

COLOPHON

Comitato scientifico

Elio Borgonovi (coordinatore)
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche
Università Bocconi di Milano
Direttore Scuola direzione aziendale

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Sabino Casese
Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini
Ordinario di economia - Università di Torino

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

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

Luigi D'Elia
Direttore generale - Azienda osped. S. Giovanni - Roma

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi
Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

Coordinatore generale

Mario Del Vecchio

Redattori capi sezione

Giorgio Fiorentini

Marco Meneguzzo

Antonello Zangrandi

Francesco Zavattaro

Redattori

Federica Bandini

Giorgio Casati

Giovanni Fattore

Andrea Garlatti

Alessandra Massei

Franco Sassi

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

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23

Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593

E-mail: mecosa@uni-bocconi.it

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, c. 26, art. 2, L. n. 549/95 - Aut. P.T. Roma

— prezzo di una copia: L. 70.000

— associata all' 

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

*Italian Quarterly of Health
Care Management, Economics and Policy*

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 **L'informazione: tallone d'Achille della nuova sanità**
- Sez. 1^a - **Saggi e ricerche**
- 8 **Disease management: un approccio sistemico alla gestione delle patologie croniche**
di Maria Caterina Cavallo, Mario Del Vecchio
- 17 **I modelli organizzativi per le aziende U.s.l.: tradizione ed innovazione**
di Alberto Corradini
- 34 **Valutazione economica dell'uso di gas plasma di perossido di idrogeno nella sterilizzazione in ambito ospedaliero**
di Lorenzo Mantovani, Roberta Montanelli, Rosanna Tarricone
- Sez. 2^a - **Documenti e commenti**
- 48 **Una proposta di piano dei conti per le aziende ospedaliere pubbliche**
di Eugenio Anessi Pessina, Gianmaria Battaglia, Lucio Labella Danzi
- 72 **Le regole per il finanziamento delle aziende sanitarie in Lombardia**
di Mario Del Vecchio, Antonello Zangrandi
- 79 **Alcune note operative sull'applicazione del Drg**
di Maria Cristina Vichi
- Sez. 3^a - **Esperienze innovative**
- 86 **Esperienza sulla modificazione della struttura organizzativa da funzionale a matriciale**
di Gino Gumirato
- 93 **Esperienza su un'attività di prericovero chirurgico nell'azienda U.s.s.l. 30 di Desio**
di Mario Petrini, Luca Merlini, Francesco Triscari Binoni
- Sez. 4^a - **La sanità nel mondo**
- 104 **Nuove strategie di contenimento della spesa farmaceutica: il caso della distribuzione di farmaci per corrispondenza in Olanda**
di Luca Brusati, Anne Marie van Rooij
- 114 **Coordinamento delle politiche d'acquisto e offerta di servizi sul mercato in una logica a rete: il caso dell'ente ospedaliero del Canton Ticino**
di Luca Buccoliero, Emanuele Vendramini
- Sez. 5^a - **Sanità e impresa**
- 128 **Il consumo di farmaci nelle patologie minori: un'analisi delle prescrizioni mediche**
di Attilio Gugiatti
- 135 **Gli acquisti delle aziende sanitarie. Come coniugare trasparenza ed efficacia negli appalti**
di Giuseppe Mognini
- Sez. 6^a - **Biblioteca**
- 142 **Recensioni**
- 144 **Novità bibliografiche**
- 147 **Spoglio riviste**
- 149 **Bibliografia monotematica**
- 153 **Tesi di laurea**

L'INFORMAZIONE: TALLONE D'ACHILLE DELLA NUOVA SANITÀ

Riportare il paziente al centro delle scelte in campo sanitario è l'imperativo di tutte le Riforme in atto o progettate in molti Paesi progrediti. Ciò significa aumentare il potere di libera scelta del paziente con riguardo alla struttura di offerta cui rivolgersi per chiedere di avere una risposta ai suoi problemi di salute. Corollari di questa centralità sono:

— la competizione tra diverse strutture di offerta: infatti il paziente può scegliere effettivamente solo se esistono «molteplici» strutture di offerta raggiungibili in tempi compatibili con i vari problemi di salute ed effettivamente accessibili;

— il decentramento delle scelte riguardanti la selezione della domanda e la definizione dell'ordine di priorità tra i vari bisogni e riguardanti le diverse modalità di risposte: alle politiche sanitarie nazionali o regionali calate in modo uniforme o con adattamenti solo marginali nelle diverse aree territoriali e, soprattutto, nei diversi contesti socioeconomici, deve sostituirsi la capacità di interpretare le specificità dei bisogni di salute propri di ogni contesto sociale, economico e di costruire specifiche e puntuali forme di risposta.

Qualcuno attribuisce al recupero di tale centralità un profondo significato etico (recupero di una concezione in cui le esigenze della persona tornano a dominare, ad essere punto di parten-

za per tutte le scelte di carattere tecnico, organizzativo ed economico). Altri temono invece che si tratti di una «centralità strumentale» ossia di una centralità guidata dal calcolo della convenienza economica che fa leva soprattutto sulla disponibilità dei pazienti a pagare direttamente le prestazioni o a pagarle indirettamente tramite mutue o assicurazioni integrative.

Senza entrare nel merito di queste valutazioni si intende qui segnalare, meglio ricordare, che il buon funzionamento di un sistema fondato su una maggiore autonomia e libertà di scelta del paziente e sulla competizione tra le strutture di offerta non dipende dall'agire di «automatismi» del mercato e della concorrenza, ma in larga parte è condizionato dalla disponibilità di adeguate informazioni. Infatti, se si vuole mantenere il principio della salute come «diritto» del cittadino, seppure di diritto limitato dal volume di risorse che un Paese «può permettersi», o comunque decide di destinare alla tutela della salute, occorre avere molte informazioni sulle cause di morte, soprattutto sulle «morti evitabili» con le conoscenze scientifiche oggi disponibili e sulla morbilità della popolazione in modo da stabilire i cosiddetti «livelli uniformi di assistenza garantiti». Si tratta di bisogni di salute che lo Stato si impegna a garantire indipendentemente dalle condizioni

economiche o da altre caratteristiche dei cittadini, meglio di livelli di assistenza i cui costi sono coperti indirettamente tramite tributi o tramite contributi sanitari indistinti.

Quanto migliore è il quadro informativo di tipo epidemiologico della popolazione riferito alle classi di età o ad altre caratteristiche rilevanti, tanto più precisa potrà essere la definizione:

— dei bisogni cui lo Stato intende dare risposte uniformi su tutto il territorio;

— dei bisogni lasciati ad eventuali interventi integrativi delle Regioni che intendono destinare alla tutela della salute parte delle loro risorse economiche;

— dei bisogni ai cui soddisfacimento devono provvedere i cittadini direttamente o tramite forme assicurative o mutue integrative.

Corrette informazioni sull'epidemiologia della popolazione e sui costi correlati all'offerta di servizi necessari per garantire i livelli di assistenza servono a ridurre lo spazio di conflittualità tra Stato e Regioni e servono a precisare meglio, anche di fronte all'opinione pubblica, l'ambito delle rispettive responsabilità. Senza corrette informazioni la «negoiazione» tra Stato (che per ragioni di equilibrio economico generale tende a contenere l'ammontare di risorse destinate alla sanità) e Regioni (che potendo conta-

re su trasferimenti più elevati sarebbero agevolate nel perseguimento dell'equilibrio economico e finanziario) si trasferisce dal piano della razionalità, seppur limitata, a quello ideologico e del puro potere politico di influenza. Senza corrette informazioni si può generare anche una grande confusione di responsabilità tra Stato (che controlla alcuni fattori di costo quali appunto «i livelli di assistenza uniformi» resi obbligatori, i prezzi dei farmaci, i costi del lavoro legati alle condizioni definite dai contratti collettivi ecc.), Regioni (che controllano altri fattori quali la localizzazione delle strutture di offerta, le dimensioni delle «aziende» che erogano servizi e la loro organizzazione, la quantità e la qualità degli investimenti in attrezzature, apparecchiature e altre condizioni infrastrutturali) e «aziende» (che controllano i fattori di spesa legati ai livelli di efficienza nella produzione e erogazione dei servizi).

Informazioni più puntuali, complete e corrette aiutando a identificare le responsabilità dei diversi «attori» riducono il margine di discrezionalità per analisi, valutazioni, prese di posizione finalizzate unicamente al reciproco rinvio delle responsabilità e incentivano comportamenti politici e amministrativi orientati a concentrare le energie e gli sforzi sulla ricerca di interventi idonei a migliorare il livello di performance del sistema.

Se si vuole che il paziente sia effettivamente libero di scegliere, occorre che egli abbia accesso a molte informazioni sulla localizzazione di servizi, sulle procedure e i tempi di accesso, sul tipo di prestazioni che sono erogate e sulle condizioni di erogazione (gratuite, soggette ad un ticket, a pagamento diretto del cittadino, ecc.). Se si vuole inoltre che la scelta, oltre ad essere libera, sia anche «ragionata», occorre che il cittadino-paziente disponga di informazioni su alcuni pa-

rametri che lo possano aiutare a mettere a confronto le diverse alternative che gli si presentano, informazioni quali:

— tipologia di casi trattati che indicano la capacità di una struttura di offerta di affrontare casi complessi e, soprattutto, casi «simili» a quelli che il paziente ha;

— grado di successo, ossia il numero di casi trattati con esito positivo (dati di estrema «delicatezza» in considerazione del fatto che possono essere rilevati con metodologie assai diverse e possono essere «strumentalizzati» per forme di competizione impropria o, in alcuni casi, addirittura per carpire la buona fede dei pazienti);

— presenza di medici o di altro personale dotato di particolari e qualificate conoscenze o «abilità» (ad esempio nel caso dell'attività chirurgica) riconosciute a livello nazionale e internazionale, il che può agire sul fattore «fiduciario» (anche in questo caso si possono avere forme di uso strumentale dell'informazione, nel senso che il professionista «di prestigio» serve solo per attrarre pazienti, ma svolge solo una parte molto limitata dell'attività);

— durata della degenza, tempo medio tra ricovero e intervento e altri indicatori espressivi della efficienza operativa.

Se non esistono organiche informazioni di questo tipo che, tra l'altro, dovranno essere in qualche modo verificate e controllate da qualche organismo «indipendente» (pubblico o privato che sia), la scelta del cittadino sarà formalmente libera ma sarà guidata dalla casualità, da fattori simili al passato, dalla vicinanza alla struttura di erogazione, dalle «opinioni informali». Queste ultime spesso si propagano con una rapidità e una capillarità assai più elevata di qualsiasi sistema formale: a volte esse sono fon-

date su solidi elementi oggettivi (la soddisfazione per i risultati ottenuti e per il trattamento ricevuto da parte di chi ha utilizzato certe strutture viene diffusa attraverso la rete di comunicazione informale), mentre altre volte (e il rischio aumenta in una società complessa e articolata) sono «create artificialmente» con effetti o tecniche di comunicazione.

Quanto più elevato è il numero e quanto migliore è la qualità delle informazioni disponibili (e che circolano) sulla struttura dell'offerta di servizi sanitari, tanto più positivo sarà il ruolo dei processi di comunicazione formali e informali con riguardo alla loro capacità di orientare correttamente le scelte dei pazienti e quindi di introdurre stimoli competitivi utili a migliorare il sistema.

