chiaro come sia possibile ottenerla. Anche in altri contesti, non sono stati proposti molti valori per identificare delle soglie di «convenienza economica» entro le quali i programmi sanitari possano considerarsi «consigliabili». A conoscenza dell'autore, esistono suggerimenti su questo valore in due articoli pubblicati negli ultimi anni: 50.000 dollari utilizzato da Freedberg et al (1991) e 30.000-40.000 dollari utilizzati da Goldman et al (1992). Questi valori si riferiscono agli Stati Uniti e riguardano il costo per anno di vita salvato. Non si ritiene attualmente proponibile ipotizzare delle soglie «italiane» che siano un riferimento rispetto all'auspicabilità dei programmi sanitari. Si preferisce quindi non affrontare esplicitamente in questa sede il problema della definizione delle «soglie», lasciando al giudizio soggettivo e intuitivo del lettore il significato degli indicatori ottenuti.

3. Aspetti metodologici generali

I costi

In Italia, le informazioni di costo sui servizi sanitari sono particolarmente carenti. Favoriscono questa carenza: le caratteristiche dei documenti contabili delle U.s.l. e degli ospedali (contabilità finanziaria) e la modesta diffusione di strumenti di contabilità interna (contabilità per centri di costo e sistemi di rilevazione e classificazione delle attività). A fronte di questo limite delle fonti informative, le analisi economiche condotte in Italia hanno fatto principalmente riferimento alle tariffe del Nomenclatore tariffario nazionale (lo strumento utilizzato per la regolazione dei rapporti finanziari tra il S.s.n. e le strutture private convenzionate) e a ri-

costruzioni di alcune voci di costo tramite rilevazioni sul campo. Anche in questo lavoro è stato utilizzato il Nomenclatore tariffario nazionale per la stima dei costi di alcune prestazioni ambulatoriali (tabella 2). Si è invece deciso di intraprendere una strada diversa per quanto riguarda la stima dei costi dei servizi ospedalieri in regime di degenza ordinaria. Partendo dai pesi riportati nel decreto ministeriale sulle tariffe del 15 aprile 1994, il costo dei ricoveri per alcuni incidenti cardiovascolari e per altri eventi sanitari rilevanti è stato calcolato moltiplicando i singoli pesi per il costo medio di un ricovero negli ospedali italiani come calcolato da una recente indagine condotta su dati finanziari e di attività ospedaliera riferiti al 1991 (ASI 1994).

La scelta di questa metodologia per il calcolo dei costi ospedalieri è giustificata dall'impraticabilità di una rilevazione analitica dei consumi e dei costi delle numerose patologie considerate nell'analisi e dal ruolo che il sistema tariffario introdotto dal suddetto decreto potrebbe avere nella regolazione dei rapporti finanziari all'interno del S.s.n. tra enti finanziatori (Stato e Regioni) ed enti erogatori (U.s.l. e ospedali). È tuttavia da evidenziare anche il limite principale di una siffatta scelta: il decreto sopracitato adotta il sistema di classificazione dei ricoveri in base ai DRGs e recepisce i valori dei pesi utilizzati dal programma americano Medicare per rimborsare gli ospedali senza che sia stata svolta una sistematica e significativa valutazione relativamente alla situazione italiana.

In generale, l'analisi si riferisce ai costi delle conseguenze di breve periodo dei diversi programmi di intervento. Sono così, ad esempio, esclusi dall'analisi i costi sanitari dovuti al «follow up» dei pazienti dopo un evento ischemico, o i costi collegati alla maggiore probabilità di eventi cardiovascolari tra i pazienti colpiti da

ictus o infarto miocardico acuto. Al fine di proporre un'analisi conservativa, ossia rivolta ad evitare il più possibile soluzioni che favoriscano il farmaco oggetto di studio, si è deciso di adottare una prospettiva temporale più lunga (4 mesi) per quanto riguarda gli effetti gastrointestinali dell'utilizzo prolungato dell'aspirina.

Le analisi costi-efficacia presentate in questo lavoro assumono il punto di vista del Servizio sanitario nazionale. Non sono stati quindi presi in considerazione né eventuali costi indiretti, né eventuali costi diretti collegati a prestazioni sociali erogate in favore dei pazienti colpiti da ictus, infarto miocardico acuto o altre patologie considerate nell'analisi. Per calcolare il costo delle terapie con aspirina si è di volta in volta calcolato il prezzo della dose unitaria, considerando la confezione con il dosaggio più simile a quello ipotizzato nell'analisi (tabella 3). Per ogni singo-

lo modello di analisi, tale costo unitario è stato quindi moltiplicato per i pezzi necessari per completare il ciclo terapeutico. I prezzi dei farmaci sono tratti dall'Informatore farmaceutico del 1994; nel caso di somministrazione in ambito ospedaliero, tali prezzi sono stati ridotti del 50% per tenere conto della normativa nazionale che impone uno sconto minimo di questa entità sui prezzi di listino per tutti gli acquisti di prodotti medicinali da parte dei presidi ospedalieri.

La valutazione è stata condotta con riferimento al 1994. Considerato il breve profilo temporale utilizzato nelle analisi, costi ed efficacia non sono stati sottoposti ad alcuna procedura di attualizzazione.

L'efficacia e gli effetti collaterali

I numerosi trials che hanno valutato l'aspirina suggeriscono la sua effica-

cia nel ridurre il rischio di diversi eventi vascolari. In alcuni casi questa riduzione di rischio comporta una riduzione misurabile della mortalità; in altri, o potrebbe avere conseguenze in termini di sopravvivenza nel medio-lungo periodo (sopravvivenza comunque non studiata dai trial disponibili), oppure potrebbe avere rilevanti implicazioni in termini di qualità della vita dei pazienti.

Un modello completo a supporto della valutazione economica dell'aspirina richiederebbe una dettagliata descrizione di numerosi possibili esiti e la valutazione della qualità della vita di diversi stati di salute. Ciò comporterebbe la necessità di costruire un modello decisionale estremamente sofisticato e di effettuare specifiche rilevazioni complicate e costose (per delle introduzioni a queste tematiche si veda Weinstein et al. 1987, Johansson et al. 1991 e Muhlbaier & Pryor

Tabella 2 - Costi utilizzati nelle analisi costi-efficacia

	Unità di consumo	Costi	Annotazioni	Fonti
TERAPIA CON ASPIRINA				
Trattamento Ima	1 x 325 mg x 30 gg	1.808	Prezzo minimo, sconto osped.	Informatore Farm. 1994
Prevenzione primaria	1 x 100 mg x 365 gg	60.833	Prezzo aspirinetta	Informatore Farm. 1994
Prevenzione secondaria	1 x 100 mg x 365 gg	60.833	Prezzo aspirinetta	Informatore Farm. 1994
STREPTOKINASI (Streptasi)	1,5 milioni U	86.500	Sconto ospedaliero	Informatore Farm. 1994
t-PA (Alteplasi)	70 mg	1.066.700	Sconto ospedaliero	Informatore Farm. 1994
ULCERA SENZA SANGUINAMENTO	*	701.954	Ambulatoriale	Nomenclatore tariffario
ULCERA CON SANGUINAMENTO	** peso 0.9794	5.372.009	Ospedaliero DRG 174	Asi 1994, Decreto tariffe
IMA NON FATALE	** peso 1.6114	8.838.529	Ospedaliero DRG 121	Asi 1994, Decreto tariffe
IMA FATALE	** peso 1.4090	7.728.365	Ospedaliero DRG 123	Asi 1994, Decreto tariffe
ICTUS	** peso 1.2160	6.669.760	Ospedaliero DRG 14	Asi 1994, Decreto tariffe
MORTE OGNI CAUSA	** peso 1.4090	7.728.365	Ospedaliero DRG 123	Asi 1994, Decreto tariffe
MELENA	** peso 0.5506	3.020.041	Ospedaliero DRG 175	Asi 1994, Decreto tariffe

* Calcolato assumendo due visite specialistiche, 2 esofagogastroduodenoscopia, trattamento con Omeoprazolo e terapia di mantenimento con Ranitidina per 4 mesi.

** Pesi come da Decreto ministeriale sulle Tariffe ospedaliere del 15 aprile 1994. Costo medio per ricovero 5.485.000.

1989). Nel presente lavoro si sono utilizzati, quando appropriato, dei modelli di analisi delle decisioni, limitando però la descrizione degli effetti delle diverse strategie terapeutiche al breve periodo e operando delle semplificazioni nei casi in cui fosse ragionevolmente ipotizzabile un modesto impatto sui risultati. Il criterio generale di costruzione dei modelli è stato comunque orientato a semplificare di più laddove una maggiore articolazione fosse favorevole all'aspirina. Anche per quanto riguarda l'efficacia si è quindi utilizzato un criterio «conservativo». In particolare, è da sottolineare che proprio l'aver scelto le morti evitate come indicatore di efficacia può sottostimare la convenienza economica del trattamento con aspirina in alcune situazioni perché esclude dall'analisi considerazioni sulla qualità della vita. Inoltre, avendo fatto quasi esclusivo riferimento ai risultati di trials e di metanalisi, i quali hanno notoriamente un profilo temporale ridotto, non è stato considerato l'impatto delle terapie sulla mortalità nel lungo periodo.

Al fine di evitare scelte arbitrarie sui dati di efficacia, si è fatto generalmente ricorso a metanalisi e ai trial randomizzati di maggiori dimensioni. Coerentemente con la scelta adottata per i costi, non si è proceduto all'attualizzazione dell'efficacia. Alcuni dei rapporti costi-efficacia presentati nel lavoro sono stati calcolati con il supporto di un software per l'analisi delle decisioni in medicina (Smltree, J. Hollemberg 1991).

4. Il trattamento ospedaliero con aspirina nell'infarto miocardico acuto (e il confronto con la terapia trombolitica)

Utilizzando 9 studi pubblicati per un totale di 9.388 pazienti con infarto miocardico acuto trattati con antiag-

greganti, l'Antiplatelet Trialists' Collaboration (1994) ha effettuato una meta-analisi in cui risulta che la mortalità del gruppo trattato con antiaggreganti (9,3%) è inferiore a quello del gruppo trattato con placebo (11,7%). Il guadagno di sopravvivenza nelle prime cinque settimane risultante da questo studio è di 2,4 vite ogni 100 pazienti trattati e risulta sovrapponibile a quello ottenuto nello studio ISIS-2 in cui il trattamento con aspirina era stato valutato contro placebo. In quest'ultimo studio il guadagno di sopravvivenza attribuibile all'aspirina, nel caso di non associazione alla terapia trombolitica, è infatti pari a 2,2 vite ogni 100 pazienti trattati.

Il costo del trattamento di 100 pazienti con aspirina è stato stimato pari a 180.750 lire (Informatore farmaceutico 1994), assumendo una terapia giornaliera di 324 milligrammi per trenta giorni e uno sconto ospedaliero sul prezzo di listino della aspirina pari al 50%.

Oltre ai risultati relativi all'aspirina, ISIS-2 (1988) ha mostrato l'efficacia della terapia trombolitica con streptochinasi: rispetto al placebo, questo farmaco registra un guadagno nella sopravvivenza a 5 settimane pari a 2,6 vite ogni 100 pazienti trattati. Questo

risultato è praticamente identico a quello ottenuto dal GISSI (1986), il primo grande trial italiano sulla trombolisi.

Il costo del trattamento con streptochinasi, pari a 86.500, è stato stimato in base al prezzo di listino della Streptase, assumendo una dose di 1,5 milioni di U e uno sconto ospedaliero del 50%. Non sono stati considerati altri costi collegati alla somministrazione del farmaco.

Tre trials i cui risultati sono stati pubblicati recentemente (ISIS-3 1992; GISSI-2 1992; GUSTO Investigators 1993) hanno comparato streptochinasi e t-PA, al fine di verificare se alcune caratteristiche farmacologiche a favore del t-PA potessero tradursi in una riduzione del rischio di mortalità. Sia i risultati di GISSI-2 che quelli di ISIS-3 mostrano differenze marginali e statisticamente non significative tra i due trattamenti. Il terzo studio, condotto su 41.021 pazienti arruolati in 1.081 ospedali di 15 paesi, ha invece rilevato una differenza a favore del t-PA in somministrazione accelerata sulla mortalità a 30 giorni pari all'1,1%. Tale risultato si riferisce al confronto tra i due bracci dello studio che si differenziavano soltanto per il trattamento trombolitico e presenta una proba-

Tabella 3 - Prezzi dell'aspirina e di altri farmaci considerati nelle analisi costi-efficacia

	Dose unitaria	Unità per confezione	Prezzo 1994
Cardio Aspirina	324 mg	30	3.615
Aspirina	500 mg	24	5.400
	500 mg	16	8.000
Aspirinetta	100 mg	24	4.000
Streptase	250000 U	1	31.900
	750000 U	1	86.500
Actilyse	20 mg + fl 20 ml		611.700
	50 mg + fl 50 ml		1.521.700

bilità che sia generato esclusivamente dal caso pari al 3 per mille (P-value uguale a 0,003).

Il costo del trattamento con t-PA è stato stimato in base al prezzo dell'Actilyse, assumendo un dosaggio di 70 milligrammi e uno sconto ospedaliero del 50%. Anche in questo caso non sono stati considerati eventuali costi aggiuntivi collegati alla somministrazione del farmaco. In base ai risultati riportati in testo e ripresi in tabella 4 sono stati costruiti i rapporti costi-efficacia incrementali; per l'aspirina e la streptochinasi tali rapporti sono stati calcolati rispetto all'alternativa «nessun trattamento» (i pazienti non ricevono un trattamento sostitutivo ai due ipotizzati), mentre per il t-PA i rapporti costi-efficacia sono stati calcolati incrementalmente rispetto alla streptochinasi, il trattamento trombolitico alternativo ipotizzato come mi-

gliore e usato come termine di confronto nei tre trial suddetti.

In base ai risultati di ISIS-2 (1988) e dell'Antiplatelet Trialists' Collaboration (1994) il costo per salvare una vita umana con aspirina è compreso tra 70.000 e 90.000 lire. Il costo per vita salvata del trattamento con streptochinasi appare più alto, ma comunque ancora molto contenuto (circa 3,3 milioni per vita salvata), e non presenta sostanziali differenze tra i due suddetti studi. I risultati relativi al t-PA sono invece contraddittori: utilizzando i risultati di GISSI-2 (1986) si ottiene il classico caso di programma «dominato», ossia meno efficace e più costoso; mentre facendo riferimento ai risultati di ISIS-3 (1992) e dello studio GUSTO (GUSTO Investigators 1993) si ottiene un costo incrementale per anno di vita salvato di 264 milioni e 89 milioni rispettivamente.

Il trattamento dei pazienti con infarto miocardico acuto con aspirina è un programma eccezionalmente costo-efficace: permette di salvare una vita con qualche decina di migliaia di lire. Anche la streptochinasi presenta un rapporto costi-efficacia favorevole, sebbene 50 volte superiore a quello dell'aspirina. Non occorrono valori «soglia» o confronti con altre terapie di cui è stato calcolato il rapporto costi-efficacia per potere tranquillamente affermare che le terapie con aspirina e streptochinasi in questi pazienti sono un modo estremamente conveniente di utilizzare le scarse risorse del settore sanitario. Facendo riferimento ai dati del GUSTO, che non sono direttamente comparabili a quelli di GISSI-2 e ISIS-3 data la diversa modalità di somministrazione del farmaco, si osserva un rapporto costi-efficacia del t-PA 25 volte superiore a quello della streptochinasi e addirittura più di

Tabella 4 - Trattamento ospedaliero con aspirina e con trombolitici in pazienti con infarto miocardico acuto

	Sopravvivenza con aspirina	Sopravvivenza senza aspirina	Guadagno in sopravvivenza	Costo incrementale per 100 paz. (lire)	Costo per vita salvata (lire)
ASPIRINA Isis-2 Anti-platelet trialist coll. *	90,40% 90,70%	88,20% 88,30%	2,20% 2,40%	180.750 180.750	82.159 75.312
	Sopravvivenza con SK	Sopravvivenza senza SK			
STREPTOCHINASI (SK) Gissi Isis-2	89,83% 91,36%	87,23% 88,75%	2,60% 2,61%	8.650.000 8.650.000	3.330.881 3.308.490
	Sopravvivenza con t-PA	Sopravvivenza con SK			
T-PA vs SK Isis-3 ** Gissi-2 ** Gusto	90,41% 90,87% 93,70%	80,04% 91,33% 92,60%	0,37% -0,46% 1,10%	98.020.000 98.020.000 98.020.000	263.963.450 89.109.091

* La metanalisi include altri anti-aggreganti oltre all'aspirina.

** Valori di efficacia non statisticamente significati.

1.000 volte superiore a quello dell'aspirina. Tuttavia, 89 milioni per vita salvata non sembra un valore eccezionalmente elevato; non comunque così elevato da ritenere l'utilizzo del t-PA, nel caso di somministrazione in condizioni simili a quelle registrate nel suddetto trial, un modo sicuramente inefficiente di utilizzare le risorse sanitarie. La valutazione di convenienza economica dell'impiego del t-PA non può comunque prescindere dalle perplessità che riguardano l'impostazione e i risultati dello studio GUSTO (ad es. Friedman 1994); infatti, sebbene la verifica della qualità dei metodi degli studi epidemiologici non rientri chiaramente nella sfera di competenze dell'economia, appare comunque doveroso sottolineare le implicazioni economiche dell'incertezza che caratterizza le conoscenze cliniche di questo farmaco. È con questa finalità che si è voluto mostrare il rapporto costi-efficacia incrementale anche per i dati dei due trial precedenti al GUSTO; suscita infatti preoccupazione sulla razionalità dell'allocazione delle risorse osservare che, nel caso dei dati di GIS-SI-2, il trattamento con t-PA di 1.000 pazienti sottrarrebbe quasi 900 milioni al «budget» sanitario non producendo alcun guadagno in termini di sopravvivenza (anzi le stime puntuali indicano un perdita di 4,6 vite).

5. Il trattamento pre-ospedaliero con aspirina nel sospetto infarto miocardico acuto

Negli ultimi 20 anni la mortalità per malattie cardiovascolari in Italia ha registrato un costante declino (Cesana et al. 1992) dovuto alla riduzione di alcuni fattori di rischio e al miglioramento delle modalità terapeutiche intra-ospedaliere. Tali modalità hanno particolarmente interessato l'infarto miocardico acuto, la principale causa di morte tra quelle cardiovascolari.

Per questo evento ischemico, infatti, la mortalità intra-ospedaliera è passata dal 30% a circa il 9% (Maggioni et al. 1991). Dato che una sostanziale ulteriore riduzione di questo valore tramite nuove modalità terapeutiche intra-ospedaliere non sembra molto probabile in una prospettiva di breve periodo, appare particolarmente importante indagare se la mortalità per infarto miocardico acuto possa essere ulteriormente ridotta anche con strategie extra-ospedaliere. In particolare, sembra piuttosto interessante verificare se azioni di «primo intervento» possano avere un ruolo positivo. Tra queste, è sicuramente da mettere in primo piano l'utilizzo dell'aspirina all'insorgere dei primi sospetti di infarto.

La curva di sopravvivenza ottenuta da ISIS-2 indica che l'aspirina non sembra essere in grado di ridurre la mortalità vascolare nelle prime 24/36 ore. Sebbene il meccanismo di azione del farmaco si espliciti in tempi ridotti (Patrono 1994), non appare quindi molto plausibile che una terapia con aspirina all'insorgere dei primi sintomi possa essere in grado di ridurre la mortalità pre-ospedaliera.

Più verosimile appare invece la possibilità che il rischio di morte a 30 giorni possa essere influenzato dal lasso di tempo intercorso tra i primi sintomi e la somministrazione del farmaco. In questo capitolo si è testata questa ipotesi sotto il profilo farmacoeconomico, simulando un ipotetico programma in cui l'aspirina viene assunta ai primi sintomi di sospetto infarto. In mancanza assoluta di dati sull'efficacia di questo programma, la simulazione ha utilizzato i dati di ISIS-2 sulla sopravvivenza con trattamento prima e dopo le prime 4 ore dall'insorgenza dei sintomi.

La simulazione ipotizza che l'efficacia del programma sia pari alla differenza di sopravvivenza tra i pazienti trattati prima e dopo quattro ore dal-

l'insorgenza dei primi sintomi, come registrata dallo studio ISIS-2 (tabella 5). In assenza di informazioni sul rapporto tra il numero di pazienti che assumerebbero l'aspirina in caso di sospetto infarto e numero di infarti effettivamente diagnosticati, la simulazione è stata condotta per un ampio spettro di tali rapporti. Facendo riferimento al prezzo di listino dell'aspirina in confezioni da 24 compresse di 500 milligrammi, le più diffuse sul mercato italiano, è stato derivato un costo unitario di 225 lire. Al fine di valutare l'impatto sanitario ed economico di questo programma, sono state calcolate le morti evitate e i costi incrementali secondo differenti scenari sull'incidenza dell'infarto miocardico acuto nella popolazione italiana di 60,7 milioni di abitanti (tabella 6).

In base alla simulazione proposta, il trattamento con aspirina al primo insorgere dei sintomi di un sospetto infarto ha un costo per vita salvata compreso tra 50.800 e 2.490.000 lire, a seconda della probabilità che l'assunzione del farmaco avvenga in pazienti effettivamente colpiti dall'infarto (tabella 5). Ipotizzando che questa probabilità sia 0,1 e che l'incidenza annuale dell'infarto miocardico acuto in Italia sia pari a 200 casi per 100.000 abitanti, il programma costerebbe 108 milioni e salverebbe 531 vite.

La simulazione proposta è da intendersi semplicemente come un esercizio finalizzato a evidenziare l'importanza di analizzare più a fondo le possibili implicazioni, sia sul piano economico che su quello sanitario, di una strategia extra-ospedaliera. Infatti, la mancanza di dati sull'efficacia di un siffatto programma non permette di raggiungere nessun tipo di conclusioni. Tuttavia, l'aver scelto un livello di efficacia dell'aspirina che si può considerare conservativo e l'aver ottenuto dei risultati così favorevoli supporta l'ipotesi che questo pro-

gramma potrebbe essere una strategia molto «economica» per diminuire la mortalità per infarto miocardico acuto.

6. Prevenzione secondaria con aspirina in pazienti con pregresso infarto miocardico acuto

Sulla base di 11 studi per un totale di 9.877 pazienti nel braccio «antiaggreganti» e 9.914 pazienti nel braccio «placebo», l'Antiplatelet Trialists' Collaboration (1994) ha condotto una meta-analisi sulla sopravvivenza e i principali eventi vascolari in pazienti con pregresso infarto miocardico acuto (tabella 7). Dai risultati di questo studio sono stati tratti i principali parametri del modello di analisi costi-efficacia presentato in questo capitolo. Come illustrato nel diagramma 1, il modello prevede che i pazienti trattati e non trattati con aspirina possano sopravvivere in una situazione di normalità, oppure possano trovarsi o transitare, nell'arco del periodo di trattamento ipotizzato di 1 anno, nei seguenti stati: infarto miocardico acuto non fatale, ictus non fatale, morte per cause vascolari, morte per altre cause, ulcera (che può essere trattata in ospedale o ambulatorialmente) e melena. Ai fini del calcolo dell'efficacia, i rischi e i benefici sono registrati soltanto dalla mortalità che, per quanto riguarda quella non vascolare, com-

prende anche le cause eventualmente collegate agli eventi gastrointestinali ed emorragici. Ciò giustifica la mancanza nel modello di una mortalità specificamente collegata agli ictus emorragici e agli incidenti gastrointestinali.

Per il calcolo delle probabilità di transizione dallo stato di «normalità» (quello iniziale) alla morte e agli eventi morbosi considerati, nei pazienti non trattati con aspirina, è stato fatto direttamente riferimento ai dati dell'Antiplatelet Trialists' Group, dividendo il numero di «casi» registrati per il numero di pazienti seguiti e riportando tali probabilità su base annua. Per quanto riguarda gli eventi gastrointestinali è stato invece fatto riferimento al lavoro di Roderick e colleghi (1993) che, partendo dai dati riportati nei principali studi pubblicati, riporta sia l'incidenza di questi eventi tra i pazienti trattati con aspirina, sia l'aumento percentuale rispetto al placebo. Da questi valori sono state quindi derivate le probabilità transizionali

per i pazienti non trattati con aspirina. Tra i risultati menzionati da Roderick e colleghi si è deciso di utilizzare quelli del Coronary Drug Project (1976) in quanto i più pessimisti sugli effetti avversi del farmaco.

Per calcolare le probabilità transizionali dei pazienti trattati con aspirina, i rischi relativi dei diversi eventi presi in considerazione sono stati moltiplicati per le corrispondenti probabilità nei pazienti non trattati.

Data la rilevanza dei costi di ospedalizzazione, il trattamento dell'ulcera è stato differenziato in base al luogo di cura tra ospedale e ambulatorio, assumendo, in base ai dati del Physicians' Health Study (Steering Committee 1989), che il 15% dei pazienti con ulcera venga ricoverato in ospedale.

La maggior parte degli studi analizzati dall'Antiplatelet Trialists' Collaboration aveva utilizzato dosi giornaliere di aspirina superiori ai 300 milligrammi. Tuttavia è stato constatato che dosaggi inferiori, fino a 100 milli-

Tabella 6 - Morti evitate e costi incrementali del trattamento pre-ospedaliero con aspirina nella popolazione italiana nell'ipotesi di 10 pazienti trattati ogni infarto diagnostico

Scenari sull'incidenza	Morti totali evitate	Costo totale (lire)
100 Infarti per 100.000 abitanti	266	54.000.000
150 Infarti per 100.000 abitanti	399	81.000.000
200 Infarti per 100.000 abitanti	531	108.000.000
250 Infarti per 100.000 abitanti	664	135.000.000

Tabella 5 - Trattamento pre-ospedaliero con aspirina*. Differenti scenari in funzione della probabilità che i pazienti trattati siano effettivamente colpiti da infarto

Scenari	Sopravvivenza con programma	Sopravvivenza senza programma	Guadagno in sopravvivenza	Costi incrementali (lire)	Costo per vita salvata (lire)
2 pazienti trattati per ogni Ima diagnosticato	90,72%	90,28%	0,44%	225	50.808
5 pazienti trattati per ogni Ima diagnosticato	90,72%	90,28%	0,44%	900	203.231
10 pazienti trattati per ogni Ima diagnosticato	90,72%	90,28%	0,44%	2.025	457.270
20 pazienti trattati per ogni Ima diagnosticato	90,72%	90,28%	0,44%	4.275	965.347
50 pazienti trattati per ogni Ima diagnosticato	90,72%	90,28%	0,44%	11.025	2.489.580

* L'efficacia del programma è stimata estrapolando alla situazione extra-ospedaliera i dati di Isis-2 disaggregati in funzione dell'intervallo di tempo tra i primi sintomi e il trattamento.

Diagramma 1
STRUTTURA DEL MODELLO
PER LA PREVENZIONE IN PAZIENTI CON PREGRESSO
DI INFARTO MIOCARDICO ACUTO

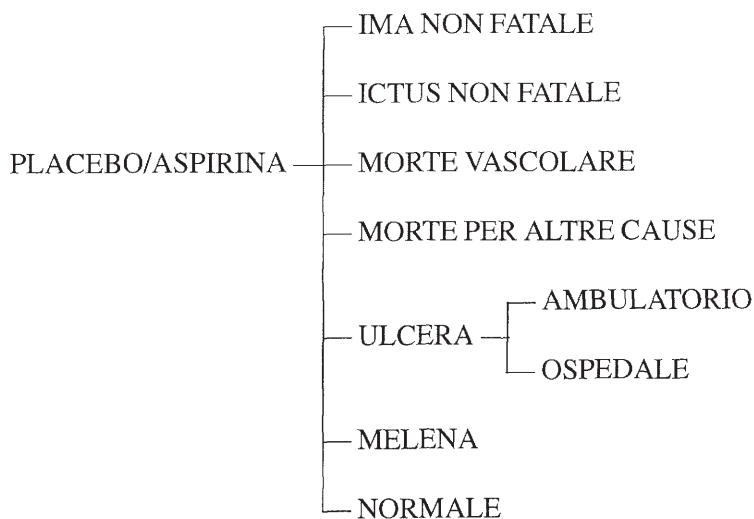


Tabella 7 - Prevenzione secondaria con aspirina in pazienti con «pregresso» di infarto miocardico acuto (Dati di base da Antiplatelet Trialists' Collaboration BMJ 1994)

		Aspirina	Placebo
Ima non fatale	Pazienti	9.877	9.914
	Casi	460	645
Ictus non fatale	Pazienti	8.375	8.372
	Casi	82	129
Morti vascolari	Pazienti	9.877	9.914
	Casi	797	933
Morti totali	Pazienti	9.877	9.914
	Casi	910	1.029
Morti non vascolari	Pazienti	9.877	9.914
	Casi	113	96
Probabilità Ima non fatale			0,03013
RR Ima non fatale		0,72	
Probabilità Ictus non fatale			0,00713
RR Ictus non fatale		0,64	
Probabilità morte vascolare			0,04358
RR Morte vascolare		0,86	
Probabilità Morte non vascolare			0,00448
RR Morte non vascolare		1,18	
Probabilità Ulcera (1)			0,02500
RR Ulcera (1)		1,30	
Probabilità Melena (1)			0,00780
RR Melena (1)		1,90	

(1) Roderick et al. «The GastrIntest.toxicity...» Br. J. clin. Pharmac. 35, 219-226. Dati ripresi da The Coronary Drug Project 1976.
RR = Rischio relativo.

grammi giornalieri, non riducono l'effetto protettivo sugli eventi vascolari e che l'azione antiaggregante avviene anche per dosi pari a 75 milligrammi (Patrono 1994). Sulla base di questi elementi è stato quindi deciso di assumere che il trattamento con aspirina consista in una somministrazione giornaliera di 100 milligrammi di aspirina (costo annuale pari a 60.800 lire).

Gli altri costi utilizzati nel modello sono riportati nella tabella 2. Come evidenziato in tale tabella, i costi dei ricoveri ospedalieri sono stati calcolati facendo riferimento alla classificazione DRG, moltiplicando i singoli pesi per il costo medio di un ricovero. Per quanto riguarda le ulcere trattate in ambito ambulatoriale, il loro costo è stato stimato in base alle indicazioni di un gastroenterologo (Meucci, comunicazione personale) e ai valori del nomenclatore tariffario (1992). Per i costi collegati alla mortalità è stato utilizzato il DRG relativo alla mortalità intra-ospedaliera per infarto miocardico (DRG 123) ed è stato assunto che il 50% dei pazienti morti per cause vascolari non sia ricoverato al momento dell'exitus. Sebbene arbitrarie, queste due ultime ipotesi sono state inserite per includere nell'analisi dei dati di costo che, seppure non difficilmente quantificabili, non sembrano trascurabili.

Nello scenario di base, trattare o non trattare 1.000 pazienti per un anno con aspirina costa 511.790.000 lire e 549.780.000 lire rispettivamente, e permette di ridurre il numero di morti da 48 a 43. Questo programma è quindi «cost-saving», produce cioè benefici sanitari permettendo al contempo di risparmiare risorse. Questo risultato è sostanzialmente stabile in tutti gli scenari considerati nell'analisi di sensibilità: soltanto nell'ipotesi che il rischio di infarto miocardico acuto venga ipotizzato pari a un terzo di quello utiliz-

zato nello scenario di base il programma non è più «cost-saving». Anche in questo caso, tuttavia, i risultati sono molto favorevoli, dato il modesto costo (2,4 milioni) per vita salvata che è stato ottenuto.

L'analisi di sensibilità dei principali parametri di efficacia conferma i risultati dello scenario di base: l'aspirina è un programma «cost-saving». Essa mette inoltre in risalto come questo risultato sia sostanzialmente indipendente dai principali costi soggetti a incertezza, in quanto il programma risparmia risorse in virtù della sua capacità di prevenire eventi cardiovascolari che, anche in uno scenario particolarmente conservativo, hanno dei rilevanti costi sanitari: i costi degli eventi avversi non possono, per ragionevoli valori della loro incidenza e della probabilità di eventi vascolari, controbilanciare i costi dei casi evitati di infarto e ictus.

Secondo l'analisi che abbiamo proposto, la profilassi con aspirina in pazienti con pregresso infarto miocardico acuto è un programma di notevole valore sanitario ed economico. Sotto quest'ultima prospettiva, esso si presenta particolarmente auspicabile perché permette di migliorare la salute di un segmento rilevante della popolazione a rischio di infarto e ictus ischemico, inducendo al contempo un risparmio delle «scarse» risorse sanitarie.

7. Conclusioni

In questo lavoro sono state mostrate alcune semplici applicazioni dell'analisi costi-efficacia nella prevenzione della mortalità per eventi vascolari. Il fine di questa analisi è duplice: da un lato illustrare un semplice strumento di «farmacoeconomia»; dall'altra confermare alcune intuizioni sul valore economico dell'aspirina

quando impiegata in alcuni specifici contesti.

Le analisi presentate in questo lavoro si riferiscono ad un farmaco che, dato il suo costo contenuto, difficilmente potrebbe risultare economicamente come non conveniente una volta accertata la sua efficacia. Questa considerazione preliminare consente di interpretare il senso del lavoro presentato e anche le importanti limitazioni che lo caratterizzano.

In primo luogo occorre sottolineare come sia stata seguita una via alquanto semplificata per la determinazione dei costi. L'aver fatto riferimento a ipotetiche tariffe basate sui DRGs e ai valori del nomenclatore tariffario rappresenta certamente un limite dell'analisi. Inoltre, è da sottolineare ancora una volta che non sono mai stati considerati nell'analisi i costi di lungo periodo, potenzialmente rilevanti soprattutto per i pazienti colpiti da ictus. Anche questo lavoro sottolinea quindi la mancanza di sufficienti informazioni di costo per poter svolgere valutazioni economiche complete, richiamando l'attenzione sull'importanza di effettuare ricerche specifiche sui costi di alcune patologie diffuse su cui si concentra una quota rilevante delle risorse sanitarie.

Una seconda limitazione delle analisi presentate riguarda la «modellizzazione del problema». Per quanto sia stato fatto un certo sforzo per tenere in considerazione diversi possibili esiti dei trattamenti, i modelli proposti sono da considerarsi soltanto come semplici punti di partenza. Anche in questo caso si ritiene che sarebbero opportuni specifici sforzi indirizzati a costruire modelli che descrivano in maniera compiuta la storia delle malattie vascolari anche, ma non solo, al fine di fornire un supporto alle valutazioni economiche di strategie preventive e curative.

Un terzo elemento da tenere in considerazione nell'interpretare i risultati proposti riguarda l'end-point sanitario utilizzato. Sebbene la mortalità a breve termine sia un indicatore molto rilevante per valutare l'efficacia di programmi di trattamento e prevenzione delle malattie vascolari, occorre tenere presente che registra soltanto una parte dei possibili benefici delle terapie; la qualità della vita durante il trattamento con antiaggreganti (per terapie prolungate) e negli stati di salute successivi ad eventi rilevanti ma non mortali possono infatti aggiungere rilevanti e utili elementi per affinare le valutazioni economiche.

Malgrado questi limiti, la robustezza dei risultati conseguiti suggerisce una certa tranquillità nell'affermare che l'utilizzo dell'aspirina nel trattamento della fase acuta dell'infarto miocardico acuto e nella prevenzione secondaria dell'infarto in pazienti con precedente esperienza di questo even-

to sia un modo «saggio» di impiegare le risorse sanitarie. Anzi, i risultati proposti suggeriscono che non utilizzare l'aspirina (o un altro aggregante nel caso si rivelasse altrettanto costo-efficace o cost-saving) rappresenta un atto di irrazionalità economica oltre che terapeutica.

Diverse sono invece le considerazioni suggerite dalle simulazioni sull'utilizzo dell'aspirina come strategia extra-ospedaliera in caso di primi sintomi di sospetto Infarto. In questo caso non possono essere tratte conclusioni perché mancano dei dati di efficacia su cui possa essere costruita una valida valutazione economica. La considerazione che può essere formulata in base alle simulazioni svolte riguarda l'importanza di effettuare sforzi di ricerca su questo fronte: esistono infatti segnali che indicano come una strategia di questo genere potrebbe essere sia efficace, sia con-

veniente da un punto di vista economico.

Il presente articolo prende spunto da una più vasta ricerca sull'utilizzo dell'aspirina nella prevenzione e nella cura delle malattie cardiovascolari supportata dalla Bayer s.p.a. L'autore desidera ringraziare, oltre all'azienda, il dott. Salvatore Lenzo e la dott.ssa Cristina Negrini della Funzione Medica per il prezioso aiuto. Un ringraziamento speciale è inoltre rivolto al prof. Carlo Patrono e al dott. Roberto Lorenzoni per aver chiarito all'autore alcuni aspetti epidemiologici e clinici fondamentali per lo svolgimento della ricerca. Ovviamente, l'autore soltanto è responsabile di tutto ciò che è affermato nell'articolo.

BIBLIOGRAFIA

ANTIPLATELET TRIALISTS' COLLABORATION, *Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy-I: Prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients.* BMJ 1994; 308: 81-106.

Tabella 8 - Risultati dell'analisi costi-efficacia del trattamento con aspirina in pazienti con infarto miocardico

Scenario		Costi per 1000 pazienti	Morti per 1000 pazienti	Costi incrementali (lire)	Vite salvate	Costo per vita salvata (lire)
Base	No-Asp.	549.780.000	48			
	Asp.	511.790.000	43	-37.990.000	5	cost-saving
Prob. Ima non fatale = 0,01 (base 0,03)	No-Asp.	371.947.000	48			
	Asp.	383.745.000	43	11.798.000	5	2.359.600
Prob. Ima non fatale = 0,045 (base 0,03)	No-Asp.	681.312.000	48			
	Asp.	606.588.000	43	-74.724.000	5	cost-saving
Prob. Ictus non fatale = 0,005 (base 0,007)	No-Asp.	531.781.000	48			
	Asp.	499.791.000	43	-31.990.000	5	cost-saving
Prob. Ictus non fatale = 0,02 (base 0,007)	No-Asp.	631.816.000	48			
	Asp.	566.456.000	43	-65.360.000	5	cost-saving
Prob. Morte vascolare = 0,01 (base 0,04)	No-Asp.	381.703.000	15			
	Asp.	367.238.000	14	-14.465.000	1	cost-saving
Prob. Morte vascolare = 0,08 (base 0,04)	No-Asp.	690.823.000	85			
	Asp.	633.081.000	74	-57.742.000	11	cost-saving
RR mortalità vascolare = 0,6 (base 0,86)	No-Asp.	549.787.000	48			
	Asp.	468.088.000	31	-81.699.000	17	cost-saving
Scenario pessimista complicanze gastrointestinali	No-Asp.	619.179.000	48			
	Asp.	608.179.000	43	-11.000.000	5	cost-saving

- ASI (Agenzia Sanitaria Italiana) 1994; 2:4-11.
- BORGONOV E., *L'impiego dell'analisi costi-benefici e dell'analisi costi-efficacia nell'allocazione delle risorse*. In: *La programmazione ed il controllo nelle strutture sanitarie*. Milano, McGraw-Hill, 1988.
- CESANA G., TERRARION M., SEGA R., BRAVI C., GUSSONI M. T., DE VITO G., VALAGUSSA F., *Declino della mortalità cardiovascolare e coronarica in Lombardia, 1969-1987. Valutazione della affidabilità delle stime e possibili ipotesi esplicative*. G Ital Cardiol 1992; 22: 293-305.
- DRUMMOND M. F., *Principles of economic appraisal in health care*. Oxford University Press, 1980.
- DRUMMOND M. F., STODDART G. L., TORRANCE G. W., *Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford, Oxford University Press, 1987.
- FREEDBERG K. A., TOSTESON A. N. A., COHEN C. J., COTTON D. J., *Primary prophylaxis for Pneumocystis carinii pneumonia in HIV-infected people with CD4 count below 200/mm³: a cost effectiveness analysis*. Journal of Acquired Immunodeficiency Syndrome, 1991, 4: 521-531.
- FRIEDMAN H. S., *Thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: GUSTO criticized*. The New England Journal of Medicine 1993; 330: 504.
- GISSI-2 AND INTERNATIONAL STUDY GROUP, *Six-month survival in 20 891 patients with acute myocardial infarction randomized between alteplase and streptokinase with or without heparin*. European Heart Journal 1992; 13: 1692-1697.
- GOLDMAN L., WEINSTEIN M. C., GOLDMAN P. A., WILLIAMS L. W., *Cost-effectiveness of HMG-CoA reductase inhibition for primary and secondary prevention of coronary heart disease*. Journal of American Medical Association 1991; 265: 1151.
- GRUPPO ITALIANO PER LO STUDIO DELLA STREPTOCHINASI NELL'INFARTO MIocardICO (GISSI), *Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction*. Lancet 1986; 1: 397-402.
- GUSTO INVESTIGATORS, *An international randomized trial comparing four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction*. The New England Journal of Medicine 1993; 329: 673-682.
- HENNEKENS C. H., JONAS M. A., BURING J. E., *The Benefits of Aspirin in Acute Myocardial Infarction. Still a Well-Kept Secret in the United States*. Arch Intern Med 1994; 154: 37-39.
- INFORMATORE FARMACEUTICO (L'), *I Medicinali*. Milano, OEMF, 1994.
- ISIS-2 (SECOND INTERNATIONAL STUDY OF INFARCT SURVIVAL) COLLABORATIVE GROUP, *Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17 187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2*. The Lancet Saturday 13 August 1988; 349-360.
- ISIS-3 (THIRD INTERNATIONAL STUDY OF INFARCT SURVIVAL) COLLABORATIVE GROUP, *ISIS-3: a randomised comparison of streptokinase vs tissue plasminogen activator vs anistreplase and of aspirin plus heparin vs aspirin alone among 41 299 cases of suspected acute myocardial infarction*. The Lancet 1992; 339: 453-770.
- JOHANNESSON M., HEDBRANT J., JONSSON B., *A computer simulation model for cost-effectiveness analysis of cardiovascular disease prevention*. Med Inform 1991; 16: 355-362.
- MAGGIONI A. P., FRANZOSI M. G., FARINA M. L., SANTORO E., CELANI M. G., RICCI S., TOGNONI G., *Cerebrovascular events after myocardial infarction: analysis of the GISSI trial*. BMJ 1991; 302: 1428-1431.
- MUHLBAIER L. H., PRYOR D. B., *Data for Cardiovascular Modeling*. JACC 1989; 14: 60A-64A.
- PATRONO C., *Aspirin as an antiplatelet drug*. The New England Journal of Medicine 1994; 330: 1287-1294.
- RODERICK P. J., WILKES C. H., MEADE T. W., *The gastrointestinal toxicity of aspirin: an overview of randomised controlled trial*. Br J Clin Pharmac 1993; 35: 219-226.
- STEERING COMMITTEE OF THE PHYSICIANS' HEALTH STUDY RESEARCH GROUP, *Final report on the aspirin component of the ongoing physicians' health study*. The New England Journal of Medicine 1989; 321: 129-135.
- THE CORONARY DRUG PROJECT RESEARCH GROUP, *Aspirin in coronary heart disease*. J chronic Dis. 1976, 29, 625-642.
- VANE J. R., BOTTING R. M., *The history of aspirin*. Chapman & Hall, London 1984.
- WARNER K. E., HUTTON R. C., *Cost-Benefit and Cost-Effectiveness analysis in health care: Growth and composition of the literature*. Medical Care 1980; 18: 1069-1084.
- WEINSTEIN M. C., STASON W. B., *Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices*. The New England Journal of Medicine 1977; 296: 716-721.
- WEINSTEIN M. C., *Economic assessment of medical practices and technologies*. Medical Decision Making 1981; 1: 309-330.
- WEINSTEIN M. C., COXSON P. G., WILLIAMS L. W., PASS T. M., STASON W. B., GOLDMAN L., *Forecasting Coronary Heart Disease Incidence, Mortality, and Cost: The Coronary Heart Disease Policy Model*. AJPH 1987; 77: 1417-1426.

SISTEMI INFORMATIVI PSICHIATRICI ED ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

di Luigi Ferrari

Azienda U.s.l. di Piacenza - Distretto del Val d'Arda - Fiorenzuola d'Arda

SOMMARIO: 1. Il problema - 2. Nascita e sviluppo dei sistemi informativi psichiatrici di servizio (SIS) - 3. I tre fondamentali principi alla base dei SIS - 4. Ambiti di applicazione - 5. La fase di progettazione del sistema informativo di servizio - 6. Il controllo delle operazioni - 7. Il controllo del potenziale - 8. La strumentazione - 9. I costi del sistema informativo ed i problemi psicologici di adattamento al SIS.

The purpose of this paper is to show and examine a number procedures for data collection adopted in public mental health services in Italy. Such procedures are aimed at management control and short/medium/long-term planning. Particular attention is paid to organizational and psychological constraints in their implementation. The experience of one Local Health Authority in the Emilia-Romagna Region is also presented.

1. Il problema

Uno dei più diffusi stereotipi riguardanti l'organizzazione dei servizi consiste nell'opinione che essi, soprattutto se orientati all'individuo, per l'alto contenuto di personalizzazione delle prestazioni, difficilmente possono essere studiati con una strumentazione rigorosa e quantitativa. Questa impostazione ha pesato molto sul ritardo dello sviluppo di una cultura di controllo razionale dei processi. Questo ritardo ha avuto, a cascata, molte altre indesiderate conseguenze sulla pianificazione e la progettazione dei servizi, in molte situazioni, oggi inaccettabilmente povera e arretrata.

L'obiettivo di questo scritto è quello di proporre una nuova classe di strumenti di controllo quantitativi, sviluppati in area psichiatrica, che, nell'opinione dello scrivente, possono rappresentare un aiuto nell'analisi organizzativa rigorosa ed una valida strumentazione per la programmazione. Il tema sarà trattato in termini generali, corredati, però, sempre da dati empiri-

ci esemplificativi sul sistema informativo del servizio psichiatrico di Fiorenzuola d'Arda (Piacenza).

In questo articolo una particolare enfasi sarà inoltre dedicata agli aspetti tecnici della progettazione ed alle difficoltà e alle problematiche organizzative e psicologiche nella fase di introduzione e nell'uso di questi strumenti.

2. Nascita e sviluppo dei sistemi informativi psichiatrici di servizio (SIS)

Sin dai primi anni '80 in psichiatria con l'archiviazione dei manicomi e con la nascita dei nuovi servizi territoriali, si è sviluppato il dibattito sui contenuti della nuova pratica, sui nuovi stili di lavoro, sulle modalità di verifica dell'efficacia dei nuovi principi di cura. Questi temi hanno portato nel decennio allo sviluppo a livello di servizio di interessanti esperienze di raccolta sistematica dei dati sul funzionamento dei nuovi servizi e sulle problematiche considerate.

In particolare, il SIS del Servizio di Salute Mentale dell'U.S.L. n. 3 di Fiorenzuola d'Arda della regione Emilia-Romagna nasce agli inizi degli anni '80 da un progetto comune di ricerca con le altre due U.S.L. della provincia di Piacenza per la raccolta di dati sulla domanda di prestazioni, su un arco temporale limitato, anche se pluriennale. Ben presto si è passati ad una diversa filosofia, che, anche se solo limitatamente alla U.S.L. n. 3, ha portato alla soppressione del limite temporale. Verso la metà degli anni '80 al protocollo sulla domanda se ne è aggiunto un altro sulla registrazione delle prestazioni.

Più in generale, alla fine degli anni '80 molte di queste esperienze pilota sono diventate strumenti istituzionali, promossi e diffusi successivamente a livello regionale (1). La standardizzazione, la routinarietà delle metodiche e la riflessione sulla raccolta ottimale dei dati rappresenta uno dei più grandi successi in questo campo. Si attende ancora, invece, un pari sviluppo nella

riflessione sull'impiego delle informazioni nella riflessione organizzativa. Il caso della psichiatria può, per molti aspetti, essere generalizzato, proprio per la sua peculiarità di «summa» di alcune problematiche gestionali, riscontrabili in forme diverse anche in altri servizi. Partiamo, dunque, considerando in successione, tre principi fondamentali sui quali l'esperienza suggerisce di fondare un sistema informativo di servizio.

3. I tre fondamentali principi alla base dei SIS

3.1. L'approccio «Input/Stock/Output»

Alla base d'un efficiente sistema informativo sta la fondamentale considerazione che il funzionamento di un servizio è la composizione di tre momenti: l'ingresso di nuove problematiche (nella psichiatria rappresentate da nuovi pazienti), lo stock delle problematiche in trattamento, l'uscita definitiva dalla competenza e dal raggio di azione del servizio. Si deve poi aggiungere il complesso delle uscite momentanee e dei reingressi. Quest'ultimo punto introduce un aspetto di complicazione della precedente tripartizione e ne sottolinea la non banalità. Uno dei più seri problemi nel controllo di gestione di alcuni servizi è infatti rappresentato dalla difficoltà di determinare con certezza il carico effettivo di problematiche in trattamento per unità di tempo. Nella psichiatria non ospedaliera, ed in genere nei servizi sanitari con forte caratterizzazione sociale, questo problema è molto complicato in quanto il comportamento degli utenti, i profili temporali di cura, i criteri di valutazione degli esiti presentano una grande variabilità e spesso una notevole incertezza. Questi problemi implicano la difficoltà nell'individuare un criterio di appartenenza allo stock che non sia troppo convenzionale, o arbitrario. Fondamen-

tale nello schema Input/Stock/Output (ISO nel seguito) è la variabile tempo.

3.2. La dimensione temporale

Succede spesso che in un servizio pubblico, con un'offerta di prestazioni scarsamente standardizzabili, sia difficile percepire l'effettiva variazione della domanda e dell'attività realizzata in un arco temporale ampio. Il punto di vista del singolo operatore e dello stesso dirigente di servizio è parziale e, per questo, spesso ingannevole, soprattutto quando si tratta di operare valutazioni su trasformazioni troppo lente per evitare deformazioni del ricordo e del giudizio soggettivo. Sono, dunque, prioritarie metodiche di raccolta longitudinale delle informazioni, distinguendo orizzonti temporali diversi di sviluppo delle problematiche gestionali e organizzative, di cui si vuole avere piena e rigorosa consapevolezza.

Identifichiamo perciò, convenzionalmente, il breve periodo (nel seguito: BP), in cui nell'arco di 1/2 anni sia possibile valutare gli effetti di modificazioni organizzative delle procedure e degli stili di lavoro. Nel medio periodo (nel seguito: MP), cioè su dati che coprono intervalli di 3/7 anni circa, sono, invece, meglio valutabili le variazioni strategiche e strutturali dell'organizzazione e alcune caratteristiche della domanda non soggette a cambiamenti casuali. Infine, prendendo in esame dati di lungo periodo (nel seguito: LP), cioè da 8-10 anni in poi, diventa possibile fare sensate considerazioni sui principi guida e sulla filosofia operativa del servizio, nonché sulle modificazioni di fondo della cultura alla base della domanda.

3.3. Il servizio in un sistema di interdipendenze

L'ultimo punto fondamentale è rappresentato dall'assunzione del servi-

zio come centro di una rete di interdipendenze tra differenti agenzie. Per meglio comprendere questo punto, si consideri la figura 1, che esemplifica sotto forma di una metafora idraulica i flussi di pazienti psichiatrici tra differenti agenzie di cura presenti in un territorio definito. Non dovrebbe risultare difficile l'interpretazione delle condotte in ingresso come rappresentazione degli input di nuove problematiche, il livello del fluido nei vari recipienti come il volume degli stock di situazioni in trattamento, ecc.

Questo approccio è chiaramente sovraordinato all'analisi del servizio ed è collegato allo schema ISO; la sua importanza è evidente, ma sarà oggetto solo marginalmente di trattazione in questo scritto, più centrato sul livello del servizio.

4. Ambiti di applicazione

Per quanto precisato, si ritiene che un modello di controllo gestionale basato sul SIS sia più produttivamente applicabile in contesti caratterizzati da:

- a) tipologia di utenza molto differenziata;
- b) prestazioni molto articolate e difficilmente standardizzabili;
- c) forti rapporti con il contesto e con altre agenzie;
- d) contesto organizzativo non troppo strutturato.

Per meglio comprendere il significato di questi quattro punti, vediamo il significato nel contesto psichiatrico. Innanzitutto i servizi psichiatrici, per la «vaghezza» dei bisogni sociali cui devono rispondere, sono fruiti da un'utenza molto composita e soggetta a variazioni. Al servizio psichiatrico afferisce oggi una domanda che, sempre più, affianca alle tradizionali ben definite problematiche psichiatriche un'area di «disagio» psicologico, che ha più a che fare col benessere, che con la malattia e la devianza. Que-

st'aspetto richiede un'operatività più flessibile ed un maggiore controllo nell'allocazione delle risorse.

Specularmente a questo nuovo tipo di domanda, c'è stata un'«esplosione», in molti dei servizi finalizzati al benessere, della varietà nella tipologia delle operazioni, delle tecniche e delle mansioni degli operatori. La modificazione della domanda ed i progressi nella filosofia di cura hanno anche portato ad un «approccio globale» ed ambientale al trattamento, che implica

un sempre maggior ricorso ad azioni coordinate con altre agenzie, o almeno alla loro non episodica consultazione. Ne consegue la necessità di un'organizzazione molto flessibile e che comunque lasci ampi spazi alla ridefinizione delle tecniche operative, dei ruoli e delle stesse mansioni al fine di adattarsi alla variabilità delle problematiche.

Questo contesto, pieno di incertezza, impone tecniche molto accurate nella raccolta delle informazioni e del

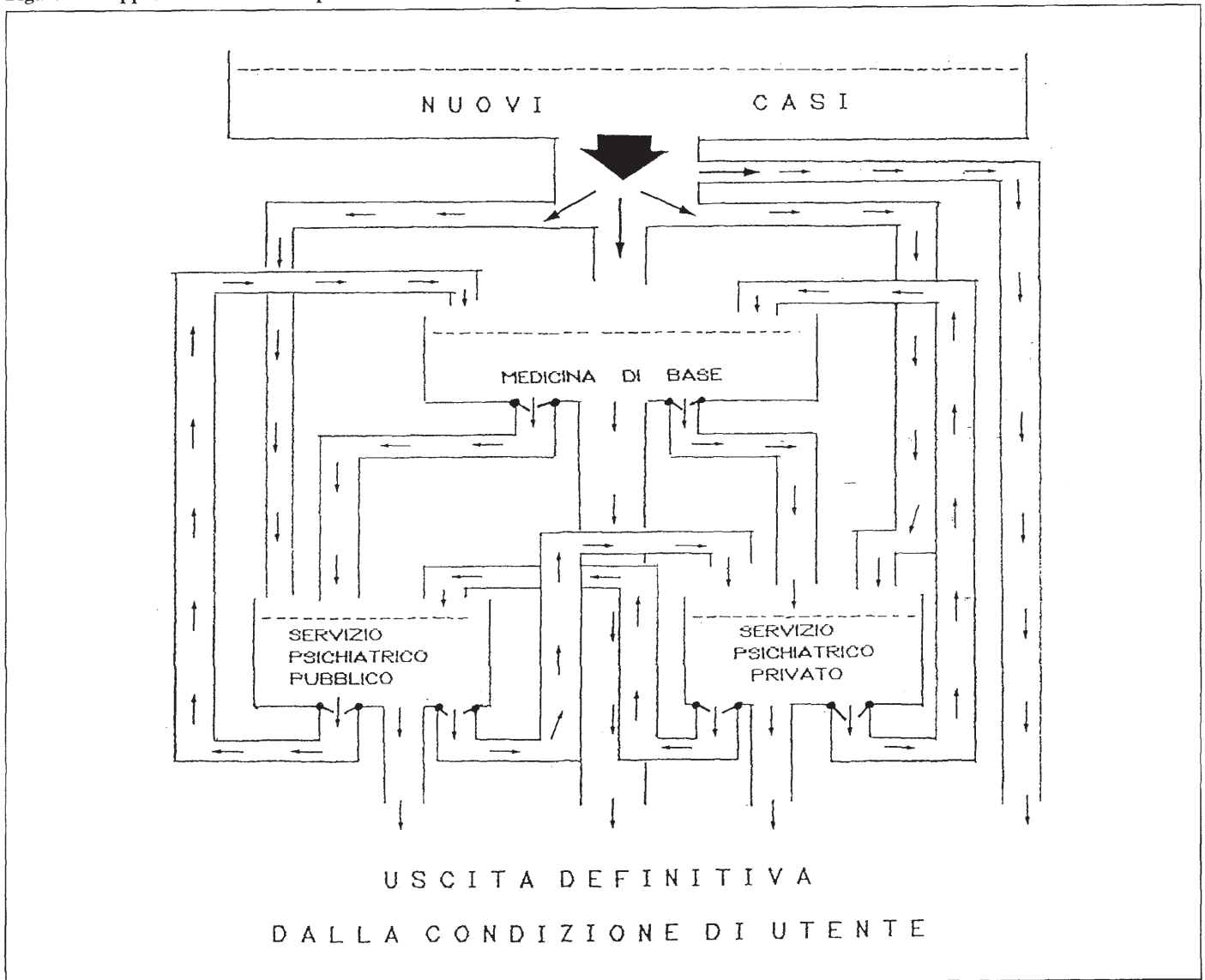
loro utilizzo nel controllo di gestione, giustificando investimenti significativi di risorse e di lavoro e, soprattutto, impone una razionale progettazione.

5. La fase di progettazione del sistema informativo di servizio

5.1. Gli obiettivi

Forse, il più intricato problema nell'allestimento dei SIS è rappresentato dalla definizione delle sue finalità.

Figura 1 - Rappresentazione di una possibile rete di interdipendenze e relativi flussi



Spesso nella progettazione pratica dei sistemi si presta molta attenzione ai dettagli tecnici e si dedica poco, o pochissimo impegno alla definizione degli obiettivi. Da una parte c'è la scarsa dimestichezza con le problematiche del controllo di gestione, dall'altra c'è l'insidiosa convinzione di sapere perfettamente quali sono le informazioni «interessanti» riguardanti il proprio lavoro. Purtroppo non si considera che l'assenza di una valutazione dei fini coincide con l'assenza di una scala di priorità dei possibili impieghi del SIS. Questo aspetto del problema rimane pericolosamente «invisibile» fino a che quasi sempre l'esperienza (quasi mai la riflessione, appunto) mostra che il SIS ha dei costi, sensati solo in un quadro di ben precisa scelta degli impieghi e dei risultati attesi. Così può capitare che la superficialità nella fase di progettazione porti a sistemi onerosissimi che forniscono misure poco utili.

L'apparente ovvietà delle precedenti proposizioni non deve trarre in inganno: ci sono infatti altri fattori che concorrono ad una frequente sottovalutazione della definizione degli obiettivi. Uno tra questi, tipico del caso della psichiatria, è l'utilizzo dei dati per impieghi diversi dal controllo gestionale e organizzativo (studi clinici, epidemiologici ecc.). Questi obiettivi, in qualche caso, per l'evidente interesse che rivestono, finiscono per eclissare, in fase di progettazione, il complesso degli impieghi dei SIS a fini organizzativi. Naturalmente tutte le finalità sono legittime, da evitare è, però, che i dati raccolti, magari ottimi per un'indagine epidemiologica, siano inadeguati sul piano del pur desiderato controllo di gestione. Avvertendo che nulla può sostituire una riflessione sugli obiettivi partendo dal caso concreto e particolare, si può cercare di generalizzare, suggerendo alcuni degli

obiettivi di maggiore interesse in differenti contesti.

Sulla base dell'esperienza, mi pare che cinque siano di interesse più generale:

- 1) il controllo della variazione degli input;
- 2) il controllo della variazione degli stock;
- 3) il controllo della variazione degli output;
- 4) il controllo sulle operazioni;
- 5) il controllo sul potenziale.

Passiamoli rapidamente in rassegna.

5.2. Variazione degli input

Nello schema ISO, è essenziale il controllo dei flussi di entrata, sia dal punto di vista delle interdipendenze, sia dal punto delle dinamiche di medio e lungo periodo, di trend e degli andamenti ciclici. Nell'ambito di queste informazioni, vanno prese in esame le modificazioni qualitative della domanda, dell'immagine e della funzione del servizio. In questo caso l'obiettivo può consistere sia nella razionalizzazione delle procedure di acquisizione delle problematiche da altre

agenzie, sia nella «prevedibilità» (le virgolette sono d'obbligo) dei flussi nel BP e nel MP. Ovviamente ricavando da questa analisi corretti criteri di programmazione degli interventi, degli standard, del potenziale di servizio ecc.

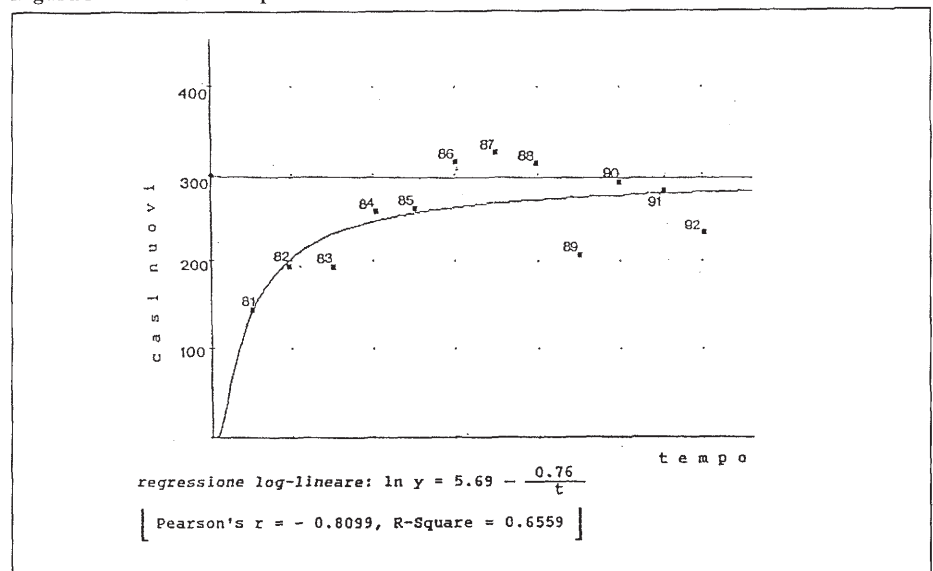
Il SIS, se progettato sulla base dei principi sopra delineati, può rappresentare un notevole aiuto sia riguardo alle scelte di servizio, sia nei confronti delle decisioni a livello aggregato.

È esperienza comune di chi lavora nei servizi che il bisogno di cura e la domanda ad esso relativa varia nel tempo. Questa variazione generalmente rimane, però, enigmatica nel suo significato più profondo. Soprattutto ci si domanda se le variazioni sono fatti accidentali di scarso rilievo o, addirittura, senza significato, oppure se i cambiamenti sono il segno di importanti movimenti di fondo dei fenomeni.

Posto infine che sia accertata una non casualità delle modificazioni, rimane, poi, quasi sempre senza risposta il quesito sul significato e sulle ragioni di tali variazioni.

Ciò premesso, passiamo ad esaminare, nell'esempio di Fiorenzuola, la figura 2, in cui i punti rappresentano la

Figura 2 - Nuovi casi nel periodo 1981-1992



successione dei totali dei primi casi nell'arco di 12 anni in quel servizio. È importante avvertire il lettore che per «caso nuovo» in questo contesto si intende ogni individuo che richiede prestazioni, o che è stato segnalato da terzi (convenzionalmente nel seguito nominati come «richiedenti»), senza aver mai avuto contatti precedenti col servizio.

È evidente un trend in crescita negli anni 81-87. A questo periodo di crescita segue negli anni successivi una sorta di stabilizzazione, con oscillazioni. Considerando che il servizio ha cominciato a funzionare nel 1980 e tenendo conto che opera senza «concorrenti», pare evidente che in questa situazione la fase di crescita dell'utenza e di suo radicamento si debba misurare nel medio periodo (2). Nel caso in esame, proprio in quanto il servizio opera privo di «concorrenti», pare corretto giustificare il dimensionamento della domanda di LP sulla base di due variabili fondamentali: il bisogno nella popolazione, il potenziale del servizio. In una situazione di più intricate interdipendenze l'analisi del processo di convergenza all'equilibrio può essere molto più complessa.

