

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 **Andare oltre l'attualità**
- Sez. 1^a - **Saggi e ricerche**
8 **Flussi finanziari e ritardi di pagamento nel sistema sanitario nazionale**
di Germana di Falco
- Sez. 2^a - **Commenti**
22 **Cambiamenti nell'assistenza farmaceutica: deregolamentazione per il rilancio del settore**
di Attilio Gugiatti
- 26 **Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie a quota capitaria ed a prestazioni. Una proposta di applicazione**
di Giuseppe Molignini
- Sez. 3^a - **Esperienze innovative**
36 **Dipartimento di prevenzione: ipotesi organizzativa nella azienda sanitaria locale di Firenze**
di Enrico Roccato
- 45 **Il controllo della gestione e la determinazione del costo per profilo di cura: il caso del dipartimento di gastroenterologia dell'ospedale «Le Molinette» di Torino**
di P. Alaria, A. Antognozzi, F. Rosina
- Sez. 4^a - **La sanità nel mondo**
60 **Il governo dei servizi sanitari regionalizzati: l'esperienza della Catalogna**
di Gianmaria Battaglia
- 69 **Struttura e riforma del sistema sanitario Canadese**
di Alessandro Zanca
- 77 **I costi amministrativi in sanità: un confronto internazionale**
Office of Technology Assessment, United States Congress
- Sez. 6^a - **Biblioteca**
84 **Recensioni**
88 **Novità bibliografiche**
91 **Spoglio riviste**
93 **Bibliografia monotematica**
96 **Tesi di laurea**
- Appendice - **Documenti**
100 **Flussi finanziari e ritardi di pagamento nel sistema sanitario nazionale**
117 **Dipartimento di prevenzione: ipotesi organizzativa in una azienda sanitaria locale di Firenze**

ANDARE OLTRE L'ATTUALITÀ

Oggi si parla e si dibatte molto sulla gestione aziendale nella sanità, sul management, sui diversi modelli di Direzione Generale.

Chi, da tempo ha teorizzato e auspicato la necessità di applicare tali concetti alla realtà del sistema sanitario prova una certa soddisfazione nel verificare che le proprie idee e le proprie intuizioni sono state recepite, ma allo stesso tempo prova un grande disagio dovuto ai seguenti fatti:

1) grande divario tra le cose che si dicono e le cose che si fanno, tra il cosiddetto «management parlato» e il «management applicato»: è più facile parlare di management e di managers che non fare effettivamente il manager;

2) l'entrata in campo di persone che «scoprono oggi» i problemi di gestione della sanità e delle aziende sanitarie e li affrontano in modo semplicistico senza rendersi conto che la complessità dei problemi reali e la ricchezza delle risposte e delle applicazioni è spesso assai «più avanzata» delle teorie e della stessa consulenza: in sostanza, oggi accade che «chi ha scoperto da poco il mondo della sanità» ponga i problemi e proponga soluzioni che sono «arretrate» rispetto alla realtà e quindi costituiscono un freno al cambiamento: infatti va ricordato che chi ha conoscenze avanzate di metodi e tecniche di management, ma conosce superficialmente la realtà

cui essi devono applicarsi, non favorisce il progresso, ma fa solo perdere tempo;

3) la non sempre chiara comprensione dei fattori che determinano una complessità strutturale dei problemi della sanità e le oggettive difficoltà nella loro soluzione: chi non conosce a fondo la realtà della sanità spesso ritiene che i problemi nascono dal fatto che in passato non si siano applicati gli strumenti del management e della razionalità economica e che sia sufficiente introdurre le logiche, i metodi e i criteri aziendali per diminuire in misura rilevante il livello di insoddisfazione verso il sistema sanitario, cosa questa che in buona parte rappresenta una illusione poichè i problemi reali sono di tipo strutturale come è dimostrato dal fatto che tutti i Paesi progrediti (qualunque sia il modello adottato) si trovano a fronteggiare gravi difficoltà sul piano economico e della soddisfazione della popolazione;

4) si discute su principi, criteri, metodi e tecniche di management (valutazione della efficacia sanitaria, della performance di tipo economico, di programmazione e controllo di gestione, di politiche del personale, ecc.) senza tenere conto che la variabile veramente critica oggi è il tempo: si discute a lungo della necessità di trovare un giusto equilibrio tra funzionalità e legalità, tra economicità e so-

cialità, tra efficienza e umanizzazione della sanità, tra professionalità tecnico-specilistica e professionalità manageriale e si allungano i tempi decisionali, senza rendersi conto che le necessità e le risposte concrete cambiano di giorno in giorno, molto più rapidamente di quanto non ci si renda conto e spesso «prescindono» dalle norme e dalle regole formali: chi scrive è convinto che vi sia un crescente divario tra «management applicato» e «teorie del management per la sanità» o detto in altre parole molte teorie di management cosiddetto «avanzato» siano completamente staccate dalle prassi ottimali del nostro sistema e dalla sua concreta possibilità di applicazione, cosicché servono non a migliorare la sanità, ma ad aumentare il prestigio (di breve periodo) di chi le propone;

5) in una società in rapida evoluzione, quando si avvertono certe sfide, esse di fatto sono già vecchie: oggi si parla molto di poteri e delle responsabilità dei manager, dei sistemi di competizione, della qualità e del rapporto qualità e costo mentre i problemi cui «dovremmo prepararaci» sono quelli di come «gestire le crisi degli ospedali e dei servizi territoriali» (se la competizione funzionerà davvero produrrà una selezione), di «come gestire» il crescente divario tra attese (o aspirazioni) della popolazione in tema di tutela della salute e livelli di

assistenza che concretamente le Usl e gli ospedali sarebbero in grado di erogare, ad erogare (divario destinato strutturalmente ad aumentare), di «come realizzare la riconversione» professionale del personale in conseguenza dell'evoluzione delle tecnologie e dei modelli organizzativi della offerta.

Mentre nella politica quotidiana occorre affrontare «le sfide di oggi», nei momenti di confronto e di dibattito occorrerebbe già individuare le sfide del domani e prepararsi ad affrontarli (cogliere i «segnali deboli» del cambiamento). Invece, e questa è la tipica debolezza della realtà italiana, si è costretti nel dibattito a confutare concettualmente comportamenti ormai superati dai fatti e condannati dalla realtà (come normative inconciliabili e di dettaglio, controlli formali, ecc.) senza poter «prepararci al futuro». A parere di chi scrive oggi il dibattito sul management sanitario è più «rivolto al passato» (come giustificare l'abbandono di regole e norme che comunque sono superate) che non «rivolto al futuro» (come prepararsi ad affrontare i problemi nuovi).

Le ragioni logiche della sfida manageriale

Oggi si avverte l'esigenza della sfida manageriale nella sanità per questi motivi:

— è aumentato il divario tra ciò che si può fare in tema di tutela della salute sul piano scientifico, e ciò che si riesce a fare;

— è fallita l'illusione di poter «dare un ordine di priorità» ai bisogni sanitari tramite la programmazione;

— è aumentata, ed è più ampiamente condivisa, la percezione, secondo cui l'affermazione del diritto alla tutela della salute deve essere seguita dalla

capacità di erogare effettivamente dei servizi.

A tale esigenza si può dare una corretta risposta se è chiaro che:

1) l'economia e il management sono la «scienza dei mezzi e non dei fini» e che quindi la «razionalità economica e manageriale» non può entrare nella sfera della definizione dei fini di tutela della salute: in sostanza le politiche sanitarie non vanno definite con criteri economici, ma devono invece tenere conto, dei vincoli posti dalla limitatezza delle risorse;

2) le «regole economiche» poste alla base del sistema condizionano i comportamenti: non si possono introdurre regole di competizione e poi chiedere ai Direttori Generali di preoccuparsi dell'equilibrio generale (della Regione, del Paese) poichè ognuno cercherà prima di far quadrare i propri bilanci (su cui è valutato) e poi di concorrere all'equilibrio generale e se si introducono sistemi di «pagamento a prestazione» ci si deve attendere che nascano spinte all'aumento del numero delle prestazioni di tipo proprio, copertura di bisogni in precedenza insoddisfatti, ma anche di tipo improprio, cioè non correlati ad un reale bisogno;

3) pertanto occorre stare attenti alle regole, poichè non si possono introdurre «regole che privilegiano certi comportamenti» e poi chiedere alle

persone, ad esempio ai Direttori Generali, di comportarsi «per il bene comune»: non si possono confondere le regole organizzative, le regole del finanziamento con i comportamenti etici e morali.

Date queste premesse si può ricordare che management vuol dire gestire, cioè passare dagli obiettivi alla loro realizzazione, dalle politiche all'azione quotidiana. Oggi il compito cui si trovano di fronte i pubblici poteri e i responsabili della sanità è quello di passare dalla sensibilizzazione sull'importanza al management alla diffusione delle politiche di management, alle applicazioni.

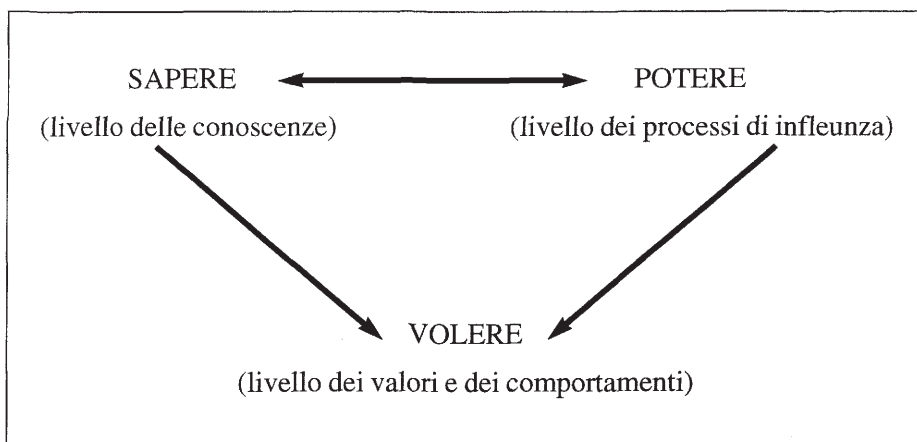
Il management, come funzione, e i manager, come persone, rappresentano per le «organizzazioni complesse» (e tali sono sicuramente le aziende sanitarie) la cinghia di trasmissione che trasforma:

— i progetti, e le politiche in concreta operatività;

— i problemi in soluzioni «praticabili e fattibili» e non in soluzioni «teoriche e astratte»;

— i modelli di riferimento in effettivi e praticabili processi di cambiamento.

Cambiamento che è possibile, fattibile e praticabile solo se si è in grado di raggiungere un soddisfacente equilibrio tra sapere, potere, volere (come indicato nella figura).



Quindi chi vuole effettivamente il cambiamento e non si limita ad auspicarlo, proporlo, suggerirlo, deve trovare un giusto equilibrio tra questi elementi, deve evitare alcuni tipici errori che possono essere così riassunti:

A livello di sapere:

— pensare che le soluzioni ai problemi della sanità già esistono e si tratta solo di scoprirli e applicarli (magari importandoli tout court dal mondo delle imprese o da altri Paesi): secondo molti e autorevoli studiosi le organizzazioni dell'offerta dei servizi di tutela della salute (gestione dell'ospedale, e ancor più dell'azienda di servizi sanitari) si colloca al vertice della scala della complessità e pertanto ad esse non possono essere trasferite sic et simpliciter i metodi e le tecniche di management delle imprese industriali, commerciali, bancarie e gli altri servizi, ma occorre invece riflettere sulla realtà e sui comportamenti dei diversi «soggetti» ed elaborare soluzioni ad hoc per il governo dei processi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione;

— oppure pensare, errore di segno contrario, che l'esperienza sia di per sé significativa e che quindi sia possibile dare una validità generale a «soluzioni che hanno funzionato in specifiche realtà» (errore della generalizzazione di soluzioni particolaristiche);

— pensare «come spesso suggerisce qualcuno influenzato da eccessi di protagonismo e di semplificazione, che non sia necessario perdere tempo e che sia sufficiente copiare i modelli e le soluzioni dei Paesi che sono più avanti del nostro»: a parte il fatto che oggi in tutti i Paesi progrediti esistono forti critiche sui rispettivi sistemi sanitari e tutti hanno attivato processi di cambiamento, (e quindi non si saprebbe bene da chi copiare), va ricordato che dalla esperienza di altri non si possono copiare modelli e soluzioni,

ma solo i processi o le basi logiche del cambiamento.

Con riguardo a quest'ultimo punto si può dire che si rischia di «copiare ciò che gli altri stanno cambiando perchè non ha funzionato bene» (come è accaduto in parte per il SSN nei confronti del NHS inglese) e va inoltre sottolineato che nei sistemi sociali e in genere nei sistemi fortemente dinamici non serve copiare le soluzioni, ma serve acquisire le conoscenze e le competenze per cambiare e per adattarsi. Non serve «imparare le soluzioni», ma «apprendere le determinati delle conoscenze» (imparare ad imparare e ad adattarsi).

I tipici errori che riguardano la sfera del potere e che sono da evitare possono essere così riassunti:

— costituire «aziende» sul piano formale senza creare le condizioni di ambiente affinché esse possano operare come tali: ad esempio se si mantengono lunghe procedure formali, obblighi formali da rispettare, condizioni di cronica sottostima dei finanziamenti, procedure rigide per l'utilizzo del personale, ecc. non si potranno mai avere «aziende» in senso economico, ossia «unità» i cui risultati dipendono dalla qualità delle proprie scelte;

— applicare metodi di governo e di programmazione (a livello nazionale e regionale) che prevedono l'uniformità dei comportamenti: se si vuole un sistema di aziende occorre accettare che vi sia l'uniformità delle regole e dei criteri, ma che vi sia una strutturale differenza dei comportamenti reali e delle soluzioni concrete;

— cercare di governare le aziende tramite un sistema di vincoli-punizioni, le aziende si governano, si guidano tramite un sistema di autonomia delle decisioni e responsabilizzazione sui risultati che preveda premi e incentivi in caso di risultati positivi e «punizioni» o disincentivi in caso di risultati

negativi: tuttavia le conseguenze di positivi o negativi risultati delle decisioni aziendali devono essere valutate con strumenti organizzativi (avanzamenti o semmai blocchi e spostamenti sul piano della carriera e delle responsabilità economiche) e non con strumenti giuridici (ad esempio responsabilità «per danno o altri simili»).

I tipici errori da evitare sul piano del volere, delle volontà, sono così riassumibili:

— ricercare condizioni di certezza e di chiarezza delle norme: il contesto sociale, istituzionale, politico in cui si trova la sanità è caratterizzato per definizione da elevatissima incertezza e i Direttori delle aziende devono avere una elevata propensione al rischio, poiché senza rischio non si ha gestione aziendale;

— ritenere che vi sia sempre una correlazione diretta tra decisioni e risultati: data la complessità dei problemi e la grande rapidità dei cambiamenti accade sempre più spesso a chi dirige «aziende di servizi pubblici» (come nel caso della sanità) di subire gli effetti e di essere valutato per le conseguenze di decisioni prese da altri in tempi precedenti e di decidere «per creare condizioni positive e ottenere risultati» di cui altri potranno godere i vantaggi;

— rivendicare spazi di autonomia decisionale sul piano formale: gli «spazi decisionali» in parte sono dati, dalla normativa esistente e da decisioni di organi «esterni» (lo Stato, la Regione, gli organi e gli interventi alla magistratura), ma in parte si conquistano con la qualità e razionalità delle proprie scelte;

— ritenere che la buona gestione di azienda significhi e si riduca alla applicazione di principi e di criteri di «razionalità»: per molti problemi specie nel settore sanitario, non esistono soluzioni «ottimali» sul piano

tecnico, economico e organizzativo e allora occorre che il decisore, il dirigente si faccia guidare da valori «etici», ossia da valori di ordine superiore.

Quando si discute di problemi della salute si sentono contrapporre i principi e i criteri dell'economia e della razionalità ai principi etici, della umanizzazione, della solidarietà. Il problema è nel posto, poiché se si mantengono l'economia e il management nella loro corretta sfera di sistemi di conoscenze «strumentali» rispetto ai fini, si dovrà chiedere ai responsabili della sanità di applicare le conoscenze tecniche, organizzative ed economiche (essere razionali) e di mettere in campo i propri valori etici non per andare contro la razionalità, ma ogni volta che i criteri della razionalità non sono di per sé sufficienti per decidere.

Come affrontare la sfida del riordnamento del SSN

La sfida dei Direttori Generali delle aziende sanitarie è quello di cercare di far funzionare il sistema delineato dai decreti legislativi 502/93 e 517/93 che prevedono (e promettono alla popolazione) di erogare i livelli assistenziali definiti dallo Stato e precisati dalle Regioni (nell'ambito della loro autonomia) con una più elevata effi-

cienza tramite l'attivazione di una competitività tra le «unità che producono ed erogano servizi». Per ottenere ciò occorre tenere presenti alcuni concetti di base:

1) il «mercato» e la «competizione» non sono «automatismi» e «meccanismi», ma sono un sistema istituzionale, ossia il risultato di una serie di comportamenti di soggetti (fisici e giuridici) a loro volta condizionati dalle regole che sono definite;

2) la competizione in sanità non può prescindere dal fatto che esiste una forte interdipendenza tra i vari soggetti (fisici e giuridici) e che quindi essa può realizzarsi e può essere positiva solo in presenza di una capacità di governo forte: ciò vuol dire che se oggi si riafferma la «centralità» del ruolo delle Regioni occorre rafforzare le Regioni sul piano tecnico-professionale e degli strumenti conoscitivi (dei flussi di pazienti, dei costi, ecc.) e sul piano politico (livello che peraltro dipende da dinamiche politico-istituzionali).

Si possono fare tutti i confronti tra Italia e altri Paesi, ma si deve considerare che la differenza di fondo stia nel fatto che in Italia l'identificazione con le istituzioni è bassa (senza dare alcun giudizio morale o politico) mentre in altri Paesi, il senso delle istituzioni è molto alto. Ciò vuol dire che i Direttori Generali delle aziende, per

poter svolgere correttamente il loro ruolo, devono contribuire come singoli e come associazioni a rafforzare il ruolo e la capacità di governo delle Regioni e dallo Stato.

Chi crede di avere più spazi di manovra e di autonomia di fronte a Regioni e allo Stato «debole» resterà amaramente deluso poiché Regioni (e Ministero) deboli sul piano degli indirizzi di politica sanitaria creeranno un livello tale di incertezza a cui tutti, anche i migliori, difficilmente potranno operare correttamente e con il minimo di razionalità necessaria;

3) la logica verso cui dovranno muoversi i Direttori Generali delle «aziende» (sia ospedaliere che, soprattutto, territoriale) è quella di organizzare l'offerta secondo modelli in cui diminuisce il ruolo dei presidi «fisici» e aumenta il ruolo della «circolazione dei servizi».

Bisogna ridurre al minimo i modelli secondo cui si portano i pazienti verso le strutture e occorre orientarsi verso modelli in cui «i servizi vanno verso i pazienti»;

4) va infine ricordato che in un sistema professionale non ci si può affidare a sistemi organizzativi di tipo gerarchico, ma occorre orientarsi verso sistemi organizzativi di tipo «negoziale» e fondati su regole di «autoresponsabilizzazione dei professionisti».

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 Balilla, 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

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

FLUSSI FINANZIARI E RITARDI DI PAGAMENTO NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

di Germana Di Falco

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

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Flussi finanziari e ritardi di pagamento - 3. Indicatori di performance e di struttura finanziaria - 4. La matrice di posizionamento - 5. Conclusioni a partire da un sondaggio tra provveditori economici.

Long delays in payment represent is one of the most typical characteristics of expenditure processes in National Health Service and one of the main problems for the suppliers cash flow-and commercial policy.

This study is aimed at analysing payment performances in Local Health Units and hospitals, comparing the values of four different indicators, both economic and financial.

Achieved results allow to consider in their different aspects the causes of bad payment performances and lead to recognize decisional and managerial instruments for improving the processes of payments and expenditures in NHS.

1. Introduzione

Nonostante la legge preveda un termine contrattuale di 90 giorni, gli acquisti da parte delle aziende sanitarie pubbliche si caratterizzano sempre più spesso per i notevoli ritardi con cui vengono pagate le forniture.

La legge 724/94 (legge finanziaria 1995) ha influenzato le dinamiche dei tempi di pagamento in modo ambivalente. Da un lato, relativamente alle nuove gestioni (1995 e successivi), ha introdotto alcuni meccanismi che, incidendo fortemente sulle valutazioni di convenienza dei singoli soggetti, possono portare a modifiche effettive dei comportamenti individuali con riflessi immediati sul raggiungimento di condizioni «fisiologiche» nelle performance di pagamento. Basti pensare, a tal proposito, alla responsabilità del direttore generale in caso di non avvenuto pagamento entro 90 giorni dalla data di ricevimento della fattura. Relativamente alle gestioni ante 1995, invece, il meccanismo della gestione a stralcio previsto per gli

esercizi precedenti il 31 dicembre 1994 ha a tutti gli effetti prodotto un congelamento nelle procedure di pagamento — fino alla stipula di mutui a copertura dei disavanzi e/o al completo trasferimento dei fondi dagli organi centrali o sovraordinati alle unità periferiche — che si è tradotto in un temporaneo peggioramento dei tempi di esposizione.

Di fatto tuttora i pagamenti delle forniture da parte delle aziende sanitarie pubbliche vengono effettuati con ritardi medi superiori ai 300 giorni, con riflessi rilevanti sulle scelte e sui problemi legati all'investimento in capitale circolante e alla gestione complessiva del credito commerciale delle imprese fornitrici, specie nei casi in cui il cliente pubblico ha un'incidenza non trascurabile sul fatturato aziendale.

Questo problema, comune in forma più o meno accentuata alla generalità dei fornitori delle USL, viene sovente ricollegato alle procedure formali che caratterizzano il settore sanitario sul versante delle spese ed alle condizioni

della finanza pubblica i cui continui disavanzi determinano un'oggettiva impossibilità di pianificare i flussi finanziari in entrata e in uscita. Tuttavia, pur riconoscendo l'assoluta verità di tali affermazioni, questo saggio si propone di fornire una diversa chiave di lettura del fenomeno dei ritardi attraverso una visione complessiva delle variabili critiche e l'elaborazione di alcuni strumenti che consentano di monitorare stabilmente le performan-

Si ringraziano per la collaborazione tutti i membri del gruppo di lavoro su Flussi finanziari nel Servizio sanitario nazionale: Elio Borgonovi, direttore Ce.R.G.A.S. Università Bocconi, Milano; Manin Carabba, consigliere Corte dei Conti; Emanuele Carabotta, ragioniera generale dello Stato IGESPA divisione 11, Ministero del tesoro; Umberto D'Agnolo, direttore settore Provveditorato ed Economato U.s.l. Venezia; Carla Ottanelli, funzionario A.B.I.; Pier Sergio Serventi, direttore generale U.s.l. Piacenza; Giorgio Valentini, servizio centrale Programmazione sanitaria, Ministero della Sanità; Antonio Iantosa, direttore generale Farmafactoring S.p.A.

Nella rubrica Documenti, Appendice, sono riportate le tabelle.

ce di pagamento delle nuove aziende sanitarie.

2. Flussi finanziari e ritardi di pagamento

La reale dimensione del problema dei tempi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche può essere evidenziata attraverso un esame su scala nazionale degli andamenti di tre ordini di grandezza:

- l'ammontare globale degli scoperti a carico delle aziende sanitarie;
- i tempi medi di pagamento dei debiti di fornitura (1);
- l'ammontare delle giacenze in conto tesoreria.

Nel periodo compreso tra il 30 giugno 1992 e il 31 gennaio 1995, i tempi di pagamento (fig. 1) e l'ammontare globale degli scoperti (fig. 2) hanno mostrato andamenti corrispondenti e una leggera tendenza ad attestarsi su valori medi inferiori. Questa diminuzione tuttavia è stata più formale che sostanziale, poiché in parte essa può essere ricondotta alla scelta di escludere dal calcolo delle esposizioni e dei giorni di scoperto gli interessi debitori.

A fronte del permanere costante delle dimensioni del debito, nello stesso periodo di riferimento si è rilevato un ammontare elevato ed in continuo aumento delle giacenze di tesoreria (risorse di competenza delle U.S.L. che le U.S.L. non hanno utilizzato). Dal dicembre 1991, la crescita complessiva è stata del 59% (fig. 3), totalmente imputabile all'andamento delle giacenze in conto corrente (+ 122%), dal momento che le giacenze in conto capitale hanno registrato, in linea di massima, valori costanti.

Una lettura incrociata di questi dati permette di mettere in evidenza come nelle aziende sanitarie persista un'elevata esposizione debitoria con notevoli ritardi nei tempi di pagamento, no-

stante i conti di tesoreria facciano registrare un ammontare di giacenze rilevante e crescente nel tempo.

A fronte di una tale contrapposizione, è possibile ricondurre i ritardi di pagamento a tre ordini di cause:

1) condizioni esterne rispetto alle singole aziende sanitarie che impediscono una gestione ottimale dei processi di acquisto e di pagamento delle

forniture (come, ad esempio, ritardi o insufficienze nei trasferimenti di fondi da parte degli organi sovraordinati di primo e di secondo livello o vincoli di natura legale legati a procedure di pignoramento dei fondi in giacenza);

2) condizioni interne all'ente pubblico ma da questo non governabili se non in minima misura che incidono sulla gestione dei debiti di fornitura

Figura 1 - Andamento dei giorni di scoperto (media nazionale)

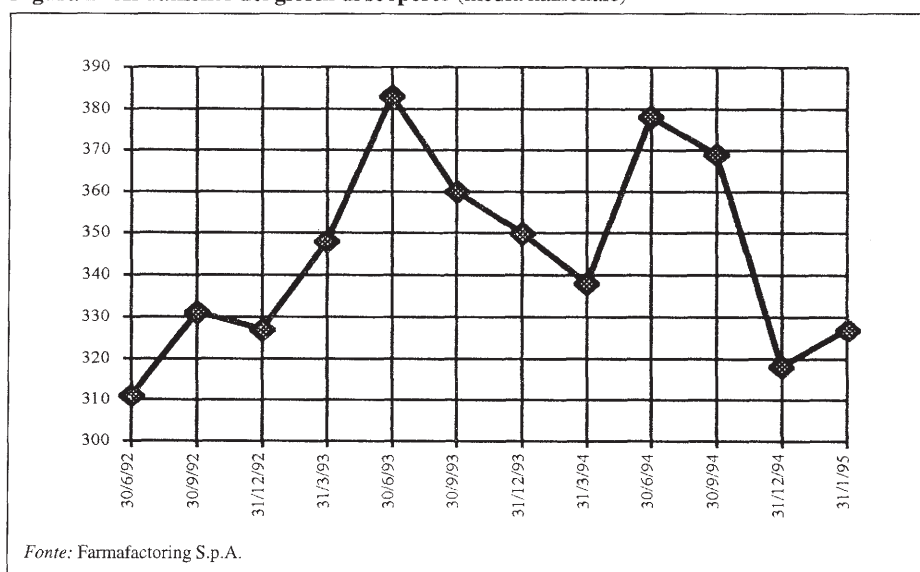


Figura 2 - Ammontare dello scoperto globale (valori in miliardi di lire)

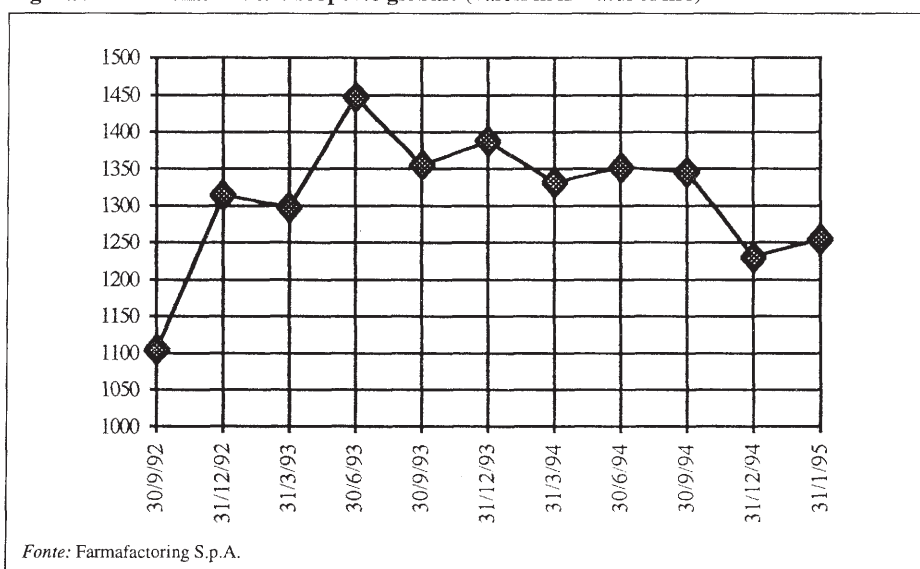
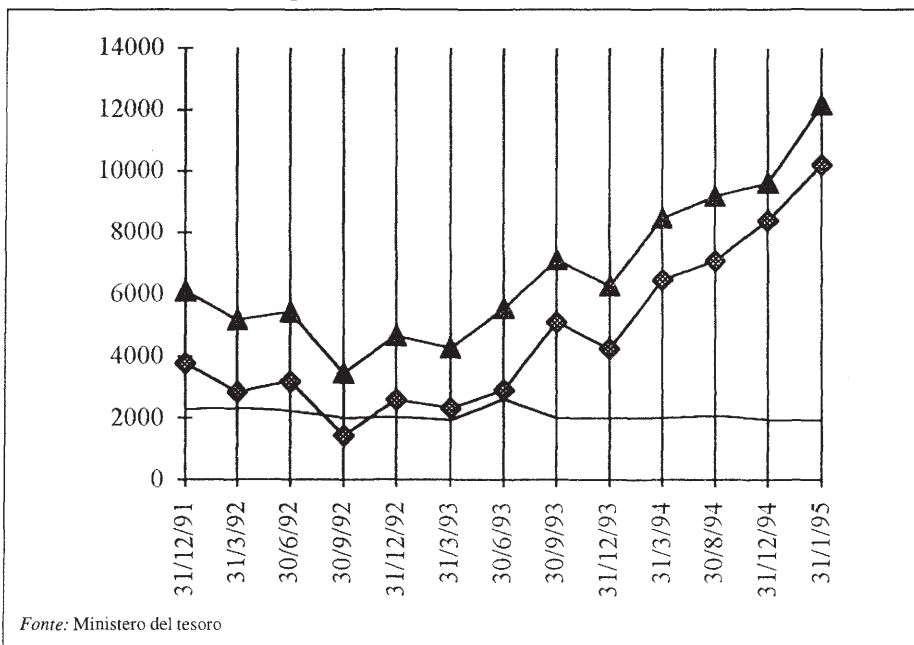


Figura 3 - Andamento delle giacenze di tesoreria (valori in miliardi di lire)



(come, ad esempio, gli effetti derivanti dal formalismo delle procedure legato alla natura pubblica dell'acquirente);

3) condizioni interne alla singola azienda sanitaria e da questa direttamente governabili che impediscono di gestire adeguatamente i flussi in entrata e in uscita (come, ad esempio, l'esistenza di inefficienze a livello organizzativo, le condizioni di funzionamento derivanti dalla struttura amministrativo-contabile degli enti, il grado di autonomia/decentramento nella gestione degli ordini da parte delle dipendenze destinatarie della merce o la scelta di anticipare/posticipare i flussi di cassa in relazione alle diverse categorie di fornitori).

I dati relativi all'ammontare di giacenze permettono di ridimensionare l'incidenza dei vincoli esterni di sistema (ritardo nelle modalità di assegnazione e di trasferimento delle risorse da parte degli organi centrali alle Regioni), come confermano anche i dati relativi al riparto del fondo sanitario nazionale e ai ripiani dei disavanzi riportati in appendice. Pur permanendo

una divaricazione forte tra trasferimenti ed entrate per contributi propri a livello regionale e tra stanziamenti del F.S.N. e disavanzi, esistono risorse e meccanismi per la copertura dei disavanzi e per il finanziamento delle gestioni a stralcio che le regioni non hanno, se non parzialmente, utilizzato.

Il rapporto rilevato tra giacenze in conto corrente e giacenze in conto capitale permette inoltre di osservare come sicuramente incida sulle performance di pagamento delle aziende sanitarie l'esistenza di vincoli di tipo legale (procedure di pignoramento) che limitano l'utilizzo dei fondi di tesoreria. È possibile infatti riscontrare una correlazione molto forte tra l'ammontare delle giacenze in conto corrente (che sono quelle più frequentemente sottoposte a provvedimento esecutivo) ed il numero di procedimenti legali attivati nei confronti delle U.S.L. su base regionale (2).

Infine, considerando i dati relativi all'ammontare dei residui passivi per le diverse aree di spesa delle U.S.L. ed il rapporto tra percentuale regionale di

giacenza in conto corrente sul totale nazionale e percentuale di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale (3), emergono indubbiamente come rilevanti i vincoli legati a inefficienze/incapacità interne nella gestione dei flussi in entrata e in uscita. A parte due soli casi in cui l'ammontare delle giacenze in conto corrente si mostra strutturalmente insufficiente a coprire l'ammontare dello scoperto (Marche ed Emilia), la percentuale di giacenze rispetto al totale nazionale è sempre superiore alla percentuale di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale. Questo implica una lentezza nei pagamenti non riconducibile ad un maggiore ammontare di risorse da amministrare che, qualora non sia frutto dell'esistenza dei vincoli di natura legale prima esaminati (procedure di pignoramento che generano l'indisponibilità delle risorse), può essere spiegata solo con l'esistenza di inefficienze interne.

In maniera analoga, l'analisi dell'ammontare dei residui passivi per le diverse aree di spesa delle Unità sanitarie locali (personale, farmaceutica convenzionata, materiali di consumo, ecc.) permette di rilevare percentuali di pagamenti su impegni fortemente differenziate a seconda dei diversi aggregati di bilancio. Mentre il personale dipendente, la farmaceutica convenzionata, la medicina di base appaiono aree di spesa a forte capacità contrattuale con percentuali di pagamenti su impegni superiori al 70%, i dati relativi alle percentuali pagamenti su impegni confermano come le forniture di farmaci e materiali diagnostici siano aree di spesa deboli in cui le Unità sanitarie locali ritardano in maniera più o meno consapevole, i pagamenti ai fornitori (percentuali di pagamenti su impegni inferiori al 30 per cento).

Di fatto quindi, i tre ordini di cause prima richiamati concorrono, anche se

con pesi diversi, a determinare i ritardi di pagamento (fig. 4). Va, però, notevolmente diminuito il rilievo solitamente attribuito alla carenza di risorse come variabile esplicativa delle cattive performance delle Unità sanitarie locali.

3. Indicatori di performance e di struttura finanziaria

I dati a livello regionale evidenziano valori significativamente diversi tra di loro (vedi allegato n. 7 nell'appendice). In relazione a queste differenze, può essere utile procedere all'elaborazione di alcuni indici che consentano:

— di identificare, pur in un quadro già di per sé anomalo quale quello dei rapporti di credito e fornitura tra le imprese e le aziende sanitarie, alcune situazioni di «particolare anomalia»;

— di confrontare situazioni diverse nello stesso periodo di riferimento o la stessa situazione in tempi differenti, per effettuare una valutazione di andamenti dissimili nelle dinamiche finanziarie e classificare le diverse realtà regionali (o le singole aziende sanitarie) in base al grado di rischio o criticità;

— di definire valori limite di riferimento in grado di segnalare con tempestività situazioni critiche o in via di peggioramento;

— di individuare le cause più probabili a monte di determinate performance di pagamento per attuare le strategie più opportune in relazione al singolo caso, sia sul piano delle politiche istituzionali da parte degli organi di governo sia su quello delle politiche commerciali da parte delle imprese fornitrici.

Gli indici proposti sono stati elaborati a partire dai dati relativi ai tre ordini di grandezze già considerati su scala nazionale e per la loro definizione si è fatto riferimento, in maniera implicita o esplicita, a un valore medio che

funge da norma. Di conseguenza, tutti i quozienti proposti possono trovare applicazione sia su scala nazionale, per valutare le differenze esistenti a un livello di aggregazione regionale, sia su scala regionale, per individuare particolari anomalie a livello di singola azienda sanitaria, nonché a livello di azienda Unità sanitaria locale o azienda ospedaliera per misurare lo scostamento da valori standard o ottimali.

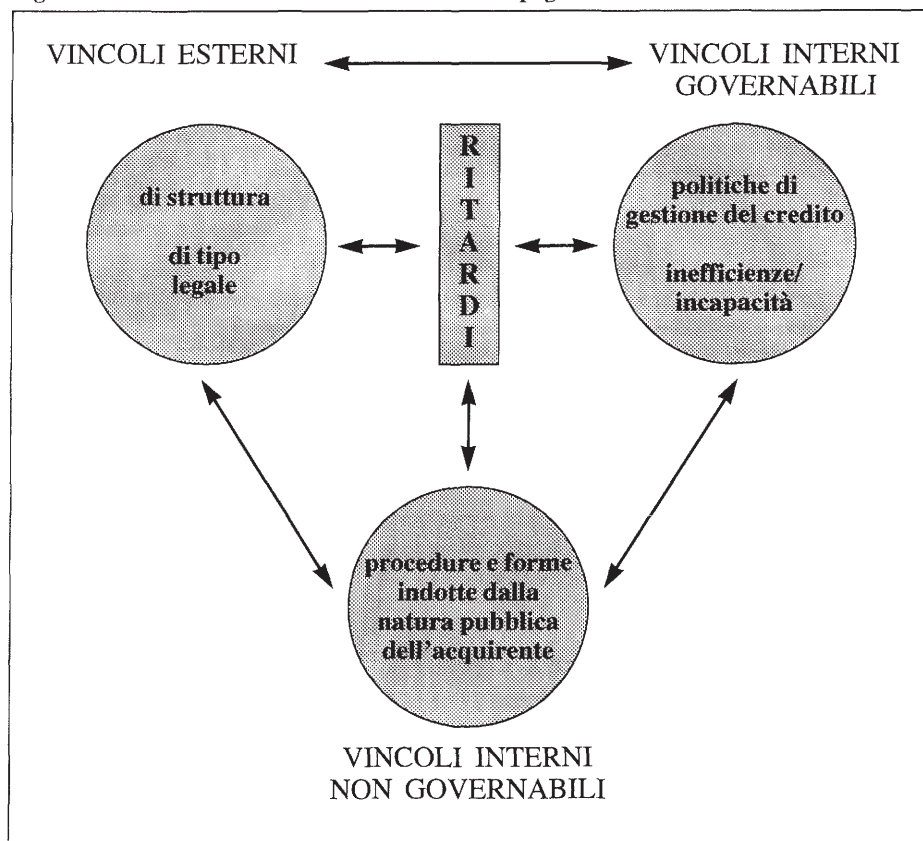
In questo lavoro, la definizione e l'applicazione degli indici vengono effettuate tenendo presente un orizzonte nazionale.

Gli indici che sono stati considerati sono:

- l'indice di ritardo;
- l'indice di scoperto;
- l'indice di giacenza;
- l'indice giacenza/scoperto.

L'indice di ritardo è dato dal rapporto tra tempi di pagamento medi regionali e tempi di pagamento medi nazionali. Esso permette di rilevare le situazioni particolarmente critiche riguardo ai tempi di esposizione debitoria e fornisce un primo parametro di classificazione in fasce delle differenti situazioni considerate. Valori di indice superiori a 1 evidenziano un andamento regionale peggiore rispetto alla media nazionale e la situazione è via via più grave quanto più i valori registrati portano ad un indice pari o superiore a 2. Possono ritenersi, invece, fisiologiche situazioni in cui l'indice di ritardo assume valori inferiori o pari a 1, quindi i casi in cui i tempi di pagamento regionale sono allineati alla media nazionale. È importante precisare, tuttavia, che il valore di questo indicatore, espresso in giorni, non rap-

Figura 4 - Classificazione delle cause dei ritardi di pagamento nelle aziende sanitarie



presenta il periodo medio di tempo entro il quale sono pagate le fatture per materiale di consumo da parte delle aziende sanitarie (4). I D.S.O. considerati nel rapporto vengono infatti definiti nel seguente modo:

$$GG = \frac{\text{scoperto totale} \times 360}{\text{fatturato ultimi 12 mesi}}$$

Conseguentemente essi costituiscono una semplice ponderazione tra fatturato «complessivamente scoperto» (riconducibile anche a forniture effettuate dalle imprese in anni precedenti a quello per il quale viene indagato il fenomeno dei ritardi) ed il volume d'affari realizzato dall'azienda nell'anno considerato. È possibile quindi che a valori di indice di scoperto particolarmente elevati corrispondano situazioni in cui esista un'adeguata copertura finanziaria per le decisioni di spesa relative all'anno in corso ma si debba far fronte a un consistente debito pregresso (5). Per questi motivi, l'indice di ritardo va utilizzato con estrema cautela nel valutare la «rischiosità» del cliente U.S.L. La specificità che può presentare l'anno utilizzato come riferimento e le diverse modalità di calcolo dell'indicatore adottate dalle imprese che effettuano la rilevazione dei dati potrebbero infatti portare a distorsioni nella valutazione che impongono di considerare l'indice di scoperto sempre congiuntamente ad altri indici di performance, quali l'ammontare dello scoperto o la stima del tempo medio di pagamento delle fatture emesse negli ultimi 12 mesi o, ancora, indicatori di comportamento nei confronti dei fornitori come la percentuale di pagamenti su impegni per determinate voci di spesa.

L'indice di giacenza è dato dal rapporto tra la media delle giacenze regionali in conto corrente e la media nazionale di giacenze in conto corrente. Tale quoziente consente di rilevare l'esistenza di anomalie nella gestione

dei flussi di cassa, soprattutto se confrontato con altri indicatori, come l'indice di ritardo oppure il rapporto tra la percentuale di giacenze sul totale nazionale e la quota di attribuzione del fondo sanitario nazionale. Valori di indice di giacenza minori di 1 individuano situazioni in cui ci sono sicuramente una maggiore rapidità e capacità di pagamento rispetto alla media nazionale, tuttavia essi possono anche segnalare l'esistenza o l'insorgenza di tensioni finanziarie legate ad un'insufficienza dei trasferimenti rispetto all'ammontare delle spese regionali. Al contrario, valori di indice di giacenza maggiori o uguali a 1, individuano situazioni in cui l'ammontare di giacenze in conto corrente a livello regionale è superiore al valore medio nazionale. Questa situazione può essere riflesso o di un volume di spesa e di risorse maggiore rispetto alla media nazionale oppure dell'esistenza di vincoli che impediscono l'utilizzo di fondi. Meritano particolare attenzione, conseguentemente, quei casi in cui a valori di indice di giacenza superiori a 1 corrispondono valori maggiori di 1 del rapporto tra percentuale di giacenza sul totale nazionale e quota di attribuzione del fondo sanitario. Sono questi infatti casi in cui la lentezza nella gestione delle risorse finanziarie sicuramente non dipende dal maggior volume di risorse da gestire ma è riflesso di vincoli interni/esterni all'efficienza che vanno rimossi (6).

L'indice giacenza/scoperto è dato dal rapporto tra l'ammontare globale delle giacenze e l'ammontare globale degli scoperti per regione. Esso consente di valutare la possibilità per la singola regione di fare fronte ai debiti di competenza, quindi fondamentalmente assume il valore di un indice di liquidità. Valori di indice maggiori di 1 indicano infatti l'esistenza di un ammontare nel conto (disponibile o indisponibile che sia) in grado di sod-

disfare i crediti dei fornitori. Viceversa, valori di indici minori di 1 consentono di individuare con immediatezza i casi in cui la carenza di risorse è all'origine dei mancati o ritardati pagamenti dei debiti nei confronti delle aziende fornitrici. Data la sua natura, quindi, quest'indice può costituire un primo strumento per gli organi deputati all'assegnazione e al trasferimento di risorse alle unità periferiche per individuare le realtà nelle quali si ha una divaricazione strutturale tra livelli di spesa effettivi e livello delle assegnazioni.

L'indice di scoperto è espresso come rapporto tra l'ammontare globale degli scoperti riferiti alla regione e l'ammontare medio nazionale di scoperto per l'acquisto di forniture di prodotti farmaceutici e materiale diagnostico e sanitario. In maniera analoga ad altri indici proposti, permette di valutare la qualità dei rapporti debitori nei confronti delle imprese fornitrici e di evidenziare l'insorgenza o la preesistenza di situazioni particolarmente «patologiche». Valori di indice minori o uguali a 1 individuano situazioni tendenzialmente non preoccupanti in quanto allineate alla media nazionale. Viceversa, valori di indice superiori a 1 individuano situazioni gravi (se l'indice è compreso tra 1 e 2) o particolarmente gravi (se l'indice è maggiore di 2), che richiedono interventi strutturali sul piano finanziario.

4. La matrice di posizionamento

Utilizzando i valori d'indice per le diverse realtà considerate (v. appendice) è possibile costruire una matrice di posizionamento che prenda contemporaneamente in considerazione tutte e quattro le dimensioni rilevate.

Gli indici di scoperto e di ritardo possono infatti essere accorpati in un unico indicatore di performance e gli indici di giacenza e giacenza/scoperto

possono essere considerati congiuntamente alla stregua di un unico indicatore di struttura finanziaria.

L'operazione di accorpamento degli indici non presenta particolari difficoltà perché nella maggior parte dei

casi si verifica una sovrapposizione degli andamenti delle due coppie di indici.

Tabella 1 - I quozienti di comparazione

INDICI	DEFINIZIONE	SIGNIFICATO DEI VALORI
indice di scoperto	ammontare unitario scoperto/scoperto medio nazionale	minore di 1 situazione buona tra 1 e 2 da monitorare superiore a 2 situazione particolarmente critica
indice di ritardo	DSO unitario/DSO medio nazionale	minore di 1 situazione buona tra 1 e 2 da monitorare superiore a 2 situazione particolarmente critica
indice di giacenza	ammontare giacenze/ammontare giacenze medio nazionale	minore o uguale a 1 situazione buona maggiore di 2 situazioni critiche
indice giacenza/scoperto	ammontare giacenze/ammontare scoperto	minore di 1 possibilità di tensioni di liquidità maggiore di 1 positivo maggiore di 2 esistono incapacità/impossibilità di pagamento

Qualora questo non si verificasse, per individuare l'area di attribuzione si può procedere in due modi:

— considerare il valore medio tra i due rilevati;

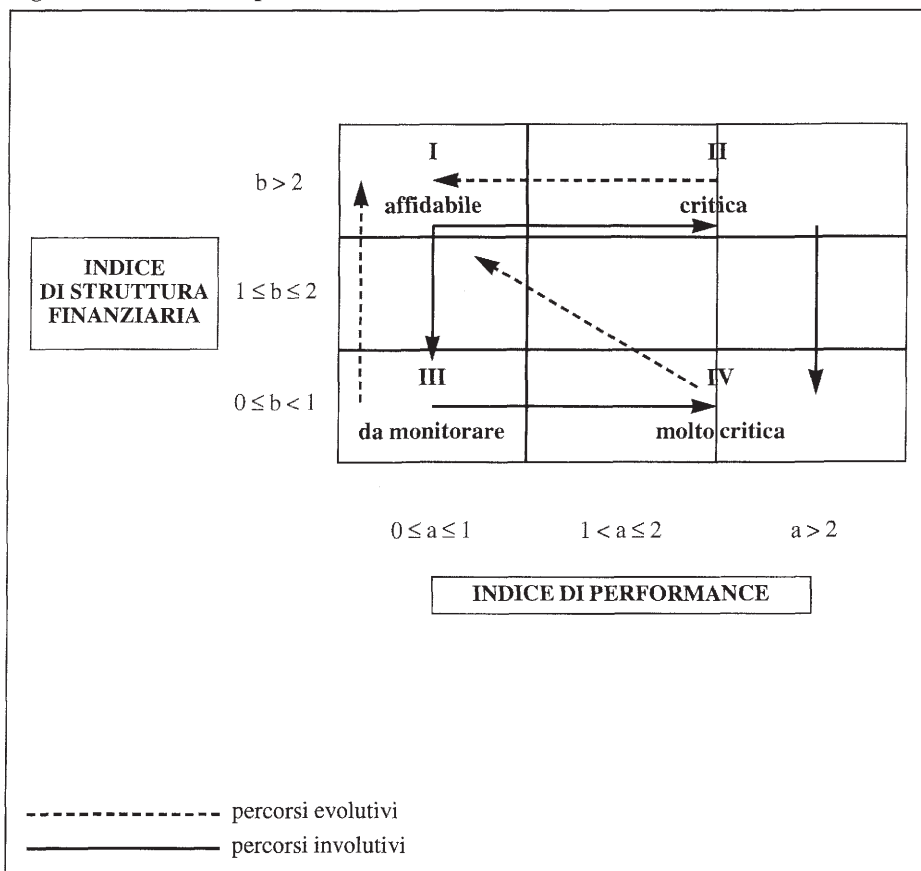
— dare la priorità a uno dei due indici che compongono l'indicatore e ridurre quindi effettivamente a due le dimensioni considerate.

In questo secondo caso, è preferibile privilegiare l'indice di ritardo tra gli indicatori di performance e l'indice di giacenza/scoperto tra quelli di struttura finanziaria. In entrambi i casi, infatti, si terranno in considerazione le dimensioni più rilevanti della performance di pagamento (il ritardo) e della struttura finanziaria (la capacità di far fronte al debito con le risorse disponibili).

In corrispondenza dei valori rilevati per i due indicatori si individuano quattro aree (fig. 5).

Nell'area 1, gli indici di performance hanno valori minori di 1 e gli indici di struttura finanziaria hanno valori maggiori o uguali a 1. Le regioni (o le aziende) che vengono classificate in

Figura 5 - La matrice di posizionamento



quest'area hanno performance di pagamento migliori rispetto alla media e un ammontare di giacenze sufficiente a coprire lo scoperto. Esse sono quindi, almeno nel breve termine, affidabili. Tuttavia, se è vero che le aziende posizionate in quest'area non presentano rischi immediati per i fornitori, bisogna guardare con attenzione a quei casi in cui gli indici di struttura finanziaria sono superiori a 2. L'affidabilità può infatti nascondere situazioni in cui esistono vincoli interni o esterni alla gestione della liquidità che possono provocare nel medio termine uno spostamento verso l'area critica.

Nell'area 2, sia gli indici di performance che quelli di struttura finanziaria hanno valori superiori a 1. Le performance di pagamento sono quindi peggiori rispetto alla media nazionale, anche se l'ammontare delle giacenze nei conti di tesoreria è superiore alla media e/o comunque sufficiente a coprire l'ammontare del debito. Questi casi sono tipicamente casi critici. La concomitanza delle due condizioni rileva infatti inefficienze interne nella gestione dei flussi e nei rapporti con gli altri interlocutori del sistema sanitario e con i fornitori che richiedono interventi organizzativi mirati. Non raramente l'area critica è l'area in cui vengono a collocarsi nel medio/lungo termine le aziende dell'area affidabile che presentano valori eccessivamente elevati degli indicatori di struttura finanziaria.

Nell'area 3 tutti gli indici presentano valori minori di 1. Questo significa che le performance di pagamento sono buone, ma esistono tensioni strutturali sul versante della disponibilità di risorse che possono essere dovute o a una particolare velocità del soggetto considerato nello spendere le somme di competenza (e di conseguenza non hanno nessun riflesso negativo sulla qualità del debito e del soggetto debitore), oppure possono essere provoca-

te da dotazioni di competenza strutturalmente inferiori ai livelli di spesa. In quest'ultimo caso, le tensioni finanziarie possono essere all'origine di future inadempienze e comportare un passaggio dall'area 3 all'area 4. Conseguentemente, l'area 3 è un'area da monitorare.

Nell'area 4, gli indici di performance presentano valori maggiori di 1 e quelli di struttura finanziaria valori minori di 1. Di fatto quindi a performance di pagamento peggiori della media si affianca un ammontare di giacenze inferiore alla media nazionale e insufficiente a coprire lo scoperto. Esistono infatti inefficienze interne e tensioni finanziarie legate a un sotto-dimensionamento della competenza rispetto alla spesa effettiva che necessitano di adeguamenti strutturali a livello di sistema generale (ad esempio, una revisione nei criteri di assegnazione delle quote del F.S.N. o l'introduzione di nuove fonti di finanziamento a livello locale), che solitamente richiedono tempi lunghi, sia per essere attivati, sia per iniziare a produrre i propri effetti sui comportamenti di spesa e pagamento. L'area 4 è quindi solitamente un'area molto critica.

Il processo di posizionamento nella matrice si articola in quattro fasi:

1) si rilevano valori assoluti per l'ammontare delle giacenze in conto corrente, i tempi di pagamento e l'ammontare di scoperto negli ultimi quattro anni;

2) si procede alla costruzione degli indici di performance e di struttura finanziaria;

3) viene effettuato calcolo del valore medio degli indici nel periodo considerato e si individuano valori di supporto che forniscano informazioni addizionali (tipicamente: percentuale pagamenti su impegni per voce di spesa e rapporto percentuale di giacenza su percentuale fondo sanitario nazionale);

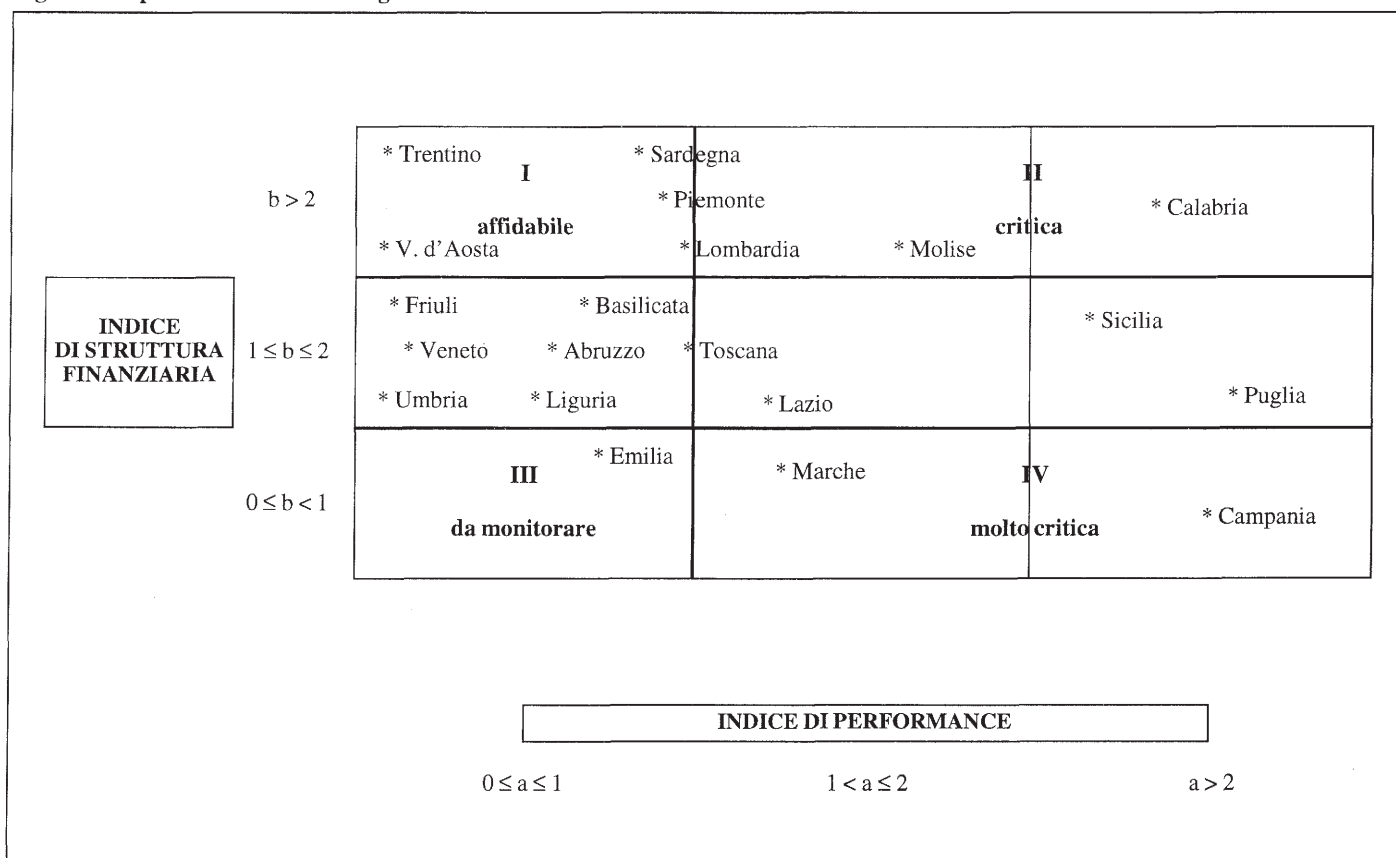
4) sulla base dei valori rilevati, si posizionano le realtà considerate all'interno dell'area di appartenenza nella matrice.

La matrice di posizionamento può essere utilizzata in un'ottica statica, per effettuare delle valutazioni sulle diverse realtà regionali in maniera puntuale e per confrontare realtà diverse nello stesso periodo di tempo, oppure in un'ottica dinamica, per analizzare come si sono modificati nel tempo i comportamenti dei diversi aggregati regionali e proporre alcune previsioni sugli andamenti futuri. In quest'ultima ottica, è opportuno precisare che l'analisi effettuata in questo saggio è un'analisi retrospettiva — basata sui dati relativi alla dimensione del debito e all'ammontare delle giacenze di tesoreria — che rileva solo in misura parziale i dati conseguenti alle profonde modifiche prodotte sui flussi finanziari dalle ultime disposizioni di legge in materia di sanità pubblica. Essa comunque consente di ricostruire un quadro conoscitivo complessivo del fenomeno, utile anche per le previsioni sugli andamenti futuri.

Come emerge dalla figura 6, il *Piemonte* presenta tempi di pagamento inferiori rispetto alla media nazionale, un ammontare di scoperto solo da poco sceso al di sotto della media nazionale e un ammontare di giacenze in conto corrente pari mediamente a tre volte la media nazionale, largamente sufficiente a coprire lo scoperto rilevato (indice giacenza/scoperto pari a 12,2) ed in percentuale superiore rispetto alla percentuale di ripartizione del fondo sanitario nazionale.

La percentuale pagamenti su impegni per l'acquisto di prodotti farmaceutici e materiali diagnostici è circa del 50%: non si rilevano conseguentemente politiche eccessivamente discriminatorie nei confronti dei fornitori.

Figura 6 - Il posizionamento delle regioni



Di fatto, quindi, il Piemonte si colloca nell'area affidabile, anche se esistono indubbiamente dei vincoli interni che determinano un ammontare di giacenze così elevato.

La *Valle d'Aosta*, data la struttura del suo sistema sanitario regionale, si qualifica indubbiamente come cliente affidabile anche nel lungo periodo. Le performance di pagamento sono infatti particolarmente positive e gli indici di struttura finanziaria fanno rilevare valori pari a 0, grazie ad una velocità strutturale di utilizzo delle somme in giacenza per il pagamento degli impegni.

La *Lombardia* si trova in una situazione analoga a quella del Piemonte. Pur presentando valori dell'indice di ritardo inferiori alla media nazionale in tutti i periodi considerati, manifesta

una tendenza costante a registrare valori di indice di giacenza e di indice di scoperto superiori alla media nazionale. Dal momento però che il rapporto tra percentuale di giacenza e quota di riparto del fondo sanitario nazionale è inferiore all'unità, l'ammontare elevato delle giacenze in conto corrente può in linea di massima considerarsi fisiologico. Anche l'ammontare dello scoperto del resto è da correlare al maggior volume di acquisti effettuato dalle aziende sanitarie lombarde rispetto a quelle di altre realtà regionali. La Lombardia si posiziona quindi nell'area affidabile, dal momento che anche la percentuale elevata di pagamenti su impegni per farmaci e materiale diagnostico conferma la sostanziale affidabilità delle aziende lombarde.

La *Liguria* presenta per tutti gli indici valori minori di 1, salvo che per l'indice giacenza/scoperto che è pari a 1,2. Poiché le performance di pagamento sono positive e l'indice di giacenza minore di 1 denota solo una maggiore velocità di spesa ma non l'esistenza di tensioni finanziarie (le giacenze sono infatti sufficienti a far fronte allo scoperto), la Liguria si pone nell'area affidabile.

Il *Trentino-Alto Adige* presenta una situazione analoga alla Liguria. In più esso fa rilevare per il 1993 una percentuale pagamenti su impegni per l'acquisto di materiali diagnostici e farmaceutici pari a quasi il 90%. L'esistenza di un indice di giacenza minore di 1 non è di conseguenza indice di tensioni finanziarie ma è il riflesso di un sistema di finanziamento articolato

su base provinciale in maniera tale da consentire tempi rapidissimi di spesa e pagamento. Di fatto, quindi, il Trentino-Alto Adige si colloca nell'area affidabile.

Il Veneto ha un indice di ritardo inferiore a 1, anche se presenta un ammontare di scoperto superiore rispetto alla media nazionale. Le giacenze in conto corrente sono superiori alla media nazionale e sufficienti a coprire lo scoperto: gli indici di struttura finanziaria hanno quindi entrambi valori superiori ad 1. L'analisi della percentuale pagamenti su impegni non mostra politiche particolarmente discriminatorie nei confronti dei fornitori. Di conseguenza il Veneto può essere collocato nell'area affidabile anche se restano da indagare le cause all'origine di un così elevato ammontare di giacenze non direttamente correlabile alle percentuali di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale (rapporto tra percentuale di giacenza e percentuale del fondo sanitario pari a 1,2).

Il Friuli-Venezia Giulia presenta indici di performance, indici di struttura finanziaria e percentuale pagamenti su impegni stabilmente migliori rispetto alla media nazionale. Si colloca così nell'area affidabile.

L'Emilia Romagna è una regione ad altissima intensità di spesa sanitaria e da sempre aperta alle innovazioni di tipo organizzativo nella gestione delle strutture sanitarie. Questo si riflette anche negli indici di performance e di struttura. I primi infatti presentano l'indice di ritardo migliore rispetto alla media nazionale e un ammontare di scoperto (dovuto all'ammontare complessivo della spesa) stabilmente superiore alla media nazionale. Gli indici di struttura finanziaria manifestano però di sovente l'emergere di tensioni di liquidità dovute ad un sottodimensionamento delle assegnazioni di competenza rispetto alla spesa effettiva.