Anche un altro principio fondamentale delle riforme, quello della responsabilizzazione economica, può tradursi in concrete ed efficaci politiche solo se sono disponibili estese informazioni sui costi delle prestazioni (nelle diverse configurazioni), sulle attività, sui casi trattati, sui volumi di prestazioni erogate (a preventivo o/a consuntivo), sui prezzi comparati tra diversi casi, sui margini di contribuzioni unitari (differenza tra costi e prezzi liberi o tariffe fissate amministrativamente come nel caso dei DRG) o sulla contribuzione totale di certe aree di servizi sanitari alla copertura dei costi fissi.

Una delle maggiori critiche che si fanno al sistema di tariffazione riferito ai DRGs è quella di averlo definito sulla base di un numero limitato di informazioni di carattere economico. Anche se si può condividere o meno la logica del sistema di finanziamento a tariffa invece che di finanziamento a budget con riguardo ai potenziali effetti di modificazione dei comportamenti di medici, pazienti, manager ecc., nessuno può negare la «debolez-

za intrinseca» di un sistema introdotto in una realtà sanitaria che, dati i meccanismi di finanziamento e di controllo precedenti, disponeva solo di un numero assai limitato di dati «controllati e affidabili» che consentissero di correlare i costi alle procedure e ai trattamenti di natura sanitaria sui pazienti.

In queste condizioni qualunque sia stata e qualunque sia la qualità professionale e il livello di impegno di chi ha avuto e ha la responsabilità di definire le tariffe per il finanziamento delle attività ospedaliere, ambulatoriali e per altri servizi «individuali», e qualunque sia stata la sofisticazione della strumentazione utilizzata, era inevitabile arrivare a definire tariffe non sempre correlate ai costi di produzione dei servizi. In presenza di forti squilibri, tariffe molto più alte dei costi per certi «casi» e tariffe uguali o più basse dei costi per altri, si determinano «forti» e «non facilmente controllabili» spinte ad attuare valutazioni di convenienza economica comparata e politiche orientate ad esercitare una forte attrazione nei confronti del primo tipo di casi (ad elevata contribuzione positiva) e a creare barriere di vario tipo nei confronti dei casi del secondo tipo (a basso, o addirittura negativo, margine di contribuzione).

Informazioni corrette che consentano di mantenere le differenze tra margini per i diversi casi trattati considerate «fisiologiche» aiutano un sano sistema competitivo che spinge tutti ad agire per contenere i costi e che favorisce il successo dei migliori. Ma se la carenza di informazioni corrette porta ad un sistema di differenze di margini eccessivamente ampie e non correlate a fattori reali di maggiore complessità, si generano forme di competizione nella quale prevale non la struttura di offerta, i professionisti, le équipes «migliori» con riguardo alla tutela

della salute, ma quelle che si preoccupano prima di attuare valutazioni di convenienza economica comparata e poi di migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti, l'efficacia della gestione, l'efficienza nello svolgimento dei processi assistenziali.

Molte sono le attese riposte nel modello aziendale e nella funzione manageriale, ma senza informazioni sarà impossibile capire quali sono le aree della gestione sulle quali intervenire per realizzare miglioramenti in termini di soddisfazione dei pazienti, qualità dell'azione dal punto di vista della efficacia di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, di razionalizzazione della spesa. Senza adeguati sistemi di rilevazione del livello di soddisfazione di chi usa i servizi, senza un adeguato sistema di rilevazione della dinamica dei «consumi» di servizi sanitari, senza articolati sistemi di rilevazione dei costi per prestazioni semplici e complesse, di programmi sanitari, delle unità organizzative e dei centri di costo e di rilevazione dei proventi derivanti da prestazioni «a pagamento» o da «attività professionali intramurarie», anche il manager più preparato, più motivato e più determinato non riuscirà a «tenere sotto controllo» aziende il cui funzionamento dipende da centinaia e migliaia di variabili e dalle «reazioni» di centinaia e migliaia di persone alle regole applicate all'interno delle aziende stesse.

L'intuito, l'attitudine al governo, l'autorevolezza professionale, la propensione a decidere, la leadership nei confronti dei propri collaboratori diretti e di tutto il personale delle aziende, non sono di per sé sufficienti a guidare le aziende sanitarie verso gli obiettivi di tutela della salute per i quali esse sono state istituite.

Potrebbero essere fatti molti altri esempi di tipologie di informazioni rilevanti per il sistema sanitario, ma si

ritiene che quelli esplicitati siano più che sufficienti. Si ritiene invece opportuno richiamare la centralità del tema dell'informazione nei sistemi professionali e in quelli sanitari in particolare. Infatti solo tramite adeguate informazioni è possibile cambiare e gestire:

— la gerarchia delle conoscenze;

— l'autonomia, il decentramento delle decisioni e il coinvolgimento di un elevato numero di persone nel «governo» di sistemi che sono sempre più interdipendenti (e quindi devono essere governati in modo unitario) anche se tecnicamente, organizzativamente e culturalmente articolati (e nei quali quindi è necessario riconoscere le differenze e garantire la pari dignità dei vari soggetti).

Le informazioni possono essere organizzate secondo una logica «gerarchica» (ossia le informazioni di ordine più generale hanno un rango gerarchico superiore alle informazioni su aspetti parziali del fenomeno) senza che ciò implichi una «organizzazione gerarchica di poteri». Se sono carenti le informazioni chi ha responsabilità organizzative di ordine generale sarà indotto a intervenire, a influenzare, a controllare le decisioni e i comportamenti di chi ha responsabilità di ordine più limitato per «cercare un elevato grado di sicurezza» con riguardo agli obiettivi generali di cui egli è chiamato a rispondere.

Se si ha a disposizione un adeguato sistema informativo è possibile separare in modo più chiaro:

— i giudizi sui fatti, sui risultati;

-- dai giudizi e dagli interventi sulle persone.

Con adeguate informazioni è possibile per un dirigente (amministrativo o sanitario) di vario livello esprimere giudizi di «insoddisfazione» sui fatti, sui risultati senza che ciò implichi automaticamente un giudizio negativo sulle persone. E, soprattutto, è possi-

bile trarre dalle informazioni indicazioni finalizzate a rinviare ai diretti interessati la responsabilità e l'autonomia per l'adattamento degli interventi e per il miglioramento della gestione. Senza adeguate informazioni sono possibili due soli modelli organizzativi e direzionali:

— quello del controllo gerarchico dei superiori (per ruolo, esperienza, potere formale);

— quello della «delega fiduciaria».

Avendo invece a disposizione corrette e finalizzate informazioni è possibile adottare modelli organizzativi e stili di direzione più coerenti con il principio dell'autonomia professionale: quello di «delega sottoposta a verifica dei risultati».

Se vasto è l'accordo nel riconoscere la crucialità del tema dell'informazione nell'attuale fase di riforma del sistema sanitario, meno omogenee sono le posizioni con riguardo al tempo e alle modalità con cui è stata affrontata l'esigenza di costruire un adeguato sistema informativo sanitario. Per alcuni, sono state giudicate più rilevanti e fondamentali, nuove regole (di finanziamento sulla base dei DRGs, di responsabilità sui risultati, di vincoli di pareggio, di fissazione dei prezzi dei farmaci ecc.) anche in assenza, o stante la bassa qualità, di

informazioni disponibili. Il loro presupposto logico è stato quello secondo cui «le nuove regole costituiscono stimolo forte alla raccolta di informazioni necessarie per la loro applicazione». Il ragionamento che sta alla base di questa scelta è il seguente: certe regole hanno un loro intrinseco valore e non è necessario preoccuparsi eccessivamente del fatto che esistano o non esistano certe informazioni. Infatti il finanziamento «a tariffa» (DRGs o altro), l'imposizione di confronti sulla base di certi parametri, il riconoscimento di incentivi sulla base del raggiungimento di determinati obiettivi, costringeranno i diversi soggetti a raccogliere informazioni che in precedenza non erano raccolte o non erano utilizzate.

Altri, invece, ritengono che molte «regole organizzative» funzionino positivamente o negativamente rispetto agli obiettivi anche, se non soprattutto, in relazione alla qualità delle informazioni esistenti. Quindi per avere una più elevata probabilità di contribuire al miglioramento del sistema, occorre garantirsi che vi sia la disponibilità di certe informazioni. Ciò anche in ragione del fatto che spesso le informazioni «sono raccolte in funzione della loro utilizzazione e degli obiettivi» che esse contribuiscono

no a raggiungere. Se si introduce una regola prima di avere un solido sistema di informazioni, c'è il rischio reale che le informazioni successive non siano tali da «dare una corretta rappresentazione dei fenomeni» ma siano tali da far ottenere a chi le fornisce vantaggi dalla applicazione delle regole.

Trascurando il fatto che a volte le informazioni sono distorte in ragione degli obiettivi che ci si propone, si potrebbe correre il rischio di scoprire modificazioni nell'epidemiologia della popolazione relativa agli anni 1995-1996 e successivi come conseguenza di «classificazioni finalizzate» a trarre vantaggi dal sistema di finanziamento a tariffa, o a seguito della classificazione in fascia A o in fascia C di farmaci dovuta non solo a motivazioni farmacologiche (principio attivo), ma anche a ragioni economiche all'allineamento ope legis dei prezzi. Evidentemente si tratterebbe di modificazioni che non rispecchiano il cambiamento del fenomeno reale e che potrebbero indurre ad analisi e interpretazioni erranee, e forse anche pericolose sul piano della funzione di tutela della salute attribuita al sistema sanitario.

MECOSAN

Management ed economia sanitaria

È

L'ORA

DEL

RINNOVO

COSTO DELL'ABBONAMENTO 1997: L. 290.000

Programma abbonamento 1997

Spediz. in abb. postale, c. 26, art. 2, L. n. 549/95 - Roma

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

MECOSAN
Management ed economia sanitaria
diretta da Luigi D'Elia ed Elio Borgonovi

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

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

..... li

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

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

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

DISEASE MANAGEMENT: UN APPROCCIO SISTEMICO ALLA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE

di Maria Caterina Cavallo, Mario Del Vecchio (*)

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

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Il *disease management* - 3. Presupposti e fasi in cui si articola un progetto di *disease management* - 4. *Disease management*: potenzialità e punti deboli - 5. Quale trasferibilità per l'Italia?

Most of the efforts to control health care costs in the U.S. have been based upon the control of the more expensive components of health care. The disease management is a new concept that advocates a much broader approach to appropriate treatment of entire disease process. The focus is on the disease and not on the health care system that handles it. The article, based on U.S. experience, describes what disease management is and discusses its limits and potentialities. The potential for an adoption of the same approach in Italy is explored at the end.

1. Premessa

Nell'ultimo decennio l'evoluzione dei sistemi sanitari della maggior parte dei paesi industrializzati è stata fortemente condizionata dalla necessità di trovare un equilibrio nella relazione tra domanda di servizi sanitari e livelli di spesa. Il filo conduttore delle riforme avviate nei diversi paesi è rappresentato da meccanismi di varia natura introdotti con lo scopo di responsabilizzare i diversi livelli decisionali rispetto al contenimento della spesa sanitaria.

Con riguardo al contesto statunitense, gli sforzi dei governi federali in tal senso sono stati molteplici: ai primi anni ottanta risale il tentativo di contenere entro limiti prefissati il rimborso per l'attività erogata in regime ospedaliero tramite un sistema di tariffazione di gruppi omogenei di diagnosi (DRGs: *Diagnosis Related Groups*). A tempi più recenti risale l'introduzione del *Resource-Based Relative Value Scale* (RBRVS) per consentire il raggiungimento del medesimo obiettivo relativamente alla medicina specialistica erogata in regime ambulatoriale.