Osserviamo ora nell'intervallo 1987-1992 nella figura 2 una sorta di stabilizzazione intorno ad un valore asintotico, con, però, oscillazioni. Prescindendo dalle possibili cause, molto complesse e connesse a fenomeni ancora poco indagati e conosciuti, si può dire che oscillazioni di questa portata di solito implicano variazioni rilevanti di carichi di lavoro. In linea generale la misura dell'input nel LP è un elemento irrinunciabile nelle scelte sia di dimensionamento degli standard quantitativi del potenziale impiegato, sia dell'elasticità dell'organizzazione interna, appunto finalizzata a fronteggiare oscillazioni nei carichi di lavoro. Vediamo ora qualche aspetto qualitativo dell'evoluzione della domanda.

Nel protocollo più vecchio sulla domanda si distingue innanzitutto la domanda fatta dai pazienti, da quella dei terzi a nome e nell'interesse dei pazienti. In psichiatria questa distinzione è molto «ovvia». Le due domande sono ben distinguibili, originano differenti ambiti di intervento, rappresentano due differenti, anche se collegati, bisogni sociali. Da questo, la scelta di trattarle quasi sullo stesso piano sia sul piano organizzativo, sia per il peso della domanda dei richiedenti, come domanda di rassicurazione e d'ordine.

A livello più generale, questo approccio suggerisce una grande attenzione all'analisi precisa del peso delle funzioni e dei compiti che istituzionalmente non competono al servizio, ma che, in realtà, finiscono, nelle pieghe dell'attività, per assorbire una significativa quota del potenziale. Spesso nei servizi con competenze complesse e «sfumate», con molte interdipendenze, la pratica pluriennale ed una domanda molto segmentata ha portato a sviluppare, anche al di là degli effettivi progetti, servizi all'utenza non di stretta competenza.

Qualche volta, nonostante il dispendio di forze, proprio la apparente marginalità di queste operazioni riduce la loro «visibilità». L'esperienza dimostra che il SIS, proprio in quanto obbliga gli operatori ad una continua e minuta «oggettivazione» della loro pratica, consente anche l'emergere di questa parte della domanda e dell'attività, ad essa relativa.

Secondo fondamentale elemento nella valutazione della domanda è l'esame dei percorsi che precedono il contatto col servizio. Questa tematica può essere affrontata da almeno due punti di vista:

1) la durata del periodo di «latenza» della domanda, cioè del periodo che intercorre tra l'emergere della problematica e il primo contatto col servizio;

2) i percorsi veri e propri precedenti al contatto col servizio.

I due punti consentono una serie di importantissimi approfondimenti sui rapporti con l'utenza, sull'accessibilità al servizio, sul governo delle interdipendenze e, più in generale, sulla sua fruibilità. Va infine prestata una particolare attenzione alla differenza tra gli utenti che si rivolgono per la prima volta al servizio e gli altri. Questa distinzione consente infatti interessanti valutazioni sull'immagine del servizio prima e dopo la sua fruizione.

Passiamo a considerare, nell'esempio di Fiorenzuola, il contenuto della domanda. Ricordando quanto detto sulla segmentazione della domanda e la distinzione tra pazienti e richiedenti, esaminiamo le tabelle 1 e 2, che riportano le richieste espresse dai pazienti e dai richiedenti nel corso dei 12 anni studiati. In ambedue le tabelle appare evidente la profonda trasformazione nei pesi interni dei vari tipi di interventi richiesti. La caduta della domanda di ricovero è senz'altro il dato più eclatante: dal 17,2% nel 1980 al 2,5% nel 1992 di tutti gli interventi domandati dai richiedenti, dall'11,6% allo 0,4% per i pazienti. Questo calo è il risultato, nel caso specifico, di una scelta precisa di obiettivi strategici di servizio, che, in estrema sintesi, sono così elencabili in ordine di importanza:

- una particolare attenzione per i casi gravi di psicosi;
- nessuna esclusione delle altre situazioni;
- facilità di accesso alle cure completamente gratuite;
- la riduzione dei ricoveri nel numero e nella durata;
- la riduzione dei ricoveri coatti.

Molto interessante è anche la crescita delle richieste «generiche» del tipo: «aiuto», «visita medica». Questi dati, per certi versi completamente inaspettati, sono di più difficile inter-

pretazione. Almeno per quanto si riferisce ai richiedenti, per cogliere uno dei possibili significati si veda la tabella 3, in cui è delineata l'evoluzione di LP della tipologia dei richiedenti. Sia pure con oscillazioni di medio periodo, sembra identificabile un trend di caduta degli invii delle famiglie e di crescita delle richieste dei medici di base e degli ospedali.

Su questa base, si può affermare che la crescita delle richieste generiche può essere la conseguenza del posizionamento sempre più netto del servizio come servizio di secondo livello. Tale risultato inoltre può anche essere giustificato da una sempre maggiore «familiarità» di questi richiedenti col servizio, con conseguente minor bisogno di dettagliare e contrattare i limiti della collaborazione. L'analisi di LP mostra una mutazione delle relazioni di interdipendenza, che, indipendentemente dalla valutazione di merito, va attentamente esaminata in quanto fenomeno «lento» e «spontaneo», cioè sviluppatosi al di là di una precisa progettazione del servizio.

5.3. Variazioni degli stock

Di grande rilevanza è, nello studio dello stock, l'analisi degli «alti utilizzatori» e ai cronici.

Con «alti utilizzatori» si designa, non solo nel contesto psichiatrico, quella categoria di pazienti che impegna i servizi con i maggiori carichi di lavoro. Infatti anche in servizi non psichiatrici si può riscontrare una tendenza, spesso percepita con difficoltà, alla concentrazione degli interventi su poche onerosissime problematiche. Questi problemi sono molto intricati per una serie piuttosto ampia di motivi.

Va innanzitutto detto che la loro stessa definizione e perciò la loro misurazione è complicata. Se infatti si considera, nella psichiatria ambulatoriale, la nozione di «paziente in tratta-

mento», alla base, ovviamente, della «alti utilizzatori» e dei cronici, questa misurazione dei due insiemi degli appare quanto mai incerta. I pazienti

Tabella 1 - Distribuzione degli interventi domandati dai pazienti nel periodo 1981-1992 (dati percentuali)

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
A	11.6	4.1	2.5	4.6	1.2	2.2	2.2	0.4	0	0.5	0.8	0.4
B	14.8	7.5	21.2	23.5	24.5	31.2	22.6	12.0	9.6	10.2	11.5	6
C	0	0	0	0.8	0.8	0.9	0.9	0	0.5	0	0	0
D	4.9	4.7	9.0	2.6	3.6	1.3	4.0	2.9	4.2	5.1	4.3	5
E	4.1	2.3	15.7	12.6	7.7	8.9	12.0	7.3	4.2	1.4	4.3	7.3
F	0	0	0	0	0	0.4	0.9	0.7	0	0.5	0.8	0
G	0.8	0	1.0	1.3	0.4	1.8	0.9	0.3	0.5	0	1.6	0.4
H	0.8	1.2	2.5	3.8	7.3	1.8	6.2	3.5	2.1	3.2	9.5	3.2
I	12.5	16.2	11.6	13.0	17.4	13.9	19.8	18.1	21.9	26.1	2.0	12.9
L	25.7	29.1	16.0	18.9	24.4	22.4	12.4	25.4	18.8	27.0	26.6	43.8
M	2.4	2.6	5.5	1.7	1.2	2.2	3.0	1.7	8.0	4.1	3.1	3.2
N	22.4	32.4	15.0	17.2	11.5	13.0	15.1	27.0	30.2	21.9	17.5	17.8
Tot.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

A: ricovero
B: terapia farmacologica
C: intervento domiciliare (terapia farmacologica esclusa)
D: psicoterapia (formalizzata)
E: colloqui di sostegno
F: intervento riabilitativo
G: intervento sociale
H: certificazione
I: visita medica, consulenza (richiesta generica)
L: aiuto (richiesta generica)
M: altro

Tabella 2 - Distribuzione degli interventi domandati dai «richiedenti» nel periodo 1981-1992 (dati percentuali)

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
A	17.2	6.8	6.6	8.4	2.6	5.2	2.9	2.0	1.9	2.1	2.3	2.5
B	6.4	3.7	8.6	11.6	11.8	10.1	11.9	6.2	1.9	5.5	7.4	5.0
C	0	0.7	0.6	2.2	2.6	1.4	1.8	0.8	1.2	1.1	0.4	0.6
D	1.0	2.2	8.6	2.2	3.5	2.4	3.7	0.4	2.5	2.2	1.8	3.1
E	2.1	2.2	2.6	6.7	4.8	3.3	4.1	3.3	0.6	1.6	1.4	2.5
F	0	0	0	0	0	0.4	0.7	0.4	0	1.1	0.4	0
G	2.1	2.2	0.6	0.4	1.7	0.4	0.7	0.4	0	0	0.9	0.6
H	1.0	0	3.3	3.5	4.8	0.4	6.3	3.7	1.2	3.8	11.6	8.1
I	54.8	73.4	61.9	58.9	63.0	69.7	58.9	73.1	81.9	74.0	66.0	63.7
L	12.9	4.5	6.6	5.3	3.9	5.7	6.3	5.3	6.4	7.1	6.9	11.8
M	2.1	3.7	0	0.4	0.8	0.4	2.2	4.1	1.9	1.1	0.4	1.8
Tot.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

A: ricovero
B: terapia farmacologica
C: intervento domiciliare (terapia farmacologica esclusa)
D: psicoterapia (formalizzata)
E: colloqui di sostegno
F: intervento riabilitativo
G: intervento sociale
H: certificazione
I: visita medica, consulenza (richiesta generica)
L: aiuto (richiesta generica)
M: altro

infatti, non in una condizione certa di utente, come quella per es. di ricoverato in ospedale, utilizzano il servizio con modalità e con tempi quanto mai variabili e imprevedibili. Chi ha pratica ambulatoriale sa benissimo che solo una parte dei pazienti si presenta regolarmente agli appuntamenti e, soprattutto, segue regolarmente e fino in fondo programmi concordati di cura. Più spesso il loro profilo temporale è irregolare, con abbandoni, molto spesso improvvisi e con rientri ripetuti.

Naturalmente questa variabilità è connessa alle caratteristiche stesse delle problematiche. A parte la resistenza al trattamento, tipica delle sindromi psichiatriche, la probabilità di trattamenti protratti nel tempo e ripetuti cresce per l'allargamento dello spettro delle competenze del servizio psichiatrico nel campo del «benessere psichico». Questa variabilità è, però, anche il risultato inevitabile dell'accessibilità del servizio, della mancanza di barriere burocratiche e di liste di attesa, (e forse della stessa gratuità delle prestazioni), che consentono facili abbandoni e rientri.

Come conseguenza, risulta piuttosto difficile discriminare con precisione tra un'assenza temporanea ed un'assenza definitiva, da ciò la difficoltà di misurare, in un dato intervallo di tempo, lo stock delle problematiche in trattamento.

Questa incertezza non è priva di effetti negativi. In prima approssimazione, si può dire che il servizio che non governa, attraverso metodi rigorosi, il suo carico di lavoro finisce per dover mantenere disponibile un'eccessiva quantità di potenziale, per le variazioni di domanda impreviste. La mancata conoscenza della variabilità degli stock mantiene uno stato di incertezza ed una conseguente organizzazione interna prevalentemente «difensiva», dimensionata per rispondere all'imprevisto.

Per ovviare a questi problemi di misurazione sono state proposte convenzioni che, quasi sempre, individuano una durata massima — diciamo, per esempio, k giorni — di mancato contatto col servizio per considerare il paziente ancora in trattamento. In questo modo la misurazione dello stock può avvenire abbastanza facilmente e, soprattutto, con ridotto dispendio di energie. Questa impostazione è tutt'altro che disprezzabile, però, purtroppo, presenta vari inconvenienti.

Limiti temporali troppo stretti riducono artificiosamente gli stock, rendendoli dissonanti ed incoerenti con gli effettivi carichi di lavoro. Al contrario limiti temporali eccessivi gonfiano gli stock in modo inaccettabile. Il problema, chiaramente, è quello di tutte le misurazioni convenzionali, basate sul secco principio «si/no». Esse danno un'idea dei fenomeni, ma per gli impieghi complessi non forniscono sufficienti informazioni. Attraverso i SIS, utilizzando i data base relativi alle prestazioni è possibile valutare in modo esauriente gli stock, non riducendo la loro misurazione ad un singolo valore. Si prenda in esame a questo proposito la figura 3, sdoppiata per evidenti necessità grafiche. In essa ogni punto identifica la quantità di pa-

zienti (in valore assoluto), che hanno ricevuto almeno una prestazione dal servizio in differenti intervalli di tempo, per k = 1, 2, 3, ..., n giorni.

In particolare, a ciascun valore di k corrisponde un punto della figura, ottenuto facendo la media dei totali dei pazienti trattati in intervalli consecutivi di tempo, sempre uguali (appunto di k giorni), tratti lungo tutto il periodo 1990-1992. Ad un primo esame, appare evidente che, incrementando il periodo k, il numero di pazienti considerati in trattamento cresce con una funzione monotona. Questa prima osservazione può apparire banale. In effetti lo è, ma solo in parte. La figura in realtà fornisce un'altra informazione, questa non banale, sul tasso di crescita, che, nel caso specifico, decresce con l'incremento di k, con un andamento simile a quello di una funzione logaritmica. Questo particolare aspetto della distribuzione dei punti è essenzialmente determinato dalle lunghe permanenze negli stock che stanno palesemente alla base dei fenomeni della cronicità e degli «alti utilizzatori».

Concentriamo l'attenzione ora sui due segmenti BA e BC. Queste linee delimitano uno spazio che contiene tutti i possibili valori calcolabili per

Tabella 3 - Composizione dei «richiedenti» nel periodo 1981-1992 (dati in percentuale sul totale dei richiedenti)

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
A	9.1	10.8	8.6	10.5	5.2	2.0	5.4	2.6	3.7	3.1	4.0	5.6
B	3.3	2.5	1.9	1.3	0	0	0.7	0.4	1.2	0	0	1.2
C	21.5	26.6	21.8	20.5	23.6	31.1	23.4	26.1	30.1	27.8	27.4	33.4
D	15.8	14.6	23.7	26.9	33.6	25.3	27.3	30.8	25.2	24.8	19.7	20.4
E	9.9	12.6	13.1	10.0	8.9	12.6	13.8	15.8	13.6	17.6	23.5	15.4
F	33.8	31.0	25.0	27.7	19.8	25.2	23.3	19.6	22.0	21.2	23.5	22.8
G	6.6	1.9	5.9	3.1	8.9	3.8	6.1	4.7	4.2	5.5	1.9	1.2
Tot.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

A: altro servizio psichiatrico pubblico
 B: servizio psichiatrico privato
 C: ospedale civile
 D: medico di base
 E: altro ente (scuola, casa di riposo, Comune, ecc.)
 F: familiari, parenti, conviventi
 G: altri (datore di lavoro, collega, amici, ecc.)

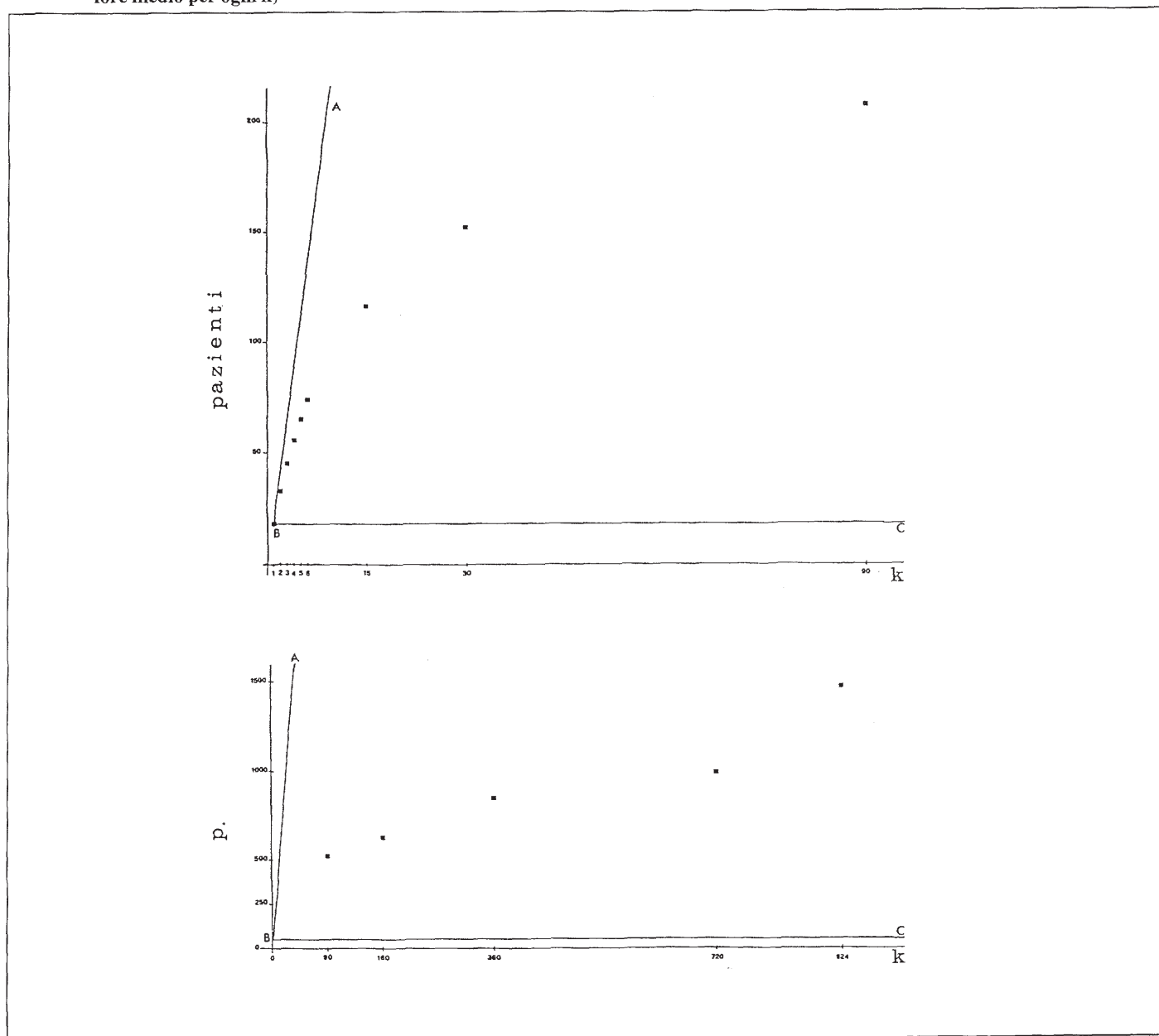
$k > 1$. Data infatti la media dei pazienti trattati in una giornata, che appunto coincide col punto B, le medie delle problematiche in trattamento per periodi più lunghi di un giorno non possono stare fuori dall'area ABC. Più in dettaglio, se i punti per $k = 2, 3, 4, \dots, n$ giacciono tutti lungo la linea BA, che ha formula: $P_k = P_1 \cdot k$, dove P_1 e P_k

sono i pazienti in trattamento in 1 o k giorni, il grafico rappresenta la situazione puramente teorica in cui ogni problematica viene esaurita nell'arco della giornata. Ogni paziente viene trattato e dimesso in un solo giorno: la cronicità e gli «alti utilizzatori» sono impossibili. Questo scenario assurdo per la psichiatria, è accettabile per altri

servizi sanitari: si pensi, per esempio, ad un pronto soccorso. In ogni caso la linea rappresenta una possibilità estrema.

L'estremo opposto è rappresentato dalla linea BC. Se tutti i punti giacciono su questo segmento abbiamo che il servizio tratta indefinitamente sempre gli stessi pazienti: tutti sono cronici

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti trattati almeno una volta in successivi intervalli uguali di k giorni ciascuno nel periodo 1990-1992 (valore medio per ogni k)



ed «alti utilizzatori». Anche questa è una possibilità puramente teorica; tra questi estremi tutte le situazioni reali di interesse pratico. In linea generale maggiore è la vicinanza dell'effettiva distribuzione dei valori alla linea maggiore è la quota di cronici e di «alti utilizzatori». È dunque possibile attraverso il SIS una misurazione rigorosa degli stock, non consistente in un solo valore, ma in una distribuzione di valori. Essa consente comparazioni, in momenti differenti, della tendenza del servizio ad allungare/ridurre i tempi di trattamento. Con opportune standardizzazioni dei dati sono anche possibili confronti tra servizi diversi (3).

Consideriamo ora le prestazioni del triennio 1990-1992 e, dopo aver contato tutti i pazienti trattati, almeno una volta, nel periodo, vediamo la distribuzione percentuale di questi individui sulla base dell'anno in cui si è avuto il loro primo contatto col servizio. Il risultato è contenuto nel seguente prospetto:

1979 5,76%; 1980 2,1%; 1981 3,32%; 1982 3,39%; 1983 4,06%; 1984 2,78%; 1985 4,74%; 1986 4,88%; 1987 5,29%; 1988 5,56%; 1989 7,32%; 1990 19,05%; 1991 17,76%; 1992 13,96%.

A parte le ovvie alte percentuali dei primi contatti negli anni di rilevazione delle prestazioni, tutti gli altri anni, a partire dal 1979, sono rappresentati con percentuali abbastanza simili e, soprattutto, con incrementi modesti man mano che si considerano le annate più vicine al 1990 e successivi. Questo dato è in relazione con la stabilità di lungo periodo del numero dei cronici. Si esamini la figura 4, in cui viene riportato il numero di operazioni effettuate in favore di ciascuno dei 290 primi casi del 1990. I dati sono in percentuale sui 290 casi, divisi per 1, 2, 3, ..., n prestazioni complessivamente fornite nei due

anni successivi al primo contatto. Si evidenzia innanzitutto la notevole perdita, ben nota in letteratura, di pazienti dopo il primo contatto (in media un 14-25% circa). Quanto ai rapporti che hanno comportato più di 5/7 operazioni, si può agevolmente osservare come in questi casi la tendenza alla cronicità e ad una forte utilizzazione dei servizi sia molto alta. Si può concludere che il complesso dei casi trattati nei servizi psichiatrici deve essere diviso in due parti fondamentali: un'utenza che esce velocemente dal circuito psichiatrico (salvo ovviamente rientri successivi dopo qualche tempo) ed un'utenza, minoritaria, ma non insignificante, che tende alla cronicità.

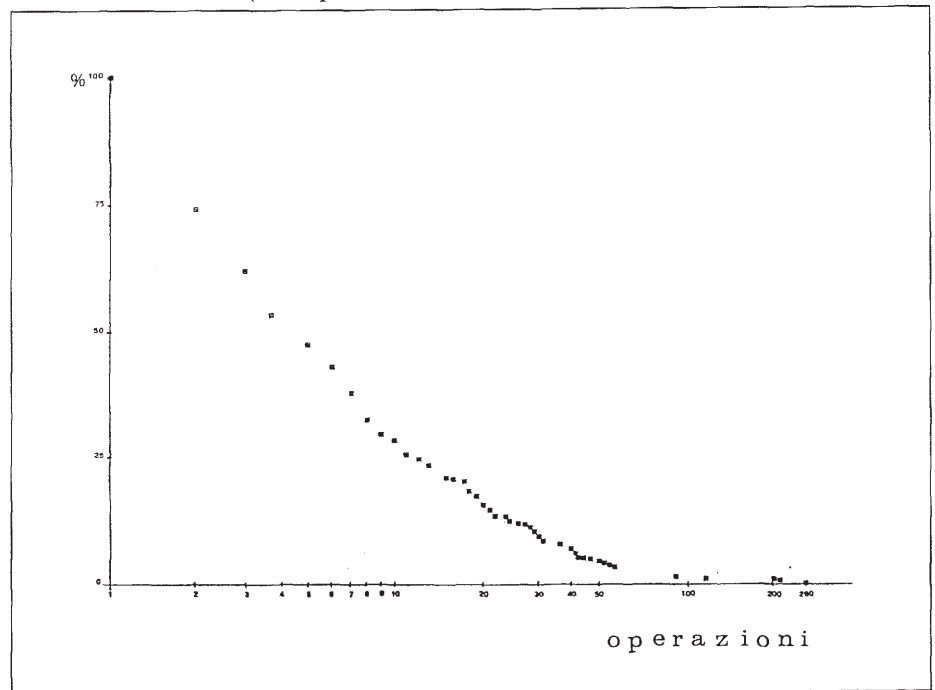
Sul piano organizzativo, pur con molte cautele, i dati del SIS combinati sembrano dimostrare che, nell'esempio di Fiorenzuola, l'input di problematiche supera nel LP l'output, con conseguente crescita dello stock. Ciò in quanto ogni anno entrano nello stock pazienti cronici, che mantengo-

no, con minime «defezioni» rapporti più che decennali. Naturalmente questo fenomeno non può indefinitamente crescere. Più chiaro che lo stock deve prima o poi raggiungere un punto di equilibrio attraverso qualche meccanismo. Senza soffermarci su questo punto, si può solo accennare ai naturali meccanismi demografici e naturalmente le esplicite politiche di servizio di razionamento delle prestazioni. Vanno anche menzionate le note forme di «selezione attraverso l'inefficienza», e/o la nascita di agenzie concorrenti.

5.4. Variazioni degli output

Come si è accennato, la valutazione sulle uscite è di grande difficoltà e per questo motivo a Fiorenzuola si è deciso di non indagare in specifico questo problema. Indipendentemente dal caso particolare, questa tematica riveste una notevolissima importanza e può, in altri contesti, essere indagata con modalità efficaci ed economiche.

Figura 4 - Ripartizione per numero di operazioni ottenute in due anni dei pazienti, primi casi del 1990 (valori percentuali sul totale dei casi, asse x in scala logaritmica)



Connesso a questa tematica c'è l'ampio capitolo dell'analisi dei successi/fallimenti e dei flussi verso altre agenzie. L'obiettivo in questo caso potrebbe essere il miglioramento e la razionalizzazione delle procedure di «dimissione» delle problematiche.

6. Il controllo delle operazioni

Di primaria importanza per il controllo di gestione è lo studio delle modalità di intervento, attraverso l'indagine sulla quantità, tipologia e modalità di effettuazione delle operazioni.

Per questo fine, il più potente strumento messo a disposizione dal SIS è la registrazione delle prestazioni, sotto forma di «diario». Il principio base della raccolta di queste informazioni sta nella suddivisione delle operazioni nelle loro costituenti fondamentali. Vengono, cioè, individuate (e sistematicamente registrate) le azioni semplici fondamentali che, eseguite singolarmente, o in combinazioni in un intervento unitario, costituiscono ogni singola operazione portata a termine in favore di un paziente. Le azioni di base del SIS di Fiorenzuola sono state così individuate:

- 1) colloquio;
- 2) prescrizione farmacologica;
- 3) controllo della terapia farmacologica;
- 4) somministrazione di farmaci;
- 5) consegna di farmaci;
- 6) psicoterapia formalizzata;
- 7) attività riabilitative;
- 8) attività sul contesto familiare e sociale;
- 9) intervento sociale;
- 10) consulenza ad ospedali civili e case di riposo;
- 11) contatti col reparto di diagnosi e cura;
- 12) contatti con l'unità di psichiatria di breve degenza;
- 13) contatti con l'ospedale civile;
- 14) contatti con i medici di base;

- 15) contatti con altri medici;
- 16) altro;
- 17) attività di discussione su casi tra gli operatori;
- 18) attività connesse alle dimissioni da luoghi di ricovero;
- 19) atti medico-legali;
- 20) attività connesse al ricovero;
- 21) visita medica non psichiatrica;
- 22) discussione con i pazienti in gruppo (informale);
- 23) attività di accoglienza al centro;
- 24) attività ginnica e sportiva;
- 25) attività psicocorporea;
- 26) musicoterapia;
- 27) fotografia;
- 28) hobby vari, giardinaggio, cura dell'orto ecc.;
- 29) progettazione e verifica dell'attività;
- 30) rapporti con i familiari;
- 31) rapporti con altri operatori;
- 32) attività connesse al pasto;
- 33) accompagnamento pazienti;
- 34) attività di osservazione sui pazienti;
- 35) attività riabilitative dell'autonomia personale;
- 36) attività riabilitative dell'autonomia sociale;
- 37) attività di cucina e confezione pasti;
- 38) colloqui con il paziente;
- 39) psicodramma;
- 40) attività ricreative esterne;
- 41) attività culturali esterne.

Le azioni di base sono state così classificate anche ispirandosi ai tre assi della standardizzabilità, della prevedibilità e della possibilità di misurare i risultati, della schema teorico di Ouchi (vedi Zavattaro 1989, pagg 60-67 e Ferrari 1990). 41 azioni di base determinano un numero sterminato di possibili combinazioni. Di queste solo una piccola parte sono, però, di interesse pratico. Già l'analisi di queste

combinazioni (a Fiorenzuola quelle utilizzate effettivamente sono state meno di 1.500), dà precise indicazioni sullo stile di lavoro e rende possibile una serie ampia di riflessioni organizzative sui carichi di lavoro e su altre tematiche di grande importanza.

Esaminando il periodo 1990-1992, sono state considerate tutte le operazioni (61.449 in totale) effettuate dal servizio sui 1.479 pazienti trattati nel triennio. Nella tabella 4 si mostra una ripartizione dei pazienti sulla base del numero di prestazioni ricevute. Per effettuare questo calcolo sono state considerate le 105.490 azioni di base costituenti le operazioni, sopracitate. Senza dubbio il risultato più rilevante è che il 4,46% dei pazienti tiene occupato il servizio per il 50% del suo potenziale, e in particolare, che il 25% delle operazioni complessive riguardano solo l'1,08% dei casi in trattamento. Solo 16 individui su 1.479 hanno impegnato il servizio, nel triennio, per il 25,14% della sua capacità operativa complessiva. Per l'esiguità del numero dei casi, è possibile un'analisi molto accurata di questi speciali «alti utilizzatori». Questi pazienti sono per lo più gravi psicotici, presentano, sia pure in forme diverse, comportamenti «asociali», o, comunque, disturbanti. Nella maggioranza sono cronici. Il seguente prospetto ne mostra la distribuzione per anno di primo contatto col servizio:

- 1979 otto individui;
- 1980 un individuo;
- 1981 due individui;
- 1982 due individui;
- 1986 un individuo;
- 1987 due individui.

Va precisato che l'alto numero di casi del 1979 è da mettere in relazione alla particolare circostanza storica della nascita del servizio che, appunto in quell'anno, si vede assegnata una parte consistente di pazienti dimessi

dall'Ospedale psichiatrico provinciale di Piacenza. Più evidente una tendenza di LP ad acquisire abbastanza regolarmente nel corso degli anni alcune problematiche di straordinario impegno tendenti alla cronicità.

L'eccezionalità del carico di lavoro è testimoniato anche da un'analisi qualitativa delle prestazioni. Si consideri infatti che questi 16 pazienti impegnano il servizio per il 24,66 per cento di tutta l'onerosa attività domiciliare. Questi semplici dati completano il precedente tema del controllo degli stock e del carico di lavoro, partendo dal problema dei cronici e degli «alti utilizzatori». Emerge l'immagine di un servizio con un buon radicamento nel territorio di riferimento, con un input relativamente imprevedibile, con una tendenza di LP ad accumulare problematiche croniche e pochi, ma onerosissimi «alti utilizzatori».

Le implicazioni di ciò sul piano organizzativo sono un argomento piuttosto complesso. Per quanto attiene allo specifico psichiatrico l'individuazione di una categoria relativamente piccola di «formidabili» utilizzatori del servizio solleva il problema di adeguatezza del modello organizzativo (si veda Ferrari 1995). L'attività del servizio sembra infatti per una parte molto rilevante destinata al controllo quotidiano dei sintomi e delle interazioni con l'ambiente sociale di pochissimi individui. La misurazione rigorosa del fenomeno evidenzia una polarizzazione così netta nell'operatività tra «alti utilizzatori» e tutti gli altri che sorge il dubbio se non sia meglio la costituzione di due modelli organizzativi separati. Il problema è, d'altra parte, complicato anche da intricate questioni di etica medica inerenti al diritto a disporre di eccezionali risorse pubbliche per il proprio benessere, su cui si rimanda ad altri contributi (vedi Ferrari 1994).

7. Il controllo del potenziale

Un punto essenziale nel controllo di gestione, in rapporto a tutti gli obiettivi precedenti, è il controllo, nel tempo, dell'impiego del potenziale del servizio. Con questo termine si designa la forza lavoro effettivamente impiegata sia da un punto di vista quantitativo, sia nella sua articolazione in qualifiche specialità ecc.

Questo punto è attualmente molto controverso anche per la recente introduzione della tematica sindacale dei «carichi di lavoro». Da molte parti si obietta che i SIS che includono i dati sulle presenze orarie degli operatori e gli strumenti di individuazione della

loro attività danno solo una falsa impressione di controllo della produttività, che può, invece, essere valutata solo qualitativamente. Questa impostazione non sembra accettabile, anche se non c'è dubbio che la materia è delicata.

L'inclusione dei dati sull'impiego della forza lavoro tra i dati del SIS, pur prestandosi a molti fraintendimenti, si veda l'ultimo paragrafo di questo scritto, consente numerose osservazioni e completamenti delle informazioni. Si vedano a questo proposito le figure 5 [a], [b], [c] in cui sono rappresentati, nell'ordine, l'ammontare nel triennio 1990-1992, per tutte le giornate lavorative, delle ore

Tabella 4 - Ripartizione dei 1.479 pazienti trattati nel triennio 1990-1992 sulla base del numero di prestazioni ricevute

Attività di base	N. di pazienti	%	Attività cumulativa	Cum. %
3194	1	3.02	3194	3.02
2566	1	2.43	5760	5.46
2470	1	2.34	8230	7.80
2398	1	2.27	10628	10.07
2183	1	2.06	12811	12.14
1823	1	1.72	14634	13.87
1486	1	1.40	16120	15.28
1428	1	1.35	17548	16.63
1315	1	1.24	18863	17.88
1289	1	1.22	20152	19.10
1170	1	1.10	21322	20.21
1165	1	1.10	22487	21.31
1067	1	1.01	23554	22.32
1017	1	0.96	24571	23.29
1014	1	0.96	25585	24.25
943	1	0.89	26528	25.14
943> and 900<	1	0.88	27462	26.03
901> and 850<	2	1.67	29229	27.70
851> and 800<	2	1.55	30865	29.25
801> and 750<	2	1.50	32439	30.75
751> and 700<	3	2.05	34604	32.80
701> and 650<	3	1.93	36643	34.73
651> and 600<	0	0.00	36643	34.73
601> and 550<	3	1.62	38351	36.35
551> and 500<	5	2.51	40999	38.86
501> and 450<	4	1.79	42888	40.65
451> and 400<	13	5.22	48394	45.87
401> and 350<	8	2.83	51374	48.70
351> and 300<	11	3.41	54981	52.11
301> and 250<	21	5.40	60670	57.51
251> and 200<	30	6.44	67468	63.95
201> and 150<	30	4.88	72609	68.83
151> and 100<	64	7.37	80394	76.20
101> and 50<	158	10.81	91788	87.01
51>	1103	12.99	105490	100.00

lavorate, del numero totale delle operazioni portate a termine e il rapporto tra le precedenti due misurazioni.

Appaiono evidenti anche solo ad un esame superficiale aspetti ciclici e di trend. In particolare nella terza figura

si evidenzia un incremento di MP dell'intensità del lavoro. Questo dato si inserisce bene nella riflessione su-

Figura 5 [a] - Ammontare nel triennio 1990-1992, per tutte le giornate lavorative, delle ore di lavoro degli operatori del servizio. Ogni punto rappresenta un giorno lavorativo del triennio (i punti in basso sono relativi alle giornate di sabato in cui il servizio è aperto per mezza giornata e con una presenza di operatori ridotta)

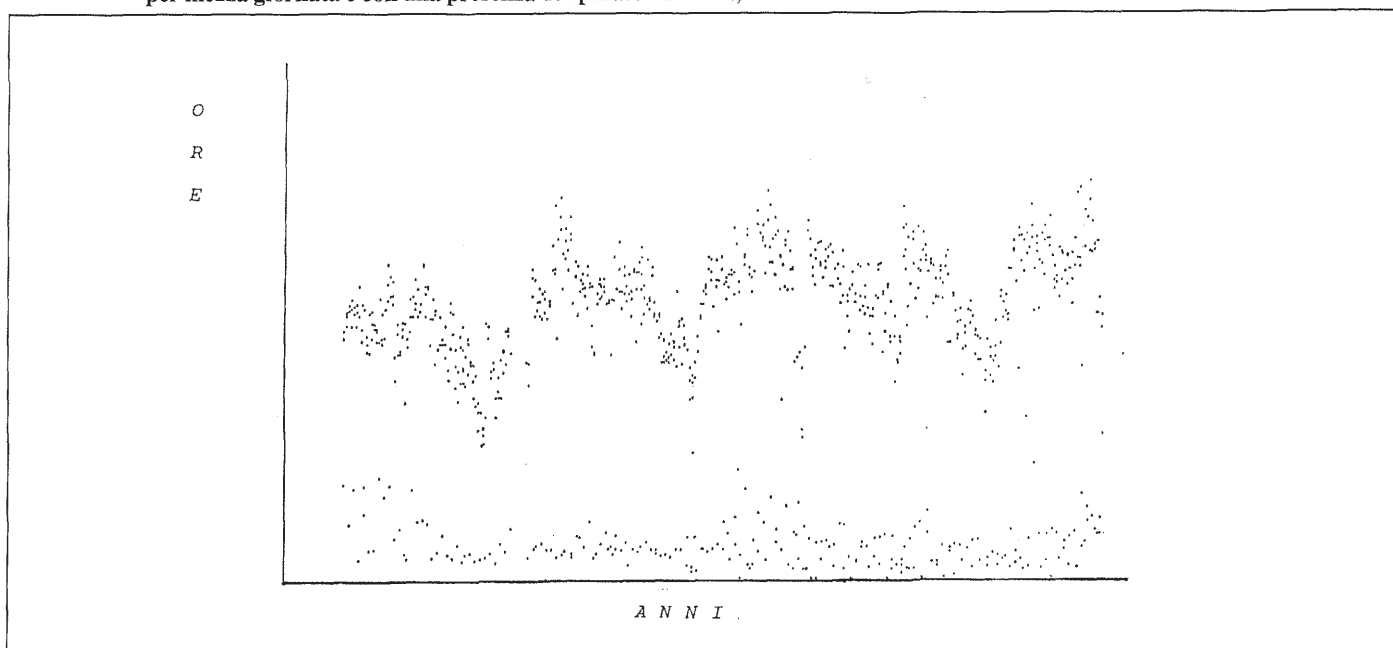
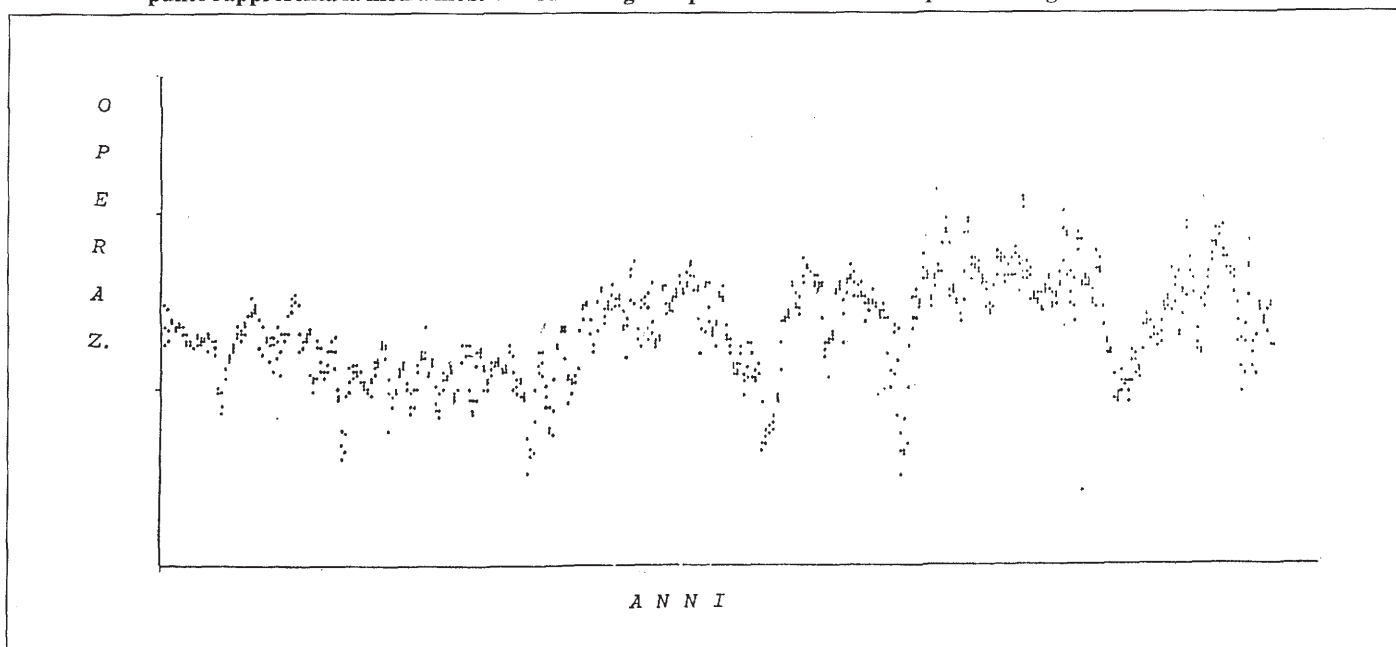


Figura 5 [b] - Ammontare nel triennio 1990-1992, per tutte le giornate lavorative del numero totale delle operazioni portate a termine. Ogni punto rappresenta la media mobile — sui sette giorni precedenti — calcolata per ciascun giorno lavorativo



gli stock di cui si è detto in precedenza.

8. La strumentazione

Passiamo ora a sintetizzare alcuni fondamentali aspetti tecnici della strumentazione impiegata nei SIS.

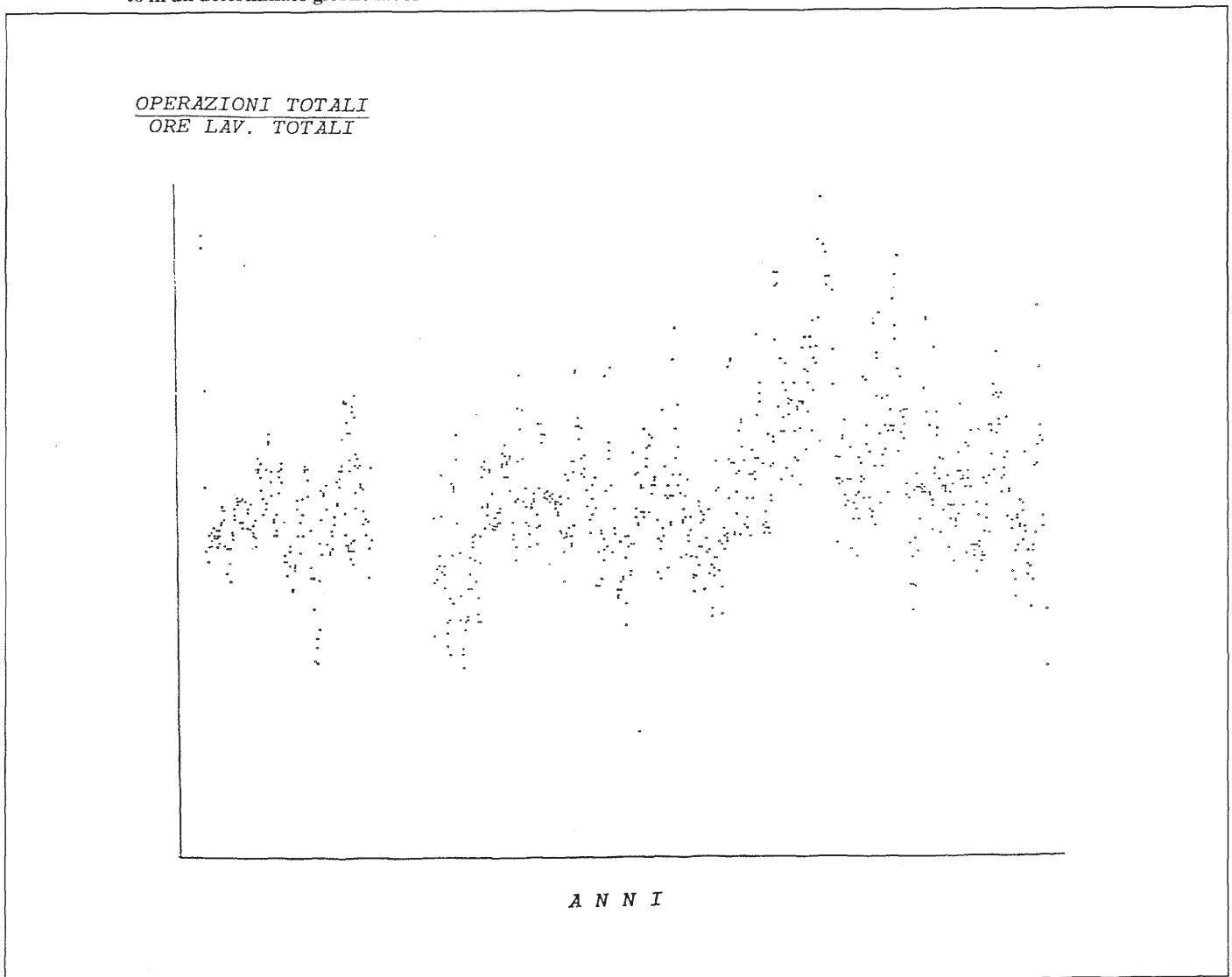
La raccolta dati deve essere interpretata come normale, routinaria attività di lavoro, come tale non è a termi-

ne (solo così ovviamente consentendo analisi di LP), deve operativamente essere parte integrante, nei suoi vari aspetti, dell'organizzazione del servizio. Quanto alla strumentazione vera e propria, lo schema ISO determina, in prima approssimazione, una tripartizione dei protocolli.

La ricognizione delle azioni di base, in sede di progettazione del SIS è, senza dubbio, un'operazione complessa, che deve tenere conto di oppo-

ste necessità: la pregnanza e la ricchezza delle informazioni e la facilità di gestione. Con l'incremento delle voci previste cresce non solo la difficoltà di impiego e di elaborazione dei dati, ma anche il rischio di una sistematica divergenza nell'uso delle categorie tra gli operatori dello stesso servizio. Cresce cioè la probabilità che, in assenza di periodici seminari interni di omogeneizzazione, gli operatori acquisiscano abitudini di applicazione

Figura 5 [c] - Rapporto tra operazioni totali portate a termine e ore lavorate dagli operatori del servizio. Ogni punto rappresenta il rapporto in un determinato giorno lavorativo



diversificata delle voci, secondo interpretazioni personali e non condivise. I dati così ottenuti, soprattutto quando non si sa stimare il livello di tale fenomeno, facilmente possono diventare completamente inaffidabili. In questo caso il risultato è drammatico: l'incertezza non quantificabile sull'affidabilità dei dati rende il SIS un investimento sproporzionatamente «caro» rispetto alla sua utilizzabilità, o, peggio, del tutto inutile.

Il SIS si dovrebbe avvalere anche di una scheda di «dimissione» della problematica. Nel caso presentato, come si è detto, questa importante articolazione del SIS non è stata presa in considerazione per valutazioni di opportunità e di economia nella gestione del sistema. Naturalmente tutti i dati devono essere supportati da un'anagrafe degli utenti molto efficiente, che si interfaccia con tutti i protocolli di raccolta delle informazioni, consentendo attribuzioni certe delle informazioni. I dati sul potenziale possono essere comodamente ricavati dai data base (se esistono) dell'amministrazione (ufficio personale) riguardanti le presenze in servizio dei dipendenti.

9. I costi del sistema informativo ed i problemi psicologici di adattamento al SIS

Il SIS ha costi di due tipi: costi diretti di impianto e di gestione del sistema, costi indiretti inerenti alla sfera organizzativa.

Per quanto si riferisce ai costi diretti non c'è molto da dire: le maggiori spese riguardano le attrezzature hardware e, soprattutto, il software, che deve essere assolutamente affidabile, «amichevole», di facile aggiornamento. I costi più pesanti sono, senza dubbio, quelli indiretti. Il SIS si inserisce nell'attività del servizio con alcune ineliminabili rigidità. Il SIS infatti:

- implica un lavoro quotidiano;
- non ha un termine, per quanto lontano nel tempo;
- costringe tutti gli operatori ad occuparsene;
- non ammette imprecisioni rilevanti;
- non ammette omissioni rilevanti;
- costringe a continui controlli.

Queste caratteristiche obbligano ad una notevole precisione nella raccolta delle informazioni, che deve diventare un abito mentale di tutti gli operatori. Ciò non sempre è facile sia psicologicamente, sia praticamente per il poco tempo spendibile in attività collaterali. La raccolta delle informazioni, anche quando sistematica e senza rilevanti defezioni, con l'andar del tempo, tende spontaneamente a perdere di uniformità tra gli operatori. L'omogeneizzazione dei criteri di raccolta dati è un compito tanto necessario quanto oneroso e sgradito. Anche per quanto riguarda la responsabilità e il controllo del sistema, le cose non si presentano facili. Questo compito non sempre è ambito sia per l'impegno organizzativo, sia per la necessità di un aggiornamento sulla materia, abbastanza oneroso. In sintesi, un SIS si cala sull'ordinaria attività di servizio con un carico di lavoro aggiuntivo non trascurabile.

Tutte queste considerazioni devono essere molto dettagliatamente valutate, considerando che i molti vantaggi sul piano organizzativo determinati dal sistema potranno essere «incassati» solo dopo un certo tempo.

Uno dei più insidiosi ostacoli ad un corretto impianto dei SIS in un servizio è costituito dalle molte resistenze psicologiche che questa metodica di raccolta delle informazioni induce. Molto telegraficamente, le difficoltà sono di due tipi:

- a) le resistenze a sopportare un carico di lavoro ritenuto inutile;

- b) le fantasie persecutorie di controllo.

L'introduzione del sistema soffre di un grave ineliminabile problema: è la conseguenza della decisione di una parte, a volte molto esigua, del servizio, ma necessita del lavoro disciplinato e attento di tutti gli operatori. Questa contraddizione molto spesso porta alla difficoltà di far accettare un aggravio del carico di lavoro, apparentemente senza benefici e interpretato come uno «sconfinamento» rispetto alle normali mansioni. La penosa sensazione di fare un lavoro noioso, «cervellotico», inutile e, particolare non da poco, per nulla remunerato porta a varie forme di rifiuto. Il campionario delle resistenze è piuttosto vasto, andando dalla giustificazione del proprio scarso impegno per incompetenza, al rifiuto per principio.

Questo tipo di difficoltà è, però, il meno pericoloso. Ben più temibile è lo sviluppo nel gruppo di lavoro di fantasie persecutorie di controllo sul lavoro, alimentate in questo periodo dalla tematica dei «carichi di lavoro». Il SIS in effetti è un ottimo strumento per un'analisi dettagliata della produttività dei singoli. Questo fondamento sul piano di realtà rende questo tipo di fantasie molto pericoloso. Purtroppo la carica suggestiva di queste tematiche ha costretto, in qualche caso, all'annacquamento delle informazioni. Si sono omesse, per esempio, le registrazioni dei nominativi degli operatori nella registrazione delle prestazioni, oppure si sono evitati collegamenti dei data base amministrativi (dati sulle presenze) con i data base relativi alle prestazioni.

Pur comprendendo le serie motivazioni alla base di queste scelte, rimane la perplessità per la perdita di rilevanza delle informazioni e per la riduzione di efficacia complessiva del SIS dopo tali censure. Naturalmente un sistema completo deve dare precise ga-

ranzie agli operatori di un suo utilizzo «moderato». Soprattutto deve, a seguito dell'introduzione nei servizi dei SIS, cambiare radicalmente il rapporto tra controllo amministrativo e controllo di gestione.

Il significato di questa proposizione può essere compreso correttamente partendo proprio dalla considerazione della grande potenzialità di controllo rappresentato dal SIS. L'interfacciamento di diversi data base consente minutissimi controlli. Essi possono rappresentare per l'amministrazione caratterizzata da una mentalità burocratica inquisitiva una possibilità di controllo e perciò di potere, eccessiva.

Peggio, la mancanza, inevitabile, di fondamentali dettagli clinici e qualitativi può far involontariamente (o volontariamente) travisare il peso e il valore dell'attività svolta. Un controllo efficientissimo e «indiscutibile», ma «cieco» per fondamentali aspetti dell'operatività finisce per condizionarla, favorendo lo «sfoggio» dell'attività visibile e penalizzando il resto. Il modello burocratico amministrativo ha dimostrato di essere produttivo solo in contesti straordinari ed eccezionali in cui, cioè, la militarizzazione dell'organizzazione è un'estrema necessità per raggiungere alcuni obiettivi di particolare rilevanza in situazioni particolari. In contesti normali, questo modello o è inefficiente e funziona solo nell'apparenza delle cose, oppure crea gravi conflitti per il semplice motivo che determina un grave e ingiustificato squilibrio di potere. Gli operatori sono vulnerabili e infinitamente ricattabili, anche se, magari, solo nella loro fantasia; tutto il servizio non può permettersi di sbagliare, ma anche semplicemente di sperimentare.

Il mito ingegneristico di un controllo amministrativo definitivo apre un concretissimo problema di potere, risolvibile da parte degli operatori, che sono, sì, soggetti al controllo, ma che,

non si dimentichi, sono i fornitori dei dati. Un approccio autenticamente razionale all'organizzazione tende ad escludere questi scenari. La conflittualità assorbe energie importanti, che ben difficilmente sono compensate dal maggiore controllo.

Sulla base di queste considerazioni diventa irrazionale un uso solo o prevalentemente amministrativo del SIS. Più correttamente, si deve stabilire una sorta di solido contratto tra personale e dirigenza che implicitamente, o, ancora meglio, esplicitamente escluda un uso ad personam dei dati, ammettendo invece il controllo dell'operatività e dell'efficienza a livello di servizio, e/o delle sue sub articolazioni. Se ciascun operatore si sente tutelato, sul piano personale, molto più difficilmente scattano fantasie persecutorie collettive.

Questa impostazione del problema confligge forse con una impostazione etica, moralistica, o forse solo ideologica, ma, in definitiva, risulta essere la più produttiva e sicura. Oltre a ciò l'enfasi sul collettivo può, se ben gestita, consentire la nascita di uno spirito di gruppo, che rappresenta una risorsa assolutamente non trascurabile.

Abbiamo considerato alcuni aspetti della nascita e dello sviluppo dei sistemi informativi di servizio nel settore psichiatrico. Questi strumenti sembrano promettenti anche in altri servizi, facendo intravedere impieghi gestionali forse insostituibili; le difficoltà, anche psicologiche, nella loro applicazione, però, impongono una riflessione preliminare molto approfondita, che questo scritto ha appunto inteso sollecitare.

(1) Si veda, in particolare il S.I.P.E.R., cioè il sistema informativo psichiatrico della Regione Emilia Romagna.

(2) Nel territorio di competenza del servizio la popolazione È stata nel corso del decennio

considerato molto stabile sia sul piano numerico, che dal punto di vista sociale.

(3) Si può intravedere, cioè, una misurazione degli stock che prescinde dalle differenze delle varie situazioni e che rende ragione di una maggiore, o minore tendenza alla cronicizzazione dei casi in trattamento.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *Il Giudizio di Gravità e di Gravosità in Psichiatria*, volume in corso di pubblicazione.
- ANTHONY R. N., *Sistemi di pianificazione e controllo: uno schema di analisi*, Etas libri, Milano, 1975.
- ANTHONY R. N., YOUNG D. W., *Il controllo di gestione per gli enti locali e le organizzazioni non-profit*, Mc Graw Hill, Milano, 1992
- AROASIO P., BONIZZONI P., EBBLI D., GIRARDENGO C., MARINONI A., *Gli alti utilizzatori dei Servizi Psichiatrici*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 1985 (vol. CIX, fascicolo III) p. 431-438.
- BALESTRERI M., *Il registro dei casi per il monitoraggio e la valutazione dei servizi psichiatrici, dieci anni (1979-1988) di psichiatria territoriale a Verona-sud*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 1990 (vol. CXIV, suppl. al Fasc. I).
- BERWIK D., *Continuous improvement as an ideal in Health Care*, New England Journal of Medicine 1989; 320 (1), pagg. 53-56.
- BERWIK D., ENTHOVEN, BUNKER, *Quality Management in the NHS: the Doctor's role - I*, British Medical Journal 1992; 304; pagg. 235-239.
- BERWIK D., ENTHOVEN, BUNKER, *Quality Management in the NHS: the Doctor's role - II*, British Medical Journal 1992; 304; pagg. 235-239.
- BORGONOV E. ET AL., *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*, Giuffrè, Milano, 1984.
- BORGONOV E., MENEGUZZO M., *Processi di cambiamento e di programmazione delle Unità sanitarie locali*, Giuffrè, Milano, 1985.
- DIPARTIMENTO DELLE OPERE SOCIALI, ORGANIZZAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE, *Statistica Psichiatrica 1991*, I Quaderni, Mendrisio (Confederazione Elvetica), 1992.
- FERRARI L., *Considerazioni generali sulla fatica, aspetti psichiatrici ed organizzativi visti attraverso i dati*, in AA.VV., *Il giudizio di gravità e di gravosità in psichiatria*, Franco Angeli, Milano 1995.

- FERRARI L., *Cure psichiatriche e diritti: problemi morali, allocativi e di etica giuridica dopo la «180»*, in AA.VV., *Questioni di bioetica*, a cura di M. Mori, Editori Riuniti, Roma, 1988, p. 193-212.
- FERRARI L., *Gli indicatori epidemiologici psichiatrici riconsiderati da un punto di vista teorico e alla luce dei dati sui servizi*, in *Sofferenza psichica e domanda di cura*, a cura di Canziani M., Ferrari L., Leonardi P., F. Angeli, Milano 1989, p. 23-78.
- FERRARI L., *Il problema dell'incertezza nei servizi sanitari: il caso della psichiatria*, Azienda Pubblica teoria e Problemi di Management, dicembre 1990, (anno III, numero 3), p. 352-396.
- FERRARI L., *Sovratrattamento psichiatrico, cronicità, gravità ed etica allocativa: un approccio clinico, organizzativo e psicologico*, *Bioetica*, n.2, 1994, pagg.257-269.
- FERRARI L., PECCATI L., *Un modello di funzionamento di un servizio specialistico in un sistema sanitario*, in *Atti del tredicesimo convegno A.M.A.S.E.S.*, Bologna, Pitagora editrice, 1989.
- FERRARI L., *Analisi e gestione della domanda e dell'offerta nei servizi pubblici*, *Micro e Macro Marketing*, anno III, n. 2, agosto 1994, p. 241-256.
- GASK L., *What Happens when Psychiatric Out - Patients are seen Once Only?*, *British Journal of Psychiatry*, 1986 (148), p. 663-666.
- GOLDMAN H. H. ET AL., *High Users of Outpatient Mental Health Services, II: Implications for Practice and Policy*, *American Journal of Psychiatry* 1988 (145: 1), p. 24-28.
- JOHNSON, D. A. W., *An analysis of out-patient services*, *British Journal of Psychiatry*, 1973a (122), p. 301-306.
- JOHNSON, D. A. W., *A further study of psychiatric out-patient services in Manchester: an operational study of general practitioner and patient expectations*, *British Journal of Psychiatry*, 1973b (123), p. 185-191.
- JONUS A. (a cura di), *Guida all'utilizzo del Sistema Informativo Psichiatrico dell'Emilia-Romagna (S.I.P.E.R.)*, Bologna, Centro Stampa della Giunta Regionale, 1992.
- OUCHI W. G., *A conceptual framework for the design of organizational structure and organizational control*, *Administrative Science Quarterly*, 1975, 1.
- MASLACH C., *La sindrome del burn-out*, Cittadella editrice, Assisi, 1992.
- TAUBE C. A. ET AL., *High Users of Outpatient Mental Health Services, I: Definitions and Characteristics*, *American Journal of Psychiatry* 1988 (145: 1), p. 19-24.
- ZANGRANDI A., *Il controllo di gestione nelle Unità sanitarie locali*, Giuffrè, Milano, 1985.
- ZAVATTARO F., *Pianificazione e Programmazione nelle strutture sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano, 1989.
- ZAVATTARO F., *Il controllo di gestione nelle organizzazioni professionali complesse: il caso della sanità*, sta in AA.VV., *La programmazione ed il controllo nelle strutture sanitarie*, McGraw Hill libri Italia, Milano, 1988, pagg. 50-87.

MECOSAN

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

Spedizione in abbonamento postale - 50%

L'indice degli articoli
pubblicati su *MECOSAN*
nel 1992, 1993 e 1994

- in ordine alfabetico
per autore
- in ordine di materia
per sezione
- gli atti del forum
sul prontuario farmaceutico

Forum sul prontuario terapeutico

*Economia e management nel nuovo
prontuario farmaco terapeutico*
di Giovanni Fattore
1994, 9 : 5-10

*Antidepressivi essenziali: le ragioni del
prontuario*
di Lucilla Frattura
1994, 9 : 11-19

Un mistero di difficile soluzione
di Giorgio M. Bressa
1994, 9 : 20-23

Note cliniche sui farmaci antidepressivi
di Enrico Smeraldi
1994, 9 : 24-27

*La prescrizione di farmaci psicotropi in
un servizio psichiatrico pubblico*
di Mauro Percudani e Agostino Contini
1994, 9 : 28-34

Direzione:

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

Redazione:

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

Pubblicazione:

- edita da **SIPIS** ed iscritta al n. 285 del Registro Nazionale 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 **SIPIS** s.r.l.
- stampata dalla «Grafica Ripoli» snc, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli - Tel. 381700 - Fax 381700
- spedita in abbonamento postale - 50%

Condizioni di abbonamento:

Per abbonarsi a *Mecosan* per l'anno 1995 versare l'importo di **L. 215.000** mediante c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** - Roma, o inviare assegno circolare o bancario, non trasferibile, intestato a **SIPIS** - Roma - Viale Parioli, 77.

Supplemento al n. 12 di *MECOSAN*

Direttore responsabile
Luigi D'Elia

Condirettore
Elio Borgonovi

Coordinatore generale
Franco Sassi

Redattori capi sezione
**Giorgio Fiorentini, George France,
Marco Meneguzzo, Antonello Zangrandi,
Francesco Zavattaro**

Redattori
**Giorgio Casati, Mario Del Vecchio,
Andrea Garlatti, Alessandra Massei**

SIPIS

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

Documenti e commenti

Sezione 2^a

CONTABILITÀ E RESPONSABILIZZAZIONE ECONOMICA NELLE AZIENDE SANITARIE IN EMILIA-ROMAGNA

di Paola Bardasi, Elena Roversi

Assessorato alla sanità e ai servizi sociali della regione Emilia-Romagna

SOMMARIO: 1. Autonomia e responsabilizzazione - 2. Sistemi di programmazione e controllo di gestione - 3. La contabilità economica - 4. La delegificazione e la flessibilità organizzativa - 5. Gli effetti di applicazione della legge.

La regione Emilia-Romagna ha recentemente emanato una disciplina delle attività di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle aziende sanitarie (legge n. 200 del 1994, che di seguito sarà indicata come «legge di contabilità», il cui testo integrale viene riportato in appendice a questo numero di *Mecosan*). La nuova disciplina si ispira al principio di responsabilizzazione economica sull'andamento gestionale delle aziende sanitarie, introdotto con la riforma del Servizio sanitario nazionale. A questo principio si deve fare riferimento per comprendere appieno la portata radicalmente innovativa della legge, che non deve essere valutata esclusivamente sotto il profilo tecnico-contabile, in quanto le disposizioni contenute sono in grado di modificare profondamente significativi aspetti della gestione delle aziende.

La complessità dei sistemi sanitari, richiede strumenti di gestione adatti ad organizzazioni professionali quali sono le nuove aziende sanitarie previste dalla normativa nazionale di riordino del sistema.

La riforma era inevitabile per due ordini di motivi. In primo luogo, le risorse destinate al finanziamento del sistema non sono più sufficienti a far fronte alla domanda di prestazioni sa-

nitarie, in costante crescita, rapportata al bisogno di salute che viene percepito a livelli sempre più elevati.

D'altro canto, le Unità sanitarie locali erano ormai ridotte in condizioni economiche e finanziarie irrecuperabili, a causa sia delle modalità di finanziamento utilizzate (riparto sulla base della «spesa storica» e ripiano dei disavanzi «a piè di lista»), sia delle condizioni tecniche ed organizzative delineate dalla legge n. 833/78 e delle leggi regionali attuative, che obbligavano strutture di natura aziendale al rispetto di vincoli burocratici-formali.