Di fatto quindi l'Emilia-Romagna è un cliente affidabile, anche se da monitorare per la possibilità non infrequente di peggioramenti nelle performance dovute a crisi di liquidità. Dall'analisi del rapporto impegni su pagamenti risulta infatti che le tensioni di liquidità vengono in particolare modo scaricate sui fornitori di farmaci e di materiale diagnostico (nel 1993, solo il 36% della spesa relativa a queste voci è stata pagata).

Anche la Toscana presenta indici di performance migliori rispetto alla media nazionale. Presenta inoltre un ammontare di giacenze sufficiente a coprire lo scoperto. Di fatto essa si colloca quindi nell'area affidabile.

L'Umbria presenta performance di pagamento migliori rispetto alla media nazionale e non manifesta situazioni patologiche negli indici di struttura finanziaria. Si colloca quindi nell'area affidabile.

Le Marche si collocano, al contrario, nell'area molto critica. Esse presentano infatti valori di indice di scoperto e di ritardo peggiori rispetto alla media nazionale, congiuntamente ad un ammontare di giacenze insufficiente a coprire lo scoperto (indice giacenza/scoperto minore di 1). Esse presentano inoltre, al 31 dicembre 1993, la percentuale più bassa in assoluto di pagamenti su impegni relativi a materiali diagnostici e farmaci (0,003). Ad evidenza, quindi, la situazione che emerge è una situazione in cui è necessario intervenire urgentemente per il ripristino di condizioni fisiologiche di gestione dei flussi finanziari.

Il Lazio si colloca nell'area critica. Presenta infatti performance di pagamento peggiori della media, anche se generalmente non manifesta tensioni finanziarie.

L'Abruzzo presenta indici di performance e di struttura finanziaria migliori rispetto alla media nazionale. Tuttavia, l'analisi dei rapporti paga-

menti/impegni evidenzia l'attuazione di politiche di gestione dei pagamenti discriminanti nei confronti dei fornitori di prodotti farmaceutici e diagnostici. Di conseguenza, pur collocandosi nell'area affidabile, richiede l'attivazione da parte delle imprese fornitrici di politiche miranti a ricondurre la velocità di pagamento per farmaci e materiali diagnostici su valori allineati a quelli delle altre voci di spesa.

Il Molise presenta indici di performance peggiori rispetto alla media nazionale ma valori accettabili negli indici di copertura. Sono particolarmente basse, rispetto alla media, le percentuali di pagamenti su impegni per prodotti farmaceutici e diagnostici. Di conseguenza, il Molise si colloca nell'area critica.

La Campania presenta tutti gli indici con valori superiori a 2. Se di fatto questo fa sì che essa si collochi all'ultimo posto in Italia per performance di pagamento e al primo per ammontare di giacenze inutilizzate, l'apparente insussistenza di tensioni finanziarie non può portare ad una collocazione nell'area 2 della mappa di posizionamento. Infatti è risaputo (ed il rapporto tra percentuale di giacenza e percentuale di ripartizione del fondo sanitario conferma l'esistenza di una patologia nelle dimensioni delle giacenze di tesoreria) che l'enorme consistenza di cassa dei conti di tesoreria della regione Campania dipende in misura prevalente dall'esistenza di procedure di pignoramento che in concreto annullano la disponibilità delle risorse. È possibile quindi leggere diversamente il significato dell'indice giacenze/scoperto, collocando la Campania nell'area molto critica.

I valori di indice registrati per la Puglia, congiuntamente alla constatazione della bassissima percentuale di pagamenti su impegni per la fornitura di prodotti farmaceutici e materiali dia-

gnostici e sanitari, portano a classificare questa regione nell'area critica.

La situazione della regione *Basilicata* è, invece, affatto differente dalla maggior parte delle situazioni meridionali. Le performance di pagamento sono infatti migliori della media nazionale e non esistono tensioni nella struttura finanziaria. Anche le percentuali pagamenti su impegni sono tali che è possibile di posizionarla all'interno dell'area affidabile.

I valori d'indice rilevati fanno sì, al contrario, che la *Sicilia* e la *Calabria* si collochino stabilmente nell'area critica.

La *Sardegna*, infine, presenta performance di pagamento in bilico tra valori maggiori e valori minori di 1. Non presenta tensioni negli indicatori di struttura finanziaria, tuttavia presenta percentuali molto basse di pagamenti su impegni per le spese relative ai farmaci e ai materiali diagnostici. L'insieme di questi elementi la colloca al limite tra l'area critica e l'area affidabile, anche se si tratta indubbiamente di una situazione che va seguita con particolare attenzione dalle imprese farmaceutiche per cercare di aumentare il proprio potere contrattuale nei confronti delle politiche di gestione della liquidità delle aziende sanitarie.

5. Conclusioni a partire da un sondaggio tra provveditori economici

Di primo acchito, l'analisi dei dati riportati configura una realtà delle regioni nettamente divaricata tra le performance delle regioni del Centro-Nord e quelle delle regioni del Centro-Sud. Nelle regioni del Centro-Nord prevalgono le situazioni di affidabilità, anche se si rilevano in taluni casi ammontari di giacenze particolarmente rilevanti e non direttamente correlabili alle quote di assegnazione del Fondo Sanitario Nazionale. Esistono

dunque per alcune regioni settentrionali delle difficoltà nella gestione dei flussi o effettivi sovradimensionamenti nelle assegnazioni di competenza che tuttavia non incidono sulla qualità delle posizioni debitorie. Anche dall'esame delle percentuali pagamenti su impegni per aggregati di spesa, le regioni del Centro-Nord si manifestano creditori migliori rispetto alla media nazionale: le percentuali pagamenti/impegni sono superiori al 50%, rispetto a una media nazionale pari a circa il 30%.

Al contrario, salvo sporadiche eccezioni, le regioni del Sud e del Centro-Sud si posizionano stabilmente nell'area critica o molto critica. Il persistere di questa situazione dipende in misura rilevante da un numero elevatissimo di pignoramenti che rende di fatto indisponibili le risorse in giacenza. Nella maggior parte dei casi, di conseguenza, le realtà meridionali risultano imbrigliate in un circolo vizioso pignoramenti-ritardi (fig.7).

Esiste tuttavia un'oggettiva insufficienza/inefficienza delle risorse tecniche e manageriali a supporto della gestione dei flussi finanziari, che spiega come, all'interno dello stesso contesto regionale, con gli stessi vincoli di sistema, realtà diverse presentino performance di pagamento nettamente differenziate. L'analisi dei valori puntuali riferiti alle singole USL rivela una elevatissima variabilità. Nella

figura 8 sono stati riportati i tempi di pagamento, rilevati al giugno 1994, relativi alle USL aventi rispettivamente il minore e il maggiore ritardo medio nei pagamenti per regione.

Come è possibile vedere, anche in una regione meridionale appartenente all'area molto critica quale la Campania si possono rilevare tempi di pagamento inferiori ai 90 giorni (ad esempio i 66 giorni dell'USL di Sapri o i 60 dell'azienda ospedaliera S. Giuseppe Moscati di Avellino). Di conseguenza, esistono differenze nelle procedure interne su cui è possibile agire per migliorare le performance di pagamento.

Da un'indagine effettuata su 60 aziende sanitarie delle diverse aree geografiche è emerso che i tempi di svolgimento delle singole operazioni che compongono il ciclo acquisti/pagamenti possono variare notevolmente (cfr. tabella 2).

Sommando i tempi necessari allo svolgimento delle singole operazioni considerando i valori minimi, massimi e medi si ottengono dei tempi di riferimento (tabella 3). Non si tratta ad evidenza di tempi reali, perchè in nessuna delle aziende che hanno risposto al questionario si sono rilevati valori tutti allineati ai valori di riferimento. Non si è mai riscontrato ad esempio che un'azienda presentasse tutti i valori minimi rilevati per lo svolgimento delle singole operazioni. I tempi rilevati effettivamente vanno dai 60 gior-

Figura 7 - Circolo vizioso pignoramenti-ritardi

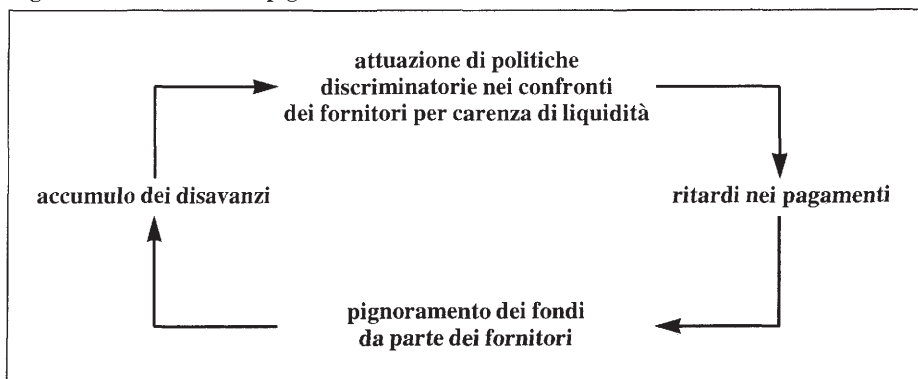


Figura 8 - Dso per Unità sanitaria locale

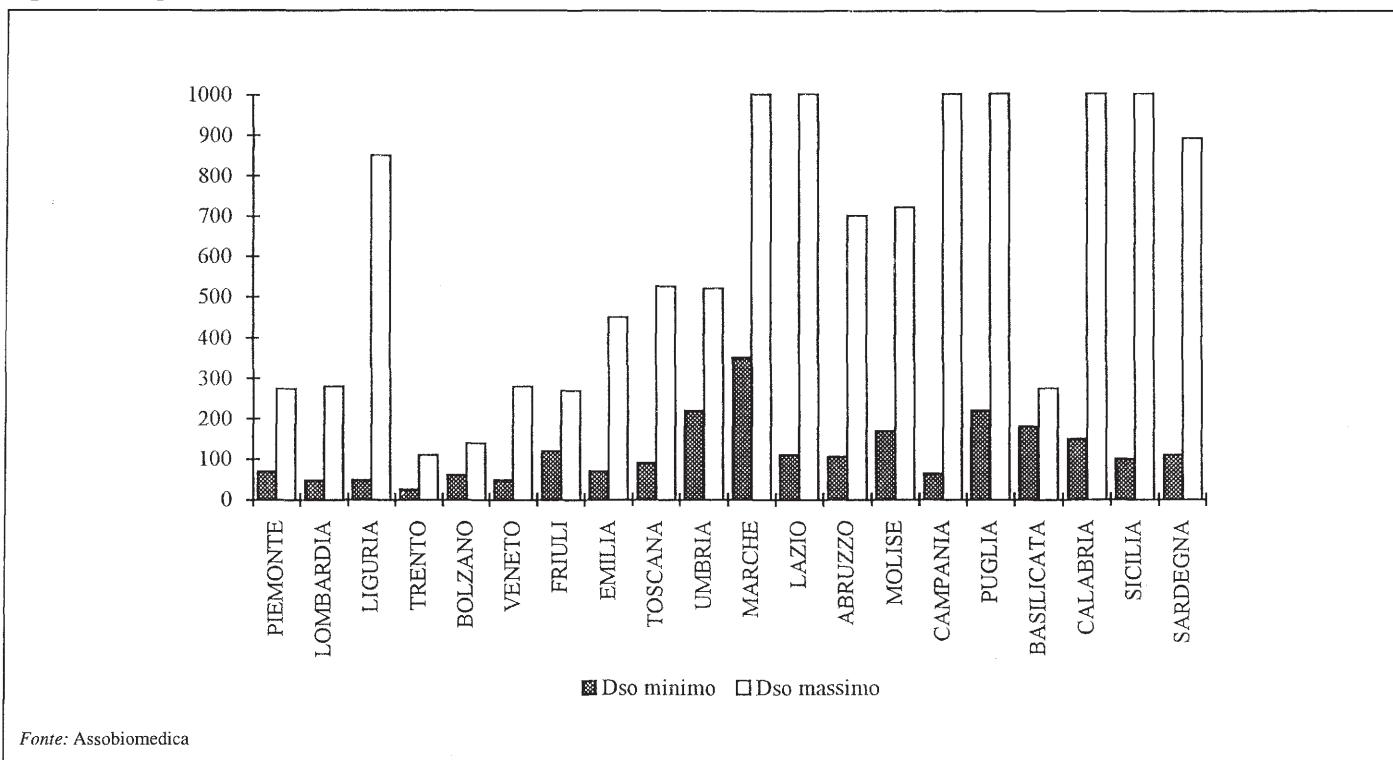


Tabella 2 - Tempi occorrenti per le singole operazioni sulla base delle risposte ai questionari

OPERAZIONE	COMPETENZA	TOTALE NAZIONALE	NORD	CENTRO	SUD
compilazione buono di entrata merce	magazzino o economato a seconda dei beni	Massimo 1 giorno	Massimo 1 giorno	Massimo 1 giorno	Massimo 1 giorno
inoltro buono di entrata merce al servizio liquidazione fatture	economato	Minimo 1 giorno Massimo 30 giorni Media registrata 1 settimana	Minimo 1 giorno Massimo 10 giorni Media registrata 1 settimana	Minimo 1 giorno Massimo 10 giorni Media registrata 1 settimana	Minimo 1 giorno Massimo 30 giorni Media registrata 1 settimana
inoltro certificato di collaudo al servizio liquidazione fatture	provveditorato	Minimo 3 giorni Massimo 30 giorni Media registrata 10 giorni	Minimo 3 giorni Massimo 10 giorni Media registrata 1 settimana	Minimo 3 giorni Massimo 10 giorni Media registrata 1 settimana	Minimo 3 giorni Massimo 30 giorni Media registrata 14 giorni
protocollo fattura e inoltro all'ufficio IVA	ragioneria	Minimo 1 giorno Massimo 40 giorni Media registrata 2 giorni	Minimo 1 giorno Massimo 40 giorni Media registrata 2 giorni	Minimo 1 giorno Massimo 2 giorni Media registrata 1 giorno	Minimo 1 giorno Massimo 15 giorni Media registrata 1 settimana
dalla registrazione dell'IVA all'inoltro al servizio liquidazione fatture	ragioneria	Minimo 1 giorno Massimo 14 giorni Media registrata 2 giorni	Minimo 1 giorno Massimo 14 giorni Media registrata 2 giorni	Minimo 1 giorno Massimo 1 settimana Media registrata 1 settimana	Minimo 1 giorno Massimo 14 giorni Media registrata 1 settimana
liquidazione fattura e trasmissione alla ragioneria per emissione mandato di pagamento	economato o ragioneria	Minimo 7 giorni Massimo 90 giorni Media registrata 20 giorni	Minimo 7 giorni Massimo 60 giorni Media registrata 20 giorni	Minimo 7 giorni Massimo 60 giorni Media registrata 20 giorni	Minimo 15 giorni Massimo 180 giorni Media registrata 60 giorni
emissione mandato di pagamento	ragioneria Minimo 6 giorni Massimo 180 giorni Media registrata 15 giorni	(variabile in funzione delle disponibilità finanziarie) Minimo 6 giorni Massimo 180 giorni Media registrata 15 giorni	(variabile in funzione delle disponibilità finanziarie) Minimo 6 giorni Massimo 180 giorni Media registrata 15 giorni	(variabile in funzione delle disponibilità finanziarie) Minimo 6 giorni Massimo 180 giorni Media registrata 15 giorni	(variabile in funzione delle disponibilità finanziarie)
inoltro mandato di pagamento al tesoriere	ragioneria Media registrata 2/3 giorni	Minimo 1 giorno Massimo 6 giorni Media registrata 1 giorno	Minimo 1 giorno Massimo 2 giorni Media registrata 2/3 giorni	Minimo 1 giorno Massimo 6 giorni Media registrata 5 giorni	Minimo 3 giorni Massimo 6 giorni
effettivo pagamento	tesoreria	1 o 2 giorni a seconda delle convenzioni	1 o 2 giorni a seconda delle convenzioni	1 o 2 giorni a seconda delle convenzioni	1 o 2 giorni a seconda delle convenzioni

ni di un'azienda ospedaliera del Nord ai 460 riportati da una azienda USL dell'Italia meridionale.

I valori presentati permettono tuttavia alcune considerazioni.

In tutte le aziende sanitarie è possibile raggiungere, in linea teorica, il pagamento delle forniture entro 30 giorni dalla data di ricevimento della fattura. Se si considerano infatti i valori di riferimento rispetto ai tempi minimi di svolgimento delle singole operazioni, si registrano 22 giorni per il Centro e per il Nord e 32 per il Sud.

Dall'analisi per singole fasi, è possibile rilevare come le fasi più critiche

(quelle che richiedono più tempo) siano quelle della liquidazione della fattura e dell'emissione del mandato di pagamento (fig. 9). È possibile agire su queste fasi in molti modi: migliorando l'integrazione tra i soggetti coinvolti nel processo di pagamento, modificando la ripartizione delle competenze tra ragioneria ed economato, programmando in sufficiente dettaglio le spese ed i tempi per il pagamento, introducendo supporti informatici che agevolino il controllo e la validazione della fattura o anche la comunicazione tra uffici, attivando canali informativi in tempo reale tra imprese fornitrici e

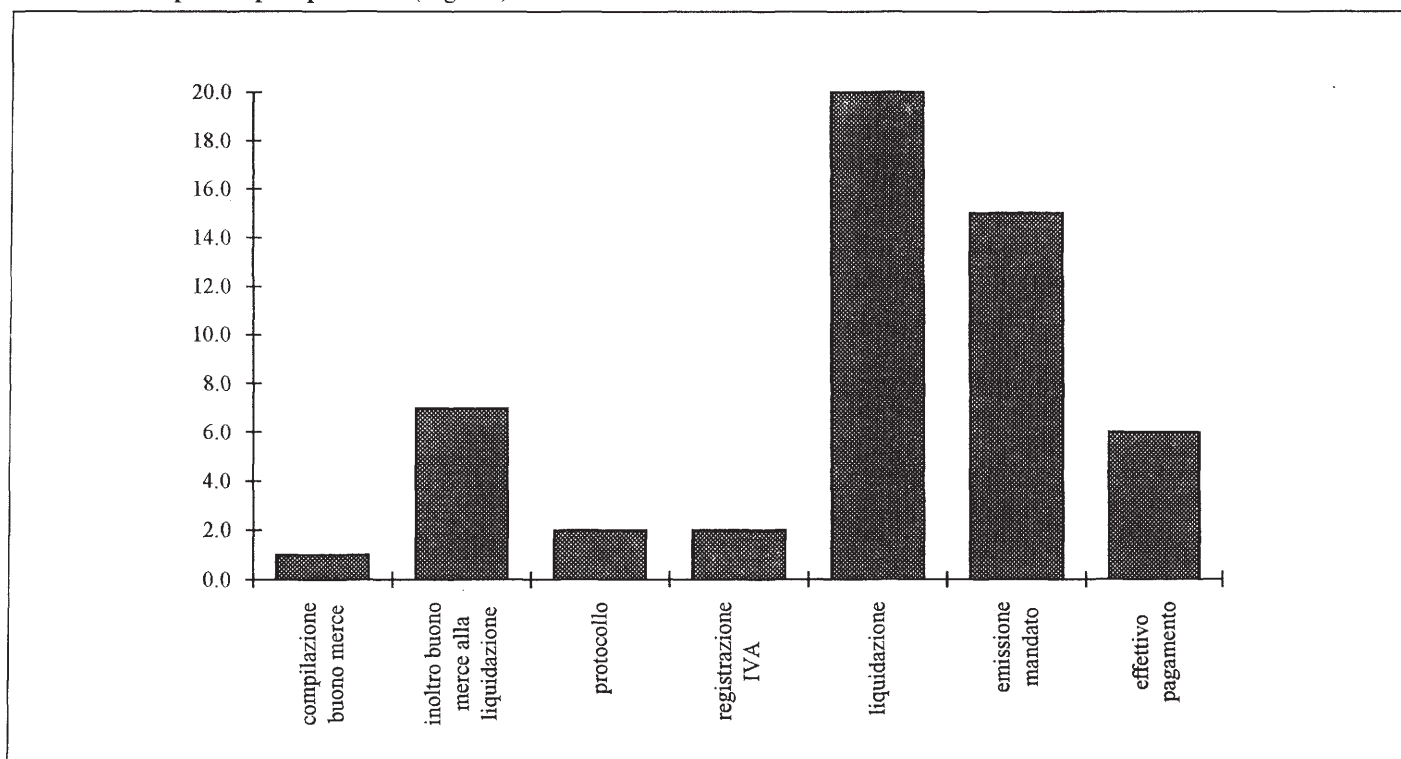
aziende sanitarie in modo da eliminare gli errori nella fatturazione o nell'esecuzione dell'ordine (errata intestazione, fatturazione di quantità/qualità differenti, errata indicazione del provvedimento di assunzione dell'impegno), che spesso — specie dopo il riassetto e/o la ridenominazione delle USL — contribuiscono ad aumentare i ritardi di pagamento.

In definitiva, il problema dei ritardi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche, lungi dall'essere una caratteristica strutturale e ineliminabile del sistema dipendente da variabili esogene e non direttamente controllabili

Tabella 3 - Tempi di riferimento

	TOTALE NAZIONALE	NORD	CENTRO	SUD
con riferimento ai valori minimi	22 giorni	22 giorni	22 giorni	32 giorni
con riferimento ai valori massimi	392 giorni	319 giorni	279 giorni	460 giorni
con riferimento ai valori medi	60 giorni	56 giorni	63 giorni	120 giorni

Grafico 9 - Tempi medi per operazione (in giorni)



dalle aziende, può essere affrontato anche a livello periferico attraverso un recupero e una valorizzazione degli strumenti manageriali di programmazione e controllo delle attività dei singoli uffici.

Gli strumenti proposti in questo saggio consentono di analizzare in dettaglio la situazione di ogni singola USL in modo da evidenziare i nodi critici e le leve gestionali da attivare per migliorare le performance d'azienda. Come in molti altri casi, gli strumenti presentati (indici di performance e di struttura finanziarie, analisi delle procedure) non vanno considerati in maniera astratta ma valutati e applicati in relazione alla realtà specifica di ogni azienda. Rilevantissimo in questo senso è il ruolo del di-

rettore generale. Egli può avere una visione complessiva della realtà dell'azienda e delle leve attivabili nel contesto di sua competenza. Da lui deve partire il processo di responsabilizzazione dei soggetti preposti alle diverse fasi dell'acquisto e del pagamento, lui deve individuare le variabili esplicative dei ritardi della sua azienda, attraverso un'interpretazione circostanziata dei «segnali» che gli indicatori e l'analisi delle performance fanno emergere.

(1) I dati relativi alle dimensioni del debito (ammontare di scoperto e ritardi di pagamento) sono relativi ad un campione limitato di imprese fornitrici (70 per cento del totale) e di aziende sanitarie, prendono in considera-

zione solo i debiti di fornitura per l'acquisto di prodotti farmaceutici e materiali diagnostici e sanitari e non considerano i crediti ceduti pro-soluto a società di factoring. Tuttavia, riscontri effettuati con campioni differenti utilizzati per indagini analoghe (cfr. dati credit survey) confermano i risultati ottenuti per ordini di grandezza e linee di tendenza e rendono possibili considerazioni di portata generale.

(2) Si prenda ad esempio il caso della Campania, che è la regione con il maggior numero di procedimenti legali pendenti a carico delle U.s.l. e la prima regione per ammontare di giacenze in conto corrente (pari a 4,7 volte la media nazionale).

(3) I dati sono riportati in appendice.

(4) Cfr. anche MENEGUZZO M., *Il rischio finanziario delle U.s.l.*, Rapporto Ce.R.G.A.S. - Università Bocconi, Milano, 1987.

(5) È questo un caso molto diffuso nella realtà delle U.s.l. meridionali.

(6) Cfr. il caso del Piemonte, del Veneto, della Campania, della Sicilia.

Commenti

Sezione 2^a

CAMBIAMENTI NELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA: DEREGOLAMENTAZIONE E RILANCIO DEL SETTORE

di Attilio Gugiatti

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

Secondo la Relazione generale sulla situazione economica del Paese nel 1994 del Ministero del Bilancio e della Programmazione economica la spesa farmaceutica pubblica si è attestata poco sotto i diecimila miliardi di lire (9.772) pari al 10,37% della spesa sanitaria e allo 0,60% del PIL. In sede di confronti internazionali si rileva che nello stesso anno i dati italiani della spesa farmaceutica risultavano inferiori a quelli dei principali paesi europei sia in termini assoluti e procapite che come percentuale sulla spesa sanitaria e sul PIL. L'unico paese con dati abbastanza simili all'Italia è risultato il Regno Unito in cui secondo elaborazioni di Farmindustria la spesa farmaceutica ha rappresentato nel 1994 il 10,99% della spesa sanitaria e lo 0,64% del PIL, mentre valori notevolmente superiori si sono rilevati per la Francia (quasi 21.000 miliardi di lire pari al 14,6% della spesa sanitaria e allo 0,97% del PIL) e per la Germania (oltre 29.000 miliardi di lire pari al 18,1% della spesa sanitaria e allo 0,88% del PIL). In questi due ultimi paesi la spesa farmaceutica pro capite supera le 350 mila lire annue rispetto alle 185 mila lire del Regno Unito e alle 171 mila lire dell'Italia.

Gli obiettivi del Governo stabiliti nella Legge Finanziaria per il 1995 sono di contenere ulteriormente la spesa farmaceutica entro i 9.000 miliardi. Le prime indicazioni per l'anno

in corso sono per uno sfondamento di questo livello (9.600 miliardi per il Ministero della Sanità, 9.300 per il CIPE e 9.200 per la Federfarma) il che impone l'introduzione anticipata di alcune tra le misure che il Governo ha proposto al tavolo negoziale con Farmindustria, Federfarma e sindacati per il rilancio dell'intero settore farmaceutico. In particolare sembrano attualmente probabili significativi spostamenti dalla classe A alla classe B per farmaci molto diffusi come gli antiulcera e gli antiipertensivi, nonché un ulteriore taglio dei prezzi dei farmaci distribuiti gratuitamente.

Ma al di là di interventi congiunturali o dettati da emergenze di bilancio, è interessante seguire il dibattito che si è sviluppato nel periodo estivo in merito a due importanti documenti: gli indirizzi del Governo per la qualificazione della spesa ed il rilancio del settore farmaceutico ed il documento della Commissione tecnica per la spesa pubblica presso il Ministero del Tesoro che delinea importanti proposte di deregolamentazione in ambito farmaceutico. Trascurando per il momento il diverso peso formale dei due atti (un documento ufficiale del Governo e una serie di osservazioni e raccomandazioni di una commissione ministeriale), appare evidente come tutto il settore farmaceutico stia vivendo un momento di grande svolta e di accentuata innovazione. Questo carat-

tere di svolta è rafforzato dalle proposte della Commissione del CIPE sui prezzi di riferimento con le prime sperimentali ipotesi di applicazione proprio per i prodotti antiulcera ed antiipertensivi e sul sostegno alla ricerca.

Secondo le indicazioni contenute negli indirizzi del Governo Dini la manovra sui farmaci nel 1996 avrà come linee guida i seguenti o biettivi:

- a) efficienza della spesa sanitaria;
- b) concorrenzialità del mercato;
- c) competitività dell'industria a base nazionale.

In particolare le misure attuative di tali indicazioni strategiche sono state indicate nei 5 punti seguenti:

- estensione della compartecipazione alla spesa;
- introduzione e diffusione dei prodotti generici;
- promozione di nuovi canali distributivi;
- avvio di un processo di responsabilizzazione delle parti interessate dalla spesa farmaceutica;
- ed infine, sostegno selettivo all'attività di ricerca e sviluppo.

In primo luogo, quindi, si individua nella manovra sui ticket e sui criteri di esenzione per reddito e per patologia un momento inevitabile per il rientro della spesa farmaceutica pubblica entro i limiti fissati per il 1995 e il 1996. Ma è nelle misure a più ampio respiro che si individua la strategia del Gover-

no per il settore. Per aumentare i livelli di concorrenzialità si propongono tre interventi di rilievo. In primo luogo, «incentivare la registrazione e la diffusione dei prodotti generici», in altri termini prodotti copia di specialità originali a brevetto scaduto, che hanno prezzi notevolmente inferiori rispetto a queste ultime e nella cui produzione l'industria nazionale gode di un vantaggio comparato rispetto al resto dell'Europa. Inoltre, si prevedono la distribuzione dei farmaci da banco senza obbligo di prescrizione medica al di fuori del tradizionale mercato delle farmacie, lo studio di nuovi meccanismi di responsabilizzazione della spesa per tutti i soggetti interessati con particolare riferimento ai medici di base (avvio di una verifica periodica sulla loro attività prescrittiva) e agli stessi assistiti (inasprimento delle sanzioni per false dichiarazioni), nonché lo stimolo allo sviluppo delle mutue integrative.

È importante soffermarsi su queste misure in attesa di una più puntuale definizione delle strategie e degli interventi in merito alla competitività dell'industria a base nazionale e soprattutto alla introduzione dei farmaci di riferimento. Come è evidente qualsiasi politica di contenimento della spesa farmaceutica non può prescindere da misure volte al coinvolgimento di coloro che di questa spesa sono direttamente responsabili, vale a dire i medici di base e i pediatri di libera scelta. Se misure annuncio-obiettivo come i tetti di spesa trovano nelle politiche dei prezzi e nei ticket elementi indispensabili di contenimento e moderazione a livello di sistema, altrettanto indispensabili ad un livello micro appaiono scelte tese al coinvolgimento ed alla responsabilizzazione dei prescrittori. In questo senso la prevista informativa sulle attività di prescrizione dei medici di base andrebbe quindi affiancata da meccanismi in-

centivanti o penalizzanti sul modello tedesco e comunque da strumenti verificabili come il budget analitico delle spese indotte. In altri termini è necessaria una manovra non solo dall'alto, ma che incida concretamente sui comportamenti dei soggetti nella loro quotidiana attività, anche al di là della specifica area farmaceutica (diagnostica, degenza ospedaliera, specialistica, cure termali).

Meno lineare è il discorso sulla libera distribuzione dei farmaci da banco. Come si vedrà in seguito in sede di commento al documento della Commissione sulla spesa pubblica, questa proposta che sconta naturalmente i pareri negativi dei rappresentanti delle farmacie (Federfarma e FIAMCLAF) non ha in teoria effetti se non in via indiretta sulla spesa pubblica e rischia di diminuire il fondamentale ruolo del farmacista nel processo di cambiamento culturale a favore dell'automedicazione.

Diverso e decisamente improcastinabile è l'inserimento del capitolo farmaci generici tra le misure urgenti da adottare in prospettiva, in particolare per quanto riguarda l'adozione di un quadro normativo che sia più favorevole per questi prodotti e ne incentivi il consumo. I risparmi in termini di spesa dovuti ad un consumo di questi farmaci allineato agli standard europei sarebbero notevolissimi (1.200 miliardi su base 1993 di cui 700 di spesa pubblica secondo la Commissione spesa pubblica) pari quasi alle entrate da compartecipazione alla spesa (ticket).

Venendo proprio alle proposte della Commissione tecnica per la spesa pubblica presso il Ministero del Tesoro (relatore il Prof. Galeotti) esse si inquadrano in una più ampia strategia di deregolamentazione del settore, in particolare per quanto riguarda gli aspetti legati alla distribuzione dei farmaci, che gli estensori del documento

ritengono indispensabile per incrementare i livelli competitivi e diminuire o eliminare le posizioni di rendita. Punto di partenza del documento è infatti il netto giudizio negativo sulla attuale regolamentazione del farmaco che «ostacola gli aggiustamenti richiesti dall'evoluzione tecnologica e culturale». Le raccomandazioni della Commissione si concretizzano in interventi deregolamentatori tesi all'introduzione di «forme virtuose di concorrenza» secondo tre criteri guida:

- favorire la diffusione di farmaci generici;
- liberalizzazione dei punti vendita;
- maggior enfasi sui risultati più che sulle procedure dell'intervento pubblico.

Di particolare rilievo sono i provvedimenti auspicati per quanto riguarda il secondo blocco di criteri. Le proposte avanzate sono infatti decisamente innovative e meritano una attenta considerazione. Vediamole in dettaglio. Le raccomandazioni 3 (abolizione della pianta comunale delle farmacie), 4 (separazione della titolarità della farmacia dalla responsabilità professionale del farmacista) e 5 (dismissione delle farmacie comunali) sembrano legate da una logica stringente + concorrenza e punti vendita - posizioni di rendita e monopolio con effetti positivi sui prezzi. Occorre innanzitutto sottolineare che nell'ottica della concorrenzialità appare contraddittoria la proposta di abolizione delle farmacie comunali che rappresentano in realtà proprio un elemento competitivo nel sistema distributivo, contribuendo nella grande maggioranza dei casi alle finanze degli enti locali e alla qualificazione dei servizi. Basti pensare alla generale gratuità del servizio notturno e alla possibilità sempre più diffusa di accedere dalle farmacie comunali ai servizi di prenotazione delle USL.

La dismissione delle municipalizzate appare quindi più una opzione ideologica che una reale scelta a favore della concorrenza del settore. Le altre due raccomandazioni (3 e 4) benché nascano da una effettiva sensibilità verso politiche di smantellamento di posizioni di rendita hanno comunque in sé il rischio possibile di produrre risultati controproducenti. In altri termini, un processo così marcato di liberalizzazione potrebbe portare al sorgere di vere e proprie catene oligopolistiche a tutto discapito delle istanze procompetitive.

Sulla seconda raccomandazione (liberà di vendita commerciale dei medicinali da banco) la stessa Commissione sottolinea la necessità che questo tipo di distribuzione avvenga sotto la stretta sorveglianza di personale qualificato. Orbene quali sono queste figure professionali? Ma andiamo con ordine. Il mercato commerciale secondo indicazioni delle associazioni di categoria rappresenta circa il 30% del mercato delle farmacie con stime per il 1994 attorno ai 7.800 miliardi (prezzi al pubblico). Già attualmente per il grosso del mercato commerciale (diuretici per l'infanzia, cosmetici, para-farmaceutici, pari a circa il 20% del mercato delle farmacie) non è certo possibile parlare di posizioni distributive monopolistiche. Il rimanente 10% è composto dai cosiddetti OTC che vedono al loro interno categorie molto differenziate (farmaci di automedicazione, farmaci senza obbligo di prescrizione, presidi medico-chirurgici), ma che soprattutto sono a completo carico del consumatore, senza oneri per il SSN. L'ipotesi plausibile e corretta, sebbene da verificare, che la diffusione di comportamenti di automedicazione possa avere impatti positivi sia sulla spesa che sui servizi sanitari non deve comunque trascurare il ruolo di orientamento nelle scelte e di educazione all'autocura svolto dal farma-

cista che è un soggetto decisivo di questa svolta culturale.

Il punto più critico delle raccomandazioni della Commissione è l'ottavo inerente la remunerazione della distribuzione dei farmaci — al grossista e alla farmacia — non più come quota percentuale del prezzo del prodotto, ma come quota fissa di 6.500 lire per confezione con prezzo superiore alle 15.000. Per prezzi per confezione inferiori alle 15.000 lire rimarrebbe in vigore la remunerazione percentuale (un terzo del prezzo alle farmacie e il 10% i grossisti). Per farmaci superiori alle 15.000 lire il margine fisso per il distributore sarebbe di 1.500, mentre quello per le farmacie sarebbe 5.000 lire. L'attuale situazione italiana per i farmaci rimborsati dal SSN prevede per la farmacia una remunerazione percentuale sul prezzo pari al 22,5% al netto di IVA (4%) e dello sconto del 3% a favore delle USL e per il grossista una del 7,5%. Pur nella difficoltà dei confronti internazionali dovuti ai differenti sistemi di distribuzione, i margini italiani risultano ampiamente inferiori ai valori medi UE (cfr. Sangalli e Garattini, «I margini alla distribuzione nel mercato farmaceutico: un confronto europeo», in *Economia Pubblica*, n. 11, 1994). Ma al di là del confronto con altri sistemi è forte la consapevolezza che un sistema a quote proporzionali sul prezzo come quello attualmente adottato in Italia, Spagna, Portogallo e parzialmente Belgio rappresenti un serio ostacolo per politiche di contenimento della spesa sia perché impedisce di differenziare eventuali aumenti o diminuzioni di prezzo tra industria e distributori sia per gli effetti indotti di spostamento dei consumi da farmaci a basso costo a quelli più cari (effetto-mix). Senza voler ipotizzare l'applicazione di altri sistemi a remunerazione regressiva come la Francia o la Germania, il contesto italiano

suggerirebbe l'applicazione almeno in via transitoria non delle aliquote, ma dello spirito del sistema belga (quota proporzionale al prezzo con tetto massimo di 300 franchi per confezione pari a circa 16.800 lire, come remunerazione per la farmacia). Il mantenimento delle percentuali attuali con un congruo e realistico tetto per confezione risulta nella realtà italiana una soluzione meno drastica e penalizzante per il sistema distributivo di quella ipotizzata, in grado di guidare il settore verso altri meccanismi di remunerazione e di rispondere alle pressanti necessità di contenimento e di controllo della spesa. I valori suggeriti, che oltre ad essere il risultato di un procedimento statistico in parte discutibile trascurano il fattore ritardo nei pagamenti da parte delle USL, ci sembra francamente rappresentino il tipico provvedimento che rischia non di curare il malato (più concorrenza), ma di uccidere il settore distributivo.

Su un'ultima raccomandazione vale la pena soffermarsi, vale a dire il punto n. 9 (indicazione nella prescrizione medica anche del principio attivo con libertà di scegliere un prodotto bioequivalente a prezzo inferiore sia da parte del paziente che del farmacista). In linea di principio appare una opzione condivisibile anche se la sua eventuale applicazione alla classe C riduce gli effetti in termini di spesa pubblica. Desta qualche perplessità la responsabilizzazione del farmacista nella scelta di un eventuale prodotto bioequivalente che comunque corre il rischio di trascurare le specifiche caratteristiche del paziente ad esempio in termini di eventuali allergie o non tolleranza verso certi eccipienti.

Nel complesso si tratta quindi di misure che se applicate rappresenterebbero una spinta innovativa per il settore distributivo che soffre certa-

mente di forti posizioni di rendita e mancanza di adeguati livelli di concorrenza. I rimedi proposti rischiano però in alcuni casi di non rispondere pienamente agli obiettivi proposti ed

in altri di non essere coerenti con l'attuale assetto del settore con effetti potenzialmente controproducenti e negativi. Significativo è infine il fatto che nelle linee programmatiche del

Governo prima delineate ritornino solo i richiami ai farmaci generici e alla distribuzione dei prodotti da banco al di fuori del sistema delle farmacie.

IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE A QUOTA CAPITARIA ED A PRESTAZIONI

UNA PROPOSTA DI APPLICAZIONE

di Giuseppe Molognini

Assessorato alla sanità - Regione Lombardia

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il finanziamento a quota capitaria ed a prestazioni - 3. L'articolazione del FSR e la determinazione della quota capitaria regionale - 4. Pregi del modello proposto - 5. Applicazione del modello ad una realtà di Usl - 6. Risultati di una simulazione a livello regionale.

1. Introduzione

Da una lettura del decreto legislativo 502/92, così come modificato ed integrato, ci si rende conto che molte sono le novità che investono il Servizio Sanitario Nazionale — SSN —. Fra le più importanti sono da annoverare: l'aziendalizzazione; il nuovo sistema informativo-contabile; il sistema di finanziamento.

Per aziendalizzazione deve intendersi il mutuare i processi di organizzazione e di gestione delle imprese, che devono condurre al duraturo equilibrio economico. Tuttavia questo processo non va frainteso. L'azienda sanitaria deve conservare le caratteristiche di azienda pubblica ad alto contenuto etico, che deve rispondere a bisogni importanti dei cittadini: i bisogni sanitari. In detta azienda deve essere ricercato l'equilibrio economico, misurabile attraverso parametri, indici, standard e attraverso le prestazioni tariffate. La ricerca dell'equilibrio economico deve fermarsi, con l'intervento della regione nelle modalità che si descriveranno in appresso, sulla soglia dell'asserita eticità dell'azienda. Il direttore generale non deve mirare solo al raggiungimento del pareggio o dell'utile (o risparmio). Il pareggio si può

ottenere anche chiudendo i servizi, dimettendo i pazienti non ancora guariti, privilegiando le prestazioni più remunerative, non rispettando i livelli uniformi di assistenza. Così facendo il direttore generale non risponderebbe appieno all'incarico che gli è stato affidato: quello di assistere i cittadini bisognosi di cura. Il responsabile della gestione aziendale sarà giudicato anche dalla qualità di prestazioni che avrà saputo erogare ai suoi assistiti.

Anche il sistema informativo-contabile è mutuato dal sistema privato. Nelle aziende sanitarie si adatterà infatti il sistema economico-patrimoniale, affiancato dalla contabilità analitica. Le tariffe per le prestazioni devono servire a misurare l'efficienza e a fare in modo che la contabilità economico-patrimoniale abbia i parametri di riferimento, così come altri indici serviranno a misurare la qualità delle prestazioni. Così è prescritto nel citato 502/92 e sarà indicato nel decreto che il Ministero della Sanità si accinge ad emanare.

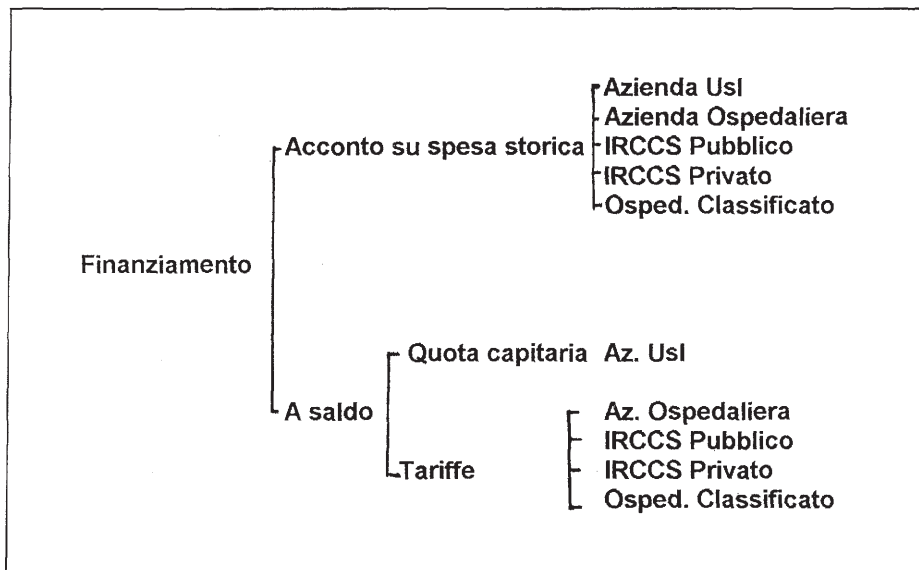
Questo scritto è dedicato alla descrizione del modello di articolazione e distribuzione del Fondo Sanitario Regionale — FSR — e di acquisizione delle risorse finanziarie da parte delle aziende sanitarie. Tale meccanismo, come si dirà al paragrafo 3 e come si evidenzia

nella figura 1, si divide in due parti: A) finanziamento in acconto ed in percentuale sulla spesa storica dell'anno precedente, che costituisce anche, per così dire, il momento di cassa; B) finanziamento a saldo, positivo o negativo, in base all'entità della quota capitaria, alla remunerazione delle prestazioni o delle funzioni ed agli acconti erogati. Gli acconti vengono erogati a tutte le aziende o enti che in base alla normativa vigente prima dell'avvio delle aziende ricevevano i pagamenti dalla regione. Solo le cliniche private, in questa ipotesi riceveranno i pagamenti, in acconto ed a saldo dalle Usl.

2. Il finanziamento a quota capitaria ed a prestazioni

Il decreto legislativo succitato, la legge 30-12-1994, n. 724 e le leggi regionali di riordino del servizio sanitario mettono in evidenza che il sistema di finanziamento principale è quello della quota pro-capite. Affianco o a valle di tale finanziamento, come si dirà in prosieguo, v'è quello per prestazioni remunerate con tariffe stabilite dalle regioni. Il meccanismo a quota capitaria riguarderà le aziende Usl, quello a prestazioni tariffate le azien-

Figura 1

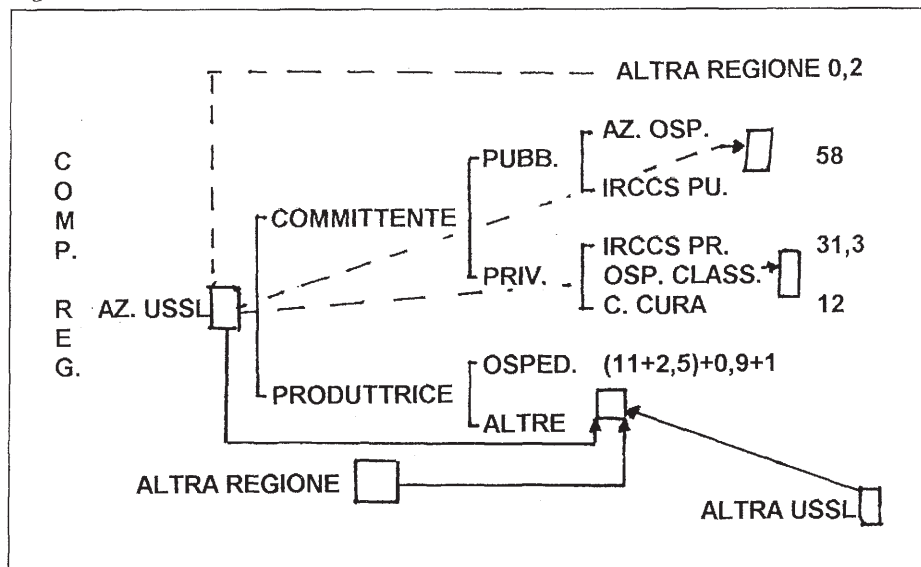


de ospedaliere ed i presidi ospedalieri gestiti dalle UsL stesse.

L'innovazione più radicale introdotta nel SSN, che potrà far sì che il processo di aziendalizzazione si completi è il sistema di finanziamento. Come è noto gli enti sanitari, fino al 31-12-1994, erano finanziati in base al valore dei fattori produttivi che impiegavano nel processo che portava alla produzione del servizio o della prestazione sanitaria: personale, beni e servizi, per non citare che i più importanti dei fattori. In effetti il sistema in uso era quello della spesa storica o, peggio ancora, del pie' di lista. Il predetto sistema non sempre teneva conto di come e perchè si impiegavano quei fattori produttivi ed in quale misura. Si verificava, ad esempio, che l'ospedale «A», che aveva un rapporto dipendenti/paziente doppio rispetto all'ospedale «B», a parità di prestazioni e di qualità delle stesse (a meno che non si voglia sostenere che, automaticamente, un maggior numero di dipendenti non costituisca di per sé una maggiore qualità delle prestazioni dell'ospedale «A» rispetto a quelle dell'ospedale «B»), continuasse a ricevere lo stesso finanziamento regionale

del secondo ospedale. Spesso, si sentiva dire: «chi più spende più riceve dalla Regione o dallo Stato», a seconda del punto di visuale dal quale si osservava il fenomeno. Questo sistema, con il 502/92, è completamente superato. La quota capitaria sarà al centro del meccanismo, come si può notare dalla figura 2 che segue, dove le linee in continuo rappresentano i flussi che depauperano le risorse finanziarie, le li-

Figura 2



nee tratteggiate quelle che arricchiscono l'UsL.

Alla quota capitaria vengono imputate tutte le spese sanitarie sostenute sul territorio regionale.

La UsL si trova nella duplice veste di committente (o acquirente) di prestazioni sanitarie, presso strutture sanitarie pubbliche e private e di produttrice al tempo stesso di prestazioni sanitarie. Committente lo è presso aziende ed enti sanitari, pubblici e privati, che insistono oppure no sul suo territorio. Il cittadino può anche andare in un'altra regione a usufruire della prestazione. Tutte le volte che il cittadino di una data UsL beneficia di una prestazione erogata da una struttura che non sia direttamente gestita dall'azienda UsL la quota capitaria ne risente, subisce un depauperamento.

Di contro ogni volta che un utente di altra UsL o di altra regione accede alle strutture della UsL, il finanziamento dell'azienda se ne avvantaggia. La UsL è quindi incentivata a invogliare il cittadino a beneficiare delle prestazioni direttamente prodotte, senza, naturalmente, intaccare la sua libertà di rivolgersi presso la struttura di sua scelta, ma attraverso una politica di

marketing, di continuo miglioramento delle proprie strutture. Va da sé che la Usl può anche scegliere, a seguito di una ricerca di mercato e di un calcolo di convenienza economica, di incoraggiare il proprio cittadino a rivolgersi, per talune prestazioni, ad altre strutture. Anche la spesa farmaceutica convenzionata, che in talune regioni viene pagata a livello centralizzato, graverà sulla quota capitaria, anche se i convenzionati continueranno a percepire direttamente dalla regione i loro pagamenti. Tali pagamenti saranno considerati effettuati in nome e per conto della singola Usl.

Come è noto il presidio ospedaliero dell'Usl deve avere autonomia finanziaria, economica e deve avere contabilità separata. L'Usl, con la sua quota pro-capite, deve pagare le prestazioni del proprio presidio ospedaliero, basandosi sulle stesse tariffe utilizzate per le aziende ospedaliere. Naturalmente questo finanziamento del proprio presidio costituirà un trasferimento interno. Non sarà un vero e proprio acquisto delle prestazioni sanitarie dal proprio presidio da parte dell'Usl. Non sarebbe logico un diverso comportamento. Si tratterebbe di acquistare da un reparto della stessa azienda a prezzi, per di più, imposti dall'esterno.

3. L'articolazione del FSR e la determinazione della quota capitaria regionale

Nel paragrafo che precede si è detto che alla quota capitaria vengono imputate tutte le spese, la figura n. 3 mette in evidenza come si determina la quota capitaria a livello regionale.

Il Fondo Sanitario Regionale — FSR — viene indicato con la lettera A ed è quello che deriva dai contributi sanitari attribuiti direttamente alla regione e dal Fondo Sanitario Nazionale — FSN —. La lettera B indica la quota (0,8 %) che la Regione si trattiene

per far fronte alle spese sanitarie, direttamente gestite.

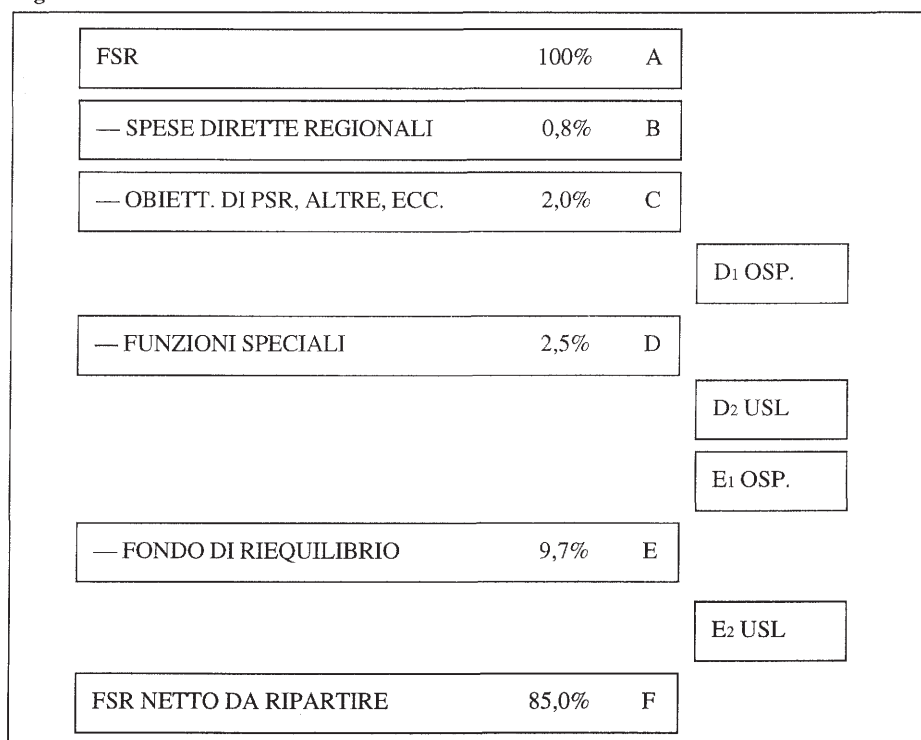
La lettera C rappresenta un fondo che la Regione trattiene (2 %), ma per distribuirlo separatamente alle aziende sanitarie (Usl o ospedaliere), per fronteggiare spese decise a livello regionale: obiettivi particolari del Piano Sanitario Regionale — PSR —, ad esempio o per differenziare le quote capitarie, in presenza di situazioni che solo talune Usl vivono.

Anche la lettera D rappresenta una quota (2,5 %) che la Regione trattiene per distribuirli in un secondo momento e per finanziare sia i costi di funzioni ospedaliere che il sistema delle tariffe, basate sui DRGs (Diagnosis Related Groups) o ROD (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi), non contempla, nel senso che non sono state tariffate (l'emergenza, i trapianti, i grandi ustionati, la ricerca, la formazione, ecc.), sia quelle funzioni che non tutte le Usl svolgono: l'attività dei

Presidi Multizonali di Igiene e Profilassi — PMIP —, ad esempio, alcuni interventi accentrate su alcune Usl quali taluni interventi del Servizio Veterinario, ecc.

Con la lettera E si indica il Fondo di riequilibrio che la regione deve deliberare, per attenuare l'impatto che il nuovo sistema di finanziamento potrebbe provocare sul sistema sanitario regionale. Tale fondo rappresenta il 9,7%, che sommato alle voci precedenti fa raggiungere la cifra del 15 % complessivo da dedurre dal FSR per ottenere il FSR netto, indicato con la lettera F. Allo scopo di fare in modo che l'azienda sanitaria possa operare i suoi interventi, conservando sia l'equilibrio economico, sia la sua eticità, come detto nel paragrafo 1 di questo scritto, è necessario che questo fondo sia conservato anche a regime. A meno che non si voglia potenziare il fondo di cui alla lettera C. Con questo fondo si farà fronte a quei costi che il

Figura 3



direttore generale ha sostenuto per fronteggiare pienamente alle funzioni facenti capo all'azienda e per non snaturarne le sue peculiarità. Va chiarito, però, che il predetto fondo non deve essere utilizzato con criteri assistenzialistici o peggio ancora, per coprire inefficienze del management aziendale, ma tenendo conto di effettive diversità di un'azienda rispetto ad un'altra o degli episodi effettivamente squilibranti temporaneamente l'economicità della gestione. Per poter acquisire il diritto di accedere a tale fondo, l'azienda, deve, attraverso il suo sistema informativo, fornire tutti gli elementi necessari. Naturalmente le percentuali indicate possono variare da regione a regione e da un esercizio all'altro.

Il FSR netto di cui alla lettera F è da ripartire fra gli abitanti della regione, pesati, per ottenere la quota capitaria: $F/A = QC$, ove F corrisponde al FSR netto; A a abitanti pesati; QC a quota capitaria.

Come si sa i decreti di riordino del SSN non prevedono che la popolazione sia pesata per ottenere la quota capitaria. In questo modello si è proposto di pesare, in base ai bisogni sanitari, la popolazione, allo scopo di rendere più oggettivo il finanziamento e per eliminare il più possibile la necessità che la regione intervenga e riequilibrare le sorti dell'azienda, di fronte a casi che assorbono oggettivamente più risorse sanitarie. La pesatura potrebbe essere la seguente: da 0 a 14 anni peso 0,9; da 15 a 69 anni peso 1,0; popolazione oltre 65 anni peso 2,5.

Prima si è detto che tutto grava sulla quota capitaria, adesso che si è mostrato lo schema di articolazione del FSR occorre ricordare che le voci C e D non fanno parte della quota capitaria, anzi servono proprio per differenziarla. Il meccanismo descritto potrebbe sembrare difficoltoso da applicare, così non è, se si considera che la regione, allo scopo, fra l'altro, di non gene-

rare un turbini o di fatturazione fra tutti gli enti sanitari operanti sul territorio, potrà effettuare la compensazione a livello regionale, tutte le volte che ciò sarà possibile, sottraendo dalla quota capitaria di una Usl quello che i suoi cittadini hanno consumato presso strutture non appartenenti all'Usl stessa, del proprio come di altri territori, della propria come di altre regioni. La regione erogherà, mensilmente, ed in acconto, quote calcolate sulla base della spesa storica criticata e corretta se del caso, dell'anno precedente (che ingloba quindi anche gli importi riferiti alle funzioni ed in parte, per quanto riferito alle peculiarità dell'azienda, il riequilibrio). La percentuale verrà determinata dalla Giunta Regionale. A titolo di esempio, per il 1995 la percentuale potrebbe essere 80, come stabilito dalla legge 724/94 citata, per le aziende ospedaliere e 90 per le aziende Usl. A fine esercizio si opererà il conguaglio, positivo o negativo, in base alle prestazioni rese e quantificate o con le tariffe, per le aziende o enti sanitari ospedalieri, pubblici o privati che siano, in base alla quota capitaria moltiplicata la popolazione per le aziende Usl. Nel conguaglio si terrà conto altresì delle funzioni di cui alla lettera C della figura 2. Va da sé che la regione ha il dovere di tenere sotto controllo l'andamento della gestione di cassa delle aziende, in modo da intervenire opportunamente accelerando eventualmente gli acconti in caso di necessità.

4. I pregi del modello proposto

Il pregio di questo modello è quello di mettere al centro la Usl, la quale è responsabilizzata a controllare in sede locale il sistema. È la Usl infatti, che, dovendo subire la decurtazione della propria quota capitaria, vigilerà perché non ci siano errate attribuzioni di DRG o ROD; doppi ricoveri per lo

stesso paziente, sia pure per interventi diversi, ma che potevano essere effettuati in contemporanea, con una sola anestesia; proliferazione di prestazioni inutili; proliferazione di prestazioni più remunerative a scapito di quelle che lo sono meno, operando, se del caso, un confronto con quanto è successo negli anni pregressi; interverrà sui propri medici di Medicina Generale e su tutti i prescrittori di farmaci e di prestazioni specialistiche, perché ricettino e prescrivano il più oculatamente e razionalmente possibile. È sempre la Usl che, in appoggio alla regione, verificherà se vi sono gli estremi per attribuire ed in quale misura parte del fondo di riequilibrio rivolta alle aziende pubbliche che operano sul suo territorio e che ne hanno diritto. È evidente che per fare questo l'Usl deve dotarsi di sistemi e strumenti idonei di controllo. Del resto da una lettura del 502/92 si evince che la Usl sul proprio territorio assicura l'assistenza sanitaria, con i propri presidi o attraverso altri operanti sul territorio.

Conformemente a quanto stabilito nei decreti di riordino del SSN, nella legge 724/94 e nelle leggi regionali, la Usl deve trattare con il proprio presidio ospedaliero come se fosse un'azienda separata. In sostanza è acquirente di prestazioni, anche presso il proprio presidio ospedaliero. Ma questo è un assurdo se lo si intende e lo si applica alla lettera. Non esiste infatti, nel mondo delle aziende private, il caso di un'azienda che acquisti da un suo stabilimento. Semmai, le tariffe saranno la misura dell'efficienza del proprio presidio o serviranno per fare dei calcoli di convenienza economica, una volta appurato, attraverso la contabilità per centri di costo, che le prestazioni rese dal proprio presidio hanno costi superiori alle tariffe che pagherebbe acquistando da terze economie: pubbliche o private. Le stesse tariffe, unite ad altri parametri serviranno

no alla regione di competenza per trarre delle conclusioni in ordine all'efficienza dell'azienda Usl nel suo complesso. Si è spesso affermato che la Usl, con la quota capitaria deve affrontare tutte le spese sanitarie. Sarebbe bene che il direttore generale se ne ricordasse e si assicurasse di quali sono i livelli di assistenza che deve assicurare. Intanto occorre ricordare che il Piano Sanitario Nazionale — PSN —, approvato con DPR 1° marzo 1994 e pubblicato sul supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 171 del 23 luglio 1994, ha articolato come da figura 4 seguente i livelli di assistenza per il 1993.

Giova però chiarire che le percentuali di cui alla figura 4 sono state indicate solo al fine di dare un orientamento all'Usl; esse, in fatti, non sono vincolanti. In quella entità e con quella formulazione non ottennero la registrazione da parte della Corte dei Conti, in quanto si ritenne che si incideva sull'autonomia regionale.

5. Applicazione del modello alla realtà di una Usl

In questo paragrafo si presenterà il caso del finanziamento regionale, sia in acconto che a conguaglio finale, di una azienda Usl. La Usl ha le seguenti caratteristiche:

a) ha sede in una città capoluogo di provincia;

b) ha 209.977 abitanti pesati; 830 dipendenti;

c) gestisce un Presidio Multizonale di Igiene Profilassi — PMIP —;

d) la popolazione dell'Usl consuma l'equivalente di 105,7 miliardi di prestazioni ospedaliere (DRGs);

e) la figura 5 mette in evidenza tutta l'attività ospedaliera;

f) la figura 6 che segue evidenzia l'attività specialistica ambulatoriale dell'Usl;

g) il costo dell'ospedale è stato, per il 1994 di L. 16,88 mld, contro una produzione, fra DRGs e attività ambulatoriale, di L. 13,5 mld. Con un disavanzo, quindi, senza tenere conto delle eventuali funzioni ospedaliere, di L. 3,38 mld;

h) l'attività ambulatoriale incide per il 15% sui costi complessivi ospedalieri contro una media regionale del 13%.

Date le sopra descritte caratteristiche dell'azienda Usl in esame ed ipo-

tizzando in lire 1.162.000 la quota capitaria determinata nella regione di riferimento, di seguito si espone, nella figura 7, la compensazione a livello regionale, determinando con la voce n. 10, netto a pareggio, e il finanziamento per case di cura in lire 149,2 mld il finanziamento regionale per l'esercizio considerato, al quale vanno aggiunti 7 mld di entrate proprie (voce 14) per avere in lire 149,2 mld le disponibilità finanziarie complessive. Detta disponibilità complessiva, con-

Figura 4

Prevenzione.....	L.	78.350	5,14%
Assistenza sanitaria di base.....	»	315.540	20,69%
Assistenza spec. e semiresidenziale territoriale.....	»	159.500	10,46%
Assistenza ospedaliera.....	»	819.430	53,73%
Assistenza residenziale sanitaria.....	»	85.570	5,61%
Attività di supporto.....	»	66.830	4,38%
Quota capitaria nazionale 1993.....	»	1.525.220	100,00%

Figura 5

	PRODUZIONE PROPR. OSPED.	L. 11,0 (1)
	ACQ. PREST. DA IRCCS PUBBL.	» 48,2
	ACQ. PREST. DA AZ. OSP. PUBBL.	» 10,1
	ACQ. DA OSPED. DI ALTRE USL	» 10,6
ATTIVITA OSPEDALIERA	ACQ. DA IRCCS PRIV.	» 11,7
	ACQ. DA OSPED. CLASS.	» 1,0
	ACQ. DA CASE DI CURA	» 21,0 (2)
	ACQ. DA FUORI REGIONE	» 0,2
	VENDITA AD ALTRE USL E REG.	» 7,0

(1) La produzione di DRGs è per L. 7,7 mld rivolta ad altre Usl e regioni.