Un meccanismo simile, diretto al controllo della spesa farmaceutica è rappresentato, inoltre, dai MAC: *Maximum-Allowable Costs*. Alcuni stati hanno inoltre introdotto limitazioni nel numero di prescrizioni consentito mensilmente a fronte delle quali aver diritto al rimborso.

Nessuna delle misure adottate sembra aver inciso in modo sostanziale sull'espansione della spesa avvenuta, dal 1980, ad un tasso doppio rispetto al tasso d'inflazione, toccando, nel 1990 il tetto dei 666.2 miliardi di dollari a seguito di una crescita che non ha subito arresti né inversioni a partire dagli anni sessanta quando si attestava attorno ai 27.1 miliardi di dollari. Il trend manifestato dai valori di spesa ha condotto negli ultimi anni ad una accurata riflessione sulla capacità degli strumenti sinora adottati di incidere in maniera significativa su tale andamento e all'apertura di un dibattito finalizzato all'individuazione di nuove strade percorribili.

A ben vedere tutti gli sforzi sinora compiuti hanno cercato di intervenire

su singole componenti dell'assistenza sanitaria erogata a fronte di una data patologia piuttosto che sul processo diagnostico-terapeutico ed assistenziale nel suo complesso. Il *component-based health care system* prevede, infatti, che l'erogazione dell'assistenza e il conseguente finanziamento, siano relativi ai singoli momenti in cui il suddetto processo può essere disarticolato: la medicina generale, la medicina specialistica, il ricovero, la terapia farmacologica sono singolarmente considerati senza, di fatto, alcun meccanismo che ne preveda l'integrazione e che ne controlli il costo complessivo. A fronte di una modalità di erogazione della cura e dell'assistenza frammentata e priva di continuità rispetto all'intero processo evolutivo della patologia, visto come sommatoria di servizi che si rendono

(*) L'articolo è frutto del lavoro congiunto dei due autori. Tuttavia per quanto riguarda la stesura, i paragrafi 1, 2, 3 e 4, sono da attribuire a M.C. Cavallo e il paragrafo 5 è da attribuire a M. Del Vecchio.

necessari nelle diverse fasi, si riscontrano tentativi di contenimento della spesa volti ad incidere su una singola fase senza tener conto delle ripercussioni su fasi successive del processo. Un tale approccio ignora la stretta interrelazione tra le diverse componenti del processo di cura e gli effetti riscontrabili sulla qualità e sul costo complessivo; si focalizza sulle componenti del servizio assistenziale piuttosto che sulla patologia nel suo complesso determinando un continuo bicefalismo nel sistema tra «clinici orientati al paziente» e «amministratori orientati alla spesa». Le conseguenze sono visibili in termini di enfasi posta sul trattamento degli episodi acuti piuttosto che sul processo di prevenzione che consentirebbe di limitarli, di assenza di incentivi alle unità che erogano i servizi (*providers*) a farsi carico dell'intero processo terapeutico-assistenziale del paziente, di mancata continuità nella cura che spesso risulta frammentata e priva di coordinamento tra i vari momenti, di esclusione dal finanziamento di modalità assistenziali alternative che non rientrino nella terapia dei casi acuti ed infine di mancata consapevolezza del costo complessivo della patologia in oggetto. Il risultato è spesso una contrazione del costo della componente sottoposta a restrizioni ma un aumento nel costo complessivo della cura della patologia senza, peraltro, alcuna certezza che questa sia stata gestita in modo ottimale rispetto all'outcome complessivo.

Due esempi potranno chiarire meglio il concetto. Le restrizioni al prontuario dei farmaci introdotte da Medicaid in Louisiana hanno condotto ad una riduzione del 13.4% della spesa farmaceutica pro capite a fronte della quale si è però riscontrato un incremento del 28.7% delle visite specialistiche e del 39.1% nei ricoveri ospedalieri (Moore, Newman, 1992). Altri

studi hanno valutato come il limite massimo di tre prescrizioni mensili fissato da Medicaid per i pazienti schizofrenici nel New Hampshire abbia indotto un risparmio di 5.14 dollari pro capite nella spesa per farmaci ma al tempo stesso un incremento di 139 dollari a testa imputabili a ricoveri, servizi d'emergenza e visite psichiatriche (Soumerai, Mc Laughlin, Ross-Degnon, Casters, Bollini, 1994). Il risultato della manovra è stato un incremento dei costi complessivi imputabili alla schizofrenia di molto superiore al risparmio indotto tramite il controllo della spesa farmaceutica.

Esempi come quelli citati vengono spesso riportati dalla letteratura a sostegno della tesi secondo cui la considerazione delle singole componenti del processo diagnostico-terapeutico più che ridurre di fatto i costi dell'assistenza sanitaria si limita a ribaltarli su fasi successive a quella sottoposta a restrizioni incidendo, al tempo stesso, in modo negativo sull'outcome clinico del processo.

La considerazione degli effetti distorsivi che il *component-based management* può indurre sulla struttura della spesa sanitaria nel suo complesso e sulla qualità dell'assistenza fornita, ha costituito, negli Stati Uniti, la piattaforma per la definizione di un nuovo approccio in cui l'attenzione viene a concentrarsi sulla gestione della malattia nel suo complesso, prescindendo dalle diverse componenti in cui la cura della stessa può essere disarticolata. Al di là dei consensi e delle critiche che tale approccio, noto come *disease management*, ha incontrato, esso comunque rappresenta un contributo agli sforzi tesi alla ricerca di meccanismi di finanziamento orientati al contenimento della spesa sanitaria e merita, pertanto, una maggiore attenzione di quella riconosciutagli sino ad oggi.

2. Il *disease management*

Non esiste a tutt'oggi in letteratura una definizione unanime di *disease management*, peraltro spesso usato come sinonimo di *Disease State Management* o *Syndrome-Based Patient Care*. D'altro canto tutti i contributi forniti alla discussione suggeriscono una considerazione di tale approccio come «work in process», piuttosto che come approccio definito in tutti i suoi aspetti e pronto per essere accolto.

La definizione più diffusa lo identifica come «approccio sistemico alla cura e al finanziamento delle patologie che, attraverso una gestione integrata e coordinata delle stesse si pone l'obiettivo di massimizzare l'efficacia e l'efficienza dei servizi che si rendono necessari nel corso della loro evoluzione» (Zitter, 1994). Il concetto si ritrova, in contesti diversi, dotato di diversi gradi di estensione: dalla visione europea di strumento per enfatizzare gli aspetti di prevenzione ed educazione del paziente, alla sua coincidenza con la logica sottostante le strutture di erogazione dei servizi quali le HMOs (Lewis, 1995).

In linea generale il concetto di *disease management* può essere spiegato come un approccio alla gestione integrata e coordinata delle patologie che ha inizio con l'esordio della malattia e termina con la guarigione dalla stessa o con il decesso. La considerazione della patologia come un *continuum* in cui le singole componenti vengono ad essere elementi integrati e strettamente coordinati di una gestione sistemica, si pone l'ambizioso obiettivo di ridurre i costi attraverso l'accento posto sulla prevenzione, il corretto uso da parte dei pazienti delle terapie loro assegnate, l'eliminazione degli sprechi derivanti da duplicazioni, sovrapposizioni e mancanza di coordinamento nei diversi momenti del processo terapeutico. La patologia è considerata una catena del valore in

cui ogni anello è strettamente legato ai precedenti ed ai successivi e la cui economicità complessiva nasce dalla gestione sistemica della stessa. La raccolta, l'integrazione, la condivisione di informazioni relative al percorso terapeutico-assistenziale del paziente sono i fattori chiave per incrementare il valore aggiunto complessivo, dato dalla minimizzazione del costo totale della patologia in oggetto e dall'incremento della qualità dei servizi forniti.

La gestione integrata verticalmente ed orizzontalmente della patologia in oggetto può essere correlata, una volta che sia stato costruito il modello terapeutico-assistenziale di riferimento, al finanziamento della stessa a seguito della semplice «presa in carico» dei pazienti che ne risultino affetti da parte delle strutture a ciò designate. In altre parole si finanzia lo schema assistenziale relativo alla patologia nel suo complesso, piuttosto che i singoli momenti (esami diagnostici, visite specialistiche in regime ambulatoriale, ricoveri, trattamento farmacologico, ecc.) attraverso canali di finanziamento differenziati in ragione delle peculiarità della patologia oggetto d'analisi.

L'approccio, così definito, viene proposto per la gestione di una categoria ben precisa di patologie; i criteri di elegibilità per la gestione tramite *disease management* sono, infatti, essenzialmente due: l'entità di costi diretti assorbita e la durata media della patologia, da cui la precisa finalizzazione al trattamento delle patologie croniche. In particolare la letteratura è concorde nel riconoscere in quelle indicate nella tabella 1 le patologie più idonee alla gestione integrata e sulle quali, infatti, sono già state attivate sperimentazioni in tal senso (Woodward, 1995).

3. Presupposti e fasi in cui si articola un progetto di *disease management*

L'ambizione del *disease management* di costituire lo strumento per conseguire riduzione dei costi ed incremento della qualità attraverso la costruzione e continua revisione di schemi terapeutico-assistenziali integrati, impone necessariamente un approccio multidisciplinare. La corretta conduzione dei programmi è, infatti, fortemente influenzata dal grado di collaborazione tra i diversi ruoli dell'organizzazione: l'esperienza dei clinici, degli infermieri, dei farmacisti, degli economisti coinvolti diventano componenti indissolubili nella definizione del programma di lavoro in cui le diverse esperienze confluiscono e le cui fasi sono a grandi linee discusse di seguito.

Momento fondamentale e propedeutico alla realizzazione del progetto è la condivisione di alcuni concetti di fondo da parte delle figure professionali coinvolte nello studio (Marwick, 1995):

1) la comprensione e la definizione del corso naturale della malattia è il momento in grado di fornire la necessaria visione d'insieme della patologia in oggetto, nonché di consentire l'individuazione dei passaggi lungo il processo evolutivo in cui si concentrano effettivamente i maggiori costi. Senza questa visione d'insieme il rischio è di intervenire in maniera indiscriminata su componenti che di fatto non sono le principali responsabili del costo complessivo generato;

2) è necessario basare la diagnosi ed il trattamento sull'evoluzione della

patologia e non sull'entità del rimborso previsto per i singoli servizi erogati. L'approccio va qui, attraverso l'accento posto sulla considerazione del processo diagnostico-terapeutico-assistenziale nel suo complesso, a contrapporsi alla considerazione dei soli episodi acuti della patologia o comunque dei momenti che ricevono un riconoscimento nel meccanismo di finanziamento. Si pongono così le basi per una considerazione del costo totale della patologia piuttosto che del costo di singole componenti;

3) l'educazione del paziente alla terapia, gli sforzi per incrementare la *compliance* e prevenire gli episodi acuti rappresentano le chiavi attraverso cui conseguire miglioramenti nell'outcome e, attraverso l'eliminazione delle duplicazioni nei costi, ridurre il costo complessivo della patologia;

4) la scelta delle patologie di riferimento dovrebbe sempre ricadere su patologie ad alto utilizzo di risorse.