Era indispensabile, quindi, introdurre meccanismi di responsabilizzazione (su risorse e risultati) ai diversi livelli di governo, ai quali deve corrispondere adeguata autonomia finanziaria e gestionale.

È con il decreto legislativo n. 502/92, modificato con il decreto legislativo n. 517/93, che si delinea la complessiva riforma del Servizio sanitario nazionale, prefigurando i nuovi assetti organizzativi, contabili e gestionali.

Le scelte sostanziali del legislatore nazionale comportano modificazioni radicali nel servizio sanitario; tra tutte l'introduzione del principio della responsabilizzazione economica sull'andamento gestionale delle unità or-

ganizzative nelle quali è articolato il sistema.

Ne scaturisce un insieme di principi di fondo ai quali il legislatore regionale deve ispirarsi nella predisposizione delle leggi di propria competenza, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 2 del D.L.vo n. 502/92

La regione Emilia-Romagna ha già emanato la L. n. 19/94 di disciplina dei principi, dei criteri e delle procedure guida al riordino e la L. n. 200/94 di disciplina delle attività di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende sanitarie, che in seguito sarà per brevità indicata come «legge di contabilità».

Sulla base della legge regionale 19/94, la Regione ha provveduto ad attuare i primi provvedimenti di riordino, tra i quali si evidenziano i seguenti:

a) la riduzione del numero delle Unità sanitarie locali attraverso l'apilamento degli ambiti territoriali e la costituzione delle nuove aziende Unità sanitarie locali;

b) lo scorporo degli ospedali autonomi, e la costituzione delle Aziende ospedaliere;

c) la nomina dei direttori generali delle nuove Aziende;

d) l'emanazione di direttive sulla individuazione, all'interno di ogni

azienda U.s.l., dei distretti e dei presidi ospedalieri;

e) l'indicazione della struttura organizzativa interna delle Aziende.

La legge di contabilità, delinea la riforma del Servizio sanitario regionale rispetto ai sistemi contabili, gestionali ed organizzativi; la filosofia complessiva della legge, nonché i principi informatori dello stesso sono riconducibili agli obiettivi generali contenuti all'art. 2 della L. reg. n. 19/1994, assumendo come linee fondamentali:

— l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi delle nuove Aziende fondati sull'autonomia e sulla responsabilità degli operatori;

— il controllo di gestione come metodo permanente di verifica dei risultati.

A tali principi, ed alle valutazioni che ne discendono, si deve fare riferimento per comprendere appieno la radicale portata innovativa della legge di contabilità che non deve essere valutata esclusivamente sotto il profilo tecnico-contabile in quanto le disposizioni normative ivi contenute sono in grado di modificare profondamente significativi aspetti della gestione delle Aziende.

1. Autonomia e responsabilizzazione

La definizione di un sistema diffuso di responsabilizzazione economica dei dirigenti ai diversi livelli direzionali ha criticità prioritaria. L'articolazione dell'assetto delle responsabilità, coerentemente con i livelli di autonomia decisionale attribuiti ai singoli dirigenti, diviene obiettivo indispensabile se, in applicazione del dettato legislativo nazionale, si vuole impostare la gestione delle Aziende su una logica budgetaria, di contrattazione degli obiettivi e di verifica dei risultati.

L'adozione, da parte delle Aziende, di sistemi di programmazione e con-

trollo budgetario delle risorse e delle attività diviene esigenza improrogabile nell'attuale contesto istituzionale, nel quale la scarsa disponibilità delle risorse viene a scontrarsi con l'esigenza del cliente/utente di avere servizi e prestazioni in qualità e quantità sempre crescente. Tali sistemi, in applicazione del principio di responsabilizzazione economica e di autovalutazione delle attività da parte degli ordinatori di spesa, consentono sia una allocazione più razionale delle risorse, sulla base di priorità oggettive e trasparenti, sia una verifica dei risultati ottenuti con tali risorse rispetto agli obiettivi prefigurati.

L'autonomia economico-finanziaria dei presidi ospedalieri non autonomi e dei distretti nei quali è articolata l'Azienda-Unità sanitaria locale deve essere intesa come autonomia gestionale operativa, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 8 del D.L.vo n. 502/92, laddove si afferma che l'azienda Unità sanitaria locale assicura le prestazioni ai cittadini avvalendosi dei propri Presidi, degli Istituti e degli Enti, sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico dei professionisti.

Fermo restando il potere del direttore generale di intervenire per attuare una diversa allocazione delle risorse anche in corso di esercizio, resta in capo al dirigente responsabile della gestione complessiva di presidio e di distretto l'autonomia gestionale, che si estrinseca nello svolgimento delle funzioni di competenza e nelle modalità di utilizzo delle risorse all'interno del tetto negoziato con la direzione generale. Pari autonomia gestionale nell'ambito delle specifiche funzioni, spetta ad ogni professionista/dirigente del presidio ospedaliero e del distretto, all'interno del tetto di risorse negoziate con il responsabile superiore.

2. Sistemi di programmazione e controllo di gestione

La legge detta norme relative agli strumenti della programmazione (Piano programmatico, bilancio pluriennale di previsione, bilancio preventivo annuale), ai loro contenuti, alle modalità di presentazione alla Giunta regionale, nonché al sistema di budget al quale le Aziende devono uniformare la propria gestione.

Il budget generale dell'Azienda esplicita le previsioni di risorse e di attività, riferite all'esercizio successivo, adottate dal Direttore generale sulla base di un tetto di risorse concordato con la Regione, e degli obiettivi allineati alle scelte di politica sanitaria regionale.

Per evidenziare le responsabilità economiche sui budget, occorre disporre di sistemi di controllo di gestione. Al fine di sviluppare un monitoraggio costante sui costi, si possono utilizzare le informazioni scaturite dal sistema di contabilità analitica; meno agevole è la misurazione dell'attività, per la quale è necessario impostare un sistema comune di indicatori di riferimento, condivisi ed uguali per tutti i livelli direzionali coinvolti.

Il budget è uno strumento a valenza tipicamente interna, che esplica la sua utilità per l'organizzazione che lo adotta. Per questo, la legge non prevede un controllo preventivo della Giunta su tale documento, che viene presentato come allegato al bilancio economico di previsione.

Non solo ma, coerentemente alla sua natura di strumento a valenza interna, non né è stato regolamentato il processo tecnico-organizzativo. La Giunta regionale provvederà ad emanare appositi atti di indirizzo e coordinamento in merito alla configurazione tecnico-contabile del budget generale che dovrà essere trasmesso alla Regione, e sulla tipologia e modalità di rilevazione delle informazioni giudicate

indispensabili per garantire un previsto livello di omogeneità sul territorio regionale. La predisposizione di tali regolamenti, terrà conto della metodologia di budget progettata ed attuata sulla base della L. reg. n. 26/89, prorogata con la L. reg. n. 46/92.

Al fine di consentire un corretto svolgimento del processo di programmazione e controllo la legge prevede la costituzione, sulla base di quanto previsto dall'art. 20 del D.L.vo n. 29/93, di un Servizio controllo di gestione che dipende in via diretta ed esclusiva, dal direttore generale e che, essendo composto da persone in possesso di specifiche competenze professionali in materia di controllo di gestione, è deputato a svolgere attività di supporto tecnico e consulenziale alla direzione.

Il processo di aziendalizzazione del Servizio sanitario richiede alla Regione una elevata capacità di indirizzo strategico e di controllo, peraltro in condizioni organizzative e funzionali caratterizzate da elevata debolezza e precarietà.

Allo scopo, con riferimento ad iniziative già assunte a livello nazionale (costituzione dell'Agenzia sanitaria nazionale con D.L.vo 30 giugno 1993, n. 266, e successivo decreto 27 febbraio 1994, n. 233) ed in altre realtà regionali, viene prevista l'attivazione dell'Agenzia sanitaria regionale; si tratta di una struttura organizzativa della Regione dotata di autonoma capacità di organizzazione, che si realizza nel rispetto dei limiti del finanziamento e delle direttive regionali.

Alla Agenzia sono attribuiti compiti di assistenza alle Aziende, nello sviluppo degli strumenti e delle metodologie per il controllo di gestione e nella verifica dei risultati: inoltre, tale struttura è destinata alla verifica ed alla revisione, quale organo tecnico, della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

3. La contabilità economica

Il processo di aziendalizzazione del servizio sanitario passa anche attraverso il superamento, da parte delle Aziende, del sistema di contabilità finanziaria pubblica, contestualmente all'adozione di sistemi di contabilità economica e di contabilità analitica. Pertanto, nella legge si fa rinvio alla normativa ed ai principi contenuti nel codice civile, anche per quanto concerne la valutazione del patrimonio delle nuove Aziende.

Nel sistema di contabilità finanziaria, l'approvazione del Bilancio di previsione annuale da parte della Regione, redatto in termini di competenza e di cassa e fondato sull'impegno di spesa, costituiva, per l'U.s.l., autorizzazione a spendere.

La contabilità economica ha lo scopo di pervenire a sintesi della gestione, tramite il bilancio di esercizio, formato da un conto economico ed uno stato patrimoniale, attraverso la rilevazione e l'interpretazione dei fenomeni gestionali all'interno dell'Azienda.

La rilevanza è accentrata sul risultato economico, e non sull'autorizzazione alla spesa; pertanto, la contabilità economica, per la sua natura, non prevede un sistema autorizzativo proprio e conseguentemente non esiste un bilancio di tipo autorizzativo.

L'adozione del sistema di contabilità economica comporta necessariamente l'introduzione di modalità di controllo da parte della Regione non tanto e non soltanto sulle risorse assegnate alle Aziende, ma soprattutto sulle attività prodotte e sui risultati ottenuti. Una volta approvato a livello regionale il bilancio di previsione economico, ai sensi della L. n. 412/91, il rispetto del tetto di risorse concordato sarà correlato alla responsabilità prioritaria del direttore generale che, in virtù della propria autonomia, sarà

chiamato a rispondere dei risultati raggiunti e dei costi sostenuti.

In sintesi, il cambiamento del sistema di contabilità finanziaria, si traduce in una radicale trasformazione sia nelle modalità di gestione delle Aziende sanitarie, sia nel rapporto tra Aziende ed Ente Regione.

Gli aspetti tecnici connessi all'adozione del nuovo sistema contabile non potevano essere completamente trasfusi nell'articolato di legge, anche al fine di non precludere l'opportunità di apportare le modificazioni che la natura e la complessità di funzionamento di tali sistemi comporteranno certamente nelle successive fasi della loro implementazione.

Considerata l'estrema complessità derivante dal passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economica la legge prevede che nel corso dell'esercizio 1995, siano mantenuti in vigore entrambi i sistemi contabili. Nell'esercizio 1996, pertanto, cesserà di avere vigore il sistema di contabilità finanziaria pubblica, impostato sull'autorizzazione assunta in base all'impegno di spesa, ed entrerà a regime il sistema di contabilità economica, fondato sulla responsabilizzazione dei dirigenti su risorse impiegate ed attività prodotte.

Le Aziende sanitarie sono strutture pubbliche senza fini di lucro che erogano servizi essenziali, quali sono, appunto, quelli sanitari; conseguentemente la legge pone alcune cautele sia sulla destinazione dell'eventuale risultato economico positivo dell'esercizio, sia sulle modalità di copertura delle eventuali perdite di gestione.

Al fine di garantire il cittadino ed il cliente/utente rispetto alla quantità ed alla qualità dei servizi erogati dalle Aziende sul territorio, oltre agli strumenti di programmazione, il legislatore regionale vincola l'eventuale «utile» di esercizio alla copertura di perdi-

te portate a nuovo, agli investimenti ed alla incentivazione del personale.

4. La delegificazione e la flessibilità organizzativa

La legge regionale stabilisce i criteri e le linee guida fondamentali, demandando la disciplina delle materie analizzate. L'esplicitazione tecnica è rinviata a successivi regolamenti per materia, lasciando alle Aziende ampia autonomia gestionale nell'ambito delle scelte di politica sanitaria regionale, trasfusa nel Piano sanitario, e del quadro dei sistemi di controllo stabiliti dalla L. n. 412/91.

Ulteriore principio informatore della legge è la tendenza a garantire una maggiore flessibilità organizzativa e gestionale all'interno delle Aziende, attraverso snellimenti procedurali interni ed esterni alle strutture.

Con riferimento alla disciplina dell'attività contrattuale, coerentemente con il sistema generale tendenzialmente orientato a rinvenire nelle direttive comunitarie il momento di omogeneizzazione e di sintesi dell'intero quadro normativo, si sono disciplinati alcuni aspetti particolari delle attività contrattuali, piuttosto che le procedure inerenti alle forme di pubblicità e alla scelta del contraente.

Nel contempo, il legislatore regionale ha identificato i necessari collegamenti, attraverso la programmazione degli interventi, con il budget delle risorse disponibili, nonché di assicurare il rispetto, oltre che della legalità, dei principi di efficienza, efficacia, economicità e trasparenza.

Il rinvio alla normativa vigente in materia non ha impedito di riconoscere ampio spazio alla trattativa privata e alla flessibilità organizzativa che tale modalità di scelta del contraente presenta rispetto alle altre.

5. Gli effetti di applicazione della legge

La disciplina dettata nella legge coinvolge non solo la complessiva gestione delle Aziende, ma anche il rapporto tra Aziende ed ente Regione. La Regione dovrà mettere progressivamente a punto e perfezionare sistemi tecnici, contabili e gestionali che le consentano di interloquire con le nuove organizzazioni sanitarie in modo coerente con una gestione aziendalistica delle stesse, con particolare riguardo all'affinamento dei criteri di riparto del Fondo sanitario regionale, orientati ad attivare logiche premianti della qualità e della quantità dei servizi erogati nei diversi punti sul territorio.

L'esigenza di raccordare il mantenimento dei principi solidaristici che garantiscono l'accesso ai servizi sanitari con i vincoli finanziari derivanti dalle risorse assegnate, richiede l'introduzione di meccanismi concorrenziali finalizzati a migliorare la «produttività» della spesa pubblica.

Con l'aziendalizzazione prefigurata del Servizio sanitario nazionale del D.L.vo n. 502/92 si persegue una maggiore efficienza del sistema salvaguardandone, comunque, la natura pubblica, finalizzata a garantire la massima tutela della salute e in acces-

so ai servizi commisurato al bisogno anziché al reddito.

Gli scambi tra Aziende ed altri Enti pubblici e privati del settore, vanno regolati sulla base delle tariffe. Con il decreto ministeriale del 15 aprile 1994, sono forniti i criteri per la predisposizione, a cura delle Regioni, dei rispettivi sistemi di tariffazione delle prestazioni, che dovranno essere orientati a:

— individuazione della tariffa come remunerazione massima negli scambi;

— individuazione delle tipologie di prestazioni, soggetti erogatori ed unità di misura.

Il sistema delineato, basato sulla regolazione dei rapporti di scambio attraverso tariffe, prefigura l'introduzione di meccanismi di concorrenza, indirizzando le Aziende sanitarie ad un migliore uso delle risorse.

L'introduzione della responsabilizzazione economica e dell'autonomia gestionale, la verifica sui risultati ottenuti e non sulle risorse assegnate, gli snellimenti procedurali, cambiano totalmente le modalità di Governo e di gestione della sanità pubblica della Regione, indirizzandola a proseguire nel processo di aziendalizzazione, oggi prefigurato a livello nazionale, ma iniziato in Emilia-Romagna ormai da alcuni anni con lo sviluppo dei sistemi di contabilità direzionale, della gestione per budget, dell'Osservatorio prezzi e di altri strumenti atti a misurare l'efficienza e l'economicità dei servizi sanitari erogati sul territorio.

IL CONTRATTO DI COMODATO NEGLI ENTI SANITARI

di Giuseppe Molignini

Assessorato alla sanità - Regione Lombardia

In questi ultimi mesi, si parla molto del contratto che va sotto il nome di comodato e dell'applicazione che se ne è fatto nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Se ne parla perché, l'uso distorto del contratto in questione, ha portato all'arresto di medici, fornitori, dipendenti e amministratori pubblici. Vale la pena quindi chiarire alcuni aspetti della complessa vicenda.

Il comodato è un vecchio istituto esistente da sempre nel diritto italiano avendolo ereditato da quello romano. Lo stesso termine comodato deriva dal latino *commodare*, prestare a qualcuno qualche cosa; darla in uso gratuito. *Gratuitum debet esse commodatum*. Il codice lo disciplina dall'articolo 1803 al 1812. Nell'articolo 1803 troviamo la seguente definizione: «il comodato è il contratto col quale una parte consegna all'altra una cosa mobile o immobile, affinché se ne serva per un tempo o per un uso determinato, con l'obbligo di restituire la stessa cosa ricevuta. Il comodato è «essenzialmente gratuito» Ma perché nella sanità questo istituto si è così diffuso? Occorre sapere che l'ente ospedaliero, creato dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, e che, prima dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale (legge 23 dicembre 1978, n. 833) gestiva gli ospedali italiani, aveva a disposizione il 4% dell'entrata corrente (art. 32) per l'ammortamento, il rinnovo e l'ammmodernamento delle attrezzature

ospedaliere. L'ente ospedaliero aveva, inoltre, la possibilità di contrarre mutui, finanziandoli con il 5% dell'entrata corrente (art. 34), per le spese inerenti la costruzione di nuovi ospedali, l'ampliamento, la trasformazione e l'ammmodernamento degli esistenti, l'acquisto delle attrezzature di primo impianto. Vi erano poi, le oblazioni e le donazioni con destinazione vincolata agli investimenti, cancellati dalla cattiva fama di cui ha, purtroppo, goduto (più a torto che a ragione), l'U.s.I. Fin dalla sua nascita. Alle disponibilità suddette vanno sempre sommate tutte le risorse che vari enti destinavano ad altre attività sanitarie. Alla prevenzione, ad esempio, che era gestita dallo Stato, dalle Regioni, dalle Province e dai Comuni.

L'ente ospedaliero quindi aveva una capacità di spesa, per mantenere aggiornato il suo patrimonio tecnico sanitario ed edilizio, che, in certi periodi, raggiungeva il 10% della spesa corrente. Non a caso gli ospedali italiani, in quel periodo, non avevano nulla da invidiare a quelli degli altri paesi europei.

Per contro il Servizio sanitario nazionale, ha avuto disponibilità finanziarie, per gli investimenti che, non hanno mai superato il 3% delle entrate correnti. Dal 1991 al 1994 la situazione è stata ancora più penalizzante. L'incidenza delle disponibilità per gli investimenti sul fondo sanitario nazio-

nale di parte corrente è stata la seguente: 1,9% per il 1991, 1,8% per il 1992, 1,0% per il 1993 e 0,34% per il 1994.

La legge finanziaria n. 67 dell'88, che stanziava 30.000 miliardi per un programma pluriennale di intervento in materia di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio Sanitario, non ha ridotto il disagio derivante dalla scarsità di risorse per la voce di spesa in conto capitale: sia perché gli effetti di quella legge non si sono ancora visti, sia perché la stessa non finanziava la singola apparecchiatura tecnico sanitaria. Al contrario, ha avuto effetto negativo l'eliminazione dei benefici della legge finanziaria del 1984, n.730/83, che consentiva agli enti sanitari, negli anni dal 1984 al 1988 e 1990, di destinare il 50% delle entrate proprie, un importo pari ad una media dell'1,7% delle entrate correnti, al rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie. Con le risorse sopra citate, naturalmente, il Servizio sanitario nazionale doveva sostenere il rinnovo e l'ammmodernamento di tutto il patrimonio tecnico sanitario, non solo quello ospedaliero.

La situazione finanziaria sopra descritta ha stimolato il diffondersi del comodato e, da quello che si apprende dai *media*, la distorsione della sua applicazione.

Il contratto di cui discutiamo ha avuto due modalità di applicazione:

una fisiologica, l'altra patologica. Esaminando la prima:

a) l'ente ha bandito una gara nei cui atti ha chiesto la disponibilità di un apparecchio, unitamente al materiale occorrente per una determinata attività;

b) l'ente ha accettato in uso gratuito un apparecchio aperto (capace cioè di funzionare con materiale venduto da diversi fornitori oltre che da quello che ha offerto l'apparecchio), bandendo regolare gara per acquistare il materiale di consumo: principalmente reagente, carta speciale e così via;

c) l'ente sanitario ha accettato il comodato di un apparecchio chiuso (capace di funzionare solo con materiale fornito dal proprietario dell'apparecchio), ma nell'ambito di una spesa annua, destinata all'acquisto del relativo materiale di consumo, rientrante nel valore consentito dal regolamento per gli acquisti in economia (come è noto, con questa modalità di acquisizione l'ente pubblico può rivolgersi a chiunque, senza vincoli, né regole da osservare, se non quelle stabilite nel regolamento legittimamente approvato), previa dimostrazione che il prezzo si limitava a remunerare il solo materiale e non anche, attraverso artificiosi aumenti, l'ammortamento dell'apparecchio;

d) l'ospedale ha accettato in comodato un apparecchio, dopo che era stata espletata regolare gara per la for-

natura di materiale di consumo per una determinata metodica. L'opportunità di accettare l'apparecchio è sorta dopo l'espletamento della predetta gara. Va da sé che il quantitativo del materiale di consumo (il reattivo ad esempio) di cui l'ente si approvvigiona deve essere quello stabilito nella gara, tutt'al più rientrante nei limiti del così detto sesto quinto;

e) l'ente ha accettato un apparecchio che non richiedeva materiale di consumo. In questi cinque casi non si può parlare di violazione di norme di illecito. Come si noterà, abbiamo sempre affermato: l'ente ha accettato non il dipendente.

Occorre che chi accetta il comodato sia legittimato a farlo e lo faccia con cautela, accertandosi, ad esempio, che l'apparecchio sia a norma, assicurato contro il furto e, ove necessario, contro la responsabilità civile verso terzi; registrandolo in inventario, fra i beni di terzi (sezione partite di giro dell'inventario).

L'uso distorto del comodato è quello in cui l'ente (o peggio, il servizio non espressamente autorizzato) ha accettato il prestito di un apparecchio, pagando poi il materiale di consumo a prezzo maggiorato, allo scopo di remunerare il costo dell'attrezzatura. Ecco la patologia. Si è in presenza, infatti, di falsa imputazione di bilancio o distrazione di fondi (imputazione alla spesa corrente quello che andava imputato al movimento capitale, op-

pure l'utilizzo di fondi della spesa corrente a favore degli investimenti); non si è rispettata la par condicio dei fornitori; si sono disapplicate le norme UE e nazionali relative alle procedure di gara, per sottacere dei reati penali, nei casi in cui la maggiorazione del prezzo, è andata oltre la remunerazione del bene ricevuto in prestito fittizio.

Occorre che il comodato conservi le sue peculiarità di contratto gratuito. Conservi cioè lo squilibrio tra comodo dell'ente e vantaggio della ditta offerente (di qui i termini essenzialmente gratuito) in termini di immagine: rappresentato dalla citazione, l'apposizione di una targhetta, il buon rapporto con il contraente. Legittimo è anche uso gratuito di apparecchi utilizzati per la ricerca o la sperimentazione.

Stante tutto quanto sopra, non è affatto necessario che il legislatore si adoperi per disciplinare un contratto già codificato, inventandosi, come accade nel progetto di legge all'esame del Parlamento, nuovi reati... Basta che il contratto sia adoperato per quello che è.

Abbiamo spiegato quali sono le ragioni della diffusione del comodato e quando può essere considerato legittimo. Concludiamo dicendo che la carenza di risorse per gli investimenti può essere fronteggiata anche, e forse in modo più trasparente, con altre forme di contratto: il *leasing* ad esempio e il contratto *estimatorio*.

POLITICHE EDITORIALI PER LA VALUTAZIONE ECONOMICA: UN PASSO AVANTI, DUE PASSI INDIETRO?

I. NON SOLO CONFLITTO DI INTERESSE

di Franco Sassi

SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi»

In un recente editoriale della rivista americana *Medical Decision Making*, Dennis Fryback, commentando una polemica metodologica che si protrae da lungo tempo tra Harvard e McMaster, definisce l'attuale fase storica come l'epoca della «perdita dell'innocenza» per gli studi di valutazione economica (Fryback, 1994). Forse con una punta di ottimismo, l'autore sostiene che la valutazione economica stia finalmente cessando di essere puro esercizio accademico, e si appresti ad acquisire un ruolo concreto nell'ambito dei processi decisionali clinici, manageriali, e di politica sanitaria. Perciò, i metodi in base ai quali gli studi vengono svolti e le modalità con cui vengono divulgati richiedono da oggi ulteriore scrutinio.

Che si voglia o meno dare credito alla tesi di Fryback, non si può ignorare il fatto che all'impressionante e progressiva crescita del numero degli studi pubblicati nel corso degli ultimi decenni (Warner e Hutton, 1980; Backhouse et al., 1992; Elixhauser, 1993), non abbia fatto riscontro un apprezzabile miglioramento qualitativo (Adams et al., 1992; Gerard, 1992; Udvarhelyi et al., 1992; Sassi et al., 1994). Già intorno alla metà degli anni '80 Doubilet, Weinstein, e McNeil mettevano in guardia i lettori della più prestigiosa rivista clinica americana, il *New England Journal of Medicine* (Nejm), sull'abuso del termine «cost-

effective» nella letteratura medica, e sulla leggerezza con cui veniva interpretata la valutazione dell'efficienza degli interventi sanitari (Doubilet et al., 1986). Da allora, nonostante fosse ormai evidente la possibilità di manipolazioni e distorsioni, ben poco è stato fatto dai direttori di riviste scientifiche per offrire garanzie di attendibilità riguardo alle valutazioni economiche pubblicate. Questo, almeno, fino ai mesi più recenti, quando un ricco dibattito si è aperto nel mondo scientifico sulla possibilità di migliorare la coerenza metodologica e la credibilità degli studi.

Tra le molte iniziative assunte da varie parti, una in particolare, di cui il *New England Journal of Medicine* si è reso protagonista, sembra destinata ad avere un impatto particolarmente significativo. Nel mese di settembre dello scorso anno, infatti, gli editors Kassirer e Angell annunciarono sulle colonne del giornale la propria politica editoriale in tema di analisi costo-efficacia (Kassirer e Angell, 1994). Nonostante le polemiche non si siano fatte attendere (Steinberg, 1995; Powe, 1995; Schulman, 1995; Simonich, 1995; Tilson e Kotsanos, 1995; Flanagan e Rennie, 1995), l'autorevolezza della fonte e il rigore dei criteri formulati costituiscono due presupposti affinché l'atteggiamento dell'editoria scientifica verso le valutazioni economiche venga profondamente in-

fluenzato negli anni futuri. Mecosan ha voluto sollecitare un dibattito sull'argomento, cercando di far emergere le potenziali ripercussioni dell'iniziativa del Nejm sulle attività di valutazione economica che vengono svolte in Italia. Nelle pagine che seguono sono riportati gli autorevoli interventi di Ermanno Attanasio, Renato Dellamano, Nerina Dirindin, Alessandro Liberati, Severino Sterpi. Nel seguito di questo contributo viene descritta la politica editoriale annunciata dal Nejm, e vengono discusse le principali iniziative emerse nell'ambito del dibattito internazionale sulla qualità e credibilità degli studi di valutazione economica.

La politica editoriale del Nejm

Il breve editoriale di Kassirer e Angell, intitolato «The Journal's policy on cost-effectiveness analyses», contiene numerosi spunti interessanti, ma il tema centrale sul quale si focalizza è quello del potenziale conflitto di interessi generato dalla presenza di enti finanziatori non neutrali rispetto al prodotto o servizio sanitario che viene valutato. Gli editor del Nejm prendono atto della crescente importanza che le analisi costo-efficacia vanno assumendo nella formulazione delle politiche sanitarie, e contemporaneamente fanno notare come la natura dei metodi che tali studi impiegano implichi

una significativa dose di discrezionalità. Quindi è essenziale che gli autori, i finanziatori, e i direttori di riviste scientifiche, facciano tutto il possibile per limitare il rischio di distorsioni.

Kassirer e Angell identificano le analisi costo-efficacia come un tipo di contributo che possiede alcune caratteristiche proprie degli articoli originali e alcune proprie delle rassegne (review). Le prime sono collegabili alla presenza di metodi e dati esplicitamente definiti, e al fatto che le conclusioni dello studio siano derivate direttamente da essi. Le seconde sono invece collegabili alla presenza di assunzioni di fondo, e alla discrezionalità con cui alcuni dati utilizzati nell'analisi vengono selezionati dalla letteratura esistente. Di conseguenza, la politica editoriale adottata dal *Nejm* si colloca a metà strada tra quelle in uso per gli articoli originali e per le rassegne. Si afferma testualmente che «(...) sarà considerata per la pubblicazione qualsiasi analisi costo-efficacia di elevata qualità, sia essa supportata dall'industria o meno, e indipendentemente dal fatto che sia basata su dati primari tratti da un singolo trial clinico o dati secondari tratti da varie fonti di letteratura (...)». Tuttavia, pur ammettendolo in linea di principio, Kassirer e Angell ritengono di imporre severe restrizioni al finanziamento da parte dell'industria. Affinché venga considerato per la pubblicazione, infatti, richiedono che ogni studio che goda del supporto economico di aziende rispetti tre requisiti. In primo luogo, il finanziamento non deve essere erogato direttamente agli autori, ma deve transitare per un'organizzazione senza scopo di lucro (ospedale o università). In secondo luogo, gli autori devono fornire assicurazione scritta del fatto che l'azienda finanziatrice abbia garantito totale indipendenza nel disegno dello studio, nell'interpretazione dei dati e nel giudizio sulla pubblicazione dei ri-

sultati. Infine, devono essere forniti al giornale tutti gli elementi necessari alla ripetizione dei calcoli effettuati, quindi devono essere esplicitate tutte le assunzioni di fondo e i modelli utilizzati.

Gli editor del *Nejm* si spingono anche oltre nel tentativo di neutralizzare l'influenza dell'industria sullo svolgimento delle valutazioni economiche. «Se né l'industria assicurativa, né le agenzie federali (come la Food and Drug Administration o la Agency for Health Care Policy and Research) sono disponibili o in grado di finanziare la ricerca», proseguono Kassirer e Angell, «si potrebbe creare un consorzio di aziende appartenenti all'industria farmaceutica e delle tecnologie biomediche, esclusivamente per supportare le valutazioni economiche».

Le critiche, come era facile immaginare sono giunte in grande numero, sia dal mondo scientifico che da quello dell'industria. Nel numero del 12 gennaio 1995, il *Nejm* riporta alcune lettere particolarmente significative, e una replica degli editor. Steinberg ritiene inaccettabile che studi provenienti direttamente dall'industria non vengano neppure presi in considerazione, e critica le assunzioni di Kassirer e Angell secondo cui le valutazioni economiche conterrebbero un maggior grado di discrezionalità metodologica rispetto agli studi clinici, e richiederebbero necessariamente l'impiego di modelli con derivazione di parte degli input dalla letteratura (Steinberg, 1995). Critiche analoghe vengono rivolte da Tilson e Kotsanos, che evidenziano come esistano molte potenziali fonti di bias legate a motivazioni di carattere non finanziario (Tilson e Kotsanos, 1995), e da Simonich, che osserva come le guidelines prodotte in Canada e in Gran Bretagna (di cui si parlerà più estesamente in seguito) non effettuino alcuna discriminazione ai danni della ricerca finan-

ziata dall'industria (Simonich, 1995). Da parte del mondo accademico, si fa osservare come Kassirer e Angell abbiano trascurato il problema della qualità della peer-review delle analisi costo-efficacia (Powe, 1995), e il problema degli studi economici di farmaci collegati ai trial clinici di fase 3, che si sono moltiplicati nei tempi più recenti, per i quali la politica editoriale del *Nejm* risulta difficilmente applicabile (Schulman, 1995). Infine due editor del *Journal of the American Medical Association* fanno notare come sia relativamente facile eludere i vincoli posti dal *Nejm*, senza che la rivista abbia alcuna seria possibilità di verifica (Flanagin e Rennie, 1995). Nella loro replica Kassirer e Angell fanno appello all'onestà degli autori, per quanto riguarda l'ultimo punto richiamato, e ribadiscono l'esigenza di una tutela formale dal conflitto di interesse, in quanto eventuali sottili distorsioni dei risultati di valutazioni economiche sfuggirebbero molto probabilmente anche a qualificati referee (Kassirer e Angell, 1995).

Peer-review, guidelines e qualità degli studi

Come affermato in precedenza, la politica editoriale del *Nejm* non rappresenta un fatto isolato. Nel mondo scientifico si è sviluppato da qualche tempo un serrato dibattito sulle modalità per garantire un generale miglioramento nella qualità degli studi. È ormai chiaro a tutti come l'eterogeneità degli approcci alla valutazione economica e la variabilità degli standard metodologici adottati dagli autori finiscano per generare confusione e insicurezza in coloro che rappresentano i potenziali utilizzatori degli studi (Hilman et al., 1991; Freemantle e Maynard, 1993; Szczepura, 1994). Il mondo scientifico, d'altronde, dispone di efficaci meccanismi di auto-regola-

zione, che si stanno puntualmente attivando.

Il meccanismo principe, anche se imperfetto, è costituito dalla peer-review. Il progresso delle conoscenze, in qualsiasi campo, è primariamente affidato al giudizio dei «pari», che fino a oggi rappresenta la garanzia più solida e accettabile a vantaggio di chi svolge e chi utilizza gli studi scientifici (Kassirer e Champion, 1994). Gli editor del *Nejm* ritengono che la sola peer-review non sia sufficiente per gli studi di tipo costo-efficacia. Ma è possibile oggi avere certezze sui limiti del processo di peer-review? Il sistema attuale è così perfetto da non consentire miglioramenti? Certamente no. Lo scorso anno, Schulman e colleghi riportarono i risultati di un'indagine svolta su 15 riviste mediche di primo piano (12 americane, 2 britanniche e 1 canadese), rivolta ad analizzare i metodi di peer-review adottati per articoli di natura economica o di etica medica (Schulman et al., 1994). I risultati sono inequivocabili. Per le valutazioni economiche, quasi tutte le riviste utilizzano come «primary reviewers» dei clinici specialisti nel relativo campo. Il ricorso a esperti di economia è meno frequente e il livello di qualificazione degli studiosi interpellati è estremamente variabile. Meno di metà delle riviste può contare su editor con competenze specifiche di economia sanitaria (ma non necessariamente con formazione economica) nell'ambito della redazione. In questo numero di *Mecosan* è contenuto un articolo di Demicheli e Jefferson che approfondisce e amplia lo studio di Schulman, giungendo a conclusioni analoghe (Demicheli e Jefferson, 1995). La strada da percorrere, dunque, è ancora lunga. Ma non manca la consapevolezza delle azioni da compiere. Il *British Medical Journal*, in particolare, ha istituito un «working party», presieduto da Michael Drummond e coordina-

to da Tom Jefferson, con il compito di formulare linee guida per la presentazione e la peer-review degli studi economici. È facile pensare che altre prestigiose riviste non esiteranno a seguire l'esempio.

Ma l'attenzione verso le linee guida, in questo momento, si estende ben oltre l'iniziativa del *BMJ* e le finalità della peer-review. Proposte, convegni, articoli, posizioni ufficiali di governi e associazioni dell'industria farmaceutica si alternano a ritmo serrato. La parola d'ordine è ricorrente: elaborare standard metodologici a garanzia della qualità degli studi. Ma non è difficile intuire come alle spalle di questo recente movimento si celino anche interessi almeno parzialmente in contrasto con quelli della scienza. Le linee guida per la valutazione economica, infatti, non sono certo una novità. Già alla fine degli anni '70 Williams elaborò una lista di 19 punti per valutare la qualità di uno studio (Williams, 1977). Dieci anni dopo fu pubblicata la più celebre griglia di Drummond, Stoddart e Torrance (Drummond et al., 1987). A breve distanza, Maynard definì sette aspetti in relazione ai quali giudicare la correttezza di una valutazione economica (Maynard, 1990). E ancora, Laupacis e colleghi formularono una scala indicativa del rigore metodologico delle valutazioni economiche articolata su quattro livelli (Laupacis et al., 1992). Gli stessi autori citati, e altri autorevoli esponenti del mondo scientifico, hanno successivamente partecipato alla stesura di guidelines in Canada, Australia, Regno Unito e, recentemente, anche in Italia (Garattini et al., 1995). Nel caso della provincia canadese dell'Ontario e dell'Australia, le guidelines hanno assunto una veste ufficiale, entrando a far parte dei requisiti per la documentazione da presentare in relazione all'entrata sul mercato di nuovi farmaci. Tuttavia, le più recenti versioni, come

è facile immaginare, aggiungono ben poco all'originale schema di Williams. La storia della valutazione economica non è più lunga di una trentina d'anni, e il dibattito è ancora totalmente aperto per la maggior parte delle questioni metodologiche. È stata osservata inequivocabilmente l'inadeguatezza di alcune soluzioni tecniche, ma non è legittimo imporre l'adozione di altre soluzioni in modo cogente. Non a caso, tutte le linee guida formulate hanno un carattere di estrema apertura. Impongono l'esplicitazione dei metodi di analisi, per consentire a chi deve utilizzare lo studio di valutarne la coerenza rispetto all'oggetto dell'analisi, al contesto in cui viene svolta, e alle caratteristiche del processo decisionale che si propone di supportare. Solo occasionalmente, e in casi elementari, si spingono fino a indicare una particolare soluzione come preferibile alle altre. Fanno eccezione, in questo, le guidelines prodotte in Italia, che hanno un tono esasperatamente prescrittivo. Senza voler diminuire il valore che rivestono, almeno per aver contribuito a rivitalizzare il dibattito scientifico sulla valutazione economica a livello italiano, non si può fare a meno di constatare come l'approccio utilizzato rischi di superare i limiti dell'accettabilità, tanto più che molte delle soluzioni indicate come «good economic practice» sono discutibili, quando non errate, sul piano teorico, e spesso non al passo con il dibattito corrente a livello internazionale. Dunque, l'elaborazione di linee guida, specie in quest'ultima accezione, non sembra costituire una formula risolutiva per migliorare la qualità degli studi. Una serie di criteri di riferimento, come quelli esistenti fino dagli anni '70, possono aiutare i non esperti della materia ad orientarsi nei meandri della metodologia. Tuttavia, solo un processo di peer-review più serio e scrupoloso di quello attualmente usato dalla

maggior parte delle riviste scientifiche che pubblicano valutazioni economiche può garantire un progresso, forse lento ma sicuro, nella coerenza interna e nella credibilità degli studi.

BIBLIOGRAFIA

- ADAMS ME, MCCALL NT, GRAY DT, ORZA MJ, CHALMERS TC. *Economic analysis in randomized control trials*. Medical Care 1992;30(3):231-43.
- BACKHOUSE HE, BACKHOUSE RJ, EDEY SA. *Economic evaluation bibliography*. Health Economics 1992;1(suppl):1-236.
- DEMICHELI V, JEFFERSON TO. (...). *Mecosan* 1995;13:...
- DOUBILET P, WEINSTEIN MC, MCNEIL BJ. *The use and misuse of the term «cost-effective» in medicine*. New England Journal of Medicine 1986;314(4):253-6.
- DRUMMOND MF, STODDART G, TORRANCE GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford, Oxford University Press, 1987.
- ELIXHAUSER A (ED). *Health care cost benefit and cost effectiveness analysis (CBA/CEA) from 1979 to 1990: a bibliography*. Medical Care 1993;31(7):js1-js150.
- FLANAGIN RN, RENNIE D. *Cost-effectiveness analyses*. New England Journal of Medicine 1995;332(2):124.
- FREEMANTLE N, MAYNARD A. *Something rotten in the state of clinical and economic evaluations?* Health Economics 1994;3:63-7.
- FRYBACK D. *Qaly's, HyÈs, and the loss of innocence*. Medical Decision Making 1993; 13(4):271-2.
- GARATTINI L, GRILLI R, SCOPELLITI D, MANTOVANI L. *A proposal for Italian guidelines in pharmacoeconomics*. Pharmacoeconomics 1995;7(1):1-6.
- GERARD K. *Cost-utility in practice: a policy maker's guide to the state of the art*. Health Policy 1992;21(3):249-80.
- HILLMAN AL, EISENBERG JM, PAULY MV, BLOOM BS, GLICK H, KINOSIAN B, SCHWARTZ JS. *Avoiding bias in the conduct and reporting of cost-effectiveness research sponsored by pharmaceutical companies*. New England Journal of Medicine 1991;324(19):1362-5.
- KASSIRER JP, ANGELL M. *The Journal's policy on cost-effectiveness analyses*. New England Journal of Medicine 1994;331:669-70.
- KASSIRER JP, ANGELL M. *Cost-effectiveness analyses*. New England Journal of Medicine 1995;332(2):124-5.
- KASSIRER JP, CAMPION EW. *Peer-review: crude and understudied, but indispensable*. JAMA 1994;272(2):96-7.
- LAUPACIS A, FEENY D, DETSKY AS, TUGWELL PX. *How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations*. Canadian Medical Association Journal 1992;146(4):473-81.
- MAYNARD A. *The design of future cost-benefit studies*. American Heart Journal 1990;119:761-5.
- POWE NR. *Cost-effectiveness analyses*. New England Journal of Medicine 1995;332(2):123-4.
- SASSI F, MCKEE MC, ROBERTS J. *Methodology for the economic evaluation of diagnostic technology*. Paper presentato al X meeting annuale della International Society for Technology Assessment in Health Care, Baltimore 16-19 giugno 1994.
- SCHULMAN K. *Cost-effectiveness analyses*. New England Journal of Medicine 1995;332(2):124.
- SCHULMAN K, SULMASY DP, RONEY D. *Ethics, economics, and the publication policies of major medical journals*. JAMA 1994;272:154-6.
- SIMONICH WL. *Cost-effectiveness analyses*. New England Journal of Medicine 1995;332(2):124.
- STEINBERG EP. *Cost-effectiveness analyses*. New England Journal of Medicine 1995;332(2):123.
- SZCZEPURA A. *Finding a way through the cost and benefit maze: standardized instruments are needed*. British Medical Journal 1994;309:1314-5.
- TILSON H, KOTSANIS JG. *Cost-effectiveness analyses*. New England Journal of Medicine 1995;332(2):124.
- UDVARHELYI IS, COLDITZ GA, RAI A, EPSTEIN AM. *Cost-effectiveness and cost-benefit analyses in the medical literature: are the methods being used correctly?* Annals of Internal Medicine 1992;116:238-44.
- WARNER KE, HUTTON RC. *Cost-benefit and cost-effectiveness analysis in health care: growth and composition of the literature*. Medical Care 1980;18(11):1069-84.
- WILLIAMS A. *The cost-benefit approach*. British Medical Bulletin 1977;30(3):252-6.

POLITICHE EDITORIALI PER LA VALUTAZIONE ECONOMICA: UN PASSO AVANTI, DUE PASSI INDIETRO?

II. UNA POLITICA UTILE, MA INSUFFICIENTE

di Alessandro Liberati

Istituto Mario Negri - Milano

Che dopo anni di dibattito in ristretti «circoli culturali» le problematiche della economia sanitaria entrino finalmente a pieno titolo nella discussione degli operatori e, di riflesso nelle preoccupazioni degli utenti, è certamente un fatto da salutare positivamente. Non vi è dubbio che l'adagio della «salute non ha prezzo» è stato — oltre che un potente strumento ideologico — anche un alibi formidabile per quella parte della classe medica che vede quantomeno con «forte, preoccupazione» l'avvento di un'epoca nella quale — come diceva a chiare lettere un editoriale del *British Medical Journal* di qualche anno fa — si dovrà rendere conto alla società, ed ai singoli pazienti, dei propri comportamenti.

Data la brevità dello spazio disponibile non è possibile intervenire su tutte le problematiche che l'editoriale di Kassirer e Angell solleva. Ho preferito soffermarmi sui problemi di *affidabilità metodologica e di trasparenza concettuale ed epistemologica* che gli studi di valutazione economica in sanità pongono. Tutto questo cercando di dimostrare l'esistenza di un nesso inscindibile tra qualità metodologica e rilevanza della valutazione economica e di efficacia clinica che — non dimentichiamolo — rappresenta il presupposto senza il quale qualunque valutazione economica — per interamente valida ed elegante che sia — perde totalmente di significato.

In tutta franchezza dopo aver letto l'editoriale mi sono sentito deluso e preoccupato. Deluso perché nel certo non facile compito di difendere la reputazione della loro rivista tenendola al passo con i tempi l'attenzione dei due editorialisti privilegia la puntigliosa e scrupolosa elencazione dei criteri di difesa formale della integrità. Troppo poco, a mio avviso, si insiste sui pericoli che oggi una scarsa consapevolezza dei limiti, concettuali e metodologici, di cui la valutazione della analisi economica in sanità soffre. Preoccupato, perché l'enfasi quasi esclusiva data agli aspetti di carattere «formale» — le garanzie di indipendenza e di non sussistenza di rilevanti conflitti di interesse — rischia di indurre nel lettore una falsa sicurezza. Quasi che bastasse essere molto vigili sugli aspetti di correttezza (onestà) personale di chi conduce analisi di tipo economico per aver eliminato i grossi problemi che ne rendono spesso invece problematica la interpretazione e valutazione.

Su un piano generale qualitativo, le problematiche della analisi economica in sanità non sono molto diverse da quelle che si pongono nel campo della ricerca clinica. E anche qui bisogna essere chiari. Soluzioni formali non risolvono i problemi.

Anzi nel campo della ricerca clinica già si vedono le conseguenze possibili di una eccessiva attenzione alla osser-

vanza delle regole formali. Una volta che le si è apprese trovare il modo per aggirarle non è così difficile, soprattutto se manca al riguardo una chiara vigilanza culturale e politica, oltretutto tecnica. Nel mondo della ricerca clinica le regole formali oggi sono state, più o meno, assimilate. Nessuno dotato di buon senso obietta che per una valutazione di efficacia credibile sono necessari studi randomizzati le cui regole di disegno, conduzione e interpretazione sono, peraltro, oramai ben codificate. La lezione è stata imparata così bene che il discrimine non passa più (si pensi al caso dei farmaci) per la verifica della esistenza di trials (qualcuno pronto a fare sperimentazioni cliniche di discutibile rilevanza — senza rischiare l'accusa di «conflicts of interest» — si trova sempre). Il problema è semmai di verificare se i trials hanno misurato effetti realmente rilevanti per la salute del paziente. Valutazione, quest'ultima, assai più difficile da fare e per la quale non basta giudicare la presenza del «bel vestito» (leggi «il trial clinico controllato, randomizzato, in doppio cieco etc.») ma bisogna piuttosto saperne valutare consistenza, tessuto, taglio, etc.

Nel mondo della ricerca clinica sulla efficacia degli interventi la consapevolezza della cattiva qualità metodologica e della scarsa affidabilità di molti risultati, è venuta, faticosamente, alla luce nell'ultimo decennio (Li-

berati A., 1990). Dapprima evidenziando come per gran parte degli interventi medici non esistano rigorose documentazioni di efficacia (US Congress, Office for Technology Assessment, 1994) e più recentemente sottolineando come, l'uso di parametri di valutazione (end-points) poco rilevanti sul piano clinico, pur all'interno di studi formalmente ben disegnati, rappresenti un pericolo ancor più grande (Goetzsche et al, 1995).

La diffusione e popolarità degli studi di valutazione economica in sanità è peraltro in crescita già da almeno 15 anni. Proprio l'editoriale che siamo qui a commentare viene a distanza di 17 anni dalla prima coppia di articoli (Wenstein e Stason, *New England J Med* 1977) che, in una rivista biomedica, ha trattato i principi delle analisi economiche applicate alla sanità con una applicazione specifica al caso della ipertensione.

Da allora la letteratura concernente analisi di tipo costo-efficacia e, costo-beneficio ha assunto una mole considerevole. Solo tra il 1979 ed il 1990 è stato stimato dall'Office for Technology Assessment degli Stati Uniti che siano stati pubblicati più di 3000 tra articoli e lettere all'editore.

Siamo certi che a questa esplosione quantitativa corrisponda un adeguato rigore metodologico ed una chiarezza epistemologica ed interpretativa di quanto si pretende di analizzare e valutare? La risposta è, a mio parere, negativa e per argomentarla vorrei rifarmi ad alcune considerazioni metodologiche.

Da questo punto di vista mi soffermerò su alcuni aspetti di *metodo* per poi concludere con alcune brevi considerazioni sul *merito* e sul *contesto*.

Non vi è dubbio che la applicazione della analisi economica alla sanità debba ancora darsi molte regole se vuole davvero essere utile e non confondente.

I principali problemi metodologici comuni ai tre tipi di analisi economica dei problemi sanitari più frequentemente utilizzati (l'analisi costo-beneficio, costo-efficacia e costo-utilità) sono, essenzialmente, legati a quattro questioni:

1) la comparabilità delle differenti analisi;

2) la qualità di tali analisi;

3) la conduzione di analisi economiche all'interno di studi clinici controllati;

4) le assunzioni che si fanno, soprattutto, nelle analisi «costo-utilità».

Vediamoli brevemente in sequenza.

1) *La comparabilità*. Dipende largamente dalla struttura e dalle assunzioni fatte. In una recente analisi (Brown e Fintor 1993) è stata presentata una valutazione critica degli studi che avevano valutato gli interventi di screening per il tumore della mammella: 16 studi effettuati in 6 paesi. Quattro studi avevano concluso che lo screening portava ad una riduzione dei costi mentre i restanti 12 propendevano per un aumento degli stessi. Nei diversi studi la stima del costo per vita salvata variava da 3.400 a 20.000 dollari Usa. Gli studi a favore dello screening avevano assunto che il costo complessivo del trattamento per le pazienti diagnosticate in fase precoce di malattia fosse minore di quello per le donne diagnosticate in fase più avanzata di malattia mentre gli studi contrari avevano postulato l'opposto. Inoltre i diversi studi differivano per:

a) anno di esecuzione;

b) «discount rate» utilizzato;

c) valore di preferenza attribuito ai diversi stati di salute;

d) tipo di costi considerati;

e) riferimento per il confronto;

f) sistema sanitario di riferimento.

2) *La qualità*. Può sia influenzare la comparabilità tra studi sia alterare la stima dei costi relativi e, quindi, la valutazione del valore relativo delle

single tecnologie alternative. Esistono oggi documentazioni empiriche che anche principi generali accettati non vengono nella pratica rispettati (si rimanda all'articolo di Udvarhelyi e Coll, 1992).

3) *La valutazione negli studi controllati*. A seguito del crescente interesse per le valutazioni economiche in sanità in un numero crescente di casi si arriva a pianificare la valutazione economica già all'interno degli studi intrapresi per valutare la efficacia clinica della tecnologia. Per quanto attraente sia su un piano sia concettuale che pratico questo approccio non è esente da limiti. Anzitutto perché quando si fanno studi di efficacia, generalmente la tecnologia è in una fase molto precoce del suo sviluppo. Ciò implica che non si dispone di informazioni su problematiche che possono derivare sul medio-lungo periodo e che derivano dal suo uso nelle condizioni reali di pratica. In secondo luogo perché quando gli end-points utilizzati — come accade nei trials su molte malattie a lungo decorso che richiederebbero periodi di osservazione molto lunghi — sono *dei surrogati* (e quindi non di immediata rilevanza clinica) la valutazione economica può essere completamente fuorviante (si rimanda anche qui all'articolo di Goetzsche e coll., 1995). Infine, perché molti hanno espresso dubbi circa la effettiva generalizzabilità di stime di costo derivate in «condizioni di pratica ottimizzata ed, in qualche modo, artificiale» quale è quella dei clinical trials.

4) *Le assunzioni*. Assai delicato è il problema delle «assunzioni» fatte in fase di pianificazione della analisi economica. Questo è vero soprattutto per le analisi costo-utilità dove considerazioni relative alla «quantità» e alla «qualità» della vita vengono incorporate in una unica misura di esito. In altre parole, le analisi costo-utilità

quantificano non solo il costo per ogni risultato ritenuto rilevante ma anche il «valore» di assegnare a quel risultato. Senza entrare qui compiutamente nel merito di questa discussione, vale la pena di sottolineare come questo lasci ampio spazio di soggettività. Il meno che si possa raccomandare è quindi che chi deve utilizzare i risultati di questi tipi di analisi sia pienamente a conoscenza di tutto ciò.

Se non si cercherà con urgenza di riflettere e fare ricerca su questi problemi è difficile pensare che la analisi economica in sanità possa dare contributi validi ad un miglioramento della qualità ed equità dell'assistenza sanitaria. Certamente una attività di controllo e vigilanza è necessaria. Ma, di nuovo, si tratta più di una vigilanza sul contenuto ed il merito che sugli aspetti formali di indipendenza. Con questo, si badi bene, non voglio sottovalutare i pericoli che, soprattutto in un contesto come quello italiano caratterizzato da grande scarsità di fondi per

la ricerca, si creino situazioni di dipendenza strutturale della ricerca in campo di economia sanitaria. Da un certo punto di vista, anzi, le regole scrupolosamente elencate dall'editoriale di Kassirer e Angell non potranno che far bene alla pratica della ricerca in campo di economia sanitaria nel nostro paese così poco versato a prendere sul serio i problemi posti dai conflitti di interesse. Resta tutta la urgenza di fare passi avanti nella definizione di regole nella metodologia della valutazione economica in sanità e nell'approfondimento del rapporto tra la qualità della ricerca clinica ed affidabilità delle valutazioni economiche. È importante segnalare, da questo punto di vista che anche nell'ambito della Cochrane Collaboration (Liberati A, 1994) — una iniziativa internazionale mirata alla ottimizzazione della valutazione della efficacia degli interventi sanitari — si stia discutendo attivamente sulla opportunità di creare un gruppo di lavoro internazionale *ad*

hoc per la ricerca sui metodi di valutazione economica in sanità.

BIBLIOGRAFIA

- BROWN M.L., FINTOR I. *Cost-effectiveness of breast cancer screening: preliminary results of systematic review of the literature*. Breast Cancer Research and Treatment 1993, 25 (2):113-118.
- GOTZSCHE P., LIBERATI A., TORRI V., ROSSETTI L. *Beware of surrogate end-points*. Int. J. Technol. Asses Health Care (1995, in corso di stampa).
- LIBERATI A. *Sperimentazione clinica, qualità della ricerca e consenso informato*. Salute e Territorio 1990, 72-73:5054.
- LIBERATI A., COEN D. *Evidenze scientifiche e programmazione sanitaria: si apre un Centro Cochrane anche in Italia*. Ricerca e Pratica (1994) 57:91-96.
- US CONGRESS OFFICE FOR TECHNOLOGY ASSESSMENT IDENTIFYING HEALTH TECHNOLOGIES THAT WORK: SEARCHING FOR EVIDENCE. OTA-H-608 (Washington DC, US Government Printing Office, September 1994).
- UDVARHELYI J.S., COLDITZ G.H., EPSTEIN A.M. *Cost-effectiveness and cost-benefits in the medical literature: are the methods being used correctly?* Ann Int Med 1992; 116:238-244.

POLITICHE EDITORIALI PER LA VALUTAZIONE ECONOMICA: UN PASSO AVANTI, DUE PASSI INDIETRO?

III. UNA RISPOSTA AI CAMBIAMENTI DELLA SANITÀ

di Severino Sterpi

Cattedra economia politica - Università Cattolica «Sacro Cuore» - Milano

Il problema politico-editoriale che il N.E.J.M. si pone con una serietà che, ovviamente, torna a suo onore, suscita considerazioni che vanno al di là di quelle — più squisitamente tecniche — che riguardano la validità e l'applicabilità pratica dei criteri enunciati dagli Editors.

Una prima considerazione di ordine generale è che il nodo gordiano della economicità dei processi sanitari è ormai apertamente al centro dell'attenzione e delle preoccupazioni di operatori e studiosi quale che sia l'assetto istituzionale con cui i vari paesi cercano di perseguire l'obiettivo meritorio della tutela della salute. Il costo della ricerca di nuovi principi attivi e di nuove tecnologie medicali è notoriamente enorme. L'efficacia medica degli uni e delle altre è altrettanto notoriamente difficile da valutare *ex-ante*, anche perché nella grande maggioranza delle aree di morbosità si punta ormai a variazioni d'impatto decisamente marginali. In queste condizioni, la limitatezza delle risorse disponibili rende di primaria importanza «dimostrare», con un certo grado di scientificità, che il farmaco x o la tecnica d'intervento y sono più efficaci, a parità di costo, di altri attualmente in uso ovvero che, a parità di efficacia, essi suscitano costi minori in via diretta o indiretta.

Di fatto, la giusta enfasi per l'economia pone oggi l'operatore sanitario

di fronte ad un processo decisionale che include un importante elemento in più, e cioè la costosità della decisione quali che siano i soggetti destinati a subirne in via immediata o mediata l'onere. Allo schema «diagnosi-efficacia sperata dell'intervento-rischio» si aggiunge dunque la variabile «costo», relativa sia al non intervento sia alla terapia nei suoi contenuti e nelle sue varie modalità di attuazione. È noto che il gioco cooperativo fra medici e amministratori porta spesso a decisioni (specie quando sussiste il terzo pagante non perfettamente informato) che sembrano di fatto ignorare il vincolo economico suddetto, ma tale fenomeno — che ha dato un apporto rilevante all'inflazione dei costi ospedalieri soprattutto tramite l'acquisizione di tecnologie medicali sempre più sofisticate e male utilizzate — ha generato appunto le reazioni e il clima di cui si diceva sopra.

Una seconda possibile considerazione, solo apparentemente estranea alle suddette questioni economiche, è che il processo sanitario è sempre più condizionato da un nuovo fattore emergente e cioè dal rischio, per l'operatore sanitario, di essere chiamato a rispondere legalmente degli eventuali danni arrecati al paziente attraverso decisioni terapeutiche (o di non intervento) che possono essere considerate — su giudizio di un qualche

giurì — come espressione di *malpractice*.

Costosità delle iniziative e rischio di imputazione per inadeguata pratica sanitaria possono d'altronde costituire elementi interconnessi nel processo sanitario. Tali intrecci non sono certamente una novità sul piano concettuale, ma lo sono (o lo stanno diventando, a seconda delle varie situazioni ambientali) sul piano pratico. È per ora difficile dire quanto essi siano destinati ad incidere sulle relazioni contrattuali che si vengono ad instaurare fra pazienti, medici, strutture sanitarie di offerta, finanziatori. È però facilmente intuibile che il sistema dei contratti su cui è imperniato l'intero processo sanitario (privato o pubblico che esso sia) è destinato a mutare profondamente rispetto alle sue origini storiche. In particolare, il fulcro di questo nesso di contratti, e cioè il rapporto fra medico e paziente, è destinato ad acquisire connotazioni radicalmente nuove sotto il profilo giuridico-formale e dunque, fatalmente, anche sotto l'aspetto medico ed etico.

Le preoccupazioni del N.E.J.M. devono a mio avviso essere viste alla luce di queste nuove tendenze in atto. È indubbio che la ricerca nel campo dell'economia sanitaria e in particolare, nel settore delle analisi «costi-efficacia» (C/E) può diventare — quando effettuata con precondizionamenti dovuti ad affiliazione o a finanziamenti

— una nuova forma intelligente e subdola di pubblicità per farmaci specifici, per processi terapeutici, e per soluzioni organizzative che una volta adottate implicano l'acquisto di attrezzature *ad hoc*. E d'altra parte, l'appellarsi ai risultati di queste ricerche validati dall'avvenuta pubblicazione in una rivista scientifica di prestigio può costituire una utile base di difesa del proprio operato sanitario.

È dunque comprensibile e corretto che una Rivista che voglia difendere un certo «standing» scientifico, evitando di scadere al livello della pubblicistica promozionale, si ponga i problemi di cui parlano gli Editors nell'articolo in riferimento. Si tratta di vedere se i criteri da essi proposti siano efficaci nel perseguire tale obiettivo.

Alcune delle assunzioni preliminari che figurano alla base delle scelte editoriali, quale quella di distinguere — secondo criteri non certo inequivocabili sul piano sia teorico, sia pratico — fra scientific e review articles e di stabilire quindi che le analisi C/E partecipano, per loro natura, dei caratteri sia del primo, sia del secondo prodotto intellettuale, appaiono frutto di schematismi e forzature che, forse accettabili quando si devono classificare contributi di scienze naturali e mediche (biologia, fisiologia e patologia, farmacologia, epidemiologia, ecc.) si prospettano inappropriati nel caso delle analisi economiche.

La prova dell'inadeguatezza di questi modelli di riferimento emerge dalla circostanza che, di fatto, gli Editors associano poi definitivamente le analisi C/E ai review articles sulla base di una tesi che appare adottata a priori. Secondo questa tesi, il «quantum» di review article che sarebbe presente nelle analisi C/E (e che consisterebbe nell'uso abituale di modelli e di dati clinici di seconda mano) renderebbe tali analisi particolarmente soggette a precondizionamenti. In particolare, esse sarebbero facilmente modellabili, verso il risultato gradito dal finanziatore, attraverso la selezione «ad hoc» dei dati economici da porre sul piatto della bilancia che si contrappone a quello su cui gravano i dati scientifici relativi all'efficacia delle terapie proposte. Indicatori, questi, che gli Editors sembrano considerare per definizione più affidabili e oggettivi.

Al di là, però, di questi discutibili equilibrismi e di questi aprioristici (e storici) sospetti circa i dati di costo, le scelte editoriali illustrate nell'articolo sembrano molto pragmatiche e basate su criteri formali nel complesso ineccepibili. Il pragmatismo emerge dal fatto che nessuna analisi C/E, ancorché finanziata da un organismo privato, viene respinta a priori come invece accade con i review articles. La sua pubblicabilità viene fatta dipendere dalle abituali procedure di accertamento del merito. E le tre indispensabili condizioni formali che vengono poste ad autori e finanziatori (pp. 669-

670 dell'articolo) sembrano del tutto ragionevoli.

Esse mirano innanzitutto ad ottenere che non vi sia un legame finanziario diretto fra finanziatore e autore, ma che questo legame sia mediato, attraverso il sostegno alla istituzione scientifica non profit nell'ambito della quale il ricercatore ha concretamente svolto l'analisi C/E in questione. A rafforzamento di questo requisito di indipendenza, si chiedono inoltre varie garanzie che mi sembrano riconducibili a queste «classiche» due: che l'autore sia stato reso contrattualmente libero di pubblicare o meno i risultati raggiunti indipendentemente dal loro contenuto, e che i metodi ed i risultati stessi siano ora presentati con un apparato informativo così completo da renderli giudicabili ed eventualmente appropriabili e utilizzabili da parte di tutti i lettori, alla stregua di un bene collettivo.

Se questa interpretazione è corretta e se professionalità ed etica consentiranno di dare un'attuazione concreta al suddetto sistema di garanzie formali, l'obiettivo di difendere la scientificità e dunque l'imparzialità delle pubblicazioni si rivelerà senz'altro raggiungibile. Gli enormi interessi in gioco ed il contesto sempre più conflittuale in cui il processo sanitario è destinato a svilupparsi metteranno tuttavia a dura prova la possibilità di mantenersi concretamente sul sentiero virtuoso e di evitare un nuovo «tradimento dei chierici».

POLITICHE EDITORIALI PER LA VALUTAZIONE ECONOMICA: UN PASSO AVANTI, DUE PASSI INDIETRO?

IV. GLI INTERESSI FANNO PARTE DEL GIOCO

di Ermanno Attanasio

Dipartimento di medicina sperimentale - Università degli Studi di Roma «La Sapienza»

I lettori, che leggono un articolo sul meccanismo biologico del morbo di Alzheimer, sono tenuti a sapere che il suo autore è il fondatore scientifico (ed uno dei maggiori azionisti) di una società che sviluppa test diagnostici e trattamenti terapeutici per la medesima malattia. A questo problema e ad altri analoghi, *Science* ha risposto dedicando una speciale sezione ai conflitti di interesse in campo scientifico (Barinaga, 1992). Recentemente, *The New England Journal of Medicine* ha ristretto maggiormente i vincoli per le pubblicazioni suscettibili di conflitto di interesse, includendo nuove norme anche per gli studi sul costo-efficacia dei trattamenti sanitari (Kassirer e Angell, 1994). Non poteva essere diversamente, data l'aspettativa che i costi, oggi, suscitano in molte decisioni sull'uso dei farmaci e su altri interventi terapeutici. In questo settore la discrezionalità del metodo usato per analizzare costi ed efficacia e la crescente diffusione di tali studi, impone ad autori, editori e finanziatori di eliminare qualsiasi possibile fonte di distorsione.