(2) Le prestazioni acquistate dalla casa di cura vengono pagate dall'Usl, unitamente a quelle usufruite da cittadini di altre Usl o altre regioni.

Figura 6

	ACQ. DA ALTRI OSPED.	L. 15,0 -
	PROD. DA OSP. PROPR.	» 2,5 (1)
ATTIVITA AMB.LE	PROD. DA POLIAMB. PROPR.	» 3,0
	ACQ. DA SPEC. CONV. ESTERNI	» 8,0
	VENDE AD ALTRE USL E REGIONI	» 2,0

(1) L'attività ambulatoriale dell'ospedale gestito in proprio è rivolta per L. 2 mld ad altre Usl e regioni e 0,5 per i propri cittadini.

frontata con la somma delle necessità finanziarie dell'azienda Usl, esposte nella figura 8, in lire 149,2 mld, mette in evidenza il disavanzo presunto dell'esercizio in lire 600 milioni, prima dell'intervento regionale volto a ripianare il disavanzo se giustificato (utilizzando la voce E della figura 4).

A fine esercizio, a seguito di approfondita istruttoria, si valuterà se esistono i presupposti per utilizzare i fondi di cui alla voce E1 ed E2. Per completezza si deve dire che, nella regione di riferimento della Usl simulata, i fondi di cui alle voci E1 ed E2 ammontano rispettivamente a L. 900 e 300 mld. Tali fondi rappresentano rispettivamente il 10% della spesa ospedaliera regionale ed il 2% delle spese dell'Usl. Esistono tutte le disponibilità necessarie per far fronte al predetto ipotizzato disavanzo. Nel frattempo la Usl percepisce un acconto pari ad un dodicesimo dell'assegnazione provvisoria determinata in L. 108 mld, pari al 90% delle spese complessive 1994 decurtate del disavanzo. È stato mutuato il meccanismo previsto dalla legge 724/94 per le aziende ospedaliere, modificando l'80 in 90%. Al momento la situazione di cassa è normale, se si tiene conto che con quel finanziamento si deve far fronte solo alle spese del 1995, ai sensi della legge 724/94 che ha separato le gestioni pregresse da quella del 1995.

La regione presa a riferimento per questa simulazione sta seguendo l'evolversi della situazione, sia di cassa che di competenza. Ove necessario l'acconto di cassa potrà essere aumentato.

Il finanziamento si riferisce all'esercizio 1995, anno in cui nella regione di riferimento non si applica ancora la contabilità economico patrimoniale. I dati sono naturalmente ipotizzati, sulla base dell'andamento delle prestazioni ambulatoriali e DRGs del 1993, modificati secondo ragionevoli attese per il 1995. I dati di cui sopra

Figura 7 - Determinazione disponibilità finanziarie 1995

N.	VOCE DI DEBITO E DI CREDITO		DARE	AVERE
1	FINANZ.TO DA Q.C. 209.977 x 1.162.000 =	L.		244,0
2	FUNZIONI OSPED: FORMAZIONE	»		0,5 (1)
3	FUNZ. USSL: PMIP + VETERINARIA	»		9,8
4	PREST. DI RIC. OSP. ATTIVE	»		15,7 (2)
5	PREST. AMB. ATTIVE	»		2,0
6	SPESA FARMACEUTICA	»	45,0 (3)	
7	SPESA FARMACEUTICA A CARICO ALTRE USSL	»		4,0 (4)
8	RICOV. PRESSO ALTRE AZ. ED ENTI	»	102,8 (5)	
9	AMBULATORIALE PRESSO ALTRI OSPED.	»	15,0	
10	NETTO A PAREGGIO	»	113,2	
11	TOTALE A PAREGGIO	»	276,0	276,0
12	NETTO A PAREGGIO	»	113,2	
13	FIN. CASE DI CURA	»		29
14	ENTRATE PROPRIE	»		7,0
15	TOTALE DISPONIBILITÀ	»	149,2	

(1) Nelle funzioni ospedaliere di cui alla voce D1 della figura 4 rientrano la formazione, l'emergenza, i trapianti, gli ustionati, ecc.
 (2) Nella voce prestazioni di ricovero ad altre Usl e regioni, rientrano anche 8 mld usufruite presso le cliniche private operanti sul territorio dell'Usl in esame e da questa pagate.
 (3) La spesa farmaceutica, nell'Usl e regione di riferimento, viene pagata a livello regionale. La stessa spesa, per questa Usl, rappresenta una voce al di sopra della media regionale. Secondo tale media la spesa dovrebbe essere di 33 mld circa. Il direttore generale ha margini per ridurre questa spesa, attraverso il coinvolgimento dei medici di base.
 (4) L'Usl in esame ha diritto all'accredito di lire 4 mld, perché le farmacie convenzionate erogano prestazioni a cittadini di altre Usl e regioni.
 (5) Si è detto che non v'è fatturazione fra le aziende e gli enti sanitari e l'Usl, ma una compensazione regionale. Si è anche detto che i cittadini dell'Usl consumano 105,7 mld di DRGs. Di questi DRGs 3,3 mld vengono prodotti in proprio, 21 vengono acquistati da case di cura, ma pagate come si evidenzia nella figura 8 alla voce 5, dalla stessa Usl, unitamente ai ricoveri di altri cittadini. Da qui il risultato di L. 102,8 = 48,2 + 10,1 + 10,6 + 11,7 + 21 - 0.

Figura 8 - Voci di spesa

N.	ORGANI ISTITUZIONALI	L.	
1	PERSONALE	»	0,7 (1)
2	BENI E SERV. (al netto del 18% ex lege 724/94)	»	46,9
3	MED. GEN. E GUARDIA MEDICA	»	15,0 (2)
4	MED. GEN. E GUARDIA MEDICA	»	17,5
5	SPEC. CONV. INTERNA	»	2,7
6	CASE DI CURA PRIVATE	»	29,0 (3)
7	SPEC. CONV. ESTERNA	»	8,0
8	CASE DI RIPOSO, RIAB., HANDICAP, GERIATRICI	»	23,1
9	ASS. TERMALE	»	0,2
10	ASS. PSICH. IN STRUTT. NON CONV.	»	0,5
11	ASSISTENZA PROTETICA	»	2,3
12	TOSSICO E ALCOOL DIPENDENZA	»	1,2
13	ASS. INDIR., MUTUI, INT. PASS., TRASF. AGGIORN.	»	0,4
	TOTALE	»	147,5

(1) $190 \times 0,7 \times 2 = 266 + 190 + 190 \times 0,200 + 190 \times 0,10 \times 2 = 532 + \text{CONTR.} + \text{MISSIONI} = 700 \text{ MIL.}$
 (2) È noto che la legge 724/94, art. 6 comma 1, stabilisce che la riduzione del 18% debba essere a livello regionale. In questa sede viene esposta la riduzione solo per ipotesi.
 (3) Nell'importo di L. 29 mld sono inclusi 8 mld pagate dalla Usl ma facenti carico ad altre Usl. Per questo nella voce 4 della figura 7 si sono accreditati anche questi 8 mld.

possono essere utilizzati anche per la compilazione del budget, trimestralizzato, allo scopo di controllare in maniera concomitante la spesa e le entrate dell'Usl.

6. Risultati di una simulazione a livello regionale

Per verificare la funzionalità del modello proposto si è compilata una

scheda per ogni azienda sanitaria, sia Usl che ospedaliera. Dopo aver applicato la compensazione come descritta nella figura 7 e nella figura 9, si sono avuti i seguenti risultati.

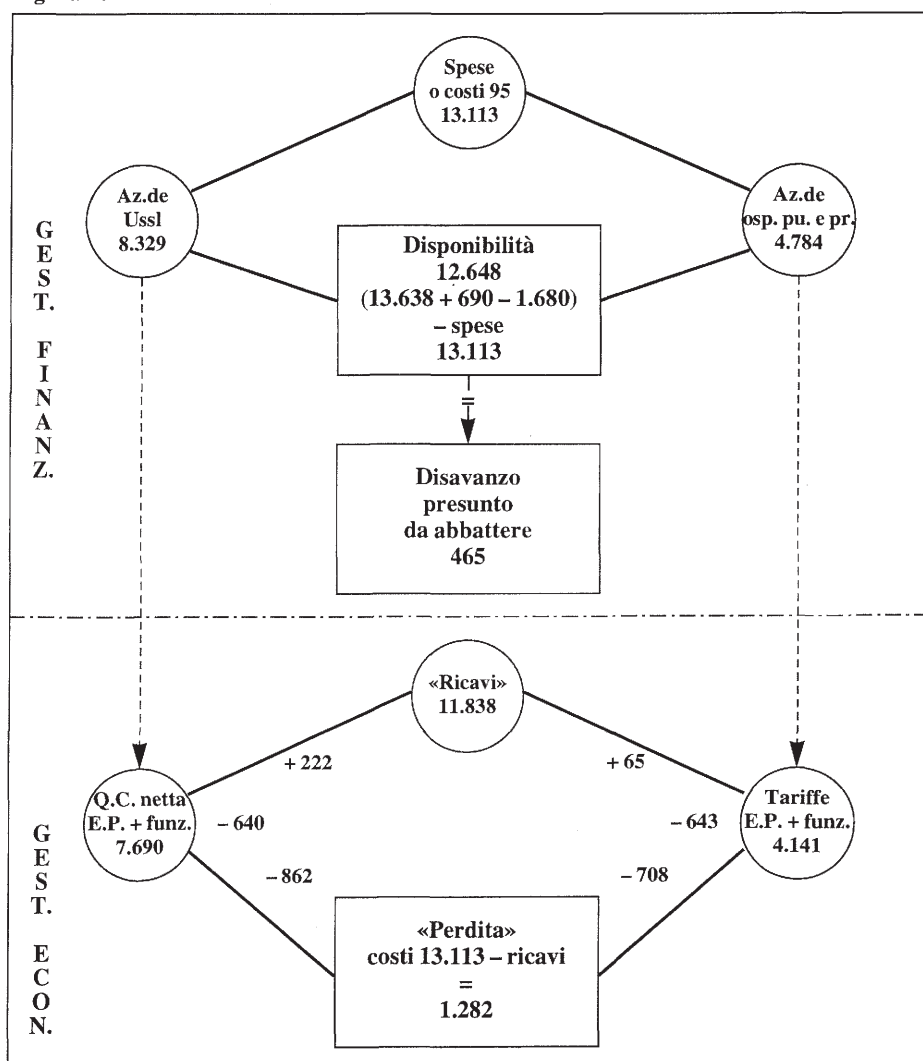
Figura 9

N.	VOCE		IMPORTO
1	PRESTAZIONI DI RICOVERO	L.	
2	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	»	
3	FUNZIONI	»	
4	»	
5	FINANZIAMENTO REGIONALE	»	

Il gruppo di aziende Usl, della spesa preventivata per il 1995, pari a 8.329 mld, «giustificano», cioè coprono, con la quota capitaria al netto della compensazione infraregionale e le funzioni, 7.696 mld; il gruppo di aziende ospedaliere, compresi gli Irccs pubblici e privati e gli ospedali classificati, a fronte di una spesa di 4.784 mld, «giustificano», attraverso le tariffe per i ricoveri basati sui DRGs, le prestazioni ambulatoriali quantificate con il nomenclatore tariffario 1991 e le funzioni, 4.141 mld.

Per avere un'idea dei risultati, sia in termini di contabilità finanziaria che in termini di gestione economica, si osservi la figura 10. Nella predetta figura si nota che a livello regionale si ha, dal punto di vista finanziario, un disavanzo di 465 mld. Dal confronto fra «costi», pari alla spesa complessiva dei due gruppi di aziende, e «ricavi», dati dalle quote capitarie nette, dalla remunerazione delle funzioni speciali — per le Unità sanitarie locali — e dalle tariffe per i ricoveri e per le prestazioni ambulatoriali più le funzioni — per le aziende ospedaliere —, si hanno aziende che conseguono utili per 287 mld e aziende che conseguono perdite per 1.570 mld. La somma algebrica fra costi complessivi e ricavi complessivi dà 1.282 mld, pri-

Figura 10



ma dell'intervento del fondo di riequilibrio.

A questo punto, considerando le previsioni quali risultati definitivi, si avrà, al netto del fondo di riequilibrio, il risultato di cui alla figura 11.

Prima di procedere alla ripartizione del fondo di riequilibrio viene ripartito il disavanzo fra i due gruppi di aziende: quelle con i 287 mld di utili e quelle con i 1.570 mld di perdite. Le aziende che conseguono un utile non potranno, per i primi tre anni di applicazione del nuovo meccanismo di finanziamento, trattenerselo tutto, così come chi è in perdita non avrà copertura interamente. Alle aziende con uti-

li si sottrarranno 247 mld, mentre la differenza per arrivare ai 583 mld, pari a 336, sarà addossata a quelle in perdita, sicché la stessa perdita aumenterà, nel complesso delle condizioni di perdita, da 1.570 mld a 1.906.

Al termine di questa operazione si può procedere a ripartire il fondo di riequilibrio per il 1995 come segue:

— 5% per tenere conto del miglioramento della spesa. La somma disponibile viene divisa in parte direttamente proporzionale alla percentuale di riduzione per chi ha avuto un decremento, in parte inversamente per chi ha conseguito un aumento;

— 15% per tenere conto della qualità e quantità dei servizi resi;

— 30% in proporzione all'entità del disavanzo;

— 50% in proporzione alla spesa coperta. In proporzione quindi alla quota capitaria e funzioni se azienda Usl; tariffe e funzioni se azienda ospedaliera. Stante il fatto che il fondo di riequilibrio ammonta a circa 1.400 mld, la somma di 506 mld non trova al momento copertura. Si vedrà l'anno successivo, a consuntivo approvato, come e se potere intervenire, altrimenti le aziende avranno un anno di tempo per poter ammortizzare la perdita non coperta.

Figura 11

DISPONIBILITÀ COMPLESSIVE	14.328	NECESSITÀ	
— SPESE DIRETTE REG.LI	1.680	PROD.NE AZ. USL	7.690
— FONDO DI RIEQUILIBRIO	1.400	PROD.NE AZ. OSPED.	4.141
		TOTALE NECESSITÀ	11.831
		DISPONIBILITÀ	11.248
DISPONIBILITÀ NETTE	11.248	DISAVANZO REGIONALE	583

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**

Publicazione 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

Esperienze innovative

Sezione 3^a

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: IPOTESI ORGANIZZATIVA NELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI FIRENZE

di Enrico Roccato

Direttore sanitario, Dipartimento di prevenzione - U.s.l. 10 Firenze

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Dipartimento di prevenzione - 3. Contesto - 4. Normativa regionale - 5. Criteri organizzativi generali - 6. Regolamento del dipartimento della prevenzione - 7. Prospettive.

1. Premessa

Le attività di prevenzione hanno acquisito nel S.S.N. una propria configurazione autonoma dal punto di vista organizzativo, anche se tuttora stentano ad affermarsi, a livello nazionale, modelli organizzativi che siano in grado di garantire interventi di tutela della salute adeguati al crescere dei rischi cui sono soggetti gruppi di popolazione, lavoratori, singoli cittadini.

Esiste tuttora, soprattutto in molti ambienti sanitari, un profondo scetticismo sulla efficacia dell'azione di limitazione o eliminazione dei diversi fattori di rischio. Questo atteggiamento culturale è relativo alla storia della Prevenzione, intesa come organizzazione pubblica, in Italia, storia che origina in realtà da forti intuizioni innovative nei primi decenni di questo secolo a cui non hanno fatto seguito processi di adeguamento al modificarsi della realtà sociale ed epidemiologica, se non in alcuni ambiti relativi alla Medicina Preventiva del Lavoro e solo in alcune aree del Paese.

Se il procedere dei processi di unificazione europea sta ulteriormente incrinando modelli consolidati in Italia, ma privi di analoghi modelli europei, è certo che i servizi di prevenzione, intendendo le discipline della Igiene

Pubblica, della Medicina del Lavoro e della Veterinaria che operano a livello territoriale, hanno presidiato settori della vita collettiva dai rilevanti effetti sanitari e che questo presidio deve trovare una propria evoluzione, perdendo connotati meramente esecutivi o persino «polizieschi» (vedi l'origine della Sanità Pubblica come polizia sanitaria) per costituire un organismo di sorveglianza sanitaria sui rischi di salute, utilizzando strumenti tecnici e organizzativi ormai disponibili per il raggiungimento di risultati di salute.

La normativa recente sia nazionale (art. 7 D.Lgs. 517/93) (cfr. nota n. 1, pag. 122) che regionale hanno ridefinito gli ambiti di competenza e le modalità organizzative, introducendo i dipartimenti di prevenzione articolati in servizi.

Stante il dibattito culturale in corso, esiste la difficoltà di definire in modo omogeneo il Dipartimento in quanto un Dipartimento deve trovare un punto focale su cui concentrare i processi produttivi; la debolezza sta nel fatto che non esiste oggi consenso culturale tra le diverse discipline e tra singoli operatori sul concetto di Prevenzione e quindi esiste il concreto rischio che le proposte organizzative siano processi di assemblaggio più che ridefinizioni progettuali.

Ciò è confermato anche dalle posizioni dei diversi operatori, tutti portatori di culture professionali tese a riaffermare la propria piena autonomia e dalla crisi del ruolo del personale medico che, privo di un retroterra culturale e tecnico definito e validato anche a livello scientifico, stenta a trovare una collocazione precisa che non sia la riproposizione di un potere già acquisito ma oggi fortemente delegittimato.

2. Dipartimento di prevenzione

La parola Dipartimento ha una etimologia pericolosa ai fini degli obiettivi che la normativa dà allo stesso; infatti Dipartimento deriva da un termine francese che significa suddivisione. Un taglio organizzativo teso alla suddivisione/separazione sarebbe ben pericoloso in un contesto quale quello evidenziato in premessa.

La constatazione che esistono concezioni differenziate del ruolo dei diversi professionisti nel campo della prevenzione, che si rivendicano autonomie professionali sempre più consolidate (e garantite anche dalla nor-

Nella rubrica Documenti, a pag. 117, è riportato il regolamento formulato dalla Azienda USL 10 Firenze.

mativa) e che la storia del settore vede contrapposizioni di potere di lunga durata, rende credibile l'ipotesi che il Dipartimento possa divenire una occasione di forte contrattazione interna di poteri (acquisizione risorse, ruoli dirigenti) più che uno strumento di rafforzamento di gruppi omogenei culturalmente ed organizzativamente con un fine comune (es. Prevenzione) all'interno di una organizzazione che riconosce un ruolo prioritario ai servizi di assistenza sanitaria. L'art. 7 del D.Lgs. 517 cita la applicazione delle norme relative alla prevenzione previste dalla L. 833/78, quindi assumendo come validi i principi ispiratori di quelle norme e prevedendo una articolazione in servizi (v. nota n. 1 nella rubrica Documenti).

Il termine servizio si presta a valutazioni diverse ma credo possa essere ricondotto al concetto di unità organizzativa finalizzata ad alcune prestazioni, le cui caratteristiche sono comprese nella norma o generale o locale. In realtà i servizi vengono specificati e individuati con terminologie nuove che ridefiniscono competenze senza precisarne la compatibilità.

Ne consegue che saranno le regioni a dover operare scelte in questo senso, anche se ancora una volta si giungerà ad attribuzioni di competenze fortemente differenziate tra realtà e realtà e non sempre giustificate dalla specificità territoriale, ulteriormente frammentando e indebolendo un ruolo socialmente visibile.

Nella realtà a cui ci riferiamo, la Regione Toscana, sia le norme per il riordino del servizio sanitario regionale (L.R. 49/94) che la disciplina sulla organizzazione e funzionamento delle Aziende (L.R. 1/95) nulla prevedono in questo senso e quindi bisogna attendere nuove normative che consentano omogeneità di criteri di indirizzo a livello regionale (cfr. nota n. 2, pag. 124).

A fronte di questo quadro generale, esiste la consapevolezza che per poter svolgere un ruolo operativo all'interno della Azienda Sanitaria non è più sufficiente un efficiente rapporto con le realtà locali nelle diverse sue espressioni, ma è indispensabile una configurazione organizzativa tale da garantire un ruolo gestionale autonomo che sappia garantire risorse e potenzialità di sviluppo.

Si tenga presente, a questo riguardo, il progressivo regredire del peso dei finanziamenti per la prevenzione, con carichi anche molto differenti tra Regione e Regione. Il D.P.R. 1° marzo 1994 che approva il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994/1996 prevede che il finanziamento sia a carico del F.S.N. e che il riparto sia per quote capitarie ragguagliato ai livelli uniformi di assistenza; vengono previsti parametri capitari per la prevenzione pari a L. 78.350 cioè il 5.14% della quota capitaria (cfr. nota n. 3, pag. 124).

A livello regionale toscano l'ipotesi di riparto del fondo sanitario regionale prevede che alla prevenzione collettiva (escluso quanto di competenza dei Servizi multizonali di prevenzione) sia destinato il 3.25% del fondo stesso, con una percentuale nettamente inferiore alla attribuzione nazionale.

Questo quadro richiede quindi strutture organizzative tali da garantire una gestione centralizzata delle risorse e forte capacità contrattuale con gli organismi direzionali della USL, anche al fine di acquisire e mantenere un ruolo culturale e progettuale da spendere al livello dei rapporti con la cittadinanza e con gli organi istituzionali che devono fare riferimento alla prevenzione per l'esercizio delle proprie competenze.

La suddivisione operativa e culturale dell'area della prevenzione deve trovare quindi soluzione nell'adottare meccanismi di integrazione tali da af-

frontare i vincoli esistenti, trovando obiettivi comuni e validati. L'integrazione organizzativa deve garantire:

— visibilità esterna. La storia recente dei servizi della prevenzione ha creato una forte frammentazione negli interventi e una manifesta disomogeneità nelle logiche di intervento anche tra discipline omogenee. Questo aspetto già negativo dal punto di vista organizzativo interno, è elemento di forte limitazione all'esterno, in quanto non consente credibilità esterna soprattutto dal punto di vista della attendibilità tecnica del lavoro svolto;

— gestione unitaria dei finanziamenti. Il meccanismo del finanziamento per budget richiede una centralizzazione della gestione dei fondi che consenta una redistribuzione interna autonoma, a fronte di una contrattazione unitaria con la direzione aziendale;

— programmazione. La programmazione di interventi finalizzati alla tutela della salute è criterio di lavoro che, nonostante le esperienze realizzate, stenta a costituirsi come riferimento operativo. Nell'assetto attuale, peraltro, non è ipotizzabile una efficace opera di risoluzione dei nodi tecnici legati all'intervento sui rischi per la salute senza un rigoroso processo di analisi della situazione esistente (individuazione e stima) seguito dalla applicazione di modelli interpretativi (valutazione) che consenta una gestione dei problemi (e qui trattasi di gestione sanitaria, aspetto formale di una strategia di approccio che non può coinvolgere solo le strutture deputate ad una operatività tecnico-sanitaria bensì anche gli organi istituzionali incaricati della gestione territoriale, economica e sociale). Tutto ciò è realizzabile all'interno di un programma in cui la definizione degli obiettivi di salute abbia un ruolo prioritario, superando logiche di tipo passivo e acquisendo un forte ruolo propositivo. All'interno

di questo programma è possibile ricondurre risorse e stimolare motivazioni, altrimenti indebolite in attività di tipo routinario puramente esecutive. Ed è altresì possibile ridefinire i singoli soggetti come parte di un gruppo che opera in forma coordinata e consensuale per il raggiungimento di obiettivi comuni;

— definizione di livelli di responsabilità. Gli obiettivi di salute comportano processi definiti e gestiti con continuità. In particolare richiedono che ogni gruppo sia consapevole del proprio ruolo sia operativo che culturale e conseguentemente dia il proprio contributo tecnico.

Per ottenere un processo coerente è però indispensabile una catena di responsabilità, di tipo non gerarchico, che realizzi un percorso di avvicinamento ai risultati e di successiva verifica; tale percorso non può essere basato su un semplice approccio tecnico procedurale ma deve avere precisi livelli di responsabilità gestionale, definiti nel programma complessivo.

3. Contesto

L'esperienza a cui ci riferiamo è una Azienda Sanitaria Locale con 802.000 abitanti, che copre un'area comprendente 33 comuni (di cui uno con 386.000 abitanti), frutto della fusione di 10 ex USL, con 7.500 dipendenti circa. Gli insediamenti produttivi esistenti sono pari a 351.683 con 562.144 residenti in età lavorativa (16-64 anni, dati 1991). Il personale assegnato alle Unità Operative che fanno parte del Dipartimento di Prevenzione è così distribuito:

— 63 amministrativi (di cui 38 assegnati all'Igiene Pubblica, 18 alla Prevenzione, Igiene, Sicurezza nei luoghi di lavoro - PISLL, 7 alla Veterinaria);

— 175 operatori professionali di vigilanza sanitaria (di cui 105 assegnati

all'Igiene Pubblica, 54 alla PISLL, 16 alla Veterinaria);

— 130 laureati (di cui 45 assegnati all'Igiene Pubblica, 47 alla PISLL, 38 alla Veterinaria).

La organizzazione precedente la nascita della A.S.L. era basata su Unità Operative suddivise per disciplina, composte da personale laureato (quasi esclusivamente medico e medico veterinario) e tecnico, inserite in servizi che ricomprendevano le altre Unità Operative territoriali, salvo il caso di alcune USL di dimensioni maggiori. I servizi rivestivano concretamente un ruolo di raccordo e di responsabilità amministrativa, anche se potenzialmente la loro funzione era quella di coordinamento ed indirizzo. Questa potenzialità non si è espressa perché ogni Unità Operativa si è impegnata a difendere la propria autonomia professionale, richiamandosi anche a graduatorie di «merito» all'interno della prevenzione, costruendo alleanze sia a livello locale (sindaci in primo luogo) che a livello regionale. In particolare è risultata gravemente carente la funzione di indirizzo unitario e di programmazione da parte del Dipartimento Regionale, che ha svolto più una funzione di «muscolo» che di «cuore».

Ne è conseguito che prima della costituzione della Azienda Sanitaria Locale, non esistevano, neanche a livello del comune più ampio, forme di integrazione operativa. Unica attività prevista, anche a livello normativo, come interdisciplinare, era quella relativa all'esame dei progetti per attività produttive. Era costituito in modo formalizzato, un Dipartimento assimilabile a quello della Prevenzione con l'obiettivo di programmi integrati di intervento sull'area di due Usl confinanti. Questa esperienza ha avuto forti risultati interni, sia in termini culturali che operativi, ma non ha avuto ripetizione in altre realtà locali. La costituzione del Dipartimento si inserisce in un

processo molto complesso dal punto di vista organizzativo in quanto si è reso necessario procedere alla omogeneizzazione di storie molto diverse (e tutte ben radicate nella cultura degli operatori e nella realtà territoriale), in un contesto fortemente critico, senza un riconosciuto ruolo di indirizzo regionale.

4. Normativa regionale

La Regione Toscana ha emanato una legge (1/95) relativa a «Disciplina sulla organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere ai sensi degli artt. 3 e 4 del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni» che agli artt. 9 e 13 definisce le caratteristiche dei Dipartimenti territoriali. È indispensabile una analisi della norma, in riferimento, al Dipartimento della prevenzione per poter comprendere le decisioni conseguenti dal punto di vista organizzativo a livello locale.

A. I dipartimenti hanno compiti di pianificazione, coadiuvando la direzione aziendale.

B. Svolgono alcuni compiti:

1) coordinano le aree funzionali (v. dopo), attuano verifiche sulla attività svolta;

2) contribuiscono alla allocazione delle risorse;

3) garantiscono che le risorse siano distribuite secondo i piani attuativi locali.

C. A livello di zona, i dipartimenti sono articolati mediante Aree Funzionali che sono l'insieme delle unità organizzative professionali presenti in ogni zona in cui sono suddivise le Aziende (le zone sono state costituite per dare risposta alla forte pressione delle Amministrazioni Locali per avere interlocutori territoriali ben definiti sui temi della salute, anziché un lontano organismo centrale autarchico).

Le Aree Funzionali hanno il compito di:

- 1) integrare le attività;
- 2) gestire le risorse a livello locale;
- 3) coordinare.

Ogni Area Funzionale ha un Responsabile nominato tra i responsabili di Unità organizzative. I responsabili di Aree Funzionali costituiscono il Comitato Direttivo, che è integrato da diverse altre figure professionali.

Il Direttore Generale nomina un Responsabile del Comitato Direttivo.

È previsto un Regolamento Generale della Azienda che definisca l'assetto organizzativo complessivo, i livelli di responsabilità attribuiti, i processi decisionali unitari all'Azienda; questo Regolamento deve essere approvato a livello regionale.

5. Criteri organizzativi generali

I dirigenti delle Unità Operative del Dipartimento sono stati coinvolti nella analisi del contesto culturale e territoriale, portando alla formulazione di documenti successivi nel tempo che si sono venuti modificando col definirsi dell'assetto dell'Azienda, anche tramite il confronto con gli operatori di altri Dipartimenti, impegnati nella definizione della loro struttura organizzativa.

La Direzione Aziendale ha dato incarico a tre dirigenti, uno per disciplina (Igiene Pubblica, Medicina del Lavoro, Veterinaria), di seguire la fase di avvio del Dipartimento sia per gestire il processo di transizione sia per individuare i criteri organizzativi.

Il lavoro è stato realizzato tramite momenti di dibattito all'interno delle singole discipline, utilizzando i coordinamenti dei dirigenti di Unità Operative già presenti e seguendo le linee organizzative generali dettate dalla Direzione.

Il punto di accordo iniziale è stato quello della definizione dell'ambito in cui ci si muoveva.

Il Dipartimento viene definito come una struttura organizzativa deputata alla tutela della salute, per quanto attiene gli interventi di carattere preventivo basati sulla individuazione, stima e valutazione del rischio per la salute e sulla gestione del rischio stesso in rapporto con altri organi istituzionali.

Il Dipartimento basa il proprio intervento su alcuni principi operativi organizzativi che ne consentono una chiara connotazione tecnica, una congrua visibilità esterna alla Azienda per un dialogo con la realtà territoriale, istituzionale e non, ed uno sviluppo e crescita collegati al modificarsi di elementi esterni ed interni.

1. Programmazione per obiettivi

L'attività delle Unità Operative poi confluite nel Dipartimento della Prevenzione è stata fortemente condizionata da processi esterni: indirizzi normativi, scelte politiche, scelte amministrative, mandato dettato dalla Magistratura.

La Regione ha ulteriormente contribuito ad accentrare l'attenzione (salvo esempi di rilevante valore tecnico) su interventi incoerenti, privi di una precisa finalizzazione, anzi spesso esecutivi di dettati ministeriali.

Ciò ha portato al perpetuarsi di logiche operative di mero controllo e di «assistenza» agli organi istituzionali, senza la capacità di impegnare le energie in analisi approfondite della realtà e programmi conseguenti finalizzati ad obiettivi concordati.

Ha fatto eccezione a questo buona parte del lavoro della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro che, sia per effetto di processi trainanti a livello nazionale che per il forte ruolo svolto, in questo campo, dalla Regione, è stato organizzato sulla base di indirizzi regionali

comuni, sostenuti da una politica di distribuzione di risorse adeguate.

È evidente che il processo di costruzione del Dipartimento deve in primo luogo confrontarsi sul dove andare, verso quali risultati di salute ed organizzativi.

Da ciò discende che il primo lavoro della Direzione Dipartimentale deve essere quello di individuare gli obiettivi generali e specifici del lavoro, secondo gli indirizzi della Direzione Aziendale.

La individuazione deve essere processo condiviso tra le diverse componenti e deve portare ad obiettivi proporzionati alle risorse, tecniche ed umane, disponibili.

Devono essere predisposti progetti per obiettivi a livello Aziendale e zonale, coerenti a indirizzi aziendali, autonomi nel processo di realizzazione, ma in grado di garantire misurabilità coerente.

2. Autonomia professionale

Su questo tema, e sui risvolti «anarchici» del peso che ad esso viene dato, si basa gran parte della praticabilità del progetto. Non si può garantire sviluppo della vita del Dipartimento senza crescita delle potenzialità tecniche degli operatori. Tale crescita si esplica in primo luogo attraverso la evidenziazione della peculiarità di una professionalità rispetto alle altre, tenuto conto che nel settore oggetto del nostro esame il peso del laureato in medicina è spesso sostenuto più dal potere formale assegnato che dal peso reale del sapere applicato.

Nel momento in cui chiediamo crescita delle conoscenze, per una crescita della qualità del lavoro, creiamo le condizioni per riaffermare primati che portano a conflitti di potere.

In questo contesto si colloca, con rilevanza particolare nella realtà a cui facciamo riferimento, il dibattito sul

ruolo degli operatori professionali di vigilanza e ispezione.

Il ruolo assegnato è stato sempre quello di esecutori di disposizioni o di «vigili» deputati al controllo.

In realtà esiste una evoluzione professionale dai caratteri molto netti: il pervenire al mercato del lavoro di soggetti in possesso di titoli di studio quali Scuola Media Superiore e Laurea, ha necessariamente determinato una richiesta di qualificazione tecnica prima inesistente ed ha tolto ruolo ai laureati, soprattutto medici, che non hanno sempre strumenti adeguati per confrontarsi con personale preparato e interessato alla propria crescita culturale e professionale in rapporto a mutate conoscenze e domande differenziate.

Il personale di vigilanza si distingue per competenze (in rapporto alle discipline) e si qualifica sempre più come tecnico della prevenzione, anche se privo ancora di specifici corsi di studio universitari (che è in ritardo di molti anni rispetto alla realtà) ma in grado di partecipare in modo molto attivo sia ai processi tecnici che professionali.

È compito della Direzione del Dipartimento intervenire nella fase di definizione degli obiettivi perché prevalga la finalizzazione ai risultati più che il peso delle componenti tecnico professionali. Risulta quindi fondamentale la gestione dei processi organizzativi, gestione facilitatoria di contributi individuali a meccanismi operativi concordati e finalizzati.

3. Integrazione

Abbiamo avuto modo di sottolineare più volte come le diversità esistenti possano costituire il limite principale del lavoro.

In realtà le diversità, se sono frutto di percorsi diversi, sono anche il risultato di ricchezze tecniche da valoriz-

zare e quindi possono costituire strumento di crescita.

È allora necessario che gli obiettivi di salute trovino realizzazione in processi di integrazione, definita e gestita con continuità.

La legge regionale citata è impostata con un orientamento alla rigidità formale, basata su unità organizzative di base monoprofessionali e sul privilegiare il loro ruolo specialistico più che le finalità operative: c'è, per semplificare, un orientamento alla efficienza e non alla efficacia.

Ciò è in contrasto con la necessità di trovare forme di lavoro, anche innovative, che siano in grado di orientare il lavoro a risultati programmati.

È quindi necessario dare forma a momenti di integrazione che, sulla base di alcune regole di lavoro comuni, consentano la sperimentazione di processi operativi differenti per progetti e per realtà territoriale.

Definiti questi principi, consideriamo quali sono i caratteri puntuali della organizzazione.

Abbiamo già ricordato come la legge regionale di organizzazione sia costruita sulle Unità Operative monoprofessionali: ciò ha, nella logica del legislatore, lo scopo di garantire pieno sviluppo delle risorse professionali, omogeneità operativa e adeguata rappresentanza tecnico-professionale.

Le Unità Operative hanno il compito di provvedere all'aggiornamento, alla verifica di qualità sulle prestazioni professionali, alla organizzazione di metodiche e procedure professionali oltre che di concorrere alla definizione dei criteri per la ripartizione delle risorse destinate al Dipartimento.

Il personale delle Unità Operative opera sia presso le zone che presso il Dipartimento, secondo i programmi definiti.

Gli organismi dirigenti del Dipartimento hanno una funzione direttiva nei confronti delle diverse Unità Ope-

rativa, non dovendosi limitare ad una semplice funzione di coordinamento e indirizzo. Questo aspetto è particolarmente delicato in quanto è forte la richiesta di attribuire alla direzione del Dipartimento un ruolo formale o, anzi, rappresentativo.

Devono essere adottate scelte che, soprattutto per quanto riguarda l'attribuzione delle risorse, affidino chiaramente alla Direzione compiti gestionali, supportati da validi strumenti organizzativi, garantendo l'operatività tramite le Unità Operative a carattere zonale o dipartimentale.

Particolare attenzione deve essere prestata, nella contrattazione interna all'Azienda, perché sia garantita certezza di finanziamento finalizzato al Dipartimento, tramite un budget assegnato alla Direzione Dipartimentale che provvederà alla ripartizione dello stesso secondo i programmi.

6. Regolamento del dipartimento della prevenzione

Il dibattito sulle linee programmatiche del Dipartimento ha portato alla stesura di un regolamento (allegato I) che è stato sottoposto alla approvazione degli operatori e successivamente della Direzione Aziendale.

Non riteniamo che lo strumento regolamentare sia indispensabile per la definizione di un assetto organizzativo.

È però vero che nel contesto di riferimento l'esigenza di un insieme di regole del lavoro era molto sentita, che la legge regionale prevede un Regolamento generale di Azienda e che la Direzione dell'Azienda ha richiesto la stesura di un regolamento, coerente alle linee del Regolamento generale, per tutti i Dipartimenti.

Analizziamo di seguito i caratteri principali di questo Regolamento, cercando di sottolineare i punti critici fondamentali.

Dopo aver enunciato i principi di riferimento e le attività di competenza, viene evidenziato come alla base delle attività devono esserci alcuni elementi che consentano operatività e ruolo chiaro interno ed esterno, quali risorse finanziarie autonome e un sistema informativo continuamente aggiornato.

Il Dipartimento ha come obiettivo la programmazione unitaria, la uniformità metodologica, la omogeneità dei rapporti esterni e la trasparenza procedurale nei confronti degli utenti-clienti.

Responsabile Dipartimento. Il Responsabile del Dipartimento è incaricato di gestire la integrazione organizzativa e di assicurare rapporti interni all'Azienda ed esterni, validi per lo sviluppo del Dipartimento. Il Responsabile partecipa, a livello di Direzione Aziendale, alla definizione delle risorse attribuite di cui è responsabile e alla loro assegnazione. È una figura dirigenziale che opera ad impegno esclusivo, con potere di delega per funzioni specifiche. Il ruolo, sia quello assegnato che quello effettivamente svolto, del Responsabile del Dipartimento definisce più di altri elementi la possibilità di realizzare il progetto generale del Dipartimento.

Da una parte la legge regionale (come in analogia prevede anche il Regolamento generale di U.S.L.) attribuisce compiti precisi di gestione del Dipartimento, dall'altra però è evidente come questo compito sia condizionato da diversi fattori.

Il primo, che ritengo più rilevante, è la capacità dei diversi soggetti coinvolti ad accettare, nel contesto di riferimento, una figura che sia investita di un potere organizzativo e decisionale, ben maggiore di quello fino ad oggi espresso, senza (apparenti) indicazioni di tipo «politico». Gli aspetti manageriali (manager come elaboratore culturale, facilitatore, promotore)

sono riconosciuti come semplici armi di potere e non come materiali per un miglioramento. Ne consegue un esplicito, ma più spesso nascosto, atteggiamento di scetticismo, con conseguente delegittimazione.

Il secondo è la capacità del responsabile di svolgere un ruolo gestionale ed organizzativo. Il nodo sta nell'acquisire il consenso degli operatori del Dipartimento; la difficoltà esterna è nel conquistare uno spazio accettato di manovra nella direzione aziendale, spazio da utilizzare nella difficile fase di transizione per garantire sopravvivenza e crescita. Sta quindi nelle capacità manageriali del Responsabile la possibilità di creare le condizioni favorevoli per il pieno raggiungimento dei risultati attesi, valorizzando le professionalità presenti, promuovendo processi di responsabilizzazione tecnico-gestionale, utilizzando scelte strategiche di economicità che rafforzino il ruolo del Dipartimento.

Staff. Il Responsabile è coadiuvato da una struttura in staff, strutturata in gruppi di lavoro permanenti che seguono distinti settori di attività, tutti inerenti l'attività gestionale. Particolare rilevanza assumono le funzioni relative a:

1) sistema informativo.

Per garantire obiettivi accessibili e misurabili di salute è necessario disporre di tutte le informazioni in modo coerente e gestibile, secondo procedure e sistemi coordinati ai sistemi informativi sia Aziendale che Regionale. Deve essere quindi approntato un sistema di comunicazione interna che renda costantemente disponibili le informazioni per la funzione decisionale e operativa;

2) gestione budget.

Il finanziamento, sia nella fase decisionale aziendale che nella fase attribuita interna, è certamente elemento limitante o facilitante i processi. Una delega a soggetti esterni determina

l'impossibilità di presidiare il modificarsi degli effetti economici del lavoro di una équipe.

La presenza di un gruppo competente e investito di compiti di verifica ed analisi contribuisce in modo determinante a garantire economicità.

Area Funzionale. Il Dipartimento a livello delle zone è articolato in Aree Funzionali (A.F.) cioè l'insieme delle Unità Operative professionali presenti in una zona e facenti capo al Dipartimento. L'A.F. ha un responsabile che:

1) assicura l'integrazione tra le attività del Dipartimento svolte a livello zonale;

2) gestisce le risorse attribuite all'Area funzionale;

3) garantisce lo svolgimento integrato dei compiti delle Unità operative.

Le A.F., tramite le Unità Operative, garantiscono il decentramento operativo ed organizzativo, la rilevazione e valutazione dei bisogni di salute, il monitoraggio della realtà territoriale per quanto riferito a problemi di salute. Le A.F. sono quindi la proiezione territoriale (zonale nelle indicazioni della legge regionale a cui facciamo riferimento) del Dipartimento della Prevenzione centrale.

Il rapporto tra Aree Funzionali, Dipartimenti e Zone (con le relative strutture previste dalla legge) è altro elemento critico per una organizzazione efficace.

Dobbiamo infatti bilanciare il peso del Dipartimento, centrato sulla attribuzione delle risorse e sulla definizione degli obiettivi di salute, con quello delle Aree Funzionali, in cui il peso delle Unità Operative, soprattutto in rapporto a specifiche realtà zonali, tende ad essere preponderante rispetto agli indirizzi centrali. Un'Area Funzionale «forte», una volta acquisite le risorse (magari attraverso rapporti diretti con soggetti decisionali a livello Aziendale), può essere in grado di agi-

re autonomamente dal Dipartimento, aprendo con ciò conflitti che tendono ad accentuarsi in mancanza di correttivi gestionali, sostenuti a livello aziendale.

La situazione è complicata dal fatto che esiste la previsione di un potere (prevalentemente amministrativo) gestito a livello zonale: la zona infatti controlla, tramite un responsabile autonomo nei confronti delle Aree Funzionali, parte della spesa ed i rapporti con la realtà locale.

È quindi evidente che anche a questo livello possono esplicitarsi diversi gradi di decisionalità: un dirigente di zona «forte» con forte progettualità concordata con altri poteri locali (sindaci soprattutto) è in grado di condizionare l'operato operativo e progettuale del Dipartimento.

Se da una parte questo è il rischio, dall'altro una gestione coordinata dei poteri (centrali e zonali) è un formidabile strumento di efficacia, in situazioni, quale quella in esame, dove l'ampiezza territoriale, la dimensione quantitativa e le diversità storico-culturali sono tutti elementi centripeti rispetto al progetto di integrazione previsto.

Direttivo dipartimento. Uno strumento mirato all'efficacia è il Direttivo del dipartimento, costituito dai Responsabili delle A.F., che debbono coadiuvare il Responsabile.

Il Direttivo, integrato da altre figure professionali di cui si renda indispensabile il contributo, ha la funzione di coadiuvare il Responsabile, definendo i piani di lavoro ed assicurando tramite i singoli componenti compiti progettuali specifici o funzioni vicarie del responsabile stesso.

Consiglio dipartimentale. Il Consiglio dipartimentale ha la funzione di elaborare linee progettuali e di verificare le attività svolte, attraverso i suoi componenti, rappresentati da tutti i

Responsabili presenti nel dipartimento.

Trattasi in sostanza di un organismo propositivo e di controllo il cui ruolo è essenzialmente di rappresentare le diverse istanze professionali presenti nel Dipartimento. La rappresentanza ha duplice funzione:

1) consente un ambito formale di dibattito nel quale sia possibile, al di fuori di specifici ambiti di decisionalità, progettare strategie come risultato di istanze tecniche diversificate;

2) offre occasione di partecipazione a soggetti diversi che non occupano livelli decisionali strategici e che possono quindi esercitare un ruolo propositivo valido nella fase preparatoria delle decisioni.

I punti precedenti rappresentano i livelli formali della organizzazione. Formali in quanto definiti dalla legge, formali in quanto evoluzione delle realtà organizzative preesistenti.

Il Dipartimento se ha come principio quello del lavoro per obiettivi, deve avere anche quello della integrazione, come abbiamo già evidenziato.

È importante a questo punto tenere presente che l'integrazione si deve esprimere anche attraverso meccanismi che consentano di costruire e confermare il principio della appartenenza ad un gruppo di persone, che posseggono obiettivi comuni, che devono costruire linguaggi comuni, che si presentano all'esterno in modo omogeneo.

Per realizzare questo, si rende necessario costruire organismi e processi in grado di rafforzare il senso di appartenenza e di realizzare il massimo di operatività integrata, finalizzata a risultati di salute.

L'ipotesi di lavoro si muove su due linee:

1) coordinamenti per disciplina.

Può apparire contraddittorio individuare i coordinamenti per disciplina come strumento integrativo. In realtà

tutta l'analisi fatta all'inizio mirava a dimostrare come il punto critico fondamentale fosse rappresentato dalla separazione storico-culturale ed organizzativa delle diverse discipline.

Questa criticità non può essere affrontata senza offrire garanzie che la specificità culturale (realmente esistente o supposta tale) possa continuare ad esprimersi: viceversa automaticamente provocheremmo reazioni di rifiuto, dovuto al mancato riconoscimento di un carattere ritenuto qualificante. La specificità culturale può allora trovare espressione nei Coordinamenti per disciplina che hanno funzioni di:

— analisi di problemi tecnici di competenza;

— formulazione di proposte per piani di lavoro che vedano coinvolte la disciplina.

È peraltro evidente che l'occasione stessa di un incontro periodico tra operatori della medesima formazione è momento utile di riconoscimento e conferma di un ruolo anche di potere comunque garantito.

Ma ciò non basta. Anzi la necessità di riaffermare l'autonomia professionale (di cui i Coordinamenti costituiscono una espressione) espone al concreto rischio di strutture autoreferenziali, che in mancanza di un chiaro indirizzo gestionale centrale si immisero in dibattiti che non trovano utile espressione esterna. Deve essere individuato un altro strumento: i gruppi di lavoro;

2) gruppi di lavoro.

I gruppi di lavoro devono assolvere al compito di mettere insieme, secondo gli indirizzi aziendali, operatori di diversa esperienza e provenienza che hanno in comune un elemento fondamentale: lavorare per il raggiungimento di un preciso risultato.

I gruppi di lavoro sono definiti nella loro composizione dal Direttivo del Dipartimento, tramite il Responsabile:

questo allo scopo di riaffermare la valenza dei gruppi e di poter gestire pienamente i gruppi stessi.

I gruppi di lavoro devono costituire supporto operativo del Direttivo del Dipartimento relativamente a specifiche materie o progetti, ma possono svolgere la funzione di definire protocolli e procedure. Le loro funzioni sono:

— *tecnico-procedurali*. Ogniqualvolta sia necessario o predisporre una norma tecnica o procedurale o sottoporre a verifica una norma già esistente, può essere costituito un gruppo di lavoro composto da soggetti competenti nella specifica materia con l'obiettivo di costruire modelli omogenei e praticabili;

— *operative*. La realtà della prevenzione si definisce sempre più come effetto incrociato di fattori diversi, da affrontare disponendo di logiche e conoscenze sinergiche. È allora utile affrontare la realtà, meglio la complessità del reale, non con un solo tipo di «occhiali» ma con matrici di letture che, rispettando il ruolo dei singoli e regole esterne quando sono presenti, consentano di analizzare, individuare, progettare e verificare diversi problemi con un mix di strumenti. Ciò è garanzia di un più elevato livello di conoscenza e prerequisito per una migliore qualità dei risultati. Va da sé che costruire e gestire un gruppo di lavoro non è cosa di poco conto e richiede attenzione costante di processi. In particolare importante è la figura del responsabile del gruppo di lavoro che non deve essere «il più bravo» nella materia, bensì «il più abile» a far lavorare insieme i soggetti, a creare clima, a gestire per portare a risultati. Nel gruppo questo ruolo trova ostacoli limitati ad essere gestito, in quanto non dovrebbero esistere conflitti sui ruoli gerarchici, garantiti dalle Unità Operative e dalle loro regole.

I gruppi possono avere valore:

— dipartimentale. Se gli obiettivi sono aziendali, i gruppi si costituiscono a livello del Dipartimento con operatività o decisionalità autonoma su temi di interesse complessivo (si pensi ad esempio alla contraddizione esistente nel campo degli alimenti dove esistono due strutture delegate: quella dell'Igiene Pubblica e quella della Veterinaria). Un Dipartimento che sia tale deve organizzare il lavoro in modo tale da omogeneizzare e finalizzare gli operatori (pena la perdita di credibilità interna ed il perpetuarsi di conflitti dirompenti). Quando si parla di gruppi Dipartimentali si deve intendere sia gruppi interni al Dipartimento che tra dipartimenti diversi per temi concordati;

— zonale. Quando trattasi di affrontare ambiti limitati o temi specifici, i gruppi di lavoro hanno articolazione limitata alla zona.

Completata quindi l'analisi del testo del Regolamento, come traccia per seguire l'evoluzione logica della impostazione del Dipartimento della Prevenzione, sono opportune due ulteriori riflessioni.

La prima è relativa alla formazione del personale.

Secondo le linee indicate, è evidente che lo sforzo principale è quello di impegnare le risorse nel loro complesso in un processo di rinnovamento organizzativo che sfrutti gli spazi e le energie disponibili per superare rigidità e indirizzare verso i risultati.

È indispensabile far sì che il personale, ad ogni livello, pur con diversi gradi di intensità, sia messo nelle condizioni di contribuire al rinnovamento, attraverso momenti formativi orientati alla analisi organizzativa ed alla conoscenza dei meccanismi unitari della organizzazione di appartenenza.

Nonostante il molto che è stato fatto in questo settore, l'esperienza di avvio del Dipartimento in esame ha dimostrato come l'uso di tecniche manage-

riali e la conoscenza sui processi organizzativi sia ancora carente e che la formazione deve svolgere ancora il suo ruolo strategico.

La seconda è relativa ai rapporti con l'esterno.

Esiste tutt'ora un prevalere di logiche tutte burocratico-esecutive, rivolte all'interno, tese alla formalizzazione, a fronte di una domanda di singoli cittadini, di singoli operatori, delle associazioni di categoria che esige un rapporto dinamico ed interagente.

Fa, evidentemente, da freno il fatto che alle Unità Operative del Dipartimento è assegnato anche un ruolo repressivo che non può conciliarsi con un ruolo consultivo/collaborativo quale quello richiesto.

Nel passato l'equilibrio si è spostato verso il lato autorizzativo e di controllo; stanno crescendo le esperienze tese a trovare collocazioni diverse, a sperimentare spazi, a ridefinire ruoli.

In questo contesto si collocano anche alcune proposte che vogliono risolvere radicate contraddizioni circa il ruolo e sperimentare l'acquisizione di risorse. Si stanno quindi sviluppando esperienze in cui l'attività di vigilanza è scissa da quella di espressione di pareri tecnici su progetti, su piani mirati, su valutazione di rischio o su interventi di tipo formativo (sia nel campo dell'igiene degli alimenti e degli alimenti di origine animale, sia nel campo della sicurezza nei luoghi di lavoro).

Questa attività può essere svolta con un corrispettivo economico, secondo tariffe prestabilite nell'interesse del cliente/utente e con snellimento (questo ancora ipotetico) del lavoro del personale di vigilanza.

La preoccupazione di molti operatori è che questo indubbio strumento di finanziamento possa risolversi da una parte in una separazione rigida di compiti con inserimento di taluni operatori tecnici e laureati in meri compiti esecutivi (e relativo burn-out), dall'al-

tro in un appiattimento sulle logiche di mercato che poco hanno a che fare con la storia dei servizi territoriali.

Questo aspetto però evidenzia, come più volte sottolineato, il problema della certezza di finanziamento e delle garanzie oggi insufficienti in questo senso e giustifica la ricerca di meccanismi di finanziamento autonomi che possono sollevare alcune incertezze, ma possono altresì costituire uno strumento da utilizzare anche nella contrattazione aziendale.

All'interno del tema dei rapporti con l'esterno sta anche la comunicazione con l'esterno, intesa come utilizzo di strumenti formativi tali da consentire una piena visibilità e accessibilità, aspetto questo su cui è evidente il ritardo.

7. Prospettive

L'esperienza qui presentata sta procedendo parallelamente al procedere della costituzione della Azienda in cui il Dipartimento è inserito.

Se le scelte organizzative trovano forma, è però da constatare come gli

elementi critici più volte richiamati (obiettivi, integrazione, responsabilità per progetti) stentano ad essere tradotti in prassi operativa.

Trova ancora una volta conferma la necessità che le fasi di transizione (turbolenza) siano guidate da un gruppo o da un singolo in grado, sia per mandato che per capacità, di gestire gruppi, motivare, presidiare processi e rapporti.

In mancanza di tale figura esiste un (naturale) meccanismo di difesa di spazi (singoli o di gruppo) e di attesa per soluzioni esterne, che tendono ad essere imposte e che quindi si prestano ad essere rifiutate, prescindendo dalla loro qualità.

Ad esempio, per passare, nel settore alimenti, dalla vecchia divisione territoriale per U.S.L. alla nuova dimensione dipartimentale deve essere trovata una organizzazione che centralizzi in modo progressivo le diverse competenze, riorganizzi l'esistente, acquisisca personale proprio, definisca obiettivi e omogeneizzi procedure. Questa «rete» nuova deve naturalmente trovare un leader, in grado di

gestire il processo motivato al ruolo e legittimato a farlo.

Siamo ancora in una situazione in cui esistono resistenze evidenti ad affidare incarichi per progetti, davanti al peso della legittimazione contrattuale e gerarchica.

Cresce sempre più, d'altra parte, la consapevolezza che «qualcosa» deve essere fatto per andare avanti, deve essere trovato un livello di organizzazione più avanzato, forse ancora non del tutto dettagliato, ma capace di proporre equilibri più avanzati.

Il ruolo dei dirigenti deve essere quello di far uscire questa incerta consapevolezza dalla genericità di un bisogno indistinto verso un progetto organizzativo strategicamente strutturato e tecnicamente garantito, inserito nel rinnovamento, magari parziale delle Aziende, ma capace di una propria autonomia.

Sulla capacità di realizzare queste scelte e sul sostegno che a queste scelte daranno le Direzioni Aziendali, si deciderà lo sviluppo o la sopravvivenza delle strutture della prevenzione.

IL CONTROLLO DELLA GESTIONE E LA DETERMINAZIONE DEL COSTO PER PROFILO DI CURA: IL CASO DEL DIPARTIMENTO DI GASTROENTEROLOGIA DELL'OSPEDALE «LE MOLINETTE» DI TORINO

di Paola Alaria ¹, Alberto Antognozzi ², Floriano Rosina ³

¹ Dipartimento controllo di gestione - Ospedale «Le Molinette» - Torino

² SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

³ Dipartimento di gastroenterologia - Ospedale «Le Molinette» - Torino

SOMMARIO: 1. Le finalità della determinazione dei costi - 2. Le caratteristiche del Dipartimento di Gastroenterologia - 3. Metodologia di lavoro - 4. Logica di determinazione dei profili di cura - 5. Metodologia di determinazione del costo per profilo di cura - 6. Problemi operativi - 7. Primi risultati - 8. Grado di generalizzabilità dei risultati.

1. Le finalità della determinazione dei costi

Nel presente articolo si illustrano le modalità di introduzione del controllo della gestione all'interno di una unità dipartimentale ospedaliera, evidenziando come gli strumenti di analisi di cui il sistema in questione si compone, opportunamente prefigurati, permettono di:

— misurare l'utilizzo di risorse in relazione all'attività svolta;

— responsabilizzare le unità operative;

— determinare il costo delle prestazioni quale base per il confronto con le tariffe o comunque con il prezzo dei servizi, in relazione ai nuovi fabbisogni informativi generati dalla normativa in tema di finanziamento del sistema sanitario (1).

Dopo aver brevemente descritto le specificità proprie dell'ambiente di riferimento, verrà presentata la metodologia di lavoro seguita. Si enfatizzerà in particolare la necessità di individuare un doppio oggetto di analisi e di aggregazione delle informazioni, l'unità operativa ed il profilo di cura.

L'attività di governo, sviluppandosi a due diversi livelli, secondo le logiche proprie della:

— programmazione strategica, in cui vengono definiti il portafoglio di attività e la politica di servizio che l'azienda ospedaliera intende offrire;

— programmazione direzionale, che, sulla base delle indicazioni fornite dalla programmazione strategica, individua le azioni concrete volte alla gestione delle attività.

Richiede infatti un supporto informativo coerente con le differenti finalità proprie dei due livelli decisionali. È quindi opportuno sviluppare configurazioni di costo differenti, sia in merito ai contenuti che alle modalità tecniche di raccolta, affinché il processo di gestione possa avvalersi di una base di dati adeguata.

Il primo livello decisionale richiede la disponibilità di informazioni funzionali ad un confronto tra tariffa e costo per prestazione. La programmazione direzionale si basa invece su una fonte informativa che deve esplicitare il legame tra l'attività svolta dalle singole unità operative e l'assorbimento di risorse a queste ultime imputabile. Le due differenti finalità determinano logicamente la metodologia di rilevazione delle informazioni che devono essere raccolte. Mentre infatti il costo per profilo di cura, utilizzato per effettuare un confronto con le tariffe, viene

determinato solamente in occasione di analisi strategiche, le informazioni di costo raccolte per unità operativa sono rilevate e monitorate continuamente, in quanto strumento di guida della gestione. Questa differenza influenza notevolmente la struttura del sistema tecnico-contabile di rilevazione. Infatti le due tipologie di dati ottenuti dall'aggregazione delle informazioni per centro di costo e per profilo di cura richiedono un differente trattamento:

— il costo per profilo di cura viene elaborato «una tantum» a supporto di analisi strategiche in cui, per la definizione del «portafoglio» di prestazioni che l'azienda ospedaliera vorrà erogare, diventa necessario il confronto tra costo per prestazione e tariffa corrispondente riconosciuta;

— il costo per unità operativa, elemento di guida per la gestione ordinaria, viene invece elaborato sistematicamente per supportare il responsabile dell'unità operativa nella sua attività decisionale.

La differenza tra i due dati di costo si concretizza anche nel fatto che il primo meccanismo di rilevazione, pur comportando un inevitabile assorbimento di risorse umane e materiali dedicati alla raccolta dei dati, si integra

con i processi di erogazione delle prestazioni senza comportare un eccessivo costo organizzativo (2), mentre la rilevazione del costo per profilo di cura si configura come attività complessa, che richiede una specifica attività di analisi prima e di raccolta poi.

Vengono successivamente presentati i problemi riscontrati in fase di progettazione ed implementazione del sistema di controllo, per lasciare infine spazio ad alcune considerazioni conclusive, in cui, oltre ad esaminare i primi dati prodotti dal sistema di rilevazione, si cerca di generalizzare i risultati raggiunti.

Obiettivo del presente lavoro è quindi sottolineare che:

1) devono essere configurati aggregati di informazioni funzionali alla

finalità specifica del livello decisionale;

2) i dati di costo e di attività rilevati dal sistema di controllo della gestione, orientato alla determinazione del costo per Centro di Responsabilità e per Profilo di Cura, presentano una valenza di tipo:

— strategico, in quanto fornisce le informazioni necessarie alla valutazione della politica di servizio che il responsabile dell'azienda ospedaliera intende seguire;

— organizzativo, in quanto, attraverso la correlazione tra attività svolte e risorse assorbite dalle singole unità operative, permettono al responsabile di gestire opportunamente la struttura;

— medico-scientifico, in quanto, dalla rilevazione per profilo di cura, è possibile raccogliere una serie di dati epidemiologici e terapeutici utili per un confronto tra i diversi protocolli diagnostici (3).

2. Le caratteristiche del dipartimento di gastroenterologia

Il funzionamento del sistema di controllo della gestione deve tener conto delle caratteristiche della struttura tecnico-produttiva, dei processi di erogazione delle prestazioni e del contesto organizzativo in cui viene implementato. Sono infatti tali elementi ad influenzare non solo la progettazione, ma anche il funzionamento stesso dei meccanismi di programmazione e

Tabella 1 - Dati di attività del Dipartimento di Gastroenterologia (1989-1994)

DATI DI ATTIVITÀ						
	GEL	1989-1990 N.C.	I.E.	GEL	1993-1994 N.C.	I.E.
Posti letto	32	0	0	23	6	7
Attesa media per ricovero	50 gg.	—	—	7 gg.	15 gg.	Solo urg.
Durata media ricovero	6,6 gg.	—	—	9,3 gg.	20 gg.	5 gg.
Gravità pazienti ricoverati GEL						
	1992	1994				
Rx arteriografia	72	232				
Es. colturali	390	335				
EGA						
Set per giugulare *	100	150				
N. passaggi in D.H.		1989-1990		1993-1994		
		GEL	N.C.	GEL	N.C.	
		3200	350	6300	3200	
N. passaggi ambulatorio		1989-1990		1993-1994		
		GEL	N.C.	GEL	N.C.	I.E.
		3700	3200	7700	3600	1900
Importanza diagnosi pz. in D.H. GEL						
	1992	1994				
Biopsie epatiche	470	497				
Polipectomie	6	0				
Biopsie digiunali	12	0				
Paracentesi	0	85				
Nutrizione parenterale	0	18				

controllo. È necessario allora evidenziare la struttura del Dipartimento che si caratterizza per l'innovativa formula organizzativa.