Un esempio in grado di riassumere i presupposti elencati è fornito dall'esperienza realizzata dal Medical Center della University of Southern California, Los Angeles. Il programma in vigore per il trattamento dei pazienti diabetici afferenti al centro è stato sottoposto a revisione dando maggiore enfasi all'educazione alla corretta assunzione delle terapie assegnate attraverso un approccio multidisciplinare che ha coinvolto gli operatori a tutti i livelli. A due anni dall'attivazione del nuovo programma il numero di ricoveri per coma diabetico nel campione considerato rispetto al passato ha registrato una riduzione del 66% (Gonzalez, Crane, 1995). In questo caso l'outcome è stato misura-

Tabella 1 - Patologie elegibili per il *disease management*

AIDS ARTROSI ASMA CANCRO DEPRESSIONE	DIABETE MALATTIA DI ALZHEIMER MALATTIE CARDIOVASCOLARI OSTEOPOROSI ULCERA GASTRICA
--	--

to come minore incidenza degli episodi di coma mentre il risparmio in termini di minori costi a fronte di un minor numero di ricoveri. La gestione della *compliance* vista sia come corretta prescrizione in presenza di un dato stato morboso, sia come corretta adesione del paziente alla terapia assegnata sembra aver aumentato la spesa per farmaci nel periodo di tempo considerato: l'incremento di spesa relativo a questa componente è stato, d'altro canto, più che compensato dal risparmio ottenuto relativamente alla componente ricoveri che ha consentito una riduzione nel costo complessivo della gestione del diabete: l'obiettivo è stato, pertanto, conseguito attraverso l'equilibrio tra contrazione del costo complessivo della patologia ed incremento della qualità della cura.

Nella sperimentazione di un programma di *disease management* è possibile identificare alcune fasi principali in cui il processo può venire disarticolato (Gonzalez, Crane, 1995).

Il primo passo da compiere consiste nell'identificazione dell'area da sottoporre ad analisi. Il confronto tra i costi per il trattamento di una patologia in strutture differenti, a parità di altre condizioni, da cui emerge l'evidenza di un costo in una di esse che si discosta nettamente dalla media può essere un indicatore valido della necessità di intervenire sul processo di erogazione della struttura in oggetto. I DRGs forniscono, in questo caso, un forte strumento di lettura delle differenze ed un parametro valido per stimolare il confronto tra le diverse strutture erogatrici di servizi.

Una volta identificata la patologia «critica» rispetto ai costi sostenuti per il suo trattamento occorre verificare la disponibilità, nella struttura di riferimento, di un campione di pazienti che sia significativo rispetto alla prevalenza della malattia, alla presenza di pa-

tologie concomitanti ed alle caratteristiche demografiche della popolazione a rischio in modo da evitare l'eventualità di trattare mediante l'approccio in oggetto un gruppo caratterizzato da condizioni anomale rispetto alla media il cui trattamento sarebbe difficilmente proponibile per l'intera popolazione di riferimento. Una accurata analisi epidemiologica sembra, pertanto, un passaggio indispensabile.

La fase forse più delicata dell'analisi è quella successiva in cui è necessario far convergere il consenso di tutti gli operatori coinvolti nel processo diagnostico-terapeutico della malattia, attorno al programma. La disponibilità e lo spirito di collaborazione degli attori coinvolti rappresentano senza dubbio la *conditio sine qua non* per l'attuazione del progetto. In questa fase grande enfasi viene data al lavoro di gruppo dei clinici attraverso il quale arrivare a descrivere la prassi clinica seguita nel contesto della struttura stessa per la diagnosi ed il trattamento dei pazienti individuati. L'obiettivo non è tanto l'individuazione di protocolli di cura da utilizzare come linee-guida per il futuro, quanto una analisi accurata dei modelli di comportamento effettivamente tenuti e delle decisioni che, a fronte dei diversi contesti descritti, vengono effettivamente prese. L'esplicitazione strutturata della prassi clinica seguita nella struttura costituirà la catena del valore lungo la quale andare, in un momento successivo, ad individuare le scelte, le decisioni, i fattori che maggiormente influenzano la qualità della cura, l'outcome ed i costi complessivi. Con riferimento all'esempio riportato in precedenza, il punto critico individuato è rappresentato dal numero di ricoveri, nell'unità di tempo, imputabili a coma diabetico: le variabili sottoposte al processo di revisione sono state, di conseguenza, quelle potenzialmente responsabili del verificarsi dell'evento acuto (man-

cata educazione alimentare, scorretta assunzione dell'insulina, ecc.).

La fase di costruzione del profilo delle risorse consumate durante il processo di cura rappresenta un momento altrettanto critico. Se raggiungere il consenso degli attori coinvolti comporta problemi dal punto di vista organizzativo e necessita dell'adozione di leve motivazionali adeguate, l'analisi delle risorse distribuite lungo il processo di cura è strettamente influenzata dalla disponibilità di informazioni nella struttura che sperimenta il *disease management*. Il grado di sviluppo del sistema informativo della stessa e l'evoluzione del processo di informatizzazione possono influenzare in modo determinante questa fase.

Rilevare il profilo di risorse consumate lungo le diverse fasi del processo effettivamente svolto aumenta la consapevolezza degli effetti economici delle scelte effettuate nella prassi clinica. L'obiettivo è quello di stimolare la discussione attorno alle modalità con cui è possibile incidere sui cosiddetti «cost-drivers»: i fattori che effettivamente condizionano il costo complessivo alla luce dell'intero processo. Una analisi globale dovrebbe consentire, infatti, di vedere più chiaramente gli spazi effettivi su cui è possibile intervenire per ridurre i costi, così come quelli su cui un intervento causerebbe semplicemente una ripercussione sui costi di una fase successiva senza effetti sul costo totale del processo di cura. Una azione indiscriminata sulla prescrizione dei farmaci avrebbe, come si è visto, un effetto devastante sul costo dei ricoveri: una azione mirata sulle modalità di assunzione, piuttosto che sulla prevenzione, potrebbe non averne. In sostanza, si tratta di individuare quei fattori che consentono effettivi margini di riduzione dei costi e non un semplice ribaltamento su variabili successive o una loro distribuzione lungo la

catena del valore (Corvari, Zarus, 1995; Rosenberg, 1995).

Per facilitare l'individuazione di strategie di intervento adeguate attorno ai fattori critici rispetto a qualità e costi, può essere utile suddividere i pazienti in sottogruppi omogenei rispetto all'utilizzo di determinate risorse, piuttosto che all'insorgenza di eventuali episodi acuti. In tal modo diventa più facile muovere alla ricerca di comportamenti in grado di modificare tali variabili. Nei pazienti affetti da asma, ad esempio, è facile notare come il trattamento ambulatoriale sia relativamente poco costoso rispetto alla necessità di ricovero conseguente l'insorgenza di casi acuti. Isolare, nell'analisi, quest'ultimo sottogruppo potrebbe condurre all'individuazione di «punti critici» relativi alla terapia farmacologica. L'utilizzo di terapie con complicate modalità di assunzione (es. inalatori multipli da utilizzare in modo alternato) potrebbe essere il «cost-driver» dell'insorgenza di casi acuti. L'asma, da cui 13 milioni di americani sono affetti, ha avuto un impatto di 6.2 miliardi di dollari sulla spesa sanitaria degli Stati Uniti nel 1990. Gli studi effettuati hanno dimostrato come tali costi risultino concentrati nel trattamento di una porzione estremamente ridotta della popolazione affetta dalla malattia: il 10% dei pazienti assorbe il 70% dei costi complessivi, mentre l'1% ne consuma circa il 30% (Meyer, Rohl, 1993). Weiss (1992) ha calcolato che il 43% dei costi sono associati ad episodi acuti che conducono all'utilizzo di unità di terapia intensiva, ospedalizzazione e che portano al decesso. Alla luce di queste evidenze, il National Jewish Center for Immunology and Respiratory Medicine di Denver, ha sperimentato un programma di disease management focalizzato sulla educazione all'assunzione delle terapie farmacologiche diretto ai pazienti ed ai loro familiari.

La sperimentazione, condotta tramite la comparazione diretta con un campione omogeneo di pazienti volutamente escluso dal programma, ha evidenziato una riduzione nel numero di ricoveri legati ad episodi acuti del 50% per il gruppo trattato rispetto a quello di controllo nei sei mesi successivi al programma educativo, durato una settimana. La conseguente analisi dei costi ha rivelato una riduzione della spesa sostenuta dalla struttura per la cura dell'asma del 25%. L'impatto sulla spesa sanitaria degli Stati Uniti, nell'ipotesi di estendere il progetto a tutti i pazienti asmatici sul territorio statunitense sarebbe, secondo le stime effettuate, un risparmio di un miliardo di dollari l'anno.

Il passaggio successivo, una volta che si siano identificate le variabili che lasciano un margine d'azione per la riduzione dei costi e l'incremento della qualità, è il disegno concreto delle modalità di gestione della patologia alla luce della prassi clinica rivisitata ed opportunamente modificata. Ancora una volta cruciale è la collaborazione accordata dai singoli attori del sistema, la cui disponibilità a seguire le indicazioni emerse dal processo influenza l'esito dell'intero progetto. In questa fase si definiscono le modalità concrete per la futura gestione dei pazienti affetti dalla patologia in oggetto definendo nuovi ruoli per i diversi operatori che intervengono nel processo. Ad esempio se il «cost-driver» individuato è costituito dall'educazione del paziente e di chi se ne prende cura (*caregivers*) alla gestione della terapia farmacologica, gli infermieri potrebbero concretamente farsi carico del processo sotto la guida dei clinici designati e con il coordinamento del farmacista ospedaliero.

Da ultimo occorre stabilire le modalità più opportune per la diffusione del modello individuato all'interno dell'organizzazione: comunicati ufficiali, gruppi di lavoro incaricati della

formazione del personale, periodi sperimentali di *training* sono solo alcuni dei possibili strumenti di comunicazione.

In realtà una volta giunti a questa fase il processo è tutt'altro che concluso: uno dei fattori caratterizzanti l'approccio ad una patologia tramite *disease management* è infatti la continua revisione del modello iniziale alla luce di un costante monitoraggio del suo impatto sulla realtà (Zalta, Eichner, Henry, 1994). La fase di implementazione successiva diventa, pertanto, un momento di continua revisione dei protocolli delineati finalizzato a migliorare il modello laddove se ne intraveda la necessità, a rinforzarlo lavorando sui suoi punti deboli ed a controllare che i punti di forza rimangano tali nel tempo.

4. Disease management: potenzialità e punti deboli

Gestire la malattia non i servizi...

L'idea di una gestione integrata e coordinata della patologie croniche che superi le problematiche ed i punti di debolezza legati alla frammentazione del processo di cura è senza dubbio non priva di fascino. Gli obiettivi che il disease management si propone di ottenere convergono verso la risoluzione delle due principali problematiche degli odierni sistemi sanitari: migliorare l'outcome per il paziente e ridurre i livelli di spesa, ma mentre la capacità dell'approccio di incidere favorevolmente su tali variabili viene costantemente ribadita nella letteratura internazionale, minore attenzione sembra essere stata dedicata alle difficoltà che esso incontra ed ai limiti di fattibilità che potrebbe presentare.

La riconduzione nel processo di cura e di relativo finanziamento di una serie di necessità terapeutico-assisten-

ziali delle patologie croniche che esulino dall'insorgenza del caso acuto è un concetto che comporta necessariamente due ordini di considerazioni: la prima relativa alla gestione ottimale della patologia e la seconda relativa all'opportunità di finanziare l'intero processo disegnato secondo i dettami dell'approccio integrato.