Attualmente, i conflitti di interesse nella ricerca biomedica sorgono più numerosi e problematici, di pari passo con gli intrecci crescenti tra accademia e industria. Occorre, quindi, capire natura e forme del fenomeno, l'importanza di un suo controllo e il modo in cui questo sia possibile.

Natura e forme del conflitto di interessi

Il conflitto di interessi è un insieme di condizioni in cui il giudizio professionale riguardante un interesse primario tende ad essere indebitamente influenzato da un interesse secondario. L'interesse primario è dato dai doveri professionali che dovrebbero costituire l'elemento prioritario in qualsiasi decisione. Così per un medico, l'interesse primario riguarda la salute dei pazienti, per uno studioso la validità della ricerca e per un docente la formazione degli studenti. Interessi secondari sono, per esclusione, tutti gli altri, dal guadagno finanziario alla preferenza per la famiglia e per gli amici, al desiderio di prestigio e di potere. Non è necessario che siano illegittimi di per sé, anzi possono essere una desiderabile parte di ogni pratica professionale ma occorre che nelle decisioni professionali questi fattori secondari non dominino, né appaiano dominare, l'interesse primario (Thompson, 1993). Poiché il conflitto di interessi è una condizione e non un comportamento, sono le circostanze a determinarne l'esistenza e non i risultati di una ricerca (Kassirer e Angell, 1993). L'attenzione viene focalizzata soprattutto sul guadagno finanziario perché, rispetto agli altri interessi secondari, è più fungibile in quanto può essere usato molto facilmente per differenti scopi ed è più oggettivo e per-

tanto si presta meglio ad una imparziale regolamentazione. Tuttavia, i conflitti di interesse assumono forme diverse, quali le relazioni personali, la concorrenza scientifica e la passione intellettuale (ICMJE, 1993). Sull'esistenza delle forme più sottili di conflitto, quelle così dette «intellettuali», alcuni editori chiedono una specifica dichiarazione ai loro revisori (Rennie et al., 1991). Possono creare pessimi effetti sul giudizio professionale anche l'interesse verso risultati provocatori e sorprendenti o la tenace adesione a particolari teorie scientifiche e, al limite, persino l'orientamento religioso e sessuale (Rothman, 1993). Sotto questo profilo, ciascuno di noi è un portatore di interessi in conflitto tra loro, poiché nessuno lavora nel vuoto assoluto e, in qualche modo, ognuno è influenzato da quel che si pubblica. L'obiettività non è una prerogativa dei singoli scienziati che, anzi, come ogni altro essere umano, accettano acriticamente molte cose come auto-evidenti. L'obiettività è un processo e non uno stato mentale ed allora soltanto l'apertura alla comunicazione scientifica può compensare la fragilità delle opinioni umane.

Cosa è che fa progredire la scienza, il dubbio metodico o la passione del ricercatore? T. A. Edison non avrebbe potuto scrivere alcun articolo sull'uso futuro dell'elettricità né, oggi, il direttore dei *National Institutes of Health*

potrebbe farlo sul futuro dell'organizzazione, poiché essendone stipendiato, ha un interesse finanziario sull'argomento (Rothman, 1993).

Necessità di linee-guida nelle analisi economiche

In un contesto tanto complesso e delicato, l'esigenza di disporre di linee-guida nelle valutazioni economiche si fa sempre più pressante, tanto che già cominciano ad essere operanti in alcuni paesi (Australia e Canada). Il principale obiettivo delle linee-guida è quello di incrementare l'utilità o il valore dell'uso delle risorse sanitarie. La loro esistenza risulta utile al governo, all'industria, ai ricercatori, ai sanitari e ai pazienti sia nelle richieste di rimborso e finanziamento, sia nella costruzione di *standards* metodologici ed etici, anche se ognuno degli attori del sistema ha più spiccato interesse per un aspetto piuttosto che per un altro (Drummond, 1994a).

L'impiego di una corretta metodologia nelle valutazioni economiche esige una serie di attenzioni di cui alcune vanno rimarcate (Hillman et al., 1991; Kassirer e Angell, 1994; Drummond, 1994b):

a) i finanziamenti vanno dati non al singolo ricercatore ma ad una istituzione, non avente scopo di lucro (università, ospedali, etc.);

b) l'accordo tra studiosi e finanziatori deve garantire l'indipendenza dei primi nel disegno dello studio, nell'interpretazione dei dati, nella stesura dello scritto e nella decisione di pubblicarlo, a prescindere dai risultati, positivi o negativi, dell'analisi;

c) deve essere assicurata la ripetibilità dell'analisi da parte di chiunque e pertanto essa deve essere corredata di tutti i dati e di tutte le assunzioni e

ipotesi formulate per la costruzione del modello teorico;

d) le analisi economiche devono avere un carattere comparativo e nella comparazione è importante includere la terapia più largamente usata;

e) ogni relazione finanziaria con il committente e gli eventuali vincoli posti dal committente al ricercatore vanno rivelati all'editore e ai lettori;

f) i ricercatori devono essere prudenti nel produrre risultati favorevoli: le loro assunzioni dovrebbero essere sottoposte all'analisi di sensitività e il loro atteggiamento dovrebbe essere più guardingo anche per avere più possibilità nel superare un'eventuale revisione esterna;

g) la qualità dei dati economici va migliorata, esigendo per questi gli stessi *standards* di misura e le stesse analisi statistiche usati per i dati clinici.

Conclusioni

Il problema del conflitto di interessi è antico quanto il mondo poiché configura un contrasto, tra interesse pubblico e interesse privato, che può assumere svariate forme. L'obbligo di rivelare tali contrasti, imposto agli autori di pubblicazioni scientifiche è stato ritenuto, da parte dalle principali riviste biomediche, il sistema più idoneo per tutelare la buona fede dei lettori, anche se in tal modo si apre un problema senza risolverlo. Appare eccessivo, tuttavia, il rifiuto di pubblicare uno studio soltanto perché è finanziato da un'impresa biomedica. L'attenzione dovrebbe focalizzarsi su come uno studio viene fatto e non tanto su chi lo ha fatto. Un buon articolo, infatti, resta tale anche in presenza di conflitto di interessi e pertanto non dovrebbe essere rifiutato per la pubblicazione.

Al tempo stesso, poiché la fiducia è un elemento fondamentale della vita sociale, appare opportuno rivelare tutto ciò che, anche potenzialmente, potrebbe intaccarla. In quest'ottica, sarebbe opportuno che le valutazioni economiche in sanità seguissero delle linee-guida con precisi *standards* metodologici ed etici, nonostante il rischio di appesantire un settore in piena evoluzione. Poter distinguere i lavori che hanno seguito un protocollo costituisce per i lettori una garanzia contro le distorsioni che in questo tipo di studi appaiono più probabili che in altri.

BIBLIOGRAFIA

- BARINAGA M. *Confusion on the cutting edge*. Science 1992; 257: 616-619.
- DRUMMOND M.F. *Guidelines for pharmacoeconomic studies. The ways forward*. Pharmacoeconomics 1994a; 6: 493-497.
- DRUMMOND M.F. *Issues in the conduct of economic evaluations of pharmaceutical products*. Pharmacoeconomics 1994b; 6: 405-411.
- HILLMAN A. L., EISEMBERG J. M., PAULY M. V., BLOOM B.S., GLICK H., KINOSIAN B., SCHWARTZ J.S. *Avoiding bias in the conduct and reporting of cost-effectiveness research sponsored by pharmaceutical companies*. N-Eng-J-Med 1991; 324: 1362-1365.
- INTERNATIONAL COMMITTEE OF MEDICAL JOURNAL EDITORS. *Conflict of interest*. Lancet 1993; 341: 742-743.
- KASSIRER J.P., ANGELL M. *The Journal's Policy on cost-effectiveness analysis*. N-Eng-J-Med 1994; 331: 669-670.
- KASSIRER J.P., ANGELL M. *Financial conflicts of interest in biomedical research*. N-Eng-J-Med 1993; 329: 570-571.
- RENNIE D., FLANAGIN A., GLASS R.M. *Conflicts of interest in the publication of science*. JAMA 1991; 266: 266-267.
- ROTHMAN K.J. *Conflict of interest. The New MacCarthyism in Science*. JAMA 1993; 269: 2782-2784.
- THOMPSON D.F. *Understanding financial conflicts of interest*. N-Eng-J-Med 1993; 329: 573-576.

POLITICHE EDITORIALI PER LA VALUTAZIONE ECONOMICA: UN PASSO AVANTI, DUE PASSI INDIETRO?

V. NON SERVONO CONSORZI DI AZIENDE

di Renato Dellamano

Roche SpA - Milano

Fino a che punto gli studi di farma-
coeconomia sono validi nel metodo ed
attendibili nei risultati? Di tale interro-
gativo si sono occupati Jerome P.
Kassirer e Marcia Angell che, nell'e-
nunciare la politica editoriale del New
England Journal of Medicine in tema
di farmaeconomia (NEJM, 1994,
331:669-670), hanno ipotizzato la co-
stituzione di un organismo *super par-
tes* preposto alla raccolta di fondi ero-
gati da un consorzio di industrie far-
maceutiche. Tale organizzazione fi-
nanzierebbe o potrebbe addirittura
svolgere in proprio studi farmaeco-
nomici «neutrali» e quindi sottratti per
definizione ai rischi di parzialità che
caratterizzerebbero invece le ricerche
finanziate da singole imprese.

Dando per acquisito il punto che
l'imparzialità (o forse meglio: la man-
canza di imparzialità) di tali studi rap-
presenta un grosso problema, resta co-
munque aperta la questione se un isti-
tuto del genere offrirebbe davvero mi-
gliori garanzie di attendibilità. Di fat-
to, un gruppo di ricercatori formal-
mente «indipendenti» dalle imprese
farmaceutiche non costituisce in sé
una garanzia di elevata qualità: indi-
pendenza non è purtroppo sinonimo di
intelligenza o di esperienza né di com-
petenza. Inoltre, anche nell'ambito di
istituzioni indipendenti, non mancano
purtroppo casi di frodi scientifiche,
ampiamente documentati in lettera-
tura (JAMA, 1993, 269, 895-897; 915-

917; caso Phinney/Perlmutter. *Scien-
ce*, 1993, 262, 23; caso Slutsky.
JAMA, 1994, 272, 170-173; caso Pois-
son. *Lancet*, 1994, 343, 1443-44).

L'unica vera garanzia a difesa della
qualità degli studi — a mio parere — è
rappresentata dalla trasparenza delle
metodiche, delle fonti utilizzate e del-
le modalità attraverso cui i risultati ot-
tenuti vengono presentati e discussi.
Oltre tutto, qualsiasi organismo —
pubblico o privato che sia — restereb-
be comunque esposto a evidenti con-
dizionamenti circa la scelta dei temi di
studio e delle modalità di svolgimento,
in quanto pur sempre dipendente,
per la sua sopravvivenza, dalle risorse
scarse — e quindi «razionate» — che
gli verrebbero conferite.

Oltre a questo, la proposta in di-
scussione rischierebbe di tradursi in
una normativa tanto severa da limita-
re fortemente lo sviluppo della farma-
coeconomia, che ancora vive la ricer-
ca di una propria precisa identità. Tale
disciplina ha certo bisogno di criteri
metodologici e operativi a cui ciascun
ricercatore possa fare riferimento ma
questi non debbono giungere da qual-
cuno che si erga a giudice della neu-
tralità e dell'obiettività altrui, senza
possibilità di confronto sui metodi e
sui contenuti degli studi. Al contrario,
mi sembra che il modo migliore per
stabilire quali studi di farmaeconomia
siano obiettivi e ben realizzati stia nel
favorire il più possibile la loro circo-

lazione e discussione. Credo che solo
attraverso il confronto tra studi diver-
si per metodo, contenuti e «qualità»
dei risultati possa emergere in modo
chiaro la discriminante fra contributi
«sinceri» e ricerche più o meno con-
sapevolmente fuorvianti. Del resto,
scopo della ricerca economico-sanita-
ria è quello di produrre elementi di
giudizio addizionali che, da qualun-
que parte provengano, vanno valutati
in base alla loro capacità di mettere in
luce dati obiettivi altrimenti non evi-
denti.

Per assicurare la trasparenza dei
metodi e la qualità dei risultati è peral-
tro utile e necessario arrivare a defini-
re criteri generali a cui gli studi far-
maeconomici debbano ispirarsi.

Merita quindi di essere condivisa
l'ipotesi di affidare questo compito a
un consorzio fra imprese o, meglio an-
cora, a un organismo istituzionale di
cui facciano parte enti governativi,
istituti scientifici e le stesse imprese.

Come è già avvenuto per la codifica
delle Good Clinical Practice (Spilker
B., Use and Abuse of Pharmaecono-
mic Trials, *Pharmacocon.*, Ago.
1994, 363-69) anche nel caso della
farmaeconomia l'introduzione di
standard metodologici e operativi ac-
cettati dalla comunità scientifica offri-
rebbe a chiunque il modo di valutare
se gli studi in questione sono stati pro-
gettati e condotti secondo principi
scientifici rigorosi.

Sia la collettività sia le aziende serie hanno interesse nel cercare di superare le ambiguità che in passato hanno condizionato la credibilità di questa disciplina. La prima potrà contare su informazioni attendibili circa l'economicità dei farmaci; le seconde non avranno la tentazione di mettere in luce benefici economici laddove non si riescono a dimostrare autentici vantaggi clinici, indirizzando così le proprie risorse su progetti realmente innovativi, per i quali la quantificazione di costi e benefici è naturalmente più difficile e meno scontata.

La collaborazione tra imprese, istituzioni, università e centri di ricerca potrebbe alimentare uno sforzo comune volto ad affinare le tecniche di analisi, ad integrare ed aggiornare le fonti dei dati ma soprattutto a definire regole del gioco comuni, grazie alle quali chiunque possa verificare se uno studio — a prescindere da chi l'ha condotto — risponda o meno a certi criteri di serietà e di obiettività. Anche la farmacoecono-

mia, come qualsiasi disciplina che aspira a diventare una scienza, deve innanzi tutto consentire a chiunque di fare ogni tentativo possibile per confutare i risultati che essa propone.

In conclusione, nutro personalmente qualche dubbio che un organismo destinato a raccogliere e convogliare risorse economiche possa non condizionare chi aspira a utilizzare quelle stesse risorse, come e forse più di una qualunque impresa; tutto questo col rischio di nuove entità burocratiche, più facilmente inclini a creare le condizioni per la loro stessa sopravvivenza che non ad offrire un qualche reale contributo dal punto di vista metodologico.

Io penso vada ribadito che le uniche garanzie di obiettività degli studi vengono necessariamente dalla qualità dei metodi e dei dati utilizzati e che i miglioramenti di una disciplina derivano dal libero confronto fra gli studiosi e i ricercatori che vi si dedicano. È dal dibattito che possono emergere eventuali limiti dalle analisi svolte e

anche coloro che sono chiamati a prendere decisioni di politica sanitaria potranno trarre dallo stesso dibattito gli elementi necessari per capire quale valore dare ai risultati degli studi in questione.

Questo non significa che organismi *super partes* non possano avere un proprio ruolo; come detto, c'è bisogno di definire regole comuni, di collaborare alla raccolta di dati epidemiologici ed economici di base, da mettere poi a disposizione di tutti per migliorare la qualità degli studi. Trovo invece poco utile e assai pericoloso che simili organismi assumano un ruolo di «filtro» economico (quali studi finanziare e quali no?) e di controllo «burocratico» su chi abbia i titoli per condurre o meno certe ricerche.

Il probabile risultato che ne deriverebbe sarebbe quello di creare barriere fittizie, certamente capaci di rallentare lo sviluppo degli studi di farmaeconomia senza per questo essere in grado di garantire la loro effettiva neutralità.

POLITICHE EDITORIALI PER LA VALUTAZIONE ECONOMICA: UN PASSO AVANTI, DUE PASSI INDIETRO?

VI. QUALE RAZIONALITÀ NEI PROCESSI DECISIONALI?

di Nerina Dirindin

Dipartimento di scienze economiche e finanziarie - Università di Torino

La lettura dell'editoriale di J. Kassirer e M. Angell «The Journal's policy on cost effectiveness analyses» mi suggerisce alcune riflessioni critiche che tenterò di esporre di seguito. In primo luogo mi pare opportuno discutere, almeno con riguardo alla situazione italiana, la premessa dalla quale partono i due editors secondo la quale le considerazioni sui costi «dominano attualmente molte decisioni sull'impiego del farmaci e di altri interventi terapeutici».

L'affermazione pecca, a mio avviso, di un eccessivo ottimismo. L'impiego dell'approccio costi benefici (all'interno del quale si colloca l'analisi costi efficacia) rappresenta ancora oggi una speranza, un auspicio, più che una realtà della pratica clinica.

La necessità di contenimento della crescita della spesa sanitaria ha certamente contribuito, nel corso degli ultimi anni, alla diffusione della valutazione dei costi e dei risultati delle diverse alternative di intervento ma, soprattutto nel nostro paese, la pratica delle procedure diagnostico-terapeutiche è purtroppo ancor oggi solo in minima parte guidata da valutazioni costo-efficacia.

Le questioni sulle quali dovrebbe pertanto essere sollevato il dibattito sono, a mio avviso, nell'ordine:

a) la scarsità delle valutazioni costo beneficio;

b) la modesta diffusione dei risultati delle (poche) analisi esistenti;

c) il loro debole impatto sul comportamento degli operatori.

La giusta preoccupazione delle riviste scientifiche di ospitare lavori scientifici non discrezionali dovrebbe essere affiancata dalla ferma decisione di stimolare il dibattito sulla scarsità degli studi di valutazione e sulla parzialità di molte fonti di informazione. Non basta limitarsi a non diffondere lavori sponsorizzati, occorre incentivare e diffondere gli studi sulla appropriatezza degli interventi, sulla variabilità intergeografica delle procedure, sulle disegualianze in termini di trattamento, sulla parzialità di alcuni lavori, ecc. Il dibattito potrebbe contribuire a rendere tutti più consapevoli della non neutralità degli studi e a sollevare almeno in parte le preoccupazioni di chi non può far molto per contenere le sponsorizzazioni degli studi valutativi. Tale strategia potrebbe inoltre evitare il rischio di realizzare, nel modo della divulgazione scientifica, due settori paralleli che non comunicano fra di loro. Quello della «riserva indiana» dei pochi eletti, lettori illuminati delle riviste scientifiche che ospitano studi di provato rigore scientifico, e quello della massa degli operatori, lettori e recettori di informazioni non necessariamente sottoposte a valutazione scientifica ma sicuramente sottoposte alla valutazione dell'im-

patto sui comportamenti dei prescrittori di terapie farmacologiche e non. Maggiore attenzione dovrebbe inoltre essere assegnata allo studio delle variabili dalle quali dipende lo scarso impiego a fini decisionali dei risultati delle analisi costo efficacia disponibili (e corrette). I risultati sono infatti scarsamente utilizzati nel processo di scelta degli interventi. La letteratura specialistica di tipo micro-economico comprende ormai una discreta gamma di analisi su singole procedure di intervento, ma non esiste evidenza del loro uso nella pratica. Le spiegazioni possono essere numerose.

Gli studi possono essere ritenuti di bassa qualità, inappropriati o scarsamente rigorosi. Sarebbe in tal caso una questione di metodologia della ricerca rispetto alla quale potrebbe essere utile la precisazione di requisiti minimi per l'accettabilità dei diversi studi. Da notare che tale posizione implicherebbe una buona capacità di giudizio da parte dei decisori circa la correttezza delle analisi disponibili, capacità che può essere riconosciuta loro solo entro limiti molto ristretti.

Al contrario, i risultati, ancorché corretti sotto il profilo scientifico, potrebbero essere poco conosciuti al grande pubblico degli operatori. Sarebbe in tal caso una questione di divulgazione delle informazioni.

Infine i decisori potrebbero essere guidati, nella scelta fra allocazioni al-

ternative, da fattori diversi da quelli puramente tecnici e valutativi (gruppi di pressione, ricerca del consenso, interesse personale, abitudine e inerzia, ecc.). Si tratterebbe in tal caso, da un lato, di mancanza della cultura della valutazione e, dall'altro, di scarsa sensibilità della ricerca scientifica ai fattori dai quali dipendono in pratica le decisioni. Il quesito fondamentale diventerebbe quindi «perché gli studiosi prestano così poca attenzione alle reali determinanti dei comportamenti pratici?».

A questo punto è chiaro il rischio al quale ci si espone quando si concentra

il dibattito sulla neutralità degli studi valutativi. Si rischia di commettere l'errore di guardare al problema sbagliato.

Il tema principale non è tanto quello dei «requisiti che gli studi costi efficace devono avere per essere giudicati corretti dal punto di vista scientifico e per essere degni di diffusione». Il problema è studiare i fattori dai quali dipendono nella pratica clinica i comportamenti dei decisori, di agire sui fattori in grado di innescare comportamenti virtuosi (in linea con i risultati delle analisi costi efficacia condotte in

modo corretto e disponibili) e di rendere esplicita la non neutralità delle valutazioni partigiane.

In altri termini l'errore che si rischia di commettere è quello di perdere (per così dire) tempo per mettere a punto uno strumento (l'informazione scientifica neutrale) sulla cui validità, in teoria, tutti concordano, e di dimenticare che, nel frattempo, il mondo reale prende le decisioni sulla base di altri strumenti, disegnati in base a valutazioni non complete e non neutrali, sui quali potrebbe essere aperto un dibattito subito.

Esperienze innovative

Sezione 3^a

RILEVAZIONE DEI CARICHI DI LAVORO DEL PERSONALE AMMINISTRATIVO UN'ESPERIENZA VISSUTA

di Luigi D'Elia, Biagio Menditto, Ernesto Petti, Fabio Trapani 1

Azienda ospedaliera «San Giovanni-Addolorata»
1 Coopers & Lybrand

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Riferimenti normativi - 3. Le principali indicazioni contenute nella circolare del Ministero per la funzione pubblica del 23 marzo 1994 - 3.1. La nozione di carico di lavoro e le finalità della rilevazione - 3.2. Le aree di analisi - 3.3. La determinazione dei fabbisogni di personale - 4. La metodologia basata sulla determinazione dei tempi necessari per ottenere uno specifico prodotto - 4.1. Fase 1: rilevazione - 5. Gli impianti metodologici alternativi - 6. La sperimentazione svolta - 6.1. Premessa - 6.2. Ambito e modalità di svolgimento del lavoro - 6.3. Limiti del lavoro svolto - 6.4. Settore provveditorato - 6.5. Ufficio amministrativo del settore tecnico - 6.6. Valutazione del lavoro svolto.

1. Introduzione

Il presente documento si colloca nel contesto del progetto di studio per la definizione dell'organizzazione e del sistema informativo a supporto dell'azienda ospedaliera «Complesso ospedaliero San Giovanni-Addolorata» e illustra le metodologie applicabili per la rilevazione dei carichi di lavoro del personale amministrativo, ai sensi della L. n. 537/93.

Gli obiettivi del documento sono:

— presentare le principali caratteristiche e i contenuti della metodologia prevista dalla regione Lazio, nonché i possibili vantaggi/svantaggi connessi alla sua applicazione, anche sulla base di una sperimentazione effettuata su un campione di unità amministrative dell'azienda ospedaliera;

— fornire uno strumento operativo, propedeutico alla formulazione della proposta di pianta organica.

I contenuti elaborati nel documento si avvalgono, oltre che delle indicazioni emerse nel corso della sperimentazione, delle esperienze maturate sul tema dei carichi di lavoro, anche in altri settori di attività, e della sua approfondita

conoscenza delle problematiche organizzative e gestionali che attualmente interessano le strutture sanitarie.

La trattazione sviluppata nei successivi capitoli prende spunto dalla descrizione dei recenti riferimenti normativi, nazionali e regionali, relativi ai carichi di lavoro e prosegue con la illustrazione della metodologia di determinazione dei carichi di lavoro prevista dalla regione Lazio, dei possibili impianti metodologici alternativi e delle indicazioni emerse dalla sperimentazione svolta.

2. Riferimenti normativi

Di seguito si riportano le principali indicazioni contenute nella normativa di riferimento sullo specifico tema dei carichi di lavoro.

Legge n. 537/93

La L. n. 537/93, all'art. 3, comma 5, dispone che le Pubbliche amministrazioni debbano provvedere, entro il 31 dicembre 1994, alla verifica dei carichi di lavoro, che sarà poi ripetuta con cadenza biennale. La verifica deve essere

effettuata con specifico riferimento alla quantità totale di atti o di operazioni, prodotti nella media dell'ultimo triennio, ai tempi standard di esecuzione delle attività e, ove rilevi, al grado di copertura del servizio reso in relazione alla domanda espressa o potenziale.

Tale operazione è finalizzata alla rideterminazione delle dotazioni organiche, provvisoriamente stabilite ai sensi dell'art. 3, comma 6 e dell'art. 8, commi 1 e 2.

Circolare del Ministero per la funzione pubblica del 23 marzo 1994, n. 6

La circolare, alla quale nel successivo capitolo 3 viene dedicata un'ampia trattazione, definisce i requisiti fondamentali delle metodologie applicabili per la rilevazione dei carichi di lavoro, illustrando le finalità del procedimento e descrivendo l'iter amministrativo di approvazione delle metodologie predisposte dalle Pubbliche amministrazioni o da loro associazioni/enti coordinatori e verificate dal dipartimento della funzione pubblica.

In particolare, per quanto concerne gli enti pubblici non economici dipen-

denti dalle Regioni, la circolare prevede che le Regioni propongano al dipartimento della funzione pubblica le metodologie che ritengono più idonee e che, sulla base del favorevole giudizio di congruità espresso da detto dipartimento, i singoli enti scelgano quella che ritengono più adatta alla propria situazione specifica.

In allegato alla circolare viene infine fornita una esemplificazione di una delle metodologie applicabili per la rilevazione dei carichi di lavoro e la determinazione dei fabbisogni di personale.

Delibera della regione Lazio del 13 settembre 1994

La delibera dispone che le aziende sanitarie della regione Lazio debbano utilizzare, per la rilevazione dei carichi di lavoro, la metodologia allegata alla circolare del Ministero per la funzione pubblica del 23 marzo 1994.

Questo ha di fatto limitato la scelta dei possibili metodi di rilevazione dei carichi di lavoro a quelli da essa previsti, anche se, nella produzione del presente documento sono state considerate alcune modalità alternative, di cui nel capitolo 5 del documento è fornita una sintetica esposizione.

3. Le principali indicazioni contenute nella circolare del Ministero per la funzione pubblica del 23 marzo 1994

3.1. La nozione di carico di lavoro e le finalità della rilevazione

La circolare del Ministero per la funzione pubblica del 23 marzo 1994 definisce il carico di lavoro come «la quantità di lavoro necessario delle diverse qualifiche e professionalità, dato un contesto operativo e un periodo di riferimento, per trattare i casi che ven-

gono sottoposti ad una unità organizzativa in dipendenza:

- delle esigenze espresse da utenti finali;
- delle attività di altre unità organizzative dello stesso ente;
- degli obiettivi di produzione assegnati».

A tal fine è necessario fare riferimento a:

- le condizioni della domanda, che determinano la quantità di atti e di servizi che una data struttura organizzativa deve fornire in un definito periodo di tempo;
- le condizioni della produzione dei servizi, che comprendono gli elementi tecnici, gestionali e procedurali incidenti sulle quantità di lavoro necessarie a erogare le prestazioni richieste;
- la quantità/composizione della forza lavoro assegnata/utilizzata.

La rilevazione dei carichi di lavoro è un'operazione direttamente funzionale alla determinazione dei fabbisogni di personale e conseguentemente delle piante organiche.

3.2. Le aree di analisi

3.2.1. Le condizioni della domanda

La rilevazione della domanda deve fornire informazioni e dati quantitativi sui prodotti (atti o servizi) erogati da un'unità organizzativa nell'arco di tempo preso a riferimento.

Gli aspetti da prendere in considerazione e il processo logico da seguire per rilevare e quantificare la domanda sono quelli di seguito descritti.

È necessario innanzitutto individuare i «prodotti», esprimibili in atti o servizi, che sono richiesti all'unità organizzativa e che sono da essa ottenuti mediante l'espletamento di una specifica procedura, associando a ciascun prodotto l'unità di misura più idonea, in termini di significatività e rappresentatività del fenomeno rilevato.

Per individuare i diversi prodotti occorre disaggregare le funzioni di competenza dell'unità organizzativa in «linee di attività», ognuna delle quali può essere così caratterizzata:

- ha un obiettivo finale, definito e unitario;
- dà luogo ad atti finali, rivolti all'esterno della linea e, di norma, all'esterno dell'unità organizzativa;
- presenta una sequenza procedurale di esecuzione nettamente differenziata rispetto a quelle relative ad altre attività svolte dalla stessa unità;
- impegna in modo quantitativamente riconoscibile le risorse umane e strumentali assegnate all'unità organizzativa (1).

In tal modo le unità di misura della domanda potranno essere individuate sulla base dell'operazione iniziale con la quale si avvia ogni singola linea di attività e cioè dell'atto o servizio richiesto (input).

Per giungere ad una corretta quantificazione della domanda, sarà tuttavia necessario anche scomporre le linee di attività in operazioni elementari, individuando per ognuna di esse, la relativa unità di misura.

Occorre poi definire in relazione a quali momenti (futuro o progresso) della formazione ed espressione della domanda si intende fare riferimento e rispetto a quali delle sue possibili configurazioni; queste ultime in particolare sono così individuabili:

- *potenziale*, se relativa all'ampiezza teorica del campo di azione di una unità organizzativa, indipendentemente dalla domanda reale;
- *espressa*, se riferita ai casi in cui l'ampiezza del campo di azione di un'unità organizzativa viene concretamente delimitata dalla effettiva richiesta di prestazioni che ad essa pervengono.

Tale ultima configurazione può essere a sua volta suddivisa nelle seguenti tipologie:

corrente, qualora il flusso di domanda è riferito ad un periodo annuale; *totale*, se, oltre al volume annuale di domanda, si considerano eventuali giacenze iniziali di atti richiesti all'unità organizzativa nell'anno precedente a quello di riferimento, ma non ancora da essa prodotti;

evasa, nel caso in cui, oltre alle giacenze iniziali, si tiene conto anche di eventuali giacenze finali di atti che, pur essendo stati richiesti nell'anno di riferimento, verranno prodotti in quello successivo.

3.2.2. Le condizioni della produzione

La rilevazione delle condizioni della produzione è funzionale alla determinazione delle quantità di lavoro necessarie ad erogare le prestazioni richieste.

A tal fine devono essere determinati gli standard di impiego del fattore lavoro.

Questi possono essere individuati seguendo due criteri alternativi:

1) rilevazione del livello di utilizzo (assorbimento) effettivo del fattore lavoro tra le diverse attività di competenza, indipendentemente dalla verifica circa il grado di efficienza del sistema organizzativo oggetto della rilevazione.

Tale metodo, rilevando la situazione esistente, è applicabile soltanto laddove sia possibile effettuare confronti di efficienza tra unità organizzative che erogano prodotti omogenei, mediante il posizionamento dello standard di riferimento o sui livelli conseguiti dalle unità organizzative più efficienti oppure sui livelli medi (2).

In situazioni diverse da questa, invece, esso non fornisce informazioni sufficienti per un corretto dimensionamento degli organici, almeno in una fase di prima determinazione dei carichi di lavoro, in quanto non consente di verificare il livello di efficienza corrispondente ad una sola realtà rilevata;

2) determinazione dei tempi necessari per ottenere uno specifico prodotto, mediante la definizione di standard concordati/accettati con il personale addetto.

In tale caso gli standard devono essere determinati in relazione alle singole linee di attività, per ognuna delle quali occorre:

— ricostruire la sequenza di operazioni elementari che è necessario svolgere per pervenire all'atto finale (output);

— determinare il tempo standard, distinto per le singole qualifiche e profili professionali coinvolti, di ogni operazione elementare (nella definizione degli standard non dovranno essere considerati i tempi di attesa, poiché essi non rientrano nella definizione del carico di lavoro, sebbene la loro analisi può essere utile al fine di verificare la razionalità della procedura).

Oltre che alla determinazione degli standard, la rilevazione dovrà essere funzionale anche a verificare l'eventualità di apportare miglioramenti nello svolgimento delle procedure e nella strumentazione tecnica utilizzata.

I dati rilevati consentono di determinare il «tempo standard per atto iniziale» della linea di attività, che è dato dalla somma dei tempi delle operazioni/atti elementari, ponderata sulla base del grado di ripetitività delle singole operazioni elementari rispetto alla operazione/atto iniziale con la quale si avvia la linea di attività (3).

Qualora vi siano operazioni elementari che vengono eseguite in numero costante nel tempo e, quindi, indipendentemente dal numero di atti iniziali, è necessario rilevare il numero di volte che la procedura prevede venga comunque effettuato nel periodo considerato l'atto in questione e moltiplicarlo per il suo tempo standard, al fine di ottenere un tempo fisso di esecuzione, di cui si terrà conto se-

paratamente nella determinazione dei carichi di lavoro.

In tal modo il carico di lavoro, distinto per qualifica e profilo professionale e correlato ad una linea di attività, è dato dalla seguente somma:

$$\text{tempo standard per atto iniziale} \times \text{quantità di atti iniziali} + \text{tempi fissi di linea} =$$

In una prima fase di impianto del sistema di rilevazione dei carichi di lavoro può inoltre essere opportuno prevedere una rilevazione semplificata dei tempi relativi alle linee di attività che hanno una bassa incidenza sul carico di lavoro complessivo dell'unità organizzativa (linee secondarie), mediante la formulazione di stime che possono basarsi su:

a) il confronto, espresso in termini percentuali, tra l'impegno connesso alla linea di attività secondaria rispetto ad una linea principale, che viene scelta sulla base di eventuali analogie esistenti;

b) la valutazione del tempo unitario standard di svolgimento complessivo della linea secondaria;

c) la valutazione del tempo dedicato alla linea dagli operatori, in un determinato arco temporale (giorno, settimana, mese, anno).

L'utilizzo del metodo della determinazione dei tempi necessari per ottenere uno specifico prodotto presuppone, come per la quantificazione della domanda, la preventiva definizione del riferimento temporale (pregresso o futuro) dell'analisi.

Se si sceglie il riferimento pregresso, il carico di lavoro potrà essere, in relazione alle diverse configurazioni della domanda utilizzate, corrente, totale o evaso.

Nel caso in cui si scelga il riferimento futuro, occorre distinguere se si intende fare riferimento alla stima dei

prevedibili livelli di domanda o, invece, ad obiettivi di offerta stabiliti dall'ente pubblico oggetto della rilevazione. La prima opzione dà luogo al carico di lavoro simulato, mentre la seconda al carico di lavoro obiettivo.

3.2.3. Campo di applicabilità del metodo della determinazione dei tempi standard

Il metodo della determinazione dei tempi standard, precedentemente illustrato, è ritenuto il più efficace nella circolazione, soprattutto in una fase di primo impianto del sistema di controllo dei carichi di lavoro.

Esso tuttavia non può essere applicato a tutte le linee di attività in quanto ve ne sono alcune per le quali risulta impossibile determinare i tempi standard.

Di seguito sono illustrate le principali tipologie di tali attività e le soluzioni operative suggerite.

Attività non standardizzabili

Sono le linee di attività che non è possibile scomporre in operazioni elementari definibili e misurabili, quali ad esempio quelle di indirizzo o in cui prevalgono componenti di studio, ricerca e programmazione.

In tali casi sarà sufficiente rilevare il tempo dedicato a queste attività da parte del personale dell'unità organizzativa oggetto della rilevazione.

Attività per contatti esterni

È il caso di attività caratterizzate da una elevata diffusione di operazioni elementari, per le quali non è possibile valutare un tempo standard. Si tratta ad esempio, del ricevimento del pubblico, delle telefonate d'ufficio, di riunioni informali e non inseribili in specifiche procedure.

Anche per queste attività basterà rilevare o stimare il tempo ad esse dedicato.

Attività ausiliarie

Sono rappresentate dalle attività di supporto al funzionamento o dell'unità organizzativa di riferimento o di altre unità, quali ad esempio il coordinamento e la gestione del personale, la segreteria, l'archivio, il protocollo, le fotocopie, il servizio di anticamera, i trasporti interni, ecc.

In tal caso sarà necessario considerare le caratteristiche intrinseche e il contenuto delle diverse attività ausiliarie, nonché la loro collocazione organizzativa e, su tale base, adottare uno dei seguenti metodi alternativi:

a) determinazione dei tempi standard di svolgimento delle attività, analogamente a quanto effettuato per le linee di attività standardizzabili;

b) stime parametriche del carico di lavoro delle linee di attività ausiliarie, sulla base della individuazione di relazioni funzionali che collegano la quantità di lavoro utilizzata sulle linee ausiliarie ad un insieme di variabili indipendenti ritenute significative (e.g. il numero di dipendenti da coordinare);

c) studio organizzativo *ad hoc*, finalizzato alla comprensione delle caratteristiche ambientali, logistiche e tecnologiche in cui opera l'unità organizzativa, utili alla determinazione dei carichi di lavoro.

3.2.3. Le disponibilità di personale

Il completamento dell'analisi richiede la rilevazione delle effettive quantità di lavoro, suddivise tra le varie qualifiche e profili professionali, disponibili ed effettivamente utilizzate dall'unità organizzativa.

A tal fine è necessario rilevare i tempi di lavoro ordinario, quelli di lavoro straordinario e i tempi di assenza.

Tali quantità andranno riferite al tempo effettivo che ciascun addetto dedica all'attività lavorativa dell'unità.

Sarà inoltre necessario correlare le disponibilità e gli impieghi alle varie tipologie di linee di attività gestite dall'unità (standardizzabili, non standardizzabili, contatti esterni, ausiliarie).

3.3. La determinazione dei fabbisogni di personale

La rilevazione delle quantità di domanda e la determinazione dei tempi standard, nonché la stima del tempo dedicato alle altre attività consentono di elaborare il carico di lavoro della unità organizzativa, distinto per qualifica e profilo professionale.

Esso è infatti dato dalla seguente somma:

$$\begin{aligned} & \text{tempo standard per atto iniziale} \times \\ & \text{quantità di atti iniziali} + \\ & \text{tempi fissi di linea} + \\ & \text{tempi dedicati ad attività} \\ & \text{non standardizzabili} + \\ & \text{tempi dedicati ad attività esterne} + \\ & \text{carico di lavoro} \\ & \text{delle linee ausiliarie} = \end{aligned}$$

L'insieme di queste voci determina il fabbisogno netto di personale che, depurato del tasso di assenteismo, produce il fabbisogno lordo di personale.

Il confronto tra i risultati ottenuti, per ciò che concerne i fabbisogni organici da un lato e le quantità di lavoro utilizzate dall'altro, permette inoltre di elaborare degli indicatori sintetici che esprimono, in termini relativi, il sovra-sotto dimensionamento dell'unità rispetto ai suoi carichi di lavoro.

4. La metodologia basata sulla determinazione dei tempi necessari per ottenere uno specifico prodotto

Nel presente capitolo viene illustrato il procedimento pratico di rilevazio-

ne dei carichi di lavoro e di definizione dei fabbisogni di organico, mediante l'applicazione della metodologia allegata alla circolare del Ministero per la funzione pubblica del 23 marzo 1994, n. 6 (4).

Esso può essere articolato nelle fasi di seguito descritte.

Fase 1: rilevazione, nella quale, attraverso l'analisi delle realtà esistenti, nelle loro diverse componenti, si giunge a:

— quantificare i volumi di atti e servizi erogati da un'unità organizzativa;

— determinare i tempi standard per lo svolgimento delle attività necessarie all'ottenimento dei prodotti;

— rilevare i flussi di lavoro assegnati e utilizzati dall'unità organizzativa.

Tale fase viene illustrata nei successivi paragrafi del presente capitolo.

Fase 2: elaborazione, nell'ambito della quale si procede alla quantificazione del complessivo carico di lavoro dell'unità organizzativa e conseguentemente alla determinazione del suo fabbisogno di personale.

Per il contenuto di questa fase si rimanda a quanto illustrato nei paragrafi 3.2 e 3.3 del documento.

Si ritiene opportuno evidenziare che l'approccio alla base del procedimento di seguito presentato parte dal presupposto che ogni intervento di definizione dei carichi di lavoro deve essere considerato il punto di arrivo di un'analisi organizzativa che ha, quali ulteriori finalità, la verifica dell'ottimale funzionamento del sistema organizzativo oggetto della rilevazione e la conseguente formulazione di ipotesi di miglioramento.

4.1. Fase 1: rilevazione

4.1.1. Analisi dell'organizzazione esistente

Obiettivo generale di questa attività è rilevare l'attuale organizzazione del-

le strutture oggetto della rilevazione, al fine di:

— comprendere le principali caratteristiche della situazione esistente, in termini di struttura organizzativa, meccanismi di funzionamento, processi/attività gestiti, risorse utilizzate;

— individuare le aree oggetto di possibili miglioramenti, anche sulla base di eventuali criticità evidenziate;

— identificare il livello organizzativo di base, rispetto al quale riferire la successiva rilevazione e quantificazione dei carichi di lavoro (5).

A tal fine devono essere raccolte una serie di informazioni e di dati, relativamente alle aree di seguito descritte.

Struttura organizzativa e modello di funzionamento

— Organigramma della struttura analizzata (articolazione organizzativa dei settori in uffici e, laddove presente, sottoarticolazione degli uffici in unità di livello inferiore).

— Principali funzioni di competenza delle unità precedentemente individuate (distinguendo quelle effettivamente svolte al momento della rilevazione da quelle future, a breve e medio/lungo termine).

— Principali collegamenti di ogni unità, soprattutto a livello di ufficio, con altre strutture (amministrative e sanitarie) dell'azienda ospedaliera.

— Servizi prestati/ricevuti a/da altre strutture sanitarie.

— Livello di copertura delle posizioni di responsabilità.

— Mappa dei principali processi gestiti, suddivisi per tipologia (amministrativi e di supporto alla gestione operativa).

— Sistema macro di attività/responsabilità in essere:

— livello di organizzazione e coordinamento;

— livello esecutivo;

— livello di controllo.

Risorse utilizzate

— Profili professionali del personale presente nelle strutture precedentemente individuate.

— Consistenza e dinamica degli organici, con riferimento all'ultimo triennio.

— Composizione qualitativa della forza lavoro (distribuzione del personale per età anagrafica, per anzianità di servizio nel Servizio sanitario nazionale, per grado di scolarità).

— Sistemi automatizzati a supporto delle diverse funzioni svolte.

Il risultato dell'attività sarà rappresentato, oltre che dall'analisi dell'organizzazione esistente e delle sue criticità, dalla individuazione delle reali funzioni dei singoli uffici, che rappresentano il punto di partenza per la identificazione dei prodotti da essi erogati.

4.1.2. Definizione dell'ambito temporale dell'analisi

Prima di procedere all'analisi e alla quantificazione dei dati di domanda e di produzione è necessario definire il riferimento temporale delle rilevazioni.

In considerazione dell'attuale situazione dell'azienda ospedaliera si ritiene opportuno:

— relativamente alle condizioni di domanda, riferirsi ai dati consuntivi dell'ultimo triennio e, qualora disponibili, a quelli previsionali per l'anno successivo a quello della rilevazione;

— per quanto concerne le condizioni di produzione, considerare,

— per le funzioni preesistenti alla riforma del S.s.n., sia la situazione in corso, successiva allo scorporo, sia quella precedente, visto che la natura e il contenuto delle attività non hanno subito sostanziali cambiamenti;

— per le nuove funzioni, introdotte dalla legge di riforma, i carichi di lavoro previsionali, eventualmente svi-

luppato anche sulla base di indicatori di confronto con il settore privato.

4.1.3. Rilevazione dei dati di domanda

L'obiettivo complessivo di questa attività è costituito dalla caratterizzazione della domanda di atti e servizi che pervengono all'unità organizzativa e dalla loro quantificazione.

Il procedimento di rilevazione può essere scomposto nelle seguenti sottoattività.

A) Occorre innanzitutto individuare i prodotti richiesti ed erogati dall'unità organizzativa.

Per far ciò è necessario, con riferimento alle funzioni precedentemente individuate, effettuare la scomposizione in linee di attività. La scomposizione si può basare su una rilevazione degli atti, delle informazioni o di qualsiasi altro servizio che l'unità fornisce all'esterno o ad altra struttura aziendale, da raggruppare per tipologia, secondo un criterio di analogia del flusso procedurale connesso all'ottenimento del prodotto finale.

B) Per ogni linea di attività così individuata occorrerà quindi rilevare:

— l'input iniziale e la sua provenienza (dall'esterno o da altra e quale unità organizzativa aziendale);

— l'output finale e la sua destinazione (all'esterno o ad altra e quale unità organizzativa aziendale);

— l'unità di misura, di norma rappresentata dall'atto iniziale con cui si avvia la procedura;

— la periodicità dell'atto iniziale (giornaliera, settimanale, mensile, annuale, corrente);

— i volumi di atti iniziali (consuntivo ultimo triennio e previsione anno prossimo).

È opportuno precisare che il processo di scomposizione delle funzioni in linee di attività è iterativo, in quanto la successiva analisi di dettaglio può

portare all'individuazione di nuove linee di attività o a una aggregazione di quelle precedentemente rilevate.

4.1.4. Determinazione dei tempi standard

Gli obiettivi di questa attività sono, mediante un'analisi operativa delle linee di attività e dei processi ad esse connessi, quelli di:

— determinare i tempi necessari allo svolgimento di ciascuna linea di attività, distinti per qualifica e profilo professionale, utilizzando il criterio della definizione di standard concordati/accettati con il personale addetto;

— raccogliere tutte le informazioni utili per l'interpretazione dei rapporti tra fabbisogno organico e personale presente;

— confermare/rivedere le prime indicazioni emerse nel corso dell'analisi sull'organizzazione esistente.

Lo svolgimento dell'attività può essere così articolato.

A) Per consentire un più agevole e rapido svolgimento della rilevazione, si rende opportuna la prioritaria individuazione delle linee di attività standardizzabili e, tra queste, di quelle che comportano il maggior utilizzo di risorse umane.

A tal fine è opportuno procedere nel seguente modo:

— suddividere le linee di attività in:

- standardizzabili;
- non standardizzabili;
- contatti esterni;
- ausiliarie;

— rilevare, in relazione al complessivo carico di lavoro dell'unità e secondo il giudizio del responsabile, il peso percentuale, in termini di risorse (umane e strumentali) coinvolte, delle linee di attività standardizzabili, individuando così quelle principali e quelle residuali.

È consigliabile che tale peso sia riferito anche alle singole qualifiche e profili professionali presenti nell'unità, in quanto esso potrà successivamente rappresentare uno dei parametri di verifica della congruità dei tempi dichiarati dal personale addetto.

È infine opportuno rilevare il carico di lavoro assorbito anche dalle altre attività (non standardizzabili, contatti esterni, ausiliarie), al fine di avere, seppure sotto forma di stima *ex ante*, un quadro complessivo della distribuzione del carico di lavoro tra le diverse linee di attività.

B) Una volta individuate le linee di attività standardizzabili principali, occorre rilevare, per ciascuna di esse, la sequenza procedurale di operazioni intermedie.

La scansione di una linea di attività in operazioni elementari potrà essere definita sulla base degli atti intermedi che vengono prodotti nel corso della procedura.

C) Successivamente si deve procedere alla rilevazione e alla determinazione, per ogni operazione e atto elementare, degli elementi riportati di seguito:

— procedurali:

cause che determinano l'attività;
input: provenienza, caratteristiche (supporti utilizzati, modulistica, livello di certezza/incertezza, ecc.), livello qualitativo ideale e attuale;

contenuto dell'attività ed eventuale scomposizione dell'attività in operazioni (se significativa);

output: destinazione, caratteristiche (supporti utilizzati, modulistica, livello di certezza/incertezza, ecc.), livello di percezione delle esigenze del cliente interno/esterno;

— quantitativi:

tempo necessario per svolgere l'operazione, distinto per qualifica e profilo professionale, con riferimento alle attribuzioni previste dal contratto di lavoro;

livello di ripetitività dell'operazione/atto intermedio rispetto all'atto iniziale oppure i tempi fissi di esecuzione, per quelle operazioni la cui numerosità è indipendente dal volume di atti iniziali;

— qualitativi:

peculiarità particolari legate all'attività;

conoscenze e/o competenze necessarie/utili per lo svolgimento dell'attività;

indicatori di performance per la valutazione/monitoraggio dell'attività;

— accessori:

dotazione hardware (tipologia) e software (nome e codice procedura);

regolamentazione e procedure organizzative interne (nome e data);

modulistica e documentazione utilizzata.

D) La somma dei tempi necessari allo svolgimento delle attività elementari moltiplicati per il loro grado di ripetitività, rispetto al numero di atti iniziali, fornisce il carico di lavoro collegato alla linea di attività, distinto per qualifica e profilo professionale.

A questo dato andranno poi aggiunti gli eventuali tempi fissi di linea, qualora la rilevazione della sequenza procedurale della linea di attività abbia evidenziato l'esistenza di operazioni elementari che vengono eseguite in numero costante, indipendentemente dal numero di atti iniziali.

E) Per rilevare il carico di lavoro connesso alle linee di attività standardizzabili secondarie, può essere sufficiente individuare la linea principale che presenta caratteri di maggiore affinità, quanto a sequenza procedurale e mix di qualifiche/profili professionali coinvolti, con quella secondaria e proiettare su quest'ultima, in termini percentuali, il carico di lavoro rilevato per la linea principale.

Qualora ciò non sia possibile, è opportuno rilevare direttamente il tempo

dedicato dai diversi addetti alle linee secondarie.

F) Una volta terminata la rilevazione e la quantificazione dei carichi di lavoro delle attività standardizzabili, bisognerà verificare la congruità e l'affidabilità dei risultati emersi, attraverso:

— il confronto tra i dati emersi e la stima iniziale (vedi sotto-attività «a») relativa alla ripartizione del carico di lavoro tra le diverse linee di attività;

— la verifica, con il responsabile dell'unità, dei tempi standard definiti e del grado di ripetitività di ogni operazione elementare, nonché dei criteri utilizzati per la determinazione dei carichi di lavoro delle linee di attività standardizzabili residuali.

Questa sotto-attività dovrà inoltre essere finalizzata a individuare eventuali linee di attività che, pur rientrando nelle attribuzioni istituzionali e caratteristiche dell'unità, non vengono di fatto svolte, ma di cui occorre comunque stimare il relativo carico di lavoro, oltre ad analizzare le cause del mancato svolgimento.

4.1.5. Analisi altre attività

Per quanto concerne le linee di attività non standardizzabili e quelle per contatti esterni, il metodo più opportuno e nel contempo semplice risulta essere quello della rilevazione del tempo ad esse dedicato dal personale dell'unità organizzativa.

I dati rilevati potranno essere confrontati, soprattutto per le attività relative a contatti esterni, con le attribuzioni specifiche di ogni qualifica e profilo professionale, per individuare eventuali incongruenze tra inquadramento e tempo dedicato, piuttosto che disfunzioni organizzative più generali.

La determinazione dei carichi di lavoro delle linee di attività ausiliarie richiede approcci e metodi differenziati, sulla base della loro collocazione organizzativa e del loro stesso contenuto.

Nel caso in cui le attività ausiliarie siano svolte all'interno dell'unità organizzativa di riferimento, e quindi a diretto supporto del suo funzionamento, è consigliabile focalizzare l'analisi sulla verifica della reale necessità di tali attività.

Infatti, nonostante le attività ausiliarie siano essenziali per l'efficace esecuzione delle attività operative, esse assorbono tempo e risorse alle attività operative stesse e devono essere quindi gestite con estrema attenzione.

Le attività ausiliarie devono essere attentamente esaminate, per determinare se sono effettivamente necessarie. Il rapporto tra attività operative e attività ausiliarie, ad esempio, è una misura del livello di burocratizzazione di una struttura organizzativa.

In questo ambito, quindi, sarà sufficiente rilevare il tempo dedicato dal personale alle diverse attività ausiliarie e determinare il conseguente carico di lavoro, anche sulla base di ipotesi di razionalizzazione e riduzione di tali attività.

Qualora invece le linee di attività ausiliarie siano accentrate presso unità organizzative ad esse preposte, esse assumono, per tali unità, la valenza di attività operative.

In questo caso sarà pertanto necessario ricorrere al metodo di determinazione dei tempi standard, ferma restando l'analisi sulla necessità dello svolgimento delle attività ausiliarie.

In relazione al contenuto delle attività ausiliarie, ve ne sono alcune, quali il coordinamento e gli affari del personale interno, per le quali è senz'altro sufficiente rilevare il tempo dedicato, ponendolo a confronto con grandezze significative di riferimento e, su questa base, istituire confronti tra diverse unità organizzative.

Altre attività quali il protocollo, l'archivio, le fotocopie, la copia, sono più facilmente analizzabili con il metodo dei tempi standard.

4.1.6. Rilevazione delle disponibilità di personale

L'obiettivo di questa attività è la quantificazione dei flussi di lavoro resi disponibili nel periodo di riferimento della rilevazione ed effettivamente utilizzati dall'unità organizzativa.

A tal fine è necessario rilevare i seguenti dati:

- le giornate lavorative medie annue e l'orario di lavoro giornaliero e settimanale;

- il tasso di assenteismo medio;

- i flussi di lavoro straordinario.

Si ritiene sufficiente, soprattutto in una prima fase di rilevazione dei carichi di lavoro, fare riferimento a dati medi per la totalità del personale amministrativo, piuttosto che a quelli effettivi di ogni singolo addetto inserito nell'unità organizzativa, a meno che nel periodo di riferimento non si siano evidenziati significativi scostamenti.

5. Gli impianti metodologici alternativi

Nel presente paragrafo si ritiene opportuno porre in luce le principali peculiarità caratterizzanti l'attuale situazione dell'azienda ospedaliera, peraltro comuni a tutte le strutture sanitarie pubbliche, quale premessa per la individuazione di metodologie di rilevazione dei carichi di lavoro alternative rispetto a quella illustrata nei precedenti capitoli 3 e 4.

L'azienda ospedaliera è stata recentemente costituita, sulla base dello scorporo, dalla ex U.s.l. RM/4, delle attività e delle strutture afferenti il complesso ospedaliero.

L'istituzione e l'avviamento dell'azienda sta procedendo parallelamente all'introduzione dei nuovi sistemi organizzativi, gestionali e di finanziamento previsti dalla normativa, nazionale e regionale, di riforma del servizio sanitario.

Il vertice dell'azienda, non appena terminata la fase di insediamento, ha tempestivamente provveduto alla definizione della struttura organizzativa dei settori amministrativi e alla nomina dei dirigenti responsabili, anche al fine di conseguire, in tempi rapidi, un buon livello di operatività e autonomia amministrative.

Sono stati inoltre svolti, in linea con gli indirizzi regionali e in collaborazione con le U.s.l. di riferimento, gli adempimenti relativi ad una prima individuazione del personale amministrativo dell'azienda.

Al momento attuale, tuttavia, non è ancora stato possibile ricoprire tutte le posizioni apicali, mentre alcuni settori mancano di una strutturazione organizzativa interna adeguata e si evidenziano significative carenze (in termini quantitativi e qualitativi) di personale con categorie intermedie, nonché un'insufficiente dotazione informatica a supporto delle attività.

Tale situazione comporta, relativamente alla determinazione dei carichi di lavoro del personale amministrativo:

- da un lato, una non sempre facile quantificazione, sia a livello consuntivo che previsionale, dei dati analitici riguardanti la domanda, non essendo spesso possibile ricostruire un riferimento storico affidabile e specifico per l'ospedale, anche quale base per proiezioni future;

- dall'altro, significative difficoltà nella determinazione dei tempi standard, riferiti ai segmenti elementari del processo amministrativo, anche in considerazione del fatto che la legge di riforma del servizio sanitario ha previsto l'introduzione di funzioni completamente nuove (e.g. contabilità economico-patrimoniale, contabilità per centri di costo).

Va inoltre menzionato che una parte del personale amministrativo, quale quello impiegato a tempo pieno in

funzioni di servizio al pubblico (e.g. accettazione, refertazione, ecc.), svolge attività, per le quali:

- può essere distorto calcolare il fabbisogno di organico sulla base degli atti amministrativi standardizzabili, mentre sembra più funzionale fare riferimento a parametri tecnico-qualitativi di dimensionamento e produttività, tipici di ogni singola funzione, nonché al grado di copertura del servizio offerto in relazione alle esigenze espresse dagli utenti finali;

- si rende opportuno enfatizzare il riferimento alla domanda potenziale, cercando di comprendere i vincoli interni che impediscono l'espressione e la conseguente soddisfazione dei bisogni degli utenti stessi.

Occorre infine evidenziare che, qualora la rilevazione dei carichi di lavoro fosse generalizzata, quanto a tempi e modalità, a tutte le Aziende sanitarie regionali, potrebbe essere applicato, per la determinazione dei tempi standard, il metodo della «rilevazione del livello di utilizzo effettivo del fattore lavoro tra le diverse attività di competenza», che presenta aspetti di minore complessità e pesantezza rispetto a quello della determinazione dei tempi necessari per ottenere uno specifico prodotto (6).

Il su indicato metodo si focalizza sui risultati conseguiti da ogni struttura rispetto alle risorse ad essa assegnate ed è basato sul criterio dell'analisi comparativa (benchmarking).

In tale ambito pertanto, la rilevazione dei dati di domanda e di produzione è finalizzata ad elaborare una serie di rapporti comparabili tra risultati dell'attività e personale impiegato, sulla base dei quali è possibile individuare standard di riferimento della produttività del fattore lavoro e, conseguentemente, giungere alla determinazione dei fabbisogni di personale, senza dover ricorrere ad un elevato livello di dettaglio.

Anche questo metodo si basa sull'analisi delle attività. Un'attività descrive ciò che fa un'azienda, il modo in cui impiega il suo tempo e gli output dei suoi processi.

L'analisi identifica le attività svolte dall'azienda e determina il loro costo e le loro performance (tempo e qualità), mediante l'utilizzo di un approccio così articolato;

— determina le attività dell'azienda;

— determina i costi e le performance delle attività. La performance è misurata in termini di produttività (costi per output), tempestività (tempo per svolgere le attività) e qualità dell'output;

— determina l'output dell'attività. La misura di un'attività (output) è il fattore per il quale varia più direttamente il costo di una attività;

— valuta l'efficienza e l'efficacia delle attività.

Va infine considerato che tale metodo presenta l'ulteriore vantaggio di avere avuto, soprattutto negli ultimi anni, una vasta applicazione in molte organizzazioni.

6. La sperimentazione svolta

6.1. Premessa

Il presente capitolo illustra le principali indicazioni emerse nel corso della sperimentazione, effettuata su un campione di due unità amministrative dell'azienda ospedaliera, per la determinazione dei carichi di lavoro del personale, mediante l'utilizzo del metodo dei tempi standard.

Obiettivo generale del capitolo è fornire un giudizio complessivo sulla applicabilità e affidabilità del metodo, nonché sui tempi e costi connessi al suo utilizzo, attraverso la presentazione del lavoro svolto e dei risultati raggiunti.

Il capitolo è strutturato in tre parti:

— una prima, di natura introduttiva, in cui vengono descritti l'ambito della rilevazione, l'approccio e le modalità di svolgimento dell'analisi, nonché i limiti del lavoro;

— una seconda parte in cui vengono riportate le rilevazioni eseguite sui due campioni organizzativi ritenuti significativi; per ciascun campione vengono evidenziati:

la struttura organizzativa e le risorse assegnate;

i prodotti erogati e le linee di attività;

i flussi di lavoro utilizzati;

il carico di lavoro rilevato e la determinazione dei fabbisogni di organico;

— una terza ed ultima parte, in cui vengono illustrate le considerazioni sul lavoro svolto in termini di attuabilità del metodo ed affidabilità dei dati rilevati e dei risultati conseguiti.

In allegato vengono riportate le schede di dettaglio relative alla rilevazione delle linee di attività e dei carichi di lavoro.

6.2. Ambito e modalità di svolgimento del lavoro

Le unità organizzative, scelte di concerto con la direzione dell'azienda ospedaliera per lo svolgimento della sperimentazione, sono:

— il settore provveditorato;

— l'ufficio amministrativo del settore tecnico, manutenzione ed impianti.

La rilevazione delle linee di attività e dei prodotti/servizi erogati è stata rapportata ai dati consuntivi (cercando, se possibile, di basarsi su una media degli ultimi tre anni), evidenziando, laddove segnalato dai dirigenti intervistati, i cambiamenti previsti per il futuro (ad esempio l'introduzione di

personal computers o la sostituzione delle gare in appalto concorso con quelle in licitazione privata), che potrebbero comportare, in termini previsionali, un diverso ammontare di carico di lavoro.

Per procedere ad una corretta rilevazione delle attività e del tempo ad esse dedicato, è stato adottato il metodo dell'intervista diretta.

In particolare i due responsabili di settore hanno indicato uno o più dirigenti con cui svolgere la rilevazione analitica e dove si è reso necessario, sono stati intervistati anche livelli inferiori per avere informazioni più realistiche ed affidabili sulle modalità e tempi di svolgimento di alcune attività operative.

Nell'effettuare la rilevazione, le attività sono state attribuite ai profili professionali che, da contratto, hanno la competenza per svolgerle; ciò a prescindere dalla presenza o meno di tali profili nelle unità analizzate; in tal modo è stato possibile rilevare le reali esigenze di personale.

Il processo di analisi è stato così articolato:

— analisi dell'organizzazione attuale e delle risorse utilizzate;

— individuazione delle funzioni di competenza;

— rilevazione dei prodotti e servizi erogati;

— individuazione delle linee di attività e loro suddivisione in:

standardizzabili principali;

standardizzabili residuale;

non standardizzabili;

contatti esterni;

attività ausiliarie.

Per ciascuna linea di attività sono stati rilevati i tempi richiesti per il relativo svolgimento, suddivisi per profilo professionale; per le linee di attività standardizzabili principali sono state individuate tutte le attività elementari con il relativo tempo.

Mettendo in relazione il tempo richiesto per lo svolgimento delle attività, i volumi di attività e l'organico, si è giunti alla determinazione del carico di lavoro per le unità organizzative analizzate.

6.3. Limiti del lavoro svolto

I principali limiti riscontrabili nel lavoro svolto fanno riferimento a:

— l'attuale situazione organizzativa dei settori amministrativi dell'azienda ospedaliera, legata al recente scorporo, per la quale non è stato sempre possibile rilevare, con un sufficiente livello di attendibilità, i volumi di domanda;

— il limitato tempo disponibile per la effettuazione della rilevazione e, soprattutto, per la verifica di congruità dei tempi dichiarati.

Questi vincoli hanno anche comportato un diffuso ricorso, per la rilevazione dei carichi di lavoro delle attività non standardizzabili, dei contatti esterni e delle attività ausiliarie, al criterio del tempo dedicato, senza che, data la limitatezza del campione prescelto, fosse possibile effettuare comparazioni tra più unità organizzative, utili a fornire indicazioni affidabili per la determinazione dei fabbisogni di organico, correlato alle suddette attività.

Tale ultima considerazione appare particolarmente rilevante, considerando che le due unità organizzative analizzate presentano rilevanti scostamenti nel peso percentuale di queste tipologie di attività, rispetto al totale del carico di lavoro (44% circa per l'ufficio amministrativo del settore tecnico e 9% circa per il settore provveditorato).

6.4. Settore provveditorato

La prima unità organizzativa analizzata nel corso della sperimentazione è il settore provveditorato, che ha la

missione di curare il processo approvvigionatorio per l'intera azienda ospedaliera, ad esclusione dell'acquisto di servizi di manutenzione, curato dal settore tecnico, manutenzione e impianti.

6.5.1. Analisi organizzazione attuale

Struttura organizzativa

Il settore provveditorato non è formalmente suddiviso in uffici, anche se è stata presentata una proposta organizzativa, da parte del capo settore uscente (in carica fino al 31 dicembre 1994), che prevede un'articolazione del settore in quattro uffici con le seguenti competenze:

ufficio 1°: tenuta ed aggiornamento albo fornitori, predisposizione capitolati speciali di intesa con servizi interessati e indagini di mercato per verifica congruità delle spese per acquisto di beni e servizi;

ufficio 2°: indizione gare ed atti conseguenti;

ufficio 3°: rapporti con fornitori per emissione ordini relativi a beni e servizi, spese in economia in conformità alle modalità previste dal Regolamento regionale;

ufficio 4°: verifica regolare esecuzione dei contratti, riscontro fatture e predisposizione degli atti deliberativi conseguenti per la liquidazione e trasmissione fatture al bilancio.