Il Dipartimento Sperimentale di Gastroenterologia e Nutrizione Clinica dell'Ospedale «Le Molinette» di Torino (DGE) è la prima esperienza

gestionale attivata in Piemonte in base alla Legge 412/91, che prevede la realizzazione di servizi sanitari integrati con l'obiettivo di migliorare le prestazioni erogate e di razionalizzare i costi del sistema ospedaliero. Il Dipartimento opera come unità di diagnosi e cura di pazienti specialistici selezionati per problemi; questo approccio è

coerente con le linee dei Piani Socio-Sanitari della Regione Piemonte, che prevedono la costituzione di «Dipartimenti d'organo o di patologia» (4).

La struttura del Dipartimento (figure 1 e 2) è articolata in tre divisioni. Ciascuna di esse dispone di un reparto

Figura 1 - Struttura dei CDR e dei CDC del dipartimento

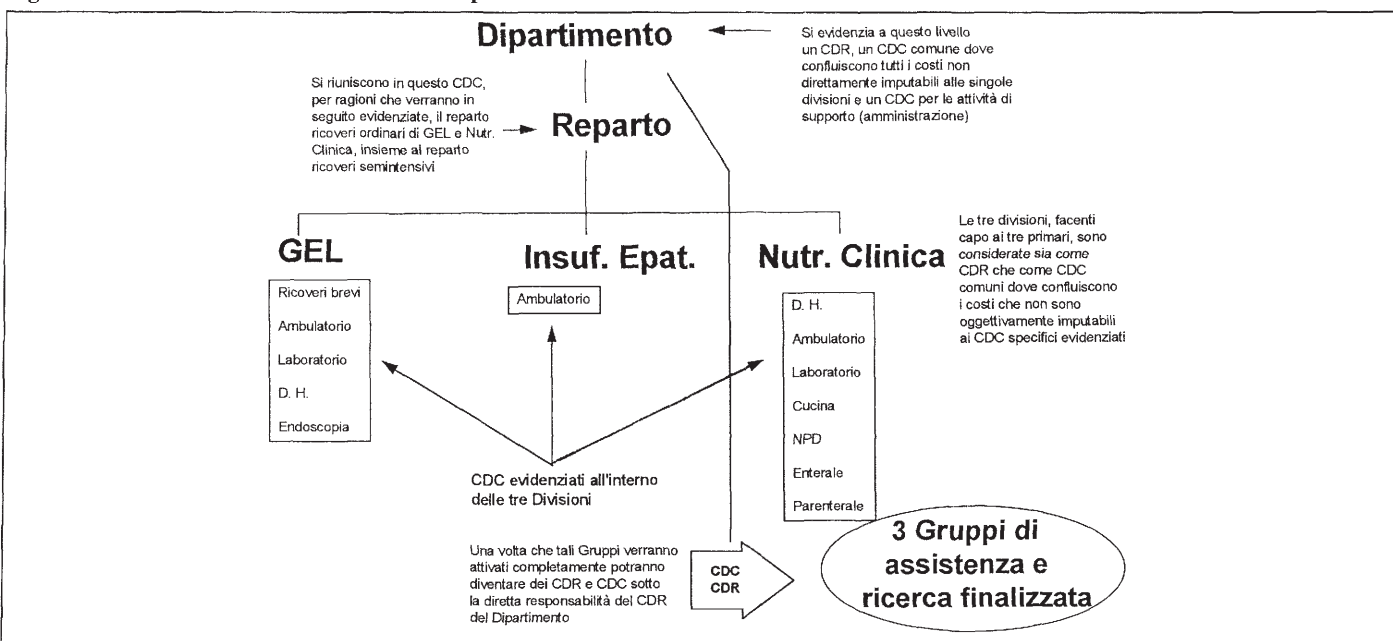
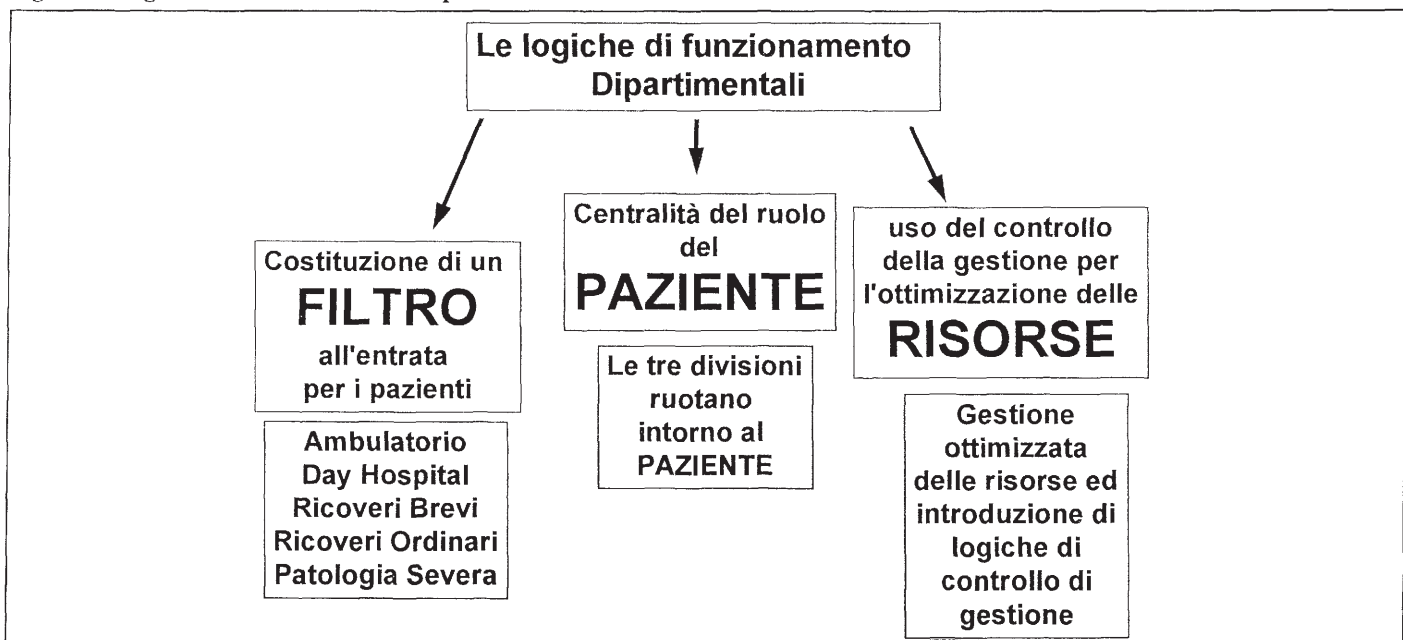


Figura 2 - Logiche di funzionamento del dipartimento



di degenza e di un ambulatorio. Le Divisioni di Gastroenterologia e di Nutrizione Clinica dispongono inoltre di unità di Day Hospital. Tale articolazione permette di costituire un «filtro» per l'attività di ricovero e degenza, che viene così limitata ai casi di mag-

gior complessità e/o gravità (tabelle 1 e 2).

La struttura organizzativa prevede inoltre ruoli di coordinamento trasversali alle tre Divisioni, aventi come obiettivo assi curare e sviluppare l'interdisciplinarietà sia sul versante del-

l'assistenza, sia su quello della ricerca finalizzata. Attraverso i Gruppi di Studio, costituiti da specialisti delle varie branche, appartenenti alle tre Divisioni, vengono studiate patologie definite su gruppi omogenei di pazienti, realizzando l'approccio integrato alle pro-

Tabella 1 - Dati di attività e confronto delle tre divisioni del dipartimento

ATTIVITÀ DI REPARTO	1989	1992	1994	1989	1992	1994
	GEL	N.C.	I.E.	GEL	N.C.	I.E.
Posti letto	32	0	0	23	6	7
Attesa media per ricovero	50 gg.	—	—	7 gg.	15 gg.	Solo urg.
Durata media ricovero	6,6 gg.	—	—	9,3 gg.	20 gg.	5 gg.
Gravità pazienti ricoverati GEL						
	1992	1994				
Rx arteriografia	72	232				
Es. colturali	390	335				
EGA						
Set per giugulare		131				
ATTIVITÀ DI DAY HOSPITAL						
	1989	1992	1992	1994	1994	
	GEL	N.C.	GEL	N.C.	GEL	N.C.
N. passaggi in D.H.	3200		6600	2900	6300	3200
Importanza diagnosi pz. in Day Hospital GEL						
	1992	1994				
Biopsie epatiche	470	497				
MEGX	255	825				
Polipectomie	6	0				
Biopsie digiunali	12	0				
Paracentesi	0	85				
Nutrizione parenterale	0	18				
ATTIVITÀ DI AMBULATORIO						
GEL			N.C.			
	1990	1993		1990	1993	
Endoscopia		776			183	
Gastroenterologia	2700	3731		Carico degenti		
Fegato	920	1368		Tot. passaggi	1900	
Calcolosi		351				
Litotripsia	300					
Intestino	1296	1372				
PH metrie		118				
Tot. passaggi	5216	7716				

blematiche degli stessi, obiettivo primario della costituzione dei Dipartimenti. Vengono così svolte diverse funzioni fondamentali:

- assistenza diretta su patologie croniche;
- rilievi epidemiologici;

— definizione delle linee-guida diagnostico-terapeutiche sulla base delle concreta esperienza;

- valutazione dell'efficacia di nuove tecnologie e procedimenti;
- valutazione delle soddisfazioni del paziente.

I gruppi di studio producono infine ricerca a livello internazionale e costituiscono centri di eccellenza per la formazione.

Oltre alla particolare ed innovativa struttura organizzativa, finalizzata alla:

Tabella 2 - Esempio di tabella di rilevazione per profilo di cura da parte del personale medico

Cognome: Nome: Letto:	Data di nascita:	Esito: Dimesso OLT Lista OLT Colectomia Resezione ileale Trasferito Deceduto	
	Data di ricovero:		
	Data di dimissione:		
	Diagnosi di dimissione:		
		
Patologia di base		Situazione all'ingresso	Situazione alla dimissione
Malattia ulcerosa Cirrosi Cirrosi lista OLT HCC IBD: RCU Crohn		OSF Hb Child Child Child CAI CDAI	OSF Hb Child Child Child CAI CDAI
Data inizio	Problemi attivi	Data fine	Problemi associati
	Sanguinam. ulcera Sanguinam. varici Sanguinamento gastropatia congestizia Ascite Ascite infetta Ascite intrattabile Encefalopatia acuta Risanguinamento Focolaio broncopneumonico Infezione in altra sede Sepsi Riacutizzazione IBD Decadimento nutrizionale in IBD Insufficienza renale		Diabete Cardiopatia ischemica Broncopneumopatia cronica Ipertensione arteriosa

— minimizzazione di disagi connessi al trasferimento del paziente tra le diverse unità ospedaliere;

— costante scambio di informazioni ed esperienze tra gli operatori sanitari;

— integrazione delle procedure di diagnosi e cura.

Il Dipartimento di Gastroenterologia è anche caratterizzato da:

— durata temporale limitata a tre anni;

— finanziamento da parte di una struttura privata;

— rilevanza universitaria, che rende particolarmente significativa e consistente l'attività di ricerca.

3. Metodologia di lavoro

La ricerca operativa effettuata presso il Dipartimento si è concretamente articolata nelle seguenti fasi logiche di analisi e sperimentazione:

1) predisposizione di un sistema di contabilità analitica, finalizzato a rilevare i dati necessari alla comprensione delle dinamiche di attività e di assorbimento di risorse proprie della struttura;

2) implementazione di un meccanismo di rilevazione dei costi aggregati per profilo di cura;

3) introduzione di un sistema di controllo della gestione che, attraverso i dati forniti dalla contabilità analitica, supporti il responsabile nell'attività di programmazione direzionale (6).

Per quanto riguarda la predisposizione del sistema di contabilità analitica si è proceduto a:

— presentare al personale ed agli operatori sanitari le logiche proprie dei meccanismi di rilevazione e del controllo di gestione, al fine di sviluppare una maggiore comprensione delle finalità e del funzionamento dei singoli strumenti;

— svolgere un'analisi organizzata finalizzata all'individuazione dei Centri di Responsabilità economica;

— predisporre la struttura tecnico-contabile, con particolare attenzione alla definizione delle procedure di rilevazione.

Dal momento che il sistema di controllo della gestione è costituito da un insieme di strumenti (7) finalizzati alla guida delle attività sulla base dell'identificazione delle risorse utilizzate rispetto agli obiettivi di attività programmati, è sembrato necessario presentare agli utenti del sistema una panoramica complessiva del progetto, così da sensibilizzarli all'attività di rilevazione ed all'analisi dei risultati attraverso la consapevolezza dei fini e dell'utilità del sistema di controllo. La disponibilità del personale concretamente coinvolto nelle diverse fasi del controllo della gestione, a partire dalla definizione degli obiettivi, passando attraverso la concreta attività di rilevazione ed invio dei dati all'Ufficio del Controllo della Gestione, fino all'attuazione e delle azioni correttive in ipotesi di scostamento, è infatti essenziale per un corretto funzionamento del sistema.

La progettazione della contabilità analitica (8) si è sviluppata a partire dall'analisi organizzativa, volta alla comprensione della struttura delle responsabilità, concretizzandosi nella definizione di un elenco di centri di Responsabilità e di Costo, i primi, aggregato funzionale di attività rispetto alla responsabilità tecnico-professionale e giuridica dei Primari, i secondi, aggregati specifici di risorse umane, tecnologiche e materiali, coordinati da un responsabile, finalizzati all'erogazione di specifiche prestazioni. Tale suddivisione risulta funzionale alla responsabilizzazione degli operatori in quanto permette il collegamento tra struttura organizzativa e risorse im-

piegate per lo svolgimento di determinate attività (v. figura 2).

Successivamente, sempre attraverso la collaborazione del Personale del Dipartimento, sia medico che infermieristico, si è proceduto all'identificazione e successiva classificazione dei fattori produttivi (personale, beni, tecnologie e servizi), propedeutica all'individuazione delle procedure di rilevazione. A seconda dell'origine dei singoli fattori, sono stati identificati appositi documenti di rilevazione dove viene registrata l'acquisizione fisica delle condizioni produttive all'interno del Dipartimento, con la possibilità di specifica attribuzione al centro di costo richiedente.

Parallelamente all'introduzione del sistema di contabilità analitica, un gruppo di medici del Dipartimento ha iniziato la definizione dei profili di cura. In riferimento agli indici di gravità della patologia, delle complicanze che possono insorgere, del motivo iatrogeno e della diagnosi di dimissione sono infatti stati predisposti cinque percorsi diagnostico-terapeutici sperimentali (tabella 3). Per ognuno è stato definito l'assorbimento di risorse «a standard»: il tempo medico ed infermieristico, la terapia farmacologica e le prestazioni diagnostiche. Il confronto tra il profilo standard e la patologia effettivamente trattata viene poi rilevata attraverso due documenti, compilati dal personale medico, alla dimissione, e da quello infermieristico durante il trattamento. È possibile in tal modo, attraverso gli scostamenti rilevati, verificare:

— gli effetti del protocollo diagnostico seguito rispetto a quanto preventivato, giungendo eventualmente a modificare la definizione degli standard della patologia e delle risorse da quest'ultima assorbita nel caso si siano introdotti nuovi protocolli o per errori di disegno del profilo stesso;

— guidare l'erogazione delle prestazioni concordemente agli obiettivi stabiliti, nel caso il profilo standard venga riconosciuto come accettabile standard di riferimento.

L'ultima fase della ricerca, non ancora sviluppata operativamente, prevede infine la:

— predisposizione di un sistema di reporting e di analisi dei risultati;

— introduzione della logica di budget.

4. Logica di determinazione dei profili di cura

Con l'implementazione di un sistema di controllo di gestione per Profili di Cura si è inteso trasferire nel contesto sanitario le logiche del sistema di Controllo di Gestione per Processi Produttivi, individuando i processi

produttivi nelle azioni intraprese e nelle risorse consumate per giungere al prodotto finale, rappresentato dalla diagnosi e dalla terapia del paziente.

Il controllo di gestione per Profili di Cura prevede la formulazione di profili di cura standard, la rilevazione dell'attività effettiva categorizzata secondo tali profili di cura, la valutazione degli scostamenti del profilo di cura effettivo rispetto al profilo di cura standard e l'analisi delle cause dello scostamento. L'analisi delle cause dello scostamento, insieme alla formulazione di nuovi obiettivi, conduce alla formulazione di un nuovo profilo di cura standard, innescando una spirale di miglioramento continuo della qualità. Il controllo di gestione per profili di cura non riguarda solo i volumi di produzione ed i relativi costi, ma monitorizza la qualità dell'assistenza for-

nita. Nella formulazione del profilo di cura standard vengono infatti introdotti standard di qualità, rappresentati da indicatori clinici, quali il tasso di complicità e la mortalità prevista in base alla severità della patologia ed al motivo iatrotropico.

La scelta del sistema di controllo di gestione per profili di cura è stata conseguente al fatto che nel DGE l'introduzione di un sistema di controllo di gestione non è stato imposto dall'alto ma è nato dalla esigenza dei medici e degli infermieri di verificare il proprio operato, di migliorarlo e di sostenere con dati concreti le proprie richieste all'interno del DGE e verso la Direzione dell'Ospedale.

Il controllo di gestione per Profilo di Cura soddisfa queste esigenze e la sua introduzione ed alimentazione richiede un coinvolgimento primario

Tabella 3 - Esempio di profilo di cura

EMORRAGIA			
	STANDARD	EFFETTIVO	SCOSTAMENTO %
Degenza (giorni)	7	11,4	63%
Tasso complicità			
Infezione liquido ascitico	0	0	0%
Risanguinamento	20%	14%	-30%
	<i>Punti</i>	<i>Punti</i>	
Personale sanitario			
Medico	56,8	85	50%
Infermieristico	203,76	254	25%
Assistenziale	14,7	24	63%
Totale	275,26	363	32%
Esami ematologici	114	173	52%
Esami strumentali			
Radiologici	20	43	115%
Endoscopici	50	67	34%
Altro	0	6	
Totale	70	116	66%
Terapie			
Emoderivati	40	77	
Antibiotici	5	44	780%
Altro	137	249	82%
Totale	182	370	103%
Totale generale	641,26	1022	59%

del versante medico e paramedico. Il Profilo di Cura Standard, espresso come sequenza logica di esami diagnostici e di terapie e come tassi di guarigione, di complicanze e di mortalità attesi (indicatori di qualità), può essere formulato esclusivamente da personale «medico esperto». Solo dopo la completa formulazione del profilo di cura standard interviene l'elemento amministrativo che assegna a ciascun tassello giuridico-terapeutico il relativo costo. La definizione di «medico esperto» non è casuale, il principale artefice del profilo di cura standard è infatti il responsabile del gruppo di studio che coltiva tale patologia. Il responsabile del gruppo di studio, in base all'esperienza acquisita nello specifico contesto ed in base ai dati della letteratura internazionale, formula il profilo di cura standard, assieme ai responsabili medico ed infermieristico del servizio in cui il profilo si svolge.

La successiva fase di verifica degli scostamenti ed analisi delle cause di scostamento del profilo effettivo rispetto al profilo di cura standard valorizza l'assistenza fornita al paziente trasformandola da attività routinaria in momento di conoscenza e in strumento per il miglioramento continuo della qualità.

Il controllo di gestione per profili di cura consente infine economie che il sistema di controllo di gestione per centri di costo da solo non è in grado di garantire. Può risultare vano infatti che un esame diagnostico venga prodotto od un farmaco venga acquisito ad un costo inferiore, se poi l'esame o il farmaco vengono impiegati in inutile eccesso o inappropriatamente dall'utilizzatore finale rappresentato dal medico clinico (i.e. lo sforzo del laboratorio centrale nel portare il costo della glicemia da 100 a 80 può essere vanificato dal clinico che utilizza tre determinazioni di glicemia quando ne

potrebbe bastare una). Il profilo di cura standard fornisca in questo senso linee di condotta dirette a contenere il consumo superfluo o improprio di risorse.

5. Metodologia di determinazione del costo per profilo di cura

La determinazione dell'informazione di costo per profilo di cura (9) prevede i momenti di:

1) definizione delle patologie oggetto di rilevazione e dei percorsi diagnostico-terapeutici che si intendono utilizzare quale oggetto di analisi;

2) predisposizione di schede di rilevazione analitica delle informazioni;

3) analisi ed interpretazione degli scostamenti rispetto ai dati della contabilità analitica a livello aggregato e rispetto ai profili di cura standard a livello analitico.

L'esperienza del personale medico ed infermieristico (10), ha permesso di collegare i fattori produttivi che concorrono all'erogazione della prestazione nelle varie fasi considerate del trattamento. Per le singole patologie individuate sono quindi stati considerati il tempo medico specifico ed organizzativo, il tempo infermieristico routinario, le prestazioni assistenziali e di sorveglianza, gli esami di laboratorio, le prestazioni diagnostiche e la terapia base. In maniera analitica sono quindi stati rilevati, a standard, le condizioni produttive collegabili direttamente all'erogazione delle prestazioni relative alla specifica patologia.

Sulla base delle indicazioni fornite dal personale sanitario, il Responsabile dell'Ufficio di Controllo della Gestione ha predisposto delle schede di rilevazione per paziente da far compilare:

— al personale medico, con l'indicazione degli indicatori di gravità, dei dati epidemiologici e sanitari atti ad

inquadrare il paziente all'interno di una determinata patologia. In queste tabelle, che vengono generalmente compilate dal medico insieme al foglio di dimissione, vengono anche indicati la terapia farmacologica seguita, il protocollo diagnostico, gli scostamenti relativi ai tempi di impegno medico nel caso questi differiscano di una certa entità rispetto a quanto indicato nella scheda standard;

— al personale infermieristico che, parallelamente alla compilazione del foglio di terapia, indica i farmaci somministrati, le prestazioni diagnostiche effettuate e altri parametri significativi.

I dati così raccolti vengono aggregati e l'analisi dei risultati ottenuti prevede un confronto:

— con i dati a standard definiti per singola patologia;

— con i risultati ottenuti dalle rilevazioni per centro di costo, a livello aggregato.

Il duplice confronto permette di evidenziare gli scostamenti relativi al singolo profilo di cura, con effetti sia sulle valutazioni di ordine sanitario relativi al protocollo diagnostico seguito, sia sulle considerazioni in merito all'assorbimento delle risorse nei confronti della tariffa o del prezzo che si riceve quale corrispettivo della prestazione.

È necessario a questo punto effettuare alcune considerazioni di ordine generale relativamente all'uso del dato di costo rilevato per profilo di cura.

Innanzitutto la possibilità di confrontare il costo per prestazione con la tariffa corrispondente risulta sicuramente un indicatore di notevole rilevanza per il processo decisionale. È necessario tuttavia ricordare che la definizione strategica del mix di prestazioni che si intendono erogare e del conseguente equilibrio economico, frutto di tali scelte, andrebbe valutato

sulla base dell'azienda USL intesa nel suo complesso (11). Secondo il concetto dell'unitarietà d'azienda proprio degli studi di economia aziendale, responsabilizzare il singolo Primario sul portafoglio di prestazioni erogate dalla propria Divisione, significa infatti ragionare secondo una logica basata su «ottimi parziali». La massimizzazione del margine di contribuzione parziale, cioè della differenza tra il corrispettivo ed il costo direttamente attribuibile alle prestazioni erogate da una singola unità, può infatti essere compatibile con le finalità dell'azienda privata. Tuttavia in una struttura sanitaria pubblica effettuare valutazioni di equilibrio economico parziale rischierebbe di determinare delle distorsioni a livello complessivo, indirizzando l'atteggiamento degli operatori soprattutto verso considerazioni di tipo economico. Le informazioni derivanti dal sistema di rilevazione per profilo di cura devono quindi essere utilizzate facendo riferimento al complesso di prestazioni erogate dall'intera struttura. Solamente concentrandosi sul confronto tra politica di servizio che si intende erogare e margine di contribuzione complessivo, ottenuto come risultato tra il totale dei corrispettivi e i costi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni, è infatti possibile verificare la compatibilità economica delle scelte di programmazione, evitando che i responsabili si concentrino prevalentemente su valutazioni di tipo economico, in contrasto con la finalità propria dell'azienda ospedaliera.

In secondo luogo è necessario sottolineare che, in una realtà come quella sanitaria, non è possibile introdurre strumenti, come ad esempio il profilo di cura, in maniera rigida, come parametro vincolante per il rispetto dei costi, perché la natura del fenomeno sanitario e dei processi attraverso cui si esplica richiedono un adattamento ed

una notevole flessibilità dello strumento. Si manifesta quindi la necessità di adattare gli strumenti gestionali, così da permettere un consolidamento ed una condivisione della conoscenza, senza però introdurre elementi di rigidità che contrasterebbero con la natura dei processi.

Questo richiamo alla teoria dell'equilibrio dell'azienda diventa importante di fronte ad alcune tendenze attuali in base alle quali, per controllare i sistemi sanitari, si sviluppano strumenti, quali i profili di cura o profili di trattamento standard, magari imposti attraverso il dettato normativo a livello nazionale, che definiscono dall'esterno modalità e profili di approccio al paziente che devono essere rispettati come obiettivi. Vanno dunque valutati con attenzione e rigore, con riguardo soprattutto al comportamento indotto negli operatori, gli obiettivi di controllo del sistema ed i meccanismi operativi che si intendono utilizzare.

6. Problemi operativi della sperimentazione

L'operatività del sistema di controllo della gestione, introdotto a livello sperimentale, viene influenzata dalle variabili di contesto proprie dell'ambiente di riferimento. Va pertanto considerato che la:

— logica di controllo introdotta non è ancora interiorizzata, non solo dal personale sanitario, ma anche dalla stessa struttura amministrativa, che considera tale strumento un ulteriore appesantimento della propria attività e, in alcuni casi, anche un impiego inutile di risorse;

— sperimentazione, avendo luogo soltanto all'interno del Dipartimento, viene limitata dalla difficoltà di reperimento dei dati provenienti dalle unità ospedaliere quali la farmacia, il provveditorato, l'ufficio del personale e la stessa direzione amministrativa;

— struttura tecnico-contabile introdotta è volutamente semplificata, non avendosi a disposizione gli indispensabili supporti informatici necessari per una rapida rilevazione dei dati;

— caratteristiche specifiche del Dipartimento, che ne fanno centro universitario d'eccellenza per la ricerca e la formazione, comportano una strutturale complessità nella misurazione delle attività svolte, dovendosi quindi prevedere, accanto alla consueta metodologia di misurazione, parametri espressivi delle risorse dedicate alla ricerca ed aggiornamento.

Nello specifico, riprendendo le singole fasi del progetto, possono evidenziarsi le seguenti problematiche:

1) per quanto riguarda l'introduzione della contabilità analitica:

— mentre la definizione della struttura dei CDR e CDC non ha comportato particolari problemi, essendo già sufficientemente individuabili tali aggregati omogenei di attività e risorse coordinati da un responsabile all'interno del Dipartimento, assai complessa è stata l'identificazione delle modalità di rilevazione dei fattori produttivi. La tipologia delle patologie trattate, lo scarso collegamento con le unità responsabili degli acquisti a livello ospedaliero ed il costo organizzativo della rilevazione stessa hanno infatti decisamente complicato la preparazione della lista di fattori da considerare e le modalità tecniche di rilevazione;

— le procedure di «pesatura» dei fattori con il sistema dei punti ha anch'essa subito notevoli ritardi a causa della scarsità delle fonti informative disponibili e della difficoltà nel considerare le condizioni operative standard da utilizzare per una valutazione dei sistemi di pesatura già disponibili;

— nonostante una generale accettazione della logica di fondo del nuovo sistema di controllo, funzionale

alla generazione di dati indispensabili per la guida delle attività, si sono registrate notevoli opposizioni in fase di concretizzazione della rilevazione, a causa del costo organizzativo da quest'ultima generato;

— l'inevitabile ritardo nella generazione dei dati per centri di costo, anche a causa della già ricordata scarsa disponibilità delle informazioni a livello ospedaliero, ha impedito di procedere alla fase di analisi e decisione, rimandando, da un lato, l'introduzione del budget, ed impedendo di procedere alla presentazione dei dati raccolti attraverso il sistema di reporting, dall'altro;

2) per quanto riguarda l'introduzione della rilevazione per profilo di cura:

— a causa di una non completa comprensione, e talvolta condivisione, delle finalità del sistema di controllo, spesso interpretato come strumento di verifica burocratica dell'operato, si sono manifestate forti opposizioni, generandosi naturali ritardi nell'attività di rilevazione;

— non sempre, in fase di definizione degli standard, è stato possibile collegare l'utilizzo delle risorse con una relazione univoca e diretta ai singoli percorsi diagnostico-terapeutici;

— alcune difficoltà sono emerse in sede di codifica delle patologie d'ingresso dei pazienti segnalate sulle schede di rilevazione;

— la rilevazione dei dati effettivi, essendo raccolta attraverso apposite tabelle e richiedendo una duplicazione del lavoro da parte del personale sanitario, non sempre è stata effettuata e comunque, essendo materialmente compilata in sede di dimissione o addirittura successivamente, non ha riportato con fedeltà le risorse utilizzate, oltre a non permettere una tempestiva elaborazione e rappresentazione dei risultati ottenuti (12).

7. Primi risultati

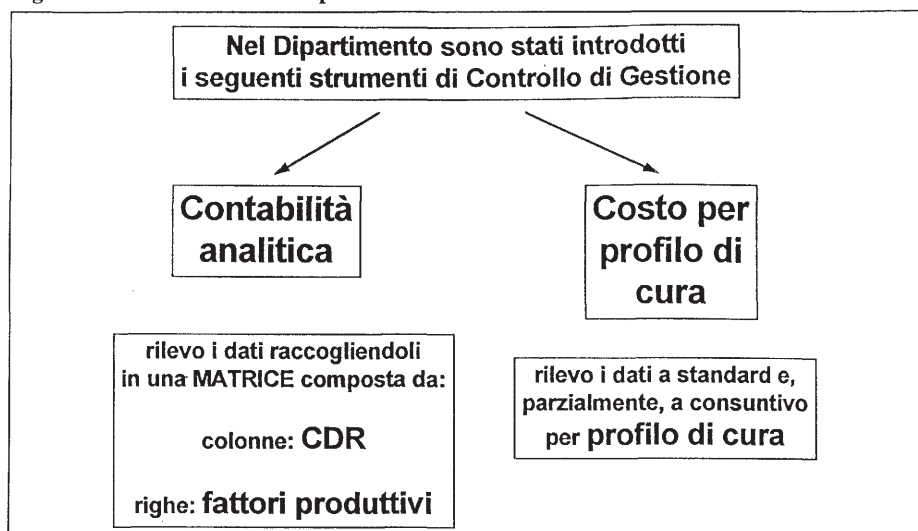
Sebbene il sistema di rilevazione per profili di cura presenti ancora delle lacune e dei limiti, si sono ad oggi raggiunti alcuni apprezzabili risultati, riferibili sia alla fase di definizione dei profili di cura, sia a quella di elaborazione dei primi dati rilevati. A questo proposito, in base ai dati finora raccolti, si è rilevata, innanzitutto, una conferma della bontà della scelta delle patologie di base per cui è stato elaborato uno standard, poiché queste riflettono in effetti circa il 60% delle patologie trattate. Una percentuale piuttosto consistente risulta poi essere rappresentata da pazienti per i quali non esiste una chiara e definita patologia di base, dal momento che questa è ignota al momento del ricovero. Risulta ovviamente impossibile elaborare uno standard per tale categoria, data la grande varietà di casi in cui è composta, e rappresenta quindi un fattore di incertezza dal punto di vista sia clinico che economico.

Un'altra osservazione riguarda l'elaborazione dei dati relativi all'impiego di risorse, e più precisamente, gli scostamenti che si sono verificati tra dati effettivi e standard, risultati talvolta piuttosto considerevoli. Questo fenomeno

è sostanzialmente imputabile ad un elemento: in sede di elaborazione degli standard, infatti, si è tenuto conto, per semplicità, di patologie non complicate; in realtà i pazienti non complicati o che comunque non presentano altre patologie associate a quelle di base, non sono la totalità, ma rappresentano circa il 50% del totale. Per gli altri si rende necessario un maggiore impiego di risorse, dato da un allungamento dei tempi di degenza e dalla quantità di indagini diagnostiche e di terapie richieste. Si tratterà quindi di procedere ad una integrazione degli standard che tenga conto di questi elementi di complicazione, cosa che peraltro era già stata prevista inizialmente.

L'introduzione degli strumenti di rilevazione e di analisi dei dati raccolti ha quindi generato non solo una maggiore conoscenza dei processi ed un'occasione di confronto tra il personale sanitario riguardo l'efficacia dei diversi protocolli diagnostici seguiti, ma anche una tendenza alla revisione degli standard sulla base dei comportamenti abitualmente seguiti. Tale processo di ampliamento della conoscenza, continuamente reiterato, costituisce sicuramente uno dei più importanti risultati del progetto sperimentale in atto al Dipartimento.

Figura 3 - La rilevazione nel dipartimento



8. Grado di generalizzabilità dei risultati

Sulla base dell'esperienza maturata in oltre un anno di ricerca al Dipartimento di Gastroenterologia, vengono in conclusione evidenziate le relazioni ed i legami tra le metodologie di gestione e la realtà sanitaria in cui avviene concretamente la sperimentazione. Si intendono così fornire alcuni spunti di riflessione sui vantaggi e sulla necessità dell'introduzione del meccanismo di controllo della gestione all'interno delle strutture di offerta di servizi sanitari, anche al di là della necessità contingente dovuta alla recente riforma del Servizio Sanitario.

Il primo elemento di riflessione riguarda il trasferimento dell'apprendimento: dalle conoscenze di carattere individuale alla conoscenza di carattere organizzativo.

La definizione dei profili di cura, oggetto di aggregazione delle informazioni rilevate, ha infatti attivato un processo di conoscenza e di confronto in cui gli operatori sanitari del Dipartimento, medici ed infermieri, hanno avuto l'occasione di mettere in comune esperienze e professionalità diverse, facendole diventare patrimonio conoscitivo diffuso. L'introduzione di uno strumento di gestione, finalizzato alla realizzazione di un sistema di informazioni necessarie per le decisioni, richiede la convergenza di tutti i professionisti operanti nella struttura, in quanto generatori e fruitori delle informazioni sulle attività che vengono raccolte ed elaborate. Soprattutto in fase di progettazione degli strumenti di rilevazione, è quindi necessario il coinvolgimento degli operatori. Si fornisce in tal modo l'occasione per il trasferimento, tramite un confronto anche «vivace», come nel caso specifico, delle conoscenze individuali, in modo da farle diventare patrimonio condiviso, sapere consolidato.

Il secondo elemento riguarda la necessità di introdurre un corretto sistema di controllo del sistema sanitario che riesca a far convivere nello stesso tempo conoscenze di carattere medico-scientifico ed assistenziale con conoscenze riguardanti i costi delle prestazioni.

Due sono i filoni che ancora oggi si scontrano nel sistema sanitario. Da un lato il cosiddetto pensiero sanitario, la cultura del professionista che, attento al bisogno di salute, non si preoccupa delle risorse impiegate per il suo soddisfacimento. Dall'altro il pensiero tipicamente amministrativo, tipico delle esperienze culturali di chi si trova a dover controllare la spesa del sistema sanitario. Per quest'ultimo è essenziale monitorare i costi, cioè le risorse impiegate e consumate per l'erogazione di una certa prestazione. Tali modelli culturali si sono finora scontrati, con la prevalenza ora dell'uno ora dell'altro. In un contesto orientato alla gestione, necessaria per risolvere i problemi del sistema sanitario, queste due culture dovrebbero invece confrontarsi, riuscire a trovare punti di equilibrio, anche se instabili e temporanei. Chi è responsabile della gestione delle risorse deve quindi poter introdurre momenti di rilevazione e di analisi dei costi sempre più affinati, non andando però a discapito della possibilità che il medico risponda ad un bisogno di salute. D'altra parte il personale sanitario deve rinunciare a qualche elemento di ricerca dell'ottimalità diagnostico-terapeutica che, pur assicurando l'ottimalità dell'assistenza, sottrae risorse, talvolta ingenti, che potrebbero essere utilizzate per il trattamento di altri pazienti.

Il terzo elemento significativo riguarda l'impatto delle metodologie di controllo sugli atteggiamenti ed i comportamenti degli operatori. In particolar modo le schede di rilevazione dei dati hanno modificato in qualche

modo i comportamenti dei sanitari, imponendo una maggiore attenzione a certi atti, certe prestazioni. I comportamenti delle persone sono infatti influenzati dalle regole di funzionamento interno, soprattutto dalle regole e dalle prassi imposte dai sistemi di controllo. Se il futuro della Sanità si svilupperà secondo la logica aziendale, attraverso le cosiddette aziende ospedaliere ed aziende USSL, dovranno essere introdotti gli strumenti tipici delle aziende, generando forti condizionamenti sui comportamenti, anche assistenziali, degli operatori sanitari.

Se in futuro la concezione di azienda ospedaliera sarà interpretata nel senso di offrire prestazioni, di trattare casi che generano entrate attraverso un meccanismo di tariffe, è inevitabile che l'organizzazione si orienterà verso l'erogazione di quelle prestazioni che garantiscono un margine elevato. È necessario quindi prevedere e bilanciare le distorsioni comportamentali indotte dal nuovo meccanismo di finanziamento introducendo dei meccanismi correttivi interni. Nello specifico caso dei profili di cura, è necessario infatti sottolineare come l'accentuazione degli elementi di riconoscimento economico immediato rischiano di generare un eccesso di competitività all'interno ed all'esterno dell'organizzazione, mandando in crisi le aziende anziché stimolare il cambiamento e l'economicità di gestione.

L'introduzione di un insieme di regole organizzative non metabolizzate dalla struttura rischia quindi di determinare reazioni e comportamenti organizzativi non facilmente governabili, che possono facilmente portare ad una distruzione del sistema. Se ne sono ben resi conto gli Inglesi quando, già nelle prime fasi di applicazione della loro riforma, hanno potuto verificare distorsioni a livello di intero sistema sanitario, distorsioni che si sono addirittura manifestate nella forma di

insolvenza di alcune aziende ospedaliere. Non è quindi possibile introdurre regole economiche ed organizzative senza considerare i fenomeni di influenza sugli atteggiamenti ed i comportamenti degli operatori.

L'ultimo rilievo riguardante l'introduzione di meccanismi di controllo di gestione fa riferimento alla raccolta dei dati. Le difficoltà di reperimento e di classificazione delle informazioni, svolto pressoché totalmente su base manuale, può avere un senso soltanto in fase di progettazione e sperimentazione del sistema di rilevazione. In una successiva fase di implementazione sarebbe in fatti troppo costoso procedere a tale mole di lavoro, inducendo serie perplessità sul beneficio rappresentato dalla disponibilità delle informazioni rispetto al costo della loro rilevazione. Mentre in fase sperimentale, come nel caso del Dipartimento, può essere addirittura utile un processo manuale di rilevazione, che consente un maggior grado di controllo da parte dell'operatore, finalizzato ad una corretta valutazione della bontà ed utilità delle informazioni rilevate, tale sistema risulta troppo dispendioso, nei confronti dei benefici rilevati, in un momento successivo. È quindi opportuno che tali sistemi gestionali vengano estesi a tutta la realtà ospedaliera, consentendo una maggiore economicità e precisione di rilevazione.

La sperimentazione effettuata nel Dipartimento di Gastroenterologia dell'Ospedale «Le Molinette» costituisce esempio pilota lungo la via dell'aziendalizzazione, da trasformare al più presto da sistema parziale a realtà generale.

Paola Alaria ha curato i paragrafi 2 e 7, Alberto Antognozzi ha curato i paragrafi 1, 3, 5, 6 ed 8, Floriano Rosina ha curato il paragrafo 4.

(1) Si veda al proposito il testo aggiornato del D.L. 502/92.

(2) La rilevazione delle risorse utilizzate dai centri di costo avviene semplicemente rilevando in appositi documenti (che il più delle volte sono gli stessi documenti cartacei già utilizzati per la richiesta di beni e servizi), il fattore produttivo richiesto dal'unità operativa a cui è destinato. Pur manifestandosi un naturale aggravio delle attività da parte del personale sanitario, medici ed infermieri, non si introducono tuttavia particolari oneri di analisi o di comprensione dei fenomeni, essendo la rilevazione una semplice duplicazione della normale attività di richiesta delle risorse. La rilevazione per centri di costo non si configura quindi come attività ad alto costo organizzativo, pur impegnando in maniera diretta non solo l'ufficio di controllo ma anche il personale sanitario.

(3) A questo proposito il paragrafo relativo alla definizione dei profili di cura è stato preparato da un operatore medico del Dipartimento, proprio a sottolineare la forte valenza di informativa scientifica che può essere generata dai sistemi di rilevazione.

(4) «Il Dipartimento di Gastroenterologia è una struttura funzionale istituita per garantire la diagnosi e la cura dei pazienti gastroenterologici con la massima efficienza e con il minor costo possibile» (regolamento del Dipartimento). Il Dipartimento, costituito il 5 Febbraio 1993, viene istituito con Atto della Giunta Regionale del Piemonte il 2 Novembre 1992, la quale delibera di:

— approvare l'attivazione sperimentale del dipartimento per un periodo di tre anni;

— stabilire quale specifico finanziamento la somma di lire 3.000.000.000 concessa dalla Compagnia di San Paolo da erogare nel periodo di tre anni;

— mandare ai competenti servizi della USSL TO VIII l'attivazione di un separato conto di gestione, nonché la predisposizione di un resoconto annuale sull'attività svolta e sull'utilizzo dello specifico finanziamento, da presentarsi sia alla Regione che alla Compagnia di San Paolo.

(5) Tutti i pazienti vengono in un primo momento, a parte evidenti eccezioni, indirizzati, sia per la diagnosi che per la terapia, ad ambulatori e day-hospital. Solo in un secondo momento, se si manifesta la necessità, si provvede al ricovero. Questo ha consentito di ridurre da 50 a 7 giorni i tempi medi di attesa per il ricovero e di far svolgere al 95% dei pazienti il totale ciclo diagnostico/terapeutico in ambulatorio (si veda la tabella 2).

(6) Lo sviluppo dei meccanismi di rilevazione per centro di costo e profilo di cura è proceduto parallelamente, mentre è stata posta in essere l'introduzione degli strumenti di controllo della gestione, essendo necessario avere prima

a disposizione un volume di dati sufficiente a delineare con chiarezza le variabili determinanti l'attività svolta. Risulta infatti logicamente scorretto procedere alla predisposizione del budget, elemento centrale del controllo della gestione, senza avere a disposizione una base informativa sufficientemente articolata.

(7) Si fa riferimento al budget, alla rilevazione dei costi, all'analisi degli scostamenti ed al sistema di reporting.

(8) Si veda al proposito A. Zangrandi, Responsabilità economica nella gestione dei servizi sanitari, e F. Zavattaro, La determinazione dei valori nel sistema di contabilità analitica, in E. Borgonovi (a cura di), Il controllo economico nelle aziende sanitarie, EGEA, Milano 1990.

(9) Il profilo di cura si differenzia sostanzialmente dalla tipologia del DRG, in quanto categoria più analitica e dettagliata sia dal punto di vista dell'analisi scientifica che economica. Consiste praticamente nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici in cui vengono dettagliati, per le singole patologie, i protocolli di riferimento standard e il consumo di risorse direttamente associate all'erogazione delle prestazioni.

(10) Si è infatti evitato di procedere alla misurazione diretta dei fattori produttivi direttamente impiegati per l'erogazione della prestazione. Questa scelta, soprattutto per quanto riguarda la definizione del tempo medico ed infermieristico, è stata motivata dalla difficoltà, ed anche dalla scarsa significatività, che può essere collegata ad una misurazione materiale (stile Ufficio tempi e metodi di un'azienda metalmeccanica) del tempo necessario a svolgere le singole attività. La scelta è stata anche motivata dalla natura universitaria del Dipartimento, che dedica risorse ingenti all'attività di ricerca, formazione e divulgazione delle conoscenze.

(11) Del resto anche lo stesso dettato normativo in precedenza citato ribadisce il concetto che l'equilibrio economico generale viene valutato a livello di intera AUSL e non sulla base delle singole unità operative di cui l'azienda è composta.

(12) Si rileva come non sia stato possibile, per problemi organizzativi interni, procedere ad una «informatizzazione» della cartella clinica. Tale opzione risulterebbe la soluzione più adatta per la rilevazione delle attività.

BIBLIOGRAFIA

- E. ANESSI PESSINA, M. BERGAMASCHI, F. ZAVATTARO, *L'introduzione di sistemi gestionali nelle aziende sanitarie in Emilia-Ro-*

- magna*, **Mecosan**, n. 11, Luglio-Settembre 1994.
- R. N. ANTHONY, D. W. YOUNG, *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, McGraw-Hill, 1992.
- M. BERGAMIN BARBATO, *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*, UTET, 1992.
- E. BORGONOVÌ (A CURA DI), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, EGEA, 1990.
- E. BORGONOVÌ, M. DEL VECCHIO, F. LONGO, F. ZAVATTARO, *Un impianto legislativo per l'assetto istituzionale, organizzativo e finanziario dei sistemi socio-sanitari regionali*, **Mecosan**, n. 11, Luglio-Settembre 1994.
- A. ZANGRANDI, *Il controllo della gestione stru-*
- mento di cambiamento della gestione nelle U.S.L., tratto da: La gestione finanziaria della sanità*, Atti del convegno Nazionale, Bologna 8/9 Novembre 1985, Giuffrè 1986.
- A. ZANGRANDI, C. RAMPONI, A. FRANCESCONI, *Le tariffe come sistema di finanziamento della sanità pubblica*, **Mecosan**, n. 11, Luglio-Settembre 1994.

NOVITA

RAGIUSAN

Rassegna giuridica della sanità

Rivista mensile
di dottrina, giurisprudenza, documentazione
di interesse socio-sanitario

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

N. 2 della Collana «I contratti di lavoro»

Il contratto collettivo nazionale di lavoro per i dipendenti del comparto sanità

Prodromi, riferimenti normativi e problemi applicativi

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

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

IL GOVERNO DEI SERVIZI SANITARI REGIONALIZZATI: L'ESPERIENZA DELLA CATALOGNA

di Gianmaria Battaglia

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

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La sanità in Spagna: un sistema in transizione - 3. L'esperienza catalana dal 1981 al 1990 - 4. La «Llei d'Ordenació sanitària de Catalunya» - 5. Elementi critici.

1. Introduzione

Nel contesto di generale riflessione sul nuovo assetto della sanità italiana l'attenzione è focalizzata principalmente sulle due dimensioni critiche di questa fase:

a) le trasformazioni cui le USL e gli ospedali autonomi devono sottoporsi per perseguire l'economicità alla base della vita duratura di ogni azienda; essenzialmente la ridefinizione degli assetti organizzativi, l'introduzione di sistemi gestionali e sistemi informativi aziendali, l'attivazione della contabilità economico patrimoniale, la progettazione di attività che dovranno contribuire direttamente al perseguimento dell'equilibrio economico delle aziende in quanto finanziate direttamente dagli utenti, e così via;

b) i meccanismi che dovranno regolare i rapporti di natura economica tra il Servizio Sanitario e le aziende erogatrici di servizi: i meccanismi di finanziamento ed i meccanismi di regolazione della mobilità tra aziende e così via.

La riforma in atto implica in effetti una evoluzione significativa anche nel ruolo ricoperto dalle regioni nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale: tale impatto è piuttosto evidente dal punto di vista del finanziamento della

spesa sanitaria, con l'autonomia regionale che si sostanzia nel compito di assicurare la copertura economico finanziaria dei servizi al di sopra dei livelli minimi garantiti dai trasferimenti statali e parimenti la copertura degli eventuali disavanzi delle aziende (come rilevati dall'attuale sistema contabile pubblico) o l'eventuale ricapitalizzazione delle aziende con perduranti squilibri economici.

Di percezione meno immediata, ma non per questo di impatto meno significativo, è la conseguente revisione del ruolo della Regione come soggetto che regola e gestisce un sistema di aziende (pubbliche e private) dotate di un'autonomia assolutamente inedita. La necessità di riprogettare i processi attraverso cui si esplica il ruolo regionale e di ripensare gli strumenti da cui le funzioni di governo, regolamentazione e coordinamento del sistema dovranno essere supportate non sembra però aver ancora indotto precise strategie di sviluppo e diffusione. L'analisi di esperienze di governo di sistemi regionali può fornire un valido contributo per approfondire l'evoluzione del ruolo delle strutture regionali in contesti ove riforme che decentrano significative responsabilità in materia sanitaria sono state appena intraprese.

2. La sanità in Spagna: un sistema in transizione

Il sistema sanitario spagnolo ha vissuto a partire dall'inizio degli anni '80 una serie di riforme che hanno gradualmente avviato una sua trasformazione radicale.

Agli inizi degli anni '80 il sistema era caratterizzato dalla presenza di un sistema assicurativo pubblico obbligatorio (INSALUD, Instituto Nacional de la Salud, che è parte del sistema previdenziale complessivo) a fronte di una offerta di servizi proveniente da strutture pubbliche affiancate da una significativa presenza di ambulatori ed ospedali privati.

La figura 1 schematizza la situazione prima delle riforme.

L'accesso ai servizi di medicina di base per i pazienti iscritti all'INSALUD avveniva attraverso l'iscrizione presso un medico di base scelto da una lista costituita su base territoriale: successivamente per l'assicurato vi erano poche possibilità di cambiare medico.

Questa fattispecie era la più frequente nelle aree urbane ove si concentravano sia i medici di base che gli ambulatori. Nelle aree rurali invece era anche possibile per i pazienti a basso reddito, non iscritti all'INSALUD, l'accesso a medici di base con

contratto finanziato dagli enti locali (municipalità). In entrambi i casi ai pazienti potevano essere prescritte visite specialistiche presso ambulatori i cui medici specialisti non avevano accesso diretto ai posti letto ospedalieri, ma doveva, nel caso ritenesse necessarie cure ospedaliere, rinviare il paziente ad un ospedale. La scelta dello specialista avveniva anch'essa in una lista chiusa definita per ogni area territoriale.

I pazienti potevano in ogni caso rivolgersi per visite a pagamento ai medici di base e agli specialisti che sovente alternavano la presenza part-time presso gli ambulatori pubblici con la pratica privata.

Le prescrizioni farmaceutiche prevedevano (con qualche eccezione per i pensionati e i farmaci «salvavita») la compartecipazione alla spesa pari al 40% del costo dei farmaci.

L'articolazione delle strutture ospedaliere è mostrata in figura 2. Non vi erano posti letto a pagamento negli ospedali pubblici (in cui è elevata la componente lungodegenziale), mentre INSALUD aveva contratti anche con altri ospedali pubblici e privati, benché desse preferenza ai pubblici rispetto ai privati ed ai privati non profit rispetto agli altri privati.

I pagamenti diretti da parte dei pazienti agli ospedali privati erano trascurabili.

La copertura della popolazione avveniva attraverso l'INSALUD per l'83% della popolazione e per un altro 7% attraverso altri schemi assicurativi riservati ai dipendenti pubblici e alle forze armate. Nel 1980 il livello complessivo dei contributi previdenziali era fissato al 33% a carico dei dipendenti più il 6% a carico dei datori di lavoro. Circa il 30% dell'ammontare complessivo dei contributi era destinato all'INSALUD.

La copertura era onnicomprensiva: veniva garantita la copertura da parte

Figura 1

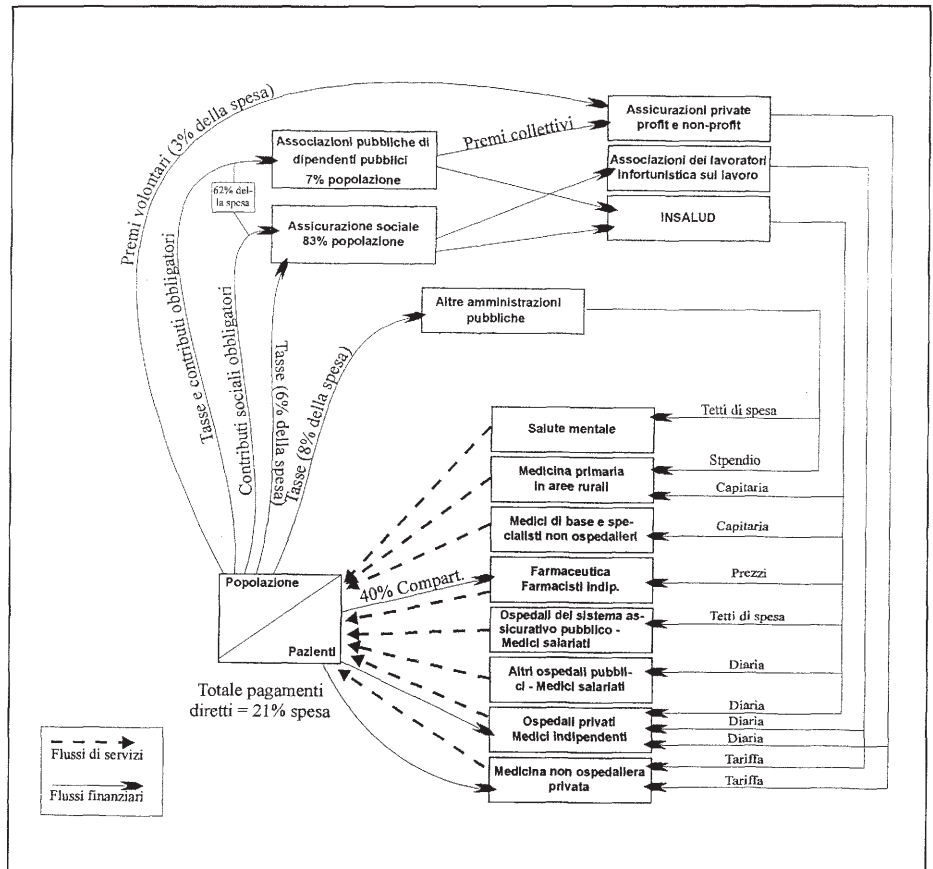
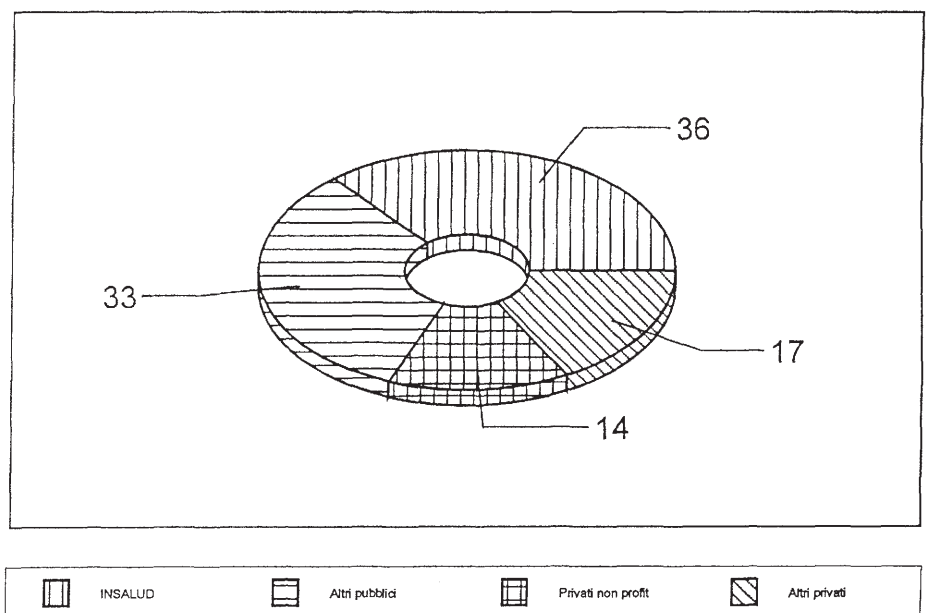


Figura 2 - Distribuzione % dei posti letto tra le categorie di ospedali



dei medici di base, quella specialistica, farmaceutica, ospedaliera ed alcune prestazioni odontoiatriche.

I lavoratori autonomi erano liberi di contrarre una assicurazione onnicomprensiva con l'INSALUD (circa un terzo sceglieva questa opzione), con assicurazioni private, oppure di non assicurarsi del tutto.

I dipendenti pubblici erano iscritti obbligatoriamente ad uno schema assicurativo che prevedeva la scelta tra INSALUD e assicurazioni e ospedali privati: circa i due terzi optavano per l'opzione privata.

Il settore assicurativo privato era quindi sostanzialmente limitato al mercato di coloro che non erano obbligati all'opzione INSALUD, dato che gli schemi assicurativi avevano l'obbligo di garantire copertura onnicomprensiva: con l'abolizione di tale obbligo nel 1984 la presenza di coperture assicurative private (i cui premi sono deducibili fiscalmente nella misura del 15%) si è diffusa fino a interessare circa il 10% della popolazione. Il settore assicurativo privato appare quindi oggi abbastanza dinamico con la presenza anche di enti non-profit quali organizzazioni professionali mediche di secondo livello che remunerano i medici «associati» sulla base di tariffe interne.

I medici di base quindi lavoravano nell'ambito del sistema INSALUD nelle aree urbane e nelle aree rurali a INSALUD si affiancavano i contratti con le municipalità: nel primo caso i medici erano remunerati secondo il numero di pazienti (quota capitaria), mentre i contratti con le municipalità prevedevano l'erogazione di stipendi.

Gli ospedali dell'INSALUD erano finanziati con tetti di spesa basati principalmente sulla spesa storica. Le spese in conto capitale erano finanziate separatamente dalle spese correnti ed i finanziamenti non potevano essere destinati ad una categoria diversa da

quella rispetto alla quale erano stati ricevuti. I finanziamenti in conto capitale non prevedevano forme di restituzione né il pagamento di interessi. Gli ospedali con cui INSALUD aveva contratti venivano finanziati sulla base di rette di degenza diverse a seconda della categoria cui l'ospedale apparteneva. La retta doveva finanziare anche gli investimenti sia delle strutture pubbliche che private.

I medici negli ospedali pubblici erano dipendenti, ma potevano lavorare part-time nel settore privato, mentre negli ospedali privati erano remunerati «fee for service». Dal 1987 sono stati introdotti incentivi per i medici che lavoravano a tempo pieno negli ospedali pubblici.

Il sistema sanitario nel periodo ante riforme era quindi fortemente centralizzato attraverso l'intermediazione da parte di INSALUD di gran parte della spesa sanitaria. Il governo del sistema era assicurato operativamente attraverso strumenti di regolamentazione formale (la legislazione), dal diretto controllo dei finanziamenti correnti e per gli investimenti, dalla natura di lavoro dipendente del rapporto con molti ruoli professionali e dalla diretta proprietà di strutture di offerta ospedaliere e non.

Nonostante alcuni punti di forza, tra cui bassi tassi di mortalità infantile, sostanziale equità di accesso e bassi livelli di spesa, venivano attribuite al sistema sanitario anche alcune debolezze che aprirono la strada ad una serie di riforme. In particolare i principali problemi erano:

— i lavoratori autonomi erano in grado di sfuggire ai contributi obbligatori, mentre non era assicurata la copertura sanitaria nei confronti di chi non aveva un lavoro regolare;

— la qualità di alcuni servizi era considerata troppo bassa, in particolare negli ambulatori pubblici e negli ospedali, malgrado il riconoscimento

della professionalità e la disponibilità di tecnologia adeguate, le liste di attesa e il sovraffollamento dei pronto soccorsi creavano diffusa insoddisfazione;

— la distinzione tra settore pubblico e settore privato era molto confusa per la doppia appartenenza di alcuni medici sia a strutture pubbliche che private. Tale situazione di fatto costituiva un disincentivo economico allo sviluppo della sanità pubblica;

— l'allocazione delle risorse (professionali e strutturali) non era considerata soddisfacente: in particolare vi erano troppi medici mentre si registrava una carenza di posti letto ospedalieri;

— il sistema appariva burocratizzato, scarsamente coordinato e con limitate competenze manageriali.

Il decennio dai primi anni '80 ai primi anni '90 è stato quindi caratterizzato da una serie di riforme che possono essere schematizzate in quattro tipologie di intervento:

1) l'allargamento della copertura della popolazione è stato perseguito da un parte rendendo obbligatoria l'adesione da parte dei lavoratori autonomi allo schema assicurativo generale, dall'altro estendendo la copertura ai parenti dei cittadini che versavano contributi e inserendo gli indigenti nella copertura da parte di INSALUD (1984-1989);

2) ridefinizione dell'assetto complessivo del sistema:

— intervenendo sulle fonti di finanziamento della spesa sanitaria con un maggior ricorso alle imposte (che ora assicurano circa il 75% del finanziamento complessivo), rispetto ai contributi obbligatori, con l'intento di rendere il finanziamento del sistema più progressivo (1989);

— decentralizzando la responsabilità della tutela della salute alle regioni nell'intento di creare 17 Servizi sanitari nell'ambito di un unico Siste-

ma Sanitario Nazionale coordinato da un ente sovrapregionale (1986);

3) l'intervento sulle strutture di offerta a più livelli:

— introducendo la gestione della medicina di base attraverso team di medici e infermieri (entrambi con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno) articolati su base territoriale (1984);

— introducendo incentivi per i medici ospedalieri che scegliessero di lavorare a tempo pieno negli ospedali pubblici (1987);

— garantendo agli ospedali una autonomia gestionale sempre maggiore (1992);

4) ridefinizione del ruolo dei soggetti privati:

— eliminando l'obbligo delle assicurazioni private di offrire copertura onnicomprensiva (1984);

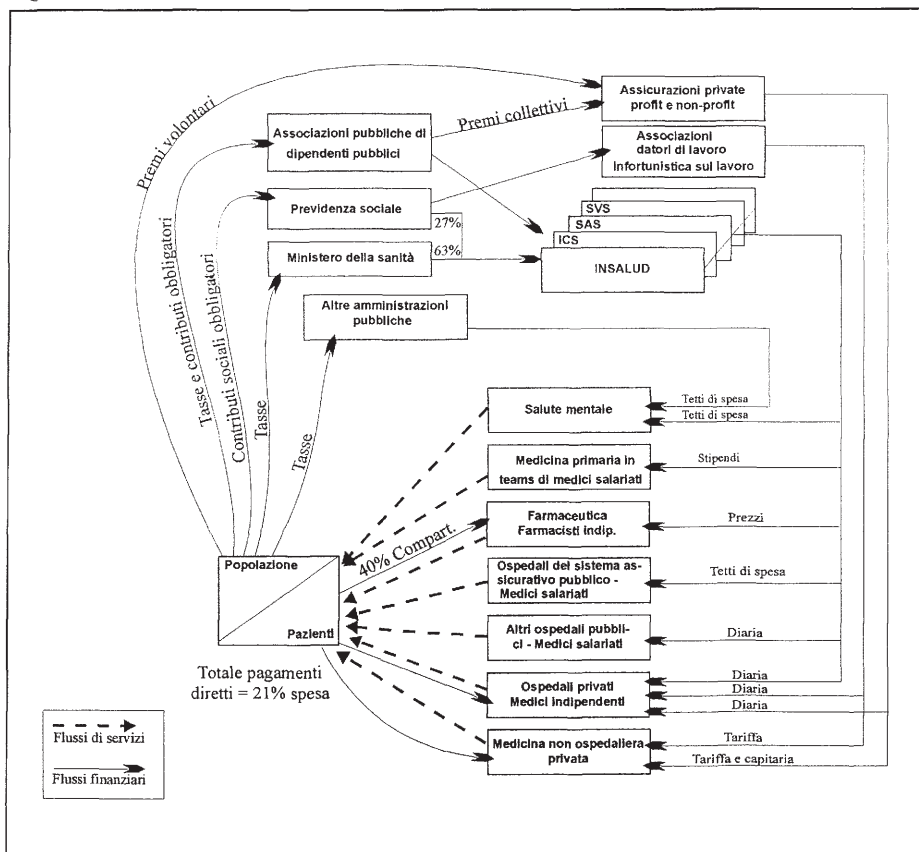
— riaffermando la libertà di iniziativa per i privati nel settore sanitario limitata solo dalla necessità di autorizzazione da parte dell'autorità sanitaria.