In prima istanza l'approccio infatti conduce all'assunzione di una maggiore responsabilità verso quelle patologie che, per loro natura, solo occasionalmente si traducono in un evento acuto che necessita di un ricovero ospedaliero, ma non per questo costituiscono patologie con scarsa necessità assistenziale. Attraverso una loro gestione integrata e coordinata, definita secondo le modalità discusse, si restituisce unitarietà e continuità al profilo terapeutico-assistenziale dell'individuo con il duplice obiettivo di indurre un risparmio attraverso la prevenzione, l'educazione alla cura, lo sfruttamento di sinergie nel processo terapeutico complessivo e di migliorare la qualità del processo attraverso la riduzione degli episodi acuti. È solo in un secondo momento che il profilo di cura disegnato acquisisce un potenziale rilievo rispetto ai meccanismi di finanziamento. Il costo del processo terapeutico progressivamente definito, secondo le modalità già viste, diventa il parametro di riferimento per la definizione del finanziamento da accordare alla presa in carico complessiva della patologia cronica da parte di un dato livello decisionale.

A ben vedere le due diverse finalità presentano problematiche e difficoltà differenti.

Con riguardo alla fattibilità della definizione del processo sistemico di gestione della patologia, scarsa attenzione è stata dedicata, innanzitutto, al grado di disponibilità delle informazioni necessarie alla costruzione del modello. Sebbene alcune realtà statu-

nitensi dispongano di sofisticati database relativi a pazienti affetti da patologie croniche sarebbe azzardato definirle una realtà diffusa. Così come si è lontani dal poter garantire per tutte le strutture un grado di sviluppo dei sistemi informativi in grado di supportare il necessario processo di definizione dei costi indotti dalla gestione della malattia. Allo stesso modo sembra essere stata sottovalutata la assenza di un sistema di incentivi che motivi gli operatori nei diversi ruoli a partecipare al processo. La leva motivazionale dei clinici dovrebbe, in teoria, derivare dal vedersi riconoscere la responsabilità sia clinica che finanziaria della salute del paziente. Il venir meno del tradizionale bicefalismo tra clinici responsabili della malattia ed amministratori responsabili della spesa, la consapevolezza di agire per migliorare la qualità della vita del singolo individuo, il ruolo centrale che vengono ad assumere nel processo, costituiscono gli incentivi sinora identificati dai sostenitori dell'approccio. L'impatto di tale incentivo sul livello clinico, che peraltro perde il suo contenuto motivazionale con altri operatori del sistema quali ad esempio gli infermieri, resta legato alla valenza soggettiva che i diversi attori gli conferiscono e che, oltre che difficilmente prevedibile, appare di difficile strutturazione.

Nel complesso sembrano, in sostanza, sottovalutati in tutte le loro componenti, i costi di integrazione tra le varie parti del sistema ipoteticamente designato a prendere in carico il paziente. Mentre è facile trovare esempi come quelli descritti in precedenza sui risparmi indotti dalla gestione con questo approccio di singole realtà, nulla viene detto dei costi interni sopportati per rendere il sistema in grado di realizzare tale gestione e che, qualora fossero conteggiati, andrebbero in varia misura ad erodere il margine di risparmio conseguito. L'entità dei co-

sti di coordinamento potrebbe anche essere superiore al risparmio complessivamente indotto, negando in tal modo la valenza del *disease management* di incidere sulla spesa. Potrebbe, d'altro canto, verificarsi un incremento dei costi nel breve periodo, contestualmente all'adeguamento del sistema, riassorbito nel lungo periodo per effetto della successiva riduzione nei costi di alcune componenti.

Un ulteriore elemento da considerare è relativo alla definizione dei soggetti che dovrebbero farsi carico del costo di potenziali progetti. A tutt'oggi le sperimentazioni in corso sono patrocinate dall'industria farmaceutica (Tarleton Landis, 1995), da più di metà delle HMOs (Health Maintenance Organizations) statunitensi nonché da molte agenzie *not for profit*. Il ruolo delle farmaceutiche in questa fase è di realizzazione di progetti-pilota tesi a dimostrare l'effettiva efficacia dell'approccio e di attiva partecipazione al dibattito tuttora in corso. Le motivazioni che spingono le imprese a rivendicare un ruolo centrale nel finanziamento e nella gestione dei progetti sono di diversi ordini: l'esperienza cumulata nella definizione dei protocolli, la rete di contatti con i clinici che è patrimonio di ogni azienda seppure in misura differente, le banche dati spesso di dimensioni consistenti costruite a seguito degli studi clinici, sono le variabili che le imprese mettono a disposizione del disease management in questa fase. Le HMOs, per loro natura organizzazioni che presidiano l'erogazione integrata di servizi sanitari, rappresentano il contesto che automaticamente ha accolto un approccio in grado di legare alla gestione integrata dell'assistenza gli aspetti relativi al finanziamento della stessa. Nel momento in cui le attuali sperimentazioni dovessero tradursi in una realtà più diffusa, occorrerebbe sviluppare meccanismi in grado di disciplinare i diversi interventi dei

diversi attori a fini di tutela dell'omogeneità dell'erogazione anche a livello territoriale. Diversamente il rischio è che i pazienti affetti da una data patologia si vedano garantire livelli di outcome differenti a seconda della struttura incaricata della sua gestione.

L'approfondimento delle questioni ancora aperte appena descritte potrebbe, a parere di chi scrive, favorire una più precisa valutazione delle effettive potenzialità dell'approccio. A tutt'oggi considerazioni in questo senso possono solo essere di ordine squisitamente qualitativo. L'approccio di certo offre un contributo ad una diversa considerazione del modo di gestire le patologie croniche rispetto alla realtà attuale: una gestione coordinata tesa a garantire la continuità nella cura tra i diversi livelli di erogazione, la presenza di un centro a cui pertiene la responsabilità complessiva del paziente dal momento della diagnosi al momento del decesso, la possibilità di collegare la responsabilità sulla gestione complessiva della malattia alla responsabilità economica della stessa, così come una rivalutazione del ruolo della prevenzione e degli aspetti educazionali del paziente, sono certo fattori su cui vale la pena riflettere. Peraltro va riconosciuto l'impianto pragmatico con cui l'approccio affronta il tema della misurabilità dell'outcome e del conteggio del risparmio indotto attorno a cui l'intera tesi ruota. In questa fase, infatti, la proposta è una valutazione dell'incremento della qualità attraverso la riduzione del numero e della gravità degli eventi acuti ottenuta grazie al processo di gestione integramente il risparmio è conteggiato in termini di riduzione della spesa a carico del sistema sanitario.

5. Quale trasferibilità per l'Italia?

Una valutazione delle potenzialità dello strumento (approccio, concetto,

metodologia?) *disease management* nella realtà sanitaria italiana deve partire da una parte da una breve analisi delle ragioni del suo successo nel contesto di origine e dall'altra da una interpretazione della evoluzione del sistema sanitario italiano.

Come è stato più volte sottolineato la ragione essenziale dell'interesse suscitato negli USA è che in un sistema sanitario tuttora ad elevata frammentazione (pluralità di attori indipendenti) l'accento viene ulteriormente posto sulla continuità ed integrazione del bisogno e delle cure. In termini molto schematici si può affermare che il sistema statunitense, dopo aver storicamente perseguito i vantaggi derivanti dalla «specializzazione economica» (unità indipendenti collegate tramite rapporti di mercato), ha intrapreso un lento ma deciso cammino verso uno sfruttamento dei vantaggi derivanti dalla integrazione e ridisegno dei rapporti in senso collaborativo tra le diverse unità del sistema. In tal senso è possibile leggere un medesimo orientamento di fondo tra le HMO, che esprimono un fabbisogno di integrazione in una unica unità aziendale tra il momento di assunzione del rischio economico (assicurazione) e di erogazione dei servizi, e il *disease management* che esprime lo stesso fabbisogno sul piano delle categorie logiche e operative che un sistema maggiormente integrato deve utilizzare.

Se la logica nella quale il *disease management* si inserisce è quella per cui i miglioramenti sono da ricercarsi prioritariamente nelle economie di sistema (integrazione e grado di concentrazione del settore in termini economici), la sua rilevanza per un sistema come quello italiano, che dalla 833 ha sempre cercato di giocare sulla integrazione e che soltanto recentemente si è avviato sulla strada della de-integrazione, dovrebbe essere assolutamente scarsa. In realtà le cose non

sembrano stare esattamente in questi termini e una valutazione attenta potrebbe muovere dalle seguenti considerazioni.

1) Nonostante l'esperienza ultradecennale come organizzazioni formalmente unitarie e l'intenso sforzo di imporre logiche di questo tipo, le nostre USL hanno sempre sofferto di scarsa integrazione e frammentazione degli interventi. Non si tratta solo della ben nota separazione territorio/ospedale, ma della sostanziale «indipendenza» di tutti i Servizi, a livello macro-organizzativo (fenomeno aggravato dal loro numero eccessivo), e delle divisioni all'interno di uno stesso ospedale. In modo ancora più accentuato, lo stesso problema si è poi posto nelle relazioni con i fornitori esterni di servizi: qui è mancata la capacità di governo dei rapporti col settore «convenzionato» e il raccordo dello stesso con la produzione interna.

2) Uno dei punti qualificanti del riassetto del SSN è il sostanziale trasferimento delle responsabilità, a partire da quelle economiche e finanziarie, dal livello centrale a quello regionale. Ciò dovrebbe tradursi, e in parte sta già avvenendo, in una più efficace pressione sull'intero sistema sanitario pubblico per il contenimento della spesa (obiettivo nei fatti prioritario) e un più razionale utilizzo delle risorse (se e in quanto utile e/o compatibile con l'altro obiettivo). In altre parole anche il SSN sta iniziando a sperimentare il reale significato di un *cost conscious environment* nel quale strumenti e metodologie per il governo dei costi hanno una elevata attrattività.

3) Alla pressione sulle risorse si accompagna un aumento di complessità dell'intero sistema sanitario sia per quanto riguarda la varietà dei soggetti che vi operano che le modalità di regolazione dei loro rapporti economici. Il settore pubblico differenzia le missioni dei propri soggetti con l'introduzione

ne degli ospedali azienda e la parziale ridefinizione dei compiti delle USL. Il settore privato aumenta il proprio peso e l'intensità delle proprie relazioni con il settore pubblico attraverso l'equiparazione dei «soggetti erogatori» pubblici e privati e la crescita delle forme private di finanziamento e assunzione del rischio. I rapporti economici e finanziari tendono ad abbandonare le logiche «ex post» (copertura dei costi, rimborso per giornata di degenza, etc.) per adottare sistemi «ex ante» a maggiore responsabilizzazione e si assiste così al contemporaneo diffondersi di criteri globali di finanziamento (quote capitarie) e di meccanismi tariffari basati sulle prestazioni erogate.

4) Mentre la direzione dei cambiamenti in atto nel SSN appare sufficientemente definita e omogenea a livello nazionale, i meccanismi concreti di funzionamento non sono ancora del tutto chiari: si pensi ad esempio ai sistemi di finanziamento o alla regolazione dei rapporti con il privato, e soprattutto all'incremento della già marcata differenza tra i diversi sistemi regionali.

Avendo in mente queste poche schematiche osservazioni è possibile cercare di individuare quali contributi è possibile attendersi dal *disease management*, distinguendo tra significati diversi da attribuire al termine stesso.