Attualmente, non essendo ancora stata accentuata la proposta ora esposta, che prevede un'articolazione delle responsabilità per fasi del processo approvvigionatorio, possono essere individuate delle aree di competenza del personale assegnato al settore, che sono collegate alla tipologia degli acquisti effettuati.

Le principali funzioni del settore possono essere così riassunte:

1) indizione gare ed atti conseguenti per acquisto di beni e servizi;

2) rapporti con fornitori per emissione ordini relativi a beni e servizi;

3) gestione spese in economia in conformità alle modalità previste nel regolamento regionale;

4) verifica della regolare esecuzione delle forniture;

5) riscontro fatture e predisposizione atti per liquidazione;

6) tenuta ed aggiornamento albo fornitori.

Risorse utilizzate

Le risorse umane attribuite all'ufficio sono in totale 31, così suddivise:

n. 1, direttore amministrativo, livello 10;

n. 3, vice direttori amministrativi, livello 9;

n. 4, collaboratori amministrativi, livello 7;

n. 8, assistenti amministrativi, livello 6;

n. 11, coadiutori amministrativi, livello 4;

n. 1, commesso, livello 3;

n. 2, assistenti socio sanitari, livello 3 (non ruolo amministrativo);

n. 1, commesso funzioni amministrative, livello 3.

Per ciò che concerne le risorse strumentali, l'ufficio non è dotato di nessun supporto automatizzato e, di conseguenza, tutta l'attività viene svolta manualmente.

Per il 1995 è stato previsto l'acquisto di un personal computer per l'intero settore, che sarà utilizzato principalmente per attività di videoscrittura, con l'obiettivo di snellire l'attività operativa di dattilografia dei 4° livelli e, in parte, dei 6° livelli.

Flussi di lavoro utilizzati

Il flusso di lavoro è stato considerato sulla base delle ore settimanali previste da contratto (38 ore per i livelli

dirigenziali e 36 ore per gli altri livelli a partire dall'ottavo), considerando 6 giorni lavorativi a settimana.

Dai 365 giorni dell'anno sono state sottratte le domeniche (52), le festività (12) i giorni di ferie e festività previsti da contratto (36).

Non essendo stato possibile disporre del dato ufficiale aziendale sull'assenteismo del personale, è stato utilizzato un tasso di assenteismo medio presunto pari al 10%.

Il totale dei giorni lavorativi annui risulta così essere di 238.

Criticità e proposte di cambiamento

L'attuale situazione organizzativa del settore provveditorato evidenzia le opportunità di cambiamento di seguito descritte.

— Si rende necessaria una formale strutturazione interna del settore, al fine di individuare precise aree di responsabilità.

L'articolazione più opportuna sembra essere quella per tipologia di beni e servizi acquistati, anche se va sicuramente individuata una responsabilità univoca e distinta per le attività di controllo e liquidazione delle fatture, al fine di garantire una corretta separazione dei ruoli richiesta da un adeguato sistema di controllo interno.

Potrebbero inoltre essere accentrate, presso il capo settore, le attività segretariali e di dattiloscrittura, per conseguire una maggiore produttività e un più ottimale impiego delle risorse coinvolte.

— Le funzioni del settore dovrebbero inoltre comprendere tutte le tipologie di acquisto effettuate dall'azienda, comprese quelle attualmente gestite dal settore tecnico.

Ciò al fine di garantire un approccio omogeneo a tutto il processo approvigionatorio e di conseguire economie di costo, legate ad un più efficace rapporto contrattuale con i fornitori ed

una maggiore produttività del personale.

In futuro dovrà inoltre essere potenziata la funzione di ricerca di mercato, attualmente svolta solo nell'ambito delle singole gare.

Particolarmente critica appare infine essere l'assenza di supporti automatizzati alle funzioni gestite, che comporta anche la mancanza di standard predefiniti per lo svolgimento delle attività a maggior contenuto operativo.

6.4.2. Prodotti erogati e linee di attività

Il settore analizzato fornisce servizi amministrativi che, a volte, si identificano con prodotti (atti), altre volte sono individuabili solo come attività svolte e relativo tempo di svolgimento.

I principali prodotti sono così individuabili:

- bandi di gara emessi;
- delibere di aggiudicazione gare;
- ordini di acquisto.

I prodotti sopra elencati sono stati individuati sulla base della scomposizione delle funzioni del settore nelle linee di attività, di seguito raggruppato per tipologia:

1. indizione gare

1.1 per acquisto di apparecchiature

1.1.1 a licitazione privata con capitolato semplice;

1.1.2 a licitazione privata con capitolato complesso;

1.1.3 a trattativa privata;

1.2 per acquisto farmaci

1.2.1 a licitazione privata;

1.2.2 a trattativa privata;

1.3 per acquisto arredi e servizi generali

1.4 per acquisto materiale diagnostico

1.4.1 a licitazione privata;

1.4.2 a trattativa privata;

1.4.3 a trattativa privata campionata;

1.5. per acquisto materiale protesico

1.6. per acquisto materiali sanitari e similari

1.6.1 materiale di vetreria;

1.6.2 materiali di medicazione;

1.6.3 pace-makers;

1.6.4 presidi medico-chirurgici;

1.6.5 materiali di sutura;

1.6.6 materiale sanitario specialistico;

1.6.7 lentine intra-oculari;

1.6.8 materiale di nefrologia e dialisi;

1.7 per acquisto materiali di cancelleria, pulizia e diversi

1.7.1 cancelleria e pulizia;

1.7.2 dietetici;

1.7.3 stampati;

1.7.4 plastica e prodotti cartacei mono-uso;

1.7.5 materiale diverso;

1.8 per acquisto generi alimentari e diversi

1.8.1 generi alimentari;

1.8.2 lastre radiografiche e carta

per apparecchiature;

1.8.3 divise e camici;

1.8.4 materiale di manutenzione;

1.8.5 ossigeno e gas terapeutici;

1.8.6 protossido di azoto e batterie per lampade;

1.8.7 materiale diverso.

Tali linee di attività sono tutte standardizzabili. Poiché il processo di indizione di una gara è stato ritenuto, da parte dei dirigenti intervistati, simile per le varie tipologie di materiale/servizio acquistato, al fine di velocizzare i tempi di rilevazione si è proceduto ad un'analisi dettagliata delle linee di attività indizione gare per acquisto apparecchiature a licitazione privata con capitolato semplice e con capitolato complesso e acquisto farmaci a licitazione privata. Tali linee di attività sono state ritenute rappresentative anche perché rappresentano, rispettivamente, acquisti singoli e contratti di somministrazione.

Tutte le altre linee di attività sono state rapportate a quelle sopra indicate su base %;

2. rapporti con fornitori per emissioni ordini;
3. gestione spese in economia;
4. verifica regolare esecuzione dei contratti;
5. riscontro fatture.

Anche tali linee di attività sono state ritenute standardizzabili e, per esse, si è proceduto alla rilevazione di dettaglio;

6. linee di attività non standardizzabili;

6.1 predisposizione previsione di spesa;

6.2 assestamento previsione iniziale;

6.3 consuntivo di spesa a fine anno;

6.4 predisposizione delibera per spesa in economia;

6.5 verifica richieste di acquisti;

7. linee di attività per contatti esterni;

7.1 rapporti personale e telefonici con altri uffici e riunioni aziendali;

7.2 rapporti personali e telefonici con i fornitori;

8. linee di attività ausiliarie.

Per ciascuna linea di attività standardizzabile principale è stato individuato l'input iniziale, l'output finale e l'unità di misura; sono state inoltre individuate tutte le attività elementari svolte con i relativi tempi di esecuzione per ciascun livello e il tasso di ripetitività delle operazioni elementari rispetto l'atto iniziale.

Le attività standardizzabili residuali sono state rapportate a quelle principali su base percentuale, considerando il maggior o minor livello di assorbimento, suddiviso per livello.

Per le attività non standardizzabili, esterne ed ausiliarie è stato rilevato il tempo ad esse dedicato dai diversi addetti del settore, espresso di norma su base annua.

6.4.3 Carico di lavoro risultante e fabbisogno di organico

I risultati ottenuti dalla rilevazione sono di seguito riportati.

L'organico del settore, sulla base dei tempi e dei volumi dichiarati dai dirigenti intervistati, è attualmente insufficiente a soddisfare il carico di lavoro; in particolare il fabbisogno di personale risulta essere il seguente:

n. 1,6, direttore amministrativo, livello 10;

n. 3,9, vice direttori amministrativi, livello 9;

n. 5,9, coordinatori amministrativi, livello 7;

n. 11,1, assistenti amministrativi, livello 6;

n. 11,8, coadiutori amministrativi, livello 4;

n. 2,7, commessi, livello 3.

I dati di fabbisogno organico sopra riportati necessiterebbero di un'accurata verifica di merito, tesa ad accertarne la reale attendibilità e ad individuare le motivazioni che portano alla determinazione dei tempi standard di esecuzione delle attività dichiarati dal personale intervistato.

Va tenuto inoltre presente che una adeguata informatizzazione delle attività gestite dal settore potrebbe comportare un significativo recupero recupero di risorse umane, soprattutto nei livelli 4 e 6.

Le valutazioni sopra riportate, infine, sono chiaramente indipendenti da un'eventuale decisione, da parte della Direzione dell'azienda, di apportare le modifiche organizzative proposte al precedente paragrafo 6.4.2 «Analisi organizzazione attuale».

6.5. Ufficio amministrativo del settore tecnico

Tale ufficio è inserito nel settore tecnico, manutenzione e impianti ed ha la missione di supportare, da un punto di vista amministrativo, gli altri

uffici del settore (gestione contratti in appalto, manutenzione in gestione diretta e manutenzione apparecchiature elettromedicali), che svolgono attività prettamente tecniche.

6.5.1. Analisi organizzazione attuale

Struttura organizzativa

L'ufficio non è articolato al suo interno in sezioni, anche se è stata espressa, da parte del dirigente responsabile, l'esigenza di suddividerlo in aree di competenza che potrebbero essere così individuate:

- segreteria operativa;
- manutenzione area immobiliare;
- manutenzione area impiantistica;
- gestione fondi in conto capitale.

Dal punto di vista organizzativo, il settore tecnico non ha subito rilevanti cambiamenti a seguito dello scorporo dalla ex U.s.l. RM/4, in quanto il 90% circa del personale è rimasto nell'ambito del settore stesso.

Le principali funzioni dell'ufficio possono essere così riassunte:

- 1) indizione di gare per acquisire manutenzioni e altri lavori;
- 2) supporto amministrativo agli uffici tecnici del settore;
- 3) rapporti con altri uffici e con Pubblica amministrazione;
- 4) predisposizione previsione di spesa annua, sue revisioni in corso d'anno e consuntivazione finale.

Non rientrano in tali funzioni la liquidazione delle fatture passive per stati d'avanzamento lavori e alcune tipologie di gare (manutenzione apparecchiature elettromedicali).

Risorse utilizzate

Le risorse umane attribuite all'ufficio sono in totale 3,6, così suddivise:

- n. 1, vice direttore amministrativo, livello 9;

n. 1,3, assistente amministrativo, livello 6;

n. 1,3, coadiutore amministrativo, livello 4.

Non sono presenti nell'ufficio profili di livello 7, di cui si avverte tuttavia una forte esigenza e ciò ha come conseguenza un maggiore impegno del responsabile in attività operative, a scapito delle funzioni di supervisione e controllo.

Nell'organico sono state inserite solo le risorse che svolgono la propria attività per l'ufficio; il fatto che vi siano dei numeri non interi significa che alcuni profili prestano solo parte della propria attività per l'ufficio amministrativo e sono stati ad esso attribuiti solo per questa frazione di tempo.

Per ciò che concerne le risorse strumentali, l'ufficio non è dotato di nessun supporto automatizzato e, di conseguenza, tutta l'attività viene svolta manualmente.

Per il 1995 è stato previsto l'acquisto di un personal computer per l'intero settore, che sarà utilizzato principalmente per attività di videoscrittura, con l'obiettivo di snellire l'attività operativa di dattilografia dei 4 livelli e, in parte, dei 6 livelli.

Flussi di lavoro utilizzati

Il flusso di lavoro è stato considerato sulla base delle ore settimanali previste da contratto (38 ore per i livelli dirigenziali e 36 ore per gli altri livelli a partire dall'ottavo), considerando 6 giorni lavorativi a settimana.

Dai 365 giorni dell'anno sono state sottratte le domeniche (52), le festività (12) i giorni di ferie e festività previsti da contratto (36).

Non essendo stato possibile disporre del dato ufficiale aziendale sull'assenteismo del personale, è stato utilizzato un tasso di assenteismo medio presunto pari al 10%.

Il totale dei giorni lavorativi annui risulta così essere di 238.

Criticità e proposte di cambiamento

L'attuale situazione organizzativa dell'ufficio amministrativo presenta le seguenti criticità:

— l'ufficio svolge funzione di tipo contrattualistico, che sarebbe più opportuno allocare presso il settore provveditorato per garantire un approccio omogeneo per tutte le tipologie di acquisto di beni e servizi effettuati dall'azienda, nonché economie di costo, legate ad un più efficace rapporto contrattuale con i fornitori e ad una maggiore produttività del processo di acquisto;

— qualora le attività di tipo contrattualistico fossero accentrate presso il settore provveditorato, le funzioni amministrative svolte dall'ufficio potrebbero essere allocate in diretta dipendenza dal capo settore tecnico per garantire una loro maggiore efficienza; l'impiego parziale di alcuni addetti tra più unità organizzative comporta attualmente un loro non ottimale utilizzo;

— sarebbe opportuno trasferire le responsabilità di liquidazione delle fatture per i lavori in corso d'opera dagli uffici tecnici all'ufficio amministrativo oppure al settore provveditorato, a seconda delle scelte organizzative effettuate dall'azienda in relazione ai punti precedenti, per garantire una corretta separazione dei ruoli richiesta da un adeguato sistema di controllo interno.

6.5.2. Prodotti erogati e linee di attività

L'ufficio analizzato fornisce servizi amministrativi che, a volte, si identificano con prodotti (atti), altre volte sono individuabili solo come attività

svolte e relativo tempo di svolgimento.

I principali prodotti sono così individuabili:

- bandi di gara emessi;
- delibere di aggiudicazione gare;
- varie delibere ed ordinanze;
- corrispondenza verso settori aziendali e verso l'esterno;
- corrispondenza in entrata da altri settori aziendali o dall'esterno.

I prodotti sopra elencati sono stati individuati sulla base della scomposizione delle funzioni dell'ufficio nelle linee di attività, di seguito raggruppate per tipologia:

1. indizione di gare;
 - 1.1 a trattativa privata;
 - 1.2 a licitazione privata;
 - 1.3 con appalto concorso.

Tali linee di attività sono tutte standardizzabili. Poiché il processo di indizione di una gara è stato ritenuto, da parte dei dirigenti intervistati, simile per le varie tipologie di manutenzione richieste, al fine di velocizzare i tempi di rilevazione si è proceduto ad un'analisi dettagliata della linea di attività indizione gare a licitazione privata, mentre le altre due linee di attività sono state rapportate a questa su base percentuale;

2. predisposizione di atti deliberativi e ordinanze.

Anche tale linea di attività, date le sue caratteristiche, è stata ritenuta standardizzabile e, per essa si è proceduto alla rilevazione di dettaglio.

3. linee di attività non standardizzabili;

- 3.1 predisposizione previsione di spesa;
- 3.2 assestamento previsione iniziale;
- 3.3 consuntivo di spesa a fine anno;

4. linee di attività per contatti esterni;

4.1 corrispondenza giornaliera diversa in uscita con uffici e settori semplice;

4.2 corrispondenza giornaliera diversa in uscita con uffici e settori complessa;

4.3 corrispondenza giornaliera diversa in entrata con uffici e settori;

4.4 rapporti intersettoriali;

4.5 rapporti intersettoriali;

4.6 rapporti personali e telefonici con altri uffici e riunioni aziendali;

4.7 rapporti personali e telefonici con enti esterni;

4.8 velinario esterno;

5. linee di attività ausiliarie.

Per ciascuna linea di attività standardizzabile principale è stato individuato l'input iniziale, l'output finale e l'unità di misura; sono state inoltre individuate tutte le attività elementari svolte con i relativi tempi di esecuzione per ciascun livello e il tasso di ripetitività delle operazioni elementari rispetto l'atto iniziale.

Le attività standardizzabili residuali sono state rapportate a quelle principali su base percentuale, considerando il maggior o minor livello di assorbimento, suddiviso per livello.

Per le attività non standardizzabili, esterne ed ausiliarie è stato rilevato il tempo ad esse dedicato dai diversi addetti dell'ufficio, espresso di norma su base annua.

6.5.3. Carico di lavoro risultante e fabbisogno di organico

I risultati ottenuti dalla rilevazione sono di seguito riportati.

L'organico dell'ufficio, sulla base dei tempi e dei volumi dichiarati dai dirigenti intervistati, è attualmente insufficiente a soddisfare le esigenze dell'intero settore; in particolare il fabbisogno di personale risulta essere il seguente:

n. 1,1, vice direttore amministrativo, livello 9;

n. 0,9, coordinatori amministrativi, livello 7;

n. 1,2, assistenti amministrativi livello 6;

n. 1,3, coadiutori amministrativi, livello 4.

Tenendo presente il fatto che, a partire dal 1995 l'attività di indizione gare dovrebbe incrementarsi in modo significativo, mentre l'acquisto di un personal computer potrebbe contribuire allo snellimento dell'attività dei livelli 4 e, in parte, dei livelli 6, la proposta di organico potrebbe prevedere un'ulteriore unità di livello 7.

Ciò potrebbe anche consentire una maggiore delega di attività operative da parte del capo ufficio, a vantaggio di un più efficace coordinamento e controllo.

Tali valutazioni sono chiaramente indipendenti da un'eventuale decisione, da parte della direzione dell'azienda, di apportare le modifiche organizzative proposte al precedente paragrafo 6.5.2. «Analisi organizzazione attuale».

6.6. Valutazione del lavoro svolto

Nel presente paragrafo si riporta, in forma sintetica, una valutazione complessiva del lavoro svolto e del metodo utilizzato per la determinazione dei carichi di lavoro delle due unità organizzative interessate.

L'impatto del lavoro sulla struttura è da ritenere positivo.

I dirigenti intervistati si sono dimostrati interessati ed hanno fornito un adeguato impegno nello svolgimento del lavoro. La rilevazione è ritenuta unanimemente uno strumento utile, anche oltre al fine che gli è proprio della determinazione dei carichi di lavoro, per avere una maggiore percezione e consapevolezza di ciò che si fa all'interno di ogni struttura e delle modalità e prassi adottate.

C'è una volontà diffusa, nei livelli dirigenziali, di conseguire risultati di efficienza e di qualità del lavoro, accompagnata dall'esigenza di poter collaborare con persone che abbiano competenze adeguate.

La metodologia di rilevazione utilizzata, invece, presenta, anche in considerazione dell'attuale situazione organizzativa dell'azienda ospedaliera, caratteri di rilevante complessità e di notevole dispendio di tempo e risorse dedicate, cui peraltro non fa sempre riscontro una sicura oggettività e affidabilità dei risultati conseguiti.

I maggiori problemi riscontrati nella rilevazione sono dovuti all'obiettivo difficoltà di quantificare (anche se i valori richiesti erano medi) le singole attività che sono soggette ad impegni diversi, sia in termini di tempo che di profili professionali coinvolti, a seconda di alcune variabili soggettive ed oggettive.

La determinazione dei tempi inoltre, per essere oggettiva e attendibile comporterebbe approfondimenti di merito che, da un lato richiederebbero un elevato tempo di effettuazione e dall'altro potrebbero portare a possibili conflittualità con il personale intervistato.

È stata inoltre avvertita, nel corso delle interviste, la tendenza da parte dei dirigenti coinvolti, a dimensionare il tempo standard di effettuazione delle attività sulla base delle prassi esistenti, anche nel caso in cui queste potrebbero essere oggetto di rilevanti razionalizzazioni, a seguito di un'analisi di maggior dettaglio.

Sulla base dell'esperienza maturata, infine, si ritiene che l'impianto generale, definito a seguito della prima fase di determinazione dei carichi di lavoro con il metodo dei tempi standard, comporterebbe comunque un notevole impegno di gestione e revisione nei successivi anni, senza peral-

tro focalizzarsi sul miglioramento dei risultati, espressi in termini di produttività, tempestività e qualità, conseguiti dalle strutture organizzative coinvolte.

(1) Sulla base di tale definizione, una linea di attività costituisce pertanto una specifica procedura operativa, espletata da una unità organizzativa nell'ambito delle sue attribuzioni caratteristiche (funzioni), così come l'insieme delle linee di attività gestite da tale unità rappresenta tutte le procedure di sua competenza.

(2) Il metodo deve essere chiaramente supportato da un sistema di rilevazione che per-

metta di valutare anche il livello qualitativo corrispondente alle operazioni svolte e ai prodotti erogati.

(3) Ad esempio, se la linea di attività «acquisto tramite licitazione privata» prevede, tra le altre, le seguenti operazioni elementari:

— «valutazione domande dei partecipanti», che mediamente viene effettuata 5 volte per ogni gara;

— «predisposizione ordinanza di nomina della commissione valutatrice», che viene effettuata 1 volta per ogni gara.

Allora, al fine di calcolare il tempo standard della linea, occorrerà moltiplicare il tempo della prima operazione per 5 e il tempo della seconda per 1.

(4) Le principali caratteristiche della metodologia sono contenute nel paragrafo 3.2 «Le aree di analisi».

(5) Con riferimento ai settori amministrativi dell'Azienda ospedaliera, il livello di base più funzionale agli obiettivi della rilevazione risulta essere quello di ufficio, poiché esso consente di associare, presso la stessa unità organizzativa, responsabilità di funzione e responsabilità di processo.

(6) L'adozione del metodo citato nel testo, come descritto al paragrafo 3.2.2., è prevista anche dalla circolare del Ministero per la funzione pubblica, laddove sia possibile effettuare confronti interspaziali tra unità che erogano prodotti omogenei.

Linea di attività: 1.1 Indizione gare per acquisto apparecchiature

Linea di attività: 1.1.1 Indizione gare per acquisto apparecchiature a licitazione privata (Capitolato semplice)

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti, economato, direzione sanitaria o direzione amministrativa												
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.												
Unità di misura:	n. gare annue												
Volume annuo:	20												
Sequenza procedurale	Tempo (in minuti)						Rip.tà	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3		liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Stesura capitolato speciale ripetitivo modificativo		378		600	180		1	0	378	0	600	180	0
Controllo e perfezionamento capitolato				240			1	0	0	0	240	0	0
Determinazione spesa presunta			378				1	0	0	378	0	0	0
Delibera indizione gara			120		120		1	0	0	120	0	120	0
Predisposizione allegati e bando di gara			300		120	360	1	0	0	300	0	120	360
Schema lettera di invito		30			120		1	0	30	0	0	120	0
Richiesta prenotazioni di spesa a ragioneria				120			1	0	0	0	120	0	0
Comunicazioni ad organi di stampa (G.U., C.E.E.)					240		1	0	0	0	0	240	0
Ricevimento domande delle ditte, verifica rispondenza requisiti di cui al bando e stesura verbale				20			30	0	0	0	600	0	0
Controllo domande di partecipazione problematiche	10	40					15	150	600	0	0	0	0
Invio lettere di invito con intestazione della ditta e predisposizione raccomandate con ricevuta di ritorno				15			28	0	0	0	420	0	0
Predisposizione delibera ammissione gara		30		45	120		1	0	30	0	45	120	0
Predisposizione modulo ricevimento offerte (da protocollo) e relativa compilazione					60		1	0	0	0	0	60	0
Ordinanza per nomina commissione di offerta				30	30	30	1	0	0	0	30	30	30
Lavori di commissione:													
- ammissione ditte		360		360			1	0	360	0	360	0	0
- produzione verbale di presa d'atto valutazione economica		360		360			1	0	360	0	360	0	0
- aggiudicazione		60		60			1	0	60	0	60	0	0
Delibera di aggiudicazione con verbale di commissione				240	120	180	1	0	0	0	240	120	180
Predisposizione ed invio lettere di aggiudicazione			360		300	360	1	0	0	360	0	300	360
Svincolo depositi provvisori ditte non aggiudicatarie					300		1	0	0	0	0	300	0
Svincolo depositi provvisori ditte aggiudicatarie e ricevimento deposito definitivo				30	60		1	0	0	0	30	60	0
Raccolta documentazione ditte aggiudicatarie e trasmissione ad AA.GG.				30			1	0	0	0	30	0	0
Archiviazione atti					15		1	0	0	0	0	15	0
Totale unitario in minuti	10	1.258	1.158	2.150	1.785	930		150	1.818	1.158	3.135	1.785	930
Totale unitario in ore	0,166667	21,0	19,3	35,8	29,8	15,5		2,5	30,3	19,3	52,3	29,8	15,5
Totale unitario in giorni								0,4	4,8	3,2	8,7	5,0	2,6
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)								7,9	96,2	64,3	174,2	99,2	51,7

Linea di attività: 1.1.2 Indizione gare per acquisto apparecchiature a licitazione privata (Capitolato complesso)

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti, economato, direzione sanitaria o direzione amministrativa												
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.												
Unità di misura:	n. gare annue												
Volume annuo:	5												
Sequenza procedurale	Tempo (in minuti)						Rip.tà	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3		liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Stesura capitolato speciale ripetitivo innovativo	378	3.024			180		1	378	3.024	0	0	180	0
Controllo e perfezionamento capitolato		240					1	0	240	0	0	0	0
Determinazione spesa presunta			378				1	0	0	378	0	0	0
Delibera indizione gara		240			120		1	0	240	0	0	120	0
Predisposizione allegati e bando di gara			300		120	360	1	0	0	300	0	120	360
Formalizzazione estratto del bando							1	0	0	0	0	0	0
Schema lettera di invito		30			120		1	0	30	0	0	120	0
Richiesta prenotazioni di spesa a ragioneria				120			1	0	0	0	120	0	0
Comunicazioni ad organi di stampa (G.U., C.E.E.)					360		1	0	0	0	0	360	0
Ricevimento domande delle ditte, verifica rispondenza requisiti di cui al bando e stesura verbale				20			30	0	0	0	600	0	0
Controllo domande di partecipazione problematiche	10	40					15	150	600	0	0	0	0
Invio lettere di invito con intestazione della ditta e predisposizione raccomandate con ricevuta di ritorno				15			30	0	0	0	450	0	0
Predisposizione delibera ammissione gara		30		45	120		1	0	30	0	45	120	0
Predisposizione modulo ricevimento offerte (da protocollo) e relativa compilazione					60		1	0	0	0	0	60	0
Ordinanza per nomina commissione di offerta				30	30	30	1	0	0	0	30	30	30
Lavori di commissione:								0	0	0	0	0	0
- ammissione ditte		360		360			1	0	360	0	360	0	0
- produzione verbale di presa d'atto valutazione economica		360		360			1	0	360	0	360	0	0
- aggiudicazione		60		60			1	0	60	0	60	0	0
Delibera di aggiudicazione con verbale di commissione				240	120	180	1	0	0	0	240	120	180
Predisposizione ed invio lettere di aggiudicazione			360		300	360	1	0	0	360	0	300	360
Svincolo depositi provvisori ditte non aggiudicatarie					300		1	0	0	0	0	300	0
Svincolo depositi provvisori ditte aggiudicatarie e ricevimento deposito definitivo				30	60		1	0	0	0	30	60	0
Raccolta documentazione ditte aggiudicatarie e trasmissione ad AA.GG.				30			1	0	0	0	30	0	0
Archiviazione atti					15		1	0	0	0	0	15	0
Totale unitario in minuti	388	4.384	1.038	1.310	1.905	930		528	4.944	1.038	2.325	1.905	930
Totale unitario in ore	6,466667	73,1	17,3	21,8	31,8	15,5		8,8	82,4	17,3	38,8	31,8	15,5
Totale unitario in giorni (*)								1,4	13,1	2,9	6,5	5,3	2,6
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)								7	65	14	32	26	13

(*) Sono state considerate 6,3 ore al giorno per il livello 9 e 6 ore al giorno per gli altri livelli, su sei giorni settimanali.

Linea di attività: 1.1.3 Indizione gare per acquisto apparecchiature a trattativa privata

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti, economato, direzione sanitaria o direzione amministrativa					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	20					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.1.1 (indizione gare a licitazione privata, capitolato semplice): 50%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	75	909	579	1.568	893	465
Totale unitario in ore	1,3	15,2	9,7	26,1	14,9	7,8
Totale unitario in giorni (*)	0,2	2,4	1,6	4,4	2,5	1,3
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	4,0	48,1	32,2	87,1	49,6	25,8

(*) Sono state considerate 6,3 ore al giorno per il livello 9 e 6 ore al giorno per gli altri livelli, su sei giorni settimanali.

Linea di attività: 1.2 Indizione gare per acquisto farmaci

Linea di attività: 1.2.1 Indizione gara per acquisto farmaci a licitazione privata

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti												
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.												
Unità di misura:	n. gare annue												
Volume annuo:	1												
Sequenza procedurale	Tempo (in minuti)						Rip.tà	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3		liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Stesura capitolato speciale e predisposizione allegati		1.512			2.160		1	0	1.512	0	0	2.160	0
Controllo e perfezionamento capitolato		378			360		1	0	378	0	0	360	0
Determinazione spesa presunta			2.160				1	0	0	2.160	0	0	0
Delibera indizione gara			120		120		1	0	0	120	0	120	0
Predisposizione bando di gara				360	120	360	1	0	0	0	360	120	360
Schema lettera di invito		30			120		1	0	30	0	0	120	0
Richiesta prenotazioni di spesa a ragioneria				120			1	0	0	0	120	0	0
Comunicazioni ad organi di stampa (G.U., C.E.E.)					360		1	0	0	0	0	360	0
Ricevimento domande delle ditte, verifica rispondenza requisiti di cui al bando e stesura verbale			20				150	0	0	3.000	0	0	0
Controllo domande di partecipazione problematiche	15	40					75	1.125	3.000	0	0	0	0
Invio lettere di invito con intestazione della ditta e predisposizione raccomandate con ricevuta di ritorno				15	30	10	145	0	0	0	2.175	4.350	1.450
Predisposizione delibera ammissione gara				720	1.080		1	0	0	0	720	1.080	0
Predisposizione modulo ricevimento offerte (da protocollo) e relativa compilazione					360		1	0	0	0	0	360	0
Ordinanza per nomina commissione di offerta				30	30	30	1	0	0	0	30	30	30
Lavori di commissione:							1	0	0	0	0	0	0
- ammissione ditte	720		720				1	720	0	720	0	0	0
- apertura e sigla offerte economiche e verbali	720		720				1	720	0	720	0	0	0
- prospetto comparativo			4.320				1	0	0	4.320	0	0	0
- aggiudicazione	720		720				1	720	0	720	0	0	0
Delibera di aggiudicazione con verbale di commissione		1.134	4.320		3.600		1	0	1.134	4.320	0	3.600	0
Predisposizione ed invio lettere di aggiudicazione		945		3.600	3.600	2.160	1	0	945	0	3.600	3.600	2.160
Svincolo depositi provvisori ditte aggiudicatricie e ricevimento deposito definitivo				720	1.800		1	0	0	0	720	1.800	0
Raccolta documentazione ditte aggiudicatricie e trasmissione ad AA.GG.				720	1.800		1	0	0	0	720	1.800	0
Archiviazione atti					15		1	0	0	0	0	15	0
Totale unitario in minuti	2.175	2.527	13.100	6.285	13.395	2.560		3.285	6.999	16.080	8.445	19.875	4.000
Totale unitario in ore	36,25	42,1	218,3	104,8	223,3	42,7		54,8	116,7	268,0	140,8	331,3	66,7
Totale unitario in giorni (*)								8,7	18,5	44,7	23,5	55,2	11,1
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)								8,7	18,5	44,7	23,5	55,2	11,1

(*) Sono state considerate 6,3 ore al giorno per il livello 9 e 6 ore al giorno per gli altri livelli, su sei giorni settimanali.

Linea di attività: 1.2.2 Indizione gara per acquisto farmaci a trattativa privata

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	1					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.3 (indizione gare a licitazione privata): 70%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	2.299,5	4.899,3	11.256	5.911,5	13.912,5	2.800
Totale unitario in ore	38,3	81,7	187,6	98,5	231,9	46,7
Totale unitario in giorni (*)	6,1	13,0	31,3	16,4	38,6	7,8
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	6,1	1,7	31,3	16,4	38,6	7,8

(*) Sono state considerate 6,3 ore al giorno per il livello 9 e 6 ore al giorno per gli altri livelli, su sei giorni settimanali.

Linea di attività: 1.3 Indizione gare per acquisto arredi e servizi generali

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti, direzione amministrativa o direzione sanitaria					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	20					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.1.1 (indizione gare per apparecchi a licitazione privata, capitolato semplice): 100%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	150	1.818	1.158	3.135	1.785	930
Totale unitario in ore	2,5	30,3	19,3	52,3	29,8	15,5
Totale unitario in giorni (*)	0,4	4,8	3,2	8,7	5,0	2,6
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	7,9	96,2	64,3	174,2	99,2	51,7

(*) Sono state considerate 6,3 ore al giorno per il livello 9 e 6 ore al giorno per gli altri livelli, su sei giorni settimanali.

Linea di attività: 1.4 Indizione gare per materiale diagnostico**Linea di attività: 1.4.1 Indizione gare per materiale diagnostico a licitazione privata**

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti,					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	1					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 150%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	4.928	10.499	24.120	12.668	29.813	6.000
Totale unitario in ore	82,1	175,0	402,0	211,1	496,9	100,0
Totale unitario in giorni	13,0	27,8	67,0	35,2	82,8	16,7
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	13,0	27,8	67,0	35,2	82,8	16,7

Linea di attività: 1.4.2 Indizione gare per materiale diagnostico a trattativa privata

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	1					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 20%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	657	1.400	3.216	1.689	3.975	800
Totale unitario in ore	11,0	23,3	53,6	28,2	66,3	13,3
Totale unitario in giorni (*)	1,7	3,7	8,9	4,7	11,0	2,2
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	1,7	3,7	8,9	4,7	11,0	2,2

(*) Sono state considerate 6,3 ore al giorno per il livello 9 e 6 ore al giorno per gli altri livelli, su sei giorni settimanali.

Linea di attività: 1.4.3 Indizione gare per materiale diagnostico a trattativa privata campionata

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	1					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 50%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	1.643	3.500	8.040	4.223	9.938	2.000
Totale unitario in ore	27,4	58,3	134,0	70,4	165,6	33,3
Totale unitario in giorni (*)	4,3	9,3	22,3	11,7	27,6	5,6
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	4,3	9,3	22,3	11,7	27,6	5,6

(*) Sono state considerate 6,3 ore al giorno per il livello 9 e 6 ore al giorno per gli altri livelli, su sei giorni settimanali.

Linea di attività: 1.5 Indizione gare per materiale protesico

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti												
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.												
Unità di misura:	n. gare annue												
Volume annuo:	1												
Coefficiente di correlazione con Linea di attività 1.2.1 (indizione gare a licitazione privata): 100%, il n. di offerte ricevute è però ridotto a 10													
Sequenza procedurale	Tempo (in minuti)						Rip.tà	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3		liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Stesura capitolato speciale e predisposizione allegati		1.512			2.160		1	0	1.512	0	0	2.160	0
Controllo e perfezionamento capitolato		378			360		1	0	378	0	0	360	0
Determinazione spesa presunta			2.160				1	0	0	2.160	0	0	0
Delibera indizione gara			120		120		1	0	0	120	0	120	0
Predisposizione bando di gara				360	120	360	1	0	0	0	360	120	360
Schema lettera di invito		30			120		1	0	30	0	0	120	0
Richiesta prenotazioni di spesa a ragioneria				120			1	0	0	0	120	0	0
Comunicazioni ad organi di stampa (G.U., C.E.E.)					360		1	0	0	0	0	360	0
Ricevimento domande delle ditte, verifica rispondenza requisiti di cui al bando e stesura verbale			20				10	0	0	200	0	0	0
Controllo domande di partecipazione problematiche	15	40					5	75	200	0	0	0	0
Invio lettere di invito con intestazione della ditta e predisposizione raccomandate con ricevuta di ritorno				15	30	10	9	0	0	0	135	270	90
Predisposizione delibera ammissione gara				720	1.080		1	0	0	0	720	1.080	0
Predisposizione modulo ricevimento offerte (da protocollo) e relativa compilazione					360		1	0	0	0	0	360	0
Ordinanza per nomina commissione di offerta				30	30	30	1	0	0	0	30	30	30
Lavori di commissione:							1	0	0	0	0	0	0
- ammissione ditte	720		720				1	720	0	720	0	0	0
- apertura e sigla offerte economiche e verbali	720		720				1	720	0	720	0	0	0
- prospetto comparativo			4.320										
- aggiudicazione	720		720				1	720	0	720	0	0	0
Delibera di aggiudicazione con verbale di commissione		1.134	4.320		3.600		1	0	1.134	4.320	0	3.600	0
Predisposizione ed invio lettere di aggiudicazione		945		3.600	3.600	2.160	1	0	945	0	3.600	3.600	2.160
Svincolo depositi provvisori ditte aggiudicatarie e ricevimento deposito definitivo				720	1.800		1	0	0	0	720	1.800	0
Raccolta documentazione ditte aggiudicatarie e trasmissione ad AA.GG.				720	1.800		1	0	0	0	720	1.800	0
Archiviazione atti					15		1	0	0	0	0	15	0
Totale unitario in minuti	2.175	2.527	13.100	6.285	13.395	2.560		2.235	4.199	8.960	6.405	15.795	2.640
Totale unitario in ore	36,25	42,1	218,3	104,8	223,3	42,7		37,3	70,0	149,3	106,8	263,3	44,0
Totale unitario in giorni (*)								5,9	11,1	23,7	16,9	41,8	7,0
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)								5,9	11,1	23,7	16,9	41,8	7,0

(*) Sono state considerate 6,3 ore al giorno per il livello 9 e 6 ore al giorno per gli altri livelli, su sei giorni settimanali.

Linea di attività: 1.6 Altre gare di materiali sanitari e simili**Linea di attività: 1.6.1 Indizione gara per materiale di vetreria**

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	1					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 50%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	1.643	3.500	8.040	4.223	9.938	2.000
Totale unitario in ore	27,4	58,3	134,0	70,4	165,6	33,3
Totale unitario in giorni	4,3	9,3	22,3	11,7	27,6	5,6
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	4,3	9,3	22,3	11,7	27,6	5,6

Linea di attività: 1.6.2 Indizione gara per materiale di medicazione

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	1					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 40%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	1.314	2.800	6.432	3.378	7.950	1.600
Totale unitario in ore	21,9	46,7	107,2	56,3	132,5	26,7
Totale unitario in giorni	3,5	7,4	17,9	9,4	22,1	4,4
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	3,5	7,4	17,9	9,4	22,1	4,4

Linea di attività: 1.6.3 Indizione gara per pace makers

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	1					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 40%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	1.314	2.800	6.432	3.378	7.950	1.600
Totale unitario in ore	21,9	46,7	107,2	56,3	132,5	26,7
Totale unitario in giorni	3,5	7,4	17,9	9,4	22,1	4,4
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	3,5	7,4	17,9	9,4	22,1	4,4

Linea di attività: 1.6.3 Indizione gara per presidi medico chirurgici

Input iniziale: richiesta da parte dei servizi/reparti Output finale: aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG. Unità di misura: n. gare annue Volume annuo: 1 Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 60%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	1.971	4.199	9.648	5.067	11.925	2.400
Totale unitario in ore	32,9	70,0	160,8	84,5	198,8	40,0
Totale unitario in giorni	5,2	11,1	26,8	14,1	33,1	6,7
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	5,2	11,1	26,8	14,1	33,1	6,7

Linea di attività: 1.7 Altre gare di materiali di cancelleria, pulizia e diversi

Linea di attività: 1.7.1 Indizione gara per materiale di cancelleria e pulizia

Input iniziale: richiesta da parte dei servizi/reparti Output finale: aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG. Unità di misura: n. gare annue Volume annuo: 2 Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 50%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	1.643	3.500	8.040	4.223	9.938	2.000
Totale unitario in ore	27,4	58,3	134,0	70,4	165,6	33,3
Totale unitario in giorni	4,3	9,3	22,3	11,7	27,6	5,6
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	8,7	18,5	44,7	23,5	55,2	11,1

Linea di attività: 1.7.2 Indizione gara per dietetici

Input iniziale: richiesta da parte dei servizi/reparti Output finale: aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG. Unità di misura: n. gare annue Volume annuo: 2 Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 50%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	1.643	3.500	8.040	4.223	9.938	2.000
Totale unitario in ore	27,4	58,3	134,0	70,4	165,6	33,3
Totale unitario in giorni	4,3	9,3	22,3	11,7	27,6	5,6
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	8,7	18,5	44,7	23,5	55,2	11,1

Linea di attività: 1.7.3 Indizione gara per stampati

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	1					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata capitolato semplice): 70%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	2.300	4.899	11.256	5.912	13.913	2.800
Totale unitario in ore	38,3	81,7	187,6	98,5	231,9	46,7
Totale unitario in giorni	6,1	13,0	31,3	16,4	38,6	7,8
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	6,1	13,0	31,3	16,4	38,6	7,8

Linea di attività: 1.7.4 Indizione gara per materiali di plastica e cartaceo monouso

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	1					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 60%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	1.971	4.199	9.648	5.067	11.925	2.400
Totale unitario in ore	32,9	70,0	160,8	84,5	198,8	40,0
Totale unitario in giorni	5,2	11,1	26,8	14,1	33,1	6,7
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	5,2	11,1	26,8	14,1	33,1	6,7

Linea di attività: 1.7.5 Indizione gare per: timbri e targhe; rilegature; rifacimento cuscini e materassi, fotoriproduttori, supporti meccanografici, cartacei, floppy disk

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	6					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 30%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	986	2.100	4.824	2.534	5.963	1.200
Totale unitario in ore	16,4	35,0	80,4	42,2	99,4	20,0
Totale unitario in giorni	2,6	5,6	13,4	7,0	16,6	3,3
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	15,6	33,3	80,4	42,2	99,4	20,0

Linea di attività: 1.8 Indizione gare di generi alimentari e materiali diversi

Linea di attività: 1.8.1 Indizione gara per generi alimentari

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	2					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 150%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	4.928	10.499	24.120	12.668	29.813	6.000
Totale unitario in ore	82,1	175,0	402,0	211,1	496,9	100,0
Totale unitario in giorni	13,0	27,8	67,0	35,2	82,8	16,7
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	26,1	55,5	134,0	70,4	165,6	33,3

Linea di attività: 1.8.2 Indizione gare per lastre radiograf., carta per apparecchiature

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	2					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 100%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	3.285	6.999	16.080	8.445	19.875	4.000
Totale unitario in ore	54,8	116,7	268,0	140,8	331,3	66,7
Totale unitario in giorni	8,7	18,5	44,7	23,5	55,2	11,1
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	17,4	37,0	89,3	46,9	110,4	22,2

Linea di attività: 1.8.3 Indizione gara per divise e camici

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	1					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 100%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	3.285	6.999	16.080	8.445	19.875	4.000
Totale unitario in ore	54,8	116,7	268,0	140,8	331,3	66,7
Totale unitario in giorni	8,7	18,5	44,7	23,5	55,2	11,1
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	8,7	18,5	44,7	23,5	55,2	11,1

Linea di attività: 1.8.4 Indizione gara per materiali di manutenzione

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	1					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata capitolato semplice): 70%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	2.300	4.899	11.256	5.912	13.913	2800
Totale unitario in ore	38,3	81,7	187,6	98,5	231,9	46,7
Totale unitario in giorni	6,1	13,0	31,3	16,4	38,6	7,8
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	6,1	13,0	31,3	16,4	38,6	7,8

Linea di attività: 1.8.5 Indizione gare per ossigeno e gas terapeutici

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	1					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 50%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	1.643	3.500	8.040	4.223	9.938	2.000
Totale unitario in ore	27,4	58,3	134,0	70,4	165,6	33,3
Totale unitario in giorni	4,3	9,3	22,3	11,7	27,6	5,6
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	4,3	9,3	22,3	11,7	27,6	5,6

Linea di attività: 1.8.6 Indizione gare per: protossido di azoto; batterie; lampade elettromedicali

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	3					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 20%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	657	1.400	3.216	1.689	3.975	800
Totale unitario in ore	11,0	23,3	53,6	28,2	66,3	13,3
Totale unitario in giorni	1,7	3,7	8,9	4,7	11,0	2,2
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	5,2	11,1	26,8	14,1	33,1	6,7

Linea di attività: 1.8.7 Indizione gare per: sostanze chimiche; alcool denaturato; mat. odontoiatrico; pannolini monouso; ricarica colonne deionizzatrici; lampade elettromedicali

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	5					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.2.1 (indizione gare per farmaci a licitazione privata, capitolato semplice): 50%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti	1.643	3.500	8.040	4.223	9.938	2.000
Totale unitario in ore	27,4	58,3	134,0	70,4	165,6	33,3
Totale unitario in giorni	4,3	9,3	22,3	11,7	27,6	5,6
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	21,7	46,3	111,7	58,6	138,0	27,8

Linea di attività: 2.1 Rapporti con fornitori per emissione ordini

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti, economato, direzione sanitaria o direzione amministrativa												
Output finale:	emissione ordine												
Unità di misura:	n.ordini annui												
Volume annuo:	8000												
Sequenza procedurale	Tempo (in minuti)						Rip.tà	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3		liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Ricerca articolo e stesura ordine				15	15		1	0	0	0	15	15	0
Calcolo prezzo ordine e Iva				15			1	0	0	0	15	0	0
Emissione ordine					10		1	0	0	0	0	10	0
Totale unitario in minuti	0	0	0	30	25	0		0	0	0	30	25	0
Totale unitario in ore	0	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0		0,0	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0
Totale unitario in giorni								0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)								0,0	0,0	0,0	634,9	529,1	0,0

Linea di attività: 3.1 Gestione spese in economia

Input iniziale:	richiesta da parte dei servizi/reparti, economato, direzione sanitaria o direzione amministrativa												
Output finale:	emissione ordine												
Unità di misura:	n. ordini annui nell'ambito della gestione in economia												
Volume annuo:	400												
Sequenza procedurale	Tempo (in minuti)						Rip.tà	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3		liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Contatti con richiedenti				60			1	0	0	0	60	0	0
Predisposizione richiesta di offerta				20	15		1	0	0	0	20	15	0
Acquisizione preventivi e verifica				60			1	0	0	0	60	0	0
Emissione ordine					10		1	0	0	0	0	10	0
Supervisione		2					1	0	2	0	0	0	0
Totale unitario in minuti	0	2	0	140	25	0		0	2	0	140	25	0
Totale unitario in ore	0	0,0	0,0	2,3	0,4	0,0		0,0	0,0	0,0	2,3	0,4	0,0
Totale unitario in giorni								0,0	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)								0,0	2,1	0,0	148,1	26,5	0,0

Linea di attività: 4.1 Verifica regolare esecuzione dei contratti

Input iniziale:	servizi/reparti o economato (chi riceve i materiali)												
Output finale:	trasmissione contestazione al fornitore												
Unità di misura:	n. contratti che presentano problemi												
Volume annuo:	250 (*)												
Sequenza procedurale	Tempo (in minuti)						Rip.tà	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3		liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Contatti telefonici con economato	10	20					1	10	20	0	0	0	0
Ricevimento contestazione		10					1	0	10	0	0	0	0
Verifica penali da contratto	10	30					1	10	30	0	0	0	0
Trasmissione contestazione		10					1	0	10	0	0	0	0
Totale unitario in minuti	10	50	0	0	0	0		20	70	0	0	0	0
Totale unitario in ore	0,166667	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0		0,3	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale unitario in giorni								0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)								13,2	46,3	0,0	0,0	0,0	0,0

(*) Su un totale di 500 contratti si è assunto il 50% con problematiche da gestire, parte dell'attività è considerata anche nell'attività seguente di riscontro fatture.

Linea di attività: 5.1 Riscontro fatture

Input iniziale:	ricevimento fattura da fornitore e bolla da servizi/reparti/economato												
Output finale:	trasmissione fattura a ragioneria per liquidazione												
Unità di misura:	n. fatture annue												
Volume annuo:	20.000												
Sequenza procedurale	Tempo (in minuti)						Rip.tà	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3		liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Abbinamento ordine/bolla fattura				15			1	0	0	0	15	0	0
Ricezione e trasmissione a bilancio					10		1	0	0	0	0	10	0
Totale unitario in minuti	0	0	0	15	10	0		0	0	0	15	10	0
Totale unitario in ore	0	0,0	0,0	0,3	0,2	0,0		0,0	0,0	0,0	0,3	0,2	0,0
Totale unitario in giorni								0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)								0,0	0,0	0,0	793,7	529,1	0,0

6. Linee di attività non standardizzabili

Sequenza procedurale	Tempo (in minuti)						Rip.tà	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3		liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Predisposizione previsione di spesa	756	756	1.800		360		1	756	756	1.800	0	360	0
Revisione in corso d'anno	756	756	1.080		300		2	1.512	1.512	2.160	0	600	0
Consuntivo a fine anno	1.134	1.134	3.780		360		1	1.134	1.134	3.780	0	360	0
Predisposizione delibera spese in economia		600			120		1	0	600	0	0	120	0
Verifica richieste di acquisti	30	189	378				50	1.500	9.450	18.900	0	0	0
Totale minuti	2.646	2.646	6.660	0	1.020	0		4.902	13.452	26.640	0	1.440	0
Totale ore	44,1	44,1	111	0	17	0,0		81,7	224,2	444	0	24	0
Totale giorni								13,0	35,6	74,0	0,0	4,0	0,0

7. Linee di attività per contatti esterni

Sequenza procedurale	Tempo (in minuti)						Rip.tà	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3		liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Rapporti personali e telefonici con altri uffici e riunioni aziendali	45	30	15				238	10.710	7.140	3.570	0	0	0
Rapporti personali e telefonici con fornitori	45	30	30				238	10.710	7.140	7.140	0	0	0
Totale unitario in minuti	90	60	45	0	0	0		21.420	14.280	10.710	0	0	0
Totale unitario in ore	1,5	1,0	0,8	0,0	0,0	0,0		357,0	238,0	178,5	0,0	0,0	0,0
Totale unitario in giorni								56,7	37,8	29,8	0,0	0,0	0,0

8. Linee di attività ausiliarie

Sequenza procedurale	Tempo (in minuti)						Rip.tà	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3		liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Supporto segretariale					60		238	0	0	0	0	14.280	0
Aggiornamento	15	15	10				238	3.570	3.570	2.380	0	0	0
Fotocopie						120	238	0	0	0	0	0	28.560
Supervisione e controllo	30	30					238	7.140	7.140	0	0	0	0
Coordinamento	30	30					238	7.140	7.140	0	0	0	0
Archivio					30		238	0	0	0	0	7.140	0
Ritiro e smistamento posta						60	238	0	0	0	0	0	14.280
Consegne interne						180	238	0	0	0	0	0	42.840
Totale unitario in minuti	0	0	0	0	30	240		17.850	17.850	2.380	0	21.420	85.680
Totale unitario in ore	0	0,0	0,0	0,0	0,5	4,0		297,5	297,5	39,7	0,0	357,0	1428,0

Carico di lavoro e fabbisogno organico

	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale carico di lavoro in giorni.....	375	938	1.399	2.634	2.809	647
Fabbisogno organico.....	1,6	3,9	5,9	11,1	11,8	2,7

Linea di attività: 1.1 Indizione gare a licitazione privata

Input iniziale:	richiesta da parte degli uffici tecnici, direzione sanitaria o direzione amministrativa												
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.												
Unità di misura:	n. gare annue												
Volume annuo:	7												
Sequenza procedurale	Tempo (in minuti)						Rip.tà	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3		liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Verifica e controllo atti tecnici e capitolati speciali, relative correzioni e collocazione (compresa attività di scambio informazioni con il tecnico)		30	240			360	1		30	240	0	360	0
Delibera indizione gara		30	120			60	1		30	120	0	60	0
Predisposizione bando di gara		30	120			60	1		30	120	0	60	0
Formalizzazione estratto del bando		30				30	1		30	0	0	30	0
Predisposizione bando per U.E.		30	30			60	1		30	30	0	60	0
Contatti con AA.GG. per pubblicazioni varie		120	120	120			1		120	120	120	0	0
Schema lettera di invito		30	120			60	1		30	120	0	60	0
Contatti con ditte per informazioni telefoniche o di persona		360	360	360			1		360	360	360	0	0
Ricevimento domande delle ditte, verifica rispondenza requisiti di cui al bando e stesura verbale					10	10	250		0	0	2.500	2.500	0
Supervisione al ricevimento domande delle ditte		180					1		180	0	0	0	0
Invio lettere di invito con intestazione della ditta e predisposizione raccomandate con ricevuta di ritorno				1	5	5	230		0	230	1.150	1.150	0
Messa a disposizione della documentazione presso punto esterno e relativo ritiro						90	1		0	0	0	90	0
Predisposizione delibera ammissione gara		15	60			60	1		15	60	0	60	0
Ricevimento offerte (da protocollo) e stesura verbale						5	230		0	0	0	1.150	0
Ordinanza per nomina commissione di offerta		15			60	60	1		15	0	60	60	0
Lavori di commissione		480	480				1		480	480	0	0	0
Delibera di aggiudicazione con verbale di commissione		30	120			240	1		30	120	0	240	0
Versamento tramite polizza fidejussoria della ditta aggiudicatrice e richiesta certificati per perfezionamento contratto		15				150	1		15	0	150	0	0
Restituzione documenti gare					15		200		0	0	3.000	0	0
Archiviazione atti						120	30		0	0	0	120	30
Totale unitario in minuti		1.395	1.771	720	1.220	30			1.395	2.000	7.340	6.000	30
Totale unitario in ore		23,3	29,5	12,0	20,3	0,5			23,3	33,3	122,3	100,0	0,5
Totale unitario in giorni (*)									3,7	5,6	20,4	16,7	0,1
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)									25,8	38,9	142,7	116,7	0,6

(*) Sono state considerate 6,3 ore al giorno per il livello 9 e 6 ore al giorno per gli altri livelli, su sei giorni settimanali.

Linea di attività: 1.2 Indizione gare a trattativa privata

Input iniziale:	richiesta da parte degli uffici tecnici, direzione sanitaria o direzione amministrativa					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	5					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.1 (indizione gare a licitazione privata): 50%						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti		698	1.000	3.670	3.000	15
Totale unitario in ore		11,6	16,7	61,2	50,0	0,3
Totale unitario in giorni (*)		2	3	10	8	0
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)		9	14	51	42	0

(*) Sono state considerate 6,3 ore al giorno per il livello 9 e 6 ore al giorno per gli altri livelli, su sei giorni settimanali.

Linea di attività: 1.3 Indizione gare ad appalto concorso

Input iniziale:	richiesta da parte degli uffici tecnici, direzione sanitaria o direzione amministrativa					
Output finale:	aggiudicazione della gara e trasmissione documenti ad AA.GG.					
Unità di misura:	n. gare annue					
Volume annuo:	3					
Coefficiente di correlazione con linea di attività 1.1 (indizione gare a licitazione privata): 150% (**)						
	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale unitario in minuti		2,093	2,685	1,920	2,340	45
Totale unitario in ore		34,9	44,8	32,0	39,0	0,8
Totale unitario in giorni (*)		5,5	7,5	5,3	6,5	0,1
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)		17	22	16	20	0

(*) Sono state considerate 6,3 ore al giorno per il livello 9 e 6 ore al giorno per gli altri livelli, su sei giorni settimanali.

(**) Il numero delle ditte che inviano le domande di partecipazione è stato ridotto a 22.

Linea di attività: 2.1 Predisposizione atti deliberativi ed ordinanze

Input iniziale:	richiesta da parte del servizio interessato										
Output finale:	atti amministrativi di attuazione delle delibere										
Unità di misura:	n. delibere annue										
Volume annuo:	70 (**)										
Sequenza procedurale	Tempo (in minuti)					Rip.tà	Carico di lavoro				
	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3		liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Preliminari con chi esprime l'esigenza rapporti successivi di definizione della pratica	120					1	120	0	0	0	0
Predisposizione delibera	90		60	60		1	90	0	60	60	0
Registrazione delibera	10					1	10	0	0	0	0
Corrispondenza/Adempimenti finali	5		30	30		1	5	0	30	30	0
Totale unitario in minuti	225	0	90	90	0		225	0	90	90	0
Totale unitario in ore	3,8	0,0	1,5	1,5	0,0		3,8	0,0	1,5	1,5	0,0
Totale unitario in giorni (*)	0,6	0,0	0,3	0,3	0,0		0,6	0,0	0,3	0,3	0,0
Totale complessivo in giorni (per volume annuo)	41,7	0,0	17,5	17,5	0,0		41,7	0,0	17,5	17,5	0,0

(*) Sono state considerate 6,3 ore al giorno per il livello 9 e 6 ore al giorno per gli altri livelli, su sei giorni settimanali.

(**) Numero annuo delibere: 175 (di cui 115 già analizzate nell'ambito delle gare).

Linee di attività non standardizzabili

Sequenza procedurale	Tempo (in minuti)					Rip.tà	Carico di lavoro				
	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3		liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Predisposizione previsione di spesa	1.134	1.080		540		1	1.134	1.080	0	540	0
Revisione in corso d'anno	1.134	1.080		540		2	2.268	2.160	0	1.080	0
Consuntivo a fine anno	1.890	1.800		900		1	1.890	1.800	0	900	0
Totale unitario in minuti	4.158	3.960	0	1.980	0		5.292	5.040	0	2.520	0
Totale unitario in ore	69,3	66,0	0,0	33,0	0,0		88,2	84,0	0,0	42,0	0,0
Totale unitario in giorni (*)	14,0	14,0	0,0	7,0	0,0		14,0	14,0	0,0	7,0	0,0

(*) Sono state considerate 6,3 ore al giorno per il livello 9 e 6 ore al giorno per gli altri livelli, su sei giorni settimanali.

Linee di attività per contatti esterni

Sequenza procedurale	Tempo (in minuti)					Rip.tà	Carico di lavoro				
	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3		liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Corrispondenza giornaliera diversa in uscita con uffici e settori semplice		10	20	20		500	0	5.000	10.000	10.000	0
Corrispondenza giornaliera diversa in uscita con uffici e settori complessa	30	40		20		500	15.000	20.000	0	10.000	0
Corrispondenza giornaliera diversa in entrata con uffici e settori	10			10		1.000	10.000	0	0	10.000	0
Rapporti intersettoriali	30					238	7.140	0	0	0	0
Rapporti personali e telefonici con altri uffici e riunioni aziendali	30	20	12			238	7.140	4.760	2.856	0	0
Rapporti personali e telefonici con enti esterni	30					238	7.140	0	0	0	0
Velinario esterno	10	30				200	2.000	6.000	0	0	0
Totale unitario in minuti	130	70	32	50	0		46.420	29.760	12.856	30.000	0
Totale unitario in ore	2,2	1,2	0,5	0,8	0,0		773,7	496,0	214,3	500,0	0,0
Totale unitario in giorni (*)							122,8	82,7	35,7	83,3	0,0

(*) Sono state considerate 6,3 ore al giorno per il livello 9 e 6 ore al giorno per gli altri livelli, su sei giorni settimanali.

Linee di attività ausiliarie

Sequenza procedurale	Tempo (in minuti)					Rip.tà	Carico di lavoro				
	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3		liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Lettura rassegna stampa	15					238	3.570	0	0	0	0
Aggiornamento	378	360				12	4.536	4.320	0	0	0
Supervisione e controllo	30	30				238	7.140	7.140	0	0	0
Archivio			10	10		238	0	0	2.380	2.380	0
Protocollo			10	10		238	0	0	2.380	2.380	0
Totale unitario in minuti	423	390	20	20	0		15.246	11.460	4.760	4.760	0
Totale unitario in ore	7,1	6,5	0,3	0,3	0,0		254,1	191,0	79,3	79,3	0,0
Totale unitario in giorni (*)							40,3	31,8	13,2	13,2	0,0

(*) Sono state considerate 6,3 ore al giorno per il livello 9 e 6 ore al giorno per gli altri livelli, su sei giorni settimanali.

Carico di lavoro e fabbisogno organico

	Carico di lavoro					
	liv. 10	liv. 9	liv. 7	liv. 6	liv. 4	liv. 3
Totale carico di lavoro in giorni		270	204	276	299	1
Fabbisogno organico		1,1	0,9	1,2	1,3	0,0

L'APPLICAZIONE DELLA METODOLOGIA DEI GRUPPI DI ATTIVITÀ OMOGENEE NEI SERVIZI DI IGIENE PUBBLICA: IL CASO DELLA U.S.L. N. 4 DI OLBIA

di G. Damiani, A. Saba 2, M. Motta, F. Zavattaro 3

Istituto di igiene - Facoltà di medicina e chirurgia - «Università Cattolica del Sacro Cuore» - Roma
2 Servizio di igiene pubblica - U.s.l. n. 4 di Olbia
3 Cergas - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il servizio di igiene pubblica della U.s.l. n. 4 di Olbia - 3. Difficoltà di misurazione dei risultati in sanità: le peculiarità delle attività svolte da un servizio di prevenzione - 4. Il percorso operativo per la identificazione dei GAO del servizio di igiene pubblica della U.s.l. n. 4 di Olbia - 5. Conclusioni: un'ipotesi di unità di misura per il servizio di igiene pubblica.

1. Introduzione

In sanità è di grande attualità il dibattito sulle problematiche inerenti gli scopi ed i metodi di misurazione dei risultati e le valutazioni loro correlate (1).

In particolare, nell'area della prevenzione, gli approcci sino ad oggi proposti in relazione a questo tema hanno ricercato alternativamente:

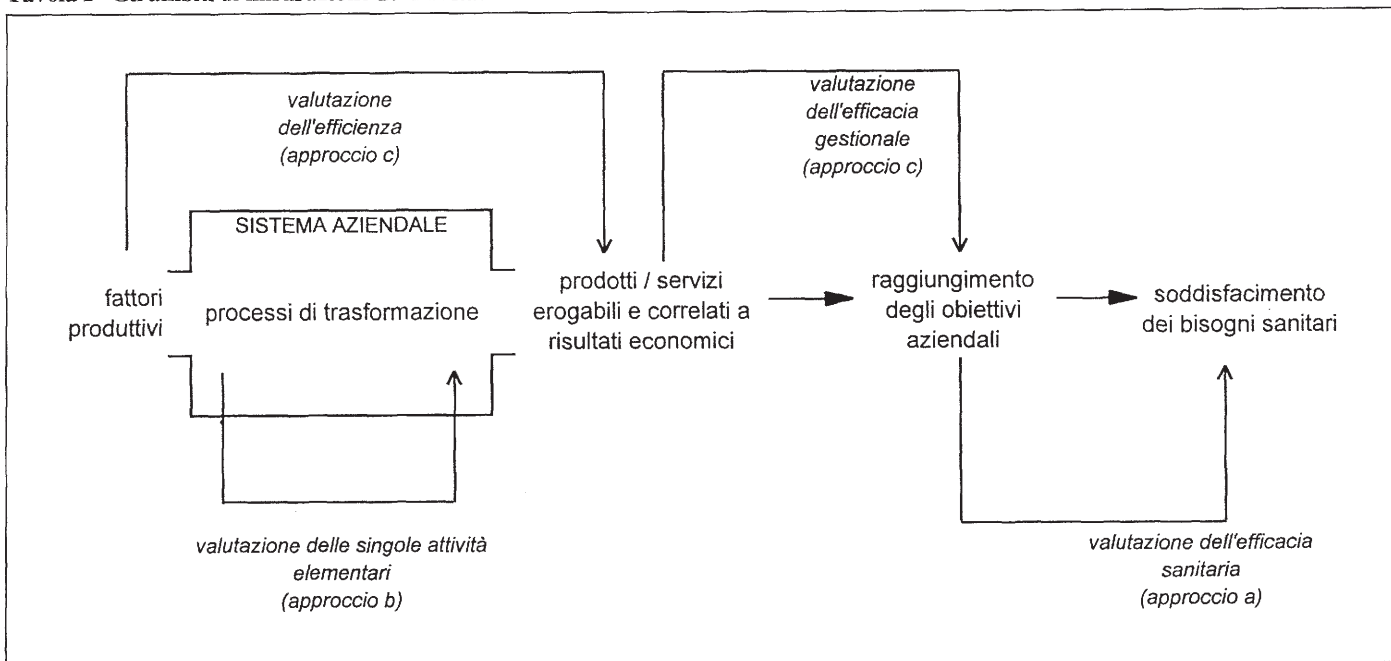
a) la misura dell'efficacia e la valutazione di impatto degli interventi su di una popolazione;

b) la quantificazione analitica delle attività elementari correlate agli atti e alle procedure operative effettuate da una data unità organizzativa.