Il processo di riforma ha consentito l'allargamento della copertura virtualmente a tutta la popolazione residente con una spesa sanitaria che è attualmente poco superiore al 7% del PNL. Al settore privato è destinato circa il 18% della spesa con la significativa intermediazione delle compagnie di assicurazione che attualmente offrono copertura (che si affianca a quella pubblica) a circa il 25% della popolazione.

Dal punto di vista dell'organizzazione e gestione del settore sanitario l'intervento a maggior impatto è sicuramente la progressiva delega al livello regionale di tutte le competenze operative in materia di sanità: come evidenziato la Catalogna è stata la prima regione a assumere tale responsabilità.

La figura 3 illustra la situazione attuale del sistema sanitario spagnolo.

Figura 3



3. L'esperienza catalana dal 1981 al 1990

La Catalogna conta circa 6 milioni di abitanti di cui il 68% è concentrato nell'area di Barcellona: è una delle regioni più industrializzate della Spagna (il 35% della popolazione attiva trova occupazione nel settore industriale) e rappresenta il 25% dell'intero complesso industriale spagnolo.

L'autonomia regionale risale al 1359 ed è stata riacquistata nel 1977: il presidente della «Generalitat», eletto dal parlamento regionale è organo esecutivo e nello stesso tempo la maggior autorità dello stato spagnolo in Catalogna.

Le problematiche sostanziali che il governo catalano si è trovato ad affrontare attengono da un lato alla medicina primaria, caratterizzata da scar-

sa qualità percepita e dall'altro dal settore ospedaliero con meccanismi di finanziamento e gestione in parte obsoleti.

I due principali interventi registrati negli anni '80 sul settore ospedaliero sono l'introduzione della procedura di accreditamento obbligatoria delle strutture sanitarie (1981) e la creazione della Rete ospedaliera di pubblica utilità (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública, XHUP) nel 1985, che comprende la maggior parte delle strutture ospedaliere, sia quelle appartenenti al settore pubblico che quelle private e/o religiose il cui ruolo è significativo nel sistema catalano.

La finalità della XHUP è duplice: in primo luogo garantire riconoscimento e stabilità alle strutture ospedaliere (anche dal punto di vista delle garanzie di sopravvivenza economica nel

lungo periodo) e dall'altro introdurre misure coordinate miranti a migliorare l'organizzazione dei servizi ospedalieri, la loro qualità ed il controllo dei costi sanitari.

L'ammontare delle risorse destinate all'assistenza ospedaliera segna nel quinquennio 1986-1990 tassi di sviluppo elevati (da un minimo di 8% nel 1986 ad un massimo del 18% nel 1990).

Il piano di riorganizzazione del settore ospedaliero per il periodo 1986-1991 prevedeva due strumenti chiave per allocare le risorse finanziarie alle strutture:

- il sistema di negoziazione basato su unità di misura dell'attività (UBA Unitat Basica Assistencial);

- le politiche di investimento direttamente dipendenti dal piano ospedaliero.

Il sistema UBA si basa sulla costruzione a livello empirico di livelli di finanziamento a prestazione basati sui tre livelli di strutture ospedaliere presenti (A generale, B di secondo livello, C ad alta tecnologia) cui sono associati dei livelli di complessità media delle patologie e delle degenze medie (8 giorni per la cat. A, 9 per la B e 10 per la C) in modo da definire delle tariffe base per livello di ospedale.

Tali tariffe di base sono utilizzate nel processo negoziale di definizione del finanziamento a fianco della separata negoziazione su programmi specifici (dialisi, chirurgia ambulatoriale etc.). La tabella 1 mostra l'andamento del valore dell'UBA dal 1986 al 1994.

Il meccanismo descritto consentiva, pur nella limitata sofisticazione legata ai sistemi informativi disponibili, un finanziamento sufficientemente stabile alle strutture, mentre distribuiva le risorse coerentemente alle politiche di soddisfacimento della domanda.

Le politiche di investimento governate centralmente avevano l'intento di riequilibrare la dotazione strutturale

nel territorio e l'adeguamento tecnologico nelle strutture meno aggiornate.

Il secondo quinquennio del periodo in esame si caratterizza soprattutto per la riorganizzazione amministrativa del settore ospedaliero con l'istituzione del ICS (Istituto Catalano della Salute) che eredita la gestione delle strutture ospedaliere e della medicina di base del sistema assicurativo pubblico.

L'ICS ha anche la funzione di contrattare con le strutture sanitarie il finanziamento annuale sulla base delle attività previste, mentre al proprio interno l'ICS continua a gestire il finanziamento sulla base di preventivi di tipo finanziario.

Questa disparità di trattamento ha portato alla creazione nel 1989 all'interno del Dipartimento con competenza sulla sanità del governo catalano (equivalente all'assessorato alla Sanità) della Direzione Generale delle Risorse Economiche del Sistema Sanitario (DGRESS) con la conseguente separazione organizzativa tra le funzioni di assegnazione delle risorse e quelle di gestione delle strutture di offerta.

4. La «Llei d'Ordenació sanitària de Catalunya»

A completamento del riassetto a livello locale il parlamento della Catalogna ha approvato nel 1990 la legge di organizzazione sanitaria («Llei d'Ordenació Sanitaria de Catalunya», LO SC).

L'intento della legge è stato quello di separare nettamente gli ambiti di pianificazione e finanziamento del sistema da quello dell'organizzazione

dei servizi, pur nella volontà di garantire un modello di assistenza pubblica altamente integrato.

La realizzazione concreta di questo principio è stata possibile attraverso due linee di intervento distinte:

- la creazione del Servizio Catalano della Salute (SCS) quale ente deputato all'organizzazione, alla pianificazione e al finanziamento del sistema, e successivamente lo sviluppo degli strumenti di supporto all'attività pianificatoria;

- la trasformazione dell'Istituto catalano della salute in una struttura più agile focalizzata solo sulla organizzazione dei servizi.

Il SCS si articola organizzativamente nelle Regioni Sanitarie, costituite a loro volta da Aree Sanitarie di Base (cui fanno riferimento circa 25.000 assistiti), al fine di garantire il decentramento della funzione di traduzione degli indirizzi sanitari in obiettivi specifici per ciascuna area. L'attività di negoziazione con le strutture ospedaliere dei contratti e dei finanziamenti avviene a livello di regione sanitaria.

Lo strumento principale di pianificazione è il Pla della Salut (il Piano Sanitario: il primo, approvato dal parlamento catalano nel marzo 1993 abbraccia l'orizzonte temporale 1993-1995) e definisce le priorità fondamentali da seguire nella allocazione delle risorse.

Dal momento che la competenza del SCS non si estende sulle strutture di offerta di servizi sanitari, il piano acquisisce un ruolo nuovo, di guida dei processi negoziali che definiscono il finanziamento, in cui l'oggetto di discussione non è più le risorse econo-

Tabella 1 - Evoluzione del valore dell'UBA dal 1986 al 1994 (valori in migliaia di pesetas)

Livello	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
A	9.000	9.540	10.900	11.900	12.850	14.400	15.700	16.410	16.610
B	13.000	13.650	14.900	15.720	17.100	19.300	21.230	22.190	22.460
C	18.000	18.720	20.000	21.200	22.700	25.875	28.210	29.480	29.840

niche necessarie, ma il fabbisogno (più o meno tradotto in quantità e qualità di prestazioni) di assistenza della popolazione.

Per ciò che riguarda il modello di assistenza ospedaliera la figura 4 mostra i possibili percorsi di intermediazione.

L'organizzazione della medicina di base e della specialistica extraospedaliera, che era tradizionalmente contraddistinta dalla non elevata qualità percepita dall'utenza, dalla limitata possibilità di scelta del medico di base di riferimento e dalla commistione della componente pubblica e privata, ha anch'essa visto alcuni interventi sostanziali.

Dato il ruolo di gatekeeper del affidato ai medici specialisti, con la sostanziale libertà dei cittadini di utilizzare nell'ambito della copertura pubblica le strutture sanitarie che preferivano (a parte quelle private senza alcuna forma di convenzione con il sistema pubblico) i medici non ospedalieri ricoprono un ruolo chiave nel funzionamento e nel controllo dell'accesso ai servizi sanitari.

Le linee di intervento sono state molteplici:

- il miglioramento della qualificazione e del prestigio professionale dei medici di base attraverso la creazione delle specialità di medicina di base nelle facoltà di medicina;

- l'incentivo ai medici di base affinché operassero a tempo pieno nel settore pubblico;

- orientamento alla sperimentazione di modelli organizzativi che integrassero la medicina di base e quella specialistica al fine di assicurare una assistenza il più possibile integrata agli assistiti evitando duplicazioni di prestazioni diagnostiche e garantendo inoltre l'accesso alle strutture diagnostiche avanzate in modo più agevole e razionale.

In particolare, data la radicalità delle riforme, il processo di riorganizzazione è ancora in atto e si basa su sperimentazioni locali con l'intento di mettere a punto forme organizzative innovative di successo che si diffondano e garantiscano una evoluzione graduale.

Per ciò che concerne l'organizzazione della medicina di base gli sforzi sono concentrati nell'introduzione di forme di gestione associata da parte dei medici attraverso Teams di medici che gestiscono (in centri organizzati) sia l'assistenza di base, sia, con forme organizzative diverse, la medicina specialistica (assunzione diretta da parte dei centri di medicina di base degli specialisti, modello sperimentato dall'ICS, oppure con accordi con gli ospedali per la fornitura di tempo di specialisti).

La finalità primaria di forme di gestione organizzata della medicina di base e specialistica, dal punto di vista del sistema sanitario catalano, è evidentemente la necessità di identificare dei soggetti per cui sia possibile:

- instaurare quel tipo di relazione negoziale necessario alla traduzione operativa del Pla de la Salut in obiettivi di attività, in politiche di investimenti etc.;

- identificare delle forme di integrazione dell'assistenza con le strut-

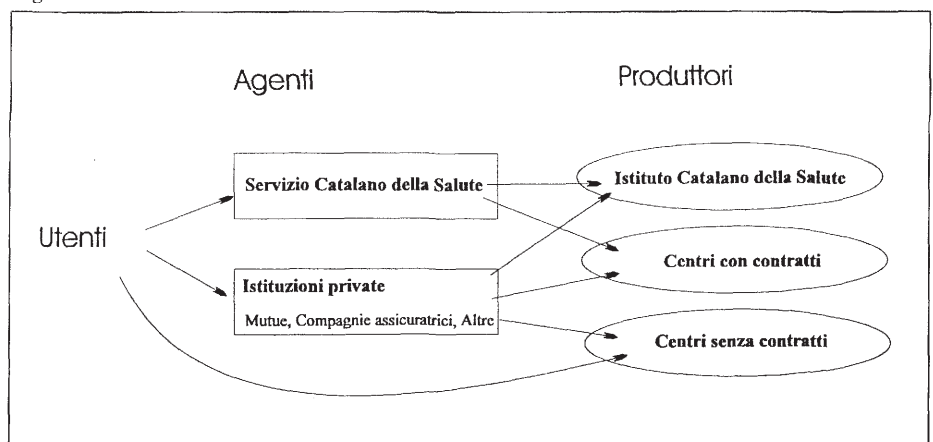
ture ospedaliere per rendere più conoscibile la dinamica dei rinvii agli ospedali e attraverso cui sia eventualmente possibile governare indirettamente il livello delle prestazioni ospedaliere.

La regione sanitaria imposta la remunerazione dei Team su base capitaria integrandola sulla base di specifici obiettivi (in alcune esperienze della Regione di Barcelona Ciutat il 95% è su base capitaria e il 5% su obiettivi).

In sintesi si può quindi notare come il riassetto del sistema sanitario abbia da una parte condotto ad una semplificazione dei ruoli individuali, identificando in capo a ciascun soggetto (SCS, ICS, strutture private etc.) una sola responsabilità primaria (pianificazione o erogazione) su cui orientare l'organizzazione interna e lo sviluppo di professionalità e strumenti, e dall'altra affidato l'integrazione dell'intervento assistenziale ed il coordinamento dell'azione operativa a meccanismi di confronto istituzionale basati essenzialmente sulla negoziazione (in contrapposizione ai meccanismi formali legati alla diretta pianificazione dell'offerta e alla definizione dei preventivi finanziari di spesa).

Va infine notato come l'evoluzione del settore sanitario sia stata favorita da condizioni di contesto politico sociale caratterizzate da:

Figura 4



— elevata autonomia decisionale locale con elevata coesione sociale nel rispetto dell'autorità regionale;

— elevata stabilità politica nel governo locale.

Il processo di transizione inoltre ha potuto godere di una fase di dibattito e di prima impostazione lunga un decennio, mentre l'attuazione della legge di riorganizzazione sia in fase di realizzazione con metodi improntati alla gradualità e con grande attenzione alla tutela delle realtà organizzative esistenti.

5. Elementi critici

Il modello di governo del sistema regionale si basa sul confronto tra l'autonomia dei fornitori di servizi e la responsabilità di finanziamento e pianificazione del SCS.

I due ambiti di responsabilità conducono i due soggetti a sviluppare differenti percorsi logici:

— dal punto di vista del titolare della funzione della pianificazione lo svolgimento della propria funzione, per influenzare effettivamente il funzionamento del settore sanitario, richiede la traduzione degli obiettivi del piano sanitario in decisioni di acquisto;

— dal punto di vista delle strutture di erogazione di servizi l'autonoma responsabilità economica porta a elaborare delle strategie e dei programmi basati sulla conoscenza della domanda e delle proprie scelte di posizionamento e specializzazione.

Il confronto e la negoziazione tra le due posizioni portano alla definizione di obiettivi di azione espliciti, formalizzati nei meccanismi di finanziamento.

Le spese per investimenti non sono ancora inglobate nel meccanismo contrattuale di finanziamento sulla base dell'attività e non è ancora previsto un meccanismo di finanziamento degli ammortamenti (1).

D'altro canto va inoltre sottolineato lo sviluppo e il supporto di cui la XHUP sta godendo. A fianco dell'introduzione di modelli astratti basati sulla sostituibilità delle strutture di offerta, e quindi con stimoli competitivi sul sistema, si è voluto privilegiare forme di coordinamento tra diverse strutture (pubbliche e private) al fine di garantire modelli di assistenza il più possibile integrati ma anche al fine di creare le condizioni per lo sviluppo di strumenti e meccanismi di funzionamento che accrescano la capacità stessa del sistema di funzionare: si veda a questo proposito l'evoluzione delle misure di attività adottate dalle strutture ospedaliere. La preoccupazione di creare le condizioni perché il sistema cresca e si evolva in maniera autonoma è inoltre evidente nella gradualità con cui le riforme sono state introdotte, anche se un grosso contributo lo ha avuto la stabilità politica che ha sollevato il settore sanitario dall'essere terreno di scontro di interessi politici (figura 5).

Un secondo aspetto degno di attenzione risiede nella necessità di sviluppare specifiche competenze manageriali che devono sostituire l'approccio burocratico nella gestione delle nuove strutture, siano esse erogatrici di servizi o invece responsabili della pianificazione e del finanziamento del sistema.

Il problema dello sviluppo di capacità manageriali da parte degli operatori non ha trovato una risposta solo a

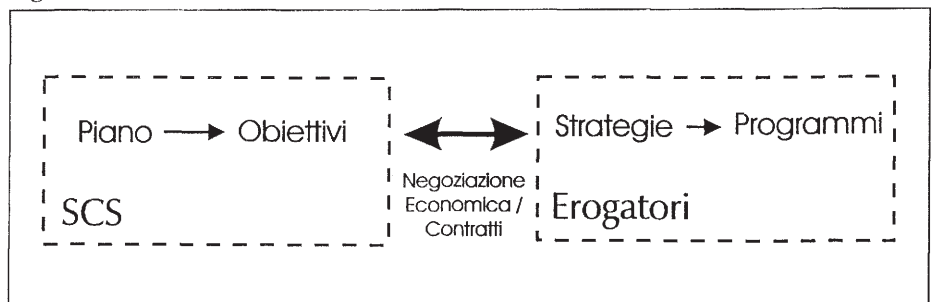
livello istituzionale nella modifica delle caratteristiche del rapporto di lavoro, né nella ricerca di professionalità esterne alla sanità da introdurre nel settore. Anche in questo caso lo sviluppo delle professionalità necessarie al funzionamento del modello è stato affidato principalmente (ed è ancora troppo presto per capirne la reale efficacia) alla necessità di adattare le proprie competenze a seguito della modificazione funzionale e organizzativa delle strutture: è anche in quest'ottica che va interpretata infatti la scelta di separare gli ambiti di responsabilità dei diversi soggetti su cui ruota il sistema. La creazione di soggetti organizzativamente snelli, inseriti in un contesto ad elevata dinamicità (almeno stimolata) si crede che possa modificare l'atteggiamento della dirigenza verso approcci manageriali alla gestione.

Il terzo elemento rilevante dell'esperienza catalana risiede nella modalità con cui è stato affrontato il problema degli strumenti conoscitivi dell'attività e dello sviluppo del sistema informativo regionale che deve supportare il governo del sistema sanitario e il funzionamento delle aziende.

In particolare il problema assume duplice sembianza:

— occorre sviluppare strumenti di misura dell'attività che siano adatti a regolare i rapporti tra SCS e le singole strutture. Ossia siano in grado di costituire linguaggio comune di chi deve

Figura 5



specificare obiettivi di politica sanitaria in dati di attività e di chi deve essere finanziato sulla base di tale unità di misura;

— occorre sviluppare un sistema di scambio delle informazioni che consenta di regolare i rapporti tra i soggetti autonomi (simuli i rapporti tipici del contesto di mercato), ma nel contempo possa consentire la conoscenza più trasparente possibile sui flussi di servizi a fini sia di controllo complessivo, che di governo dei singoli enti.

Gli strumenti utilizzati per regolare i rapporti tra finanziatore e erogatore si sono basati sulle già citate UBA, e solo recentemente sono state messe in discussione per sviluppare unità di misura più sofisticate. È stato perciò aperto il dibattito per lo sviluppo di una forma di rilevazione delle attività e quindi di un sistema di misurazione che abbia «le seguenti caratteristiche:

— deve essere integrato, ossia deve consentire la ricostruzione degli episodi di ciascun processo assistenziale;

— deve essere basato su un linguaggio comune sia al management che alla componente clinica delle organizzazioni;

— ... (omissis) ...;

— deve consentire la quantificazione del consumo di risorse, pertanto deve essere integrato a sistemi di contabilità analitica;

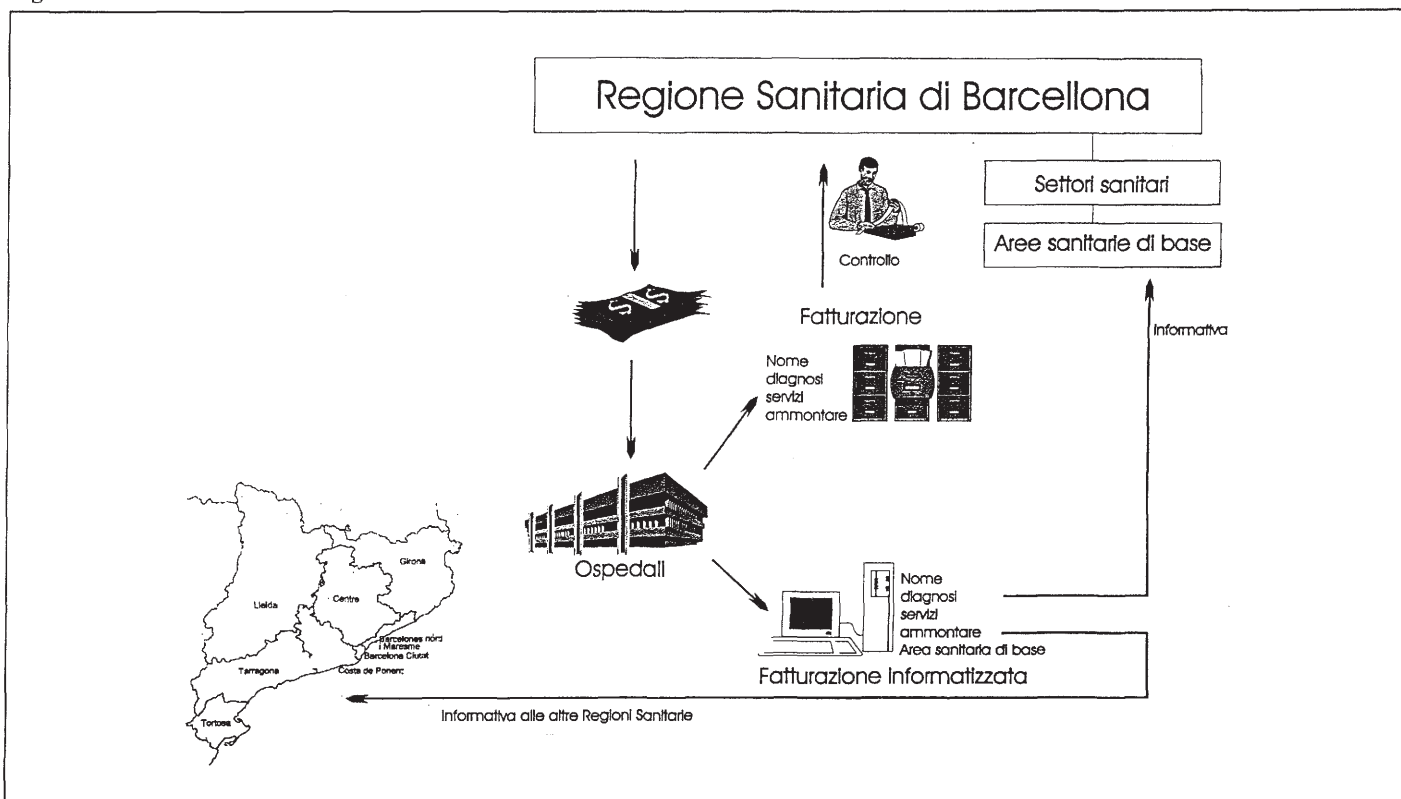
— deve facilitare l'organizzazione e gestione interna, i processi di l'acquisizione e cessione dei servizi, la valutazione dei risultati» ([3] nostra libera traduzione).

Riguardo il secondo punto, la difficoltà tipica nell'affrontarlo risiede nella rilevanza dell'informazione come strumento di vantaggio competitivo, che minaccia la fluidità dei flussi informativi e riduce la qualità dell'informazione scambiata.

La strategia che si sta adottando si basa da un lato sulla contrapposizione di interessi e sul controllo reciproco dei dati, che garantisce la correttezza delle informazioni registrate, e dall'altro sull'incentivo ad aderire ad un sistema informativo altamente integrato sulla base dei ritorni informativi di cui si gode.

A titolo di esempio lo schema seguente illustra la situazione della Regione di Barcellona Ciutat in cui viene mantenuto il modello di fatturazione di tipo classico, mentre viene introdotto un sistema informatizzato che consente il ritorno informativo sia alla struttura erogatrice di servizi (ad esempio una struttura ospedaliera, come nella successiva tabella) che all'Unità Sanitaria di Base e alle altre Regioni Sanitarie che utilizzano le informazioni a fini di controllo e di governo.

Figura 6



«Hospital del Mar» Activity January-October 1994 for a basic area customers (Canteres)

Basic area		Requesting unity		Health service			
Code	Name	Code	Name	Code	Kind of service	Number	Amount
8G	CANTERES	0844	12 Guineueta	103400	First visit	12	120.288
		0851	9 Sant Andreu	103400	First visit	1	10.144
		0873	Hospital Ntra. Sra. del Mar	105400	Following visit	178	893.840
		0873	Hospital Ntra. Sra. del Mar	103400	First visit	6	60.504
		0873	Hospital Ntra. Sra. del Mar	104400	Urgency	38	477.490
		0873	Hospital Ntra. Sra. del Mar	20270	Scanner	3	43.000
		0873	Hospital Ntra. Sra. del Mar	101400	Day Hospital	7	132.015
		0873	Hospital Ntra. Sra. del Mar	102400	Non stay treatment	3	56.610
		0873	Hospital Ntra. Sra. del Mar	00400	Acute stay	86	2.155.160
		0874	H. Mare de Deu de l'Esperança	103400	First visit	1	10.024
Total						3.959.075	

BIBLIOGRAFIA

(1) Anche le le strutture sanitarie pubbliche sono ora tenute a redigere il bilancio annuale secondo i principi della contabilità economico patrimoniale: gli ammortamenti sono quindi registrati secondo i principi contabili vigenti, anche se la responsabilità del mantenimento dell'equilibrio economico non viene quindi misurata direttamente sul risultato netto dell'esercizio.

- [1] OECD, *The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD Countries*. Paris, 1992.
 [2] ANESSI PESSINA E., *Il governo della sanità nei paesi industrializzati: modelli a confronto*. **Mecosan**, 1992, 3, 19-41.
 [3] FULLS ECONOMICS DEL SISTEMA SANITARIO, n. 5, *El reptre actual de la Xarxa Hospitalaria d'Utilitzacio Publica: la*

- qualitat és cosa de tots*, novembre 1994.
 [4] GENERALITAT DE CATALUNYA, DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL, CATALUNYA, *Un model hospitalary*, 1994.
 [5] SERVEI CATALÀ DE LA SALUT, *Pla de Salut de la Catalunya*, 1993.
 [6] *La separació entre compradors i proveïdors: cultura, cos de doctrina i instruments en l'experiencia de la Regió Sanitaria de Centre de l'SCS*, Full Economics, 22 aprile-giugno 1994.

STRUTTURA E RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO CANADESE

di Alessandro Zanca (*)

Sommario: 1. I principi del sistema sanitario - 2. L'offerta dei medici - 3. Il finanziamento dell'assistenza ospedaliera - 4. Alcuni spunti di riflessione.

1. I principi del sistema sanitario

Vari progetti di riforma portati avanti nei paesi industrializzati suggeriscono l'esistenza di un processo di convergenza degli assetti dei sistemi sanitari. Quelli pubblici (considerando sotto questa classificazione i paesi in cui l'assistenza sanitaria è in gran parte finanziata ed erogata direttamente o indirettamente dal settore pubblico) sono percorsi dall'esigenza di introdurre elementi concorrenziali nel rispetto dei principi di solidarietà; mentre il sistema statunitense, il più vicino ad un modello di mercato, sta discutendo i lineamenti di una riforma che promuova elementi di maggiore solidarietà sociale e forme di competizione guidata.

Il sistema sanitario canadese è diventato oggetto di intense discussioni poiché è considerato un possibile modello di riferimento per risolvere (senza stravolgere il contesto sociale) i problemi del sistema sanitario statunitense. Parlare di un unico sistema sanitario può essere però fuorviante essendo il Canada uno Stato federale composto da dieci province e da due territori, dotati di una notevole autonomia costituzionale in diversi settori di pubblico interesse (sanità, educazione, edilizia, ecc.).

Il governo federale canadese non ha competenza per tutte quelle funzioni (tra le quali la sanità) che la Costituzione non gli attribuisce direttamente. Tuttavia, attraverso la regolazione dei trasferimenti delle risorse, il governo di Ottawa riesce ad influenzare il comportamento dei governi provinciali, affinché questi ultimi rispettino certi standard nazionali.

Dal 1977, con l'«Established programs financing Act» (EPF), è cambiato l'accordo di finanziamento tra il governo federale e le province (non più copertura ex-post del 50% delle spese sanitarie provinciali, ma un finanziamento pro-capite basato sul numero di residenti e legato alla crescita economica). Le fonti finanziarie per l'erogazione dei servizi sanitari previste dall'EPF sono di due tipi: i trasferimenti di risorse finanziarie dal livello nazionale a quello provinciale e lo spazio di autonomia impositiva concessa alle province. Quando l'EPF fu introdotto, il governo federale diminuì la propria imposizione fiscale sulle persone fisiche del 13,5% e su quelle giuridiche del 1%, lasciando libere le province di aumentare le loro aliquote fiscali, senza aggravare però il carico fiscale complessivo (i due valori rappresentano un tetto massimo per l'au-

mento dell'imposizione fiscale delle province).

Dall'entrata in vigore del nuovo accordo di finanziamento, Ottawa ha introdotto continue modifiche per diminuire il proprio contributo, giustificando i provvedimenti con la necessità di contenere il deficit nazionale e di responsabilizzare maggiormente i governi provinciali. In tale modo, però, è stata messa in pericolo la capacità del governo federale di mantenere uno standard uniforme di assistenza su tutto il territorio nazionale; in futuro questo potrebbe causare una disparità di trattamento: la riduzione dei trasferimenti alle province potrebbe minare l'obiettivo di uniformi livelli di assistenza sull'intero territorio nazionale.

Nonostante il livello di assistenza sanitaria sia ancora omogeneo in tutto il Canada è più esatto descrivere il programma sanitario canadese come composto da più modelli di assicurazione sanitaria universale, che, per legge federale, devono rispettare i seguenti principi:

(*) Il presente articolo riporta considerazioni effettuate al termine di un periodo di studio che l'autore ha svolto a Vancouver (British Columbia) che hanno costituito anche la base della sua tesi di laurea.

- 1) universalità;
- 2) completezza;
- 3) accessibilità;
- 4) mobilità;
- 5) natura pubblica dell'amministrazione.

1) *Universalità*. Ogni governo provinciale ha autonomia nel raccogliere i finanziamenti per l'assistenza sanitaria nella maniera che crede più opportuna, ma gli standard federali richiedono che il 100% dei cittadini siano assicurati. Le province dell'Alberta e della British Columbia, che raccolgono risorse attraverso la riscossione di premi, non possono negare alcun servizio ai cittadini non in regola con i pagamenti. Ai premi, viene preferito da otto province su dieci il prelievo fiscale sui redditi delle persone fisiche, prelievi ottenuti direttamente dal computo totale del carico fiscale o indirettamente tramite trattenuta sui redditi da lavoro.

2) *Completezza*. Il programma di assicurazione provinciale deve coprire tutte le prestazioni offerte da medici e ospedali considerate clinicamente necessarie.

Come si faccia a qualificare un servizio necessario o meno, non è però ben definito né dal governo provinciale, né da quello di Ottawa, e la mancanza di chiarezza in tal senso crea tensioni tra i due livelli di governo. Si può infatti pensare che il principio non abbia un contenuto normativo stringente, ma si riferisca semplicemente ad una libera scelta da parte di ogni provincia circa l'ampiezza dei servizi da offrire. Il termine, al contrario, può richiedere che ogni provincia offra un livello minimo comune di assistenza oltre il quale vi è libertà di offrire una copertura più ampia.

Si può comprendere che considerare un servizio necessario o meno è stato, ed è spesso, vincolato alle possibilità finanziarie delle province.

3) *Accessibilità*. Il criterio di accessibilità richiede che le prestazioni me-

dico-ospedaliere siano offerte in «termini e condizioni uniformi» indipendentemente dalle capacità finanziarie del singolo, questo per non permettere un sistema a due tempi che conceda ad alcuni un'assistenza sanitaria migliore. Per tale motivo, in Canada la legge sanitaria del 1984 ha vietato ad ospedali e medici convenzionati con il sistema assicurativo pubblico di richiedere ai pazienti forme di compartecipazione alle prestazioni sanitarie.

L'obiettivo della politica sanitaria è di offrire servizi agli individui sulla base delle necessità mediche e non delle capacità economiche.

Pagamenti addizionali alle tariffe provinciali, come preconditione per utilizzare i servizi, contravvengono al principio di equo accesso e rappresentano un deterrente soprattutto per le persone meno abbienti e gli anziani.

Il dibattito riguardo la compartecipazione dei pazienti al costo della prestazione sanitaria non è mai scomparso definitivamente (dal divieto con la legge sanitaria del 1984). In questi anni però è tornato nuovamente ad essere materia di discussione a causa delle difficoltà finanziarie che i governi provinciali stanno affrontando.

È noto il fenomeno di «moral hazard» a cui può dare luogo la gratuità delle prestazioni (o l'esenzione della compartecipazione). D'altra parte, la compartecipazione ai costi scoraggia il consumo dei servizi soprattutto da parte dei cittadini con i redditi più bassi, degli anziani e, in generale, delle persone in condizioni sanitarie peggiori. Inoltre, alcuni pazienti potrebbero rinunciare a richiedere assistenza, peggiorare così le proprie condizioni di salute e necessitare in seguito di servizi più costosi.

Un sistema di pagamenti addizionali con contestuale definizione di un regime di esenzioni, che escluda dal pagamento le fasce più povere della popolazione, sembra d'altra parte discu-

tibile sul piano della sostenibilità politica. Appare infatti difficile, in un contesto che fa dell'equità un principio fondamentale, fare gravare la compartecipazione ai costi solamente sui ceti più abbienti al momento in cui richiedono assistenza, piuttosto che assicurare che tutti contribuiscano al finanziamento del sistema secondo criteri impositivi generali. I pagamenti addizionali, più che tasse sul consumo, rappresentano tasse sul malato. Appare così difficilmente sostenibile che, in un sistema con finanziamento basato sulla tassazione generale ispirata a criteri di progressività, vengano imposte tasse sul consumo di servizi sanitari soltanto sui soggetti che più contribuiscono al finanziamento tramite la tassazione generale.

4) *Mobilità*. I cittadini canadesi hanno diritto alla copertura assicurativa anche quando sono temporaneamente assenti dalla loro provincia.

Nel 1988, tutte le province (escluso il Quebec) hanno raggiunto un accordo di rimborso reciproco secondo le tariffe vigenti nella provincia in cui è effettuata la prestazione. Il Quebec segue questa pratica solo per l'assistenza ospedaliera, mentre rifiuta i livelli di rimborso delle altre province per i servizi medici.

La maggioranza dei medici chiede il rimborso direttamente al piano assicurativo provinciale del paziente, senza alcun esborso da parte di quest'ultimo.

I piani provinciali coprono i propri residenti all'estero solo per quelle prestazioni medico-ospedaliere giudicate necessarie e assicurate; tutto quello escluso dal piano è di responsabilità del paziente. Tuttavia alcuni problemi possono sorgere quando una provincia assicura alcune prestazioni, mentre un'altra le esclude; in questo caso, i benefici addizionali sono garantiti solo all'interno del territorio provinciale (ad esempio, i residenti della British Columbia, che necessitano di una

seduta fisioterapica in Ontario, dovrebbero pagare la visita, nonostante il proprio piano provinciale la comprenda tra le prestazioni assicurate).

Il principio della mobilità del piano di assicurazione sanitaria è anche importante dal punto di vista simbolico per l'unità nazionale di un Paese spesso minacciato da rivendicazioni autonomiste (Quebec) ed in genere poco sensibile al sentimento unitario.

5) *Natura pubblica dell'amministrazione.* Il programma assicurativo provinciale deve essere amministrato e gestito senza fine di lucro da una pubblica autorità competente, responsabile verso il governo provinciale. Tale autorità è designata dal governo ed è monitorata dall'agenzia provinciale di controllo delle finanze pubbliche.

In questa maniera, la provincia diventa il principale acquirente di servizi medico-ospedalieri, creando una sorta di monopsonio, elemento centrale per politiche di contenimento dei costi dell'intero sistema.

La presenza a livello provinciale di una unica assicurazione pubblica è essenziale nel raggiungimento della copertura totale della popolazione. Il libero funzionamento del mercato, infatti, tende a produrre comportamenti da parte delle imprese che, benché razionali dal punto di vista della convenienza economica delle imprese stesse, conducono a forme di differenziazione dei premi e di «esclusioni» degli assicurati inaccettabili sotto il profilo sociale.

La presenza di una unica fonte di finanziamento e il ruolo marginale delle assicurazioni private ha concesso un fertile terreno di discussione per molti osservatori del sistema sanitario canadese. Chi favorisce la situazione attuale sottolinea i limiti propri dei mercati assicurativi privati, soprattutto in relazione ai processi di selezione avversa e alla mancanza di incentivi sul controllo della spesa sanitaria; inoltre,

come unico finanziatore (unico acquirente di servizi per conto dei cittadini), il governo provinciale controlla più agevolmente l'offerta dei medici e degli ospedali. La situazione di monopsonio che si è creata è giudicata positivamente da chi la considera efficace a contenere i costi e a permettere uniformità di trattamento dei cittadini.

I detrattori del sistema, al contrario, insistono sulla differenza tra costi contabili e economici; questi ultimi (che comprendono ogni forma di impiego di risorse scarse) rappresentano il metodo più corretto per misurare il livello di assorbimento delle risorse (Anessi, 1992).

Secondo Danzon (1992) le assicurazioni private, in un regime di concorrenza, creano incentivi a minimizzare i costi totali, mentre l'assicurazione sanitaria pubblica pur contraendo i costi contabili (di amministrazione, di acquisto di informazioni per quantificare i premi) ignora quelli reali economici, escludendo fattori quali i maggiori tempi di attesa, i costi correlati alla moltiplicazione delle visite (in risposta ai controlli governativi sulle tariffe mediche), i costi generati dalla pressione fiscale necessaria per finanziare il sistema. Danzon insiste considerando la diminuita produttività e qualità della vita a causa dei ritardi e delle liste di attesa dovuti al razionamento dell'offerta (soprattutto per certe procedure diagnostiche e alcuni interventi chirurgici), e ai vincoli imposti alla diffusione delle tecnologie.

In tal modo, i risparmi della copertura pubblica obbligatoria vengono sovrastimati non prendendo in considerazione i costi nascosti sopra citati.

Viene violata la sovranità dell'utente nella misura in cui ai cittadini è negato l'accesso a servizi che avrebbero potuto ottenere in un contesto di libera scelta della copertura assicurativa sanitaria, e ciò rappresenta una perdita di beneficio ed un costo reale nascosto

imposto dalla uniformità del sistema di monopsonio pubblico.

La capacità del Canada di proteggere i propri cittadini dalle conseguenze economiche delle malattie ad un costo socialmente accettabile è riconosciuta dai detrattori stessi del sistema, che non possono non ammettere i risultati conseguiti in termini di gradimento sociale, di equità e di stato di salute della popolazione.

Minore consenso viene invece registrato relativamente alla disposizione che vieta polizze private per servizi pubblicamente coperti. In questo caso appare evidente il diretto confronto tra istanze liberal-libertarie e istanze solidaristiche. Se da un lato un settore assicurativo privato amplierebbe la libertà di scelta dei cittadini, dando spazio a utilizzi del reddito disponibile delle famiglie verso servizi per bisogni primari con anche effetti positivi in termini di pressione sul settore pubblicamente finanziato, dall'altro coperture assicurative sostitutive potrebbero facilitare lo sviluppo di un settore sanitario parallelo, alla lunga minando i principi a cui il sistema canadese si ispira. Inoltre, il divieto di coperture sostitutive permette alle provincie canadesi di presentarsi ai produttori di servizi sanitari (medici e ospedali) in posizione di monopsonio, con i relativi vantaggi sul lato delle politiche di contenimento dei costi.

2. L'offerta dei medici

I medici che hanno scelto il piano pubblico provinciale (circa il 95% del totale della categoria) vengono rimborsati secondo uno schema tariffario legato alle prestazioni offerte, stabilito annualmente attraverso controverse negoziazioni tra il governo provinciale e le associazioni mediche.

Il potere contrattuale del governo provinciale (unico acquirente/finanziatore) permette di controllare l'au-

mento delle tariffe ad un livello consono alle esigenze interne, spesso inferiore all'aumento generale dei prezzi (Evans, Barer, Labelle, 1988).

Se il livello delle tariffe può essere agevolmente stabilito dalle province, non altrettanto semplice è il controllo dei rimborsi totali ai medici, che dipendono anche dal numero di prestazioni effettuate. Il tentativo dei governi provinciali di limitare i pagamenti ai medici, contraendo le tariffe, non sempre raggiunge gli effetti sperati. Ad esempio, dal 1972 al 1984, le province hanno tagliato in termini reali i rimborsi tariffari del 18%, ma i medici hanno aumentato il numero delle prestazioni effettuate del 17% (Milton Terris, 1990). Recentemente i governi provinciali, nel tentativo di bloccare e prevedere la crescita dei rimborsi, hanno intrapreso nuove iniziative quali l'introduzione di limiti ai rimborsi individuali dei singoli medici o globali per l'intera categoria, e la limitazione del numero di medici in diritto a partecipare al piano pubblico.

La provincia del Quebec ha introdotto dal 1976 limiti individuali di rimborso per i medici di base (somme superiori a tali limiti vengono infatti pagate a solo 1/4 della tariffa ordinaria) e tetti globali differenziati per le varie specialità (OECD, 1992).

Il governo della British Columbia ha tentato di bloccare il numero dei medici in diritto a chiedere rimborso all'assicurazione provinciale, ma il tentativo è stato giudicato anticostituzionale.

I limiti individuali di rimborso creano certi problemi tecnici dovuti al controllo di ogni singolo medico; quelli globali all'intera categoria, invece, possono penalizzare quei medici che svolgono la propria attività in maniera meno intensa e sono più attenti alle esigenze del paziente dedicandogli maggiore tempo.

Il «fee-for-service» incentiva i medici ad espandere il numero delle pre-

stazioni per compensare il controllo pubblico sulle tariffe e induce ad una inadeguata distribuzione dei medici che tendono a concentrarsi nelle aree a maggiore densità abitativa (nelle quali le possibilità di guadagno sono maggiori) abbandonando le zone rurali.

Lo schema tariffario, legato alle singole prestazioni, è incompatibile a lungo termine con il controllo globale della spesa quando:

a) è predeterminata solo la tariffa e non il rimborso totale;

b) il pagamento è ottenuto solo per avere effettuato la prestazione indipendentemente dall'efficacia dell'assistenza;

c) l'accesso dei pazienti ai servizi è libero e a costo zero;

d) è fluttuante il numero di medici presenti nel sistema sanitario.

Quest'ultimo punto merita ulteriori chiarimenti.

Il monitoraggio delle spese mediche deve essere infatti anche vincolato al controllo delle risorse umane. In Canada, l'incremento dei medici, durante gli anni Settanta e Ottanta, era collegato alle stime di crescita della popolazione stabilite un decennio prima: stime che non hanno preso in considerazione il futuro tasso di natalità, molto basso del Paese (in linea con le nazioni più industrializzate). Agli inizi degli anni Sessanta, vi erano 1,2 medici per 1000 abitanti, trenta anni dopo la cifra è quasi raddoppiata.

Il governi provinciali enfatizzano l'importanza che l'incremento del rapporto medici\popolazione provoca sull'aumento della domanda di assistenza da parte dei cittadini (invocando implicitamente o esplicitamente la teoria della domanda indotta). Infatti, i governi tentano di limitare il numero dei medici, ma gli sforzi possono essere inutili se tale politica di riduzione non viene effettuata contemporaneamente da tutte le province (le barriere alla libera circolazione dei lavoratori sono infatti vietate). In quest'ottica deve essere inquadrata la decisione di limitare il numero delle facoltà di medicina intrapresa nel 1993.

Il metodo di remunerazione dei medici appare un'importante area di riforma, anche in considerazione dello status libero-professionale dei medici ospedalieri. Si crea, infatti, un contrasto tra gli ospedali, che devono contenere le spese all'interno del loro budget globale, e i medici che vi lavorano come professionisti autonomi che sono incentivati a incrementare l'attività (1). Il contrasto è ancora più evidente se si considera che i medici ottengono le medesime tariffe sia che esercitino internamente o esternamente all'ospedale, pur utilizzando gratuitamente, nel primo caso, le infrastrutture ospedaliere.

Il Canada ribadisce la concezione nord americana dell'ospedale come struttura al servizio dei singoli medici;

Tabella 1

	1961	1970	1980	1990
<i>Medici</i>				
— numero	21.290	31.166	44.275	59.409
— densità (per 1.000 abitanti)	1,2	1,5	1,8	2,2
<i>Guadagno medio</i>				
— in \$ canadesi	16.472	34.360	61.100	107.000
<i>Numero di visite pro capite</i>	4,0	4,3	5,4	6,6
<i>Fonte: OECD, 1992.</i>				

infatti, con il sistema degli «admitting privileges» anche i medici che svolgono prevalentemente attività extraospedaliera possono ricoverare i propri pazienti presso determinati nosocomi, continuando a curarli direttamente durante la degenza (Anessi, 1992) e vengono rimborsati a tariffa dall'assicurazione provinciale. In questa maniera, se un paziente intende ricevere un trattamento in un ospedale particolare deve scegliere un medico con «admitting privilege» in quella struttura.

In tutte le province, il pagamento a tariffa dei medici è soggetto a profonde critiche; da diverse parti viene invocato l'utilizzo di forme alternative di remunerazione quali retribuzioni salariali e a quota capitaria, considerate meno costose e meno inclini ad incentivare sprechi inutili. Tali forme di pagamento non sono del tutto inesistenti e sono concentrate soprattutto nei Community Health Centres (che rappresentano sistemi organizzati di cura, ossia gruppi multidisciplinari remunerati a quota prefissata); queste forme di assistenza sono considerate superiori sia per il contenimento della spesa, sia per la qualità di offerta; dovrebbero infatti enfatizzare l'importanza del lavoro di gruppo (più operatori sanitari seguono contemporaneamente il medesimo caso integrando e coordinando tra loro i servizi), della prevenzione e, più in generale, di sistemi integrati di erogazione dei servizi sanitari. Negli ospedali, invece, i medici nella quasi totalità dei casi mantengono il proprio status libero professionale e vengono remunerati a tariffa in base al numero di prestazioni. Nelle strutture ospedaliere sono rari i medici che vengono remunerati con salari, ed in questo caso lo «status» di dipendente è legato all'esercizio di funzioni manageriali.

3. Il finanziamento dell'assistenza ospedaliera

La quasi totalità degli ospedali in Canada è costituita da istituti senza fine di lucro, privatamente gestiti, ma finanziati pubblicamente dalle province. Gli ospedali privati a fine di lucro sono pochi e quasi sempre si limitano a fornire assistenza lungodegenziale, mentre quelli gestiti e finanziati totalmente da enti pubblici sono in genere ospedali psichiatrici e militari. Più che operare una divisione tra ospedali a proprietà pubblica o privata, è maggiormente significativo considerare le strutture convenzionate o meno con il sistema assicurativo pubblico.

Oltre il 95% delle istituzioni ospedaliere riceve finanziamenti dal Ministero della sanità provinciale che stabilisce per ogni ospedale un budget annuale globale, suddiviso in budget delle spese correnti e delle spese in conto capitale (edilizia, attrezzature diagnostiche e non, ecc.).

Le politiche dei governi provinciali mirano ad attenuare la competizione tra i presidi ospedalieri, incentivando la collaborazione tra le strutture nel pianificare il proprio sviluppo, per evitare duplicazioni nei servizi.

In Canada, ogni struttura ospedaliera deve negoziare il proprio budget globale delle spese di gestione corrente con il governo provinciale e deve separatamente chiedere l'approvazione per il finanziamento di nuove spese in conto capitale.

Il budget globale è spesso uno stanziamento definitivo ed eventuali deficit, tranne i casi in cui sono dovuti ad una sottostima dell'assegnazione iniziale, devono essere riassorbiti direttamente dall'ospedale. I governi provinciali accettano sempre con minore acccondiscendenza gli eventuali deficit in cui spesso gli ospedali incorrono. L'obbligo di gestire i nosocomi senza incorrere in perdite è, però, più teorico che pratico: molti ospedali non riesco-

no, infatti, a chiudere il bilancio in pareggio e come strutture pubblicamente finanziate è molto difficile che possano presentare situazioni fallimentari che li portino alla chiusura. Nelle condizioni più estreme, il Ministro della sanità può inserire dei propri uomini di fiducia nel consiglio di amministrazione, ma infine garantirà sempre all'ospedale quelle risorse necessarie «alla sopravvivenza».

Il budget globale offre agli amministratori degli ospedali flessibilità nel rispondere ai bisogni interni e permette ai governi provinciali di monitorare e prevedere in anticipo i costi di ogni struttura. Tuttavia, sotto alcuni aspetti tale sistema di finanziamento degli ospedali risulta insoddisfacente: si basa sull'esperienza storica che rappresenta, spesso, un punto di riferimento fuorviante; penalizza il finanziamento degli ospedali che con successo limitano la propria crescita; e, infine, contraddice la volontà del governo provinciale di deistituzionalizzare il sistema sanitario. Infatti, un'amministrazione ospedaliera innovativa che diminuisce i ricoveri dei pazienti, favorendo attività quali quelle ambulatoriali, a domicilio, o di day-hospital, può sperimentare tensioni di bilancio qualora il budget globale non venga ridefinito considerando il costo maggiore di ricovero dei pazienti più gravi rimasti.

Il budget globale porta, inoltre, ad un incentivo del tutto negativo, provocando l'allungamento della degenza. Per molti ricoveri, infatti, i primi giorni in ospedale sono i giorni in cui il paziente richiede maggiore assistenza e cure più intense e costose; in seguito in genere la degenza richiede minori risorse. Ciò può portare gli ospedali a tenere i pazienti in ospedale per tempi più lunghi di quelli clinicamente necessari. Per questi motivi, i governi provinciali del Canada stanno cercando di sostituire gradualmente il budget

globale delle spese di gestione correnti con un finanziamento basato sull'uniformità dei casi clinici trattati (case mix).

Tutte le nuove iniziative di finanziamento cercano di stabilire una relazione più rigorosa tra i fondi concessi dai governi provinciali e l'output dell'ospedale. Tuttavia tutte le provincie si scontrano con le difficoltà relative all'identificazione e alla misurazione di che cosa venga prodotto dagli ospedali. Il semplice numero di letti o di giorni di degenza sono misure molto sommarie per esprimere i livelli di attività di un presidio. È infatti evidente che i costi per il trattamento di un paziente dipendono largamente dalle caratteristiche cliniche e che quindi un sistema di finanziamento legato ai livelli di attività deve essere in grado di cogliere, almeno in parte, queste caratteristiche.

Grazie all'esperienza maturata negli Stati Uniti con i DRG, durante la seconda metà degli anni ottanta il Canada ha sviluppato un proprio sistema (i case mix groups, CMG) usando 4 criteri (HMRI, 1991):

a) i casi devono dimostrare coerenza clinica; i pazienti del medesimo «gruppo» seguono un trattamento simile e appartengono alla medesima specializzazione medica;

b) i casi devono basarsi su informazioni e dati utilizzati e raccolti di routine negli ospedali;

c) tale sistema di categorizzazione dei pazienti deve generare un numero facilmente gestibile di casi clinici. Un sistema che tratti ogni paziente come categoria unica è scarsamente utilizzabile. Ad oggi, sono stati definiti 567 CMG in 25 categorie cliniche maggiori;

d) ogni «gruppo» di pazienti deve dimostrare omogeneità per ciò che riguarda la lunghezza del periodo di degenza e il totale di risorse assorbite.

I CMG si basano sulla diagnosi più grave rilevata sul paziente al momento in cui viene dimesso, ossia la causa che si è rivelata maggiormente responsabile della sua degenza e ha assorbito più risorse. I casi assegnati al medesimo CMG vengono suddivisi in tipici e atipici per pesarne i costi relativi.

I casi tipici sono quelli nei quali il paziente riceve con successo un trattamento completo nel medesimo ospedale ed è dimesso quando non richiede più ulteriore assistenza.

Nei casi atipici, invece, sono coinvolti i pazienti che hanno affrontato una delle seguenti situazioni: un trattamento incompleto o inefficace nella stessa struttura ospedaliera o una degenza protratta oltre un limite definito per ogni case mix group: tale limite (Trim point) non coincide con il periodo di ricovero medio, è un valore superiore che potremmo definire estremo oltre il quale il caso assume l'eccezionalità del lungo ricovero.

I casi atipici formano un gruppo eterogeneo con ampi coefficienti di variazione.

Sono stati definiti 4 generi di casi atipici: i decessi, i trasferimenti in altri ospedali, le situazioni in cui i pazienti interrompono anticipatamente il ricovero contro il consiglio dei medici, le lunghe degenze.

La principale limitazione dei CMG riguarda le semplificazioni necessarie al momento in cui si raggruppano i casi clinici per renderli un numero limitato e più facilmente gestibile; il rischio maggiore è quello di considerare nello stesso case mix group patologie in apparenza simili (con, ad esempio, identica durata di ricovero) ma che assorbono risorse diverse poiché richiedono differenti terapie o perché hanno complicazioni correlate dissimili.

Stabiliti i CMG è necessario stimare le risorse relative che ogni «gruppo» assorbe; a tal fine vengono utiliz-

zati i Resource Intensity Weights (RIW). Idealmente le stime dei costi e i RIW per i pazienti in ogni CMG dovrebbero essere calcolati in base ai dati canadesi, tali informazioni, però, non sono disponibili e per supplire a tale mancanza viene presa a prestito l'esperienza dello stato di New York (risorse assorbite per casi clinici simili). Si assume implicitamente che i prezzi relativi, ossia il consumo di risorse per casi clinici simili, siano i medesimi negli ospedali canadesi e in quelli di N.Y.; tale assunzione rappresenta chiaramente una importante limitazione della validità dei RIW. Infatti, nelle due realtà (appunto il Canada e lo Stato di New York) sono presenti differenze nella maniera in cui i medici praticano la professione, nell'uso delle tecnologie, nelle caratteristiche demografiche della popolazione, nelle forme di finanziamento, nell'inflazione, negli accordi contrattuali di lavoro, ecc. (tutti elementi che possono portare anche a divergenze importanti nei costi tra le due realtà nazionali). Il calcolo del RIW è spiegato nella tabella 2. Per ogni CMG il costo totale medio degli ospedali di New York viene modificato in base alla differenza della lunghezza del ricovero medio (2) tra il Canada e N.Y. moltiplicata per i costi di routine giornalieri degli ospedali newyorkesi. I costi di routine includono le spese per vitto e alloggio, i farmaci, i test diagnostici e di laboratorio la fisioterapia.

Il RIW è dato dal rapporto tra i costi di un case mix group tipico e la media dei costi di tutte le categorie cliniche definite (oltre 500).

Vi è un'importante differenza tra i casi tipici e quelli atipici. La costruzione dei RIW per i casi tipici è indipendente dalla lunghezza del ricovero (per tale motivo si può affermare che ognuno forma un gruppo omogeneo). Il case mix group (013) precedente-

Tabella 2 - Calcolo dei Resource Intensity Weight (RIW) in un caso tipico

Costo di un caso tipico _(cmg) = $CTNY_{(cmg)} + [(DMRC_{(cmg)} - DMRNY_{(cmg)}) \times CRNY_{(cmg)}]$
Costo relativo standardizzato (CRS): $\frac{\sum_{cmg=1}^n (\text{costo tipico}_{(cmg)} \times \text{numero di casi}_{(cmg)})}{\sum_{cmg=1}^n \text{numero di casi}_{(cmg)}}$;
$IW_{(cmg)} = \frac{\text{costo di un caso tipico}_{(cmg)}}{CRS}$;
Legenda:
CTNY _(cmg) = costo totale medio di un ospedale di New York per un caso tipico in uno specifico CMG.
DMRC _(cmg) = durata media del ricovero in Canada per un caso tipico in uno spec. CMG.
DMRNY _(cmg) = durata media del ricovero a New York per un caso tipico in uno spec. CMG.
CRNY _(cmg) = costi di routine giornalieri negli ospedali di New York per un caso tipico in uno spec. CMG.
CRS = costo relativo standardizzato.
Esempio:
Per il CMG ₍₀₁₃₎ (ischemia cerebrale) si ha:
CTNY = 3900,63 dollari
DMRC = 15 giorni
DMRNY = 13,9 giorni
CRNY = 271,61 dollari
CRS = 1561,84 dollari
Da cui:
Costo di un caso tipico = $3900,63 + [(15 - 13,9) \times 271,61] = 4199,4$
$IW_{(013)} = \frac{4199,4}{1561,84} = 2,6888$ (volte le risorse di un caso tipico medio che assorbe 1,00)
Fonte: Pink, Bolley 1994.

mente preso in considerazione assorbe 2,6888 volte le risorse di un ricovero medio indipendentemente dal fatto che il paziente sia degente per 10, 15, 20 giorni ecc. (in questo caso specifico il Trim point è 63 giorni).

Sommando tutti i RIW dell'ospedale per ogni case mix si ottiene un valore che indica con buona approssimazione le risorse utilizzate in rapporto al prodotto offerto e di conseguenza i finanziamenti (rimborsi) da destinare in base agli stanziamenti previsti dal governo provinciale.

Il controllo sull'espansione dei costi ospedalieri viene ribadito dal finanziamento delle spese in conto capitale: per ogni spesa di un certo valore è necessaria l'approvazione del governo

provinciale. In alcuni casi gli ospedali riescono con successo a convincere i privati a finanziare alcune iniziative, ma se non ottengono una parallela approvazione da parte del Ministero, devono anche raccogliere le risorse per gli ulteriori costi di gestione che tali iniziative creano.

Nei propri sforzi per controllare i costi, le autorità ministeriali hanno iniziato a monitorare più attentamente le spese in conto capitale. Quelle province che precedentemente approvavano sistematicamente tutte le richieste, hanno rallentato i finanziamenti ed interrotto i programmi di ammodernamento e costruzione di nuove strutture. In Canada, gran parte degli ospedali sono stati costruiti o rinnova-

ti trenta o quaranta anni fa per soddisfare i bisogni del dopoguerra e degli anni Sessanta.

Le autorità provinciali, grazie a questo processo, intendono raggiungere un duplice fine: dal punto di vista finanziario controllare le spese del sistema ospedaliero e nel medesimo tempo monitorare l'introduzione di nuove tecnologie.

Il controllo sull'espansione dei costi ospedalieri mira a diminuire il finanziamento ai nosocomi a favore di forme alternative di assistenza (a domicilio, nelle comunità), responsabilizzando maggiormente le strutture a gestire una quantità di risorse in continua diminuzione, e spingendo gli ospedali alla ricerca di redditi alternativi a quelli del Ministero della sanità. A tal riguardo, è molto importante il ruolo delle fondazioni ospedaliere; si tratta di organizzazioni senza fine di lucro, spesso giuridicamente separate dall'ospedale e quasi sempre gestite da professionisti che facendo leva sullo spirito caritatevole dei cittadini, sul loro orgoglio di appartenenza alla comunità, sul timore diffuso di potere avere necessità di assistenza e non ultimo su capacità di marketing, riescono ad ottenere risorse addizionali per finanziare programmi e attrezzature sanitarie.

4. Alcuni spunti di riflessione

In una fase in cui anche il SSN italiano sta vivendo una riforma orientata a ridefinire le caratteristiche degli assetti istituzionali e organizzativi e le modalità di finanziamento, l'analisi di esperienze straniere può essere di grande utilità. Purtroppo, lo sforzo finora attuato in Italia per imparare dall'esperienza internazionale è piuttosto ridotto e principalmente limitato all'esperienza del Regno Unito.

Il Canada presenta interessanti spunti di riflessione per diverse ragio-

ni. In primo luogo il sistema sanitario canadese sembra mostrare, almeno sino ad ora, una buona performance: registra elevati livelli di gradimento sociale, sembra contribuire sostanzialmente ad un livello di salute generale della popolazione tra i migliori del mondo, ha dimostrato di saper tenere sostanzialmente sotto controllo le spinte inflazionistiche, anche se non è da dimenticare che la sua spesa sanitaria procapite è decisamente maggiore sia di quella italiana, sia di quella di gran parte dei paesi industrializzati. Fino ad ora il Canada sembra essere saturo in grado di mantenere un equilibrio tra qualità e gradimento sociale da un lato, e solidarietà dall'altro. Un secondo aspetto del sistema sanitario canadese che riteniamo sia importante studiare in maniera approfondita riguarda il rapporto tra centro e periferia, ossia tra governo federale e governi provinciali. In una situazione in cui in Italia si è optato verso la regionalizzazione del SSN può essere estremamente proficuo analizzare con quali strumenti il governo centrale riesca a garantire obiettivi di equità territoriale di fronte a forti autonomie locali e marcate differenze regionali in termini di sviluppo socio-economico. L'esperienza canadese mostra come legare l'erogazione dei trasferimenti al rispetto di alcuni principi può essere un modo con cui conciliare autonomia regionale a obiettivi di equità territoriale nell'accesso ai servizi. Contemporaneamente non può tuttavia essere trascurato il fatto che gli ultimi 10 anni mostrano un certo indebolimento nella capacità del governo di Ottawa di garantire i cinque principi di fondo del sistema: le spinte indipendiste del Quebec e le differenze socio-economiche tra est e ovest rendono sempre più difficile garantire la difesa dei principi di equità sull'intero territorio nazionale. Infine, particolarmente utile potrebbe essere il monitoraggio delle esperienze relative all'introduzione di nuovi meccanismi di finanziamento. Su questo terreno Canada e Italia si stanno muovendo in maniera molto simile: entrambi stanno cercando di spostarsi da un sistema a budget globale ad un sistema che leghi i flussi finanziari ai livelli di attività misurati in termini di ricoveri. La novità di questa operazione e la rilevanza dell'impatto che può avere sui comportamenti delle strutture d'offerta suggeriscono l'utilità di una sistematica attività di analisi comparata delle due esperienze.