A un primo livello è possibile utilizzare il *disease management* come approccio che sottolinea la necessità, in alcuni casi, di considerare la patologia come oggetto principale di analisi. Si tratta essenzialmente di uno stimolo alla migliore conoscenza di alcune patologie, prevalentemente croniche, e dei loro effetti sul sistema sanitario con particolare riferimento alle risorse assorbite. In realtà nel nostro paese in anni recenti è già aumentato l'interesse verso studi che prendono in considerazione i costi complessivi di alcune patologie, soprattutto da parte delle

imprese farmaceutiche che vogliono valutare i potenziali spazi economici per i loro prodotti. Purtroppo queste analisi sono ancora limitate dal punto di vista meramente quantitativo e soffrono, in termini di contributi effettivi che possono dare alla razionalizzazione dei processi assistenziali, della loro particolare committenza. Non ci si riferisce qui al problema, certamente presente, della diffidenza con cui possono essere accolti, problema che può essere in parte mitigato dalla credibilità di chi svolge la ricerca, quanto al fatto che:

1) la prospettiva prescelta, strettamente collegata al farmaco, è spesso troppo allargata (costi sociali) perché le aziende sanitarie abbiano la possibilità o la convenienza a modificare i loro processi assistenziali;

2) in ogni caso si tratta di indicazioni, quando queste sono presenti e praticabili, provenienti da soggetti esterni, peraltro portatori di forti interessi propri, e quindi è raro che vengano messe in pratica.

A questo livello, la diffusione dell'approccio *disease management* anche se proveniente da contesti diversi può costituire uno stimolo e un modello per moltiplicare le analisi sulla nostra specifica realtà coinvolgendo committenze più prossime ai contesti operativi e, in ogni caso, la maggiore disponibilità di conoscenze «contestualizzate» rappresenta una condizione preliminare per ogni applicazione operativa ragionevole.

Le indicazioni provenienti dal *disease management* potrebbero poi trovare applicazione in tutte quelle situazioni, sempre più numerose nel contesto italiano, nelle quali è utile una migliore rappresentazione e quantificazione *ex ante* del peso assistenziale di determinate categorie di utenti. L'introduzione di forme di responsabilizzazione economica basate sulla logica della spesa procapite impone in molti

casi di rivedere gli obiettivi in presenza di condizioni che determinano un elevato consumo di risorse in via permanente. Evidentemente l'utilizzo delle categorie del *disease management* sarà tanto più utile e significativo quanto meno numerosa sarà la popolazione la cui spesa complessiva è oggetto di responsabilizzazione (possibilità di distribuire il rischio). In pratica l'area più rilevante sembra essere quella della medicina di base in cui l'introduzione di forme di responsabilizzazione sulla spesa indotta e l'espansione delle forme di assistenza domiciliare che vedranno coinvolto il medico di base renderanno indispensabile una valutazione specifica per patologie come quelle segnalate nella tabella 1. Non vanno peraltro sottovalutate le analoghe necessità di riaggiustamento che emergono col diffondersi dei sistemi di *budget* all'interno delle USL.

Un terzo livello di utilizzazione dell'approccio, che rappresenta la sfida più ambiziosa, è l'effettiva presa in carico secondo le logiche del *disease management* a fronte di un finanziamento che si riferisca ai costi della patologia. La differenza rispetto al suo utilizzo come *standard* di finanziamento o di controllo è che in questo caso il *disease management* è lo strumento operativo di una organizzazione in qualche modo specializzata nella presa in carico di determinati pazienti. Nel contesto italiano allo stato attuale non sembrano esservi prospettive ampie per ciò che rappresenta il trasferimento del rischio finanziario e operativo legato a specifiche patologie. È possibile ipotizzare che a tempi brevi qualche esperimento in tal senso potrà avviarsi a partire da quelle aree in cui è già presente una certa specializzazione dell'offerta e la patologia risulti, in termini di risorse, a elevatissima «pervasività». Nel caso dell'AIDS, ad esempio, non è improbabile che gli

ospedali specializzati, anche a fronte di tariffe probabilmente sottodimensionate, possano proporsi come «gestori complessivi» della patologia. D'altra parte, indipendentemente dai vantaggi dell'approccio integrato, sono abbastanza evidenti le difficoltà che gli altri attori del sistema incontrano, e potrebbero continuare ad incontrare, nel rispondere ai bisogni di questi pazienti.

Un ultimo possibile utilizzo è quello a cui maggiormente si è fatto riferimento nel corso dell'articolo: il *disease management* come strumento o tecnica per ridisegnare le modalità complessive di intervento sulle patologie. In questo caso è necessario distinguere nettamente la prospettiva interaziendale da quella intra-aziendale. In modo molto schematico si può affermare che il nostro sistema sanitario è ormai stabilmente entrato in una fase di de-integrazione (diversificazione delle aziende e delle loro missioni) in cui si cercano di catturare i vantaggi in termini di efficienza derivanti dalla specializzazione istituzionale, senza peraltro avere momenti forti di difesa specifica della razionalità di sistema (debolezza delle regioni, assenza di acquirenti puri o comunque dotati di potere contrattuale). In questa situazione, nonostante sia possibile ipotizzare che un più attento perseguimento dei propri fini aziendali possa provocare un aumento delle inefficienze a livello di sistema, è poco probabile che si possano sviluppare le condizioni di cooperazione tra le diverse aziende necessarie per interventi del tipo *disease management*.

disease management. Il problema si pone in termini parzialmente diversi per il settore privato puro (senza rapporti con il sistema pubblico). Qui la crescita delle diverse forme di assicurazioni private potrebbe garantire maggiori opportunità di utilizzo dell'approccio; bisogna però tenere nella dovuta considerazione il fatto che il sistema assicurativo privato italiano è per il momento molto connotato dalla complementarietà con il sistema pubblico e quindi poco orientato alla copertura dei rischi sanitari e del fabbisogno di servizi tipici del *disease management*. Diverso è il caso dell'utilizzo come strumento di razionalizzazione all'interno dei contesti aziendali. Aziende come le USL, che rimangono in qualche misura responsabilizzate sui risultati (economici e di salute) complessivi e in cui si vanno diffondendo sistemi interni di responsabilizzazione, rappresentano il terreno privilegiato per la diffusione dello strumento.

BIBLIOGRAFIA

- CLOUGH C.G., *Parkinson's Disease Management*, The Lancet, 1991, 337, (8753): 1324-1327.
- CORVARI L., ZARUS S.A., *Disease Management: an overview of this new health care approach*, 1995, American Druggist, 212, (4): 41-48.
- FROMER L.M., *What Disease Management Really Means: An FP's Perspective*, Hospital Practice, 30, (10): 761-762.
- GONZALEZ E.R., CRANE V.S., *Designing a disease management program: How to get started*, Formulary, 1995; 30, (6): 326-340.
- LEWIS J.E., *How big should an integrated health care delivery system be at an academic medical center?*, 1995, Academic Medicine, 70, (7): 569-577.
- LUMSDON K., *Disease Management: the heat and headaches over retooling patient care create hard labor*, Hospitals and Health Networks, 1995, 69, (7): 34-35.
- MARWICK C., *Another Health Care Idea: Disease Management*, JAMA, 8 novembre 1995, 274, (18): 1416-1417.
- MEYER L.C., ROHL B., *An innovative approach to treating chronic, disabling asthma*, Case Manag., 1993; 4: 54-69.
- MOORE W.J., NEWMAN R.J. U.S., *Medicaid drug formularies: Do they work?*, Pharmacoeconomics, 1992, (suppl. 1) n. 31.
- ROSENBERG G.B., *Manage the Disease not the service*, P and T, 1995, 20, (3): 175-177.
- SOMERAI S., MC LAUGHLIN T.J., ROSS-DEGNON D., CASTERIS C.S., BOLLINI P., *Effects on limiting Medicaid drug reimbursement benefits on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia*, N. Engl. J. Med., 1994; 331: 650-655.
- TARLETON LANDIS N., *Disease Management entries multiply, diversify*, American Journal of Health-System Pharmacy, 1995, 52, (12): 1268 + 1271-1272.
- TERRY K., *Disease Management: Continuous Health-Care Improvement*, Business and Health, 1995, 13, (4): 64-72.
- WEISS K.B., *An economic evaluation of asthma in the United states*, N. Engl. J. Med., 1992; 326: 862-866.
- WOODWARD B.W., *Disease Management: Opportunity for pharmaceutical care?*, 1995, Hospital Pharmacy, 30, (7): 596 + 599-603 + 606.
- ZALTA E.D., EICHNER H., HENRY M., *Implication of Disease Management in the future of Managed Care*, Medical Interface, 1994, 7 (12): 66-69 + 78.
- ZITTER M., *Disease Management: a new approach to health care*, Medical Interface, 1994, 7, (8): 70-72 + 75-76.

I MODELLI ORGANIZZATIVI PER LE AZIENDE U.S.L.: TRADIZIONE ED INNOVAZIONE

di Alberto Corradini

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

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Le principali configurazioni di base della struttura organizzativa delle aziende - 2.1. La struttura funzionale - 2.2. La struttura a matrice - 2.3. La struttura multidivisionale - 3. I contenuti delle leggi regionali in tema di modalità organizzative e di funzionamento delle Usl - 3.1. I principi organizzativi - 3.2. La struttura organizzativa - 4. Analisi dei piani di organizzazione di alcune aziende Usl - 4.1. Gli organi di *staff* e l'area amministrativa - 4.2. L'area ospedaliera - 4.3. L'area territoriale - 5. Conclusioni.

The article deals with the design of different organizational frameworks for newly developed Local Health Units (LHU). Even if LHUs actually enjoy larger degrees of freedom in defining their organizational frameworks, the role of regional regulation is still relevant. Thus three different regional regulations concerning organization have been considered, in order to analyze the four main structural levels of health care organizations. These principle areas are: the administrative function, the hospital function, the territorial function and the support systems. The last part of the article is devoted to check how these different levels have been implemented in some LHUs to point out the different patterns.

1. Premessa

Il riordino del sistema sanitario nazionale, così come prefigurato dai decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93, ha introdotto, come ormai noto, alcuni importanti elementi di novità rispetto al passato; in particolare, ha attribuito alle Regioni un ruolo fondamentale nella realizzazione e nella conduzione del servizio sanitario, ha trasformato gli enti responsabili dell'erogazione dei servizi socio-sanitari in «aziende», ha introdotto un nuovo soggetto istituzionale quali gli «ospedali azienda».

Questa rinnovata impostazione dimostrata dal legislatore nell'avviare il cosiddetto processo di «aziendalizzazione» della sanità pubblica, implica, da un lato, riconoscere «autonomia» gestionale alle aziende di produzione ed erogazione dei servizi sanitari e, dall'altro lato, «responsabilizzare» il *management* aziendale sull'equilibrio economico-finanziario e sul raggiun-

gimento di predefiniti risultati di attività sia di natura qualitativa che quantitativa.

Tuttavia, il processo di aziendalizzazione, per essere reale, necessita di una condizione di coerenza tra spazio di autonomia concesso dalle regioni alle nuove aziende e livello di responsabilità che si intende assegnare; è infatti difficile immaginare l'assunzione di un livello di responsabilità significativo in assenza della reale possibilità da parte del *management* aziendale di intervenire sul complesso delle leve gestionali tipiche di ogni azienda, quali la definizione degli assetti organizzativi, la pianificazione strategica, gli strumenti di programmazione e controllo direzionali e operativi, e così via.

Tutto questo implica, tra l'altro, l'avvio di un processo di innovazione culturale che promuova lo sviluppo e la diffusione di modelli gestionali per le molteplici leve che il *management*

delle Usl dovrà progressivamente imparare ad usare e che richiedono competenze oggettivamente differenti rispetto a quelle finora prevalenti orientate ad una logica giuridico-amministrativa.