Con riferimento al primo approccio, viene rilevato che l'efficacia di un intervento sanitario è correlata alla sua

capacità di modificare la storia naturale di una malattia o le condizioni di salute di un individuo o della collettività. Operativamente l'efficacia di un intervento si valuta mettendo in relazione i risultati conseguiti con gli obiettivi prefissati (vd. tavola 1). Gli obiettivi possono essere espressi, ad esempio, in termini di promozione della salute, cura delle malattie, arre-

Tavola 1 - Gli ambiti di misurazione dei risultati



sto della loro progressione, ripristino delle capacità funzionali, riduzione del dolore.

Benché l'approccio valutativo che consente di stimare le politiche e gli interventi di assistenza sanitaria rappresenti un modello attraente (in quanto attiene al risultato ultimo dell'assistenza sanitaria) esso è, tuttavia, di difficile applicazione essenzialmente a causa di:

- complessità degli interventi erogati in sanità;
- impatto degli interventi che si produce nel lungo periodo.

Queste difficoltà hanno tradizionalmente portato all'approccio individuato al punto b), che concentra l'attenzione sulla rilevazione dei singoli atti formali (vd. tavola 1), dando una visione frammentaria dell'attività svolta dalla unità operativa e, a maggior ragione, dall'azienda. L'effetto di questo secondo filone di studi è stato, di fatto, la elaborazione di statistiche sanitarie composte da numerosissimi indicatori, che non costituiscono misure di risultato significative a fini di assunzione delle decisioni.

A fronte delle debolezze degli approcci tradizionali, negli anni più recenti si è tentato il passaggio a sistemi di misurazione dei risultati che consentano di esprimere una valutazione della *performance* del sistema organizzativo preso a riferimento, attraverso la ricerca di misure della produttività intesa quale espressione congiunta dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità di una prestazione o servizio offerto (si vedano, in particolare, le valutazioni correlate all'approccio c in tavola 1).

Mentre i primi due filoni di indagine valutavano, rispettivamente, l'impatto in termini di cambiamento dei bisogni sanitari indotto sulla popolazione (efficacia sanitaria) e il numero e la tipologia di atti formali prodotti all'interno della azienda (misura delle

single attività elementari), la nuova prospettiva si distingue da quelli precedenti perché sposta il *focus* dell'analisi sui prodotti/servizi erogabili dal sistema organizzativo e sui risultati economici correlati.

In particolare, questo terzo approccio consente di esprimere giudizi relativamente a (2):

- rapporto tra risorse economiche/fattori produttivi impiegati e prodotti/servizi erogati da una azienda sanitaria (livello di efficienza gestionale);
- rapporto tra risultati effettivamente prodotti dalla organizzazione e obiettivi prefissati (livello di efficacia gestionale, o efficacia interna all'azienda);

— rapporto tra risultati prodotti e grado di soddisfacimento dei bisogni sanitari (livello di efficacia sanitaria). È da sottolineare, infatti, che qualora gli obiettivi dell'azienda siano fissati in modo coerente ai bisogni, il giudizio di efficacia gestionale costituisce una *proxy* significativa anche dell'efficacia sanitaria. Poiché, come si è rilevato nella premessa, non si è in grado di misurare la coerenza tra obiettivi e bisogni, la discrepanza tra l'efficacia sanitaria e l'efficacia gestionale è una misura della capacità dell'organizzazione di fissare obiettivi coerenti con i bisogni sanitari.

All'interno dell'ultimo filone di analisi descritto si colloca lo studio del caso qui proposto di introduzione di sistemi di misurazione delle attività per il servizio di igiene pubblica della U.s.l. n. 4 di Olbia.

2. Il servizio di igiene pubblica della U.s.l. n. 4 di Olbia

Il territorio di competenza dell'Unità socio sanitaria locale n. 4 di Olbia comprende 11 comuni, con una popolazione di circa 84.222 abitanti e con una superficie di 141.106 ha (tavola 2).

Il servizio di igiene ha una struttura che prevede un presidio per ogni comune, con l'eccezione di Loiri Porto San Paolo, che ne ha due.

Il piano sanitario della regione Sardegna attribuisce al servizio di igiene e sanità pubblica le seguenti funzioni (legge del 30 aprile 1985) (3):

- igiene e sanità pubblica, ulteriormente articolato nelle seguenti aree:
 - profilassi individuale e collettiva delle malattie infettive;
 - igiene degli alimenti e della nutrizione;
 - igiene dell'ambiente;
 - igiene degli ambienti di vita confinati;
- medicina legale;
- igiene degli ambienti di lavoro;
- educazione sanitaria della popolazione e formazione professionale degli operatori sanitari.

Le funzioni del servizio di igiene della U.s.l. n. 4 di Olbia, così come sono state individuate dalla delibera ministeriale, vengono riportate in tavola 3.

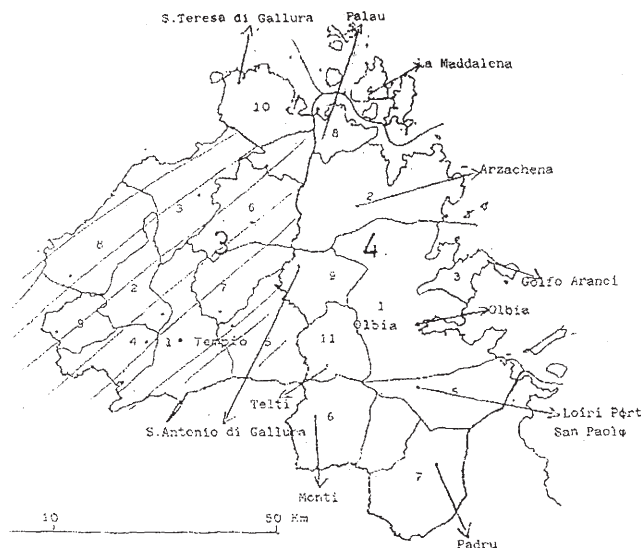
Lo svolgimento delle funzioni individuate è assicurato da una dotazione di personale che al 31 dicembre 1994 risultava così articolata (tavola 4).

3. Difficoltà di misurazione dei risultati in sanità: le peculiarità delle attività svolte da un servizio di prevenzione

Pur avendo definito un nuovo ambito di misurazione dei risultati, occorre comunque sottolineare che il problema di misurazione dei risultati non è stato immediatamente risolto, dato che il concetto di «prodotto», in sanità, non è pienamente condiviso.

Il necessario orientamento verso l'aspetto qualitativo della prestazione e del servizio reso, derivante dal rapporto fiduciario medico-paziente, porta ad indentificare ciascun caso tratta-

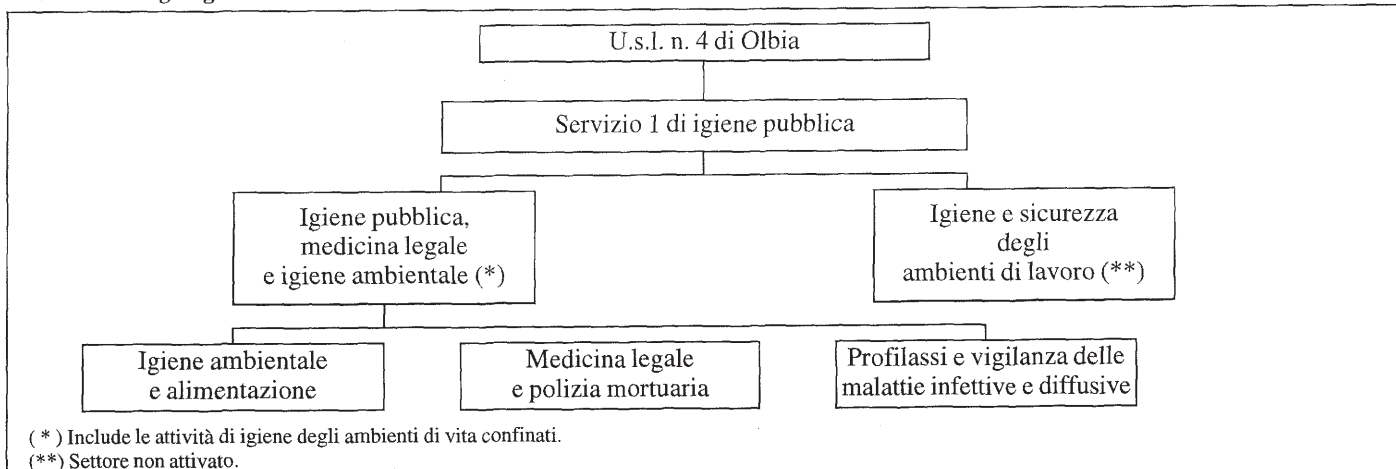
Tavola 2 - Il territorio dell'U.s.l. n. 4 di Olbia



Superficie totale della U.s.l.: 141.106 ha

Comuni	Popolazione residente
Olbia	9.965
Arzachena.....	2.079
Golfo Aranci.....	11.227
La Maddalena.....	2.163
Loiri Porto S. Paolo	2.702
Monti	42.920
Padru.....	3.069
Palau.....	1.660
S. Antonio di Gallura.....	4.335
S. Teresa di Gallura	1.978
Telti	2.124
Popolazione totale U.s.l. n. 4	84.222

Tavola 3 - L'organigramma della U.s.l. n. 4 di Olbia



(*) Include le attività di igiene degli ambienti di vita confinati.

(**) Settore non attivato.

to come un *unicum* difficilmente confrontabile ad altre situazioni.

Questo fenomeno impedisce di misurare l'attività svolta dalle unità operative, sia procedendo ad una mera somma del numero dei casi trattati, sia individuando categorie omogenee di «prodotto».

A queste esigenze si è risposto utilizzando la metodologia dei Gruppi di Attività Omogenee (4), che cerca di focalizzare il concetto di prodotto in relazione a scopi di valutazione dell'efficacia gestionale e dell'efficienza.

Le attività svolte dai servizi di prevenzione presentano, a loro volta, aspetti di ulteriore peculiarità, per ragioni connesse alla effettiva difficoltà di individuazione delle prestazioni erogate da un servizio pubblico volto al soddisfacimento di bisogni di tutela e promozione della salute sul territorio.

Per questo l'applicazione della metodologia dei Gruppi di Attività Omogenee è risultata più articolata e complessa nei Servizi di Igiene Pubblica rispetto alle unità ospedaliere.

I principali fattori che generano questa particolare complessità sono rappresentati da:

- A) natura collettiva del bene prevenzione;
- B) effetti delle prestazioni rilevabili sul lungo termine;
- C) esternalità;
- D) valenza autoritativa.

A) *Natura collettiva del bene «prevenzione»*

Occorre innanzitutto ricordare che le attività di prevenzione si traducono in servizi e/o prodotti sanitari destinati alla collettività piuttosto che al singolo individuo (si pensi alle campagne di educazione sanitaria). Nel caso delle attività ospedaliere, ciascun paziente riceve uno specifico gruppo di servizi e di prestazioni che si può assumere

come il reale prodotto dell'unità operativa. Infatti, se per prodotto si intende il pacchetto di servizi e di prestazioni diretto all'utente, ogni singolo paziente dell'unità ospedaliera determina una linea di produzione.

La particolarità del servizio di igiene pubblica risiede nel fatto che non è sempre possibile enucleare il singolo cittadino come destinatario dell'attività. L'impossibilità di avere come oggetto di riferimento un paziente al quale attribuire i servizi/output, oltre a rendere critica la fase di individuazione del prodotto, genera complessità nel processo di valutazione dello stesso. Dal momento che il prodotto finale del servizio non può essere descritto attraverso la definizione di un «paziente-tipo» che lo riceve, il processo di controllo e valutazione del risultato ultimo dell'attività, comportano notevoli difficoltà. A titolo esemplificativo, per ovviare a questo problema, nel caso della profilassi collettiva delle malattie infettive, si potrebbe prendere in considerazione la classe di individui og-

getto della prestazione (i soggetti vaccinati) e applicare come indicatore di efficacia del servizio erogato la riduzione della morbosità. Tuttavia, se come risultato si intende la modificazione dello stato di salute o di malattia della popolazione, occorre tenere conto che all'effetto di un intervento sanitario si aggiunge quello di molteplici altri fattori, per cui risulta complesso distinguere quanto le condizioni di salute della collettività siano determinate esclusivamente dall'intervento sanitario o quanto invece siano causate da altre variabili ambientali. Ad aumentare la complessità di questa realtà contribuisce il fatto che risulta critica la valutazione di un'attività che non sempre viene esplicitamente richiesta da un soggetto (ad esempio le campagne di educazione alla salute) e che spesso è finalizzata alla capacità di anticipare la futura manifestazione di patologie piuttosto che a risolvere un problema sentito come contingente dall'utenza. Le richieste di intervento per la promozione della salute direttamente avanza-

Tavola 4 - Organico del servizio di igiene pubblica al 31 dicembre 1994

PROFILO PROFESSIONALE MEDICI	
Dirigente medico capo servizio	1
Coadiutori sanitari	4
Collaboratori medici	5
PROFILO PROFESSIONALE BIOLOGI	
Biologo dirigente	1
Biologo collaboratore	2
PROFILO PROFESSIONALE AMMINISTRATIVI	
Operatori amministrativi	4
PROFILO PROFESSIONALE PERSONALE DI VIGILANZA E ISPEZIONE	
Operatore professionale coordinatore	1
Operatore professionale collaboratore	11
PROFILO PROFESSIONALE PERSONALE INFERMIERISTICO	
Operatore professionale	5
PROFILO PROFESSIONALE COMMESSI	
Commessi	1
Totale organico	35

te dalla popolazione o da settori della stessa, rappresentano un importante canale di attivazione dell'erogazione di prestazioni sanitarie. Non tutti i bisogni sanitari di prevenzione sono però esplicitamente espressi dalla popolazione, come, d'altra parte, non tutto ciò che essa evidenzia è di per sé espressione di un bisogno reale.

Un altro aspetto di rilievo, ai fini della valutazione delle prestazioni e della loro qualità, è costituito dalla comunicazione. Da tempo si osserva infatti che la qualità delle prestazioni sanitarie, così come viene percepita dalla popolazione, è molto bassa.

Altro problema, non meno rilevante, è rappresentato dal fatto che l'importanza attribuita dalla popolazione all'entità dei singoli rischi, può non coincidere con quella derivata dalla misura di indicatori di rischio (5). Alcune caratteristiche dei rischi, espresse da coppie di aggettivi contrapposti (volontario/imposto, familiare/inconsueto), possono contribuire a spiegare questo fenomeno, perché influenzano la percezione ed il comportamento individuale. I mezzi di comunicazione di massa incidono notevolmente sulla rappresentazione e, conseguentemente, sui giudizi che la collettività formula dei rischi sanitari, amplificandone o riducendone l'intensità e la frequenza. Questi fenomeni hanno contribuito in maniera importante alla nascita ed alla diffusione della convinzione che l'esposizione a fattori di rischio non prevedibili e non controllabili sia in aumento. Questa percezione complessiva può condizionare il processo di valutazione dal momento che, in base a quanto evidenziato, l'individuo può considerare inadeguate le prestazioni fornite.

Sono pertanto indispensabili altre attività per selezionare i bisogni, come la ricerca attiva di elementi di conoscenza della situazione sanitaria nel territorio e la valutazione di quanto raccolto con

gli strumenti tecnico-scientifici propri del servizio di igiene pubblica (studi epidemiologici osservazionali, sistema informativo sanitario).

B) *Effetti delle prestazioni rilevabili a lungo termine*

Oltre al fatto che la conoscenza dei rapporti tra esposizione a situazioni a rischio ed eventi sfavorevoli per la salute della collettività non è patrimonio ben consolidato nella cultura dei servizi di igiene pubblica, la valutazione dei risultati dell'attività di prevenzione necessita di un notevole impegno poiché i gruppi di soggetti studiati richiedono lunghi cicli di *follow-up*.

È nei tempi lunghi che può essere valutata dal punto di vista epidemiologico l'associazione tra esposizione a determinanti positivi o negativi di salute e modificazione delle condizioni di salute/malattia nella popolazione. Questo aspetto risulta evidente, ad esempio, nel caso in cui si vogliono valutare i risultati degli interventi di igiene della nutrizione. Questi ultimi, infatti, solo dopo un lungo periodo di monitoraggio, possono essere correlati all'eventuale miglioramento delle condizioni sanitarie dei gruppi studiati. A ciò si deve aggiungere che, pur essendo già acquisite diverse conoscenze scientifiche nel settore dell'igiene dell'alimentazione, la presenza di fattori di rischio coesistenti (variabili di confondimento) quali il fumo di sigaretta, gli inquinanti ambientali, i fattori genetici, etc., che sono indipendenti dalla scorretta assunzione qualitativa di fattori nutrizionali, possono condizionare negativamente gli effetti di interventi di educazione alla salute adeguatamente progettati in questo ambito.

Inoltre occorre aggiungere che la stessa esecuzione di alcuni interventi di prevenzione richiede lunghi cicli temporali.

C) *Esternalità*

La definizione delle politiche sanitarie nell'ambito della prevenzione e la loro attuazione deve necessariamente tener conto degli «effetti esterni» (esternalità) prodotti da tali interventi.

Come noto, gli effetti esterni fanno riferimento alle conseguenze positive o negative, non volute o non previste, di un'azione programmata. Questi determinano quindi modificazioni dell'ambiente, dello stile di vita della popolazione e delle condizioni economiche di soggetti diversi dal *target* di riferimento relativo all'intervento di prevenzione realizzato. Ad esempio, l'attuazione di una campagna di vaccinazione, comporta benefici non soltanto per gli individui a cui somministrato il vaccino, ma anche per quanti vivono a stretto contatto con essi.

Nell'ambito delle più generali difficoltà di misurazione dei risultati dell'attività sanitaria già ampiamente richiamate, la presenza degli effetti esterni rende ancor più complessa la misurazione dei risultati prodotti in termini di benefici sociali, sanitari ed economici. Vanno fatti salvi comunque il ruolo degli studi e delle ricerche epidemiologiche che, tuttavia, forniscono misure ed indicazioni tipicamente orientate verso orizzonti temporali di lungo e, talora, di lunghissimo periodo e quindi con scarsa efficacia ai fini di programmazione e controllo della gestione.

D) *Valenza autoritativa*

Gran parte dell'attività di prevenzione non viene richiesta dal singolo individuo, ma viene diretta dall'amministrazione pubblica (U.s.s.l., Regione, magistratura, altri organi istituzionali), che agisce come centro di esercizio di poteri che non competono ad altri istituti. La valutazione di una prestazione che sia imposta alla popo-

lazione da una norma giuridica (ad esempio nel caso delle vaccinazioni obbligatorie) non è sempre facile, in quanto è chiaro che l'obbligatorietà del servizio fa sì che la sua utilità non sia sempre recepita favorevolmente dalla collettività.

Gli aspetti presentati in questo paragrafo non consentono una individuazione immediata delle prestazioni svolte da un servizio di igiene pubblica, diversamente dal caso delle unità ospedaliere, dove la presenza del paziente di per sé orienta la definizione del prodotto/servizio a questi destinato. Altre due ragioni rendono più complesso questo tipo di analisi in un servizio territoriale di prevenzione:

- l'interpretazione dei risultati come singoli atti;
- l'interpretazione dei risultati come grado di soddisfacimento di un bene sociale.

Con riferimento al primo punto, ad esempio, l'atto ispettivo di un esercizio alimentare non è che una fase comune ad una molteplicità di più complesse ed articolate attività tra loro completamente diverse e che rappresentano il prodotto sanitario. Analogamente la stessa ispezione può prevedere il coinvolgimento di figure professionali diverse, quali i vigili sanitari oppure il personale medico ed inoltre può essere svolta sia all'interno di una attività programmata dal servizio, sia all'interno di una attività su richiesta delle autorità. Tutto ciò evidenzia come lo stesso atto possa attivare linee di prodotto sanitario differenti.

In relazione al secondo punto, risulta difficile correlare chiari obiettivi organizzativi (utilizzo delle risorse, piani di lavoro, etc.) ad obiettivi espressi in termini di:

- «riduzione dell'incidenza di alcune malattie infettive»;
- «riduzione dell'incidenza delle malattie polmonari correlate all'esposizione al fumo di sigaretta»;

— «promozione del *comfort* negli ambienti confinati»;

— «promozione della sicurezza nei servizi di ristorazione».

In egual misura, è difficile esprimere valutazioni sull'utilità (economica, socio-sanitaria, etc.) prodotta attraverso le attività precedentemente indicate.

4. Il percorso operativo per la identificazione dei GAO del servizio di igiene pubblica della U.s.l. n. 4 di Olbia

Le tappe significative del percorso operativo per l'identificazione dei GAO all'interno di un servizio di igiene pubblica sono rappresentate in tavola 5 e successivamente prese in considerazione singolarmente.

Fase 1: *identificazione dei processi produttivi*

Criterio A: i processi tecnici interni al centro di responsabilità: grado di standardizzazione e fasi logico-tecniche

L'individuazione dei processi produttivi interni al C.D.R. attraverso il criterio della standardizzazione è stata effettuata in ordine a:

— differenti tipologie di fattori produttivi utilizzati nelle stesse attività;

— differente specializzazione dei fattori produttivi;

— differente modalità di combinazione dei fattori produttivi.

Nell'ambito di un'iniziale analisi del servizio di igiene pubblica, riguardante le aree della profilassi individuale e collettiva delle malattie infettive e dell'igiene degli alimenti e della nutrizione, sono stati individuati 17 differenti processi produttivi (tavola 6).

Le finalità perseguite nell'individuazione dei processi produttivi rispondono all'esigenza di costituire uno schema minimo di riferimento, tendenzialmente valido per tutti i servizi di igiene pubblica. I processi produttivi individuati possono essere ulteriormente disaggregati in differenti risultati fisico-tecnici in funzione delle specificità delle singole realtà. Ad esempio, l'intervento di profilassi per aumentare le difese dell'ospite può essere scomposto in differenti tipologie di vaccinazioni (anti-epatite, anti-tifica, anti-morbillosa, anti-rosolia, anti-influenzale, anti-tetanica) in relazione agli individui presi in carico dal particolare servizio. Allo stesso modo, l'attività di rilascio dei libretti sanitari può essere maggiormente articolata a

Tavola 5

Fase 1: *identificazione dei processi produttivi*

Criterio A: grado di standardizzazione dei processi tecnici interni al C.D.R. e fasi logico tecniche

Fase 2: *individuazione delle variabili che incidono sulla utilità del prodotto*

Criterio A: grado di standardizzazione dei processi tecnici interni al C.D.R. e fasi logico tecniche

Criterio B: tipologia dei bisogni

Criterio C: modalità dell'attivazione del servizio

Criterio D: grado di prevedibilità della domanda

Criterio E: fabbisogno di coordinamento e di integrazione con altri C.D.R.

Criterio F: localizzazione delle strutture di offerta

Fase 3: *individuazione ed articolazione dei Gruppi di Attività Omogenei*

Combinando i processi produttivi individuati nella fase uno, in relazione ai diversi criteri presentati nella fase due, possibile definire l'articolazione dei Gruppi di Attività Omogenea.

Tavola 6 - I processi produttivi individuati nella profilassi individuale e collettiva delle malattie infettive e nell'igiene alimentare

01 Studi epidemiologici

Tale processo produttivo è stato suddiviso nelle seguenti fasi logico-tecniche:

- raccolta dati dall'archivio del servizio e da altri fonti;
- successiva elaborazione dei dati per la valutazione dello stato di salute/malattia di una popolazione in rapporto ai fattori causali oggetto di studio;
- stesura dell'elaborato.

02 Interventi di educazione sanitaria

È un processo finalizzato a ridurre i comportamenti negativi ed a promuovere i comportamenti positivi per la salute

Tale processo produttivo può essere visto come la combinazione di tre fasi:

- progettazione dell'intervento;
- campagne di sensibilizzazione, informazione e formazione dell'utenza;
- valutazione dell'intervento.

03 Chiamata

La chiamata prevede la comunicazione delle scadenze vaccinali e del luogo della effettuazione della profilassi

04 Indagini epidemiologiche sul caso

Raccolta di dati effettuata da personale sanitario, con eventuale intervento sul campo, e loro elaborazione per la definizione dell'ipotesi eziologica

05 Interventi di profilassi per aumentare le difese dell'ospite

Somministrazione di vaccini, sieri, chemioantibiotici a scopo profilattico

06 Informativa

Comunicazione di dati e suggerimento di comportamento di salute da parte del singolo operatore a persone o gruppi specifici

07 Test immunologici

Controllo dello stato immunitario dell'ospite attraverso un prelievo di sangue ed esecuzione delle relative analisi di laboratorio

08 Sorveglianza

Raccolta ed elaborazione dei dati relativi all'andamento del «caso» oggetto dell'intervento (malati, portatori, contatti, conviventi, ecc.)

09 Certificazione e archiviazione

Questo processo produttivo pu essere scomposto in due fasi:

- stesura del certificato da parte del medico;
- archiviazione del certificato da parte del personale infermieristico/amministrativo.

10 Ispezione/vigilanza

Sopralluogo ispettivo effettuato dall'ispettore di igiene (vigile sanitario)

11 Prelievo campioni alimenti

12 Esecuzione esami alimenti

13 Produzione atto amministrativo

Risposta fornita all'autorità richiedente l'intervento effettuato

14 Visita medica e accertamenti

Visita ed esami microbiologici, ematochimici, radiologici

15 Rilascio pareri

Risposte su quesiti posti dai cittadini mirate al conseguimento di indicazioni di massima sui progetti di preparazione, conservazione e distribuzione di cibi e bevande e loro conformità alla legge ed ai principi dell'igiene

16 Cessione di ore

17 Controllo igienico-sanitario

Sopralluogo effettuato dal medico

seconda delle categorie di operatori che li richiedono.

Fase 2: individuazione delle variabili che incidono sulla utilità del prodotto

Criterion B: tipologia dei bisogni

In questa fase iniziale della ricerca sono state analizzate due aree principali del servizio di igiene pubblica della U.s.l. n. 4 di Olbia:

1) profilassi individuale e collettiva delle malattie infettive;

2) igiene degli alimenti e della nutrizione.

1) Le attività volte al soddisfacimento del bisogno di profilassi individuale e collettiva delle malattie infettive identificate sono: vaccinazioni e altri interventi di profilassi su richiesta degli utenti; certificazioni differite; studi epidemiologici; vaccinazioni obbligatorie; campagne di vaccinazione facoltative; vaccinazioni ed altri interventi di profilassi per epidemia.

2) Le attività che soddisfano il bisogno di igiene degli alimenti e della nutrizione identificate sono: partecipazione a commissioni connesse; interventi in ambito di igiene degli alimenti e della nutrizione.

Criterion C: Le modalità di attivazione del servizio

Sono stati identificati sette attivatori degli interventi del servizio:

a) richiesta da parte dei cittadini utenti.

Il singolo individuo può richiedere direttamente al servizio l'erogazione di alcune prestazioni, quali:

— nell'ambito dell'attività di profilassi individuale e collettiva delle malattie infettive:

documenti che attestino gli interventi di profilassi eseguiti dall'utente in passato e richiesti dallo stesso in un

momento successivo (certificazioni differite- A01);

vaccinazioni ed altri interventi di profilassi (A05);

— nell'ambito dell'igiene degli alimenti:

rilascio di libretti sanitari (B03);

rilascio di indicazione di massima sui progetti per la preparazione, la conservazione e la distribuzione di cibi e bevande e loro conformità alla legge ed ai principi dell'igiene (B04);

risposte a quesiti inerenti ai comportamenti alimentari (B05);

b) segnalazione di casi di epidemia (da parte di scuole, mense, laboratorio analisi, ecc.).

Tale meccanismo attiva gli interventi di profilassi collettiva per epidemia (A09);

c) richiesta da parte delle autorità.

Gli interventi nell'ambito di igiene degli alimenti possono essere richiesti dalle autorità per controlli periodici (B07); oppure, autorizzazioni sanitarie (B08);

d) programmazione autonoma del servizio.

Gli interventi promossi dal servizio sulla base della programmazione interna riferiti all'attività di profilassi individuale e collettiva delle malattie infettive sono: interventi di educazione sanitaria (A02); studi epidemiologici (A03); campagne di vaccinazione facoltative (A07). Nell'ambito dell'igiene degli alimenti, gli interventi promossi a seguito della programmazione del servizio sono: campagne di educazione sanitaria (B09); studi epidemiologici (B10); controlli a campione (B11);

e) direttive da parte di organismi vari.

Eventuali direttive da parte di organi istituzionali possono attivare l'erogazione di vaccinazioni e altri interventi di profilassi individuali (A08).

f) richiesta di partecipazioni a commissioni connesse all'attività dell'igiene e degli alimenti e della nutrizione (B01);

g) disposizione normativa.

L'attuale normativa vigente sulla profilassi collettiva prevede alcune vaccinazioni obbligatorie per la popolazione infantile (A06).

Criterion D: grado di prevedibilità della domanda

Le modalità attraverso cui si può manifestare la domanda di prestazioni/servizi sono rappresentate da:

— urgenza;

— programmazione.

In particolare, in regime di urgenza si possono presentare: la richiesta di vaccinazione e altri interventi di profilassi individuale (A04); l'intervento di igiene degli alimenti su richiesta del cittadino (B02); l'intervento di igiene degli alimenti su richiesta dell'autorità (B06).

Fase 3: individuazione ed articolazione dei gruppi di attività omogenee

Combinando i processi produttivi in relazione ai differenti criteri applicati nella fase precedente, è possibile definire la diversa articolazione dei gruppi di attività omogenee (GAO) (tabelle 1, 2, 3 e 4).

In tavola 5 si riporta l'elenco finale dei gruppi di attività omogenee relativi alle aree di profilassi individuale e collettiva delle malattie infettive e di igiene degli alimenti e della nutrizione del servizio di igiene pubblica.

Ogni GAO stato definito come risultato finale, nel caso in cui la prestazione erogata soddisfi direttamente un bisogno di prevenzione, diagnosi o cura, o come risultato intermedio, nel caso in cui la prestazione costituisca una componente di un servizio/prodotto più complesso.

Tabella 1 - Profilassi individuale e collettiva delle malattie infettive

	Certificaz. differite	Interventi di E.A.S.	Studio epidemiolog.	interventi di profil. M.I. su rich. utenti		Vaccinazioni obbligatorie per l'infanzia
				urgenti	non urgenti (3)	
	(finale) A01	(finale) A02	(finale) A03	(finale) A04	(interm. (4)/fin.) A05	(finale) A06
01 Studi epidem.		C/S	X			C/S
02 Interventi di educazione sanitaria		X				C/S
03 Chiamata						X
04 Indagini epidem. sul caso						
05 Vaccinazioni per aumentare difese ospite				C/S (1)	C/S (2)	C/S
06 Informativa					C/S	
07 Test immunologici				C/S	C/S	
08 Sorveglianza						
09 Certificazione e archiviazione	X			C/S	C/S	X

X = combinazione tra processi produttivi e «prodotti»
C/S = con o senza combinazione

(1) Solo sieroprofilassi.
(1.1) Siero e vaccinoprofilassi.
(1.2) Solo vaccinoprofilassi.
(1.3) Solo chemioantibiotico profilassi (toxoplasmosi).
(2) Solo chemioantibiotico profilassi (malaria).
(2.1) Solo vaccinoprofilassi.
(3) N.B.: può essere rilevante esplicitare un diverso grado di prevedibilità (es.: vaccinazioni obbligatorie per categorie).
(4) Intermedia rispetto al rilascio dei libretti sanitari.

Tabella 2 - Profilassi individuale e collettiva delle malattie infettive (segue da tabella 1)

	Campagne di vaccinazione facoltative	Interventi di profil. M.I. per epidemia	
		su direttiva	per segnalaz.
	(finale) A07	A08	A09
01 Studi epidem.	C/S		
02 Interventi di educazione sanitaria	X		
03 Chiamata	X		
04 Indagini epidem. sul caso			X
05 Vaccinazioni per aumentare difese ospite	C/S	C/S	C/S
06 Informativa		C/S	C/S
07 Test immunologici	C/S		
08 Sorveglianza		C/S (1)	C/S
09 Certificazione e archiviazione	C/S		

(1) Congiunto con GAO interventi a richiesta autorità urgenti

Tabella 3 - Igiene degli alimenti e della nutrizione

	Partecipazione a commissioni connesse	Interventi di igiene degli alimenti su richiesta del cittadino			
		urgenti	non urgenti		per quesiti (1)
			per rilascio libretti sanitari	per pareri prev.	
	(finale) B01	(finale) B02	(finale) B03	(finale) B04	B05
04 Indagini epidem. sul caso		X			
10 Ispezione/vigilanza		C/S			
11 Prelievo campioni alim.		C/S			
12 Esecuzione esame alim.		C/S			
13 Produzione atto amministrativo		C/S			
14 Visita medica e accert.			X		
06 Informativa		X	X		X
08 Sorveglianza					
15 Rilascio pareri				X	
09 Certificaz. e archiviaz.			X		
16 Cessione di ore	X				
17 Controllo igienico sanit.					

(1) Anche da parte delle scuole per diete.

Tabella 4 - Igiene degli alimenti e della nutrizione (segue da tabella 3)

	Interventi di igiene degli alimenti su richiesta delle autorità			Interventi di igiene degli alimenti promossi dal servizio		
	urgenti	non urgenti		Campagne di E.A.S.	Studi epidemiologici	Controlli a campione
		per controlli periodici	per autoriz. sanitarie			
	(finale) B06	(finale) B07	(finale) B08	B09	B10	B11
04 Indagini epidem. sul caso	C/S					
10 Ispezione/vigilanza	X	X				X
11 Prelievo campioni alim.	C/S	C/S				C/S
12 Esecuzione esame alim.	C/S	C/S				C/S
13 Produzione atto amministrativo	X	X	X			
14 Visita medica e accert.						
06 Informativa	X					X
08 Sorveglianza	C/S (1)					
15 Rilascio pareri						X
09 Certificaz. e archiviaz.			X			C/S
16 Cessione di ore						
17 Controllo igienico sanit.				X	X	

(1) Congiunto con GAO vaccinazioni su direttive.

Tavola 5 - Gruppi di attività omogenee del servizio di igiene pubblica

Codice GAO	Individuazione dei «prodotti» sanitari di un servizio di igiene pubblica secondo la metodologia dei GAO	Tipo di risultato
A01	Certificazioni differite di profilassi individuale e collettiva delle malattie infettive	risultato finale
A02	Interventi di educazione alla salute finalizzati alla profilassi individuale e collettiva delle malattie infettive con interventi di educazione sanitaria e C/S studi epidemiologici	risultato finale
A03	Studi epidemiologici finalizzati alla profilassi individuale e collettiva delle malattie infettive a scopo conoscitivo/di-vulgativo	risultato finale
A04	Interventi di profilassi malattie infettive su richieste urgenti da utenti C/S vaccinazione, C/S test immunologici e C/S certificazioni/archiviazioni	risultato finale
A05	Interventi di profilassi malattie infettive su richieste non urgenti da utenti C/S vaccinazione C/S informativa, C/S test immunologici e C/S certificazioni/archiviazioni	risultato intermedio/fin.
A06	Vaccinazioni obbligatorie per l'infanzia con chiamata, con certificazione ed archiviazione, C/S studi epidemiologici, C/S interventi di EAS	risultato finale
A07	Campagne di vaccinazione facoltativa con interventi di educazione sanitaria, con chiamata, C/S studi epidemiologici, C/S test immunologici, C/S certificazioni/archiviazione	risultato finale
A08	Interventi di profilassi malattie infettive per epidemia su direttiva C/S informativa, C/S sorveglianza	risultato finale
A09	Interventi di profilassi malattie infettive per epidemia su segnalazione, con indagini epidemiologiche sul caso, C/S informativa, C/S sorveglianza	risultato finale
B01	Partecipazione a commissioni connesse a fini di igiene degli alimenti e della nutrizione	risultato finale
B02	Interventi di igiene degli alimenti su richiesta urgente del cittadino con indagini epidemiologiche sul caso, con informativa, C/S ispezione/vigilanza, C/S prelievo di campioni alimentari, C/S esecuzione esami alimentari, C/S produzione atto amministrativo	risultato finale
B03	Interventi di igiene degli alimenti su richiesta non urgente del cittadino per rilascio libretti sanitari con visita medica e accertamento, con informativa, con certificazione e informazione	risultato finale
B04	Interventi di igiene degli alimenti su richiesta non urgente del cittadino per pareri preventivi	risultato finale
B05	Interventi di igiene degli alimenti su richiesta non urgente del cittadino per quesiti con informativa	risultato finale
B06	Interventi di igiene degli alimenti su richiesta urgente delle autorità con ispezione/vigilanza, con produzione atto amministrativo, con informativa, C/S indagini epidemiologiche sul caso, C/S prelievo dei campioni alimentari, C/S esecuzione esame alimentare, C/S sorveglianza	risultato finale
B07	Interventi di igiene degli alimenti su richiesta non urgente delle autorità per controlli periodici con ispezione/vigilanza, con produzione atto amministrativo, C/S prelievo dei campioni alimentari, C/S esecuzione esame alimentare	risultato finale
B08	Interventi di igiene degli alimenti su richiesta non urgente delle autorità per autorizzazioni sanitarie con ispezione/vigilanza, con produzione dell'atto amministrativo	risultato finale
B09	Campagne di educazione alla salute finalizzate all'igiene degli alimenti C/S studi epidemiologici	risultato finale
B10	Studi epidemiologici finalizzati all'igiene degli alimenti	risultato finale
B11	Controlli a campione finalizzati all'igiene degli alimenti con ispezione/vigilanza, con informativa, con rilascio pareri, C/S prelievo campioni alimentari, C/S esecuzione esami alimentari, C/S certificazione ed archiviazione	risultato finale

6. Considerazioni conclusive

La gestione di un servizio di igiene pubblica presenta rilevanti fattori di complessità legati a condizioni interne ed esterne che possono essere così rappresentate:

— elevato grado di apertura verso i bisogni di salute della popolazione che si traduce in una vasta gamma di azioni di prevenzione mirate alle persone ed all'ambiente;

— elevata dinamicità delle variabili istituzionali, culturali ed economiche, soprattutto in questo momento storico. Particolarmente rilevanti appaiono: la scarsità e l'incertezza del quadro delle risorse destinate al settore sanitario in senso lato; il calo di tensione verso «la cultura della prevenzione»; la creazione di «dipartimenti di prevenzione» in sostituzione dei tradizionali servizi di igiene pubblica;

— coesistenza, negli attuali servizi di igiene pubblica, di professionalità e livelli di motivazione molto differenziati, con conseguente rischio di riduzione quali-quantitativa del «prodotto» fornito, qualora spinte, condizionamenti ed interessi esterni finiscano per prevalere rispetto al perseguimento degli obiettivi della organizzazione.

La definizione di indicatori di risultato per ogni gruppo di attività omogenea consente di avere strumenti informativi utilizzabili per la gestione della complessità che contraddistingue i servizi di igiene pubblica.

Gli indicatori, che devono rispondere a criteri di sinteticità, significatività e tempestività di rilevazione, potranno trovare utilizzo a fini budgetari di programmazione e coordinamento delle attività dei servizi, al fine di effettuare analisi dei costi e confronti con eventuali sistemi tariffari e a fini di verifica della «qualità» dei prodotti con protocolli di VRQ (verifica e revisione della qualità).

(1) Sul tema si vada: Anessi Pessina, Bergamaschi, Zavattaro «L'introduzione dei sistemi gestionali nelle aziende sanitarie: l'esperienza della regione Emilia-Romagna», *Mecosan* n. 10, e Campo, Motta, Rappini, Zavattaro «L'introduzione di un sistema di classificazione delle prestazioni sanitarie nella U.s.l. n. 57 di Melegnano», *Mecosan* n. 12.

(2) Sul tema si veda Zavattaro in AA.VV. «La programmazione ed il controllo nelle strutture sanitarie», Mc Graw Hill Milano 1988.

(3) L'articolazione funzionale in divenire in attuazione del dipartimento di prevenzione.

(4) Sul tema si veda Anessi Pessina, Bergamaschi, Zavattaro «L'introduzione di sistemi gestionali nelle aziende sanitarie: l'esperienza della regione Emilia-Romagna», *Mecosan* n. 10, e Campo, Motta, Rappini, Zavattaro «L'introduzione di un sistema di classificazione delle prestazioni e dei servizi sanitari nella U.s.l. n. 57 di Melegnano», *Mecosan* n. 12.

(5) Tipiche misure del rischio sanitario sono il rischio assoluto, il rischio relativo, il rischio attribuibile. Per approfondimenti sul tema si veda Vanini G.C., Calamo Specchia F.P. (1990).

BIBLIOGRAFIA

- COCHRANE A.L. *L'inflazione medica. Efficacia ed efficienza nella medicina*. Collana Medicina e Potere. Feltrinelli, Milano, 1978, n. 17.
- ANGELILLO B., CROVARI P., GULLOTTI A., MELONI C. *Manuale di igiene*. Masson Editore, Milano, vol. I, 1993.
- VANINI G.C., CALAMO SPECCHIA F.P. *Igiene e metodologia epidemiologica*. UTET-USES, 1990.
- CORRAO G., FARINA M., GILLI G., VANINI G.C. *La salute: come misurarla?* Edizioni Minerva Medica, Torino, 1983.
- MASON R.O., SWANSON E.B. *Measurement for Management Decision: A Perspective*. California Management Review, by the Regents of the University of California, reprinted in Spring 1979, vol. 12 n. 3: 70-81.
- HOSFTEDE G. *Le «miserie» del Controllo direzionale*. Studi organizzativi, Franco Angeli Editore, 1978, n. 4: 5-23.
- OUCI W.G. *La progettazione dei meccanismi di controllo organizzativo*. Sviluppo ed organizzazione, 1981, n. 64.
- ANTHONY R.N., YOUNG DAVID W. *Controllo di gestione per enti pubblici ed organizzazioni non profit*. Mc Graw-Hill, 1992.
- ZAVATTARO F., ANNESSI PESSINA E., BERGAMASCHI M. *L'introduzione dei sistemi gestionali nelle aziende sanitarie: l'esperienza della regione Emilia-Romagna. Seconda fase: il budget a base zero*. *Mecosan* n. 10, 1994.
- CAMPO B., MOTTA M., RAPPINI V., ZAVATTARO F. *L'introduzione di un sistema di classificazione delle prestazioni e dei servizi sanitari nella U.s.l. n. 57 di Melegnano*. *Mecosan* n. 12, 1994.
- VANINI G.C., SABA A., DAMIANI G., ZAVATTARO F. *Gruppi di attività omogenee nella gestione di un servizio di igiene pubblica: proposta di criteri ed indicatori*. In corso di stampa su Atti del 36° Congresso nazionale S.It.I., Alghero, 1994.

GUIDARE IL PROCESSO DI INNOVAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALE «LUIGI SACCO» DI MILANO

di Mara Bergamaschi (*)

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

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Linee di indirizzo e piano programmatico dei primi 180 giorni - 3. Indirizzi strategici, piano strategico e piano di organizzazione - 4. Gli indirizzi strategici per il processo di gestione budgetaria - 4.1. Evoluzione del quadro di riferimento istituzionale - 4.2. Il quadro ambientale: opportunità e minacce - 4.3. Indirizzi strategici di fondo - 4.4. Priorità di intervento per il 1995 - 5. Conclusioni.

1. Introduzione

Il processo di aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie pubbliche avviato dai provvedimenti normativi n. 502/92 e n. 517/93, finalizzati al riassetto del Servizio sanitario nazionale, sta spingendo le aziende sanitarie pubbliche a misurarsi concretamente con l'individuazione delle linee guida di intervento e delle priorità e con la gestione del processo di cambiamento organizzativo.

Le aziende sanitarie dovranno sempre più preoccuparsi di garantire una maggiore coerenza tra scelte strategiche e assetto organizzativo, superando l'orientamento tradizionale che prevedeva l'avvio di interventi sulla struttura solo in funzione di eventuali modifiche nei modelli organizzativi codificati dalla normativa regionale.

Nel sistema sanitario pubblico italiano degli anni passati l'individuazione degli indirizzi di intervento e delle priorità è sempre stata considerata un mero esercizio teorico ed intellettuale; le U.s.l. erano infatti viste come organizzazioni burocratiche, che operavano all'interno di campi di azione fortemente delimitati e controllati da altri

centri decisionali del sistema della Pubblica amministrazione.

I maggiori margini di discrezionalità previsti attualmente per le aziende sanitarie, che dovranno comunque essere conquistati attraverso un processo di negoziazione con la Regione, rendono ormai di notevole interesse il processo di formulazione e di attuazione delle scelte strategiche di ogni singola azienda.

In quest'ottica, l'azienda ospedaliera Luigi Sacco di Milano ha formulato per il 1995 gli indirizzi strategici per l'intero presidio, che costituiscono:

— il quadro di riferimento entro cui i diversi centri di responsabilità elaborano le proposte di obiettivi di attività e risorse;

— la base di partenza per il Comitato budget nel processo di definizione del budget 1995.

La predisposizione degli indirizzi strategici costituisce infatti elemento centrale nell'attivazione del sistema di gestione budgetaria che l'ospedale Sacco ha avviato nel 1994, sfruttando le opportunità offerte da un progetto promosso e finanziato dall'Assessorato alla sanità della regione Lombardia, che prevedeva l'avvio della sperimentazione in cinque realtà lombarde.

In particolare, l'esperienza dell'ospedale Sacco risulta essere di estremo interesse per due motivi di fondo.

In primo luogo la predisposizione degli indirizzi strategici è stata effettuata in un contesto aziendale ad elevata complessità organizzativo-gestionale, caratterizzato da:

— la presenza di una importante attività di formazione e ricerca collegata all'Università di medicina;

— l'esistenza di poli di eccellenza ad elevata capacità di attrazione di utenti e a forte specializzazione tecnico professionale;

— il consolidarsi di dinamiche di imprenditorialità interna, rappresentate dalla proliferazione di una rete di centri ed associazioni promossi direttamente dai responsabili di unità operative sanitarie;

— una elevata diversificazione delle attività, soprattutto a livello di specialistica ambulatoriale collegata all'attività di ricovero.

(*) L'articolo trae spunto da una serie di indicazioni e documenti interni all'Azienda ospedale «L. Sacco» e che, in particolare, hanno visto un ruolo attivo del Direttore generale, dott. Angelo Rossi, e dei componenti del Comitato budget.

La presenza di emergenti dinamiche competitive con il sistema della sanità privata e all'interno dello stesso sistema sanitario pubblico milanese (con altre aziende ospedaliere, presidi ospedalieri delle aziende U.s.l. e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico).

In secondo luogo la formulazione degli indirizzi strategici è parte integrante di un processo di riqualificazione gestionale e di sviluppo organizzativo avviato negli ultimi tre anni dai vertici direzionali dell'azienda, con il coordinamento dell'Amministratore straordinario, diventato successivamente Commissario regionale e quindi Direttore generale.

A questo proposito si ricorda che l'ospedale Sacco, già prima di essere riconosciuto ufficialmente azienda, godeva di una certa autonomia operativa, non essendo inserito all'interno di una specifica U.s.l., ma costituendo presidio multizonale di assistenza ospedaliera.

Dal 1993 i vertici direzionali hanno quindi cercato di innescare un processo di rinnovamento in particolare agendo attraverso i seguenti pacchetti di intervento.

Inizialmente è stata condotta una approfondita analisi organizzativa finalizzata a evidenziare punti critici nelle modalità di acquisizione dei servizi interni, nelle relazioni organizzative tra le diverse unità operative e nelle modalità di gestione delle risorse.

In parallelo è stato avviato un processo di ricognizione del sistema informativo e promosso il potenziamento del sistema di contabilità dei costi introdotto verso la metà degli anni '80.

Rilevante importanza ha assunto inoltre la modalità utilizzata per la gestione della quota sub 2 del fondo incentivazione alla produttività, che ha visto l'introduzione della gestione per progetti obiettivo finalizzati a conse-

guire miglioramenti a livello microorganizzativo (semplificazione delle procedure, rapporti con utenti, revisione della modulistica), e ha permesso un forte coinvolgimento del personale infermieristico, tecnico ed amministrativo.

Nel 1994 è stato costituito un nucleo di staff all'Amministratore straordinario (ufficio programmazione e controllo) e sono stati attivati tre gruppi di progetto con l'obiettivo di fornire soluzioni concrete a problematiche orizzontali identificate attraverso l'analisi organizzativa (razionalizzazione del sistema informativo ospedaliero, semplificazione delle procedure, gestione dell'imprenditorialità interna).

Nel 1994 è stata inoltre avviata una verifica di fattibilità organizzativa-logistica ed economico-finanziaria per l'avvio della attività libero professionale in quattro unità operative sanitarie dell'azienda ospedaliera.

A conclusione dell'intero processo si è deciso di introdurre un sistema di gestione budgetaria.

Sono state quindi create le condizioni operative preliminari a livello di sistema informativo, è stata messa a punto la scheda di budget e sono stati costituiti il Comitato budget, con funzioni di gestione, controllo e direzione dell'intero processo e l'Ufficio budget, con compiti tecnico operativi di supporto agli organi coinvolti.

La formula vincente adottata dall'Amministratore straordinario ha quindi visto la combinazione tra:

- creazione di staff interni;
- interventi di formazione diffusa al personale sanitario ed amministrativo su tematiche manageriali ed organizzative;
- ricorso a centri e strutture esterne di consulenza;
- introduzione di tecniche e sistemi gestionali innovativi.

2. Linee di indirizzo e piano programmatico dei primi 180 giorni

Il 1° gennaio 1995 l'ospedale Sacco è stato costituito in Azienda ospedaliera; nella stessa data il Direttore generale ha definito il piano programmatico dei primi 180 giorni, in cui viene identificato il programma per la gestione della transizione dal precedente assetto, caratterizzato da una forte impronta giuridico amministrativa, alla nuova configurazione di azienda ospedaliera pubblica.

Il piano programmatico dei 180 giorni non vuole costituire una semplice risposta alle indicazioni prescrittive regionali, che, all'interno di una visione tipicamente amministrativa, privilegiano gli aspetti contabili e patrimoniali (inventariazione del patrimonio, tenuta delle scritture contabili).

La logica di fondo è rappresentata dalla necessità di identificare chiaramente il percorso da seguire e le azioni da intraprendere per riorientare progressivamente la cultura tipicamente burocratica dell'ospedale verso una cultura gestionale e professionale, nella piena consapevolezza che la trasformazione in azienda è il risultato di un processo di medio lungo periodo.

In sintesi, il piano dei 180 giorni prevede l'attivazione dei seguenti processi:

- formazione partecipata e diffusa sul significato della trasformazione in azienda rivolto a personale sanitario e tecnico amministrativo;
- ridefinizione dell'assetto organizzativo, con particolare attenzione alla creazione di unità di staff al Direttore generale e alla revisione delle funzioni della Direzione sanitaria ed amministrativa;
- elaborazione del Piano strategico;
- predisposizione del Piano di organizzazione.

È importante ricordare che, nel piano dei 180 giorni, Piano strategico e

Piano di organizzazione risultano essere strettamente collegati, coerentemente con l'approccio seguito anche in passato dal Direttore generale, che ha visto una gestione unitaria e coordinata del cambiamento strategico ed organizzativo all'interno dell'azienda.

I contenuti del piano programmatico consentono inoltre all'azienda ospedaliera di attrezzarsi con un adeguato anticipo rispetto alle indicazioni della legge regionale sulla organizzazione, approvata dalla Giunta della regione Lombardia nel febbraio 1995, e che richiede alle aziende sanitarie di formulare un Piano strategico e un piano sulla dotazione organica (versione restrittiva del Piano di organizzazione).

Nei primi mesi del 1995 si è iniziato a rendere operative le indicazioni previste dal piano programmatico.

In particolare è stata dedicata particolare attenzione alla progettazione delle unità di staff alla direzione generale ed all'individuazione delle azioni da intraprendere.

La progettazione delle unità di staff è stata effettuata partendo dalle funzioni gestionali tecniche ed organizzative che più caratterizzano l'azienda ospedaliera.

Nella tabella 1 vengono presentate le funzioni da attribuire alle costituenti unità di staff.

Le unità di staff previste dovrebbero presidiare una o più delle funzioni critiche individuate e dovranno essere raggruppate in una specifica area denominata «gestione delle risorse ed innovazione organizzativa», alle dirette dipendenze del Direttore generale.

È importante sottolineare che la ridefinizione delle funzioni per le unità di staff è stata affiancata da una parallela rideterminazione delle funzioni della Direzione amministrativa e della Direzione sanitaria.

La creazione delle unità di staff è infatti vista come un tassello del più generale processo di ristrutturazione

del presidio ospedaliero e la scelta delle figure da inserire, attraverso mobilità e valorizzazione del personale interno e inserimento di figure esterne, viene ritenuta attività critica dal Direttore generale e dai vertici direzionali.

Il processo di attuazione del piano programmatico si sta recentemente focalizzando sulla attività di formazione, mirata al sistema di budget, alle logiche di project management ed alla acquisizione di competenze per l'analisi e la progettazione organizzativa, ad interventi preparatori del piano di organizzazione (rilevazione dei carichi di lavoro), alla gestione per progetti dei fondi incentivazione collegata ad azioni per il miglioramento della qualità.

Sono inoltre previsti interventi sui servizi di supporto tecnico economico e sulla logistica ospedaliera, sulla introduzione della VRQ; sulla realizzazione del piano di sviluppo del sistema informatico.

3. Indirizzi strategici, piano strategico e piano di organizzazione

La comprensione del contesto entro cui si inseriscono le linee di indirizzo strategico è sicuramente facilitata

dalla presentazione più sopra illustrata dell'esperienza ormai pluriennale di innovazione gestionale ed organizzativa all'interno dell'ospedale e dei contenuti e del processo attuativo del piano programmatico, che raccoglie e sviluppa i diversi interventi, inserendoli nel processo di «aziendalizzazione» che costituisce obiettivo prioritario per il Direttore generale e dei vertici dell'ospedale.

Nella figura 1 vengono presentate le relazioni esistenti tra:

— gli indirizzi strategici e le diverse fasi del progetto di gestione budgetaria;

— gli indirizzi strategici, gli interventi sull'organizzazione e le azioni previste dal piano programmatico dei primi 180 giorni finalizzate a fornire stimoli e contributi utili per la formulazione del Piano strategico e del Piano di organizzazione.

Gli indirizzi strategici per la presentazione delle proposte di budget evidenziano le principali linee di tendenza del quadro di riferimento istituzionale in particolare del riassetto del Servizio sanitario nazionale e della regionalizzazione, della trasformazione in azienda ospedaliera e dell'inserimento di nuove modalità di finanzia-

Tabella 1 - Funzioni da attribuire alle unità di staff

<ul style="list-style-type: none"> ● Coordinamento e relazioni interistituzionali ● Contabilità economica ● Organizzazione e sviluppo delle risorse umane ● Marketing comunicazione esterna ● Servizi infermieristici ed ausiliari ● VRQ audit medico e qualità delle prestazioni sanitarie ● Relazioni con utenti, tutela diritti malato e carta dei servizi ● Informatica e telematica sanitaria ● Gestione e valorizzazione patrimonio ● Terziarizzazione e scelte make or buy 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pianificazione strategica, budget e controllo di gestione ● Gestione scorte e magazzini ● Relazioni sindacali ● Servizi a pagamento e convenzioni attive ● Rapporti con settore non profit e centri ed associazioni interni ● Qualità servizi alberghieri ed accoglienza ● Logistica e gestione piani di adeguamento strutturale e di investimento ● Programmazione e gestione tecnologia ● Programmazione finanziaria e DRG management
---	---

mento. Le linee di tendenza sono accompagnate da una riflessione sulle tendenze a livello di risorse finanziarie e di politiche sanitarie, riconducibili sia alle linee di programmazione regionale sia al comportamento delle altre aziende sanitarie con cui l'ospedale Sacco dovrà confrontarsi all'interno del nuovo quadro competitivo. Tale approccio permette di valutare le minacce e le opportunità offerte dall'ambiente di riferimento e di arrivare a definire le priorità e gli indirizzi di intervento per il 1995.

La definizione delle priorità consente di affrontare l'elaborazione del Piano strategico, priorità e indirizzi

rappresentano infatti la prima esplicitazione di un percorso di analisi che verrà ulteriormente approfondito anche attraverso la valutazione delle schede di budget elaborate dai Centri di responsabilità, che consentirà di definire il budget relativo al 1995.

Tre sono i contenuti qualificanti delle schede di budget che costituiscono indicazioni rilevanti per la formulazione del Piano strategico:

— l'esplicitazione delle linee di sviluppo degli specifici settori di attività in cui operano i centri di responsabilità;

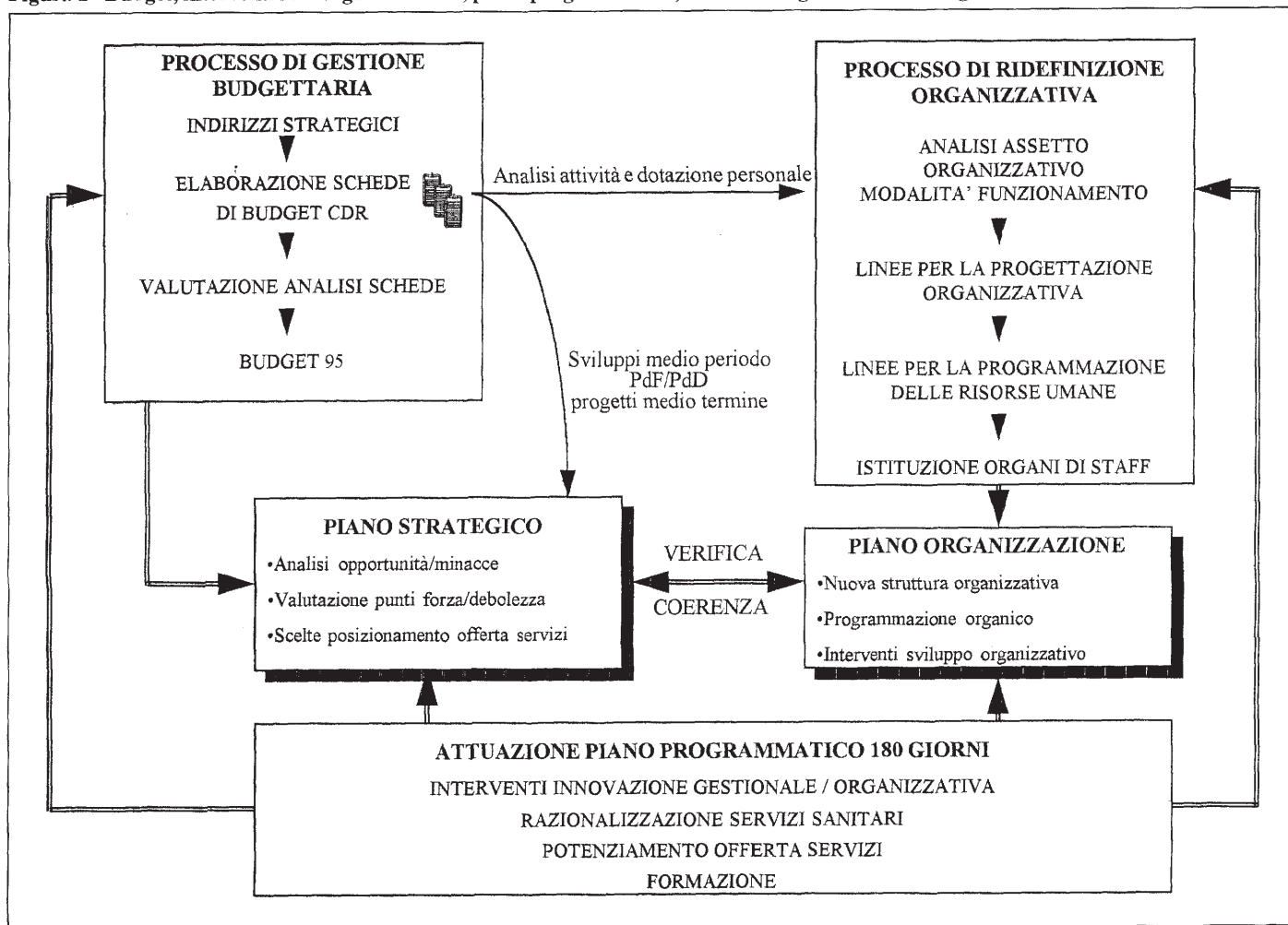
— l'analisi dei punti di forza e di debolezza di ogni centro di responsabilità;

— l'indicazione dei progetti rilevanti di attività e delle scelte di posizionamento relative all'offerta di servizi che l'unità operativa intende adottare nel medio periodo.

Dall'altro lato, gli interventi sull'organizzazione prevedono l'effettuazione di una analisi sulla struttura e sui meccanismi di funzionamento, la riprogettazione e la messa in atto della nuova struttura con particolare attenzione all'area «gestione delle risorse e innovazione organizzativa» e l'introduzione di sistemi di programmazione delle risorse umane.

Importanti sono i raccordi con il processo di gestione budgettaria con-

Figura 1 - Budget, interventi sull'organizzazione, piano programmatico, Piano strategico e Piano di organizzazione



siderando che nelle schede di budget i centri di responsabilità presentano le attività svolte ed il quadro della dotazione di personale, nonché le rispettive previsioni sui livelli di attività e sul fabbisogno di personale.

La definizione del Piano di organizzazione rappresenta il punto di arrivo dell'intero processo.

Infine i pacchetti attuativi del piano programmatico forniscono indicazioni e suggerimenti per l'elaborazione dei due piani (strategico e organizzativo).

Piano strategico e Piano di organizzazione diventano così le risultanti di un complesso processo di cambiamento che lega tra loro i vari ambiti di intervento.

In quest'ottica i due piani vengono elaborati nel rispetto della coerenza tra cambiamento strategico e organizzativo, che costituisce fattore critico di successo per la trasformazione dell'ospedale Sacco in azienda ospedaliera.

4. Gli indirizzi strategici per il processo di gestione budgetaria

Di seguito si presenta l'intero documento dell'azienda ospedaliera Luigi Sacco contenente gli indirizzi strategici per la presentazione da parte dei centri di responsabilità delle schede di budget per il 1995.

4.1. Evoluzione del quadro di riferimento istituzionale

Il S.s.n. sta attraversando un processo di profondo rinnovamento, avviato all'inizio degli anni '90; gli elementi caratterizzanti del processo di riassetto istituzionale ed organizzativo del S.s.n. sono:

— la trasformazione delle organizzazioni sanitarie pubbliche in aziende (U.s.l. ed ospedali);

— la previsione di ruoli direzionali specifici per le aziende (Direttore ge-

nerale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo);

— l'introduzione di nuove modalità di finanziamento delle aziende sanitarie;

— l'inserimento di incentivi concorrenziali tra pubblico e privato e tra pubblico e pubblico legati al riconoscimento del principio della libera scelta dell'utente.

Spetta alle Regioni la traduzione concreta delle linee guida del riassetto istituzionale e la gestione della transizione; le costituenti aziende sanitarie, tra cui l'azienda ospedale Sacco, iniziano quindi ad operare in un contesto di riferimento che non risulta ancora chiaramente definito negli aspetti più peculiari, primo dei quali è il sistema di allocazione delle risorse finanziarie.

Le nuove regole istituzionali, se concretamente applicate, tendono comunque ad affermare la concezione di S.s.n. come sistema di aziende autonome, in cui ciascuna azienda persegue propri obiettivi ed equilibri, anche economici, nel rispetto di alcuni vincoli imposti dalle finalità comuni di tutela della salute e riconducibili alle linee di programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Alle aziende sanitarie viene infatti riconosciuta autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica; diretta conseguenza della maggiore autonomia è la possibilità offerta alle aziende di formulare e porre in atto politiche di offerta di servizi sanitari assumendo direttamente la responsabilità operativa ed economica connessa a tali scelte.

Strettamente collegata alla trasformazione in azienda ed alle implicazioni prima ricordate di più ampia autonomia e di maggiore responsabilizzazione è la necessità di operare con unitarietà di indirizzo.