(1) A tal proposito sono significative alcune cifre, in British Columbia si hanno 107 casi di tonsillectomia ogni 10.000 abitanti, 200 in Ontario, mentre a Liverpool e Upsala dove i chirurghi vengono remunerati a salario il tasso è rispettivamente di 26 e 17 ogni 10.000. I tagli cesarei sono aumentati dal 5% (1968) al 20% ai giorni nostri, spesso senza effettiva necessità clinica (Milton Terris, 1991).

(2) Nel calcolo della durata del ricovero si calcola il giorno di ammissione, ma non quello di dimissione.

BIBLIOGRAFIA

- ANESSI E. (1992), *Il governo della sanità nei paesi industrializzati: modelli a confronto*, *Mecosan*, n. 3, pagg. 19-41.
- BOTZ C.K. (1993), *Evolution in hospital funding in Canada*, *Leadership*, 2 (2), pagg. 34-40.
- DANZON P.M. (1992), *Hidden overhead costs: is Canada's system really less expensive*, *Health Affairs*, spring, pagg. 21-43.
- EVANS R.G., BARER M.L., LABELLE R.J. (1988), *Fee controls as costs control: tales from the frozen north*, *The Milbank Quarterly*, 66 (1), pagg. 1-64.
- HMRI (1991), *RIW: summary of methodology*, Hospital Medical Records Institute, Toronto.
- MORGAN P.P., COHEN L. (1993), *Hospital foundations raise large amounts of money, but also raise some troublesome issues*, *Canadian Medical Association Journal*, 148 (5), pagg. 796-801.
- NAYLOR C.D. (1992), *The Canadian health care system: a model for America to emulate*, *Health Economics*, 1 (1), pagg. 19-37.
- OECD (1992), *Health care reform project, national paper, Canada*.
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (1984), *Health promotion: a discussion document on the concepts and principles*. Geneva: World Health Organization.
- PINK G.H., BOLLEY H.B. (1994), *Physicians in health care management*, 3, *Canadian Medical Association Journal*, 150 (6), pagg. 889-994.
- TERRIS MILTON (1990), *Lessons from Canada health program*, *Journal of Public Health Policy*, summer, pagg. 151-160.
- TERRIS MILTON (1991), *Global budgeting and the control of hospital costs*, *Journal of Public Health Policy*, spring, pagg. 61-71.

I COSTI AMMINISTRATIVI IN SANITÀ: UN CONFRONTO INTERNAZIONALE

Office of Technology Assessment, United States Congress

Traduzione di Emanuele Vendramini

SOMMARIO: 1. Introduzione - 1.1. Implicazioni per la politica sanitaria - 1.2. Cosa vuol dire amministrazione in sanità? - 1.3. Stime nazionali aggregate dei costi amministrativi - 1.4. Confronto tra gli USA ed il Canada - 1.5. Il personale come misura dell'amministrazione - 1.6. La tecnologia volta alla semplificazione dell'amministrazione - 1.7. Conclusione.

1. Introduzione

Il confronto dei costi amministrativi a livello internazionale è uno dei risultati del dibattito in tema della riforma della sanità negli Stati Uniti.

I difensori di un sistema sanitario con un unico pagante (un'unica organizzazione che rimborsa tutti i servizi forniti ai pazienti) hanno comparato i costi amministrativi degli USA con quelli dei Paesi come il Canada per supportare la loro convinzione che la semplicità amministrativa di un sistema con un singolo pagante dovrebbe permettere quei risparmi che possano coprire il costo di una copertura universale.

Questo lavoro confronta i costi amministrativi del sistema sanitario statunitense con quello di altri Paesi. Oltre ad esplorare le tipologie di attività che costituiscono le amministrazioni dei sistemi sanitari di molti Paesi sviluppati si è cercato anche di misurare e comparare le stesse evidenziando la potenziale utilità di un confronto del genere.

1.1. Implicazioni per la politica sanitaria

L'analisi dell'OTA suggerisce numerose conclusioni in tema di public policy.

1) La maggior parte della letteratura empirica confronta i costi amministrativi del sistema sanitario degli Stati Uniti con quelli del Canada. Questi studi indicano come il sistema canadese consumi dal punto di vista amministrativo una minor porzione della spesa sanitaria rispetto agli USA. L'introduzione del sistema canadese dovrebbe comportare negli USA un risparmio oscillante tra i 47 ed i 98 miliardi di dollari solo per il 1991.

2) Le analisi dei costi amministrativi in Paesi diversi dal Canada suggeriscono come i sistemi sanitari con più di un pagante, implicando l'opportunità di piani assicurativi con misure di controllo dei costi decentralizzati e di pagamento dei fornitori comportino un aumento dei costi amministrativi rispetto ad un sistema con un unico pagante.

3) Confronti internazionali di specifiche funzioni amministrative possono suggerire strategie tramite le quali gli USA potrebbero riuscire ad ottenere almeno un modesto risparmio ma anche una maggiore efficienza senza dover necessariamente passare ad un sistema con un unico pagante. Ad esempio il modo con cui le tecnologie vengono impiegate negli altri Paesi potrebbero aiutare gli USA ad utiliz-

zare in modo più efficace le stesse oppure migliorando il rapporto costo-efficacia.

Al contrario del confronto limitato ad USA e Canada che finora ha dominato la letteratura, l'approccio internazionale dovrebbe focalizzare come dei buoni investimenti amministrativi raggiungano il loro scopo e non coprano solo i costi.

4) L'evidenza mostra, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, come, rispetto agli altri Paesi sviluppati aventi un sistema sanitario con più paganti, gli USA abbiano una percentuale maggiore di spesa sanitaria destinata ai costi amministrativi. Poche informazioni sono disponibili invece sull'esistenza di benefici derivanti da questa maggiore spesa.

5) Un confronto delle amministrazioni a livello internazionale può essere utile per comprendere dettagliatamente il management dei sistemi sanitari degli altri Paesi: come i singoli pazienti e i fornitori interagiscono con quel sistema, le differenze nel numero e nel tipo di lavoratori che amministrano i sistemi sanitari nei differenti Paesi.

6) L'esperienza del confronto USA-Canada evidenzia la presenza di sottostime dei costi amministrativi legata

all'utilizzo di dati imperfetti destinati in origine per altri scopi, specialmente quando si vuole comparare sistemi con un unico pagante con altri che hanno anche terzi paganti. Per una analisi più approfondita delle specifiche componenti dell'amministrazione della sanità un approccio bottom up sarebbe più indicato sia per comprendere come mai i costi siano differenti in sistemi simili che per poter identificare i potenziali risparmi di costo o l'efficacia del sistema sanitario americano.

1.2. Cosa vuol dire amministrazione in sanità?

Sebbene la maggior parte delle persone concepisca l'amministrazione come la burocrazia necessaria per far funzionare un sistema sanitario, sono necessarie definizioni più comprensibili e precise per poter fare confronti tra amministrazioni a livello internazionale. Relativamente agli Stati Uniti Thorpe ha suggerito una classificazione dei costi amministrativi sulla base delle funzioni a cui sono dedicati, agli individui ed alle organizzazioni che compiono queste funzioni.

Questo schema annovera tra i costi amministrativi anche quegli investimenti che permettono ai servizi medici di essere più efficienti e equi ma, nonostante questa innovazione, ai fini di un confronto internazionale, questa classificazione non è sufficiente; essa infatti non include molte funzioni che si possono trovare in sistemi sanitari esterni agli Stati Uniti come: predisposizione del budget, negoziazione delle percentuali di rimborso con i fornitori, il processo di decisione per l'acquisto di materiale medico costoso.

Esso non tiene in considerazione che Paesi differenti possono utilizzare diversi tipi di staff, di tecnologie o

confrontarsi con prezzi diversi per una stessa mansione.

Non aiuta inoltre con sufficiente precisione i ricercatori verso la stima diretta dei costi amministrativi.

Glaser ha sviluppato un particolare protocollo per una misurazione bottom up delle spese amministrative del sistema sanitario di un qualsiasi Paese. In pratica però raggruppando dati relativi a Paesi diversi e seguendo questo approccio si avranno non solo spese enormi ma anche difficoltà logistiche. Comunque ricercare un consenso circa la precisa definizione di amministrazione sarebbe puramente accademico; analisi più utile sarebbe quella di indagare le singole funzioni amministrative nei differenti Paesi per identificare caratteristiche che possano essere adottate anche negli Stati Uniti per migliorare l'efficienza del sistema sanitario.

1.3. Stime nazionali aggregate dei costi amministrativi

Glaser ha applicato il suo protocollo generale per misurare i costi amministrativi per effettuare stime qualitative e descrittive della natura e della dimensione delle spese amministrative attese del sistema sanitario degli Stati Uniti e di altri tre paesi spesso citati come influenzanti la riforma sanitaria americana: il Canada, il Regno Unito e la Germania.

Anche senza utilizzare numeri la sua analisi suggerisce che il sistema degli USA necessita di un apparato più complesso degli altri Paesi; è un dato di fatto comunque come la dimensione di ogni specifica attività amministrativa possa variare da Paese a Paese. Ad esempio il sistema tedesco confida pesantemente sulla negoziazione tra i paganti e i fornitori per le risorse sanitarie, mentre i paganti degli Stati Uniti tentano sempre più di controllare i costi esaminando l'ade-

guatezza dei servizi sanitari forniti. Nondimeno l'analisi di Glaser fornisce utili intuizioni relativamente al day by day management dei servizi sanitari di questi Paesi.

L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) pubblica annualmente dati ricevuti dai Paesi membri relativamente alle spese ed ai risultati sanitari, incluse spese amministrative. Facendo riferimento alla definizione sviluppata dal U.S. Health Care Financing Administration (HCFA), l'OCSE include solo i costi amministrativi delle assicurazioni pubbliche e private, trascurando i costi amministrativi degli ospedali, di altri fornitori, le spese sostenute dai consumatori, le ricerche sui servizi sanitari, la quota dell'amministrazione governativa generale e le tasse destinate alla sanità. Inoltre non tutti i Paesi membri hanno fornito i dati relativi all'amministrazione della sanità, quindi ogni comparazione dei dati varia a seconda dei Paesi che li hanno forniti.

Nonostante queste limitazioni i dati dell'OCSE forniscono alcune intuizioni relativamente ai vincoli amministrativi dei sistemi sanitari dei Paesi membri. Le spese amministrative variano sostanzialmente tra l'1 ed il 7% della spesa sanitaria totale. Paesi come gli Stati Uniti, Germania ed Olanda caratterizzati da una elevata segmentazione delle assicurazioni private tendono a spendere di più, relativamente al loro budget, per l'amministrazione; l'andamento dei costi amministrativi tende inoltre a seguire le modificazioni dei sistemi sanitari nazionali. Ceteris paribus i costi per unità amministrativa tendono, in media, a diminuire con il tempo a causa delle economie di scala e all'introduzione di nuove tecnologie. I dati relativi agli anni '80 riguardanti l'intero sistema sanitario svedese, australiano, ai programmi delle assicurazioni pubbliche canade-

si, il Regno Unito e gli Stati Uniti concordano con questo andamento. In compenso i benefici delle nuove assicurazioni, aumentati dai pagamenti delle coassicurazioni del paziente, e le altre misure di contenimento dei costi hanno la tendenza a far aumentare il peso relativo delle amministrazioni, come evidenziato dalla Francia negli ultimi anni.

1.4. Confronto tra gli USA ed il Canada

Negli ultimi anni si è sviluppata una letteratura volta a confrontare la dimensione dell'amministrazione sanitaria negli USA e in Canada. Vengono utilizzati ogni sorta di dati disponibili per stimare i costi amministrativi delle amministrazioni, degli ospedali, dei settori medici dei sistemi americano e canadese. Questi studi estrapolano le loro stime dei costi amministrativi canadesi per stimare il risparmio che si avrebbe se gli USA adottassero quel sistema sanitario.

Himmelstein e Woolhandler hanno proposto il primo scenario utilizzando dati del 1983 aggiornando la loro analisi con dati del 1987.

Il General Accounting Office (GAO) degli Stati Uniti insieme con Sheils e Young hanno pubblicato i propri studi utilizzando approcci simili, differendo solo per alcuni dati ed alcune ipotesi. Prendendo insieme queste analisi si evidenzia come nel caso in cui gli USA adottassero il sistema canadese avrebbero una riduzione dei costi amministrativi compresa tra i 47 ed i 98 miliardi di dollari nel 1991, in percentuale una riduzione compresa tra il 6 ed il 13 del totale delle spesa sanitaria degli Stati Uniti in quell'anno.

Sebbene il range sia ampio si può concludere che, ceteris paribus, l'adozione del sistema canadese porterà sicuramente ad un significativo risparmio. Anche se i dati utilizzati in tutti

questi studi sono imperfetti essi sono una ragionevole approssimazione della realtà. Inoltre le differenze stimate tra i due Paesi sono così ampie da dover necessariamente riflettersi in una correlata differenza tra i costi amministrativi. Sono invece meno evidenti gli sviluppi futuri in seguito all'introduzione del sistema canadese negli USA a causa della loro naturale tendenza verso strutture amministrative complesse.

Sulla base di queste argomentazioni Danzon sostiene che l'intera struttura delle assicurazioni rappresenta per gli Stati Uniti spese ingenti come premi e ritorni degli investitori sul capitale; tenendo quindi presente che la rendita dell'investimento non è completamente amministrativa, si ottiene che i dati degli Stati Uniti non sono completamente confrontabili con quelli relativi ai programmi assicurativi pubblici canadesi. Sostiene anche che il sistema canadese non abbia stimato adeguatamente i costi associati con le eccessive liste d'attesa e la diminuzione della produttività dell'intera economia in quanto sia i lavoratori che i consumatori hanno modificato il loro comportamento sfuggendo quelle attività che sono tassate per finanziare il sistema sanitario nazionale.

Inoltre viene mostrato come il confronto dei costi amministrativi non tiene conto dei benefici tipici del sistema americano consistente nella comprovata capacità di scelta dei fornitori e degli assicuratori. Questo approccio è stato a sua volta criticato in quanto non terrebbe conto dei costi derivanti dai tentativi dei consumatori volti a comprendere quali sono i benefici, i costi e le complesse regole per il rimborso dei vari piani assicurativi (ad esempio lavoratori aggrappati al proprio lavoro nel timore di perdere l'assicurazione sanitaria). Altre critiche hanno riguardato l'esistenza di code

significative dal punto di vista medico nel sistema sanitario canadese.

1.5. Il personale come misura dell'amministrazione

Una componente significativa della spesa sanitaria di un Paese è costituita dai costi del personale, inclusi anche i salari delle persone che portano avanti compiti amministrativi. In un lavoro commissionato dall'OTA (office of technology assessment), Himmelstein ed alcuni suoi colleghi hanno provato ad usare dati occupazionali derivanti da censimenti nazionali ed indagini per analizzare gli andamenti e le differenze tra i sistemi sanitari statunitense e quello canadese. Per gli Stati Uniti hanno calcolato il cosiddetto Full Time Equivalent (FTE) per il periodo 1968-1992, utilizzando i dati del CPS (Census Bureau's Current Population Survey), un'indagine annuale di 60.000 famiglie rappresentative della popolazione civile.

Per i dati relativi al Canada si sono basati sui censimenti relativi al periodo 1971-1986. Tra il 1968 ed il 1991 i lavoratori in ambito sanitario sono cresciuti negli USA da 3,98 a 9,79 milioni e, nonostante ciò, il numero degli amministrativi è cresciuto in modo superiore: da 718.000 a 2,6 milioni.

Il confronto con il Canada mostra delle divergenze: nel 1971 negli USA si riscontravano 22.000 FTE's per milione di popolazione in Canada invece 26.565.

Nel 1986 negli USA si è verificata una crescita del 53% dei FTE sanitari mentre in Canada solo del 19%.

Quasi tutto l'eccesso di personale sanitario degli Stati Uniti in confronto al Canada è attribuibile al gran numero di manager e di personale di supporto.

Se nel 1971 USA e Canada avevano dati simili relativamente al numero degli amministrativi nel 1986 gli Stati

Uniti avevano 8,226 amministrativi rispetto ai 5,807 del Canada.

I risultati di questa analisi concordano con quelli di altri studi trovando che gli USA spendono una percentuale superiore per l'amministrazione sanitaria.

Tutti questi lavori si basano però su ipotesi forti come ad esempio non fornire alcuna soluzione per quanto riguarda i costi potenzialmente non misurabili dei sistemi finanziati pubblicamente (come suggerito da Danzon).

I dati utilizzati inoltre da Himmelstein e i suoi colleghi non possono essere utilizzati per identificare il personale non medico che svolge compiti medici in strutture non mediche, come il personale amministrativo delle imprese private che si occupa delle assicurazioni sanitarie dei propri dipendenti. Resta da dire comunque che addizionando questo personale a quello già nominato il differenziale USA-Canada aumenterebbe ulteriormente. Le analisi escludono dal loro campo di indagine i lavoratori delle assicurazioni private negli Stati Uniti ed i dipendenti governativi di entrambi i Paesi a causa delle difficoltà nel distinguere il personale che effettivamente si occupa di sanità e chi si occupa di altro.

1.6. La tecnologia volta alla semplificazione dell'amministrazione

L'introduzione di nuove tecnologie può portare alla diminuzione dei costi amministrativi ad esempio immagazzinando informazioni sia di carattere amministrativo che medico. Le stime del possibile risparmio dovuto alla standardizzazione e informatizzazione delle richieste di assicurazione variano ampiamente ma, è sempre possibile osservare quello che accade negli altri Paesi per poter comprendere le

possibili implicazioni negli Stati Uniti.

Le «tessere sanitarie» possono assumere forme differenti: di carta, di plastica, con una banda magnetica (come i bancomat) oppure carte «intelligenti» che contengono un microchip.

Queste carte possono avere usi molteplici: carte assicurative di credito che contengono informazioni circa la copertura assicurativa del paziente in modo da poter semplificare le procedure di ammissione in ospedale e di rimborso; carte mediche per immagazzinare alcuni dati medici dei pazienti; emergency cards che includono le informazioni in caso di emergenza medica.

Vi sono carte sanitarie professionali che permettono un accesso a determinati dati limitatamente ad alcune persone.

L'Ota ha commissionato uno studio sulle carte sanitarie disponibili in Francia. Questi studi hanno evidenziato come le tessere sanitarie sono la punta di un iceberg volto all'organizzazione e la gestione di dati sanitari. La decisione di utilizzare un determinato tipo di tessera sanitaria dipende dalla funzione che questa deve svolgere da chi la deve utilizzare e da quali sono i costi. In Francia l'implementazione del sistema delle tessere deriva dalla preoccupazione sulla confidenzialità delle informazioni mediche e nelle difficoltà dei medici, amministratori e pazienti nel mantenere le informazioni registrate.

L'esperienza francese suggerisce che la protezione di questo genere di privacy non dipende dalla scelta del tipo di tessera: ogni sistema ha la possibilità di limitare sia l'inserimento di informazioni nel sistema che l'accesso allo stesso. Sebbene recenti stime suggeriscano che la standardizzazione

e l'automatizzazione del processo di richiesta di assicurazione porterà ad un risparmio dei costi solo dopo un momento iniziale di investimento nessuna stima esiste per quanto riguarda i costi derivanti dall'introduzione di tessere sanitarie negli Stati Uniti.

Se l'esperienza francese mostra come il sistema di tessere sanitarie comporti un iniziale aumento dei costi evidenzia anche come la standardizzazione delle tecnologie utilizzate nelle differenti applicazioni sanitarie possa offrire l'opportunità di sfruttare le economie di scala (numerose applicazioni possono utilizzare la stessa infrastruttura).

1.7. Conclusione

Il recente dibattito in tema della riforma della sanità è ruotato, in parte, intorno al desiderio di controllare i costi e di trovare risorse per coprire quelli non coperti.

Se un sistema riformato fosse poco costoso, i finanziamenti verrebbero destinati ad altri scopi sembra quindi che solo un drammatico cambiamento verso un sistema con un unico pagante potrebbe portare ad un buon risparmio di risorse.

Ma, anche in assenza di un unico pagante, si potrebbe ottenere un modesto ma utile risparmio, mezzi più efficienti di fornitura della copertura sanitaria e dei servizi: proprio la ricerca di questi risparmi e efficienze può essere aiutata dagli studi delle amministrazioni degli altri Paesi.

BIBLIOGRAFIA

- BLUMENTHAL D., *Administrative Costs in Health Care Reform* (letter in reply), *New England Journal of Medicine* 329 (22):1656-1657, Nov. 25, 1993.
BLUMENTHAL D., *Administrative Issues in Health Care Reform* (editorial), *New En-*

- gland Journal of Medicine 329 (6):428-429, Aug. 5, 1993.
- GAUTHIER A.K. ET AL., *Administrative Costs in the U.S. Health System: The problem or the solution?*, Inquiry 29:208-320, fall 1992.
- HELLANDER I. ET AL., *Administrative Waste in the U.S. Health Care system in 1991: the Costs to the Nation, the States, and the District of Columbia* (Washington, D.C.: Public Citizen Health Research Group, 1991).
- HIMMELSTEIN D.U., WHOOLHANDER S., *Costs without benefit: Administrative waste in the U.S. Health Care*, New England Journal of Medicine 311 (7):441-445, Feb. 13, 1986.
- LAUVE AND LONG H.W., *Administrative Efficiency of the U.S. Health Care System* (letter), New England Journal of Medicine 325 (18):1317, Oct. 31, 1991.
- POULLIER J.P., *Administrative Costs in Selected Industrialized Countries*, Health Care Financial Review 13 (4):167-172, summer 1992.
- WHOOLHANDER S. AND HIMMELSTEIN D.U., *The Deteriorating Administrative Efficiency of the U.S. Health Care System*, New England Journal of Medicine 324 (18):1253-1258, May 2, 1991.
- WHOOLHANDER S. AND HIMMELSTEIN D.U. AND LEWONTIN J.P., *Administrative Costs in the U.S. Hospital*, New England Journal of Medicine 329 (6):400-403, Aug. 5, 1993.

11 annate arretrate
prezzo ordinario L. 5.632.600

I cento fascicoli che fanno la sanità

direttore
Luigi D'Elia
condirettore
Emidio
Di Giambattista

quasi 30.000
pagine
di grande
formato
21 x 28

i 1 2 5 di Ragiusan

al prezzo speciale di L. 2.500.000

- 11 anni di articoli
- 11 anni di massime e sentenze
- 11 anni di leggi nazionali e regionali
- 11 anni di relazioni a proposte di legge a livello parlamentare e di consiglio regionale
- 11 anni di decreti ministeriali e di deliberazioni regionali
- 11 anni di recensioni di libri e di segnalazioni bibliografiche
- 11 anni di relazioni a convegni

Un grande patrimonio culturale



Biblioteca

Sezione 6^a

RECENSIONI

**Il nuovo sistema
di finanziamento
nel Servizio sanitario
nazionale
Tariffe
e raggruppamenti
omogenei di diagnosi
(rod/drg)**

Francesca Vanara

Roma, Aracne editrice
1995, pagg. 64

Come è noto, l'introduzione dei sistemi tariffari rappresenta uno dei punti di maggiore innovazione nel riordino del Ssn, ma è anche uno dei più confusi e controversi. Il taglio del saggio è prevalentemente descrittivo, per cui il libro può essere considerato come una utile e agevole guida alle principali questioni normative (es. riferimento alle diverse fonti) e tecniche (es. cosa sono i ROD) che emergono con riferimento alle tariffe.

Il contributo si articola in quattro capitoli: il primo, essenzialmente introduttivo, è dedicato al riordino del Ssn e al ruolo che all'interno di questo ha il finanziamento tramite tariffe; il secondo affronta il tema delle caratteristiche specifiche del sistema delle tariffe e dei criteri per la loro determinazione, il terzo descrive il sistema ROD e la sua applicazione al finanziamento dell'assistenza ospedaliera, il quarto discute rischi e prospettive del sistema alla luce dei problemi generali del Ssn.

Il testo affronta in maniera chiara ed esauriente le questioni a maggior contenuto tecnico. Tuttavia saranno necessari ulteriori contributi di approfondimento per alcuni problemi di carattere più generale che il sistema delle tariffe pone, nella forma in cui viene configurandosi nell'esperienza italiana. Alcuni esempi varranno a chiarire quanto esposto.

Il paragrafo 1.3 affronta il tema del rapporto tra finanziamento procapite e sistema delle tariffe ovvero della convivenza tra limiti esogeni alla spesa complessiva e un sistema basato sulla remunerazione delle prestazioni. Ora, a meno di ipotizzare un meccanismo di pianificazione in grado di garantire ex ante la piena compatibilità tra quantità e composizione della domanda, strutture dei costi, livelli di finanziamento, il problema del controllo dei volumi delle prestazioni, meriterebbe una trattazione più ampia per la sua rilevanza e complessità.

Un secondo esempio è dato dal problema delle tariffe regionali come tariffe massime. Si legge a pag. 21: «...l'Usl può anche *contrattare* (corsivo nostro) tariffe differenziate per i vari soggetti erogatori, in base alle loro diverse caratteristiche funzionali. I produttori, da parte loro, possono prevedere accordi con tariffe diverse per le varie Usl». Tali affermazioni, sulle quali concordiamo, conducono necessariamente a un sistema pienamente contrattualizzato (all'inglese) radicalmente diverso dall'interpretazione oggi prevalente (automatismi di mercato), interpretazione che sembra, peraltro, essere quella alla base del libro.

Un ultimo esempio è dato dalle conclusioni nelle quali l'autrice presenta sinteticamente diverse posizioni ed elenca (definendoli «collaterali» pag. 60) una serie di problemi che in realtà possono assumere notevole rilevanza, e forse avrebbero meritato più di una menzione in un contributo dedicato specificamente alle tariffe.

Il testo contribuisce a colmare una evidente lacuna nella produzione scientifica, che finora non ha garantito sufficiente supporto metodologico dell'introduzione di meccanismi

tariffari nella gestione del Ssn. Ci auguriamo che possa essere presto integrato da contributi di approfondimento, che mettano in luce in maniera critica i rilevanti problemi che si profilano nella riforma del sistema di finanziamento.

Il sistema sanitario tedesco. Struttura, problemi, prospettive di riforma

Alberto Onetti

Pavia, Centro di Economia sanitaria
Fondazione clinica del lavoro edizioni 1995, pagg. 170

In Germania, dove un sistema sanitario si profilò già dalla fine del XIX secolo con la promulgazione di leggi specifiche in materia da parte del cancelliere Bismarck, si ha un'organizzazione dello stato sociale tipicamente mutualistica e solidaristica: prevale cioè la tendenza di garantire a tutti i cittadini l'assistenza sanitaria (la protezione sociale in Germania riesce a coprire in modo obbligatorio quasi il 90% della popolazione).

I soggetti privi di assicurazione pubblica, possono rivolgersi per la copertura assicurativa solo agli operatori privati, insieme chiaramente a coloro che, pur essendo già iscritti a casse malattie pubbliche, richiedono una copertura integrativa.

Una parte della popolazione è quindi direttamente responsabile della tutela della propria salute.

Dal lato dell'offerta dei servizi sanitari sono ugualmente presenti soggetti pubblici e soggetti privati.

Il sistema sanitario tedesco quindi può essere considerato come un sistema la cui impostazione solidaristica in alcuni punti assume dei connotati tipicamente individualistici.

Altra connotazione basilare del sistema sanitario tedesco è quella di avere un modello istituzionale che rispecchia l'impostazione dello Stato federale. Ampio margine di autonomia è lasciato agli attori coinvolti, ed è previsto un forte decentramento territoriale di poteri, nel rispetto però degli indirizzi strategici di fondo definiti a livello centrale, ai quali tutti gli operatori pubblici o privati devono attenersi per garantire l'unitarietà del servizio.

Alle regioni sono affidate rilevanti competenze come la pianificazione degli investimenti in infrastrutture e grandi attrezzature, il finanziamento delle spese in conto capitale degli ospedali, la definizione in termini legislativi di tutto ciò non sia già stato oggetto di regolamentazione delle autorità federali e, tramite associazioni regionali, sia la determinazione delle rette giornaliere di degenza che il rimborso delle prestazioni ambulatoriali.

A livello zonale e comunale viene effettuato invece il controllo dell'attuazione delle disposizioni legislative regionali e lo svolgimento dei processi burocratico-amministrativi.

Dopo aver descritto i ruoli degli attori nel modello istituzionale del sistema sanitario tedesco, l'autore si sofferma sugli aspetti chiave del sistema di finanziamento, evidenziando il forte decentramento e la presenza di diverse tipologie di fondi assicurativi.

Esistono infatti, in Germania nonostante la tendenza ad attuare strategie di concentrazione per far fronte ad una domanda di prestazioni sempre crescente, più di un migliaio di casse malattia.

L'assicurazione è obbligatoria, e l'iscrizione ad un determinato fondo dipende dal luogo di residenza, dalla professione e dall'impresa presso cui l'assicurato presta la propria attività lavorativa. Sono chiaramente previsti anche dei casi in cui viene meno l'obbligo di assicurazione (redditi elevati).

La copertura delle spese sociali avviene attraverso contributi specifici (calcolati con criteri proporzionali al reddito, senza considerare elementi come il sesso, l'età ed i rischi sanitari specifici) a questi fondi che, godendo di un'effettiva autonomia decisionale e gestionale, possono determinare sia la percentuale di contribuzione cui sottoporre i propri assicurati che l'ampiezza della gamma di prestazioni sanitarie.

In Germania sono presenti inefficienze dovute al fatto che l'appartenenza a un determinato fondo non dipende dalla libera scelta dell'assicurato. Mancano in definitiva dei veri e propri meccanismi di competitività tra i diversi fondi.

Per questo motivo la nuova legge di riforma del sistema sanitario, approvata dalla Camera Federale dei Deputati il 9 dicembre 1992, propone tra le principali innovazioni l'introduzione di meccanismi concorrenziali tra gli operatori finanziari, garantendo agli assicurati la libertà di scelta del fondo da cui ricevere la copertura assicurativa.

L'ultimo capitolo del testo è dedicato all'analisi dei tre grandi aggregati funzionali del sistema di offerta:

- assistenza ospedaliera;
- assistenza ambulatoriale;
- assistenza farmaceutica.

Uno degli aspetti più rilevanti del settore ospedaliero negli ultimi tempi appare essere l'orientamento verso l'incremento della produttività e dell'efficacia, grazie a processi di razionalizzazione delle modalità di assistenza, concretizzabili in strumenti innovativi (quali day hospital, day surgery, ospedalizzazione a domicilio e degenza ambulatoriale) capaci di provocare la riduzione del numero dei posti letto ed il contenimento della durata della degenza.

Accanto a questo processo di innovazione dell'organizzazione ospedaliera emerge un'altra forte tendenza innovativa riguardante il sistema di finanziamento. Sono stati ultimamente posti in essere provvedimenti per un orientamento sempre maggiore degli ospedali alle prestazioni (grazie anche all'introduzione di meccanismi di compenso non più in funzione dei fattori produttivi impiegati ma in funzione delle prestazioni erogate) e per il contenimento della spesa ospedaliera (budget di spesa per il comparto ospedaliero).

Ciò che l'autore mette in risalto riguardo l'assistenza ambulatoriale è la necessità di cooperazione e di integrazione con il settore ospedaliero, al fine di evitare le inefficienze dovute all'impedimento, derivante dal quadro normativo vigente, di organizzare dei poliambulatori all'interno delle strutture ospedaliere.

Questa netta distinzione tra ambulatorio e ospedale il più delle volte provoca la duplicazione da parte dei medici ospedalieri di prestazioni già effettuate ambulatorialmente. A ciò si aggiunge la non meno problematica separazione tra le diverse branche dei servizi medici da cui consegue la limitazione della concorrenza e della cooperazione nella forma, per esempio, di studi associati. L'impossibilità da parte dei medici di base di esercitare competenze specialistiche e, da parte degli specialisti, di svolgere attività ambulatoriali, garantisce a ciascun gruppo delle rendite di posizione, mentre la possibilità di esercitare un'attività in gruppo solo nell'ambito della stessa specializzazione impedisce una collaborazione tra le differenti branche medico-specialistiche.

Altro aspetto critico dell'assistenza ambulatoriale è il sistema di finanziamento, caratterizzato da un pagamento a consuntivo di una quota fissa per ogni atto medico. Questa modalità di rimborso chiaramente costituisce un forte incentivo ad accrescere le prestazioni sanitarie prodotte.

Anche l'assistenza farmaceutica ha registrato un'espansione tale negli ultimi anni da far emergere la necessità di introdurre strumenti di contenimento come i ticket, la lista dei farmaci, la fissazione di massimali annuali di spesa indicativi per i medicinali prescritti dai medici di base, il miglioramento dell'informazione indirizzata ai medici e prescritti.

Il sistema sanitario tedesco appare quindi proteso sempre più verso il miglioramento dell'efficienza. Comune denominatore dei tre aggregati funzionali analizzati nell'ultimo capitolo è la necessità di un contenimento delle risorse monetarie impiegate.

Tale tendenza però non è riscontrabile solo dal lato dell'erogazione delle prestazioni, visto che la facoltà assicurata al cittadino di poter liberamente scegliere il fondo da cui ricevere la copertura assicurativa ha come motivazione fondamentale quella di stimolare le casse ad assumere comportamenti più efficienti.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

A CURA
DI LIVIO GARATTINI

**L'intervento privato
in sanità**

Kailash Editore 1995,
pagg. 145, L. 28.000

Nei grandi comparti della spesa pubblica, soprattutto in quello sanitario e previdenziale, sono state pazientemente e intelligentemente ricercate formule di convenienza fra «pubblico» e «privato» tali da conciliare le odierne esigenze di risparmio con esigenze di più lungo periodo, di efficienza e di equità.

La ricerca conferma l'estrema difficoltà di giungere a conclusioni analiticamente ed empiricamente risolutive, ma non rifugge dall'indicare al policy-maker delle linee guida: la sanità privata può svolgere utilmente una funzione integrativa di quella pubblica, piuttosto che sostitutiva o concorrenziale, sia nel finanziamento che nell'erogazione di servizi; i modi di siffatta integrazione vanno attentamente disegnati; l'operatore pubblico deve comunque fortemente regolamentare l'attività privata in questo campo.

A partire dalla «domanda come evento organizzativo», l'autore ripensa profondamente la natura, la collocazione, gli scopi delle norme quali regole del lavoro sanitario e le forme retributive quali nuovi valori per quello che effettivamente si fa, cioè di una ben connotata operatività.

L'operazione politica che viene proposta è una «rivolta» creativa contro una condizione generale dell'operatore che lavora in sanità che lo vede, come dice il sottotitolo del libro, sempre come «problema», mai come «soluzione», come minotauro, cioè mezzo tecnico e mezzo burocrate, non come operatore-autore. Bisogna evitare i labirinti che rischiano di portarci alla burocratizzazione e ad un privato eccessivamente mercantalizzato.

IVAN CAVICCHI

**La rivolta
dei minotauri
Il lavoro nella sanità
da «problema»
a «soluzione»**

La Terza 1995
pagg. 210, L. 28.000

**La nuova sanità
Gestione e tecnologie**

Finsiel-II Sole
24 Ore Libri 1995
pagg. 103, L. 34.000

La più giovane facoltà di medicina di Roma e la prima azienda italiana di servizi e consulenza informatica hanno riunito i maggiori esperti e operatori del settore per un confronto su quella che può essere considerata la vera sfida della Sanità del futuro, non solo a livello nazionale, ma anche europeo: fornire ai cittadini servizi di qualità senza far lievitare la spesa.

Questo è stato il tema del convegno «La nuova sanità. Gestione e tecnologie» promosso dall'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e da Finsiel (gruppo Iri-Stet), svoltosi a Roma il 10 giugno 1994. Numerosi e importanti i temi trattati: il decreto legislativo 502/92 e il nuovo sistema di finanziamento a prestazione, l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie, gli orientamenti dell'Unione europea, le potenzialità e le nuove frontiere della telemedicina sia per la cura e l'assistenza sia per la formazione dei medici.

GUIDUCCI PIERLUIGI

La riforma della sanitàEiss 1995
pagg. 135, L. 20.000

Il volume, curato da un dirigente del Servizio Sanitario Nazionale offre in maniera semplice e chiara un quadro delle competenze in ambito sanitario a partire dal livello centrale fino ad arrivare a quello locale. Il volume introduce le novità del sistema sanitario introdotte con l'approvazione dei decreti legislativi 502/92 e 517/93 ed infine analizza le disposizioni della finanziaria del 1995 per quello che riguarda la Sanità.

Quali prestazioni sono davvero garantite dal Servizio sanitario nazionale? Che cosa sono gli «ospedali azienda»? Come ottenere i principali certificati medici?

La Sanità italiana è come un edificio, nel quale ognuno di noi si trova a muoversi di volta in volta con fastidio o con timore, passando da un servizio all'altro come da una stanza successiva. Questo libro vuole contribuire a migliorare il senso di orientamento di chi entra nell'edificio della sanità, per aiutarlo a passare senza danni e con i migliori risultati da una stanza all'altra.

LUCIANO BENEDETTI

Come funziona la sanitàSperling & Kupfer
Editori 1995
L. 22.500A CURA DELL'ISTITUTO
DI ECONOMIA
SANITARIA**Manuale di economia
sanitaria
per non economisti**Franco Angeli 1995
pagg. 432, L. 42.000

La conduzione dei sistemi sanitari moderni è complessa e richiede lo sviluppo di specifiche capacità di programmazione e gestione. Ciò può avvenire solo in presenza di una solida cultura economica. Tali capacità, inoltre, devono trovare adeguata diffusione presso tutti coloro che, nell'ambito delle proprie funzioni, vanno ad incidere sull'impiego delle risorse, dai medici agli amministratori, dai tecnici agli infermieri. Per i «non economisti» — cioè per le categorie professionali sopra menzionate — non esiste finora alcun contributo organico volto a fornire loro la necessaria preparazione in tema di economia sanitaria. Questo manuale intende contribuire alla copertura di questa lacuna.

Utilizzato in modo appropriato, l'«audit» è uno strumento in grado di contribuire ad un netto miglioramento della qualità del servizio. I principi, le tecniche e i benefici sono illustrati da numerosi esempi. Gran parte del testo descrive casi clinici e l'utilizzo dell'«audit» nella pratica di ogni giorno. I lettori potranno ritrovarsi in molte situazioni e scoprire come anch'essi possano utilizzare l'«audit» per migliorare la propria qualità della vita e quella dei loro pazienti.

D. E. S. IRVINE

AuditCentro Scientifico
Editore 1995

ALBERTO ZUCCHETTI

I servizi sanitari

Giuffré 1995
pagg. 159, L. 45.000

Vengono individuate le strutture dello Stato e delle Regioni che esercitano prevalenti funzioni di indirizzo e di direzione, nonché le attività che la vigente legislazione demanda ad esse, alle province, alla città metropolitana, alle comunità montane.

Preposti alla conduzione dei servizi sanitari sono peraltro i comuni e, soprattutto, le «nuove» unità sanitarie locali.

Di queste ultime sono prospettati i profili strutturali, organizzativi e di gestione del personale, la disciplina dei controlli, della contabilità e dei contratti, l'ordinamento contabile delle aziende ospedaliere e dei presidi.

Un ultimo capitolo è dedicato all'esame dei diritti degli utenti ed alle azioni che questi possono esperire a difesa delle proprie ragioni.

SPOGLIO RIVISTE

Bisogno e domanda di servizi sanitari

CAROLYN STEPHENS

The urban environment, poverty and health in developing countries
Health Policy and Planning, 10(2):109-121 1995

P.B. BATIFOULIER

Incertitude sanitaire et risque probabilisable
Journal D'Economie Medicale, 12 (1):3-16, 1994

R.I. FERGUSON, C.E. SALMOND, T.J. MALING

The Nelson prescribing project: a programmed intervention in general practice in New Zealand
PharmaEconomics, 7(6):555-561, 1995

MARK MCCLELLAN

The uncertain demand for medical care a comment on emmett keeler

Journal of Health Economics, 14(2):239-242 1995

Meccanismi di mercato

T. WALLEY

A UK National Prescribing List?
Pharma Economics, 7(6):471-474 1995

KAREN DAVIS, CATHY SCHOEN

Universal Coverage: Build on Medicare and Employers
Health Affairs 13(2):7-20 1994

ANTONIA MAIONI

Nothing succeeds like the right kind of failure: postwar national health insurance initiatives in Canada and the United States
Journal of Health Politics, 20(1):5-30, 1995

G. BAZZOLI, D. MARX, R. ARNOULD, L. MANHEIM

Federal Antitrust Merger Enforcement Standards: a good fit for the hospital industry?
Journal of Health Politics, 20(1):137-170

A.K. GAUTHIER, JO ANN LAMPHERE, N. BARRAND

Risk selection in the Health Care in the health care market : a workshop overview
Inquiry, 32(1):14-22, 1995

W.J. WINSTON

Health Care Marketing's Role in the Future
Health Marketing Quarterly 12(1):5-8, 1994**Sistemi di finanziamento**

PAOLA MONTICELLI

Nord Italia: parte il pagamento a prestazione in 5 Regioni
Agenzia Sanitaria 3:5-8 1995**Valutazione economica**

M. KOOPMANSCHAP, F. RUTTEN B. INEVELD, L. ROJEN

The friction cost method for measuring indirect costs of disease
Journal of Health Economics, 14(2):171-189 1995

A. HILLMAN, M. KIM

Economic Decision Making in Healthcare: a standard approach to discounting health outcomes
PharmaEconomics 7(3):198-205 1995

K. SCHULMAN, L. RUBESTEIN, H. GLICK, J. EISENBERG

Relationships between sponsors and investigators in Pharmaeconomic and Clinical Research
PharmaEconomics 7(3):206-220

L. VAN ROJEN, M. KOOPMANSCHAP ET AL.

Indirect costs of disease; an international comparison
Health Policy 33(1):15-29 1995**Analisi dei sistemi sanitari**

J. GRUND, H. HUSBYN

The role of pharmacoconomics in Health Policy and Management in Norway
Pharmaeconomics 7(6):475-483 1995

M.P. PNEY, J.P. POUILLIER

Pays-bas ou la transfiguration d'un système de santé
Journal d'Economie Medicale, 12(1):35-42 1994

J. OLIVER MALLET

Italie: D'un système de santé sous influence a un système sous concurrence entre financeurs et prestataires de soins?
Journal d'Economie Medicale, 12(1) 59-62

J.K. IGLEHART

Medicaid and managed care
The New England Journal of Medicine, 332(25):1727-1731 1995

HEALTH REFORM PAST AND FUTURE

Health Affairs Spring 1995

R.J. MAXWELL

South Africa: a fragile miracle
The Lancet, 345(8959):1222-1224

J. H. JAMES

Reforming the British National Health Service: Implementation problems in London
Journal of Health Politics, Policy and Law 20(1):191-210 1995

SERGIO DE CAROLIS

L'Ip non può guardare al futuro restando ancorato a un mansionario del passato
L'Infermiere 2:18-23 1995

M. HENDERSON

Operations management in health care
Journal Health Care Finance 21(3):44-47 1995

AA.VV.

Partono le sperimentazioni di libera professione «associata»
Agenzia Sanitaria 3:22-23

Controllo di gestione e sistemi informativi

ROBERTO CASELLI

La contabilità nelle Usl e negli ospedali
Prospettive Sociali e Sanitarie, 1:6-9 1995

Varie

C. ROSS, C. STEWARD, J. SINACORE

A comparative Study of seven Measures of patient satisfaction
Medical Care, 33(4):392-406 1995

SPECIAL ISSUE: HEALTH SECTOR REFORM IN DEVELOPING COUNTRIES:
MAKING HEALTH DEVELOPMENT SUSTAINABLE
April-June 1995

P. MINERVA

Misurare la qualità nelle R.S.A. Per un sistema di indicatori.
Prospettive Sociali e Sanitarie 8:13-18 1995

HARNESSING THE PROFIT MOTIVE

The Lancet 345(8959):1189-1191 1995

LA CONTABILITÀ ECONOMICA PATRIMONIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

di E. Anessi Pessina, F. Zavattaro

«Prime riflessioni sui sistemi di contabilità economica nel servizio sanitario nazionale»
da Mecosan n.10:8-11 1994

Come già più volte sottolineato in numerosi contributi apparsi su questa stessa rivista, il SSN sta attraversando un processo di profondo rinnovamento che, a prescindere dagli specifici strumenti normativi nazionali e regionali adottati, dovrà comunque caratterizzarsi per i seguenti aspetti:

— superamento progressivo dell'attuale modello di governo del SSN, caratterizzato dalla predominanza di logiche burocratico-formali, da processi decisionali centralistici tipici dei sistemi ad economia pianificata, da ipotesi di controllo sui risultati;

— rafforzamento del ruolo delle Regioni nel determinare l'assetto istituzionale del sistema e l'organizzazione dei servizi sanitari sul proprio territorio e conseguente attribuzione alle Regioni stesse di quote crescenti di responsabilità economico-finanziaria;

— affermazione della concezione di SSN come sistema di aziende autonome, in cui ciascuna azienda persegue propri obiettivi e propri equilibri, anche economici, pur nel rispetto di alcuni vincoli imposti dalle finalità comuni di tutela della salute;

— sviluppo progressivo di relazioni tra pubblico e privato più coerenti con il principio delle pari opportunità, pur nella necessaria distinzione dei ruoli tra chi è chiamato a garantire il perseguimento dell'interesse collettivo e chi ha prevalenti finalità di reddito, ossia di remunerazione del capitale investito e del rischio d'impresa;

— introduzione di meccanismi concorrenziali tra pubblico e privato e all'interno del sistema pubblico, con conseguente riduzione delle tutele istituzionali tradizionalmente garantite alle strutture pubbliche;

— attivazione di ambiti più ampi di responsabilità operativa ed economica in capo alle singole aziende ed ai diversi livelli decisionali interni alle stesse, anche in conseguenza dei maggiori gradi di autonomia presenti nel sistema.

L'insieme di queste linee di tendenza impone la progettazione e la creazione di numerose, articolate e complesse condizioni, che investono le relazioni interistituzionali, il contenuto e lo sviluppo di strumenti di management che favoriscano le capacità competitive di ciascuna azienda e l'esercizio delle attività di produzione ed erogazione dei servizi in condizioni di economicità.

Il contesto evolutivo sopra delineato impone tra l'altro la progettazione e la progressiva introduzione di sistemi di rilevazione maggiormente focalizzati sull'aspetto economico della gestione: particolarmente rilevante in questa fase appare l'introduzione di sistemi di contabilità generale di tipo economico analoghi a quelli da tempo adottati nella gran parte delle aziende, non solo private (si pensi ad esempio al settore delle aziende municipalizzate). Tale orientamento è già stato peraltro recepito dal decreto di riordino del SSN (art.5, D.L.vo n.502/92 come modificato dal D.L.vo n.517/93). Nello stesso tempo, tuttavia, le specificità delle aziende pubbliche di servizi sanitari sono tali da rendere scarsamente efficace il recepimento acritico delle finalità attribuite al sistema di contabilità generale in altre aziende e

delle metodologie ad esse correlate. Ad un primo stadio di approfondimento, i temi maggiormente critici sembrano essere:

1) il significato del risultato economico d'esercizio determinato attraverso la contabilità generale e le sue correlazioni con le modalità di finanziamento della gestione;

2) il ruolo del bilancio preventivo in relazione all'articolazione delle responsabilità istituzionali, in particolare tra livello regionale e le singole aziende (Usl ed ospedali-azienda);

3) i metodi di misurazione delle componenti positive e negative del risultato di sintesi, ossia delle diverse classi di costi, ricavi e proventi. A questo riguardo sembrano assumere particolare rilevanza: (i) il momento di rilevazione, soprattutto con riferimento alle operazioni di trasferimento di risorse finanziarie nella forma di ricavi o proventi; (ii) le scritture di rettifica ed integrazione dei valori rilevati nel corso dell'esercizio e le connesse valutazioni; (iii) in particolare, la determinazione delle quote di ammortamento delle immobilizzazioni tecniche in relazione alle diverse possibili modalità di finanziamento degli investimenti; (iv) le correlazioni logiche e tecniche tra contabilità pubblica (con prevalenti finalità di consolidamento dei conti pubblici), contabilità generale (con finalità di determinazione del risultato d'esercizio) e contabilità analitica (con prevalenti finalità di osservazione di particolari aree di risultato interne all'azienda).

ARDEMANI E.

Il risparmio di esercizio nelle aziende private di erogazione
Milano 1967

QUADERNI SOGES

Organizzazione contabile nelle imprese pubbliche locali
Giuffrè, 1983

GIANNI DI GUERRINO

Il Piano dei conti
IPSOA Informatica, 1984

MICHELON A.

Come si tiene la contabilità
Pirola Editore, Milano 1990

FRATTINI G.

Contabilità e bilancio: logica delle rilevazioni e delle determinazioni di sintesi
Egea, 1992

ZANGRANDI A.

Il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economica
Mecosan 6:32-35 1993

MORANDI A.

Il bilancio. disciplina civilistica e fiscale
Giuffrè, 1994

BRUNETTI G.

Contabilità e bilancio di esercizio
EtasLibri, 1994

ANESSI E.

Accrual accounting in the italian national health service
Tratto da The 17th congress of the european accounting association, 1994

AA.VV.

L'introduzione della contabilità economica nelle Usl e negli ospedali-azienda
Tratto da: Convegno sull'introduzione della Cont. Econ. Milano 7/6/1994 Cergas-Dap

BORGONOV E.

Il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economica: indirizzi e strumenti operativi
Tratto da: Focus Sanità Milano 22/9/1994

CONSIGLIO NAZ. DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E CONS. NAZ. DEI RAGIONIERI

Principi Contabili 2 vol.
Giuffrè 1994

SORDINI M.

Contabilità e bilancio d'azienda
EtasLibri, 1994

CASELLI R.

La contabilità nelle Usl e negli ospedali
Tratto da: Prospettive Sociali e Sanitarie 1:6-9, 1995

AA.VV.

Linee di guida per il bilancio della aziende sanitarie
Tratto da: Bollettino di informazioni della ragioneria generale dello Stato, Safi, 1995

PER UNA CONOSCENZA APPROFONDATA DELLE TEORIE CONTABILI E DELLA LORO EVOLUZIONE STORICA

- D'ALVISE P.
Nozioni di ragioneria razionale per gli studiosi di scienze amministrative
Milano, 1982
- ROSSI G.
Nuovi studi di ragioneria e battaglie critiche
Reggio Emilia, 1907
- BESTA F.
La Ragioneria
Milano, 1909
- BELLINI C.
Trattato di ragioneria applicata alle aziende private
Milano, 1918
- ALFIERI V.
Ragioneria Generale
Milano, 1921
- LORUSSO B.
Ragioneria generale
Bari, 1922
- MASI V.
Ragioneria generale
Bologna, 1924
- DE GOBBIS F.
Ragioneria Generale
Milano, 1926
- VIANELLO V.
Istituzioni di ragioneria generale
Milano, 1930
- DELLA PENNA F.
I fondamenti della ragioneria
Roma 1931
- CECCHERELLI A.
Economia d'azienda e amministrazione delle imprese
Firenze, 1948
- ONIDA P.
Economia d'azienda
Torino 1960
- ARDEMANI E.
Il risparmio di esercizio nelle aziende private di erogazione
Milano, 1967
- FERRERO G.
Le determinazioni economico-quantitative d'azienda
Giuffrè, 1967
- AZZINI L.
Istituzioni di economia d'azienda
Milano, 1982
- AIROLDI, BRUNETTI, CODA
Economia Aziendale
Bologna, 1989

TESI DI LAUREA

Tesi di laurea presentata all'università «L. Boccioni». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1994-1995. Relatore Elio Borgonovi

INTERVENTI NORMATIVI SUL SETTORE FARMACEUTICO. RIFLESSI SULL'ECONOMICITÀ DELLE AZIENDE E POSSIBILI SOLUZIONI

di Monica De Polo

In questa ottica il farmaco ha sempre ricoperto un ruolo fondamentale, di difesa della salute, intesa come benessere complessivo per la persona, ed è per questo motivo che ha assunto una tale importanza per la Pubblica Amministrazione, da diventare oggetto di interventi statali sempre più profondi.

Nel corso del tempo la stretta relazione tra settore farmaceutico e Pubblica Amministrazione ha portato a trattare il problema «farmaco», il problema della spesa sanitaria, il problema degli enti ospedalieri come un tutto unitario non tenendo conto che le logiche di fondo sottostanti sono estremamente diverse.

Questa confusione ha avuto come conseguenza quella di considerare il settore farmaceutico come parte integrante delle politiche pubbliche, con tre conseguenze essenziali:

— il settore farmaceutico è diventato un settore fortemente regolamentato e ciò ha creato un duplice effetto negativo:

da un lato non ha consentito di contenere la spesa sanitaria in quanto lo Stato, nel suo ruolo di «terzo pagante», si è rivelato forse troppo permissivo e non ha attivato meccanismi di controllo sufficientemente efficaci nei confronti dei prodotti e delle aziende;

d'altro canto, con il suo intervento, la P.A. ha protetto il settore da ogni forma di tensione o dinamica competitiva, togliendo alle aziende molti stimoli verso il miglioramento;

— si è delineato inoltre il problema degli strumenti di regolazione che hanno interessato in particolare i prezzi dei farmaci, divenuti in questo modo prezzi amministrati. Questo si è spesso rivelato un grosso problema perché la determinazione dei prezzi è stata spesso influenzata dalle politiche pubbliche in materia sanitaria, nel tentativo di far risultare i prezzi dei farmaci congruenti con le risorse preventivate.

Questa regola è stata però sovente disattesa nel senso che gli esuberanti di spesa sono stati tollerati, andandosi a sommare al grave deficit dello Stato;

— in quanto settore in cui esiste un forte intervento pubblico, il settore farmaceutico ha goduto e subito delle alterne vicende che hanno coinvolto il mondo politico: si pensi a questo proposito alle eccezionali ripercussioni positive negli equilibri delle aziende farmaceutiche in virtù del boom economico degli anni '80 ed alla profonda ed attuale crisi economico-finanziaria seguita a «Tangentopoli».

Si può perciò affermare che la Pubblica amministrazione ricopre un ruolo di primo piano nella determinazione del successo o del fallimento delle aziende farmaceutiche condizionando in modo profondo la struttura della domanda e quella dell'offerta.

Gli anni '90 sono stati caratterizzati da una profonda discontinuità soprattutto in seguito alla crisi economico-finanziaria sofferta dallo Stato.

Gli interventi messi in atto dalla Pubblica Amministrazione sono stati diretti in particolare modo al contenimento dei costi: c'è stata una riforma del Prontuario Terapeutico nel tentativo di snellire la quantità i farmaci aventi diritto al regime di totale rimborsabilità da parte dello Stato, una razionalizzazione del sistema dei prezzi, un maggior controllo del livello qualitativo dei farmaci al momento della registrazione, nuove normative in merito all'informazione medico-scientifica.

I casi analizzati hanno dimostrato come alcune di esse abbiano avuto meno problemi di altre a superare la crisi: le multinazionali straniere in particolare, avendo fondato la propria competitività sulla ricerca hanno compensato la contrazione della domanda con prodotti innovativi in grado di soddisfare al meglio sia le nuove normative che le richieste di una clientela più sofisticata rispetto al passato.

Le aziende italiane hanno sofferto maggiormente i cambiamenti in atto ed hanno dovuto compiere sforzi più intensi per poter tentare di colmare il divario esistente e diventare nuovamente competitive a livello internazionale.

I primi passi compiuti hanno avuto carattere difensivo nel senso che molte aziende, non avendo le competenze necessarie per creare prodotti innovativi, hanno cercato di migliorare la percezione della clientela nei riguardi del portafoglio già esistente.

Altre aziende hanno operato tagli nei costi per poter agire sui prezzi in modo che i loro prodotti potessero essere riammessi al regime di rimborsabilità.

In ogni caso, benché gli sforzi perpetrati fino ad ora siano apprezzabili, molto rimane ancora da fare per poter rendere il mercato farmaceutico italiano veramente concorrenziale soprattutto alla luce delle profonde modificazioni ambientali che ne stanno cambiando le caratteristiche: la globalizzazione e la concentrazione del mercato, l'importanza crescente dell'attività di ricerca nei confronti delle funzioni commerciali in passato predominanti, la contrazione della domanda che stimolerà sempre più la concorrenza.

CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE
 Volume 1, annata 1991, L. 150.000
 Volume 2, annata 1992, L. 150.000
 Volume 3, annata 1993, L. 220.000
 Volume 4, annata 1994, L. 220.000

RAGIUFARM

*La rivista bimestrale
 di dottrina, giurisprudenza, documentazione
 di interesse farmaceutico*

direttore
Luigi D'Elia

condirettore
Luigi Sanfilippo

quasi 4.000
 pagine
 di grande
 formato
 21 x 28

i 25 di Ragiufarm

al prezzo speciale di L. 518.000

- 4 anni di articoli
- 4 anni di massime e sentenze
- 4 anni di leggi nazionali e regionali
- 4 anni di relazioni a proposte di legge a livello parlamentare
- 4 anni di decreti ministeriali e di deliberazioni regionali
- 4 anni di recensioni di libri e di segnalazioni bibliografiche
- 4 anni di risposte a quesiti dei lettori

Un grande patrimonio culturale

*Da restituire in busta chiusa, per evitare
 eventuali ritardi, disguidi o smarrimen-
 ti oppure mediante fax al n. 06/8085817*

RAGIUFARM

Campagna promozionale valida fino al 31 dicembre 1995

Cognome e nome o ragione sociale

.....

Via

C.a.p. Località

.....

Prov. Fax Tel.