Occorre peraltro sottolineare che la bassa capacità di governo fino ad oggi dimostrata dalle Usl non può essere imputata in toto alla carenza di capacità manageriali di coloro che sono stati chiamati a dirigerle. Fattori ambientali quali il contesto socio-politico e le forti incertezze circa gli assetti normativo-istituzionali (che negli ultimi anni si sono sviluppati attraverso norme transitorie) hanno contribuito in modo significativo alla debolezza degli assetti interni delle Usl.

Il presente lavoro intende analizzare alcuni esempi concreti di riprogettazione organizzativa compiuti dalle nuove aziende sanitarie, focalizzandosi in particolare sulle scelte organizzative effettuate dalle aziende Usl, al

fine di capire fino a che punto il binomio autonomia-responsabilità sia stato effettivamente interiorizzato dagli attori del sistema in chiave aziendale.

Tale analisi sarà preceduta, per motivi di chiarezza espositiva, dalla illustrazione dei punti di forza e di debolezza delle principali configurazioni di base della struttura organizzativa e dei contenuti delle leggi di organizzazione delle regioni a cui si riferiscono le esperienze oggetto di analisi.

2. Le principali configurazioni di base della struttura organizzativa delle aziende

La struttura organizzativa indica «il modello di divisione e di coordinamento del lavoro adottato per conseguire i fini aziendali, vale a dire: 1) le unità organizzative elementari (dette organi) fra le quali è suddiviso il lavoro; 2) i compiti di ciascun organo; 3) lo schema delle relazioni che collegano l'attività di ogni organo a quella degli altri secondo uno schema unitario» (Coda, 1973).

La varietà degli assetti organizzativi mostrati nella realtà dalle aziende è riconducibile essenzialmente alle seguenti «configurazioni base» in relazione alle caratteristiche assunte dalla «struttura di base» (ossia alla forma della struttura organizzativa a livello di organi direttivi e di governo economico):

- la struttura funzionale;
- la struttura a matrice;
- la struttura divisionale.

Di seguito vengono descritti i principali aspetti positivi e negativi di tali assetti organizzativi.

2.1. La struttura funzionale

Questo tipo di struttura viene adottata principalmente da aziende integrate verticalmente con una limitata varietà di linee di produzione e di di-

stribuzione. L'alta direzione si occupa del coordinamento tra funzioni e dell'uso ottimale delle risorse impiegate; i dipartimenti funzionali si occupano della direzione dei propri settori, delineando le azioni che vengono realizzate dalle unità operative.

Il corretto funzionamento della struttura funzionale dipende in larga misura dal grado di sviluppo dei meccanismi di integrazione tra funzioni; infatti, queste per loro natura tendono a perseguire un'ottimizzazione interna delle attività specialistiche, demandando la responsabilità del risultato complessivo ad un livello più elevato.

I limiti della struttura funzionale emergono quando all'aumento del numero di prodotti, alla diversificazione degli stessi o comunque alla maggiore complessità ambientale, si risponde con l'istituzione di nuovi organi specialistici che, aumentando le esigenze di coordinamento (e, parallelamente, il livello di conflittualità interno) tra funzioni, rendono sempre più difficile assicurare una gestione unitaria dell'azienda. In questa situazione i meccanismi di coordinamento tradizionali non sono più sufficienti, determinando un crescente coinvolgimento diretto dei livelli gerarchici superiori; il tentativo di alleggerire il carico di lavoro del vertice aziendale può essere causa di una proliferazione di strutture e organi di coordinamento che, a loro volta, si concentrano esclusivamente sui compiti di coordinamento e non sui risultati. In definitiva si innesca un circolo vizioso del tipo spinta strutturale alla frammentazione e continua specializzazione, creazione di nuovi organi, maggiori necessità di coordinamento, sovraccarico dei livelli superiori, creazione di nuovi organi.

Per risolvere questa situazione è indispensabile passare a forme strutturali più evolute quali, ad esempio, il modello a matrice o il modello multidivisionale.

2.2. La struttura a matrice

Una prima risposta ai limiti mostrati dalla struttura funzionale può essere rappresentata dallo schema a matrice che presenta organi di primo livello specializzati sia per tecniche che per prodotti-progetti. Tale struttura si propone di coniugare forti livelli di differenziazione organizzativa (e quindi di specializzazione) con elevati livelli di integrazione senza privilegiare in modo assoluto una dimensione rispetto all'altra. Alcuni autori (Piantoni, Salvemini, 1991) hanno messo in luce come l'equilibrio tra le due dimensioni di base sia di tipo dinamico, ossia in alcuni periodi temporali si tende a privilegiare la dimensione economico-tecnica, mentre in altri l'enfasi è posta sulla dimensione di prodotto-progetto per la riconduzione ad unità delle varie azioni.

Graficamente, la struttura a matrice può essere rappresentata come una tabella a doppia entrata in cui in una delle dimensioni sono rappresentate le unità funzionali, nell'altra gli organi di prodotto-progetto: ad ogni incrocio tra righe e colonne della tabella corrisponde un organo di secondo livello.

Questo tipo di struttura presenta una duplice linea di autorità: i capi degli organi di secondo livello dipendono contemporaneamente dal responsabile di prodotto-progetto e dal responsabile di funzione. Il principio di esistenza di un unico responsabile per ciascuna persona viene dunque abbandonato. È tuttavia errato pensare che ogni persona sia soggetta alla dipendenza duplice; quest'ultima riguarda solo i capi degli organi che si trovano all'intersezione delle linee funzionali e di prodotto-progetto. Al di sotto di questi riprende la normale catena gerarchica e vige il principio dell'unità di comando (Perrone, 1990).

Il grado di complessità interna della struttura a matrice rimane comunque estremamente elevato: per il suo fun-

zionamento è necessario l'implementazione di una serie di sistemi operativi bidimensionali (i sistemi di pianificazione, di programmazione e controllo, di gestione del personale devono servire entrambe le dimensioni della matrice) e, soprattutto, la presenza di modelli di comportamento e di una cultura organizzativa in sintonia con le esigenze della struttura. A tale proposito, alcuni autori (Perrone, 1990) sostengono che non si possa parlare semplicemente di struttura a matrice, ma si debba fare riferimento al concetto più ampio di «organizzazione a matrice», costituita dalla sommatoria di una struttura a matrice, più meccanismi operativi matriciali, più una cultura da matrice, più comportamenti da matrice, più un *layout* da matrice.

Da queste considerazioni discende che i punti critici del modello a matrice attengono principalmente a due ordini di elementi: gli elevati costi di funzionamento e la particolarità del contesto culturale necessario per la sua implementazione.

2.3. La struttura multidivisionale

Una seconda possibile soluzione ai limiti della struttura funzionale è stata ricercata nella struttura multidivisionale. Questa prevede che al di sotto dell'alta direzione gli organi siano raggruppati in modo che ad ogni divisione risultino assegnate gran parte dei processi relativi ad un certo prodotto o mercato. All'interno di ciascuna divisione l'organizzazione del lavoro può attuarsi secondo gli stessi criteri oppure può fare riferimento al criterio della specializzazione tecnica.

Nella struttura multidivisionale, a differenza dello schema funzionale, assume notevole importanza la configurazione dei servizi di supporto e di staff che o gestiscono processi comuni a tutte le divisioni, o coordinano parti di processi gestiti dalle singole divi-

sioni per realizzare un'unità di metodologie, o assicurano un coordinamento su dimensioni diverse da quella divisionale; tali unità saranno tanto più numerose quanto maggiori sono le interdipendenze tra le divisioni. Le unità di supporto sono generalmente collocate immediatamente al di sotto della direzione generale; le funzioni di supporto che comportano l'interazione quotidiana con i problemi dei servizi operativi vengono nella maggior parte dei casi demandati a organi di staff collocati a livello di singolo dipartimento, configurando veri e propri cicli produttivi autonomi.

Lo schema multidivisionale implica inoltre la formazione di specifici organi permanenti di integrazione. Nelle organizzazioni pubbliche questi si sono concretizzati nella figura del coordinatore di dipartimento, di cui spesso non è chiaro se sia preminente il connotato gerarchico o quello funzionale, e nella istituzione di un sistema di comitati.

Alcuni autori (Rebora, 1982), stante la complessità di applicazione di tale modello nelle organizzazioni pubbliche e il carattere talora radicale delle innovazioni, individuano una versione più snella e più semplice rispetto allo schema multidivisionale «puro» sopra descritto.

Ferme restando le modalità di individuazione delle divisioni, il modello multidivisionale «debole» si distingue per la minore dotazione di strutture e organi propri assegnati alle divisioni, privi in particolare di funzioni di *staff*.

Anche rispetto agli organi di integrazione, la versione «debole» prevede la presenza del solo coordinatore di dipartimento, che spesso mantiene contemporaneamente la sua posizione di responsabile di unità operativa. La preferenza per tale versione attenuata può derivare anche da fattori legati alla dimensione dell'azienda interessata che rendono non economico l'uti-

lizzo di strutture progettate in origine per le grandi dimensioni.

Nelle aziende di produzione ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari, la configurazione di base maggiormente diffusa è quella riconducibile alla struttura funzionale; questa non è stata frutto di una scelta compiuta dalle aziende, ma è stata la soluzione organizzativa prevista dalle leggi regionali di riorganizzazione successive alla 833.

In sanità, il modello funzionale ha evidenziato aspetti positivi e aspetti negativi. Tra i primi è possibile annoverare l'elevato livello di specializzazione raggiunta dalle strutture sanitarie, l'elevata qualità delle prestazioni erogate, la chiara identificazione delle responsabilità nelle linee gerarchiche verticali; i principali aspetti negativi sono legati alle caratteristiche dell'assetto funzionale e sono riconducibili alla perdita dell'unitarietà della gestione dovuta alla scomposizione rigida della struttura in servizi tra loro «impermeabili» e alla conseguente determinazione di interventi settoriali che necessitano di un'attività di ricomposizione dell'offerta da parte del cliente stesso.

Per alcuni settori di attività è stata inoltre prevista la doppia linea gerarchica funzionale e divisionale come nel caso dei distretti e dei dipartimenti. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, questa opportunità non ha avuto piena realizzazione in quanto la prevalenza del rapporto gerarchico lungo la linea verticale e la quasi esclusiva focalizzazione sulla specializzazione differenziale, ha di fatto determinato una situazione di debolezza strutturale della linea divisionale.

La debolezza del modello funzionale applicato alle aziende di servizi sanitari si manifesta anche in relazione alla scarsa capacità di risposta alle dinamiche ambientali: l'alta direzione è stata infatti occupata quasi esclusiva-

mente nella risoluzione dei conflitti e nell'attività di coordinamento delle funzioni in luogo di un suo impegno allo sviluppo di una visione strategica d'azienda e al miglioramento della propria capacità decisionale.

Affinché le Usl possano superare i limiti sopra citati e recuperare maggiori livelli di efficacia ed efficienza è necessario agire, in modo contestuale, almeno sui seguenti fronti:

— sulla struttura di base, riprogettandola in modo da attribuire rilevanza alla dimensione prodotto-processo, ossia aggregando compiti, mansioni e funzioni non in relazione alla loro omogeneità tecnica o formale, ma in relazione al fatto che essi concorrano all'ottenimento di un certo risultato o al soddisfacimento di un determinato bisogno;

— sulla professionalità del personale e, in particolare, della dirigenza, in modo da evitare che la struttura, seppure progettata sulla base di nuove logiche organizzative, venga riletta e interpretata con i vecchi criteri riproducendo i vecchi comportamenti.