Le U.s.l. presentavano infatti una accentuata settorializzazione con la prevalenza di logiche di sviluppo nei diversi servizi autonomamente definite (medicina di base, specialistica ospedaliera ed extraospedaliera, igiene e prevenzione, sociosanitario) e ciò ostacolava la possibilità di un governo unitario della organizzazione.

Queste spinte erano presenti anche all'interno dei presidi ospedalieri in cui divisioni e servizi portavano avanti politiche di potenziamento individuali e settoriali, preoccupandosi relativamente delle implicazioni (e degli squilibri) indotti sull'intero ospedale.

La sfida dell'aziendalizzazione per l'ospedale Sacco si accompagna alla esigenza di conseguire una effettiva unitarietà di indirizzo e gestione, ciò significa:

— riconoscere le specificità (a livello di gestione delle risorse e di politiche di offerta) delle singole unità operative sanitarie;

— coordinare i processi di sviluppo che dovranno essere decisi dai responsabili in modo autonomo;

— migliorare le relazioni interorganizzative (a livello sempre di unità operative sanitarie);

— razionalizzare ed organizzare i processi di acquisizione di servizi interni da parte delle singole unità operative (ad esempio servizi di supporto amministrativo, servizi dell'area tecnico-economale).

Il recupero di unitarietà di indirizzo e governo richiede la esplicitazione di strategie di sviluppo e l'adozione di sistemi gestionali capaci di aiutare i responsabili delle unità operative a ricondurre propri e specifici obiettivi di rafforzamento e potenziamento all'interno della strategia generale di intervento.

L'inserimento di nuovi ruoli direzionali, rappresentati dal Direttore generale, dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo, è destinato a

supportare il processo di cambiamento organizzativo e strategico e soprattutto di progressiva interiorizzazione, a livello di ospedale, della logica di operare come azienda unitaria.

I nuovi vertici direzionali hanno competenze in merito alle aree gestionale, sanitaria e amministrativa, ciò significa occuparsi della funzionalità dei servizi ed assicurare uno sviluppo organico e coerente per l'intero ospedale, evitando la formazione di centri a sviluppo accelerato e «nicchie» di inefficienza e limitata operatività, coordinare infine i dirigenti responsabili delle singole unità operative che dovranno progressivamente muoversi con cultura e strumenti manageriali.

In particolare:

— il Direttore generale formula le linee di indirizzo che costituiscono le indicazioni programmatiche per la gestione del cambiamento strategico e organizzativo dell'ospedale, è responsabile dell'equilibrio economico della gestione, dell'ottimizzazione delle risorse, e dell'introduzione delle innovazioni gestionali e organizzative per le quali costituirà una nuova area di attività denominata «gestione delle risorse e innovazione organizzativa» (che comprende funzioni quali pianificazione strategica, budget e controllo di gestione, contabilità economica, sviluppo organizzativo e gestione delle risorse umane, marketing e rapporti con gli utenti, logistica);

— il Direttore amministrativo è responsabile dei servizi amministrativi preposti agli adempimenti connessi a normative e procedure di ordine pubblicistico che influiscono sulla gestione corrente con particolare riferimento all'amministrazione del personale, alle procedure di acquisto e alla predisposizione dei documenti di bilancio;

— il Direttore sanitario coordina le unità organizzative sanitarie, promuovendo anche modalità innovative di offerta dei servizi sanitari (spedializza-

zione domiciliare, day hospital, day surgery), sovrintende lo sviluppo delle attività di supporto alle unità operative sanitarie e dirige lo svolgimento delle attività connesse alla responsabilità igienico-sanitaria.

L'azienda ospedaliera opererà inoltre in un contesto in cui sono stati introdotti, o meglio ripensati, alcuni incentivi alla concorrenza tra i centri di offerta pubblici e privati; rispetto alle strutture sanitarie private sarà necessario adottare politiche di offerta di servizi sanitari per acquisire nuovi clienti (nell'ambito ad esempio della attività libero professionale e delle camere a pagamento che potranno essere acquisiti dalle assicurazioni sanitarie private, dai fondi integrativi, dai fondi mutualistici).

La novità effettiva è rappresentata dalla introduzione di logiche competitive all'interno del sistema sanitario pubblico che saranno destinate a consolidarsi una volta messo a regime il nuovo sistema di finanziamento basato sul rimborso per prestazione.

L'azienda ospedaliera Sacco si troverà a dover competere con le altre aziende ospedaliere e con le strutture sanitarie private convenzionate per la messa a disposizione di servizi sanitari alle aziende U.s.l. che avranno la responsabilità di «acquistare» i servizi stessi per conto degli utenti coperti dal S.s.n.

Occorrerà individuare gli ambiti e le aree di attività rispetto a cui competere con il privato e soprattutto attrezzarsi per affrontare il cambiamento di ruolo delle U.s.l. e la trasformazione della azienda ospedaliera Sacco in fornitore di servizi sanitari per il sistema sanitario pubblico.

Il processo di ridefinizione istituzionale ha altresì determinato modifiche sostanziali nel sistema di attribuzione regionale dei fondi alle aziende ospedaliere, che, a regime, sarà riconducibile all'abbandono della logica di

finanziamento per fattori produttivi verso quella di finanziamento per prestazioni.

Nel corso del 1994 la Regione ha definito le linee guida del nuovo sistema basate sulla classificazione delle prestazioni in ROD (raggruppamenti omogenei di diagnosi, DRGs'), sulla costruzione di un sistema di pesi e sulla valorizzazione del singolo ROD in base a tariffe calcolate partendo dai pesi relativi e dai costi (di produzione e generali di struttura).

Il nuovo sistema è in fase di traduzione concreta; è possibile da subito segnalare che sono previsti alcuni correttivi, più importante dei quali è la possibilità delle Regioni di finanziare con fondi mirati attività come urgenza ed emergenza, terapia intensiva, trapianto d'organi ed altre attività «di interesse della programmazione nazionale e regionale».

Va inoltre ricordato che verrà temporaneamente mantenuto, almeno in parte, il precedente sistema di finanziamento per fattori produttivi, prevedendo che, nella fase intermedia, una parte dei trasferimenti regionali sia effettuata in base a questo criterio.

L'ospedale Sacco si trova quindi ad operare in un contesto di forte incertezza riconducibile all'effettivo impatto della logica di finanziamento per ROD-DRGs' e soprattutto alle possibili modifiche che saranno introdotte nello stesso sistema di finanziamento per prestazioni a seguito della presenza di nodi critici legati a:

— adeguatezza del sistema di classificazione con la realtà delle strutture ospedaliere;

— messa a regime di un sistema informativo a livello regionale;

— coerenza del sistema dei pesi alle modalità di calcolo dei costi.

Si sottolinea inoltre che una serie di DRGs' proposti possono non riflettere pienamente la complessità delle pre-

stazioni erogate da alcune divisioni (malattie infettive, cardiocirurgia).

L'azienda ospedaliera dovrà quindi attrezzarsi per affrontare il nuovo sistema; vertici direzionali e responsabili delle unità operative dovranno essere consapevoli che si dovrà operare in un contesto caratterizzato dall'abbandono del finanziamento sulla spesa storica verso il finanziamento in base alla attività svolta.

Il 1995 costituisce l'anno non certo di messa in atto del nuovo sistema, ma di messa in discussione del sistema precedente in un contesto caratterizzato da interventi di contenimento della spesa pubblica e di riduzione delle risorse disponibili a livello centrale, e di conseguenza a livello regionale, per il finanziamento della spesa sanitaria.

Lo sviluppo delle attività, le politiche di offerta di servizi, gli interventi di miglioramento della accessibilità e della qualità dei servizi stessi dovranno tener conto della variabilità nella acquisizione delle risorse finanziarie che dipenderà sempre più dalla capacità della azienda ospedaliera di erogare un determinato volume di prestazioni, di posizionarsi su alcune aree con finanziamenti mirati e di disporre di entrate proprie a seguito della offerta di servizi a pagamento.

La messa in atto del nuovo sistema di finanziamento, che prevede un diretto raccordo tra fondi assegnati dalla Regione e volume di prestazioni, richiede la identificazione di politiche aziendali volte a conseguire un equilibrio tra le seguenti esigenze:

— garantire uno sviluppo unitario ed integrato della azienda sanitaria, favorendo l'attivazione di nuovi servizi, il potenziamento della attività ambulatoriale (non collegata ai nuovi sistemi di finanziamento) e il rafforzamento dei servizi di supporto tecnico generale e logistico su cui si gioca sempre più la capacità competitiva delle strutture sanitarie pubbliche;

— incentivare le unità operative che rafforzano la capacità finanziaria della azienda ospedaliera attraverso la acquisizione di risorse (prestazioni tariffate offerte al S.s.n., prestazioni offerte sul mercato);

— assicurare che le modalità di erogazione di prestazioni/servizi siano improntate ai principi di garanzia delle condizioni di accessibilità, tutela della salute degli utenti, miglioramento della qualità dei servizi, pieno rispetto dell'etica professionale, principi che non possono essere condizionati dai criteri di finanziamento a livello di S.s.n.

La risposta a queste esigenze risiede nella attivazione di un sistema di programmazione e controllo, di cui il budget è componente fondamentale, in cui l'attribuzione delle risorse disponibili alle diverse unità operative sanitarie (personale, tecnologia, beni e servizi) venga effettuata in funzione della attività svolta, delle modalità di utilizzo delle risorse stesse rilevate in passato e dei risultati conseguiti.

È importante ricordare che le singole unità operative non costituiscono «microaziende autonome» interne all'azienda ospedaliera, che operano individualmente con l'obiettivo di massimizzazione delle prestazioni.

È l'azienda ospedaliera nel suo complesso che negozia con le singole unità operative la distribuzione delle risorse in funzione dell'attività svolta e dei risultati conseguiti, garantendo una logica unitaria e integrata di sviluppo dell'organizzazione.

Ai sistemi di programmazione e controllo si ritiene opportuno collegare un sistema premiante destinato a rispondere alla esigenza di incentivazione alla produzione, che potrebbe prevedere incentivi di tipo individuale collegati ai sistemi retributivi (attraverso la ridefinizione del sistema di incentivazione alla produttività) ed incentivi di tipo organizzativo alle sin-

gole unità operative (fondi per formazione e ricerca, fondi per acquisizione di attrezzature tecnologiche e di miglioramento dell'assetto logistico).

Trasformazione in azienda, inserimento di nuove figure direzionali, introduzione di stimoli competitivi e progressiva modifica dei sistemi di finanziamento sono destinati a determinare un significativo cambiamento nelle regole del gioco e nelle relazioni organizzative interne all'ospedale Sacco.

La crescente incertezza a livello istituzionale e finanziario dovrà essere affrontata con azioni volte al rafforzamento della identità dell'ospedale a livello di politiche di servizio e di obiettivi di intervento comuni a tutte le unità operative, al riconoscimento di spazi di autonomia collegati ad una precisa responsabilizzazione sul conseguimento degli obiettivi e sui risultati, al recupero di una più incisiva flessibilità gestionale ed operativa, allo stimolo all'assunzione di un ruolo imprenditoriale a livello sempre di unità operative.

Lo strumento del budget è componente fondamentale delle azioni di risposta alla duplice sfida della aziendalizzazione e del finanziamento per prestazioni che devono trasformarsi in opportunità di un equilibrato sviluppo per l'ospedale Sacco.

L'elaborazione del budget permetterà di costruire una visione unitaria dell'azienda collegando orientamenti ed attese dei diversi centri di responsabilità sanitari con le scelte più generali a livello di azienda ed esplicitando le regole del gioco a livello di attribuzione delle risorse e di modalità di intervento sui problemi organizzativi trasversali per l'intera azienda.

4.2. Il quadro ambientale: opportunità e minacce

La presentazione delle linee di tendenza a livello istituzionale va accom-

pagnata da una riflessione sulle tendenze a livello di risorse finanziarie e di politiche sanitarie, riconducibili sia alle linee di programmazione regionale sia al comportamento delle altre aziende sanitarie con cui l'ospedale Sacco potrà attivare modalità di collaborazione e cooperazione e dovrà confrontarsi all'interno del nuovo quadro competitivo.

È necessario per una più coerente formulazione delle opzioni strategiche richiamare brevemente le dinamiche che caratterizzeranno nel breve periodo il contesto istituzionale economico sociale e sanitario in cui si troverà ad operare l'azienda ospedale, dinamiche che si ricorda non sono controllabili e governabili dalla azienda stessa, ma che possono costituire una interessante opportunità o, per contro, porre ostacoli e rallentamenti alla attuazione delle strategie di sviluppo e delle politiche di offerta di dei servizi.

A) Linee di tendenza (le risorse finanziarie)

Le principali variabili che influenzeranno l'acquisizione di risorse finanziarie sono legate ai provvedimenti già decisi (legge finanziaria) e di probabile attuazione nel corso del 1995 sulla finanza pubblica e sulla finanza sanitaria e ai provvedimenti decisi a livello regionale sulla assegnazione di risorse alle aziende sanitarie pubbliche e sulla possibile introduzione del nuovo sistema di finanziamento.

Occorre ricordare che si manterrà la tendenza riscontrata in passato che prevede aggiustamenti in corso d'anno sulle risorse assegnate; per l'azienda diventa quindi rilevante operare su una previsione di risorse realistica e verificare i margini di manovra e i necessari interventi di contenimento della spesa o di potenziamento mirato di alcune aree in relazione a scostamenti

in più o in meno di questa previsione rispetto alla dotazione finanziaria del 1994.

La regione Lombardia nella ripartizione del Fondo sanitario regionale ha destinato alle U.s.l. e agli ospedali azienda l'80% dell'assegnazione del 1994.

Inoltre ha stabilito che, di massima, per gli ospedali, il criterio di finanziamento avverrà con il sistema della remunerazione a tariffa delle prestazioni effettuate (del. reg. n. 62664 del 30 dicembre 1994, determinazione delle tariffe per le prestazioni ospedaliere), queste costituiranno la base di calcolo ai fini della assegnazione definitiva, in positivo o in negativo, rispetto all'accounto dell'80% del Fondo sanitario regionale per il 1995 erogato alle aziende ospedaliere.

Pertanto, essendo l'attuale ipotesi di assegnazione dell'80% insufficiente, per l'azienda ospedaliera sorge la necessità di:

- assicurare non solo il mantenimento, ma anche lo sviluppo dei servizi/prestazioni erogati, al fine di assicurare la copertura del 20% non garantito;

- recuperare risorse aggiunte anche attraverso interventi di razionalizzazione e riduzione dei costi di gestione;

- promuovere iniziative di tipo imprenditoriale sviluppando l'attività libero professionale, infatti la possibilità di effettuare prestazioni a pagamento costituisce per le aziende sanitarie una opportunità obbligata per mantenere l'autonomia operativa e finanziaria necessaria al finanziamento con le nuove regole istituzionali.

Il successo di queste iniziative non dipende solo dalle capacità professionali presenti, queste devono infatti essere sostenute da un complesso di interventi in grado di aumentare la capacità di attrazione dell'ospedale (miglioramento delle strutture alberghiere, interventi per agevolare l'accesso, etc.).

Personale

I vincoli posti dalla legge finanziaria determinano il blocco delle assunzioni fino al 30 giugno 1995, successivamente sarà possibile la copertura dei posti vacanti nella misura del 30% del personale sanitario e del 10% del personale amministrativo.

Pertanto sono da escludere interventi che prevedono un incremento di personale oltre tali limiti.

Considerati i vincoli imposti a livello nazionale e la scarsità di risorse a disposizione per il 1995, ai quali si contrappone la necessità di assicurare non solo il mantenimento, ma addirittura lo sviluppo, dei servizi e delle prestazioni erogate ai fini di assicurare per lo meno la copertura del 20% non garantito, si rende necessario gestire le risorse umane con più elevati livelli di flessibilità, superando l'attuale logica della dotazione organica per centro di responsabilità, assegnando il personale coerentemente con le indicazioni strategiche di fondo ed in relazione a particolari iniziative promesse dai centri di responsabilità.

Particolare attenzione sarà rivolta alla applicazione dei sistemi di incentivazione previsti dalla normativa contrattuale.

La assegnazione del plusorario sarà finalizzata alla realizzazione di obiettivi di attività, nell'immediato futuro occorre continuare nella realizzazione di politiche gestionali orientate allo sviluppo della motivazione e della efficienza, ci si riferisce in modo particolare alla attuazione della metodologia sub 2, già ampiamente sperimentata nel corso del 1994 con significativi risultati sotto il profilo qualitativo e quantitativo.

Attrezzature

La razionalizzazione delle risorse in questo settore ha comportato a livello nazionale una riduzione del 60%

dei fondi previsti per il rinnovo delle attrezzature sanitarie, pertanto nel corso del 1995 è realisticamente possibile prevedere il mantenimento dell'attuale livello tecnologico garantendo gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria.

Lo sviluppo della dotazione tecnologica nel breve periodo è perseguibile anche attraverso la capacità di acquisire fondi non istituzionali e iniziative imprenditoriali.

Si è comunque consapevoli che la realizzazione degli obiettivi contenuti nelle linee di fondo dell'ospedale Sacco richiede investimenti in attrezzature sanitarie, quindi si intende rilevare il fabbisogno che sarà evidenziato dai centri di responsabilità nelle schede di budget e formalizzare un piano di investimenti che costituisca la base di negoziazione tra l'ospedale Sacco e la Regione per la acquisizione delle risorse necessarie con particolare priorità nell'area dei servizi.

Ore straordinarie

La risorsa ore straordinarie, al pari di qualsiasi altra risorsa, deve essere finalizzata al raggiungimento di obiettivi definiti ed approvati.

Pertanto, fissato che il ricorso al lavoro straordinario deve essere ridotto e che comunque, secondo la normativa vigente, non può superare globalmente la media di 50 ore per addetto, l'assegnazione e l'approvazione ad effettuare ore di straordinario verrà assegnata ai centri di responsabilità in relazione a specifici obiettivi di attività.

Beni e servizi

La disponibilità all'acquisizione di beni e servizi è stata ridotta del 18% dalla legge finanziaria, pertanto l'assegnazione complessiva ad ogni cen-

tro di responsabilità è condizionata da tali limiti.

Tuttavia questo vincolo deve rappresentare una concreta opportunità per attuare interventi di razionalizzazione e di contenimento dei costi, anche attraverso una verifica dei processi tecnici in atto e la formulazione di protocolli di intervento.

B) Linee di tendenza delle politiche sanitarie

La formulazione delle scelte strategiche dell'azienda ospedaliera si dovrà confrontare con le scelte di politica sanitaria che verranno attuate dal livello centrale e soprattutto dal livello regionale come centro di coordinamento e governo del sistema di aziende che mantiene un ruolo centrale nella programmazione del sistema sanitario regionale.

A livello centrale vanno ricordati gli obiettivi del Piano sanitario nazionale 1994-1996 che saranno ripresi all'interno della programmazione regionale, i progetti obiettivo di interesse nazionale e soprattutto le linee guida per il miglioramento della accessibilità ai servizi e delle relazioni con l'utenza (traduzione concreta delle indicazioni contenute nella carta dei servizi).

A livello regionale l'azienda ospedaliera dovrà tener conto in primo luogo delle indicazioni della programmazione ospedaliera (ristrutturazione della rete ospedaliera) che prevedono una dotazione complessiva di 700 posti letto suddivisa per aree funzionali (medico, chirurgica, materno infantile, terapia intensiva, riabilitativa, infettivologica) a cui occorrerà ricordare il piano di ristrutturazione ed ammodernamento del presidio ospedaliero finanziato ex D.M. n. 321/89.

Un secondo rilevante riferimento è rappresentato dai progetti obiettivo a livello regionale, definiti nel 1994 di

cui andranno verificate le possibili implicazioni sulla politica dei servizi.

Nel corso del 1995 potranno poi essere attivati sempre dalla parte della Regione, in seguito ai progetti di modernizzazione ed innovazione gestionale finanziati a fine 1994, interventi finalizzati alla introduzione di modalità di cooperazione e collaborazione nell'area dei servizi sanitari, tecnici ed amministrativi e nell'offerta dei servizi a pagamento, modalità di cooperazione a cui dovranno essere ricollegate le strategie di sviluppo a breve periodo dell'azienda ospedaliera.

4.3. Indirizzi strategici di fondo

In sintonia con l'evoluzione prevalente dei presidi ospedalieri destinati ad accogliere pazienti in fase acuta di malattia, è necessario prevedere uno sviluppo della azienda ospedaliera L. Sacco che abbia come obiettivo la possibilità di concentrare le disponibilità tecnologiche e professionali per raggiungere nel più breve tempo possibile risultati diagnostici ed impostazioni terapeutiche efficaci, riducendo al minimo la durata della degenza.

Per il raggiungimento di tali obiettivi è necessario in particolare prevedere il potenziamento dei servizi diagnostici e la specializzazione degli interventi, sia in regime di ricovero sia in regime ambulatoriale.

Area dei servizi

Alcuni servizi, per la mole di lavoro, per la inadeguatezza delle strutture o la scarsità di operatori addetti, per modalità organizzative, per la mancanza di un'effettiva razionalizzazione delle modalità di ricorso ai servizi da parte delle unità operative (mancanza di protocolli, etc.), costituiscono un forte limite all'operatività delle divisioni e servizi con notevoli ritardi nella diagnosi e quindi nella risoluzione

ne, medica o chirurgica, di molte problematiche assistenziali.

In particolare, un piano di sviluppo e razionalizzazione andrà promosso per la radiologia (raddoppio della ecografia e della TAC, acquisizione della RMN, con finanziamenti della legge 135/90, riducendo eventualmente la radiologia tradizionale) e per la microbiologia (istituzione di un laboratorio di virologia).

Andranno inoltre verificate tutte le attività diagnostiche che vengono effettuate in ospedale eliminando doppi e concentrando gli sforzi di rinnovamento su pochi punti qualificanti.

Per quanto concerne la endoscopia va promosso un piano di sviluppo integrato con i settori chirurgici per la riduzione dei tempi di diagnosi ed il risparmio di indagini radiologiche; va inoltre incoraggiata la endoscopia interventiva.

Area delle degenze

Area chirurgica:

— appare necessario il completamento delle specialità previste e mancanti, in particolare ORL e urologia;

— occorre correggere la sproporzione fra letti di medicina (in senso lato) e chirurgia, ampliando la disponibilità di questi ultimi;

— occorre ancora potenziare la chirurgia laparoscopica e toracoscopica per le quali la domanda è e sarà sempre crescente e pressante;

— occorre superare i limiti rappresentati dalla scarsità di sale operatorie e dall'intasamento di alcuni servizi diagnostici.

Area medica:

— mantenimento della attuale disponibilità di letti; possibile ulteriore specializzazione (epatologia, ematologia, immunologia, angiologia);

— potenziamento della oncologia con piani interdisciplinari (oncologia medica e chirurgica-terapie distrettuali) in modo da creare un centro che possa competere con le altre realtà oncologiche cittadine, tenuto conto della sempre crescente domanda di assistenza per patologie neoplastiche;

— studio per la eliminazione dei ricoveri impropri (lungo degenza, geriatria, riabilitazione), stabilendo rapporti organici con le strutture delle U.s.l. e cittadine che svolgono queste specifiche funzioni.

Area infettivologica:

— mantenimento della attuale attività con attenzione a conservare l'attuale ruolo guida nel settore AIDS, acquisendo tempestivamente tecnologie e terapie innovative;

— potenziamento dell'attività nei confronti della patologia infettiva classica non HIV correlata e delle patologie infettive emergenti come quelle tropicali o da importazione, l'assistenza agli extracomunitari ecc.;

— eventuale fornitura di consulenze e servizi di diagnosi, cura e formazione infettivologiche ad altre strutture sanitarie sprovviste di questa competenza (tutte quelle dell'area milanese con eccezione di Niguarda e San Raffaele).

Particolare attenzione dovrà essere inoltre posta al miglioramento della «accoglienza» dei pazienti sia nelle degenze sia nei servizi; questo obiettivo discende innanzi tutto dal doveroso rispetto delle esigenze ed aspettative personali degli utenti, ma anche dalla necessità di essere presenti con una offerta di prestazioni che tenga conto, oltre che della qualità professionale, anche delle modalità e del contesto nel quale la prestazione viene effettuata.

Le principali considerazioni che devono essere tenute presenti nella com-

pilazione delle schede di budget per i singoli centri di responsabilità per quanto concerne le indicazioni strategiche di fondo dovranno riguardare i seguenti punti:

1) evoluzione della domanda di prestazioni sanitarie: per i vari settori specialistici si dovrà considerare quali possibili variazioni possono essere indotte nel breve/medio termine dalla evoluzione della conoscenza scientifica e dall'applicazione di nuove tecniche; tali considerazioni devono ovviamente essere effettuate sulla base dello sviluppo già previsto per l'ospedale Sacco;

2) disponibilità di risorse: come è noto vi è una restrizione delle risorse finanziarie destinate al settore della sanità ed è quindi necessario lavorare per il miglior utilizzo possibile delle risorse esistenti e delle probabili moderate integrazioni destinate ad investimenti;

3) nuovi sistemi di finanziamento: la aziendalizzazione dell'ospedale L. Sacco comporta la necessità di recuperare con le proprie capacità professionali quote di «mercato» che consentano almeno il pareggio di bilancio, ed è quindi indispensabile orientare le attività dei singoli centri di responsabilità tenendo conto di questo «obbligo aziendale».

Non deve per altro essere dimenticato che i risultati positivi ottenuti nei singoli settori consentiranno all'amministrazione, oltre che di migliorare la struttura complessiva dell'ospedale, anche di dedicare interventi specifici nei settori che hanno conseguito i risultati migliori;

4) revisione dei modelli organizzativi: è indispensabile che i singoli settori analizzino la propria organizzazione interna e le connessioni con altri settori per verificare la possibilità di procedere a cambiamenti che consentano di migliorare quali/quantitativamente l'attività del settore sia come ri-

sultato finale sia come soddisfazione interna allo stesso.

4.4. Priorità di intervento per il 1995

Partendo dal documento sulle indicazioni strategiche di fondo si è arrivato a formulare il quadro delle priorità, selezionando i diversi obiettivi e riconducendoli ad una valutazione di fattibilità organizzativa ed operativa.

Possono essere così individuate le seguenti priorità:

— potenziamento mirato dei servizi di diagnostica strumentale (radiologia e laboratori);

— razionalizzazione delle modalità di ricorso da parte delle unità operative ai servizi di diagnostica strumentale;

— potenziamento della attività delle sale operatorie;

— sviluppo coordinato di alcune specializzazioni mediche interne alle singole unità operative, verificando fattibilità tecnico organizzativa e finanziaria;

— riduzione del fenomeno dei ricoveri impropri;

— rafforzamento del ruolo dell'ospedale Sacco come centro di riferimento nel settore AIDS;

— definitiva attivazione delle aree dipartimentali previste.

Dovranno inoltre essere individuate come priorità:

— miglioramento delle condizioni di accessibilità e piena attuazione della carta dei servizi;

— riqualificazione dell'area amministrativa e tecnico-generale;

— valorizzazione e sviluppo delle capacità professionali e tecniche degli operatori;

— riprogettazione e semplificazione delle procedure di utilizzo da parte delle unità operative sanitarie dei servizi di supporto tecnico-generale.

5. Conclusioni

Le considerazioni svolte nei paragrafi precedenti consentono di affermare che l'esperienza di formulazione degli indirizzi strategici da parte dell'azienda ospedaliera Luigi Sacco di Milano presenta caratteristiche di notevole interesse e di forte innovazione, meritando di diventare a pieno titolo un possibile riferimento per altre aziende ospedaliere e Unità sanitarie locali.

Nella valutazione delle condizioni che permettono di riprodurre e trasferire questa esperienza in altre aziende sanitarie pubbliche vanno tenuti distinti gli aspetti di:

— definizione e formulazione degli indirizzi strategici;

— collegamento tra indirizzi strategici, interventi di ridefinizione organizzativa ed interventi volti a promuovere l'innovazione gestionale e la modifica nell'offerta dei servizi.

Il primo aspetto presenta sicuramente minori difficoltà anche se esiste:

— la presenza di ruoli direzionali, in primo luogo il Direttore generale, dotati di una visione unitaria ed organica dell'azienda, convinti dell'importanza dell'iniziativa ed orientati al risultato finale;

— l'esistenza di elevate competenze professionali;

— la capacità di valorizzare le indicazioni e i contributi dei responsabili sanitari e tecnico amministrativi delle unità operative interne all'azienda.

Nel caso in cui siano presenti queste condizioni, il percorso da seguire può essere sintetizzato nelle seguenti fasi:

— preliminare valutazione dell'impatto sull'azienda sanitaria delle attuali tendenze del quadro di riferimento istituzionale;

— analisi delle indicazioni contenute nella legge finanziaria e nei documenti di politica sanitaria a livello na-

zionale e regionale e le linee di tendenza nel quadro delle risorse (finanziarie, umane e tecnologiche), che rappresentano vincoli o opportunità per lo sviluppo futuro dell'azienda;

— definizione degli indirizzi strategici e delle priorità di intervento, che potrà avvenire solo alla fine di questo attento processo di analisi.

Il secondo aspetto richiede invece che ogni azienda definisca:

— il quadro complessivo di interventi entro cui collocare gli indirizzi strategici, in funzione delle specificità decisionali, professionali, tecniche e gestionali (programma per la gestione della transizione, sistemi di programmazione e controllo di gestione, azioni per la ristrutturazione dei servizi);

— le modalità di collegamento tra indirizzi e interventi per il riorientamento strategico ed organizzativo.

L'esperienza dell'ospedale Sacco ha mostrato che sono stati necessari chiarezza ed unitarietà direzionali e soprattutto accumulo di competenze e sperimentazioni per arrivare alla definizione del quadro di riferimento.

In questo ambito non è certo possibile trasferire le competenze, ma occorre stimolare le singole Unità sanitarie locali e i singoli ospedali ad individuare il percorso da seguire e le modalità per una efficace gestione del processo di trasformazione in azienda.

BIBLIOGRAFIA

- BORGONOV E.-MENEGUZZO M. (1985). *Processi di cambiamento e di programmazione nelle Unità sanitarie locali*. Milano: Giuffrè.
- CODA V. (1988). *L'orientamento strategico dell'impresa*. Torino: Utet.
- PORTER M. (1987). *Il vantaggio competitivo*. Milano: Edizioni di Comunità.
- REBORA G.-MENEGUZZO M. (1990). *Strategia delle amministrazioni pubbliche*. Torino: Utet.

Sanità e impresa

Sezione 5^a

RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO IN SANITÀ: DAL CONVENZIONAMENTO ALL'ACCREDITAMENTO

di Franco Bonanno

AIOP Nazionale - Roma

Sono ormai trascorsi più di sedici anni da quando, il 23 dicembre 1978, venne promulgata, tra l'esultanza quasi generale, la legge «833», la cosiddetta riforma sanitaria.

Le speranze allora accese furono intense, anche se qualche l'addetto ai lavori non mancò di avvertire, con un minimo di prudenza, che la fase di rodaggio avrebbe sicuramente presentato, come generalmente avviene qualche difficoltà.

Man mano che passavano gli anni le speranze si impallidivano sempre più, fino a trasformarsi in un diffuso pessimismo; così si sono moltiplicate le difficoltà e la maggior parte dei cittadini utenti percepivano sempre più che al centro del sistema c'erano solo ed unicamente i Comitati di gestione delle U.s.l. che con le loro scelte decidevano per loro.

L'esperienza, poi, ha messo in luce alcune deficienze, contraddizioni e lacune forse giustificate dal momento politico nel quale la «833» venne votata dal parlamento, ricordiamo che era il periodo dell'unità nazionale, ma soprattutto perché fu immaginata ed elaborata in un momento di espansione economica ma cominciò a muovere i primi passi negli anni della crisi più acuta.

Il complesso di mezzi e di capacità professionali, di natura pubblica e di natura privata, previsto dalla legge di riforma era stato immaginato come

strumento necessario e sufficiente per assicurare una tutela «globale» della salute, sotto il triplice profilo della prevenzione, della terapia e della riabilitazione, assicurata a tutti i cittadini e da questi stessi direttamente o indirettamente gestita, attraverso gli strumenti, che la legge «833» prevedeva, della elezione e della partecipazione, principi validi ma che hanno portato alla estensione generalizzata del diritto astratto alla tutela sanitaria ma a livelli spesso mediocri e talvolta addirittura insufficienti.

In quel periodo era necessario arrivare ad una legge di riforma, una legge che finalmente istituiva il S.s.n. basato sui principi della nostra carta costituzionale e infatti l'art. 1 della legge «833» precisa che «La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana». Ma questa legge, per i motivi «politici» prima esposti, è nata «ingessata», tanto è vero che la tanto attesa libertà di scelta del medico e del luogo di cura era stata assicurata, ma «nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari» quindi una salvaguardia della libertà della persona umana ma con dei «limiti» che questi sedici anni di applicazione sono stati imposti, senza alcuna precisa programmazione, da questo o quel pseudo-politico che presiedeva il Comitato di gestione o da un parlamento che per anni ha voluto privile-

giare il monopolio pubblico nella gestione della sanità relegando le istituzioni sanitarie private solo ad un ruolo residuale (basti ricordare la legge dei «quattro giorni» per accedere alle istituzioni sanitarie private per la richiesta di prestazioni specialistiche ambulatoriali), e gestendo gli «stabilimenti ospedalieri» (così si chiamavano gli ospedali) in un modo solo assistenzialistico anziché aziendalistico con il risultato, ovviamente, degli sprechi e della inefficienza a danno del cittadino/utente e della collettività.

Un'altra grande «breccia» di ampia discrezionalità all'attività politico-amministrativa delle Regioni e delle Province autonome, veniva aperta dall'art. 44 che prevedeva che solo i piani sanitari avrebbero dovuto accertare la necessità di convenzionare le istituzioni sanitarie private, in base a schemi tipo emanati poi nel 1983 per le istituzioni di ricovero e nel 1988 per le Istituzioni ambulatoriali.

Intorno agli anni '90 si è iniziato a cercare di dare un riassetto nella gestione sanitaria del paese, si sentiva la necessità di accrescere la qualità assistenziale contenendone anche i costi. E nell'ottobre 1992 il parlamento dava la delega al governo, con la legge 421, per la nazionalizzazione e la revisione di alcune discipline tra cui quelle in materia di sanità, al fine di prevedere la cessazione delle situazioni di monopolio nella gestione del servizio pub-

blico, reintroducendo pluralità di soggetti operativi, competizione ed emulazione ed assegnando, finalmente, ai cittadini ampia possibilità di scegliere e di condizionare con il loro gradimento il successo a meno di servizi e presidi.

La legge aveva dato, quindi, al Governo la delega ad emanare uno o più decreti legislativi che riordinassero il S.s.n. con l'osservanza di alcuni principi e criteri direttivi. Ne furono individuati ventuno, proprio quante le lettere dell'alfabeto e come queste evidenziati dalla a) alla z), e da questi criteri e principi fu emanato il decreto legislativo n. 502 corretto poi il 7 dicembre 1993 dal D.L.vo n. 17.

I principi cardini della legge n. 421/92 sono stati senz'altro quello che attribuiva alle regioni e province autonome la competenza in materia di programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria riservando allo Stato la programmazione sanitaria nazionale, la determinazione di livelli uniformi di assistenza sanitaria e delle relative quote capitarie di finanziamento e quello che, finalmente, restituiva ai cittadini la piena libertà di scegliere, tra una pluralità di soggetti erogatori l'assistenza sanitaria, il luogo di cura, superando così il regime delle convenzioni vigenti e introducendo il criterio dell'accreditamento fondato sulla modalità di pagamento a prestazione sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate. Pertanto il decreto legislativo n. 502/92 come poi modificato dal n. 517/93 innova profondamente il modello di erogazione delle prestazioni sanitarie, introducendo all'interno del S.s.n. alcuni meccanismi competitivi, separando in modo netto gli erogatori e gli acquirenti di prestazioni sanitarie.

Si va, quindi, verso un sistema sanitario competitivo. La prima condizio-

ne perché questo si avveri è la possibilità che «produttori» ed «acquirenti» negozino i «prezzi» dei servizi entro il valore massimo delle tariffe regionali; ma perché ciò avvenga è essenziale che gli uni e gli altri abbiano un potere contrattuale, anche se non uguale, almeno simile.

I decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93 danno poche indicazioni a questo scopo, ma nella conversione in legge del D.L. n. 722/94 il Senato ha sostituito il secondo comma dell'art. 11 nel seguente modo: «Le tariffe di cui al citato decreto del Ministro della sanità del 14 dicembre 1994, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n.300 del 24 dicembre 1994, rappresentano il livello massimo da corrispondere ai soggetti erogatori entro il quale le regioni e le province autonome possono stabilire con propria determinazione ed attraverso la negoziazione dei servizi e delle prestazioni, le corrispettive tariffe a fronte delle singole prestazioni rese agli assistiti, di cui all'art. 8, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni».

Il decreto non è poi stato convertito definitivamente, nel reiterarlo il ministro ha avuto conto di quanto approvato dal Senato e quindi la «negoziazione» dovrà avvenire con un'uguale potere contrattuale. Se ciò non fosse si avrebbe una competizione che sarebbe «imperfetta» come quella che per vent'anni ha dovuto sopportare il privato convenzionato.

Accreditamento e competizione questo dovrebbe essere il binomio vincente che consentirà un miglioramento delle risorse in modo da valorizzare la base, di qualunque attività sanitaria che è quella di rendere le prestazioni «efficaci». Pertanto, al binomio accreditamento/competizione deve seguire quello altrettanto vincente dell'efficienza al fine di produrre prestazioni efficaci ad un costo

contenuto per il soggetto erogatore e quindi per la collettività.

Tutto questo si può ottenere solo se in una struttura sanitaria si riesce a responsabilizzare tutti i componenti la struttura stessa.

I medici soprattutto ma una componente importante saranno i paramedici e la compagine amministrativa. Che la competizione starà proprio nel rinnovamento dell'organizzazione della struttura è ancora più palese dalla costituzione di un gruppo di lavoro, che con decreto del 10 febbraio scorso il Ministro della sanità ha formato, al fine di individuare tecniche e strumenti che consentano di attuare una maggiore flessibilità e snellezza di procedure nelle strutture sanitarie pubbliche, in un'ottica di razionalizzazione e di miglioramento dell'efficacia e della produttività al fine di offrire ai cittadini l'effettiva possibilità di scegliere la struttura che ritengono meglio rispondente alle loro esigenze.

Credo sia risaltata con chiarezza la netta differenza tra «convenzionamento» ed «accreditamento». Il sistema sino ad ieri ha posto il cittadino/paziente nella singolare condizione di essere «liberamente obbligato» a rivolgersi solo a queste o a quelle strutture, oggi gli viene restituita quella concreta libertà di scelta che è parte integrante del suo diritto, costituzionalmente garantito, alla salute. Non assisteremo più a quei lunghi dibattiti, organizzati da tutti i partiti politici, che per ben sedici anni hanno imperversato sull'annoso problema del rapporto pubblico/privato in sanità. Questo rapporto non esiste, più, esistono «una pluralità di soggetti erogatori che possono operare all'interno del servizio sanitario e tra i quali i cittadini hanno piena libertà di scelta».

Questo nuovo scenario che si profila con la legge di «riordino» non è molto gradito alle Regioni. Si vorrebbe ancora un privato «residuale». Con

il vecchio metodo la programmazione regionale era molto semplicistica. Se torniamo indietro di qualche anno troviamo alcune disposizioni, leggi e delibere che confermano quanto sopra esposto: la legge n. 55 della regione Lazio che ha ridimensionato i posti letto per acuti convenzionati in Roma e provincia, la delibera della regione Piemonte che ha sconvenzionato tutti i reparti di ostetricia e ha messo un tetto all'utilizzazione di quelli di chirurgia con una motivazione «scandalosa»: la sotto utilizzazione dei posti letto pubblici (è stata tanto scandalosa che chi

ha fatto ricorso al T.A.R. ha avuto la sospensione della delibera), la delibera della U.s.l. di Ravenna che per gli stessi motivi ha sconvenzionato i posti letto di ostetricia della casa di cura con il risultato che l'ospedale è rimasto vuoto e l'utente o si ricovera fuori provincia o in casa di cura pagando la degenza.

Le Regioni e le U.s.l. vorrebbero ancora adesso mantenere i loro «rami secchi» a prescindere dalla motivazione, non capiscono che ormai la «competizione», quella «perfetta», è dietro l'angolo e che quindi devono tenere

nettamente separati la programmazione dalla gestione dell'ospedale, che è cosa ben diversa.

Ma se tutto fosse rimasto come prima quale sarebbe stata la necessità di avere dei manager in sanità. Sarebbero stati sufficienti i vecchi Comitati di gestione che con le loro contraddizioni, con la loro arroganza e soprattutto con la certezza che qualsiasi loro decisione, anche la più improduttiva, sarebbero state ripagate, hanno relegato il cittadino/utente a non scegliere dove curarsi mettendosi loro al centro del sistema.

Biblioteca

Sezione 6^a

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

GIOVANNI BERLINGUER

Etica della salute

Ed. Il Saggiatore,
Roma 1994
pag.126, L. 13.000

È giusto parlare di un diritto alla salute? Perché la medicina occidentale ha vinto sugli altri modelli? La vita umana sarà posta interamente sotto controllo medico? Qual'è il contenuto etico della prevenzione? Il welfare state attraversa un'eclissi o è avviato al definitivo tramonto? Quale società può promuovere una medicina migliore, e quale medicina una società migliore? Ma, se le domande sono molte, e raramente si giunge a conclusioni definite, una sola è la tesi che viene posta alla prova dell'opinione e della critica dei lettori: la priorità etica della salute. Una panoramica di fatti e non solo di idee, che attinge alla concretezza dell'epidemiologia, alla fantasia della letteratura, ai richiami della storia, all'esperienza della politica.

Si affronta l'aspetto della comunicazione in ambito assistenziale secondo il modello teorico di Nancy Roper. Il libro si articola in tre parti: nella prima si descrivono le caratteristiche della comunicazione, i fattori che la influenzano, i problemi che pone. Nella seconda parte vengono affrontati gli aspetti operativi del processo comunicativo, facendo riferimento alla logica del processo di assistenza infermieristica. Nella terza e ultima parte vengono presentati i risultati di una ricerca condotta dagli autori: il tema dell'indagine è lo studio dell'influenza degli interventi comunicativi degli infermieri sul livello di autonomia di persone ricoverate in ospedale.

IVANA AGNELLI,
MARZIA CANOSSA,
PAOLO CHIARI et al.

**La comunicazione
e il processo
di assistenza
infermieristica**

Ed. Sorbona,
Milano 1994
pag. 128, L 20.000

MAURIZIO FEDELE,
GOFFREDO FREDDI

**La spesa farmaceutica
valutazioni
per il suo contenimento
alla luce di alcune
esperienze straniere**

ISPE - Istituto di studi
per la programmazione
economica - Roma
Documenti di lavoro n.6/94

La ricerca si articola in tre distinti capitoli corredati da una sezione introduttiva, che definisce il quadro globale di riferimento, e da una conclusiva. Il primo capitolo «Lo scenario italiano», si apre con l'analisi della spesa farmaceutica netta e dei consumi pubblici nel periodo 1985-1992. L'analisi comprende i dati del primo semestre 1993 ed è integrata da prospetti, tavole e grafici che consentono un'immediata percezione dei fenomeni riscontrati. Il secondo capitolo «Le politiche di contenimento della spesa farmaceutica», analizza separatamente i meccanismi di carattere economico e quelli di diversa natura adottati nel Regno Unito, in Germania e in Francia. Le caratteristiche strutturali dell'assistenza farmaceutica nei tre Paesi Europei sono delineate al fine di trarre utili riferimenti applicativi per la realtà italiana. Nel capitolo terzo «Alcune ipotesi di contenimento della spesa», contributi originali alla definizione di politiche di erogazione e rimborso dei farmaci atte a contenere la spesa pubblica.

MAURIZIO FEDELE

**Il sistema sanitario
nei Paesi della CEE
e negli USA**ISPE, Roma
Documenti di lavoro n.5/94

Il presente lavoro, che rappresenta la sesta parte della più ampia ricerca «La sanità in Italia: un nuovo vecchio problema», si propone di mettere in evidenza queste differenze per fornire elementi di riflessione sui diversi approcci economico-istituzionali che in questi Paesi vengono seguiti per dare risposte positive alle esigenze ed alla domanda di sanità delle rispettive collettività. Si approfondisce, in particolare, il sistema sanitario francese e tedesco, il modello statunitense, ed il National Health Service del Regno Unito che come il sistema italiano si caratterizza da un accesso alle prestazioni sanitarie fondato sul bisogno, indipendentemente dall'influenza del reddito e con finanziamento attraverso il prelievo fiscale obbligatorio per l'erogazione delle prestazioni e la gestione delle strutture di offerta.

Dopo anni di sviluppo economico, nel nostro Paese, tutti gli indicatori di salute confermano una forte associazione tra salute malata e condizioni di svantaggio sociale ed economico: ancora negli anni '80 il rischio di morire raddoppiava passando dal livello sociale più alto a quello più basso. Alcuni indizi confermerebbero che questo divario si starebbe ampliando, interessando praticamente tutte le principali forme di malattia. Questo volume contiene una ricca raccolta di ricerche su larga scala e su piccola scala che investono l'intero spettro dei problemi connessi con le disuguaglianze in Italia.

a cura di G. COSTA
e F. FAGGIANO**L'equità nella salute
in Italia. Rapporto
sulle disuguaglianze
sociali in sanità**Fondazione Smith Kline,
Ed. Franco Angeli, Milano
pag. 470, L. 45.000G. VIRGILIO, B. CURCIO
RUBERTINI, C. MALVI**Revisione dei nomen-
clatori e dei pesi per la
determinazione dei
prezzi di trasferimento
dei servizi sanitari inter-
medi ospedalieri**Editrice CLUEB,
Bologna 1994
pag.172, L. 15.000

I pesi esprimono la complessità dei diversi interventi, in termini di tipologia e quantità di risorse assorbite, e consentono di valutare più compiutamente i consumi dei reparti ospedalieri. Questo secondo manuale, destinato alle Unità sanitarie locali, ridefinisce e aggiorna, sulla base dell'evoluzione tecnologica e scientifica, il sistema dei pesi utilizzabile per valorizzare le attività prodotte dai servizi intermedi e fruite dalle divisioni di degenza finali. Al lavoro sui servizi oggetto di analisi nel 1989, quali la radiodiagnostica, la medicina nucleare, l'immuno-trasfusione, l'anatomia patologica, la cardiologia, il recupero e rieducazione funzionale ed il laboratorio analisi chimico-cliniche, si è aggiunto anche il pregevole contributo degli esperti nella specialità di chirurgia generale.

Si completano notizie tecniche, ampiamente note, con elementi che vengono alquanto trascurati. Tra questi si pone, prioritariamente, il problema dell'Agenzia europea per le specialità medicinali che vede una certa diffidenza italiana ad accettare un confronto comunitario tecnico e scientifico, preferendo una visione locale che il passato non ha sicuramente indicato come trasparente. In generale, dall'osservatorio di Bruxelles l'Italia appare talvolta abbastanza fuori dall'impresa comunitaria che pure ci vede compartecipi economicamente e socialmente, ma dalla quale ci «emarginiamo» a causa di ritardi od inadempienze. L'ultimo capitolo fa riferimento a quella metodologia europea che decreta la necessità del ricorso al criterio della terapia medica integrata riferita al singolo malato: ciò pone il consumatore al centro dell'interesse comunitario e richiede che l'esame dei farmaci sia attuato da commissioni altamente specialistiche, temperate dal giudizio dall'esperienza dei medici ospedalieri di base.

GIANNI BENZI

**Medicamenti
per la sanità nazionale.
Correlazioni
con le normative
internazionali**Ed. La Goliardica
Pavese, Pavia 1994
pag. 149, L. 25.000

SPOGLIO RIVISTE

Struttura e organizzazione dei sistemi sanitari

LEVIT K., COWAN C., ET AL.

National Health Spending Trends, 1960-1993
Health Affairs, Winter 14:31

HAM H., BROMMELS M.

Health Care Reform in the Netherlands, Sweden and the United Kingdom
Health Affairs 1994, Winter 106-119

GARPENEY P., CARLSSON P.

The role of national quality registers in the Swedish health service
Health Policy 1994, 29:183-195

CREESE ANDREW

Global trends in health care reform
World Health Forum 1994, 15(4):317-322

BANOUB SAMIR

Private and public financing -health care reform in eastern and central Europe
World Health Forum 1994, 15(4):329-334

EISENBERG JOHN

If trickle-down physician workforce policy failed, is the choice now between the market and government regulation
Inquiry 1994, 31(3):241-249

DONZELLI A., BONALDI A.

Dove collocare gli interventi di prevenzione sanitaria
Prospettive sociali e sanitarie 1995, 1:2-6

ARTONI R., SARACENO P.

Federalismo e finanziamento della sanità
Prospettive sociali e sanitarie 1995, 1:10-17

WALT G., GILSON L.

Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis
Health Policy and Planning 1994, 9(4):353-370

Valutazione economica delle attività sanitarie

THE STANDARDS OF REPORTING TRIALS GROUP

A proposal for structured reporting of randomized controlled trials
Jama -The journal of the American Medical Association 1994, 272(24):1926-1930

RUTA D., GARRATT A., ET AL.

A new approach to the measurement of quality of life: the patient-generated index
Medical Care 1994, 32(11):1109-1126

MELONI F., PAPOFF C., ET AL.

Analisi costo-beneficio in alcune patologie vascolari
L'ospedale 1994, 12:247-253

BUNKER J., HOWARD S., ET AL.

Improving Health: Measuring effects of medical care
The milbank Quarterly 1994, 72(2):225-258

NEASE R., DOUGLAS K.

A method for estimating the cost effectiveness of incorporating patient preferences into practice guidelines
Medical Decision Making 14(4):382-392

Gestione dei servizi sanitari

HICKS CAROLYN

The role of the middle manager in health care research: some problems and perspectives
Health Services Management Research 1994, 7(4):282-286

POWELL J., LOVELOCK R., ET AL.

Involving consumers in assessing service quality: benefits of using a qualitative approach
Quality in Health Care 1994, 3(4)

PERLEY M., RAAB ABE

Beyond shared governance: restructuring care delivery for self-managing work teams
Nursing Administration Quarterly 1994, 19(1):12-20

- MULLER HELEN, HAASE BARBARA
Managing diversity in Health Services Organization
Hospital e Health Services Administration 1994, 39(4):415-434
- GRIFFITH JOHN
Reengineering health care: management systems for survivors
Nursing Administration Quarterly 1994, 39(4):451-470
- BOONEKAMP LUCIE
Marketing for health care organizations: an introduction to network management
Journal of Management in Medicine 1994, 8(5)
- ALBA T., SOUDERS J., MCGHEE G.
How hospitals can use internal benchmark data to create effective managed care arrangements
Topics in Health Care Financing 1994, 21(1):51-64
- MAYNARD ALAN, WALKER ARTHUR
Managing the medical workforce: time for improvements?
Health Policy 1995, 31:1-16
- HOLAND J., BLUMBERG L., ZUCKERMAN S.
Strategies for implementing global budgets
The Milbank Quarterly 1994, 72(3):399-429
- HOME CARE
Advances in Nursing Science 1994, 17(2)
- FERRAND D., LAY C.
Diagnosing strategic performance of the hospital information systems planning cycle
Health Care Management Review 1994, 19(3):21-33
- SHORTELL S., GILLIES R., ET AL.
New world of managed care: creating organized delivery systems
Health Affairs, Winter 1994, 46-64
- LAGERGREN MARTEN
Disability development and structure of care: some results from simulation of area-based system of long-term care for elderly people
Health Policy 1994, 29:299-246
- CHOUAID C., CHANSIAUX C. ET AL.
Mise en place d'une unité d'accueil et orientation des personnes âgées dans un hopital de court séjour: conséquences sur les filieres de soins intra-hospitaliers
Santè Publique 1994, 3:249-262
- Aziende sanitarie al via: da strutture amministrative ad aziende di servizio*
I quaderni di Panorama della Sanità 1995, 1
- Assistenza farmaceutica**
- CETERA PASQUALE
The disease oriented approach to marketing
Pharmaceutical Executive 1994, 14(9)
- SIMON G., FRANCESCUTI C., BRUSIN S.
Variabilità della spesa per le prescrizioni farmaceutiche in medicina generale in un'area del Friuli-Venezia Giulia. L'uso dei dati correnti
Epidemiologia e Prevenzione 1994, 18:224-229
- DETSKY A.
Pharmacoeconomics: theory into practice. Applying the concepts to today's issues. Proceedings of an international conference held in Geneva, Switzerland, March 17-18, 1994
PharmaEconomics 1994, 6(4):277-357
- DRUMMOND M.
Issues in the conduct of economic evaluations of pharmaceutical products
PharmacoEconomics 1994, 6(5):405-411
- GARATTINI L., GRILLI R., ET AL.
Good economic practices per gli studi di farmaeconomia
Ricerca e Pratica, nov.-dic. 1994
- Varie**
- HOSPITAL-PHYSICIAN RELATIONSHIPS
Topics in Health Care Financing 1994, 20(4)
- BOWER JANE
Innovation in health care: developments in NHS trusts
Journal of Management in Medicine 1994, 8(4):54-61
- HOPE T., FULFORD M.
Teaching medical ethics symposium: the Oxford practice skills project: teaching ethics, law and communication skills to clinical medical students
Journal of Medical Ethics 1994, 20(4):229-234

I BUDGET PER LA MEDICINA DI BASE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE BRITANNICO

di Nerina Dirindin

«Al servizio dei pazienti: la riforma del Servizio sanitario britannico. Una valutazione italiana»

a cura di George France

ISR-CNR 1990

Con riguardo alla medicina di base, uno degli aspetti più innovativi del Libro bianco (il documento con cui fu lanciata la riforma del Servizio sanitario nazionale britannico nel 1989, nrd) l'introduzione del sistema del bilancio autonomo. Il sistema prevede l'attribuzione, ai medici di medicina generale che optano per tale soluzione, di un bilancio autonomo, sostanzialmente proporzionale al numero di pazienti da assistere, destinato a finanziare le spese per la produzione e/o l'acquisto di una vasta gamma di prestazioni sanitarie volte al recupero delle condizioni di salute dei propri assistiti.

Le indicazioni per quanto generiche e parziali, contenute nei primi documenti di lavoro governativi consentono le seguenti precisazioni:

— la partecipazione dei medici di base allo schema di bilancio autonomo è volontaria e in qualunque momento revocabile; l'adesione è riservata esclusivamente agli studi medici in possesso di una lista di assistibili non inferiore a 11.000 scelte (numero successivo ridotto a 7.000, nrd);

— il bilancio autonomo serve a coprire le spese necessarie per la produzione (diretta, da parte del medico generico) o l'acquisto (presso strutture esterne, pubbliche e private) di una serie definita di prestazioni sanitarie;

— la gamma di prestazioni sanitarie finanziare attraverso il bilancio autonomo comprende: l'assistenza farmaceutica, le prestazioni specialistiche ambulatoriali gli accertamenti diagnostici, un gruppo definito di ricoveri ospedalieri; le spese connesse ad attività di prevenzione e di diagnosi precoce potranno non essere incluse nelle prestazioni erogate a carico del bilancio autonomo;

— lo schema dovrà essere strutturato in modo da impedire la ricusazione, da parte dei medici che optano per il bilancio autonomo, dei pazienti più problematici dal punto di vista sanitario. Gli anziani, i portatori di patologie particolarmente costose, i casi eccezionali saranno finanziati in base a standard differenziati o a procedure specifiche.

Nelle intenzioni del Libro bianco al servizio dei pazienti, il sistema del bilancio autonomo offre ai medici generici la possibilità di «migliorare la qualità dei servizi offerti ai pazienti», e agli ospedali l'opportunità di «rispondere ai bisogni dei medici e dei loro assistiti in modo più soddisfacente». Inoltre, favorisce la partecipazione dei medici di base alla gestione o al controllo della spesa sanitaria.

La proposta introduce nella medicina di base due diverse forme di competizione. In primo luogo, i medici aderenti al sistema a bilancio autonomo competono con gli altri enti sanitari distrettuali (DHA) nella negoziazione di contratti a tariffe prestabilite, presso determinati ospedali. In secondo luogo, i medici entrano in competizione gli uni contro gli altri per l'acquisizione di pazienti (il finanziamento essendo proporzionale al numero di assistiti).

In linea generale, la riforma prevede un aumento dell'incidenza, nega remunerazione del medici di base, del finanziamento a quota capitaria (remunerazione fissa annua per paziente). Peraltro il consistente ampliamento della gamma di prestazioni che il medico, aderente al regime a bilancio autonomo, è tenuto a erogare a proprie spese al paziente (dietro il corrispettivo di una remunerazione fissa) modifica in modo sostanziale il contenuto della tradizionale formula a quota capitaria, anzi, costituisce di fatto l'avvio di un processo di transizione verso schemi di remunerazione che si contrappongono alla classica quota capitaria, in quanto consente al singolo medico di conseguire redditi netti (al termine di ogni esercizio) non indipendenti dal suo comportamento etico-professionale.

Ciò premesso, analizziamo brevemente alcuni dei più importanti aspetti della proposta in esame.

L'esigenza di meccanismi di responsabilizzazione dei medici di base

L'esigenza, diffusa in tutti i paesi sviluppati di meccanismi di responsabilizzazione dei medici di base ad un uso efficiente delle risorse nasce dalla constatazione che il contenimento della domanda di prestazioni sanitarie non può che passare attraverso l'introduzione di incentivi e disincentivi rivolti ai medici generici.

I veri decisori della spesa sanitaria sono, come noto, i medici sui quali ricade la responsabilità delle prescrizioni farmaceutiche e diagnostiche e ai quali è assegnato di fatto il delicato e difficile ruolo di «filtro» alle prestazioni di secondo livello (quelle specialistiche). Gli attuali sistemi di remunerazione dei medici generici non prevedono alcun incentivo ad un corretto rinvio alla specialistica; in particolare, il tradizionale sistema a quota capitate non può che favorire la diffusione di comportamenti clinici volti ad assecondare (spesso improprie ed eccessive), o a non mortificare le istanze delle strutture (pubbliche e private) di produzione di beni e servizi sanitari (industria farmaceutica, servizi in grado di fornire prestazioni all'avanguardia sul piano tecnico e/o assistenziale, laboratori analisi privati convenzionati, etc.).

L'esperienza di molti paesi insegna che la diffilione di sistemi di remunerazione deresponsabilizzanti per il medico di base, se da un lato riduce i margini di variabilità della spesa per la medicina generica (pagamenti ai medici di medicina generale), dall'altro favorisce il ricorso ai servizi di secondo livello (specie nella diagnostica strumentale), con la conseguente espansione incontrollata della spesa per l'assistenza specialistica e integrativa.

Sulla opportunità di incentivi rivolti al medico di base, pare quindi non esserci alcun dubbio. Il punto che merita un approfondimento è un altro, vale a dire se l'attribuzione, al medico generico, di un bilancio autonomo per paziente, volto a coprire le spese «ordinate» dal medico stesso, è uno strumento efficace e auspicabile dal punto di vista tanto economico quanto sanitario.

I giudizi dipendono ovviamente dalle modalità concrete di applicazione del sistema in questione, le quali sono a tutt'oggi in buona parte non precisate e quindi difficilmente valutabili. Sono peraltro possibili alcune considerazioni generali.

Una prima importante argomentazione riguarda il possibile effetto sulla salute della popolazione di un eventuale contenimento della domanda di prestazioni specialistiche. A tale proposito, e prescindendo per ora da ogni considerazione di tipo equitativo (per le quali si rinvia ai paragrafi successivi), è opportuno sottolineare come i timori delle possibili ricadute negative sulla salute della popolazione potrebbero risultare eccessivi; ancorchè qualunque generalizzazione rischi di essere troppo approssimativa, è ormai quasi unanimemente riconosciuto che i sistemi sanitari più evoluti producono «troppe» prestazioni sanitarie, con conseguenze spesso anche indesiderate sulla salute della collettività.

Un ridimensionamento della domanda di farmaci, esami di laboratorio, prestazioni specialistiche, ricoveri ospedalieri opportunamente guidato da una classe medica alla quale viene offerta la possibilità di resistere alle richieste immotivate dei propri clienti e di recuperare l'esercizio di una professione che ha progressivamente perso nel corso degli anni la capacità di formulare ipotesi diagnostiche e terapeutiche in assenza di un lungo elenco di referti di laboratorio, non può che essere guardato con occhi benevoli.

Anche il contenimento della domanda di prestazioni, così come quindi l'introduzione di sistemi di incentivi rivolti prevalentemente ai medici di base, non può che essere giudicato opportuno e salutare. La sua realizzazione passa peraltro attraverso la verifica di due ipotesi fondamentali: la possibilità di un effettivo recupero delle funzioni del medico di base e la rottura degli attuali e diffusi meccanismi di collusione fra le diverse organizzazioni di operatori sanitari e i diversi produttori di prestazioni.

Il recupero della funzione del medico di base

L'attribuzione al medico generico di un bilancio autonomo per paziente può essere assimilata a una sorta di «assicurazione» implicita che il servizio nazionale sottoscrive con il medico al fine di eliminare il rischio di una domanda di prestazioni eccessiva rispetto alle dimensioni attese e/o sopportabili finanziariamente. Il medico, a fronte del versamento a proprio favore di uno stanziamento fisso per paziente, garantisce la fornitura (diretta, o attraverso l'acquisto presso produttori esterni pubblici o privati) di tutta una serie di prestazioni così come concordato nel «contratto».

Viene quindi meno la classica separazione fra il soggetto «ordinatore» di spesa e il soggetto «finanziatore»: il medico assume entrambe le responsabilità. Le regole decisionali del medico (imprenditore della salute dei propri assistiti) non possono che cambiare drasticamente: la predisposizione professionale ad un eccesso di diagnosi positive e di prescrizioni sanitarie (motivata dalla giusta preoccupazione di non giudicare sana una persona malata, e sorretta dall'ansia del paziente di essere aiutato) viene a trovarsi in contrasto con l'interesse economico del medico stesso, il cui reddito netto è tanto più elevato quanto meno prestazioni richiede per i propri assistiti.

È da escludere peraltro, almeno nel breve periodo, un'inversione di tendenza tale da ridurre in modo rilevante le dimensioni (in termini fisici e monetari) del mercato delle prestazioni di secondo livello. Ciò in forza di due argomentazioni. Innanzitutto, i modelli di comportamento dei medici di base nei confronti delle prestazioni diagnostico-terapeutiche cui possono far ricorso nell'interesse dei propri pazienti non possono mutare rapidamente, pena la credibilità della categoria stessa; è inoltre verosimile che decenni di pratica clinica estranea a ogni considerazione di tipo economico richiedano tempi di rinnovamento che si estendono nell'arco di molti anni e progetti concreti di formazione di professionalità attualmente inesistenti.

Il quadro che ne emerge appare ancora problematico. Se il medico di base accetta la sfida lanciata dal Libro bianco e si accolla il rischio della imprevedibilità della domanda di prestazioni deve, se vuole trarre vantaggio dal nuovo meccanismo remunerativo, mutare i propri modelli di comportamento anche in contrasto con gli interessi delle altre categorie di operatori sanitari (i produttori dei servizi di secondo livello) o in continuo conflitto con le richieste dei propri assistiti per troppo tempo abituati ad una disinvolta medicalizzazione dei problemi. In ogni caso, è legittimo il timore di effetti discorsivi e indesiderabili connessi al fatto che il giudizio sulla necessità di determinati trattamenti sanitari spetta esclusivamente a colui (il medico di base) che ne deve sostenere in prima persona l'onere: da una situazione di domanda a prezzo zero per il paziente così come per il medi-

co, si precipita in una situazione a prezzo (sostanzialmente) di mercato per il medico, che è anche colui che deve decidere in prima persona circa la legittimità del bisogno espresso dal paziente. I risultati sono fortemente dipendenti dalla preparazione e dall'etica professionale della categoria, oltre che dall'efficacia dei sistemi di medical audit all'uopo introdotti.