SIPIS

Soc. editoriale

**Divisione
 Abbonamenti
 Periodici**

00197 ROMA

Viale Parioli, 77

Documenti

Appendice

FLUSSI FINANZIARI E RITARDI DI PAGAMENTO NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Le tabelle che seguono illustrano i dati
commentati nell'articolo pubblicato a pagina 8

Allegato 1

RIPARTO DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE E RAPPORTO TRA SPESA SANITARIA ED ENTRATE PER CONTRIBUTI A LIVELLO REGIONALE

Fonte: Ministero della sanità, Servizio centrale della programmazione sanitaria

Tabella 1.1. - Riparto del fondo sanitario nazionale per il 1995. Parte corrente (importi in milioni di lire)

	POPOLAZIONE	QUOTA CAPITARIA L. 1.532.400	RIEQUILIBRIO	TOTALE	MOBILITÀ OSPEDALIERA (stimata)	MOBILITÀ EXTRAOSPED. (comunicata)	ASSEGNAZIONE
PIEMONTE	4.304.283	6.595.883	25.764	6.621.647	-97.150	-62	6.524.434
VALLE D'AOSTA	117.896	180.664		180.664	-4.774	-2	175.888
LOMBARDIA	8.987.545	13.634.598		13.634.598	284.679	-492	13.918.785
P.A. BOLZANO	446.529	684.261		684.261	-12.272	-58	671.931
P.A. TRENTO	456.890	700.138		700.138	-2.610	-155	697.373
VENETO	4.413.163	6.762.731	55.534	6.818.265	146.574	1036	6.965.875
FRIULI	1.193.271	1.828.568	24.046	1.852.614	55.639	-14	1.908.239
LIGURIA	1.662.659	2.547.859	55.820	2.603.679	146.737	-159	2.750.257
EMILIA	3.924.663	6.014.154	168.607	6.182.761	185.992	-24	6.368.507
TOSCANA	3.528.668	5.407.331	65.839	5.473.170	62.718	942	5.536.830
UMBRIA	818.921	1.254.915	21.183	1.276.098	39.789	-58	1.315.829
MARCHE	1.438.236	2.203.953	57.251	2.261.204	-9.918	-47	2.251.239
LAZIO	5.173.819	7.928.360	125.956	8.054.316	81.397	-158	8.135.555
ABRUZZO	1.262.499	1.934.653		1.934.653	4.023	-27	1.938.649
MOLISE	331.956	508.689		508.689	-13.228	-7	495.454
CAMPANIA	5.707.587	8.746.306		8.746.306	-245.536	-115	8.500.655
PUGLIA	4.065.146	6.229.430		6.229.430	-73.726	-108	6.155.596
BASILICATA	610.588	935.665		935.665	-73.485	-17	862.163
CALABRIA	2.080.021	3.187.424		3.187.424	-205.304	-88	2.982.032
SICILIA	5.022.347	7.696.245		7.696.245	-227.631	-135	7.468.479
SARDEGNA	1.657.474	2.539.913		2.539.913	-41.914	-29	2.497.970
TOTALE	57.114.161	87.521.740	600.000	88.121.740	0	0	88.121.740
Differenziali Accantonamento contratto convenzioni ddl. specializzandi				588.000 1.669.464			
TOTALE GENERALE				90.379.204			

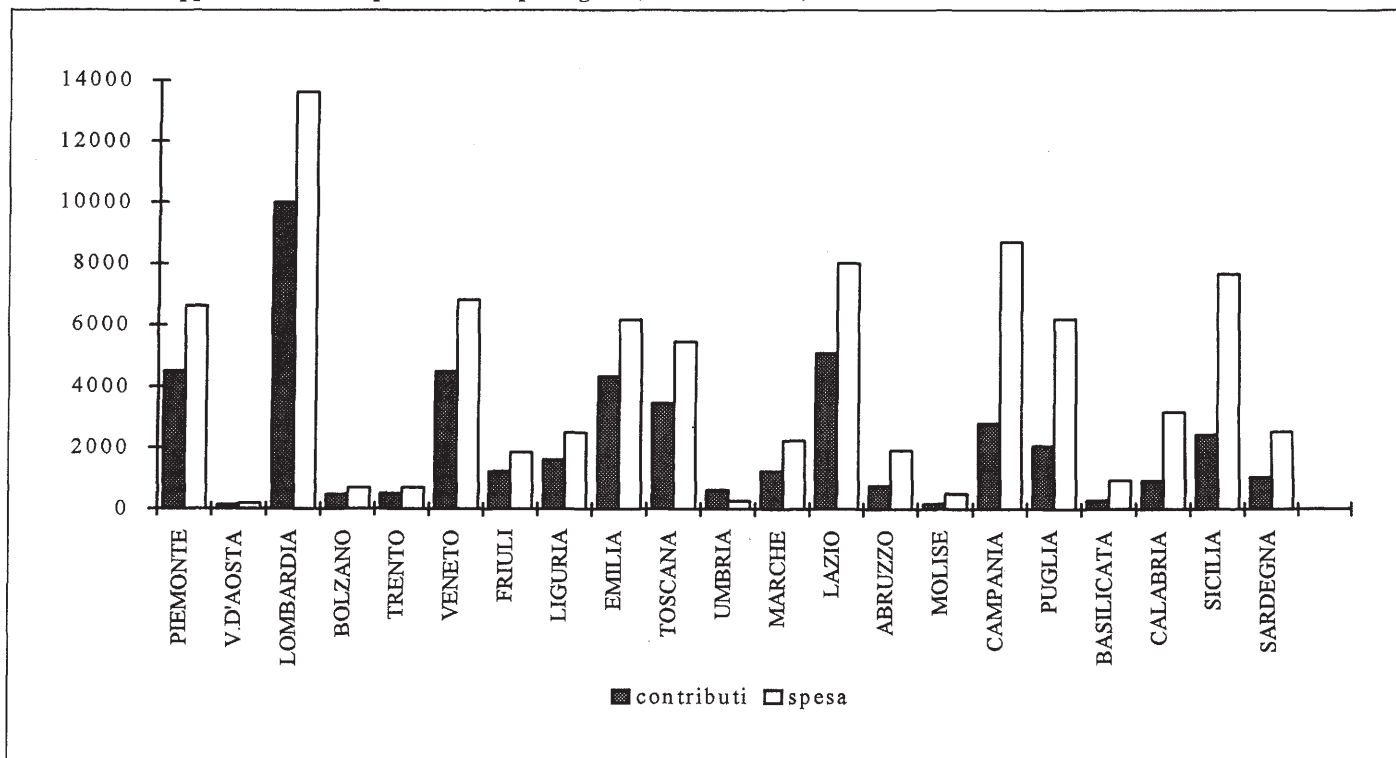
Tabella 1.2. - Copertura delle assegnazioni (valori in milioni di lire)

	CONTRIBUTI SANITARI	INTEGRAZIONE STATO	PARTECIPAZ. REGIONI STATUTO SPECIALE	ENTRATE PROPRIE
PIEMONTE	4.508.310	1.880.471		135.653
V. D'AOSTA	144.722	0	27.450	3.716
LOMBARDIA	9.986.390	3.561.982		280.413
P.A. BOLZANO	484.322	0	173.536	14.073
P.A. TRENTO	514.585	0	168.389	14.399
VENETO	4.502.820	2.323.971		139.084
FRIULI	1.238.460	278.246	359.926	37.067
LIGURIA	1.626.700	1.071.157		52.400
EMILIA	4.359.390	1.885.428		123.689
TOSCANA	3.465.080	1.960.541		111.209
UMBRIA	637.010	653.010		25.809
MARCHE	1.248.720	957.192		45.327
LAZIO	5.112.400	2.860.098		163.057
ABRUZZO	774.140	1.124.719		39.790
MOLISE	178.680	306.312		10.462
CAMPANIA	2.812.640	5.508.136		179.879
PUGLIA	2.072.530	3.954.950		128.116
BASILICATA	294.280	548.640		19.243
CALABRIA	946.420	1.970.058		65.554
SICILIA	2.453.700	2.972.005	1.884.491	158.283
SARDEGNA	1.043.830	879.491	522.412	52.237
TOTALE	48.405.129	34.786.407	3.130.204	1.800.000
Mobilità negativa V. d'Aosta, Trento e Bolzano	19.871			
Altre differenziali		588.000		
Accantonamento contratto convenzioni ddl.specializzandi		1.649.593		
TOTALE GENERALE	48.425.000	37.024.000	3.130.204	1.800.000

Tabella 1.3. - Rapporto contributi/spesa (valori in milioni di lire)

	CONTRIBUTI SANITARI 1995	STIMA SPESA 1995	RAPPORTO CONTRIBUTI/ SPESA
PIEMONTE	4.508.310	6.621.647	68,1%
V. D'AOSTA	144.722	180.664	80,0%
LOMBARDIA	9.986.390	13.634.598	73,2%
P.A. BOLZANO	484.322	684.261	70,8%
P.A. TRENTO	514.585	700.138	73,4%
VENETO	4.502.820	6.818.265	66,0%
FRIULI	1.238.460	1.852.614	66,8%
LIGURIA	1.626.700	2.603.679	62,5%
EMILIA	4.359.390	6.182.761	70,5%
TOSCANA	3.465.080	5.473.170	63,3%
UMBRIA	637.010	1.276.098	49,9%
MARCHE	1.248.720	2.261.204	55,2%
LAZIO	5.112.400	8.054.316	63,5%
ABRUZZO	774.140	1.934.653	40,0%
MOLISE	178.680	508.689	35,2%
CAMPANIA	2.812.640	8.746.306	32,2%
PUGLIA	2.072.530	6.229.430	33,3%
BASILICATA	294.280	935.665	31,4%
CALABRIA	946.420	3.187.424	29,7%
SICILIA	2.453.700	7.696.245	31,9%
SARDEGNA	1.043.830	2.539.913	41,1%
ITALIA	48.425.000	88.121.740	54,9%

Grafico 1.1. - Rapporto contributi/spesa sanitaria per regioni (valori in miliardi)



Allegato 2

ANDAMENTO DEGLI STANZIAMENTI DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE E DEI DISAVANZI DAL 1991 AL 1995

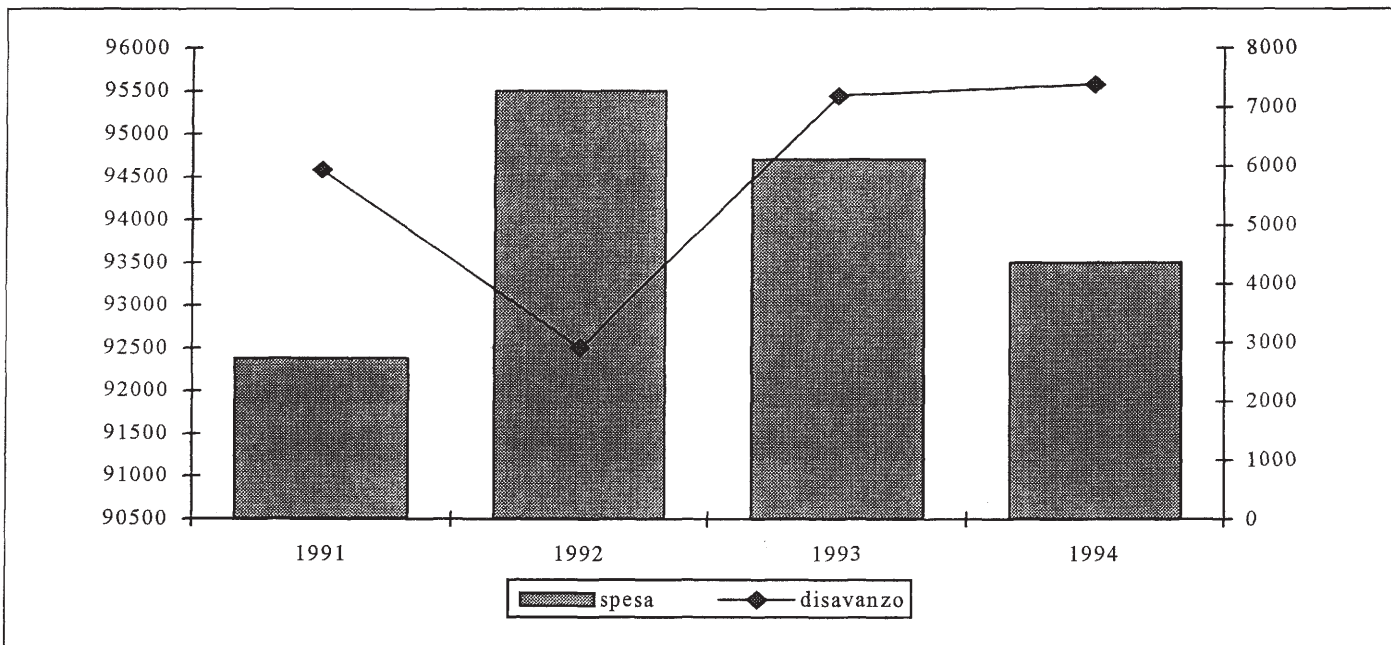
Fonte: Ministero del tesoro, Ragioneria generale dello Stato

Tabella 2.1. - Andamento degli stanziamenti del F.s.n. e dei disavanzi

	1991	1992	1992-1991	1993	1993-1992	1994	1994-1993	1995	1995-1994
Spesa sanitaria complessiva:	92.386	95.503	3,4%	94.709	-0,8%	93.500	-1,3%	90.379	-3,3%
Copertura:									
entrate proprie	1.932	2.469	27,8%	2.620	6,1%	1.800	-31,3%	1.800	0,0%
partecip. regioni stat. spec.	1.220	1.968	61,3%	2.284	16,1%	2.601	13,9%	3.130	20,3%
quota fissa				831					
F.S.N.	83.294	88.153	5,8%	41.203	-53,3%	34.035	-17,4%	37.024	8,8%
contributi sanitari				40.572		47.675 *	17,5%	48.425 *	1,6%
Disavanzo:	5.940	2.913	-51%	7.199	147,1%	7.389	2,6%	0	
di cui a carico dello Stato	3.960	0		2.564		916		0	
di cui a carico delle Regioni	1.980	2.913	47,1%	0		0		0	
disavanzo soggetto a verifica	0	2.913		4.635		6.473		0	

* Dato stimato.

Grafico 2.1. - Andamento della spesa sanitaria e dei disavanzi



Allegato 3

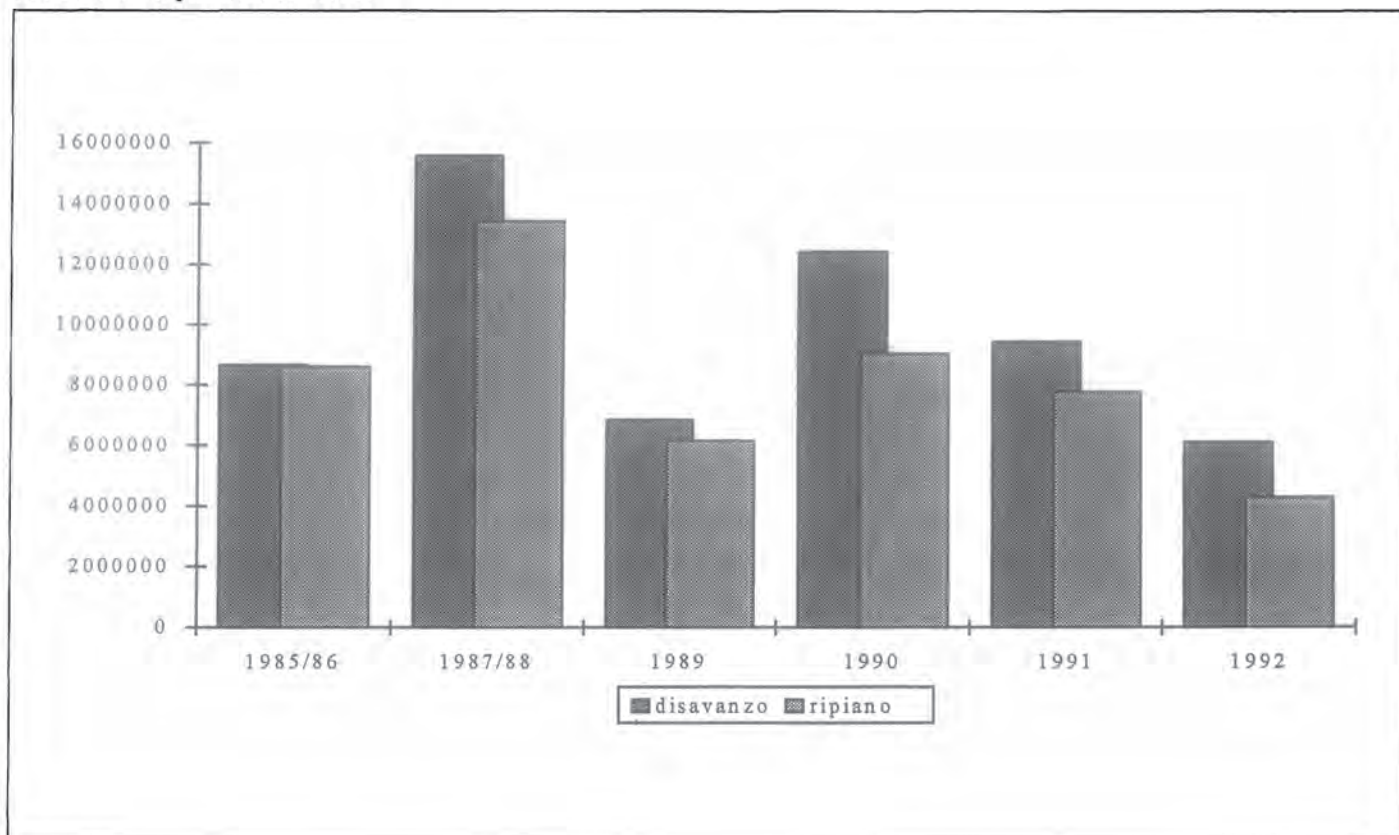
SITUAZIONE RELATIVA AL RIPIANO DEI DISAVANZI

Fonte: Ministero della sanità, Servizio centrale della programmazione sanitaria

Tabella 3.1. - Ripiano dei disavanzi (importi in milioni di lire)

	1985-1986 legge 456/87		1987-1988 leggi 8/90, 334/90 e 67/93		1989 legge 67/93		1990 legge 334/90		1991 legge 67/93		1992 legge 67/93	
	Disavanzi riconosciuti	Mutui autorizzati	Disavanzi riconosciuti	Mutui autorizzati	Disavanzi riconosciuti	Mutui autorizzati	Disavanzi riconosciuti	Mutui autorizzati	Disavanzi riconosciuti	Mutui autorizzati	Disavanzi riconosciuti	Mutui autorizzati
PIEMONTE	217.434	217.434	422.072	316.554	129.889	116.900	552.545	552.545	440.310	440.310	462.427	462.427
VAL D'AOSTA	21.617	21.617	51.388	47.616	0	0	42.573	42.573	8.650	8.650	200	8.200
LOMBARDIA	904.186	904.186	1.650.000	1.237.000	478.000	430.000	1.552.080	1.552.080	880.030	880.030	971.984	971.984
P.A. BOLZANO	49.144	49.144	84.974	63.731	28.487	25.000	64.554		64.275	51.221	33.463	33.463
P.A. TRENTO	57.212	57.212	90.139	90.139	35.557	35.557	67.146	67.146	86.901	70.227	36.432	36.432
VENETO	623.770	623.770	1.074.273	1.020.559	680.282	612.253	977.199	977.199	947.446	726.942	487.659	487.659
FRIULI	211.766	211.766	205.090	199.162	0	0	108.259	108.259	122.920	122.920	119.418	119.418
LIGURIA	172.627	172.627	382.729	356.683	199.600	179.640	568.786	488.786	196.260	196.260	206.418	206.418
EMILIA	790.797	790.797	1.354.908	1.288.618	691.934	622.741	1.366.888	1.366.888	1.114.436	817.132	471.841	471.841
TOSCANA	571.616	571.616	1.258.535	943.901	390.761	351.600	1.080.488	1.080.488	738.556	580.222	400.070	400.070
UMBRIA	88.155	88.155	189.700	185.139	105.066	94.500	193.968	193.968	179.224	139.030	92.271	92.271
MARCHE	256.700	256.700	527.758	494.495	331.445	298.301	458.413	458.413	475.356	331.980	166.706	166.706
LAZIO	1.016.408	1.016.408	1.908.726	1.675.725	806.262	725.636	1.205.790		539.280	539.280	588.520	588.520
ABRUZZO	129.923	129.923	265.703	253.744	93.657	84.291	258.370		123.450	123.450	132.371	132.371
MOLISE	12.132	12.413	51.381	47.268	39.435	35.492	37.429		33.570	33.570	34.838	34.838
CAMPANIA	1.182.474	1.182.474	2.099.710	1.947.148	1.149.247	1.023.000	999.221	999.221	1.255.233	938.330	603.984	603.984
PUGLIA	690.146	690.146	1.185.433	1.080.000	630.108	567.000	1.028.456	901.000	731.996	575.470	427.723	427.723
BASILICATA	47.860	38.288	106.380	79.785	27.333	24.600	60.746		54.610	54.610	59.456	59.456
CALABRIA	387.335	387.335	521.633	391.226	0	0	425.682	257.502	189.430	189.430	210.281	210.281
SICILIA	1.034.765	1.034.765	1.713.844	1.285.383	845.315	760.783	1.136.388		1.117.493	819.207	455.442	455.442
SARDEGNA	196.486	145.390	439.283	417.425	188.548	169.693	239.495		144.850	144.850	160.496	160.496
TOTALE	8.662.553	8.602.165	15.583.659	13.421.321	6.850.926	6.156.987	12.424.476	9.046.068	9.444.276	7.783.121	6.130.000	6.130.000

Grafico 3.1. - Ripiano dei disavanzi



Allegato 4

**MUTUI RICHIESTI ED ATTIVATI
PER IL RIPIANO DEI DISAVANZI**

Fonte: Ministero del tesoro, Ragioneria generale dello Stato

Tabella 4.1. - Mutui richiesti per il ripiano dei disavanzi

	1. Residuo disavanzo da ripianare ante L. 67/93	2. Disavanzo da ripianare	3. Mutui attivabili ex L. 67/93	4. Mutui richiesti ex L. 67/93	5. Percentuale 4/3
1987-1988	5.018		4.014	2.550	63,53%
1989		7.537	6.621	6.145	92,81%
1990 *		13.166	13.166	10.922	82,96%
1991 *		9.220	8.677	7.782	89,69%

* Disavanzi al netto della quota a carico delle Regioni.

Tabella 4.1. - Mutui richiesti per il ripiano dei disavanzi *

	1. Residuo disavanzo da ripianare ante L. 67/93	2. Disavanzo da ripianare	3. Mutui attivati ex L. 67/93	5. Percentuale 3/2
1987-1988		15.886	13.189	83,02%
1987-1988	5.018		2.550	50,82%
1989		7.537	6.145	83,53%
1990 **		13.166	10.922 ***	82,96%
1991 **		9.220	7.650	82,97%

* In attesa di accertare l'importo dei disavanzi 1993 e 1994 la cui verifica consentirà di valutare se gli importi richiesti dalle Regioni sono effettivamente correlati al fabbisogno, è stata prevista l'attribuzione alle Regioni di 3.480 miliardi a copertura delle occorrenze finanziarie per il predetto biennio, nonché lo snellimento delle procedure previste per il completamento delle operazioni di ripiano per gli anni dal 1987 al 1991, nelle more del controllo della Corte dei Conti (ex. d.l. 100/95).

** Disavanzi al netto della quota a carico delle Regioni.

*** La differenza pari a 2.244 miliardi è utilizzabile in via prioritaria per l'estinzione delle anticipazioni straordinarie a valere sui mutui assunti per l'anno 1990 e in via secondaria per il finanziamento della «gestione a stralcio».

Allegato 5

RISORSE FINANZIARIE DISPONIBILI NEL 1995
PER IL FINANZIAMENTO DELLE GESTIONI STRALCIO

Fonte: Ministero del tesoro, Ragioneria generale dello Stato

Tabella 5.1. - Risorse finanziarie disponibili nel 1995 per il finanziamento delle gestioni stralcio (art. 6, comma 1, legge 724/94) (importi in miliardi di lire)

	C/C DI TESORERIA DELLE REGIONI	CONTAB. SPECIALI U.S.L.	RISORSE D.L. 1-4-1995 N. 100, ART. 1	ULTERIORI RISORSE ATTIVABILI	TOTALE DISPONIBILE
PIEMONTE	804	770	182	288	2.204
V. D'AOSTA	112	—	—	—	112
LOMBARDIA	946	964	380	560	2.850
BOLZANO	179	—	—	—	179
TRENTO	166	—	—	—	166
VENETO	239	778	256	173	1.448
FRIULI	64	114	75	46	299
LIGURIA	218	95	142	146	601
EMILIA	3	320	288	204	815
TOSCANA	185	508	289	391	1.373
UMBRIA	64	72	60	27	223
MARCHE	268	55	138	79	540
LAZIO	1.273	488	426	675	2.862
ABRUZZO	8	228	51	352	639
MOLISE	13	122	19	9	163
CAMPANIA	1.248	1.621	381	1.114	4.364
PUGLIA	749	429	169	358	1.705
BASILICATA	158	88	21	45	290
CALABRIA	63	409	182	806	1.460
SICILIA	881	917	323	1.718	3.839
SARDEGNA	119	244	118	377	858
TOTALE	7.760	8.200	3.480	7.368 **	26.808

* Le somme rinvenienti dai mutui per i ripiani fino all'anno 1992 possono essere utilizzate indistintamente e in via prioritaria per l'estinzione delle partite debitorie relative agli anni dal 1985 al 1992.

** Di cui 2.450 mld circa attivabili per effetto dell'art. 2, comma 2, d.l. 100/95, e 2.244 mld utilizzabili in via prioritaria per l'estinzione delle anticipazioni straordinarie di cassa a valere sui mutui assunti per l'anno 1990 e solo successivamente per il finanziamento delle «gestioni stralcio».

Allegato 6

**PERCENTUALE PAGAMENTI/IMPEGNI
PER PRINCIPALI AGGREGATI DI SPESA** (valori al 31-12-1993)

Fonte: Ministero del tesoro

Tabella 6.1. - Percentuali pagamenti/impegni per principali aggregati di spesa. Confronto tra macro-aree geografiche

VOCI DI SPESA	ITALIA	NORD	CENTRO	SUD
TOTALE SPESA CORRENTE	76,2	80,4	70,8	75,4
PERSONALE	93,5	93,2	93,4	94,6
ASSISTENZA MEDICO-GENERICA CONVENZIONATA	86,9	90,5	86,4	87,0
ASSISTENZA MEDICO-SPECIALISTICA CONVENZIONATA INTERNA	93,5	94,8	94,0	87,2
ASSISTENZA MEDICO-SPECIALISTICA CONVENZIONATA ESTERNA	51,4	57,9	54,1	50,4
ASSISTENZA OSPEDALIERA CONVENZIONATA	71,8	67,8	52,1	64,0
ASSISTENZA FARMACEUTICA TRAMITE LE FARMACIE CONVENZIONATE	80,1	91,0	59,5	75,0
MATERIALI DIAGNOSTICI E SANITARI	28,5	53,3	24,7	23,0
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMOderivati	34,3	52,4	22,1	22,1
PRODOTTI ALIMENTARI	50,7	57,9	35,7	47,6
ALTRI BENI ECONOMICI	52,4	62,6	45,1	51,5
SERVIZI ECONOMICI APPALTI	53,6	60,8	45,4	57,4
MANUTENZIONE ORDINARIA IN APPALTO	35,2	38,4	24,3	32,5
ENERGIA ELETTRICA, ACQUA, GAS, TELEFONO, ABBONAMENTO RAI-TV	81,4	81,4	74,5	82,2

Grafico 6.1. - Percentuali pagamenti su impegni per principali aggregati di spesa. Confronto tra macro-aree geografiche

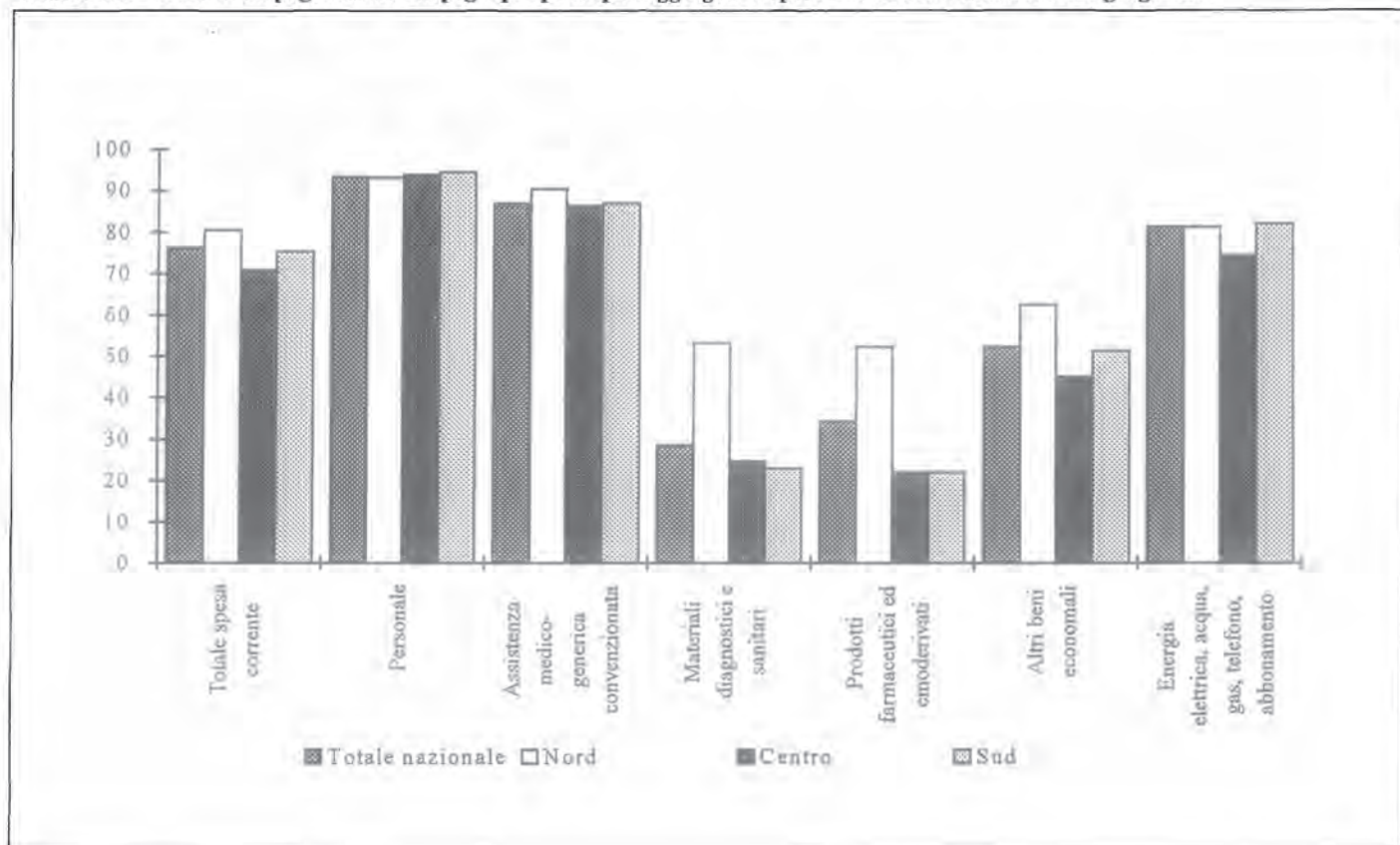
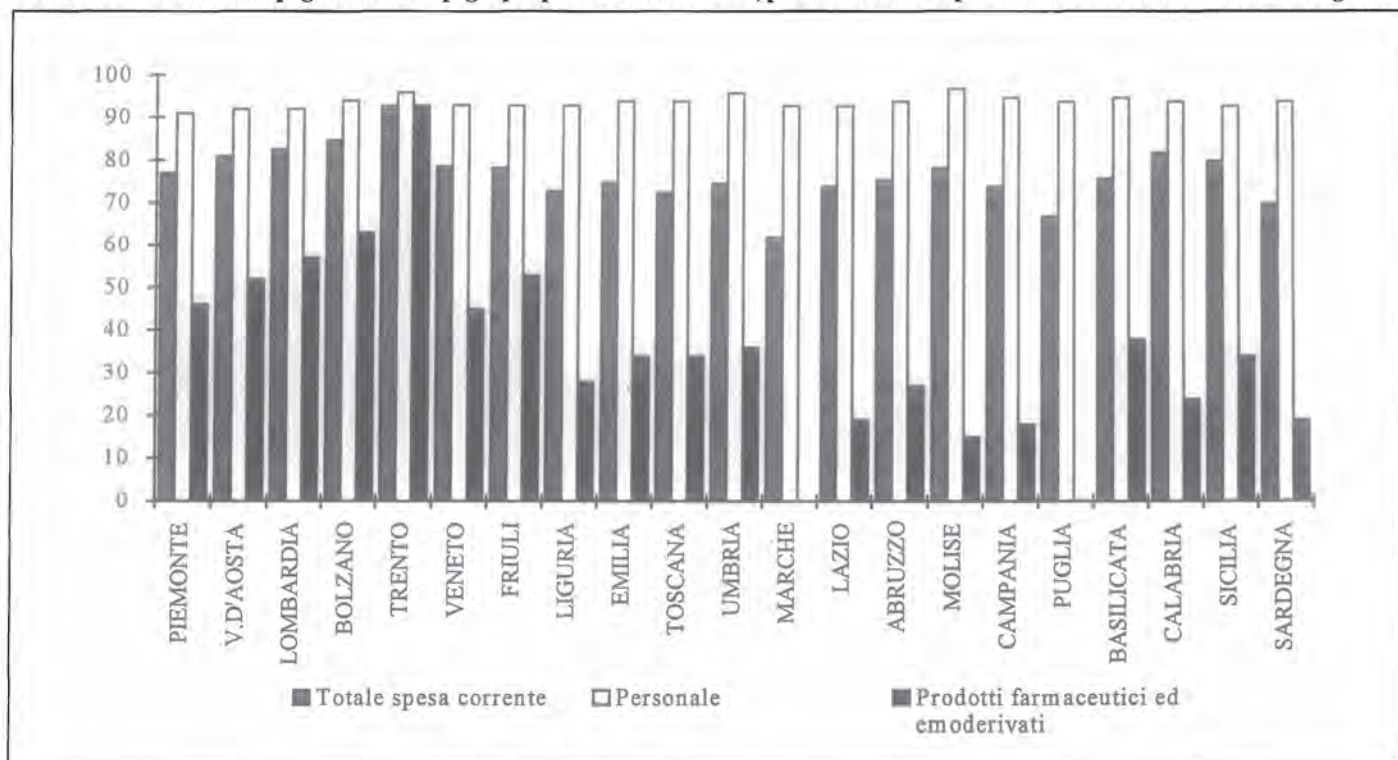


Tabella 6.2. - Percentuale pagamenti/impegni per principali aggregati di spesa. Confronto tra valori regionali

	PIEMONTE	V. D'ARISTIA	LOMBARDIA	BRUZANO	TRENTO	VENETO	FRIULI	LIGURIA	EMILIA	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	ABRUZZO	MOLISE	CAMPANIA	PUGLIA	BASILICATA	CALABRIA	SICILIA	SARDEGNA
Totale spesa corrente	77,6	81,0	82,6	84,7	92,8	78,6	78,4	73,0	75,0	72,6	74,6	62,0	74,0	75,7	78,5	74,5	67,5	75,8	81,7	79,6	70,1
Personale	91,2	91,9	92,3	94,3	95,9	93,1	93,2	93,0	93,7	94,0	95,6	93,0	93,0	94,2	97,2	95,3	93,8	94,6	94,2	92,8	94,4
Assistenza medico-generica convenzionata	90,5	91,4	88,7	94,3	96,8	90,0	89,6	90,0	83,4	90,8	90,1	89,8	74,7	91,0	91,7	87,2	82,8	81,6	89,6	87,6	84,6
Assistenza medico-specialistica convenzionata interna	92,8	99,4	96,1	92,6	97,5	95,9	94,9	94,5	89,6	95,9	89,8	95,8	94,4	95,2	92,3	92,4	89,0	76,8	89,5	68,7	93,5
Assistenza medico-specialistica convenzionata esterna	66,4	56,5	29,2	80,8	51,1	68,7	76,8	27,5	64,5	54,0	64,6	37,9	59,9	43,9	50,6	55,9	30,7	45,8	53,9	60,9	61,3
Assistenza ospedaliera convenzionata	74,8	0,0	85,6	85,6	88,3	55,9	66,1	82,9	70,8	67,6	43,3	44,9	52,5	60,2	77,8	74,0	49,2	80,9	90,1	30,6	48,7
Assistenza farmaceutica convenzionata	91,1	84,8	100	91,1	96,9	88,9	93,6	84,6	87,9	56,5	56,7	51,6	73,0	73,4	74,0	67,4	71,9	78,4	85,9	91,6	57,2
Materiali diagnostici e sanitari	50,2	54,2	58,7	63,7	86,7	51,2	52,5	25,1	37,0	31,3	30,8	0,0	36,6	32,8	14,6	19,3	0,1	41,4	28,4	33,9	13,9
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	46,1	52,4	56,7	63,0	93,3	45,4	52,9	28,3	33,6	33,5	36,2	0,0	18,6	27,0	15,2	18,1	0,1	38,3	23,9	24,4	19,5
Prodotti alimentari	56,9	62,7	62,9	67,2	90,2	60,6	51,4	30,9	38,1	40,0	47,0	0,2	55,8	49,8	48,0	49,5	31,3	62,6	46,2	56,2	37,1
Altri beni economici	56,6	61,5	67,9	66,8	86,3	90,3	55,3	37,6	41,1	36,8	52,2	38,2	53,2	51,1	60,8	44,9	52,5	57,4	46,4	51,0	48,1
Servizi economici appaltati	60,8	73,0	63,1	72,4	88,9	61,2	58,5	33,4	36,0	47,9	52,9	29,1	51,7	54,5	65,1	60,8	31,1	74,3	61,9	62,3	48,7
Manutenzione ordinaria in appalto	40,9	59,6	42,9	69,4	0,0	41,2	40,9	25,4	25,1	29,0	28,8	0,1	39,3	36,4	42,6	29,8	20,3	34,5	39,3	33,4	23,5
Energia elettrica, acqua, gas, telefono, TV	83,3	74,0	84,5	83,5	91,2	85,1	82,5	67,8	80,6	50,9	84,9	83,5	78,7	78,5	98,2	85,9	78,2	84,0	78,8	79,3	74,5

Grafico 6.2. - Percentuale pagamenti su impegni per prodotti farmaceutici, personale e totale spesa corrente. Confronto tra valori regionali



Allegato 7

STATISTICHE PER REGIONE

Fonte: Elaborazioni Ce.R.G.A.S., Università Bocconi, Milano

Tabella 7.1. - Ammontare delle giacenze in conto corrente per regione (valori in miliardi di lire)

	GIACENZE 1991	GIACENZE 1992	GIACENZE 1993	GIACENZE 1994	MEDIA 1991-1994
PIEMONTE	923	434	628	770	688,8
V. D'AOSTA	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	319	190	601	964	518,5
LIGURIA	20	9	115	94	59,5
TRENTINO	35	0,5	4	0,3	10,0
VENETO	299	99	299	778	368,8
FRIULI	88	49	56	114	76,8
EMILIA	14	11	198	320	135,8
TOSCANA	83	30	88	507	177,0
UMBRIA	30	20	12	71	33,3
MARCHE	4	7	12	54	19,3
LAZIO	126	85	86	487	196,0
ABRUZZO	40	55	77	228	100,0
MOLISE	30	17	3	121	42,8
CAMPANIA	920	820	1009	1620	1092,3
PUGLIA	141	110	372	428	262,8
BASILICATA	46	12	30	65	38,3
CALABRIA	160	223	188	409	245,0
SICILIA	465	414	406	916	550,3
SARDEGNA	39	31	75	243	97,0

Grafico 7.1. - Ammontare delle giacenze in conto corrente per regione (valori in miliardi di lire)

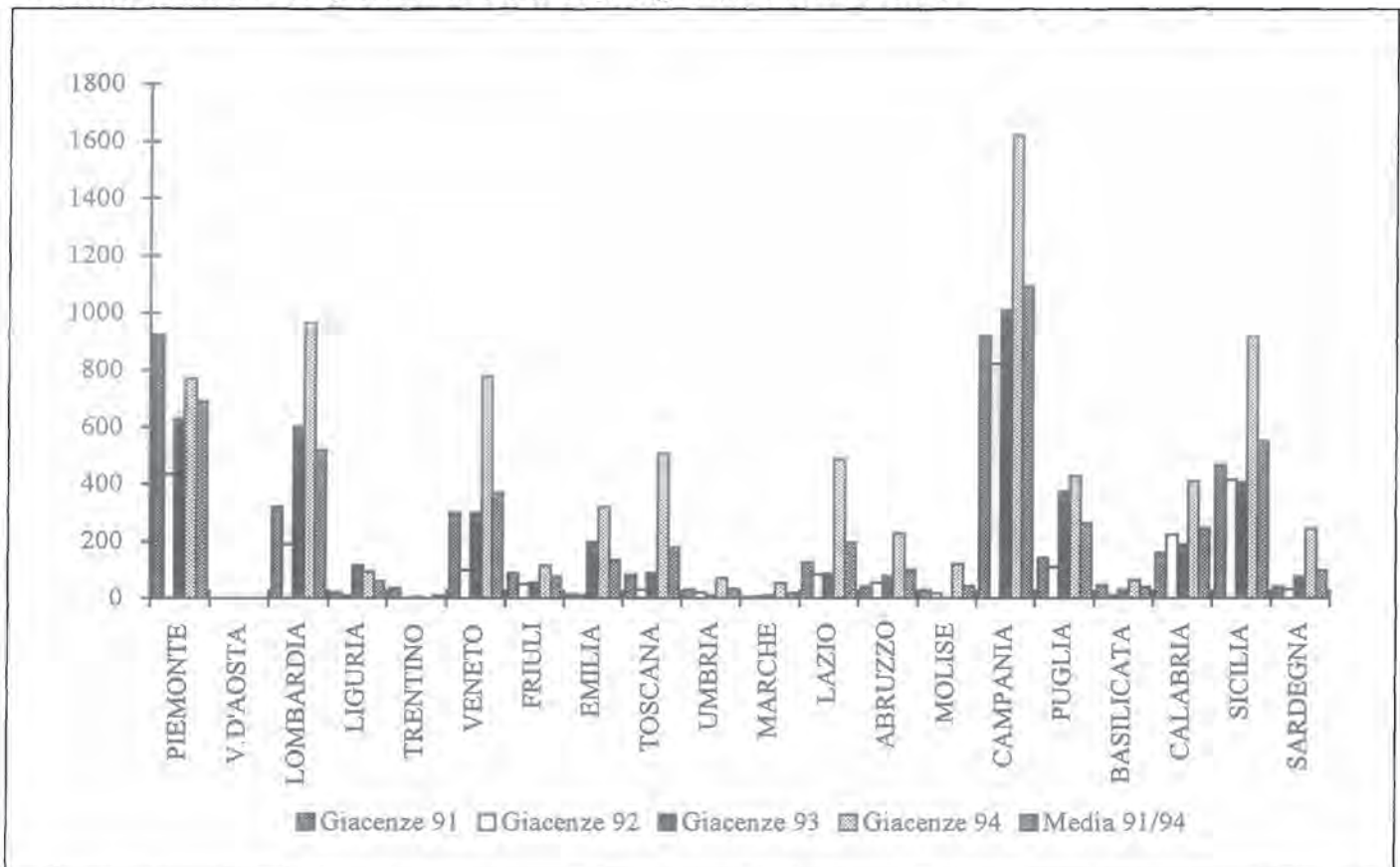


Tabella 7.2. - Ritardi di pagamento per acquisto di prodotti farmaceutici e materiale diagnostico e sanitario

	DSO 1991	DSO 1992	DSO 1993	DSO 1994	MEDIA 1991/1994
PIEMONTE	143	152	167	120	146
V. D'AOSTA	152	152	167	120	148
LOMBARDIA	172	194	165	147	170
LIGURIA	181	279	293	291	261
TRENTO	136	105	124	129	124
VENETO	220	250	212	189	218
FRIULI	161	181	165	179	172
EMILIA	199	289	246	260	249
TOSCANA	212	303	273	260	262
UMBRIA	194	312	257	261	256
MARCHE	389	554	662	356	490
LAZIO	377	464	487	637	491
ABRUZZO	204	277	386	291	290
MOLISE	335	311	374	378	350
CAMPANIA	511	593	616	668	597
PUGLIA	488	650	628	585	588
BASILICATA	192	189	213	187	195
CALABRIA	549	575	588	557	567
SICILIA	355	422	482	389	412
SARDEGNA	251	279	496	351	344
MEDIA NAZIONALE	271	327	350	318	316

Grafico 7.2. - Ritardi di pagamento per acquisti di prodotti farmaceutici

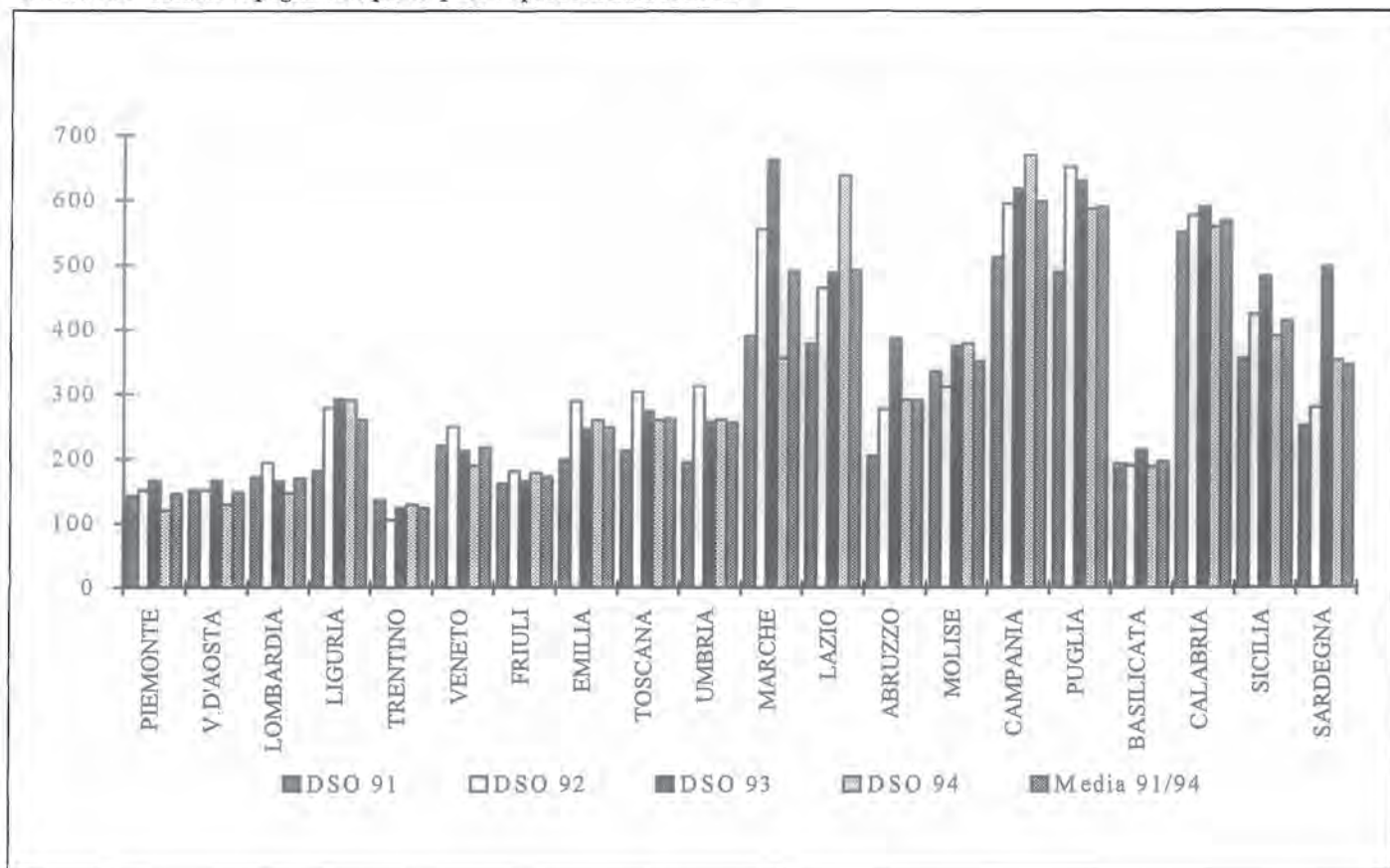
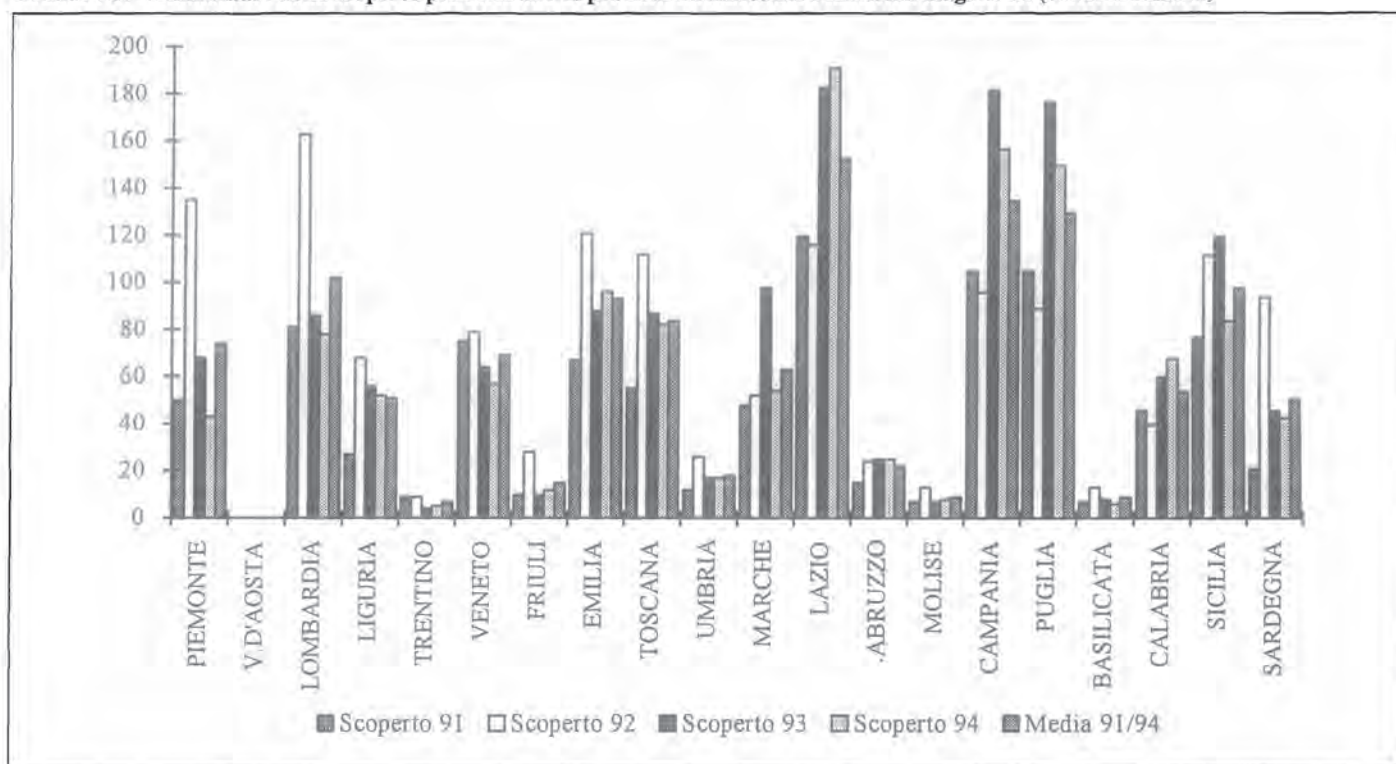


Tabella 7.3. - Ammontare dello scoperto per acquisti di prodotti farmaceutici (valori in miliardi)

	SCOPERTO 1991	SCOPERTO 1992	SCOPERTO 1993	SCOPERTO 1994	MEDIA 1991-1994
PIEMONTE	50	135	68	43	74
V. D'AOSTA	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	81	163	86	78	102
LIGURIA	27	68	56	52	51
TRENTINO	9	9	4	5	7
VENETO	75	79	64	57	69
FRIULI	10	28	10	12	15
EMILIA	67	121	88	96	93
TOSCANA	55	112	87	82	84
UMBRIA	12	26	17	17	18
MARCHE	48	52	98	54	63
LAZIO	120	116	183	191	153
ABRUZZO	15	24	25	25	22
MOLISE	7	13	7	8	9
CAMPANIA	105	96	182	157	135
PUGLIA	105	89	177	150	130
BASILICATA	7	13	8	6	9
CALABRIA	46	40	60	68	54
SICILIA	77	112	120	84	98
SARDEGNA	21	94	46	43	51
MEDIA NAZIONALE	47	70	69	61	62

Grafico 7.3. - Ammontare dello scoperto per forniture di prodotti farmaceutici e materiali diagnostici (valori in miliardi)



Allegato 8

GLI INDICI PER LA MATRICE DI POSIZIONAMENTO

Fonte: Ce.R.G.A.S., Università Bocconi, Milano

Tabella 8.1. - Indici di giacenza (rapporto tra ammontare di giacenze in conto corrente a livello regionale e ammontare medio di giacenze in conto corrente su scala nazionale)

	1991	1992	1993	1994	MEDIA 1991-1994
PIEMONTE	4,9	3,3	2,9	1,5	3,2
LOMBARDIA	1,7	1,4	2,8	1,9	2,0
LIGURIA	0,1	0,1	0,5	0,2	0,2
TRENTINO	0,2	0	0	0	0,1
VENETO	1,6	0,7	1,4	1,5	1,3
FRIULI	0,5	0,4	0,3	0,2	0,4
EMILIA	0,4	0,1	0,9	0,6	0,4
TOSCANA	0,4	0,2	0,4	0,9	0,5
UMBRIA	0,2	0,1	0	0,2	0,1
MARCHE	0,1	0,1	0	0,9	0,3
LAZIO	0,7	0,7	0,4	0,9	0,7
ABRUZZO	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4
MOLISE	0,2	0,1	0	0,3	0,2
CAMPANIA	4,9	6,2	4,7	3	4,7
PUGLIA	0,7	0,8	1,7	0,8	1,0
BASILICATA	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
CALABRIA	0,8	1,7	0,8	0,8	1,0
SICILIA	2,4	3,2	1,9	1,7	2,3
SARDEGNA	0,2	0,2	0,4	0,5	0,3

Grafico 8.1. - Indici di giacenza

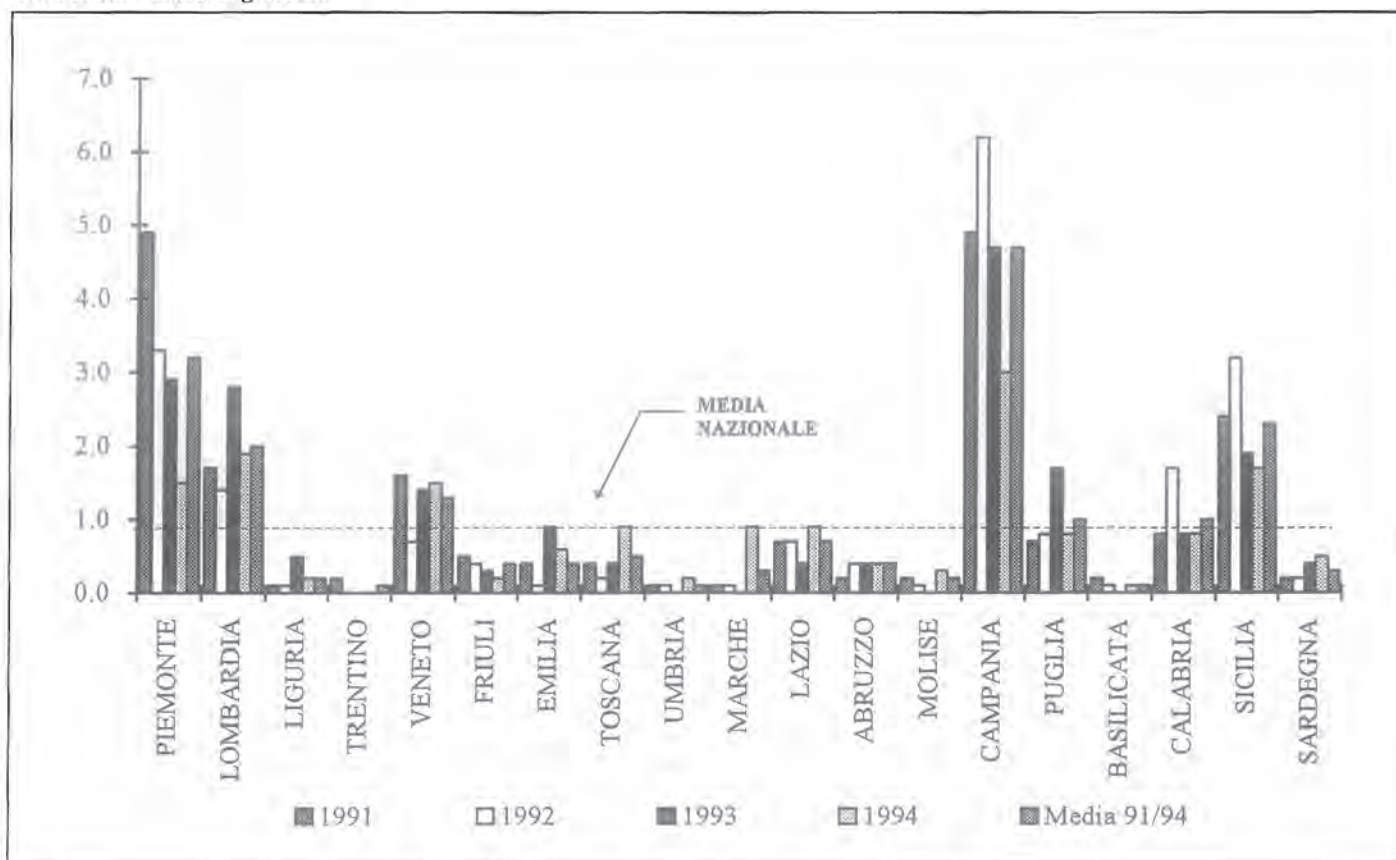


Tabella 8.2. - Rapporto percentuale di giacenza regionale in c/c sul totale delle giacenze in c/c e percentuale di ripartizione del fondo sanitario nazionale (valori al 31-12-1994)

	1 GIACENZE IN C/C SUL TOTALE	2 QUOTA DEL FONDO SANITARIO	3. RAPPORTO 1/2
PIEMONTE	9.1	7.5	1.2
LOMBARDIA	11.5	15.5	0.7
LIGURIA	1.1	3.0	0.4
TRENTINO	0.0	1.6	0.0
VENETO	9.2	7.7	1.2
FRIULI	1.4	2.1	0.6
EMILIA	3.8	7.0	0.5
TOSCANA	6.0	6.2	1.0
UMBRIA	0.8	1.4	0.6
MARCHE	0.6	2.6	0.2
LAZIO	5.8	9.2	0.6
ABRUZZO	2.7	2.2	1.2
MOLISE	1.4	0.6	2.5
CAMPANIA	19.2	9.8	2.0
PUGLIA	5.1	7.0	0.7
BASILICATA	0.8	1.1	0.7
CALABRIA	4.9	3.6	1.3
SICILIA	10.9	8.7	1.3
SARDEGNA	2.9	2.9	1.0

Grafico 8.2. - Rapporto tra percentuale di giacenze sul totale delle giacenze e percentuale di ripartizione del F.s.n.

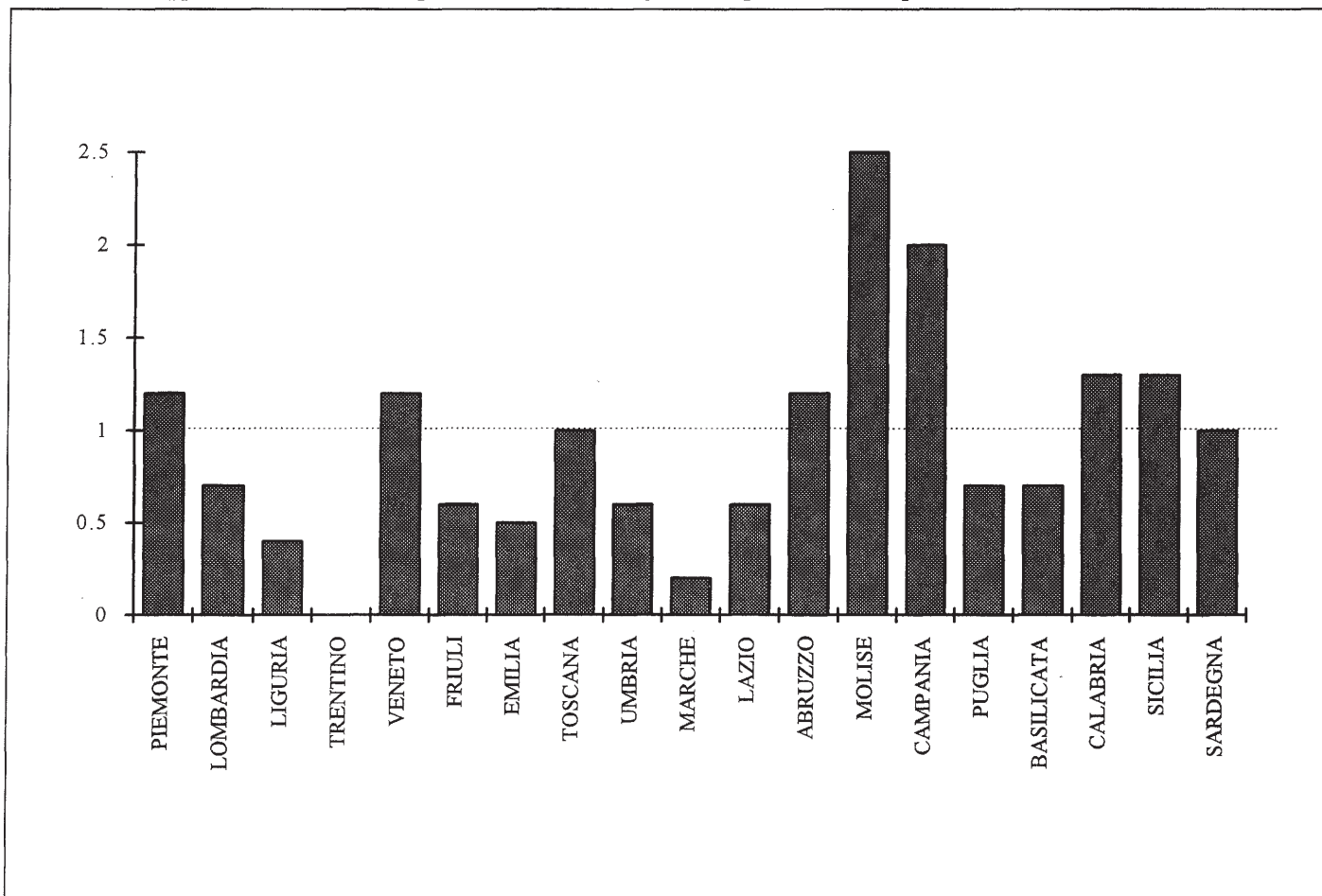


Tabella 8.3. - Indici giacenza/scoperto

	1991	1992	1993	1994	MEDIA 1991-1994
PIEMONTE	18.3	3.2	9.2	17.9	12.2
LOMBARDIA	3.9	1.2	6.7	12.5	6.1
LIGURIA	0.7	0.1	2.0	1.8	1.2
TRENTINO	3.7	0.1	1.0	0.0	1.2
VENETO	3.9	1.3	4.7	13.5	5.9
FRIULI	8.9	1.8	5.7	11.8	7.1
EMILIA	0.2	0.1	2.3	3.3	1.5
TOSCANA	1.5	0.3	1.0	4.1	1.7
UMBRIA	2.5	0.8	0.7	2.5	1.6
MARCHE	0.1	0.1	0.1	1.0	0.3
LAZIO	1.1	0.7	0.5	2.5	1.2
ABRUZZO	2.7	2.5	3.1	9.3	4.4
MOLISE	4.5	1.3	0.4	14.4	5.2
CAMPANIA	8.7	8.6	5.5	10.3	8.3
PUGLIA	1.3	1.2	2.1	2.9	1.9
BASILICATA	6.9	0.9	3.8	9.9	5.4
CALABRIA	3.5	5.6	3.1	6.0	4.6
SICILIA	6.1	3.7	3.4	10.9	6.0
SARDEGNA	1.9	0.3	1.6	5.6	2.4

Grafico 8.3. - Indice giacenze/scoperto

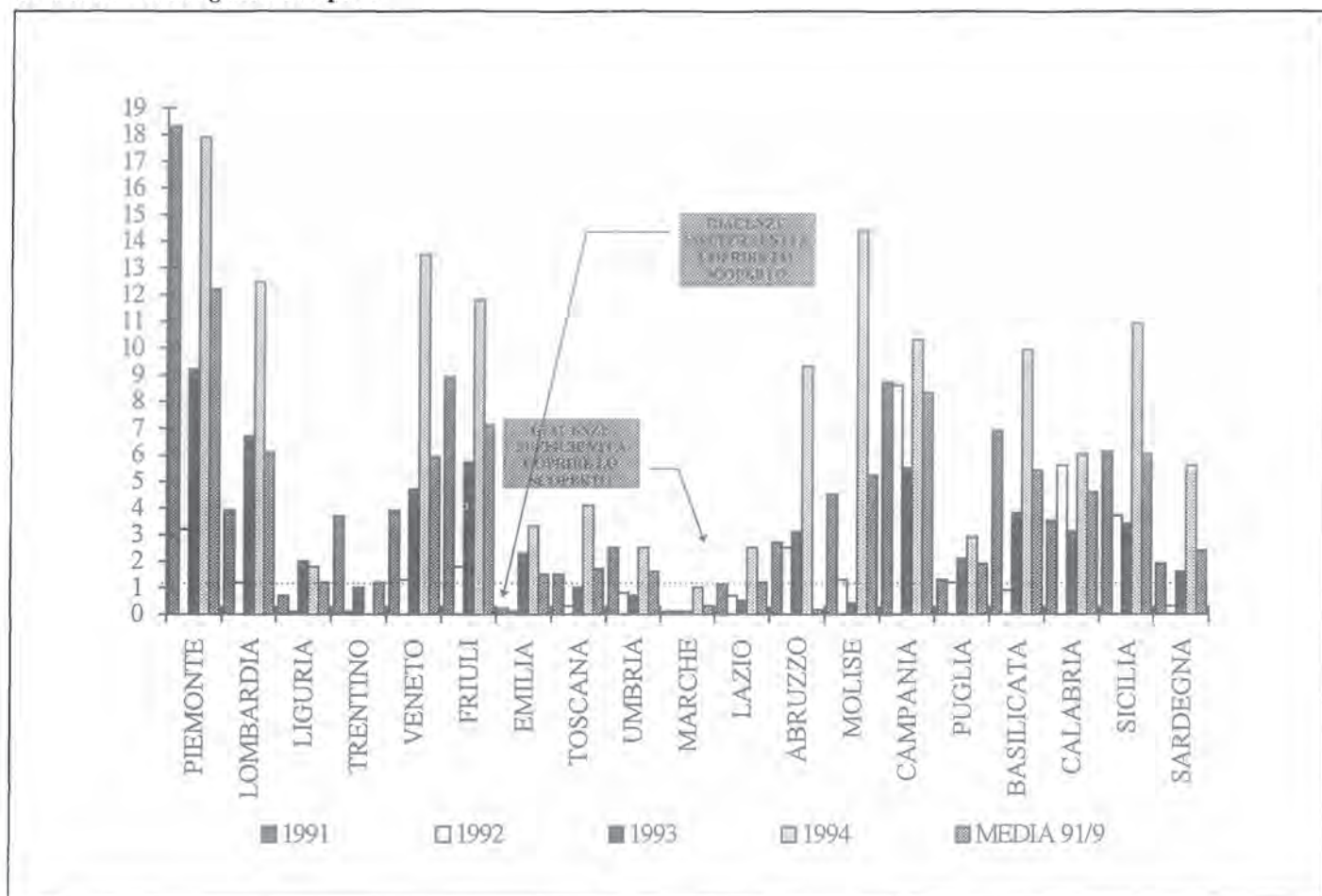


Tabella 8.4. - Indici di ritardo (rapporto tra D.S.O. a livello regionale e D.S.O. medio nazionale)

	1991	1992	1993	1994	MEDIA 1991-1994
PIEMONTE	0.6	0.5	0.5	0.4	0.5
LOMBARDIA	0.7	0.6	0.5	0.5	0.5
LIGURIA	0.7	0.8	0.8	0.8	0.8
TRENINO	0.5	0.3	0.3	0.4	0.4
VENETO	0.8	0.8	0.6	0.6	0.7
FRIULI	0.6	0.6	0.5	0.6	0.5
EMILIA	0.8	0.9	0.7	0.8	0.8
TOSCANA	0.8	0.9	0.8	0.8	0.8
UMBRIA	0.7	0.9	0.7	0.8	0.8
MARCHE	1.5	1.7	1.9	1.1	1.6
LAZIO	1.4	1.4	1.4	2.0	1.6
ABRUZZO	0.8	0.8	0.4	0.4	0.6
MOLISE	1.4	0.9	1.1	1.2	1.2
CAMPANIA	2.0	1.8	1.7	2.0	1.9
PUGLIA	1.9	2.0	1.8	1.8	1.9
BASILICATA	0.8	0.6	0.8	0.6	0.7
CALABRIA	2.1	1.7	1.7	1.7	1.8
SICILIA	1.4	1.3	1.4	1.2	1.3
SARDEGNA	0.9	0.9	1.4	1.0	1.1

Grafico 8.4. - Indice di ritardo

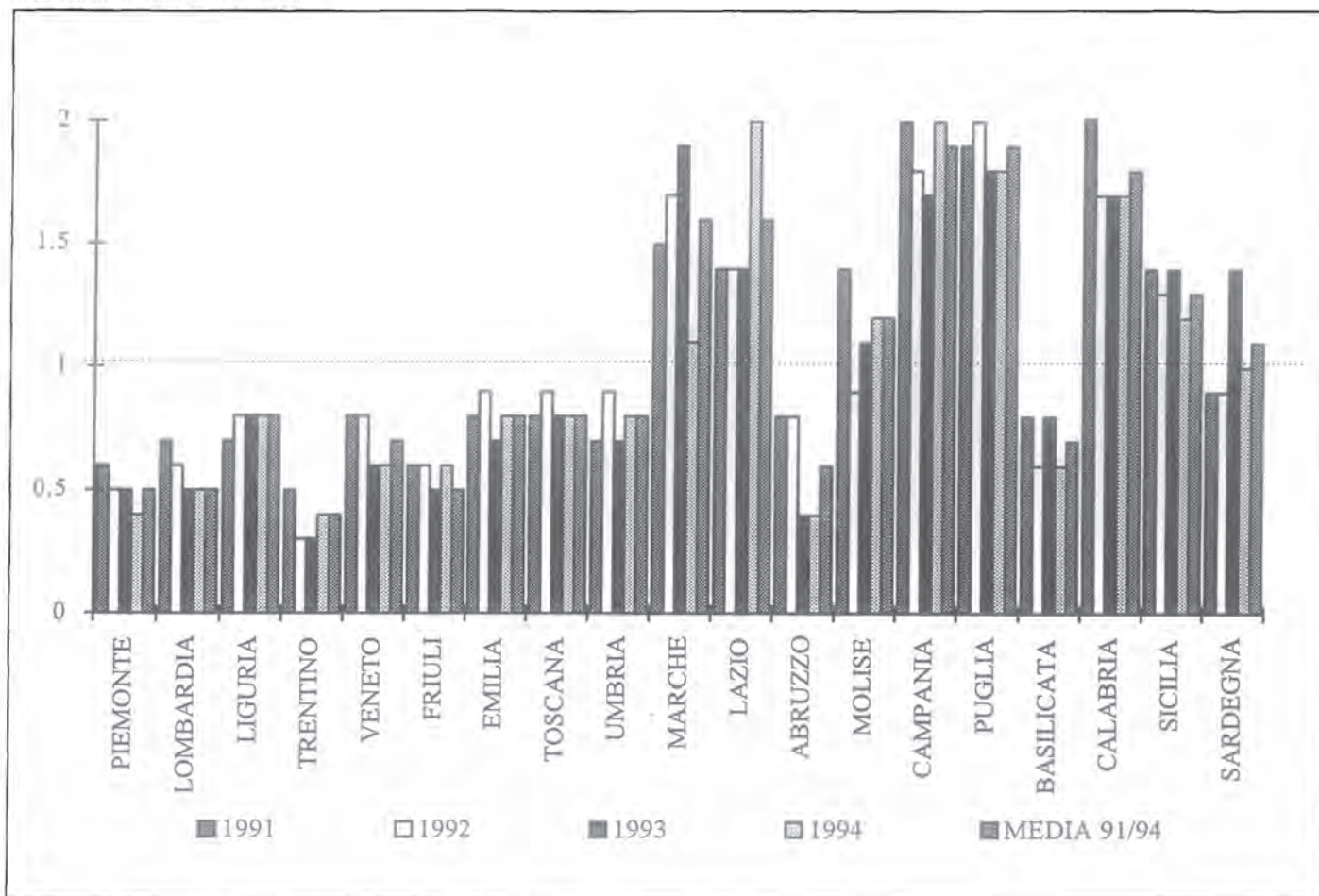


Tabella 8.5. - Indici di scoperto (rapporto tra ammontare dello scoperto su base regionale e scoperto medio nazionale)

	1991	1992	1993	1994	MEDIA 1991-1994
PIEMONTE	1.0	2.0	1.0	0.7	1.2
LOMBARDIA	1.7	2.5	1.2	1.2	1.7
LIGURIA	0.6	1.0	0.8	0.8	0.8
TRENTINO	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1
VENETO	1.6	1.2	0.9	0.9	1.2
FRIULI	0.2	0.4	0.1	0.2	0.5
EMILIA	1.4	1.8	1.3	1.5	1.5
TOSCANA	1.2	1.7	1.2	.3	1.4
UMBRIA	0.3	0.4	0.2	0.3	0.3
MARCHE	1.0	0.8	1.4	0.9	1.0
LAZIO	2.6	1.8	2.6	2.9	2.5
ABRUZZO	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4
MOLISE	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1
CAMPANIA	2.3	1.5	2.6	2.4	2.2
PUGLIA	2.3	1.4	2.6	2.3	2.2
BASILICATA	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1
CALABRIA	1.0	0.6	0.9	1.1	0.9
SICILIA	1.7	1.7	1.7	1.3	1.6
SARDEGNA	0.4	1.4	0.7	0.7	0.8

Grafico 8.5. - Indice di scoperto

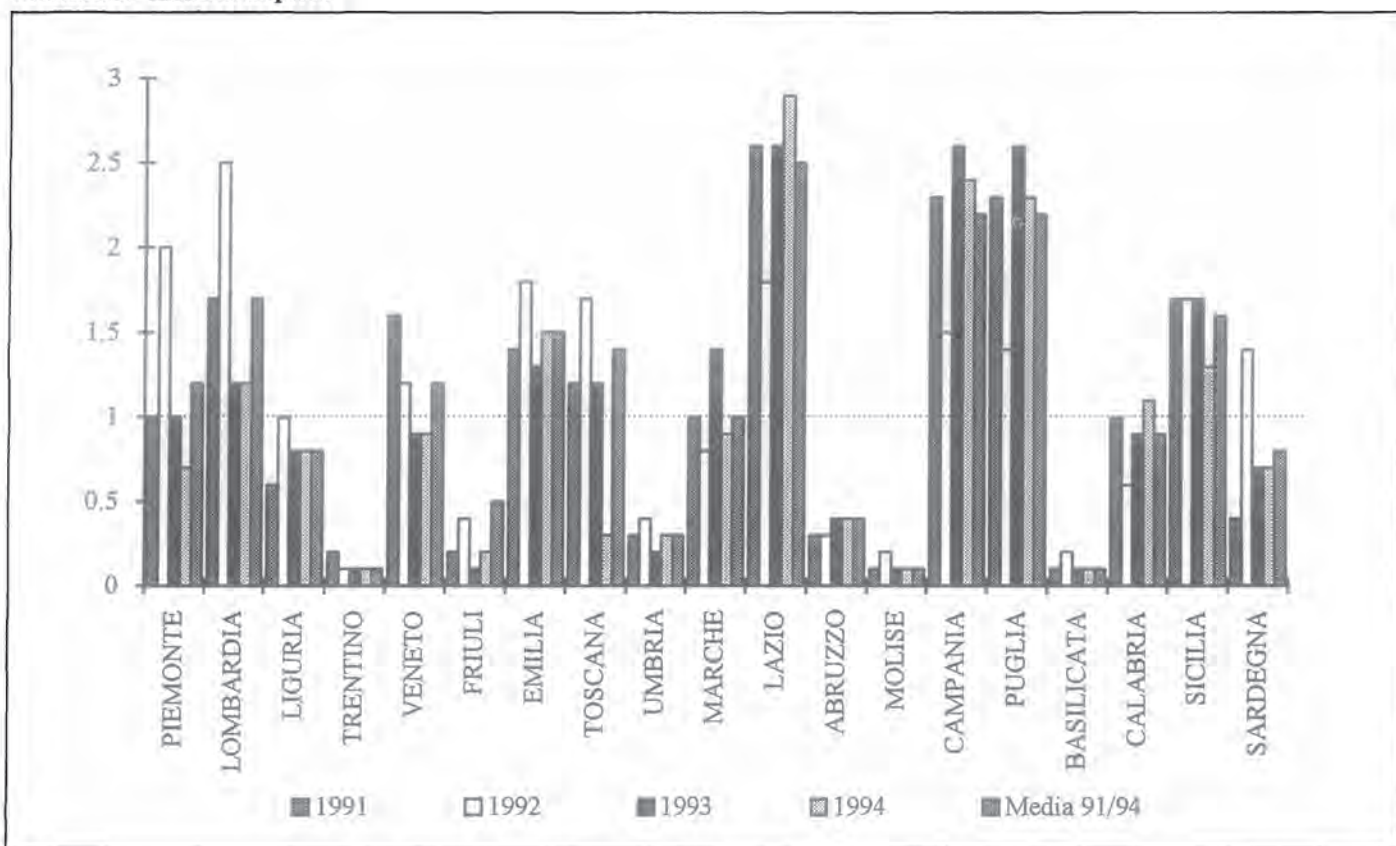


Tabella 8.6. - Analisi degli indici e definizione dell'area di appartenenza

	Indici di performance		Indici di struttura finanziaria		Posizione
	RITARDO	SCOPERTO	GIACENZA	GIACENZA/SCOPERTO	
PIEMONTE	0.5	1.2	3.2	12.2	affidabile
LOMBARDIA	0.5	1.7	2.0	6.1	affidabile
LIGURIA	0.8	0.8	0.2	1.2	affidabile
TRENTINO	0.4	0.1	0.1	1.2	affidabile
VENETO	0.7	1.2	1.3	5.9	affidabile
FRIULI	0.5	0.5	0.4	7.1	affidabile
EMILIA	0.8	1.5	0.4	1.5	da monitorare *
TOSCANA	0.8	1.4	0.5	1.7	affidabile
UMBRIA	0.8	0.3	0.1	1.6	affidabile
MARCHE	1.6	1.0	0.3	0.3	molto critica
LAZIO	1.6	2.5	0.7	1.2	critica
ABRUZZO	0.6	0.4	0.4	4.4	affidabile
MOLISE	1.2	0.1	0.2	5.2	critica
CAMPANIA	1.9	2.2	4.7	8.3	molto critica *
PUGLIA	1.9	2.2	1.0	1.9	critica
BASILICATA	0.7	0.1	0.1	5.4	affidabile
CALABRIA	1.8	0.9	1.0	4.6	critica
SICILIA	1.3	1.6	2.3	6.0	critica
SARDEGNA	1.1	0.8	0.3	2.4	affidabile

* Il posizionamento della Campania e dell'Emilia in aree diverse da quelle cui si arriverebbe considerando gli indici *tout court* sono state effettuate sulla base di informazioni aggiuntive e dell'analisi dei trend storici, come spiegato nel testo.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: IPOTESI ORGANIZZATIVA IN UNA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI FIRENZE

Regolamento provvisorio del dipartimento di prevenzione. Azienda U.s.l. 10 - Firenze

Art. 1

Principi

Il dipartimento pone alla base dei propri interventi i seguenti principi:

- programmazione per obiettivi;
- qualità;
- autonomia professionale;
- integrazione.

Art. 2

Finalità e attività

2.1. - Il dipartimento di prevenzione dell'azienda U.s.l. è la struttura preposta all'attività di prevenzione collettiva, di promozione e di tutela della salute pubblica dai rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa.

Il dipartimento persegue obiettivi di trasformazione e miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, orientando in tal senso le attività di conoscenza, sorveglianza, informazione, educazione e vigilanza.

2.2. - Il dipartimento esercita direttamente e/o a supporto dell'autorità sanitaria locale secondo le normative vigenti, le seguenti attività:

- 1) individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività e rischio negli ambienti di lavoro;
- 2) individuazione, accertamento e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di vita finalizzati alla valutazione dell'impatto sulla salute delle modificazioni ambientali in coordinamento con l'ARPAT ad esclusione delle competenze ad essa assegnate;
- 3) tutela igienico sanitaria degli alimenti, delle bevande, delle acque destinate al consumo umano e igiene della nutrizione;
- 4) controllo sull'igiene delle produzioni zootecniche negli allevamenti;
- 5) sorveglianza epidemiologica e profilassi delle malattie infettive e diffuse, comprese le zoonosi;
- 6) zooprofilassi e igiene urbana veterinaria;

7) programmazione, conduzione e valutazione di iniziative di prevenzione sui problemi prioritari di salute e partecipazione a *screening* di popolazione mirati all'accertamento precoce di determinate patologie;

8) verifica della compatibilità sanitaria dei piani urbanistici, dei progetti di insediamenti industriale e di attività produttive; controllo sull'igiene e sicurezza delle strutture di carattere produttivo, commerciale e recettivo;

9) medicina legale;

10) osservazione epidemiologica e valutazione dei bisogni sanitari;

11) valutazione della qualità delle prestazioni offerte in relazione ai bisogni individuati;

12) educazione alla salute e formazione del personale;

13) informazione e comunicazione agli utenti.

2.3. - Il dipartimento deve garantire le attività di cui sopra mediante:

— formulazione e aggiornamento di un sistema informativo sui rischi per la salute;

— gestione delle risorse economiche assegnate;

— gestione del personale afferente e valutazione dei carichi di lavoro;

— gestione dei beni e strumenti assegnati al dipartimento;

— gestione rapporti con l'ARPAT e l'istituto zooprofilattico;

— gestione dei rapporti con gli altri dipartimenti e/o altre strutture dell'azienda U.s.l.;

— gestione dei rapporti con gli omologhi dipartimenti a livello regionale e delle altre aziende U.s.l.;

— gestione dei rapporti con università ed enti di ricerca.

Al dipartimento sono garantite risorse finanziarie autonome.

Art. 3

Organizzazione del dipartimento

3.1. - Il dipartimento è organizzato in:

1) strutture di direzione e di coordinamento (responsabile dipartimento, direttivo del dipartimento, consiglio di dipartimento, aree funzionali);

- 2) strutture organizzative (centrali e a livello di area funzionale, vedi tavola 1);
- 3) gruppi di lavoro per obiettivi (dipartimentali, interdipartimentali, zonali) per disciplina, tecnico procedurati, operativi, permanenti, a termine;
- 4) strutture di staff della direzione.

Art. 4

Organi del dipartimento

Sono organi del dipartimento:

- responsabile del dipartimento nominato ai sensi dell'art. 13, L.R.T. n. 1/95;
- direttivo del dipartimento nominato ai sensi dell'art. 13, L.R.T. n. 1/95;
- consiglio di dipartimento.

Art. 5

Metodologia di funzionamento

5.1. - Il dipartimento adotta, quali principi metodologici per lo svolgimento delle proprie attività la progettazione per obiettivi e la verifica dei risultati conseguiti, con particolare riferimento alla qualità delle prestazioni erogate.

5.2. - Il dipartimento persegue i seguenti obiettivi:

- programmazione unitaria delle strategie e degli obiettivi complessivi di sanità pubblica, che consenta un razionale e integrato uso delle risorse in termini di personale, mezzi e strutture, assicurando efficienza ed efficacia degli interventi;
- uniformità metodologica nello svolgimento delle attività del dipartimento;
- omogeneità nei rapporti, con enti ed organismi istituzionali e nel raccordo funzionale con le strutture tecnico-scientifiche;
- informazione e trasparenza procedurale nei confronti dei cittadini e loro associazioni.

5.3. - Il dipartimento organizza la propria attività sia su obiettivi prioritari di rilievo aziendale che su obiettivi locali di rilevanza specifica zonale. Gli uni e gli altri possono coinvolgere una o più discipline. L'insieme degli obiettivi, delle strategie e dei tempi per il loro conseguimento costituisce la programmazione dipartimentale, organizzata di norma in piani di lavoro annuali.

5.4. - Il responsabile del dipartimento definisce, con la direzione aziendale l'attribuzione al dipartimento delle risorse finanziarie, di personale e strumentali necessarie e le attribuisce alle aree funzionali e nelle strutture organizzative del dipartimento secondo gli obiettivi concordati in accordo con il direttivo sentito anche il consiglio di dipartimento.

5.5. - Nella gestione delle risorse il dipartimento ha contabilità separata, articolata in centri di costo e si avvale del supporto delle strutture organizzative amministrative dell'azienda U.s.l.

Art. 6

Funzioni e attività degli organi direttivi del dipartimento

Le attività di direzione del dipartimento sono le seguenti:

- 1) integrazione organizzativa anche in rapporto al migliore utilizzo del personale;
- 2) gestione delle relazioni interne (direzione azienda U.s.l., responsabile di zona, comitato interdipartimentale) e delle relazioni esterne con enti ed organismi operanti nel settore;
- 3) definizione dei piani di lavoro annuali del dipartimento, comprendenti programmi di attività d'interesse dipartimentale e zonale;
- 4) coordinamento delle attività di educazione alla salute;
- 5) attività di programmazione, verifica e promozione delle qualità, e gestione del sistema informativo;
- 6) direzione organizzativa delle attività di tutela della salute pubblica in corso di emergenze igienico sanitarie, di concerto con altri enti;
- 7) attivazione e direzione di gruppi di lavoro finalizzati al raggiungimento di determinati obiettivi previsti dalla programmazione dipartimentale;
- 8) definizione di protocolli e *standard* operativi volti ad omogeneizzare i comportamenti in riferimento anche allo snellimento delle procedure e al miglioramento del rapporto con l'utenza nelle diverse realtà e verifica sui livelli di attuazione;
- 9) osservazione epidemiologica con particolare riferimento ai rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro;
- 10) promozione e coordinamento della formazione e dell'aggiornamento del personale del dipartimento;
- 11) gestione del sistema informativo sui rischi e danni per la salute in collegamento con l'ARPAT per la verifica del raggiungimento degli obiettivi, per la gestione delle risorse;
- 12) documentazione tecnico-scientifica per le articolazioni organizzative del dipartimento, anche con protocolli di intesa con il centro di documentazione regionale.

Art. 7

Funzioni del responsabile del dipartimento

7.1. - Il responsabile del dipartimento, nominato ai sensi dell'art. 13, L.R.T. n. 1/95, esercita le funzioni di direzione e coordinamento di cui all'art. 6 del presente regolamento e dirige la struttura tecnico amministrativa dipartimentale.

Il responsabile del dipartimento svolge la propria attività con impegno esclusivo.

Durante l'incarico è sostituito nella direzione della U.O. di provenienza da un dirigente di 1° livello.

Il direttore generale nomina su proposta del responsabile del dipartimento un vice responsabile che assume le funzioni di responsabile in caso di sua assenza.

Il responsabile del dipartimento può delegare l'esercizio di proprie funzioni specifiche a membri del direttivo del dipartimento.

7.2. - Per l'esercizio di attività su obiettivi specifici attinenti le funzioni della direzione, il responsabile può avvalersi di operatori collocati a livello di area funzionale, sentito il responsabile dell'U.O. interessata con il quale viene altresì concordata l'articolazione specifica della collaborazione.

7.3. - Sulla base di progetti e programmi, formula proposte alla direzione aziendale e definisce con essa l'assegnazione delle risorse necessarie per il conseguimento degli obiettivi prefissati. È responsabile delle risorse assegnategli e provvede alla loro attribuzione alla struttura di direzione ed alle strutture organizzative di prevenzione.

7.4. - Formula proposte al direttore generale in merito alla dotazione organica delle strutture organizzative e della struttura di direzione ed, in base ai cambiamenti nei bisogni e nei problemi, ne propone le opportune modifiche.

Per quanto concerne le specifiche funzioni in materia disciplinare, si rimanda ad apposita regolamentazione aziendale.

Art. 8

Direttivo del dipartimento

8.1. - Il direttivo del dipartimento, costituito ai sensi dell'art. 13, L. reg. n. 1/95 è composto dai responsabili delle aree funzionali delle zone dell'azienda n. 10 integrato da altre figure professionali nominate dal direttore generale.

8.2. - Il direttivo del dipartimento coadiuva il responsabile del dipartimento nell'esercizio delle funzioni di cui all'art. 6.

È convocato con cadenza settimanale dal direttore del dipartimento. Nel caso in cui vengano trattati argomenti di loro competenza i responsabili di altri dipartimenti devono essere invitati a partecipare alle riunioni.

Art. 9

Consiglio dipartimentale

È istituito, quale sede di elaborazione e verifica delle linee progettuali ed operative del dipartimento, il consiglio di dipartimento, costituito da tutti i responsabili delle unità operative dipartimentali integrato da altre figure o enti individuati dal direttivo del dipartimento.

Il direttore del dipartimento o suo delegato presiede il consiglio del dipartimento e lo convoca con cadenza almeno trimestrale.

Art. 10

Staff del dipartimento

10.1. - Il responsabile del dipartimento è coadiuvato da uno staff cui sono attribuiti i seguenti compiti:

— collaborazione alle attività generali di coordinamento e di direzione del responsabile;

— coordinamento delle attività di programmazione e verifica relativamente alle diverse tipologie delle strutture organizzative.

10.2. - Per l'esercizio delle funzioni di cui all'art. 6 il responsabile del dipartimento è coadiuvato da una struttura sviluppata sui seguenti temi:

- 1) sistema informativo;
- 2) VRQ;
- 3) gestione *budget*;
- 4) formazione, documentazione e educazione alla salute;
- 5) segreteria.

10.3. - Lo staff è costituito da gruppi di lavoro permanenti. All'individuazione dei referenti e dei componenti dello staff provvede il direttivo del dipartimento.

Art. 11

Aree funzionali e unità organizzative a livello di zona

11.1. - Il dipartimento a livello di zona si articola in aree funzionali, secondo quanto previsto dall'art. 9, L. reg. n. 1/95; ogni area funzionale raggruppa le strutture organizzative omogenee per disciplina presenti in ciascuna zona.

In ogni area funzionale è nominato, dal direttore generale, un responsabile che assolve i compiti previsti dall'art. 9, L. reg. n. 1/95.

11.2. - Il rapporto tra direzione dell'area funzionale e UU.OO. di prevenzione è ispirato ai seguenti principi:

— all'interno della progettazione dipartimentale autonomia delle UU.OO. nella programmazione e nel conseguente utilizzo delle risorse assegnate dal dipartimento;

— coordinamento progettuale ed operativo di obiettivi specifici zonali di tutela della salute a valenza multidisciplinare;

— coordinamento organizzativo per un più razionale utilizzo di strumenti, locali ed attrezzature;

11.3. - Le strutture organizzative di prevenzione di zona perseguono, attraverso il decentramento organizzativo ed operativo, gli obiettivi di assicurare l'erogazione delle prestazioni, di rilevare, valutare e selezionare bisogni e problemi emergenti nelle diverse realtà territoriali nonché di partecipazione a progetti di tutela della salute d'intesa con altri dipartimenti. In particolare:

1) elaborano proposte per i piani di lavoro di interesse zonale e sovra zonale, comprendenti anche i programmi di educazione sanitaria e di formazione-aggiornamento del personale;

2) realizzano i piani di lavoro approvati, con autonomia tecnico-operativa, nel rispetto dei livelli di omogeneità procedurale definiti dalla direzione del dipartimento;

3) gestiscono i rapporti operativi con le strutture zonali amministrative e con il responsabile di zona;

4) gestiscono i rapporti con i cittadini, gli enti e le organizzazioni su problemi di rilevanza zonale;

5) gestiscono le risorse assegnate;

6) provvedono alla rilevazione elaborazione e utilizzo dei dati e alla trasmissione alla direzione del dipartimento delle

informazioni concordate necessarie alle funzioni di governo raccordandosi con le articolazioni zonali del sistema informativo.

11.4. - In ogni zona dell'azienda U.s.l. è presente almeno una U.O. o sezione di: igiene degli alimenti, sanità pubblica, prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, sezione di sicurezza nei luoghi di lavoro (provvisoriamente aggregata alla precedente), sanità animale, igiene produzione, trasformazione e commercializzazione degli alimenti di origine animale. Per quanto riguarda la zona di Firenze città sono presenti 2 UU.OO. di prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro (con relative sezioni di sicurezza nei luoghi di lavoro). Per quanto riguarda la U.O. igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche si prevedono almeno due unità operative con valenza sovrazonale. Per la medicina legale si prevedono due UU.OO. con valenza zovrazonale.

Art. 12

Strutture organizzative sovrazonali di dipartimento

12.1. - A livello di dipartimento di prevenzione sono costituite le strutture organizzative sovrazonali come da (tavola 1), in particolare tali strutture avranno le seguenti modalità organizzative e funzioni:

1) U.O. *Tossicologia industriale*. Questa U.O., cui saranno aggregate provvisoriamente la sezione di igiene industriale e la sezione rischi chimici, fisici e biologici in ambiente di lavoro, svolge le attività analitiche finalizzate al monitoraggio biologico dei rischi di origine lavorativa in collaborazione con le strutture zonali di P.I.S.S.L.L., e della U.O. dipartimentale di medicina del lavoro. Concorre, inoltre, con la U.O. dipartimentale di medicina del lavoro, al sistema di sorveglianza degli eventi sentinella nell'ambito del monitoraggio sanitario della popolazione al lavoro, agendo per questo scopo in stretto collegamento con le strutture zonali di P.I.S.S.L.L. e i medici competenti delle aziende;

2) *Sezione di igiene industriale*. Questa sezione svolge le attività analitiche finalizzate al monitoraggio ambientale dei fattori di rischio chimico negli ambienti di lavoro. Essa opera in collaborazione con le strutture zonali di P.I.S.S.L.L. ed in stretto collegamento con le altre UU.OO. e sezioni a livello centrale di dipartimento, nonché con la struttura provinciale dell'ARPAT, con la quale coordinerà i necessari approfondimenti tecnico-scientifici.

Alla sezione sono assegnati laureati chimici e periti chimici;

3) *Sezione rischi chimici, fisici e biologici*. Questa sezione svolge, in stretta collaborazione con le UU.OO. P.I.S.S.L.L. attività di individuazione e valutazione dei rischi chimici, fisici e biologici negli ambienti di lavoro ed opera su tutto il territorio della U.s.l. n. 10 programmando la propria attività a livello di dipartimento, nonché con la struttura provinciale dell'ARPAT.

Alla sezione sono assegnati laureati chimici, fisici, biologi e periti industriali;

4) U.O. *Medicina del lavoro*. Svolge funzioni di esecuzione e organizzazione degli accertamenti sanitari preventivi e

periodici ai sensi della vigente normativa, per le ditte convenzionate con l'azienda U.s.l., sia direttamente, sia coordinando i medici competenti convenzionati a tal fine, che di tale U.O. fanno parte.

Gestisce l'accesso alle attività diagnostiche presenti nei diversi punti zonali di erogazione delle prestazioni, in una logica di ottimizzazione nell'uso delle risorse. Tale U.O. svolge, inoltre, funzioni di valutazione del rischio ai sensi del D.L.vo n. 626/94 per enti e/o aziende che ne facciano richiesta in ciò collaborando con i previsti servizi di sicurezza aziendali. Svolge inoltre funzioni di approfondimento e di studio su particolari tematiche di medicina del lavoro, sulla base di obiettivi programmatici individuati dal dipartimento, in collaborazione con le UU.OO. P.I.S.S.L.L. zonali;

5) U.O. *Ingegneria impiantistica*. Svolge le funzioni di verifica e controllo di impianti e macchinari secondo quanto previsto dalle vigenti normative negli ambienti di vita e di lavoro. Si rapporta con le sezioni sicurezza nei luoghi di lavoro delle aree funzionali zonali in un'ottica di complementarità delle funzioni e svolge inoltre funzioni di studio e approfondimento tecnico riguardo a problematiche specifiche riguardanti impianti e/o macchinari;

6) U.O. *Biotossicologia*. Concorre alle attività del dipartimento riguardanti l'igiene degli alimenti e l'igiene e sanità pubblica in particolare per quanto riguarda le attività analitiche e ciò in rapporto con le articolazioni dell'ARPAT e con l'Istituto zooprofilattico in un'ottica di complementarità delle prestazioni erogate sulla base di quanto definito da specifici protocolli d'intesa.

12.2. - UU.OO. degli operatori professionali di vigilanza e ispezione.

Per quanto riguarda gli operatori tecnici professionali in ogni zona è costituita una unità operativa degli «operatori professionali di vigilanza e ispezione» il cui personale opera in proiezione permanente presso le UU.OO. zonali e/o sovrazonali del dipartimento ai sensi del punto 5, art. 5, L. reg. n. 1/95.

Art. 13

Strumenti di integrazione organizzativa

13.1. - Sono strumenti di integrazione organizzativa interni al dipartimento:

- i coordinamenti dei responsabili UU.OO.;
- i gruppi di lavoro.

13.2. - I coordinamenti dei responsabili delle UU.OO., discipline afferenti alle seguenti aree:

- a) igiene pubblica;
- b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- c) attività veterinarie

sono finalizzati a:

- analisi e studio delle problematiche specifiche inerenti le competenze del settore tecnico di competenza;
- elaborazione di proposte per armonizzare attività, procedure e modelli organizzativi delle UU.OO. nelle diverse zone;

— formulazione di proposte per i piani di lavoro.

I coordinamenti di cui sopra operano su mandato specifico del direttivo del dipartimento.

13.3. - I gruppi di lavoro sono finalizzati a supportare le funzioni di direzione del dipartimento e al raggiungimento di obiettivi specifici in materia di progettazione di piani mirati e di stesura di protocolli operativi.

I gruppi di lavoro costituiscono una modalità organizzativa che il dipartimento considera prioritaria nella elaborazione dei programmi e nella gestione delle attività ad esso attribuite.

Per ciascun gruppo è individuato dagli organi di direzione del dipartimento un responsabile.

I gruppi di lavoro possono anche essere a termine e, in tal caso, è fissato un tempo definito per raggiungere gli obiettivi prefissati, prevedendo anche scadenze di verifica intermedie.

Ai gruppi stessi compete anche il monitoraggio e la valutazione tecnica sull'attuazione delle procedure e dei piani approvati.

I gruppi di lavoro sono costituiti da operatori provenienti da qualsiasi struttura organizzativa del dipartimento e, all'occorrenza, da altre strutture dell'azienda o esterni ad essa.

La competizione dei gruppi di lavoro è definita dal direttivo del dipartimento.

13.4. - Devono essere previsti coordinamenti esterni al dipartimento con l'ARPAT e con l'istituto zooprofilattico.

13.5. - In particolare, il coordinamento tra dipartimento di prevenzione e l'ARPAT si ispirerà ai seguenti principi:

— titolarità del dipartimento nella formulazione di pareri e di valutazioni sanitarie su eventi ambientali;

— integrazione nella prevenzione, controllo e valutazione di fattori di rischio ambientali (rumore, radioprotezione e radioattività ambientale, qualità dell'aria, rischi di incidente rilevante);

— integrazione nell'esame preventivo dei nuovi insediamenti produttivi;

— costruzione di un sistema informativo integrato sui rischi e sui danni;

— collaborazione ed integrazione nella formazione del personale e nella documentazione scientifica e giuridica;

— integrazione operativa nella gestione tecnica delle emergenze ambientali con implicazioni di tipo igienico sanitario.

La definizione di meccanismi di integrazione operativa è rimandata a successivi protocolli d'intesa tra dipartimento e organi dell'ARPAT, non appena questi saranno costituiti.

Con l'istituto zooprofilattico vanno definite intese al fine di assicurare al dipartimento:

— supporto analitico diagnostico nel campo dell'igiene degli alimenti e della sanità animale;

— collaborazione nella formazione del personale del dipartimento e nella documentazione scientifica;

— collaborazione nella ricerca epidemiologica;

— collaborazione alla ricostruzione di un sistema informativo integrato sui rischi e sui danni.

Tavola 1 - Struttura organizzativa del dipartimento prevenzione, azienda U.s.l. 10

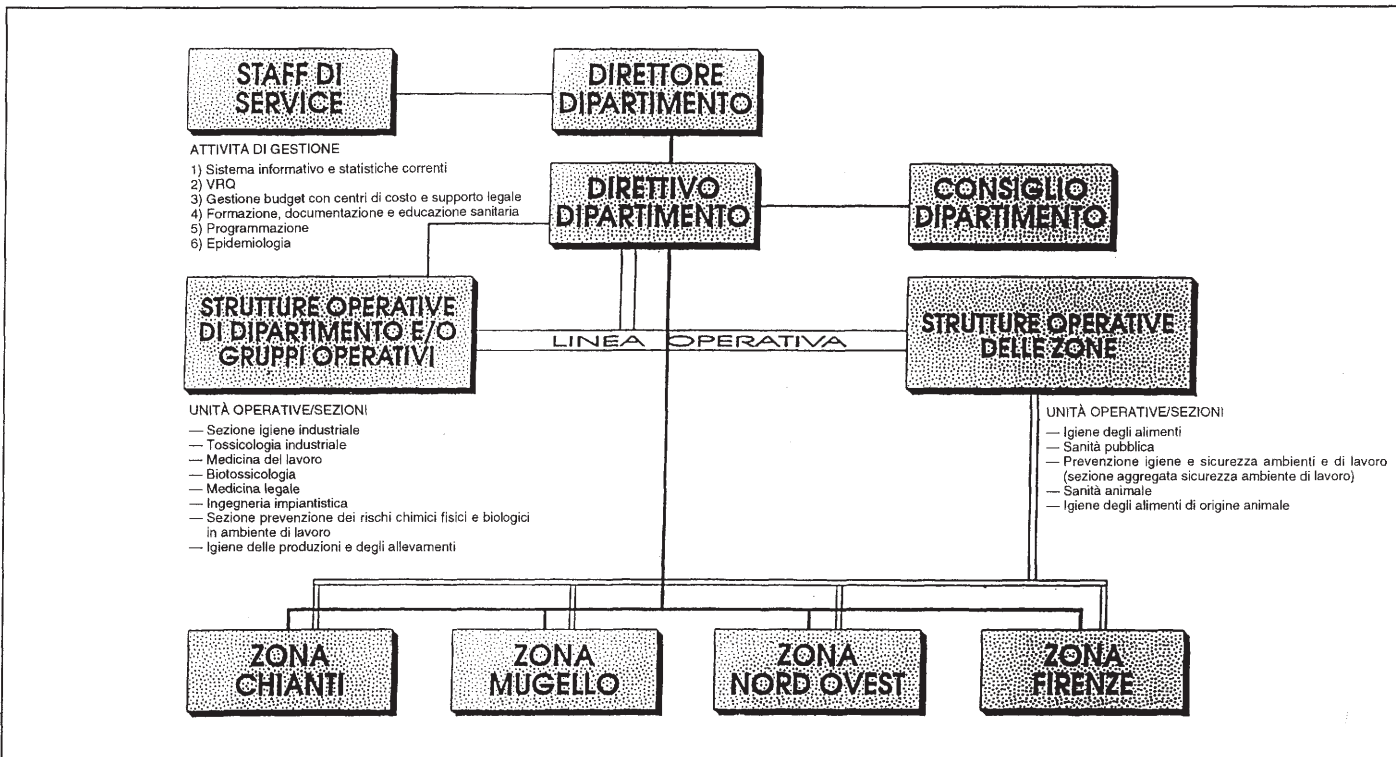
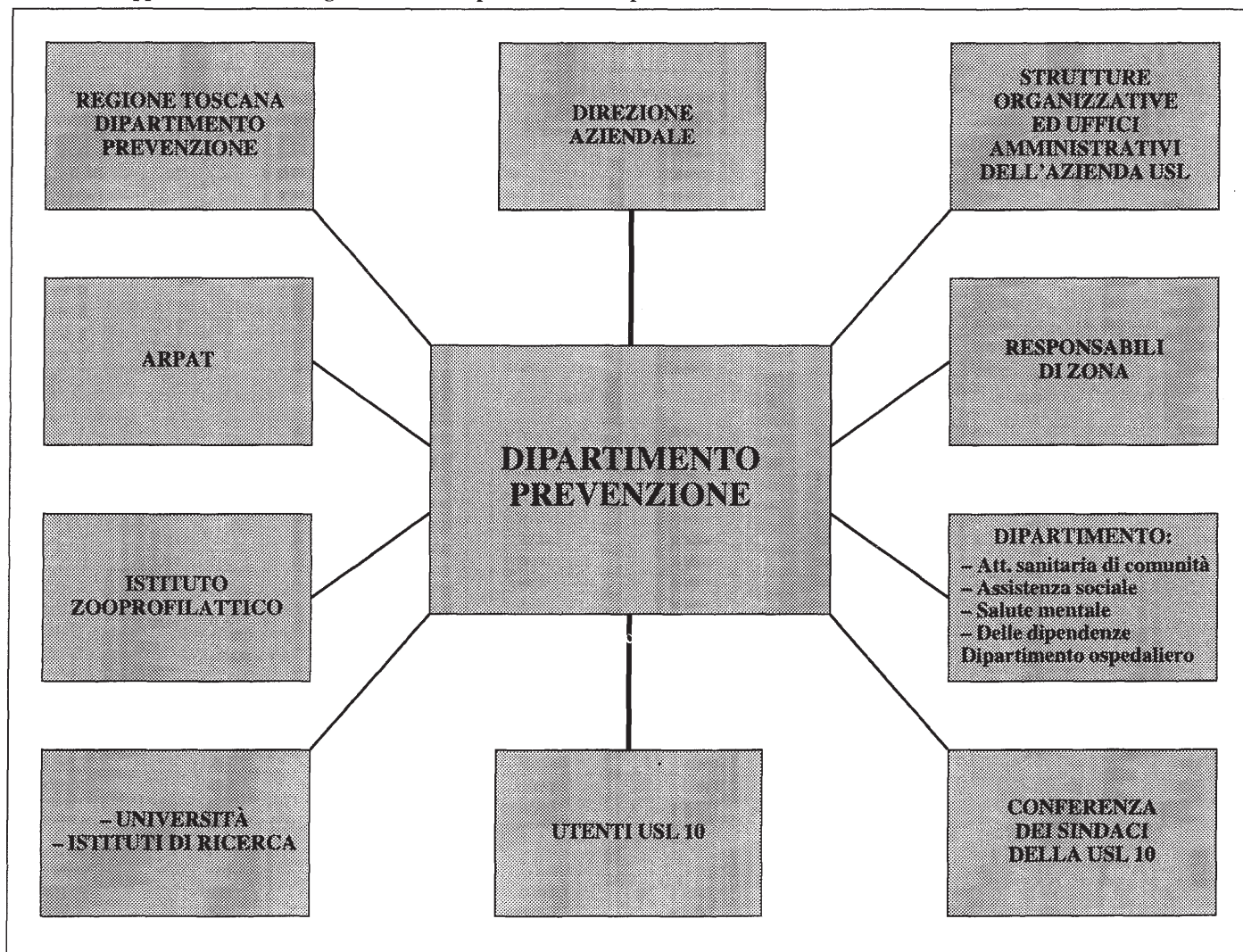


Tavola 2 - Rapporti funzionali e organizzativi del dipartimento della prevenzione



(1) L'articolo 8 del decreto legislativo n. 517 del 1993 ha così sostituito ed integrato l'articolo 7 del decreto legislativo n. 502 del 1992:

Dipartimenti di prevenzione

1. - Le Regioni istituiscono presso ciascuna Unità sanitaria locale un dipartimento di prevenzione cui sono attribuite le funzioni attualmente svolte dai servizi delle Unità sanitarie locali ai sensi degli articoli 16, 20 e 21 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (*). Il dipartimento è articolato almeno nei seguenti servizi:

- a) igiene e sanità pubblica;
- b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;

c) igiene degli alimenti e della nutrizione;

d) veterinari, articolati distintamente nelle tre aree funzionali della sanità animale, dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, e dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

I servizi veterinari si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli istituti zooprofilattici sperimentali. La programmazione regionale individua le modalità di raccordo funzionale tra i dipartimenti di prevenzione e gli istituti

zooprofilattici per il coordinamento delle attività di sanità pubblica veterinaria.

2. - Le attività di indirizzo e coordinamento necessario per assicurare la uniforme attuazione delle normative comunitarie e degli organismi internazionali sono assicurate dal Ministero della sanità che si avvale, per gli aspetti di competenza, dell'istituto superiore di sanità, dell'istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, degli istituti zooprofilattici sperimentali, dell'agenzia per i servizi sanitari regionali, dell'agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente e degli istituti di ricerca del CNR e dell'ENEA.

3. - I dipartimenti di prevenzione, tramite la Regione, acquisiscono dall'istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro ogni informazione utile ai fini della conoscenza dei rischi per la tutela della salute e per la sicurezza degli ambienti di lavoro. L'istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro garantisce la trasmissione delle anzidette informazioni anche attraverso strumenti telematici.

(*) Il testo degli artt. 16, 20, 21 e 22 della L. n. 833/1978 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale) è il seguente:

«Art. 16 (*Servizi sanitari*) — La legge regionale stabilisce norme per il riordino dei servizi veterinari a livello regionale nell'ambito di ciascuna Unità sanitaria locale o in un ambito territoriale più ampio, tenendo conto della distribuzione e delle attitudini produttive del patrimonio zootecnico, della riproduzione animale, della dislocazione e del potenziale degli impianti di macellazione, di lavorazione e di conservazione delle carni e degli altri prodotti di origine animale, della produzione dei mangimi e degli integratori, delle esigenze della zooprofilassi, della lotta contro le zoonosi e della vigilanza sugli alimenti di origine animale. La legge regionale individua anche le relative strutture multizonali e ne regola il funzionamento ai sensi dell'art. 18».

«Art. 20 (*Attività di prevenzione*). — Le attività di prevenzione comprendono:

a) la individuazione, l'accertamento ed il controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e di lavoro, in applicazione delle norme di legge vigenti in materia e al fine di garantire il rispetto dei limiti massimi inderogabili di cui all'ultimo comma dell'art. 4, nonché al fine della tenuta dei registri di cui al penultimo comma dell'art. 27; i predetti compiti sono realizzati anche mediante collaudi e verifiche di macchine, impianti e mezzi di protezione prodotti, installati o utilizzati nel territorio dell'Unità sanitaria locale in attuazione delle funzioni definite dall'art. 14;

b) la comunicazione dei dati accertati e la diffusione della loro conoscenza, anche a livello di luogo di lavoro e di ambiente di residenza, sia direttamente che tramite gli organi del decentramento comunale, ai fini anche di una corretta gestione degli strumenti informativi di cui al successivo art. 7, e le rappresentanze sindacali;

c) la profilassi degli eventi morbosi, attraverso l'adozione delle misure idonee a prevenirne l'insorgenza;

f) la verifica, secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti, della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamenti industriali e di attività produttive in genere con le esigenze di tute-

la dell'ambiente sotto il profilo igienico-sanitario e di difesa della salute della popolazione e dei lavoratori interessati.

Nell'esercizio delle funzioni ad esse attribuite per l'attività di prevenzione le Unità sanitarie locali, garantendo per quanto alla lettera d) del precedente comma la tutela del segreto industriale, si avvalgono degli operatori sia dei propri servizi di igiene, sia dei presidi specialistici multizonali di cui al successivo art. 22, sia degli operatori che, nell'ambito delle loro competenze tecniche e funzionali, erogano le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione.

Gli interventi di prevenzione all'interno degli ambienti di lavoro, concernenti la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di misure necessarie ed idonee a tutelare la salute e l'integrità fisica dei lavoratori, connessi alla particolarità del lavoro e non previste da specifiche norme di legge, sono effettuati sulla base di esigenze verificate congiuntamente con le rappresentanze sindacali ed il datore di lavoro, secondo le modalità previste dai contratti o accordi collettivi applicati nell'unità produttiva».

«Art. 21 (*Organizzazione dei servizi di prevenzione*). — In relazione agli standards fissati in sede nazionale, all'Unità sanitaria locale sono attribuiti, con decorrenza 1° gennaio 1980, i compiti attualmente svolti dall'ispettorato del lavoro in materia di prevenzione, di igiene e di controllo sullo stato di salute dei lavoratori, in applicazione di quanto disposto dall'art. 27 del D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616.

Per la tutela della salute dei lavoratori e la salvaguardia dell'ambiente le Unità sanitarie locali organizzano propri servizi di igiene ambientale e di medicina del lavoro anche prevedendo, ove essi non esistano, presidi all'interno delle unità produttive.

In applicazione di quanto disposto nell'ultimo comma dell'art. 2 del D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, spetta al prefetto stabilire, su proposta del presidente della Regione, quali addetti ai servizi di ciascuna Unità sanitaria locale, nonché ai presidi e ai servizi di cui al successivo art. 22, assumano, ai sensi delle vigenti leggi, la qualifica di ufficiali di polizia giudiziaria, in relazione alle funzioni ispettive e di controllo da essi esercitate relativamente all'applicazione delle legislazioni sulla sicurezza del lavoro.

Al personale di cui al comma precedente è esteso il potere d'accesso attribuito agli ispettori del lavoro dell'art. 8, comma 2, nonché la facoltà di diffida prevista dall'art. 9 del D.P.R. 19 marzo 1955, n. 520.

Contro i provvedimenti adottati dal personale ispettivo, nell'esercizio delle funzioni di cui al comma 3, è ammesso ricorso al presidente della Giunta regionale che decide, sentite le organizzazioni dei lavoratori e dei datori di lavoro.

Il presidente della giunta può sospendere l'esecuzione dell'atto impugnato.

«Art. 22 (*Presidi e servizi multizonali di prevenzione*) — La legge regionale, in relazione alla ubicazione e alla consistenza degli impianti industriali ed alle peculiarità dei processi produttivi agricoli, artigianali e di lavoro a domicilio:

a) individua le Unità sanitarie locali in cui sono istituiti presidi e servizi multizonali per il controllo e la tutela dell'igiene ambientale e per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;

b) definisce le caratteristiche funzionali e interdisciplinari di tali presidi e servizi multizonali;

c) prevede le forme di coordinamento degli stessi con i servizi di igiene ambientale e di igiene e medicina del lavoro di ciascuna Unità sanitaria locale.

I presidi e i servizi multizonali di cui al comma precedente sono gestiti dall'Unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati, secondo le modalità di cui all'art. 18».

(2) Gli articoli 9 e 13 della legge regionale 2 gennaio 1995, n. 1 (disciplina sull'organizzazione e funzionamento delle Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ai sensi degli artt. 3 e 4 del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni), sono i seguenti:

Art. 9

I dipartimenti territoriali delle Unità sanitarie locali

1. - Sono dipartimenti territoriali delle Unità sanitarie locali:

- a) il dipartimento della prevenzione;
- b) il dipartimento delle attività sanitarie di comunità;
- c) il dipartimento di assistenza sociale;
- d) il dipartimento della salute mentale;
- e) il dipartimento delle dipendenze.

Per il dipartimento di cui alla precedente lettera e) il Piano sanitario regionale determina i criteri per la sua costituzione. Il Piano sanitario individua altresì ulteriori eventuali dipartimenti, determinando i relativi criteri di costituzione.

2. - I dipartimenti territoriali coadiuvano la direzione aziendale nelle attività di pianificazione e svolgono in particolare i seguenti compiti:

a) coordinando le aree funzionali di cui al successivo comma 3, assicurando che ogni struttura operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee sul territorio della Unità sanitaria locale, nonché attuando verifiche periodiche della attività svolta, in coerenza con i sistemi di controllo gestionale e di qualità delle prestazioni aziendali;

b) contribuiscono alla allocazione delle risorse sulla base delle indicazioni del Piano sanitario regionale;

c) garantiscono, attraverso la predisposizione dei programmi dipartimentali, che le risorse siano attribuite al territorio secondo le indicazioni del piano attuativo locale di cui all'articolo 6, comma 3, della L. reg. 29 giugno 1994, n. 49;

d) concorrono alla definizione dei programmi di formazione e di aggiornamento professionale degli operatori.

3. - I dipartimenti di cui al comma 1 si articolano, al livello della zona, in aree funzionali, che raggruppano le varie strutture organizzative professionali di competenza del dipartimento.

Sono compiti delle aree funzionali:

a) assicurare il necessario grado di integrazione tra le attività che risultano strettamente complementari ai fini della erogazione delle prestazioni, ferma restando la responsabilità professionale delle unità operative di riferimento;

b) gestire le risorse attribuite all'area funzionale garantendo l'uso integrato delle stesse per migliorare i livelli qualitativi, quantitativi ed economici del sistema, garantendo altresì la

gestione unitaria delle aree operative degli spazi e delle attrezzature comuni;

c) applicare metodologie e protocolli comuni per la realizzazione dei compiti affidati;

d) garantire lo svolgimento integrato dei compiti delle unità operative ed in particolare di quelli di cui al comma 6, lettera e), dell'art. 5.

Art. 13

Organismi dipartimentali e relativa costituzione

1. - Per ciascuno dei dipartimenti previsti dagli artt. 9, comma 1, e 10, comma 1, è costituito un comitato direttivo.

2. - Per ciascuna delle aree funzionali di cui all'art. 9, comma 3, ed all'art. 10, comma 2, viene individuato un responsabile, tra i direttori delle unità operative afferenti all'area, che è nominato dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario o del coordinatore dei servizi sociali in relazione alle rispettive competenze.

3. - I responsabili delle aree funzionali fanno parte dei comitati direttivi per ognuno dei dipartimenti di cui al comma 1. Allo scopo di garantire la presenza nel comitato delle varie figure professionali, il direttore generale nomina ulteriori componenti tra i direttori delle strutture organizzative professionali presenti nelle aree funzionali, designati, secondo le rispettive competenze, dal direttore sanitario e dal coordinatore dei servizi sociali.

4. - Per ciascun comitato di dipartimento delle Unità sanitarie locali, il direttore generale nomina un responsabile, individuato tra i responsabili delle aree funzionali, su proposta del direttore sanitario e, per il dipartimento territoriale di assistenza sociale, su proposta del coordinatore dei servizi sociali.

5. - Nelle Unità sanitarie locali costituite in una sola zona, i responsabili delle aree funzionali assistono il direttore sanitario e il coordinatore dei servizi sociali, per le rispettive competenze, nell'esercizio delle loro funzioni.

6. - Nelle aziende ospedaliere i responsabili delle aree funzionali ospedaliere vengono individuati con le modalità di cui al comma 2 e assistono il direttore sanitario dell'azienda medesima. La responsabilità generale delle strutture funzionali del presidio ospedaliero è competenza del direttore sanitario dell'azienda ospedaliera, il quale può avvalersi di specifici referenti nel caso di articolazione in più presidi.

(3) Il piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 1° marzo 1994, disciplina le materie come segue:

3.A. - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

1. - Obiettivo del livello è quello di promuovere la salute

della popolazione nel suo complesso mediante la profilassi delle malattie infettive e diffuse; il controllo dei fattori di rischio presenti nel territorio; il controllo dei fattori di rischio collettivi ed individuali presenti negli ambienti di vita e di lavoro; la profilassi

si veterinaria necessaria per la tutela del patrimonio zootecnico dalle malattie infettive e diffusive e per la tutela della popolazione umana dalle antropozoonosi e per la salvaguardia dell'ambiente, anche utilizzando il modello animale quale strumento di sorveglianza; il controllo degli alimenti e delle bevande sia di origine animale che vegetale, nei momenti di produzione, lavorazione, deposito, trasporto e distribuzione degli stessi.

2. - Il livello è realizzato attraverso il complesso delle attività e prestazioni di prevenzione collettiva di seguito elencate:

a) Profilassi delle malattie infettive e diffusive:

— vaccinazioni secondo la normativa vigente e nell'ambito di interventi e campagne di prevenzione collettiva autorizzate con atti formali dalle Regioni;

— interventi di profilassi internazionale;

— controllo delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei focolai.

b) Tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale:

— controllo dell'inquinamento atmosferico e acustico;

— controllo sugli impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani;

— controllo sulla detenzione e sullo smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi;

— controllo sulla qualità delle acque destinate al consumo umano;

— controllo sulle piscine pubbliche o di uso pubblico;

— controllo sulle acque di balneazione;

— controllo degli scarichi civili, produttivi e sanitari.

c) Tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari connessi agli ambienti di vita e di lavoro:

— attività di accertamento, vigilanza e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di vita;

— attività di accertamento, vigilanza e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di lavoro;

— controllo sul commercio, la vendita e l'impiego dei fitofarmaci e dei presidi sanitari;

— controllo sulle attività agricole, forestali e della pesca;

— controllo della salute dei lavoratori;

— promozione della salute dei minori in ambiente scolastico;

— certificazioni sanitarie, ai fini preventivi e di tutela della salute pubblica;

— espletamento dei compiti di polizia mortuaria.

d) Sanità pubblica veterinaria:

— controllo dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;

— sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive, ed in particolare di quelle esotiche;

— vigilanza e lotta al randagismo per il controllo della popolazione canina, soprattutto ai fini della prevenzione della echinococcosi/idiatidiosi;

— vigilanza sulla utilizzazione degli animali da esperimento;

— vigilanza e controllo sulla preparazione, commercializzazione e impiego dei mangimi e degli integratori per mangimi.

e) Tutela igienico-sanitaria degli alimenti:

nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente, secondo la programmazione sanitaria regionale:

— controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e delle bevande, con verifica dell'adeguamento delle strutture di macellazione alle normative comunitarie;

— ricerca di residui di farmaci o sostanze farmacologicamente attive e di contaminanti ambientali negli alimenti;

— controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti della prima infanzia;

— campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande.

9. Finanziamento livelli di assistenza

Il Piano sanitario nazionale, nell'indicare i livelli uniformi di assistenza, deve anche verificare che essi siano rapportati «al volume delle risorse a disposizione».

Detta prescrizione nasce dall'esigenza di:

— definire in maniera inequivoca quali attività sono finanziabili a carico del Fondo sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità economiche;

— garantire alle Regioni certezza di finanziamento, responsabilizzandole per spese compiute in eccesso al finanziamento capitaro per cittadino residente, al netto della compensazione per mobilità sanitaria e dell'eventuale finanziamento aggiuntivo del fondo di riequilibrio, ove spettante.

È da considerare, inoltre, che l'obbligo di legge è di procedere al riparto del fondo sanitario per quote capitarie ragguagliate ai livelli uniformi di assistenza.

Il nuovo criterio è stato già utilizzato per la ripartizione del fondo sanitario degli anni 1992 e 1993, stabilendo per quest'ultimo anno i seguenti parametri capitari di finanziamento dei livelli uniformi di assistenza:

— prevenzione	L. 78.350
— assistenza sanitaria di base	L. 315.540
— assistenza specialistica e semi-residenziale territoriale	L. 159.500
— assistenza ospedaliera	L. 819.430
— assistenza residenziale sanitaria	L. 85.570
— attività di supporto	L. 66.830

Quota capitaria	L. 1.525.220
-----------------	--------------

Detta quota capitaria risulta ragguagliata a livelli assistenziali attestati, in misura realistica, su livelli medi, con la considerazione che i parametri capitari di ciascun livello non sono da ricondurre a valori assoluti di riferimento ma a valori medi di finanziamento. Questi possono legittimamente oscillare in modo

differenziato in rapporto ai diversi modelli organizzativi localmente adottati e alla correlazione di complementarità e sostituibilità tra le diverse forme di intervento assistenziale.

Per l'anno 1994, tenendo conto delle indicazioni della legge finanziaria — che prevedono riduzioni di spesa per lire 5.415 miliardi — e delle conseguenti ricadute sui livelli di assistenza, la quota capitaria può essere determinata in lire 1.495.000.

Per gli anni 1995 e 1996, il fabbisogno per i livelli di assistenza, calcolato con criteri proiettivi, porta alla determinazione delle seguenti quote capitarie:

- 1995 L. 1.532.400 (1.495.000+2,5%);
- 1996 L. 1.563.000 (1.532.400+2,0%).

Queste note sono da ritenere valide solo in assenza di:

— rinnovi contrattuali e di rapporti convenzionali o di eventuali oneri aggiuntivi derivanti da ulteriori disposizioni legislative;

— possibili effetti positivi conseguenti all'attuazione delle indicazioni di cui alla L. n. 412/91 e al D.L.vo n. 502/92 che potranno produrre vantaggi economici a misura che verranno rimosse le cause di talune diseconomie di sistema.

Le stesse quote capitarie potranno essere oggetto di revisione in conseguenza del riflesso sul Fondo sanitario nazionale della manovra per il riequilibrio finanziario per gli anni 1995 e 1996.

Le spese in conto capitale trovano copertura nelle previsioni della legge finanziaria che per gli anni 1993, 1994 e 1995 ammontano rispettivamente a mld. 300, 990 e 990; risulta altresì disponibile per le finalità individuate dall'art. 20 della L. n. 67/88 l'intero stanziamento del primo triennio secondo le previsioni della legge di bilancio che recano lo stanziamento relativo agli oneri per l'ammortamento dei mutui, nel capitolo 7855 dello stato di previsione del Ministero del tesoro.

COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS IN DECISIONMAKING

INTERNATIONAL CONFERENCE
NOVEMBER 30 THROUGH DECEMBER 1, 1995

Duke University - Durham, North Carolina

NOVEMBER 30, 1995 U.S.A.

ACTUAL EXPERIENCE WITH USE
OF COST-EFFECTIVENESS
IN THE UNITED STATES

Overview of Managed Care
Jacques Sokolov
Coastal Healthcare Group, Inc.

Health Maintenance
Organization Formularies
Susan Horn
Institute for Clinical Outcomes Research

Pharmaceutical Benefit
Management Companies
Henry G. Grabowski
Duke University

Managed Care and FDA Panel
U.S. Hospital Sector Overview
James C. McAllister, II
Duke University Medical Center

Hospital Formularies
Frank A. Sloan
Duke University

Medicaid Formularies
Stephen B. Soumerai
Harvard Medical School

Medicaid Reactor Panel

Oregon's Use
of Cost-Effectiveness Analysis
James F. Blumstein
Vanderbilt University

Evening Speakers

European and U.S. Healthcare Systems:
Framework for Analysis
Uwe Reinhardt
Princeton University
J. Matthias Graf von der Schulenburg

DECEMBER 1, 1995 EUROPE AND AUSTRALIA

ACTUAL EXPERIENCE WITH USE
OF COST-EFFECTIVENESS
IN THE SELECTED COUNTRIES

Australia
David Hailey
Australian Institute of Health

France
Claude Le Pen
University of Paris Dauphine

Germany
J. Matthias Graf von der Schulenburg
University of Hanover

France and Germany Users Panel

Holland
Professor Frans Rutten
Erasmus University

Sweden
Bengt Jönsson
Stockholm School of Economics

United Kingdom
Michael Drummond
University of York

**Holland, Sweden, United Kingdom
Users Panel**

Summary of Conference

GENERAL INFORMATION

DATE:
Thursday, November 30, 1995 through Friday,
December 1, 1995

TIME:
The conference will begin at 8:00am on Thursday
and end at 5:30pm on Friday

LOCATION:
Duke University in Durham, North Carolina, U.S.A.

REGISTRATION FEE INCLUDES:
Tuition, a copy of F. Sloan, ed., *Valuing Health Care: Costs, Benefits, and Effectiveness of Pharmaceuticals and Other Medical Technologies*, Cambridge University Press, 1995, conference materials and abstracts, two continental breakfasts, dinner on Thursday and lunch on Friday.

A limited number of partial fee waivers are available to individuals from government agencies and non profit organizations.

Please call Betty Johnson at 800-281-2571.

CONFIRMATION:
No written confirmation of your registration will be sent. Your nametag and materials will be available at registration the day of the conference.

ACCOMMODATIONS:
Participants must make their own reservations before October 20th. Negotiated rates per room per night:
Sheraton Inn: \$74 per room, tele: 800-633-5379
Fairfield Inn: \$46 per room, tele: 800-228-2800
Washington Duke: \$88 per room, tele: 800-443-3853
Please identify yourself as part of the
«CEA in Decision-making» conference to receive
our special rate.

REGISTRATION AND FEES:

Before September 1, 1995: \$650

After September 1, 1995: \$800

Mail registration to:
Betty Johnson
Center for Health Policy Research and Education
P.O. Box 90253
Duke University - Durham, North Carolina 27708, U.S.A.

Cancellations and substitutions
We offer substitute registration instead of refunds or cancellation.

FURTHER INFORMATION:

Betty Johnson
Center for Health Policy Research and Education
Duke University 800-281-2571

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'inoltro 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.