Le preoccupazioni sono solo parzialmente attenuate da un'ipotesi che, per quanto suggestiva, appare piuttosto teorica: i medici di base ribalteranno a loro volta sui pazienti il rischio di trattamenti imprevedibili e particolarmente onerosi e si rifiuteranno di fornire a proprie spese prestazioni volte a riparare danni alla salute conseguenti a comportamenti dei propri assistiti troppo poco diligenti a addirittura eccessivamente rischiosi. Il risultato potrebbe andare nel senso di una giusta redistribuzione degli oneri dagli avversi al rischio agli amanti del rischio (attualmente non esiste di fatto alcuna discriminazione fra le due categorie di individui: i fumatori accaniti, ad esempio, contribuiscono al finanziamento del sistema sanitario alla stessa stregua dei non fumatori). Nella realtà, la redistribuzione degli oneri che più facilmente potrebbe verificarsi è quella a carico dei più esposti al rischio e a favore dei meno esposti ovvero a carico delle categorie di cittadini in reale stato di bisogno e, qui più probabilmente evitati dai medici operanti in regime di bilancio autonomo e a favore dei cittadini in condizioni socio-economiche più favorevoli, magari in possesso di un'assicurazione (individuale o di gruppo) privata di malattia.

ENTHOVEN A

Reflections on the management of NHS
Nuffield Trust, London 1985

TEELING SMITH G

Should GPs hold the purse strings?
Health and Social Service Journal, 1985, n.1338-24 October

MAYNARD A PERFORMANCE INCENTIVES, IN TEELING SMITH G

Health, education and general practice
Office of Health Economics, London 1986

LUFT HS, MILLER RH

Patient selection in a competitive health system
Health Affairs, 1988 7(3):97-119

BOSANQUET N, LEESE B

Family doctors and economic incentives
Aldershot, Dartmouth/Gower 1989

DEPARTEMENT OF HEALTH

Practice budgets for general medical practitioners
Working Paper n.3, HSMO London, 1989

DEPARTEMENT OF HEALTH

Funding general practice: the programme for the introduction of GP budgets
HMSO, London 1989

CHISOLM J

Making sense of the new contract.
Oxford, Radcliffe Medical Press, 1990

FORD JC

General practice fundholders
BMJ. 1990 Apr 21; 300(6731): 1027-8

DRUMMOND M, CRUMP B, HAWKES R, MARCHMENT M

General practice fundholding
BMJ. 1990 Dec 8; 301(6764): 1288-9

WEINER J, FERRIS P

GP budget holding in the UK: lessons from America
Research Report n.7, King's Fund Institute, 1990 London

BAKER D, KLEIN R

Explaining outputs of primary health care: population and practice factors
BMJ, 1991,303:225

DAY P, KLEIN R

Variations in budgets of fundholding practices
BMJ, 1991, 303:168-170

SCOTT T, MAYNARD A

Will the new GP contract lead to cost effective medical practice?
York, Centre for Health Economics, Discussion Paper 82, 1991.

JOHANSSON AC

Fundholding general practice
BMJ. 1991 Jun 8; 302(6789): 1405

ROSS AP

Consultants, contracts, and fundholders
BMJ. 1991 Jun 22; 302(6791): 1479-80

- CRUMP BJ, CUBBON JE, DRUMMOND MF, HAWKES RA, MARCHMENT MD
Fundholding in general practice and financial risk
BMJ. 1991 Jun 29; 302(6792): 1582-4
- EVE R, HODGKIN P
In praise of non-fundholding practices
BMJ. 1991 Jul 20; 303(6795): 167-8
- DAY P, KLEIN R
Variations in budgets of fundholding practices
BMJ. 1991 Jul 20; 303(6795): 168-70
- ROLAND M
Fundholding and cash limits in primary care: blight or blessing?
BMJ. 1991 Jul 20; 303(6795): 171-2
- HOWELL JV
Incentives to fundholding
BMJ. 1991 Nov 2; 303(6810): 1136
- DAY P
The state, the NHS, and general practice
J.Public Health Policy. 1992 Summer; 13(2): 165-79
- COULTER A
Fundholding general practices
BMJ. 1992 Feb 15; 304(6824): 397-8
- BAKER R
General practice in Gloucestershire, Avon and Somerset: explaining variations in standards
Br-J-Gen-Pract. 1992 Oct; 42(363): 415-8
- BURR AJ, WALKER R, STENT SJ
Impact of fundholding on general practice prescribing patterns
Pharmaceutical Journal 24 ottobre 1992
- GLENNERSTER H, MATSAGANIS M, OWENS P
A foothold an fundholding
Kings' Fund Institute, 1992, London
- GLYNN JJ, MURPHY MP, PERKINS DA
GP practice budgets: an evaluation of the financial risks and rewards
Financial Accountability & Management, 1992, 8(2)149-61
- HOWIE JGR
The Scottish general practice shadow fund-holding project outline of an evaluation
Health Bulletin 1992, 50(4):316-28
- BRADLOW J, COULTER A
Effect of fundholding and indicative prescribing schemes on general practitioners prescribing cost
BMJ, 1993, 307:1186-9
- COULTER A, BRADLOW J
Effect of NHS reforms on general practitioners referral patterns
BMJ, 1993, 306:433-7
- HOWIE JGR
Evaluation of the Scottish shadow fund-holding project first results
Health Bulletin 1993;51(2):94-105
- MAXWELL M ET AL
General practice fundholding: observation, on prescribing patterns and costs using the defined daily dose method
BMJ, 1993, 307:1190-4
- SWASH M
Should consultants do sessions in GP fundholders' practices? A medical director's view
Br-J-Hosp-Med. 1993 Dec 15-1994 Jan 18; 50(11): 634-6
- TOD ED
Should consultants do sessions in GP fundholders' practices? A GP's view
Br-J-Hosp-Med. 1993 Dec 15-1994 Jan 18; 50(11): 636-7
- NEWTON J, FRASER M, ROBINSON J, WAINWRIGHT D
Fundholding in northern region: the first year
BMJ. 1993 Feb 6; 306(6874): 375-8
- COULTER A, BRADLOW J
Effect of NHS reforms on general practitioners' referral patterns
BMJ. 1993 Feb 13; 306(6875): 433-7
- MORRIS R
Community care and the fundholder
BMJ. 1993 Mar 6; 306(6878): 635-7
- WISELY IC
General practitioner fundholding: experience in Grampian
BMJ. 1993 Mar 13; 306(6879): 695-7
- KEELEY D
The fundholding debate: should practices reconsider the decision not to fundhold?
BMJ. 1993 Mar 13; 306(6879): 697-8
- LOWY A, BRAZIER J, FALL M
Minor surgery by general practitioners under the 1990 contract: effects on hospital workload
BMJ 1993;307:413-7

- MOORE L, DALZIEL M
Making the internal market work: a case for managed change
BMJ. 1993 Nov 13; 307(6914): 1270-2
- MAXWELL M, HEANEY D, HOWIE JG, NOBLE S
General practice fundholding: observations on prescribing patterns and costs using the defined daily dose method
BMJ. 1993 Nov 6; 307(6913): 1190-4
- BRADLOW J, COULTER A
Effect of fundholding and indicative prescribing schemes on general practitioners' prescribing costs
BMJ. 1993 Nov 6; 307(6913): 1186-9
- GREER KJ
Fundholding by general practitioners
N-Z-Med-J. 1993 Jun 23; 106(958): 259-60
- MALCOLM L
General practitioner fundholding: experimental sideshow or main event of the NHS reforms?
N-Z-Med-J. 1993 May 12; 106(955): 183-6
- PETCHEY R
NHS internal market 1991-2: towards a balance sheet
BMJ. 1993 Mar 13; 306(6879): 699-701
- GLENNERSTER H, MATSAGANIS M, OWENS P
Implementing GP fundholding: wild card or winning hand?
Buckingham, Open University Press, 1994
- ROBINSON R, LE GRAND J
Evaluating the NHS reforms
Hermitage, Bucks: Health Policy Journals, 1994
- LERNER C, CLAXTON C
Modelling the behaviour of general practitioners. A theoretical foundation for studies of fundholding
York, Centre for Health Economics, Discussion paper 116, 1994
- LEESE B, DRUMMOND MF, HAWKES R
Medical technology in general practice in the UK: will fundholding make a difference?
York, Center for Health Economics, Discussion Paper 122, 1994
- MATSAGANIS M, GLENNERSTER H
The threat of cream-skimming in the post-reform NHS
Journal of Health Economics 1994;13:31-60
- ILIFFE S FREUDENSTEIN U
Fundholding: from solution to problem
BMJ. 1994 Jan 1; 308(6920): 3-4
- CORNEY R
Experiences of first wave general practice fundholders in South East Thames Regional Health Authority
Br-J-Gen-Pract. 1994 Jan; 44(378): 34-7
- BOWIE C, HARRIS T
The fundholding fandango
Br-J-Gen-Pract. 1994 Jan; 44(378): 38-40
- KEELEY D
Prescribing costs. Fundholders had a head start
BMJ. 1994 Jan 15; 308(6922): 206-7
- TOON PD
Justice for gatekeepers
Lancet. 1994 Mar 5; 343(8897): 585-7
- GRAFFY JP, WILLIAMS J
Purchasing for all: an alternative to fundholding
BMJ. 1994 Feb 5; 308(6925): 391-4
- SIDES BA
General practice fundholding. Fundholding has divided the profession
BMJ. 1994 Feb 12; 308(6926): 476
- RUMBALL B
General practice fundholding. The public aren't interested
BMJ. 1994 Feb 12; 308(6926): 476
- BLACK DG, TRIMBLE IM, BIRCHALL AD, FRADD SO
General practice fundholding. Non-fundholding groups better for everyone
BMJ. 1994 Feb 12; 308(6926): 476-7
- PARIS JA, WILLIAMS K, WATERLAND M
General practice fundholding. Incentives help curb prescription costs
BMJ. 1994 Feb 12; 308(6926): 477
- HANDYSIDES S
New roles for general practitioners
BMJ. 1994 Feb 19; 308(6927): 513-6
- DIXON J
Can there be fair funding for fundholding practices?
BMJ. 1994 Mar 19; 308(6931): 772-5
- BAILEY JJ, BLACK ME, WILKIN D
Specialist outreach clinics in general practice
BMJ. 1994 Apr 23; 308(6936): 1083-6
- YULE B, HEALEY A, GRIMSHAW J
Fundholding: the next five years
J-Public-Health-Med. 1994 Mar; 16(1): 36-40

DIXON J, DINWOODIE M, HODSON D, DODD S, POLTORAK T,
GARRETT C, RICE P, DONCASTER I, WILLIAMS M

Distribution of NHS funds between fundholding and non-fundholding practices

BMJ. 1994 Jul 2; 309(6946): 30-4

WOOD N, FARROW S, ELLIOTT B

A review of primary health-care organization

J-Clin-Nurs. 1994 Jul; 3(4): 243-50

BAIN J

Fundholding: a two tier system?

BMJ. 1994 Aug 6; 309(6951): 396-9

TESI DI LAUREA

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

CRITERI DI RAZIONALITÀ E DI FLESSIBILITÀ NELLA PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI UNA CLINICA PRIVATA

di Silvia Pella

La complessità che caratterizza le strutture sanitarie in generale deriva innanzitutto da peculiari aspetti organizzativi interni ma è pure legata all'evoluzione della dinamica ambientale che, soprattutto negli ultimi tempi, ha registrato diversi e importanti cambiamenti: il progresso delle tecniche e delle tecnologie mediche da un lato e il miglioramento delle condizioni generali di vita dall'altro, sono tra i fattori che hanno contribuito a stimolare una domanda di salute più esigente rispetto al passato, orientata soprattutto verso la qualità delle prestazioni, intesa come efficacia diagnostico-terapeutica e come personalizzazione ed umanizzazione del servizio.

Il comparto della sanità privata italiana, in particolare, ha mostrato viva attenzione a questi fenomeni emergenti e, in molti casi, ha saputo validamente offrire all'utenza i nuovi servizi richiesti e al personale sanitario impiegato quelle condizioni di lavoro che favoriscono e premiano la professionalità e l'impegno.

L'opportunità, per le aziende sanitarie private, di mantenere e migliorare le posizioni competitive acquisite sul mercato può essere allora identificata nella capacità di gestire l'attività attraverso scelte che consentano di anticipare i cambiamenti (nelle tecnologie, nelle caratteristiche professionali del personale) e, conseguentemente, di adattare con facilità e rapidità l'offerta alla dinamica dei bisogni di salute.

In altre parole, si tratta di privilegiare l'orientamento alla flessibilità nell'erogazione dei servizi: flessibilità che deve essere ricercata ed attuata sia attraverso l'applicazione di specifici criteri nella gestione del personale, della tecnologia, della struttura, sia attraverso scelte di diversificazione delle modalità di erogazione delle prestazioni offerte.

Ebbene, una gestione che permetta di raggiungere questo obiettivo in modo efficace ed efficiente, è una gestione «programmata» intendendo, con il concetto di programmazione, un sistema coordinato ed organico di soluzioni capace di mobilitare le risorse disponibili per raggiungere gli obiettivi prefissati.

Più precisamente con la programmazione il processo decisionale viene ad articolarsi in una serie logica di fasi che vengono sviluppate ai livelli decisionali strategico, direzionale ed operativo, con, naturalmente, contenuto e peso relativo diversi in relazione ai diversi livelli.

A livello strategico dunque, la flessibilità può essere conseguita attraverso scelte di differenziazione dei servizi, che si concretizzano in soluzioni innovative come i day hospital o l'assistenza domiciliare, e di differenziazione delle risorse (tecnologiche, personali e di struttura) quali sono, ad esempio, l'innovazione delle strumentazioni mediche, la progetta-

zione di spazi riorganizzabili, il sovradimensionamento nel numero dei posti letto, la gestione del personale decentrata a livello di unità operativa e, più in generale, la diffusione di una cultura d'impresa orientata alla qualità.

A livello direzionale ed operativo una gestione flessibile delle tecnologie richiede versatilità nel loro utilizzo, accessibilità alle strumentazioni e facilità di spostamento, margini disponibili per volumi incrementali di attività e sostituibilità del personale dedicato.

Nella programmazione del personale sono invece considerati criteri di flessibilità la scelta di rapporti di lavoro di tipo libero-professionale, la pronta reperibilità, la mobilità del personale infermieristico e di supporto, l'esistenza di un clima sereno di rapporti interpersonali.

La struttura, infine, dovrebbe consentire di variare con facilità i percorsi interni; i letti di degenza, ad esempio, dovrebbero essere meccanizzati e facilmente riallocabili.

Si tratta, comunque, di scelte che devono essere valutate e attuate sulla base di criteri razionali di programmazione.

Essi implicano, da un lato, lo svolgimento di un processo decisionale logico e sistematico che consente di pervenire alla soluzione più soddisfacente possibile, nel rispetto della coerenza e del coordinamento fra i diversi livelli decisionali; e permettono, dall'altro, di programmare l'uso delle risorse a livello di unità operativa in modo da massimizzare l'efficienza e l'economicità, attraverso tecniche di analisi dell'attività, di misurazione e controllo dei volumi, tempi e costi e tramite l'integrazione ed il coordinamento delle risorse.

Il complessivo schema d'indagine così delineato può essere validamente utilizzato nell'ambito dell'analisi di una specifica realtà sanitaria, al fine di verificare il grado di applicazione dei suggeriti criteri di programmazione razionale e flessibile.



Appendice

APPENDICE

NORME IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE, CONTABILITÀ, CONTRATTI E CONTROLLO DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

(Approvata dal Consiglio regionale nella seduta pomeridiana del 9 novembre 1994)

Titolo I

DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 3

Oggetto della legge

1. La presente legge, in applicazione del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, detta norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere, di seguito denominate «Aziende».

Art. 2

Criteri di gestione

1. - L'attività di gestione delle Aziende è informata a criteri di programmazione coerenti con le linee del Piano sanitario regionale.

2. - Per le attività socio-assistenziali gestite per conto degli enti locali la gestione delle Aziende è impostata su criteri di programmazione in coerenza con le intese di programma, di cui all'art. 7 della L. reg. 12 maggio 1994, n. 19.

3. - Per lo svolgimento della loro attività gestionale le Aziende si avvalgono di un insieme coordinato di strumenti, preordinati alle scelte, secondo criteri di efficienza, di efficacia e di economicità.

Art. 3

Trasmissione di informazioni e rapporti di collaborazione

1. - Le Aziende devono fornire alla Regione tutte le informazioni ritenute utili alla definizione dei criteri di programma-

zione e di pianificazione, nonché favorirne il loro sistematico aggiornamento. Al fine di garantire le necessarie omogeneizzazioni del contenuto dei flussi informativi, la Giunta regionale emana, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, apposite linee guida.

2. - Le Aziende sono altresì tenute a fornirsi reciprocamente, ed a richiesta, ogni notizia utile allo svolgimento delle proprie attività nelle materie di cui alla presente legge, ad utilizzare in comune i propri sistemi informativi, nonché ad assicurare ogni altra forma di collaborazione nell'interesse comune.

Titolo II

IL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE E IL SISTEMA DI BUDGET

Art. 4

Strumenti della programmazione

1. - Sono strumenti della programmazione delle Aziende:
 - a) il piano programmatico;
 - b) il bilancio pluriennale di previsione;
 - c) il bilancio economico preventivo.

2. - Gli strumenti di cui al comma 1 e i successivi aggiornamenti al piano programmatico e al bilancio pluriennale di previsione sono adottati e trasmessi entro il 15 novembre di ogni anno.

3. - Il piano programmatico, il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio economico preventivo dell'esercizio successivo con la connessa relazione sono soggetti al controllo della

Giunta regionale, ai sensi del comma 8 dell'art. 4 della L. 30 dicembre 1991, n. 412.

Art. 5

Piano programmatico

1. - Il piano programmatico definisce le linee strategiche della Azienda ed è adottato dal direttore generale in conformità al Piano sanitario regionale, sentita la Conferenza dei sindaci.

2. - Il piano programmatico specifica gli obiettivi dell'Azienda, gli indirizzi di gestione della stessa, articolati in programmi ed in progetti. Al suo interno sono in particolare evidenziati:

- a) le risorse finanziarie ed economiche per la realizzazione degli obiettivi di piano;
- b) il programma pluriennale degli investimenti;
- c) gli indicatori di economicità aziendale e di qualità;
- d) la riorganizzazione e la ristrutturazione dei servizi;
- e) le prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli uniformi di assistenza da assicurare;

f) le prestazioni e la riorganizzazione dei servizi a livello di singoli distretti tali da assicurare una assistenza uniforme a livello di U.s.l.

3. - Il piano programmatico ha la stessa durata del Piano sanitario regionale ed è aggiornato annualmente, in correlazione anche alla verifica dello stato di conseguimento degli obiettivi di programma.

4. - Nella formulazione del piano programmatico si dovrà tener conto, altresì, dei principi espressi nella Carta dei diritti agli utenti, di cui alla direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri 27 gennaio 1994 «Principi sull'erogazione dei servizi pubblici».

Art. 6

Bilancio pluriennale di previsione

1. - Il bilancio pluriennale di previsione esprime in termini economico-finanziari e patrimoniali le scelte operate nel piano programmatico dell'Azienda, evidenziando in particolare gli investimenti e la loro copertura finanziaria.

2. - Il bilancio pluriennale di previsione ha la durata del piano programmatico, in conformità al quale è redatto ed a cui deve riferirsi per la formulazione dei valori aziendali.

3. - Il contenuto del bilancio pluriennale di previsione è articolato per esercizio con separata indicazione dei Servizi socio-assistenziali. È basato sui valori del primo esercizio evidenziando, per gli esercizi successivi, le variazioni connesse agli investimenti previsti nel piano programmatico, nonché le variazioni dei valori conseguenti al fenomeno inflattivo. Esso deve essere aggiornato annualmente con riferimento al piano programmatico.

4. - Il bilancio pluriennale di previsione è predisposto secondo lo schema approvato dalla Regione, entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, e sottoposto a riclassificazione per eventuali adeguamenti a norme statali.

Art. 7

Bilancio economico preventivo

1. - Il bilancio economico preventivo esprime analiticamente il risultato economico dell'Azienda previsto per il successivo anno solare. È redatto conformemente al bilancio pluriennale di previsione, deve essere formulato in base allo schema di bilancio obbligatorio approvato dalla Regione, entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, e sottoposto a riclassificazione per eventuali adeguamenti a norme statali. È corredato da una relazione illustrativa del direttore generale, che ne costituisce parte integrante.

2. - La relazione deve in particolare prevedere:

- a) gli investimenti da attuarsi nell'esercizio con l'indicazione della spesa prevista nell'anno e le modalità del finanziamento;
- b) le prestazioni che si intendono erogare in rapporto con quelle erogate nel triennio precedente;
- c) i valori più significativi dell'ultimo bilancio di esercizio adottato;
- d) i dati analitici relativi al personale con le variazioni previste nell'anno;
- e) i flussi di cassa previsti;
- f) le articolazioni del *budget* con i corrispondenti obiettivi e risorse.

3. - Se nel corso dell'esercizio di riferimento del bilancio economico preventivo si verificano situazioni tali da giustificare scostamenti rilevanti rispetto alle previsioni originarie, il direttore generale deve deliberare senza indugio le conseguenti rettifiche e trasmetterle alla Regione per i necessari controlli, secondo quanto previsto dall'art. 37.

Art. 8

La gestione per *budget*

1. - La programmazione annuale delle Aziende è esplicitata nel *budget* generale.

2. - Il documento di *budget* costituisce il piano di attività per la complessiva gestione dell'Azienda ed è presentato come allegato al bilancio economico di previsione.

3. - Il *budget* contiene le previsioni di risorse e di attività per l'esercizio di riferimento. In corso d'anno tali previsioni sono almeno trimestralmente verificate con valutazioni comparative sui costi, sui risultati e sugli obiettivi, finalizzate alla corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate.

Art. 9

La metodologia di *budget*

1. - Il direttore generale predispone le linee guida per raccordare il *budget* con la programmazione regionale ed aziendale.

2. - Entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale, con atti di indirizzo e coordina-

mento, fornisce indicazioni sulla configurazione e sulla articolazione tecnico-contabile del *budget* generale di Azienda. Tali atti definiscono altresì:

a) i contenuti ed i metodi di rilevazione delle informazioni ritenute indispensabili per sviluppare un corretto sistema di programmazione e controllo di gestione, a garanzia di un previsto livello di omogeneità sul territorio regionale;

b) gli indicatori di attività finalizzati a consentire valutazioni di efficacia, qualità, efficienza ed economicità dei Servizi sanitari regionali.

Art. 10

Le responsabilità di *budget*

1. - Il direttore generale è responsabile del *budget* generale dell'Azienda.

2. - I dirigenti preposti ai presidi ospedalieri ed ai distretti delle Aziende Unità sanitarie locali rispondono al direttore generale degli obiettivi e delle risorse assegnate. Entro il relativo tetto di risorse si esplica l'autonomia gestionale ed organizzativa di ciascun dirigente di struttura. A tale autonomia corrisponde responsabilità sul raggiungimento degli obiettivi di *budget* e sull'utilizzo delle risorse.

3. - In fase di assegnazione delle risorse sono individuati i responsabili delle stesse, che garantiscono la coerente distribuzione dei fattori produttivi ed il corretto impiego delle risorse per il raggiungimento degli obiettivi di *budget*.

Art. 11

Il controllo di gestione interno alla Azienda

1. - All'interno dell'Azienda viene istituito un apposito Servizio di controllo di gestione, ai sensi dell'art. 20 del D.L. vo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modifiche, per la verifica, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, dell'imparzialità e del buon funzionamento dell'azione amministrativa, nonché della qualità dei servizi.

2. - Il Servizio opera stabilmente per la gestione del sistema di programmazione e controllo e dipende in via diretta ed esclusiva dal direttore generale. Per motivate esigenze le Aziende possono avvalersi di consulenti esterni, ad integrazione dell'attività del Servizio, esperti in tecniche di valutazione e nel controllo di gestione.

3. - Presso ciascun presidio ospedaliero e presso ogni distretto all'interno dell'Azienda-U.s.l., potrà essere individuato un referente incaricato di sviluppare, in modo coordinato con il dirigente del Servizio, le analisi ritenute necessarie per il controllo della complessiva gestione, relativamente al presidio o distretto di riferimento.

Titolo III

IL BILANCIO DI ESERCIZIO

Art. 12

Contabilità economica

1. - La gestione economica, patrimoniale e finanziaria delle aziende è informata ai principi previsti dal codice civile in materia di contabilità e bilancio.

Art. 13

Bilancio di esercizio

1. - Il bilancio di esercizio delle Aziende rappresenta con chiarezza, in modo veritiero e corretto, il risultato economico, la situazione patrimoniale e finanziaria nel periodo di riferimento, con separata indicazione dei servizi socio-assistenziali.

2. - Il bilancio di esercizio è articolato in:

a) stato patrimoniale;

b) conto economico generale;

c) nota integrativa di cui all'art. 2427 del codice civile.

3. - La Regione, tramite atti di indirizzo e coordinamento da emanarsi, entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, disciplina la struttura del bilancio di esercizio ed i principi contabili.

4. - Il conto economico e lo stato patrimoniale del bilancio di esercizio, predisposti secondo lo schema adottato dalla Regione, devono essere riclassificati nel caso in cui differiscano da quelli previsti da norme dello Stato.

5. - La nota integrativa deve indicare inoltre la ripartizione dei valori economici distinti in servizi sanitari ed altri.

Art. 14

Relazione del direttore generale

1. - Il bilancio di esercizio è corredato da una relazione del direttore generale sulla situazione dell'Azienda e sull'andamento della gestione, con particolare riguardo agli investimenti, ai ricavi ed ai proventi, ai costi ed agli oneri dell'esercizio. La relazione sulla gestione deve riportare in particolare:

a) lo scostamento dei risultati rispetto al bilancio economico preventivo;

b) il grado di perseguimento degli obiettivi in termini di servizi e prestazioni;

c) le considerazioni sull'analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di responsabilità;

d) i dati analitici relativi al personale con le variazioni avvenute durante l'anno;

e) i dati analitici riferiti a consulenze e gestione di servizio affidati all'esterno dell'Azienda;

f) il prospetto riepilogativo delle variazioni di cassa;

- g) l'andamento dei servizi socio-assistenziali, per le Aziende Unità sanitarie locali;
h) le risultanze finali e la valutazione sulla gestione budgetaria dell'anno precedente.

Art. 15

Risultato dell'esercizio

1. - Il risultato economico positivo dell'esercizio è destinato alla copertura di eventuali perdite di esercizio portate a nuovo, agli investimenti e all'incentivazione del personale. Quanto non utilizzato del risultato di esercizio deve essere accantonato in apposito fondo di riserva. La destinazione del risultato positivo della gestione socio-assistenziale sarà concordata con gli enti deleganti o finalizzata agli interventi socio-assistenziali per l'esercizio successivo.

2. - Nel caso di perdita di esercizio la relazione sulla gestione illustra le cause che l'hanno determinata ed indica le modalità di copertura della stessa per il riequilibrio della situazione aziendale. Sui termini di copertura riportati nella relazione deve esprimersi il Collegio dei revisori.

3. - In presenza di fatti con diretta incidenza sul bilancio economico preventivo dell'esercizio di riferimento, la relazione del direttore generale ne fa esplicita menzione.

4. - Qualora il risultato positivo dell'esercizio sia influenzato da alineazioni patrimoniali, le stesse sono evidenziate nella relazione, che deve altresì prevedere l'esclusivo utilizzo dei corrispettivi valori, sia per reinvestimenti patrimoniali maggiormente produttivi, sia per ristrutturazioni o potenziamenti di strutture sanitarie, realizzata in conformità a quanto previsto dal Piano sanitario regionale.

5. - In nessun caso le perdite di gestione risultanti al termine dell'esercizio potranno essere contabilmente pareggiate attraverso la corrispondente riduzione di poste ricomprese nel patrimonio netto dell'Azienda, dovendosi provvedere al pareggio contabile unicamente attraverso le entrate dell'esercizio di competenza e degli esercizi successivi corrispondenti a quelle di cui al comma 7 dell'art. 4 del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dalla lettera d) del comma 1 dell'art. 5 del D.L.vo 7 dicembre 1993, n. 517.

Art. 16

Deliberazione e pubblicità del bilancio di esercizio

1. - Il bilancio di esercizio, corredato dalla relazione del Collegio dei revisori, è adottato dal direttore generale entro il 30 aprile successivo alla chiusura dell'esercizio e trasmesso congiuntamente alla relazione di cui all'art. 14 al controllo della Giunta regionale.

2. - Ad intervenuta esecutività, una sintesi del bilancio di esercizio è pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione ed affissa in tutti gli Albi pretori dei Comuni compresi nell'ambito territoriale di riferimento.

Titolo IV

IL SISTEMA CONTABILE

Art. 17

Scritture contabili

1. - Le scritture contabili sono impostate alla corretta rilevazione dei costi e degli oneri, dei ricavi e dei proventi dell'esercizio e delle variazioni negli elementi attivi e passivi patrimoniali, raggruppati secondo il modello di conto economico e di stato patrimoniale previsti dalle disposizioni normative statali e regionali, nonché al regolamento di contabilità di cui all'art. 21.

2. - Le scritture contabili sono altresì preordinate alla rilevazione dei flussi di cassa, anche ai fini della redazione dei periodici prospetti di cui all'art. 30 della L. 5 agosto 1978, n. 468.

Art. 18

Libri obbligatori

1. - Ogni Azienda deve tenere:

- a) libro giornale;
- b) libro degli inventari;
- c) libro delle deliberazioni del direttore generale;
- d) libro delle adunanze e delle deliberazioni del Collegio dei revisori.

2. - Relativamente ai criteri, alle modalità di tenuta e conservazione dei libri di cui al comma 1 e delle scritture contabili, si applicano le norme degli artt. n. 2214 e seguenti del codice civile.

Art. 19

Piano dei conti

1. - Le Aziende adottano un piano generale dei conti, in conformità allo schema obbligatorio, di cui al comma 3 dell'art. 13, approvato dalla Regione, con l'obiettivo primario di permettere una valutazione integrata, omogenea e comparata della struttura del conto economico e dello stato patrimoniale.

Art. 20

Contabilità analitica

1. - L'Azienda adotta la contabilità analitica per l'analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati.

2. - Nella contabilità analitica sono evidenziati i valori relativi ai ricavi ed ai proventi, ai costi ed agli oneri dell'esercizio, con principale riferimento:

- a) ai servizi ed alle aree di attività dell'Azienda;
- b) al sistema organizzativo interno, articolato per centro di costo e per centro di responsabilità;

c) alle risorse, secondo la classificazione prevista dalle direttive regionali in materia.

3. - I costi e gli oneri, i ricavi e i proventi comuni a più servizi o aree di attività sono ripartiti in base a parametri univoci, predisposti dal direttore generale, in conformità al regolamento di cui all'art. 21.

4. - Il piano dei conti per la contabilità analitica è predisposto in conformità allo schema approvato dalla Regione, entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, per consentire una valutazione integrata, omogenea e comparata dei valori economici.

Art. 21

Adozione di un regolamento di contabilità e di criteri uniformi

1. - La Giunta regionale può avvalersi di una commissione di esperti in materia contabile, da nominarsi entro trenta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, per l'elaborazione di un regolamento di contabilità delle aziende, nonché per l'adozione di criteri uniformi volti ad assicurare omogeneità nella rilevazione, valutazione, classificazione ed aggiornamento dei valori contabili e nella stesura e contenuto del bilancio.

2. - Gli incarichi al personale esterno alla amministrazione regionale potranno essere conferiti nei limiti e con le modalità di cui al comma 6 dell'art. 7 del D.L.vo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modifiche.

Titolo V

IL SERVIZIO DI TESORERIA E IL RICORSO AL CREDITO

Art. 22

Il servizio di tesoreria

1. - Il servizio di tesoreria dell'Azienda è affidato di norma per la durata di un quinquennio, con apposita convenzione, ad una o più banche di notoria solidità, dotate di struttura tecnico-organizzativa idonea a garantire la regolare gestione del servizio.

2. - L'affidamento del servizio viene disposto mediante trattativa privata con gara ufficiosa fra almeno tre delle banche che vantano la più diffusa presenza nell'ambito del territorio di competenza dell'Azienda. La preferenza è attribuita alla banca od al gruppo di banche che oltre ad impegnarsi a gestire gratuitamente il Servizio di tesoreria e di deposito di titoli e valori di proprietà della Azienda offre le migliori condizioni:

a) quanto ai tassi passivi riconosciuti sulle giacenze di cassa e a quelli attivi sulle anticipazioni ordinarie e straordinarie di cassa, da concedere nei limiti massimi consentiti dalla legge;

b) quanto alle condizioni di valuta riconosciute sugli incassi e sui pagamenti;

c) quanto a tempi massimi di esecuzione dei pagamenti su piazza e fuori piazza.

3. - Solamente ad accertata parità di condizioni potranno valere come motivo di preferenza altri benefici ed impegni di collaborazione di cui sia chiaramente quantificabile il vantaggio economico per l'Azienda nell'arco di validità del contratto.

4. - Quando il servizio è affidato ad un gruppo di banche la convenzione dovrà individuare una banca capofila in grado di rispondere nei confronti dell'Azienda e della Sezione di tesoreria provinciale dello Stato di tutti gli adempimenti e gli impegni derivanti dalla convenzione.

Art. 23

Il ricorso al credito

1. - Il ricorso al credito è consentito alle Aziende solo nelle forme della anticipazione di tesoreria per il credito a breve termine e del mutuo o delle forme similari di indebitamento, per il credito a medio-lungo termine. Quest'ultimo è destinato esclusivamente al finanziamento di spese di investimento.

Art. 24

Anticipazione di cassa

1. - L'anticipazione di cassa è di norma regolata quanto alle condizioni di tasso e durata dalla convenzione di tesoreria. In ogni caso essa non può globalmente superare il dodicesimo dell'ammontare delle entrate di cui al punto 1), lettera f), comma 5, dell'art. 3, D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, intendendo per tale ammontare la somma dei proventi e dei ricavi del conto economico del preventivo annuale di cui all'art. 7.

Art. 25

Credito a lungo termine

1. - I mutui, ovvero le altre forme similari di indebitamento a medio-lungo termine, devono essere previamente autorizzati dalla Regione. La durata del loro ammortamento non può essere superiore ai dieci anni.

2. - Al momento dell'autorizzazione la rata annuale di ammortamento del mutuo da contrarre aggiunta a quella dei mutui già in corso d'ammortamento non può superare il quindici per cento del totale delle entrate proprie correnti previste nel bilancio di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita nell'anno stesso, intendendo per entrate proprie correnti tutti i ricavi e i proventi di natura ordinaria o caratteristica evidenziati nel conto economico del bilancio di esercizio di cui all'art. 13, relativo all'anno precedente a quello in cui il mutuo è autorizzato.

3. - Il mutuo sarà stipulato a trattativa privata con la banca o le banche che avranno offerto le condizioni migliori di tasso glo-

bale annuo posticipato, rispetto a quello massimo fissato dal Ministero del tesoro per i mutui contratti dagli enti locali.

Art. 26

Reinvestimenti patrimoniali

1. - Allo scopo di abbreviare i tempi per la realizzazione di progetti di investimento utilizzando i finanziamenti derivanti da alienazioni patrimoniali, è istituito un apposito fondo, con legge di approvazione del bilancio regionale, per provvedere ad anticipazioni finanziarie a favore delle aziende, con vincolo di reintegro ad avvenuta acquisizione dei proventi conseguenti alle alienazioni medesime.

2. - Le modalità e le procedure di anticipazione e di reintegro del fondo sono disciplinate con apposito regolamento sulla base degli indirizzi che saranno emanati dalla Giunta regionale entro centoventi giorni dalla entrata in vigore della presente legge.

Titolo VI

I CONTRATTI E LA CONTABILITÀ DI MAGAZZINO

Art. 27

Disciplina dell'attività contrattuale

1. - I contratti dell'Azienda dai quali derivi un costo sono di regola preceduti da apposita gara secondo le modalità previste dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale vigente.

2. - I contratti devono avere termini e durata certi. In particolare, non possono contenere clausole di tacita proroga o tacita rinnovazione.

3. - I contratti hanno durata diversa in relazione all'oggetto ed alle condizioni di mercato.

4. - I contratti per le forniture di carattere ricorrente hanno, di regola, durata annuale, salva l'opportunità di una maggiore durata che, comunque, non potrà superare i nove anni.

5. - Per il medesimo oggetto non possono essere stipulati più contratti se non per comprovate ragioni di necessità o di convenienza, da indicare nella deliberazione a contrattare.

6. - Per i contratti attivi la forma ordinaria di contrattazione è l'asta pubblica. Può tuttavia essere esperita la trattativa privata qualora si tratti di alienazione di materiale di risulta o fuori uso, il cui valore di stima, con esclusione dell'Iva, non sia superiore a lire 20 milioni. Per il materiale dichiarato fuori uso l'esperimento della trattativa privata è subordinato alla mancata attivazione delle procedure di cui alla L. reg. 25 febbraio 1992, n. 9. Può essere esperita la trattativa privata diretta per la vendita ad enti pubblici di beni mobili o immobili a condizione che siano vincolati ad attività socio-assistenziali.

7. - È ammesso il ricorso alla trattativa privata e al sistema in economia nei casi previsti dai successivi articoli.

8. - La Regione può prevedere livelli regionali di programmazione strategica, di aggregazione e di linee operative conseguenti, in materia di approvvigionamento di beni e servizi.

9. - Nell'ambito delle norme della presente legge, le modalità inerenti alla formazione e alla esecuzione dei contratti delle aziende, all'interno del processo di *budget*, sono disciplinate con apposito regolamento sulla base degli indirizzi che saranno emanati dalla Giunta regionale entro centottanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge.

Art. 28

Osservatorio regionale sui prezzi e sulle tecnologie

1. - L'osservatorio regionale sui prezzi e sulle tecnologie istituito a livello regionale svolge, in particolare, relativamente ai beni e servizi:

a) attività tendenti all'omogeneizzazione merceologica dei fabbisogni, delle procedure di acquisto e delle condizioni di forniture anche mediante la predisposizione del capitolato generale e di capitolati speciali;

b) attività di standardizzazione delle procedure di acquisto di beni e servizi, mediante unificazione delle relative codifiche su base regionale;

c) attività di rilevazione, elaborazione e informazione dei dati relativi all'acquisizione di beni e servizi in materia di prezzi e condizioni di fornitura.

2. - La Giunta regionale, utilizzando le risultanze dell'attività descritta al comma 1, detta, con atto di indirizzo e coordinamento, i criteri cui le Aziende devono attenersi in materia di acquisizione di beni e servizi ed approva il capitolato generale ed i capitolati speciali-tipo per la esecuzione di lavori e per la fornitura di beni e servizi da adottarsi obbligatoriamente da parte delle Aziende, fatti salvi gli adeguamenti necessari in relazione alle peculiarità delle stesse.

3. - Le Aziende effettuano l'esame di congruità dei prezzi e delle condizioni di fornitura sulla base dei dati dell'Osservatorio regionale sui prezzi e sulle tecnologie o con altri indicatori previsti dalla normativa vigente, tenuto conto degli elementi di specificità delle singole offerte.

Art. 29

Deliberazione a contrattare e stipulazione dei contratti

1. - Nell'ambito della programmazione degli acquisti, il direttore generale adotta apposito atto deliberativo indicante il fine che con il contratto si intende perseguire, l'oggetto del contratto, la sua forma e le clausole ritenute essenziali, le modalità di scelta del contraente e le ragioni che ne sono a fondamento.

2. - Alla stipulazione dei contratti in forma pubblica o privata, secondo le disposizioni del diritto comune o con ordine scritto, mediante scambio di corrispondenza, secondo l'uso del commercio, provvede il direttore generale o un suo delegato.

Art. 30

Trattativa privata

1. - Il ricorso alla trattativa privata è consentito nei casi e secondo le modalità di cui alla normativa comunitaria ed alle relative disposizioni di recepimento e/o attuazione.

2. - Per i contratti di importo inferiore alla soglia di 200.000 Ecu è sempre consentito il ricorso alla trattativa privata previo interpello di almeno cinque ditte al fine di procedere ad un confronto concorrenziale. Non è necessario far luogo alla trattativa privata plurima nei seguenti casi:

a) per l'acquisto di beni la cui fatturazione o consegna a causa di particolarità tecniche artistiche o per ragioni attinenti alla protezione dei diritti di esclusiva non possono essere affidate che ad un fornitore determinato;

b) per l'acquisto o locazione di immobili la cui peculiarità va adeguatamente motivata nel provvedimento;

c) quando l'urgenza dei lavori, degli acquisti, e delle forniture di beni o servizi dovuta a circostanze imprevedibili da motivare adeguatamente nel provvedimento, ovvero alla necessità di fare eseguire le prestazioni a spese ed a rischio degli imprenditori inadempienti, non consenta l'indugio della pubblica gara;

d) per l'affidamento di studi, di ricerche, sperimentazioni e consulenze a persone o ditte aventi alta competenza tecnica o scientifica;

e) per lavori complementari non considerati nel contratto originario e che siano resi necessari da circostanze evidenziatesi successivamente e non oggettivamente prevedibili, da motivare adeguatamente nel provvedimento per l'esecuzione dei lavori, a condizione che siano affidati allo stesso contraente e non possano essere tecnicamente od economicamente separabili dalla prestazione principale, ovvero, benché separabili, siano strettamente necessari per completamento dei lavori e che il loro ammontare non superi complessivamente il venti per cento dell'importo del contratto originario.

Art. 31

Unioni d'acquisto ed altre forme di collaborazione

1. - Le Aziende possono associarsi per ottenere facilitazioni nell'acquisto di beni e servizi. Possono, altresì, associarsi per la gestione di servizi di interesse comune, nelle forme e con le modalità previste dalla legislazione vigente.

2. - Le norme del Titolo VI si applicano anche ai contratti d'acquisto in unione.

Art. 32

Assicurazione di responsabilità civile

1. - Le Aziende sono tenute ad assicurare il rischio derivante da responsabilità civile verso terzi mediante adeguate po-

lize assicurative da stipularsi sulla base di criteri generali stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento della Regione, da emanarsi entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge.

Art. 33

Acquisti in economia

1. - Il regolamento dell'Azienda, di cui al comma 9 dell'art. 27, determina la natura ed il limite massimo di valore degli acquisti che possono farsi in economia, tra cui quelli per assicurare il normale funzionamento dell'Azienda, l'urgente provvista di materie prime e beni e le riparazioni non eccedenti l'ordinaria manutenzione degli impianti, dei macchinari e degli stabili.

2. - Alla effettuazione degli acquisti di cui al comma 1 si provvede, anche in forma decentrata, nei limiti e secondo le modalità stabilite nel regolamento di cui al comma 9 dell'art. 27, previa determinazione da parte del direttore generale delle relative competenze e responsabilità, nonché delle modalità di rendicontazione.

Art. 34

Casse economiche

1. - Nell'ambito della definizione delle responsabilità e degli assetti organizzativi, il direttore generale regola la gestione del servizio di cassa economica, composto da una cassa centrale ed eventuali casse periferiche secondo l'articolazione dell'Azienda.

2. - Il limite di anticipazione mensile al servizio non può superare lo 0,50 per cento di un dodicesimo dei ricavi e dei proventi del bilancio economico di previsione dell'esercizio in corso, e deve essere gestito nel rispetto delle norme della tesoreria unica.

Art. 35

Gestione del magazzino

1. - Presso ogni Azienda è istituito un magazzino generale.

2. - La contabilità di magazzino è unica e la responsabilità della gestione è affidata al responsabile del magazzino generale, anche nel caso di strutturazione in più magazzini decentrati.

3. - Sono fatte salve le disposizioni relative alle funzioni ed alle competenze previste dalla vigente normativa in materia di gestione delle specialità medicinali, dei prodotti galenici, degli emoderivati, dei sieri e vaccini, dei presidi medico-chirurgici e di medicazione, dei reattivi e diagnostici di laboratorio e del restante materiale sanitario.

4. - Con atto di indirizzo e coordinamento emanato dalla Giunta regionale entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge saranno disciplinate le modalità di funzionamento.

Art. 36

Consegnatari

1. - Il regolamento interno dell'Azienda individua i consegnatari responsabili stabilendone i compiti e specificando i registri e le scritture che debbono tenere, nonché le modalità di presentazione delle risultanze della gestione da parte degli stessi.

Titolo VII

IL SISTEMA DEI CONTROLLI

Art. 37

Il controllo regionale sugli atti

1. - Il controllo sugli atti è esercitato dalla Giunta regionale ai sensi del comma 8 dell'art. 4 della L. 30 dicembre 1991, n. 412.

2. - La Giunta regionale nomina i commissari per l'adozione degli atti obbligatori per legge, in caso di ritardo od omissione da parte del direttore generale.

3. - La nomina dei commissari avviene previa diffida a provvedere nel termine di trenta giorni, rimasta senza esito.

Art. 38

Il controllo regionale sulla gestione

1. - Il controllo regionale sulla gestione, ai sensi dell'art. 12 della L. reg. 12 maggio 1994, n. 19, è svolto dalla Giunta regionale, anche per il tramite dell'Agenzia sanitaria regionale, di cui all'art. 39.

Art. 39

Agenzia sanitaria regionale

1. - La struttura regionale di cui al comma 1 dell'art. 12 della L. reg. 12 maggio 1994, n. 19, è denominata Agenzia sanitaria regionale. Essa supporta sotto il profilo tecnico l'attività dell'Assessorato alla sanità e servizi sociali per il conseguimento degli obiettivi indicati nel citato art. 12 della L. reg. n. 19/94.

2. - L'Agenzia sanitaria regionale svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

a) fornisce la necessaria assistenza alle Aziende ed agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nello sviluppo degli strumenti e delle metodologie per il controllo di gestione;

b) verifica i risultati della gestione delle Aziende e degli Istituti di cui alla lettera a);

c) elabora proposte per la definizione dei parametri di finanziamento delle Aziende e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed, in particolare, relazione circa il livello dei

costi e delle entrate nonché sul raggiungimento dell'equilibrio economico in ciascuna Azienda;

d) verifica e revisiona, quale organo tecnico, la qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, di cui all'art. 10 del D.L. vo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sia riguardo agli enti pubblici che per quanto riguarda le istituzioni sanitarie private inserite nella rete integrata del Servizio sanitario regionale;

e) definisce, con i servizi dell'Assessorato alla sanità e servizi sociali, le regole di rilevazione delle informazioni nell'intero Sistema sanitario regionale, e ne verifica la applicazione;

f) presenta annualmente all'Assessorato alla sanità e servizi sociali una relazione sull'andamento della gestione delle Aziende e degli Istituti di ricovero e cura e sui risultati conseguiti, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione sanitaria.

3. - Le funzioni di cui al presente articolo possono essere svolte su richiesta anche per altri soggetti pubblici e privati compatibilmente con le esigenze e nel rispetto delle direttive stabilite dall'Assessorato alla sanità e servizi sociali.

4. - All'Agenzia sanitaria regionale è riconosciuta una autonoma capacità di organizzazione che si realizza nel rispetto dei limiti del finanziamento determinato dalla Regione e delle direttive dell'Assessorato alla sanità e servizi sociali.

5. - Per l'esercizio dei propri compiti, l'Agenzia si avvale delle strutture, delle infrastrutture, dei servizi della Regione e del personale messo a disposizione. Può, altresì, avvalersi di personale del Servizio sanitario nazionale, di altri enti pubblici o, in casi particolari, di liberi professionisti, proponendo alla Giunta regionale la stipula di specifiche convenzioni e nei limiti previsti dall'art. 7 del D.L. vo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modifiche.

6. - L'Agenzia è diretta da un direttore generale, nominato dal Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della medesima. Il rapporto di lavoro del direttore generale è regolato da un contratto di diritto privato di durata quinquennale. Il direttore generale deve essere scelto tra esperti di riconosciuta competenza in materia di organizzazione e di programmazione. Il direttore è responsabile delle attività svolte e dei risultati dell'attività dell'Agenzia. Il direttore generale è tenuto a presentare le documentazioni relative alla attività di programmazione ed alle risultanze della gestione, riferite alla Agenzia sanitaria regionale, nelle stesse forme e con le stesse modalità previste dalla presente legge per le Aziende.

7. - Annualmente, in sede di riparto dei fondi, è fissato il finanziamento per l'Agenzia sanitaria regionale.

Art. 40

Vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile

1. - Il Collegio dei revisori esercita la vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile mediante verifiche infrannuali:

a) dell'applicazione delle norme della presente legge;

b) della regolare tenuta dei libri;

c) dell'affidabilità, della completezza e della correttezza delle procedure e delle scritture contabili;

d) degli adempimenti relativi agli obblighi fiscali.

2. - Il Collegio dei revisori accerta, almeno ogni trimestre, la consistenza di cassa e verifica la regolarità delle operazioni dei servizi di cassa interna.

3. - Al Collegio dei revisori sono trasmesse tutte le deliberazioni adottate dal direttore generale.

Art. 41

Vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale

1. - Il Collegio dei revisori esercita la vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale e si esprime, su richiesta del direttore generale, nelle fasi di programmazione e di pianificazione.

2. - Il Collegio dei revisori:

a) esprime un parere sul Piano programmatico, relativamente agli impegni economico-finanziari che ne possono derivare, sul bilancio economico e sul *budget* aziendale e redige, a tale scopo, specifica relazione da trasmettere alla Regolazione;

b) può richiedere dati e notizie utili alla verifica della fondatezza delle previsioni contenute nei bilanci e nei *budget*;

c) predispone trimestralmente una relazione per la Regione, per il direttore generale e per il sindaco o la Conferenza dei sindaci nella quale sia posto in chiara evidenza l'andamento del bilancio economico e del *budget* dell'aziendale. Ove necessario, invita il direttore generale ad assumere le iniziative volte a superare eventuali situazioni patologiche registrate nel corso della gestione.

3. - Nella relazione dell'ultimo trimestre il collegio esprime una valutazione complessiva sull'andamento della gestione, sotto il profilo dell'efficienza e dei risultati raggiunti.

Art. 42

Esame e valutazione del bilancio di esercizio

1. - Il Collegio dei revisori, con riferimento al bilancio di esercizio, deve esaminare e valutare in apposita relazione:

a) l'andamento della gestione dal punto di vista economico e finanziario, nonché le proposte e gli indirizzi tendenti a conseguire una migliore efficacia, efficienza ed economicità della gestione;

b) la regolarità e la correttezza nella tenuta della contabilità, nonché la corrispondenza fra le scritture contabili e le risultanze consuntive;

c) l'osservanza ed il rispetto dei principi contabili.

2. - Il Collegio dei revisori accerta la completezza delle rilevazioni e delle valutazioni previste dall'art. 50 e verifica la corrispondenza delle valutazioni patrimoniali con quelle previste nel regolamento di cui all'art. 21.

Art. 43

Modalità di svolgimento dei compiti del Collegio dei revisori

1. - I revisori possono in qualsiasi momento procedere, anche individualmente, all'esame ed al controllo degli atti dell'Azienda, previa comunicazione al presidente del collegio. Delle verifiche effettuate deve essere fatta menzione nei verbali del collegio.

2. - Il Collegio dei revisori può chiedere notizie al direttore generale o ad altri dirigenti sull'andamento della gestione o su determinate specifiche questioni.

3. - I documenti e gli atti sui quali il Collegio dei revisori deve esprimersi per la redazione delle relazioni in applicazione della presente legge devono essere trasmessi con congruo anticipo determinato dal regolamento di cui all'art. 21.

4. - Qualora, nell'ambito della propria attività, il Collegio dei revisori venga a conoscenza di gravi irregolarità nella gestione, è tenuto a darne immediata comunicazione al direttore generale, alla Regione e al sindaco o alla Conferenza dei sindaci.

5. - Il Collegio dei revisori dispone di una sede idonea messa a disposizione dal direttore generale, per lo svolgimento dei compiti assegnati dalla presente legge.

6. - Le comunicazioni di cui al comma 4 e le relazioni di cui al comma 3 dell'art. 41 sono depositate presso la Commissione consiliare «Sicurezza sociale».

Titolo VIII

SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

Art. 44

Finanziamento e gestione dei servizi socio-assistenziali

1. - L'Azienda può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi e con specifica contabilizzazione, all'interno della propria contabilità economica.

Art. 45

Gestione dei servizi socio-assistenziali

1. - Sulla base degli indirizzi definiti dalla Regione, in accordo con gli enti locali, le Province, le Comunità montane, l'Azienda allo scopo di assicurare il pareggio nella gestione dei servizi socio-assistenziali delegati deve stipulare con l'ente delegante una convenzione che:

a) stabilisca in modo puntuale le clausole che regolano contenuti e modalità di svolgimento dei servizi da realizzare;

b) richiami gli estremi della delibera dell'ente locale delegante con la quale l'ente medesimo assume impegno definitivo per l'importo totale previsto dalla convenzione stessa;

c) impegni l'ente locale delegante a definite scadenze nei pagamenti;

d) preveda l'adeguamento dell'onere entro il 30 novembre, sulla base dell'effettivo andamento gestionale e della rispettiva proiezione al termine dell'esercizio.

Art. 46

Rilevazione delle gestioni per conto

1. - Le Aziende che gestiscono attività o servizi socio-assistenziali e/o delegati sono tenute a:

a) allegare al bilancio economico preventivo distinti conti economici per ogni servizio gestito;

b) rilevare nella contabilità analitica gli oneri e i proventi riferibili a ciascuna gestione;

c) conseguire l'equilibrio economico-finanziario delle gestioni;

d) illustrare nella nota integrativa i valori economici ed i criteri adottati nella ripartizione dei costi comuni.

2. - Il regolamento di contabilità dell'Azienda dovrà determinare le modalità per la ripartizione dei costi comuni a più servizi, nel rispetto delle direttive emanate dalla commissione, di cui all'art. 21.

Art. 47

Fondo socio-assistenziale

1. - Il Fondo socio-assistenziale istituito con L. reg. 12 gennaio 1985, n. 2, e successive modifiche, concorre al mantenimento e al potenziamento della rete socio-assistenziale e al conseguimento delle finalità di cui alla lettera c) dell'art. 2 e all'art. 7 della L. reg. 12 maggio 1994, n. 19.

2. - Il Consiglio regionale determina con la legge finanziaria:

a) per la spesa corrente:

1) l'entità della quota destinata a emergenze socio-assistenziali, progetti, obiettivi e azioni promozionali d'interesse regionale;

2) l'entità della quota a finalità indistinta e di mantenimento;

3) l'entità della quota a destinazione finalizzata vincolata ad aree tematiche;

b) per la spesa di investimento:

1) l'area tematica e la finalità delle strutture o degli interventi oggetto di finanziamento.

Determina altresì le modalità di finanziamento delle opere autorizzate ai sensi dell'art. 12 della L. reg. 12 dicembre 1985, n. 29.

3. - Il Consiglio regionale determina con l'atto di approvazione della legge di bilancio l'iscrizione, in appositi capitoli di bilancio, della quota parte del Fondo sociale per:

a) spesa corrente;

b) spesa per interventi di investimento.

4. - I soggetti dei finanziamenti di cui al 2° e al 3° alinea della lettera a) e della lettera b) del comma 2 sono i Comuni singoli o associati, le Aziende Unità sanitarie locali, le Province, le Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (Ipab) e i soggetti non istituzionali.

5. - La Giunta regionale, sulla base delle indicazioni contenute nella legge finanziaria, determina, sentita la Commissione consiliare «Sicurezza sociale», con propri atti deliberativi le modalità di concessione e di erogazione dei finanziamenti.

6. - Le procedure indicate agli articoli 42 e 43 della legge regionale n. 2 del 1985 e successive modifiche continuano ad applicarsi per l'erogazione dei contributi in conto capitale di cui ai bandi pubblici prima dell'entrata in vigore della presente legge.

Titolo IX

NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 48

Il sistema di contabilità finanziaria

1. - Il sistema di contabilità finanziaria precedentemente adottato cessa di avere vigore a partire dal 1° gennaio 1986.

Art. 49

Il sistema transitorio

1. - Al fine di facilitare il passaggio alla contabilità economica, per il periodo transitorio in cui permane il sistema di contabilità finanziaria, la Giunta regionale predispone apposito regolamento per la disciplina delle registrazioni e degli adempimenti per i servizi finanziari e la gestione di cassa dell'Azienda.

Art. 50

Rilevazione e valutazione delle attività e passività esistenti

1. - Nell'esercizio 1995, per l'attivazione della contabilità economica, le Aziende rilevano le attività e passività esistenti al 1° gennaio 1995, ai sensi degli artt. 2424-bis e 2426 del codice civile, ed in particolare quelle concernenti:

a) le immobilizzazioni immateriali; devono essere rilevate con ricognizione straordinaria con i criteri di valutazione di cui ai numeri 1, 2, 5 e 6 dell'art. 2426 del codice civile e rilevate nello stato patrimoniale distintamente per costo storico e quota ammortizzata;

b) le immobilizzazioni materiali, ivi compresi i beni immobili, i beni mobili, le attrezzature, trasferiti dai Comuni ai

sensi del comma 1 dell'art. 5 del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni; sono rilevati in termini quantitativi sulla base del decreto di trasferimento. Per quanto concerne la valorizzazione, la Giunta regionale provvederà, con atto di indirizzo e coordinamento da emanarsi entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, a stabilire i criteri da adottare;

c) le rimanenze; sono rilevate sulla base dell'inventario fisico delle giacenze al 31 dicembre 1994, ed iscritte sulla base del costo medio ponderato continuo;

d) i crediti ed i debiti; sono rilevati dalle scritture contabili e/o dagli atti che hanno prodotto rapporti giuridici entro il 31 dicembre 1994 e sono iscritti secondo il valore presumibile di realizzo i crediti, ed al valore nominale, i debiti;

e) disponibilità liquide; sono rilevate dalle scritture contabili riconciliando i valori con l'effettiva giacenza al 31 dicembre 1994;

f) ratei e risconti; sono rilevati dalle scritture contabili e/o dagli atti che hanno fatto sorgere ricavi e proventi, costi ed oneri di competenza di altri esercizi. I ratei ed i risconti devono essere determinati con i criteri di cui al comma 5 dell'art. 2424-bis del codice civile.

2. - Le immobilizzazioni materiali già assegnate all'Azienda ed ancora esistenti al 31 dicembre 1994 debbono essere rilevate dai responsabili aggiornando i relativi inventari con i criteri di valutazione stabiliti dai nn. 1, 2 e 3 dell'art. 2426 del codice civile.

3. - Le immobilizzazioni in corso di esecuzione e non entrate in funzione debbono essere separatamente rilevate osservando i criteri di cui ai nn. 1 e 11 dell'art. 2426 del codice civile.

4. - I beni durevoli di valore unitario inferiore ad un milione di lire sono iscritti tra le immobilizzazioni ed il corrispondente ammortamento deve essere iscritto in diminuzione delle attività.

5. - Entro il 30 aprile 1995 il prospetto delle attività e passività in essere al 1° gennaio 1995 deve essere compilato, sottoscritto dal direttore generale, trascritto nel libro degli inventari e trasmesso in copia alla Giunta regionale.

Art. 51

Partecipazioni gestionali

1. - Nell'ambito di quanto previsto dall'art. 9-bis del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, la Giunta regionale, sentita l'Agenzia sanitaria regionale di cui all'art. 39, può autorizzare ed approvare specifici progetti di sperimentazione gestionale presentati dalle Aziende, autorizzando nel contempo la eventuale costituzione o partecipazione delle Aziende a società di capitali, fondazioni o consorzi, se ed in quanto previste e funzionali al progetto gestionale approvato.

2. - A tali società possono partecipare enti locali, soggetti privati, nei limiti e con le modalità disciplinate dalle vigenti disposizioni di legge.

3. - La costituzione o partecipazione a società è consentita a condizione che, sulla base di uno specifico piano economico e finanziario, sia dimostrata la convenienza economica e la migliore qualità dei servizi.

4. - Al termine degli specifici progetti di cui al comma 1, a seguito di verifica della necessità di mantenimento delle attività sviluppate, su autorizzazione regionale, le società costituite possono essere mantenute a regime.

Art. 52

Abrogazione di norme

1. - Sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari incompatibili con quelle della presente legge.

Art. 53

Dichiarazione d'urgenza

1. - La presente legge, dichiarata urgente ai sensi del comma 2 dell'art. 127 della Costituzione e del comma 2 dell'art. 31 dello Statuto regionale, entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

RAGIUSAN

Rassegna giuridica della sanità

Rivista mensile
di dottrina, giurisprudenza, documentazione
di interesse socio-sanitario

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

Who Collaborating Centre for Health Legislation

N. 4 della Collana «La legge delega»

Il decreto legislativo n. 517/93 «aggiornato» e le leggi regionali di attuazione

**Completa il volume
l'elenco dei direttori generali delle aziende sanitarie**

a cura di **Luigi D'Elia**



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

Ragiusan - Direttore responsabile: **Luigi D'Elia**

Pubblicazione registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 97/84 in data 10 marzo 1984
Fotocomposizione: **SIPIS** s.r.l. - Stampa: «Grafica Ripoli» s.n.c. - Tivoli

Nata dall'attenzione dell'A.S.D.A.S. per i suoi Associati

LA POLIZZA PER LA PROFESSIONE

POLIZZA CONVENZIONE
DIRETTORI
AZIENDE
SANITARIE

RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

L'A.S.D.A.S., APPROFONDENDO IL TEMA DEI RISCHI PROFESSIONALI CONNESSI AL NUOVO ORDINAMENTO ORGANIZZATIVO DEL SETTORE SANITARIO, PROPONE AI SUOI ASSOCIATI UN PRODOTTO ASSICURATIVO, COMPLETO ED INNOVATIVO, A COPERTURA DELLA LORO RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE.

CON LA CONSULENZA DELLA RASINI VIGANÒ ASSICURAZIONI (UNO DEI PIÙ IMPORTANTI BROKER ASSICURATIVI ITALIANI A LIVELLO INTERNAZIONALE), È STATA CREATA A QUESTO FINE, LA POLIZZA CONVENZIONE, STIPULATA DALL'A.S.D.A.S. CON ASSITALIA.

IL CONTRATTO, MOLTO BEN ARTICOLATO, È STATO STUDIATO AD HOC PER GARANTIRE AGLI ASSOCIATI DI ADEMPIERE ALLA LORO FUNZIONE CON I MIGLIORI PRESUPPOSTI E LA MASSIMA SERENITÀ.

PER INFORMAZIONI E ADESIONI RIVOLGERSI A:
RVA RASINI VIGANÒ ASSICURAZIONI SIG. P. CASANA
TEL. 02/7709.245 o SIG.RA C. CROSIÒ TEL.
02/7709.256 - FAX 02/781379

A.S.D.A.S.

RVA RASINI VIGANÒ
ASSICURAZIONI

RVA

RASINI VIGANÒ ASSICURAZIONI

LA RASINI VIGANÒ ASSICURAZIONI OPERA NEL
MERCATO ASSICURATIVO DAL 1958.

IL GRUPPO RASINI VIGANÒ HA UNA DIMENSIONE
INTERNAZIONALE, essendo direttamente presente con le
sue Società controllate nei seguenti Paesi: Argentina,
Bahamas, Brasile, Francia, Germania, Gran Bretagna,
Lussemburgo, Olanda, Spagna, Svizzera.

LA RASINI VIGANÒ ASSICURAZIONI ha costituito la
RASINI VIGANÒ LIMITED, con sede a Londra, *prima*
Società di capitale italiano operante direttamente sul
mercato internazionale come LLOYD'S BROKER.

IL GRUPPO RASINI VIGANÒ è collocato in graduatoria
tra i PRIMI BROKERS ASSICURATIVI IN ITALIA.

LA RASINI VIGANÒ ASSICURAZIONI dispone al pro-
prio interno di una STRUTTURA SPECIALIZZATA NELLA
GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE ASSICURATIVE
DEGLI ENTI PUBBLICI IN GENERE E DELLE AZIENDE
SANITARIE IN PARTICOLARE.

Costo dell'abbonamento per l'anno 1995: L. 215.000

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'invio dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato, l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere inoltre gli interessi di mora, nella misura del 2% (dueper cento) mensile, sul prezzo di abbonamento. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuare il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento dell'abbonamento, per essere considerato immediatamente liberatorio, dovrà essere effettuato con versamento sul:

c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** - Viale Parioli, 77 - 00197 Roma

Il prezzo di abbonamento per l'anno 1995 è fissato in:

L. 215.000 per l'abbonamento ordinario
L. 500.000 per l'abbonamento sostenitore

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina di L. 60.000).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Le richieste di mutamento di indirizzo vanno accompagnate da L. 1.000 in francobolli.

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.

ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556) L. 200.000
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) L. 200.000
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) L. 200.000

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di L. 510.000, anziché L. 600.000, e, nel caso siano richieste più copie, sarà praticato uno sconto particolare.