In particolare, per quanto riguarda il primo fronte di interventi, le linee guida da seguire nella fase di impostazione dei nuovi modelli organizzativi delle aziende sanitarie dovrebbero essere, da un lato, il potenziamento degli organi di governo delle aziende sanitarie, maggiormente orientati verso responsabilità di direzione generale e lasciati liberi da responsabilità di gestione operativa e, dall'altro, la definizione di una struttura organizzativa di taglio divisionale volta al soddisfacimento dei bisogni della popolazione di riferimento.

A tal fine, è condizione necessaria (ma non sufficiente) che l'assetto organizzativo progettato in sede di legislazione regionale garantisca agli organi di governo delle aziende sanitarie un livello di autonomia congruo con la

responsabilità che essi hanno sui risultati complessivi dell'ente.

3. I contenuti delle leggi regionali in tema di modalità organizzative e di funzionamento delle Usl

Per poter compiere un'analisi significativa degli assetti organizzativi di alcune Usl appartenenti a differenti regioni italiane, è necessario comprendere il contesto istituzionale in cui le aziende sanitarie hanno potuto effettuare le scelte organizzative e il grado di autonomia decisionale concessa loro dalle regioni.

Come è noto, il decreto legislativo n. 502/92 ha attribuito alle regioni la responsabilità dello sviluppo del servizio sanitario, determinando il cosiddetto fenomeno di «regionalizzazione della sanità pubblica» che, secondo le opinioni di molti (tra cui Zangrandi, 1992), avrà come effetto la realizzazione di differenti sistemi sanitari regionali anche in termini di costi e di qualità delle prestazioni erogate.

In particolare, in tema di organizzazione delle Unità sanitarie locali, il decreto legislativo n. 502/92, dispone che siano «le regioni a disciplinare, nell'ambito della propria competenza, le modalità organizzative e di funzionamento delle Usl» e indica quali organi essenziali della Usl il direttore generale (coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario, dal consiglio dei sanitari e dal coordinatore dei servizi sociali) e il collegio dei revisori (art. 3, comma 4).

Di conseguenza, la definizione della macrostruttura delle aziende e l'indicazione dei principali meccanismi di funzionamento ricade sotto la diretta responsabilità delle regioni e sarà influenzata dal tipo di ruolo che ciascuna regione vorrà interpretare nella realizzazione di un sistema sanitario equo, efficace ed efficiente.

In questa sede si intendono evidenziare gli orientamenti normativi e i modelli di soluzione adottati in alcune regioni italiane attraverso l'analisi delle leggi regionali di organizzazione. In particolare si prenderanno in considerazione le seguenti leggi:

— regione Toscana, L.R. 2 gennaio 1995, n. 1;

— regione Veneto, L.R. 14 settembre 1994, n. 56;

— regione Emilia-Romagna, L.R. 12 maggio 1994, n. 19.

Si sono scelte queste regioni perché costituiscono tre differenti modalità di soluzione al problema del funzionamento del sistema sanitario regionale.

L'analisi svolta ha come primo oggetto di indagine i principi organizzativi dettati dalle leggi regionali che devono guidare le aziende sanitarie nella definizione del proprio regolamento generale, in quanto la loro concreta applicazione da parte delle aziende influisce sulle scelte di progettazione della struttura organizzativa oltreché dei sistemi operativi.

Il secondo oggetto d'indagine è la struttura organizzativa prevista dalla legislazione regionale per le aziende Usl. In particolare, verranno evidenziate le caratteristiche principali degli «organi di indirizzo» delle attività, ossia quegli organi che hanno la responsabilità di definire i bisogni dei cittadini che si intendono soddisfare e soprattutto di individuare le prestazioni con cui soddisfare tali bisogni e le modalità operative della loro erogazione.

Contestualmente, si cercherà anche di analizzare i «modelli di coordinamento» degli organi previsti dalle normative regionali (modelli di tipo gerarchico, funzionale, ecc.).

3.1. I principi organizzativi

L'analisi delle norme di principio sui criteri organizzativi contenute nelle leggi regionali consente di eviden-

ziare le implicazioni dirette sulla struttura organizzativa e quindi costituisce un primo utile indicatore per comprendere lo spazio di autonomia concesso dai vari sistemi sanitari regionali alle singole aziende sanitarie in tema di definizione dei propri assetti organizzativi.

La regione Toscana, per adempiere ai propri compiti di indirizzo nei confronti delle aziende sanitarie, indica, quali principi organizzativi, alcuni criteri di ordine generale. Il primo principio fa riferimento alla necessità di garantire «l'integrazione delle attività al fine di conseguire il migliore livello qualitativo delle prestazioni ed il conseguimento degli obiettivi definiti dalla programmazione regionale e locale». L'erogazione dei servizi deve quindi essere unitaria ed avere come principale punto di riferimento il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione. Questo significa individuare delle soluzioni organizzative che consentano la realizzazione di modalità di offerta dei servizi integrate rispetto alla domanda di assistenza dell'utente finale e permettano di superare la frammentazione di intervento causata dalla tradizionale struttura specialistico-funzionale che crea barriere sia all'interno del mondo sanitario che tra il mondo sanitario e quello amministrativo.

Un ulteriore principio è la «integrazione fra attività della direzione aziendale e attività di erogazione delle prestazioni, nonché il raccordo tra la direzione aziendale stessa e le strutture organizzative delle aziende sanitarie». Anche se in modo implicito, tale principio introduce di fatto la distinzione tra la dimensione strategica del governo d'azienda, attribuita alla «direzione aziendale», e la dimensione direzionale, attribuita ai responsabili delle diverse «strutture organizzative». Nonostante non sia chiarito il tipo di relazione che deve collegare la direzione

aziendale alle strutture operative, viene tuttavia riconosciuta una differenziazione delle responsabilità all'interno dell'azienda nella definizione degli obiettivi da perseguire e una parallela attribuzione di autonomia per la loro realizzazione.

Il problema che deve cercare di risolvere ciascuna azienda sanitaria è quello di porre in essere le condizioni, soprattutto in termini di assetti organizzativi e sistemi operativi, che garantiscano di coniugare in modo coerente il binomio autonomia-responsabilità al livello direzionale, così da dare corpo anche al terzo principio di carattere generale enunciato dalla normativa regionale circa «l'utilizzo responsabile e controllato delle risorse disponibili».

La regione Veneto formula delle vere e proprie linee guida per garantire una certa omogeneità negli interventi delle aziende sanitarie in tema di definizione degli assetti organizzativi nell'ambito del sistema sanitario regionale.

In particolare, prevede che ad ogni struttura siano attribuiti compiti, obiettivi quantitativi e qualitativi e strumenti coerenti tra loro e sia individuato un unico responsabile a cui compete la gestione del *budget*, nonché la direzione degli operatori assegnati ai fini del raggiungimento degli obiettivi. Ciascun responsabile di struttura, a sua volta, riporta funzionalmente ai tre direttori, per quanto di propria competenza, e al direttore generale in termini complessivi.

La legge individua inoltre la necessità di collegamento tra i vari organi («ciascuna struttura o unità operativa, benché autonoma, deve attuare procedure per un'azione coordinata»), ma lascia alle singole aziende l'individuazione dei meccanismi operativi.

La regione Emilia-Romagna individua una serie di principi focalizzati maggiormente sugli aspetti di funzio-

namento dei servizi piuttosto che su una loro puntuale e precisa definizione in termini di struttura.

In particolare si fa esplicito riferimento alla distinzione, nell'ambito dell'Unità sanitaria locale, tra funzioni di direzione strategica, di finanziamento e di controllo di gestione e funzioni gestionali e tecniche rivolte all'erogazione delle prestazioni; al controllo di gestione come metodo permanente di verifica dei risultati; a basare il funzionamento dei servizi sull'autonomia e sulla responsabilizzazione degli operatori.

Già dall'analisi dei principi organizzativi emergono le differenti impostazioni seguite dalle diverse legislazioni regionali. In particolare, mentre la Toscana definisce dei criteri universalmente validi e condivisibili, il Veneto e l'Emilia-Romagna evidenziano dei criteri di ordine più operativo; più precisamente il Veneto definisce in modo tecnico una struttura organizzativa chiara soprattutto sotto il profilo gerarchico pur riconoscendo l'esigenza di integrazione orizzontale, al contrario dell'Emilia-Romagna che si preoccupa invece di definire un metodo di funzionamento comune tra le aziende del servizio sanitario regionale.

3.2. La struttura organizzativa

Le aree di attività prese in considerazione per l'analisi delle caratteristiche della struttura organizzativa prevista dalle leggi regionali sono le seguenti:

- la direzione generale;
- l'area ospedaliera;
- l'area territoriale;
- l'area tecnico-amministrativa.

3.2.1. La direzione generale

Il Direttore generale è definito nelle sue caratteristiche essenziali dall'art.

3 del D.L. vo n. 502/92 che gli attribuisce «tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'Unità sanitaria locale» e gli affianca in qualità di «coadiutori» il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il coordinatore dei servizi sociali. Il decreto legislativo lascia poi alle singole legislazioni regionali la definizione più precisa delle funzioni e delle relazioni proprie dei componenti della cosiddetta «triade» aziendale.

Dalla lettura delle leggi regionali prese in esame traspaiono essenzialmente due modalità differenti di intendere il ruolo del vertice aziendale e di conseguenza due diversi modelli organizzativi.

In Toscana e in Emilia-Romagna non si distinguono in modo esplicito i compiti del direttore generale da quelli del direttore sanitario e del direttore amministrativo come se si considerassero queste tre figure (ciascuno con le proprie competenze e responsabilità) appartenenti ad un'unica struttura di vertice, la direzione aziendale, a cui spettano essenzialmente funzioni di carattere strategico e direzionale complessivi di azienda, coerentemente a quanto espresso nei principi organizzativi di tali regioni che richiamano la necessità di distinguere tra funzioni di direzione strategica e funzioni gestionali.

In particolare, la volontà di realizzare una netta separazione tra funzioni di governo strategico e funzioni di governo operativo emerge in modo esplicito dalla legge regionale toscana che prevede per le aziende Usl due livelli direzionali distinti:

— il centro direzionale, quale struttura organizzativa di supporto «di cui si avvale la direzione aziendale per lo svolgimento delle proprie funzioni» composta dagli *staff* della direzione aziendale e dagli *staff* della direzione sanitaria, dalle aree funzionali amministrative e tecniche, dal coordinatore

infermieristico e dal coordinatore tecnico sanitario (art. 3);

— la zona, ossia l'insieme delle strutture organizzative di erogazione delle prestazioni che rappresenta il vero e proprio «comparto produttivo» della Usl sul territorio di competenza a cui viene riconosciuta autonomia gestionale.

In altri termini sembra che il legislatore, prevedendo questi due livelli aziendali, abbia voluto alleggerire il vertice aziendale dalle incombenze di carattere operativo, affidate essenzialmente ai responsabili di zona, e dotare la struttura direzionale di una maggiore capacità di elaborazione strategica e di controllo attraverso l'attivazione di idonei strumenti e tecniche manageriali.

Viceversa, la legge regionale del Veneto non prevede la creazione di una struttura organizzativa di vertice aziendale a supporto dell'attività della direzione, ma lascia intendere che l'unitarietà di intervento della direzione è garantita dal direttore generale «coadiuvato» dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo con le rispettive strutture.

La legge della regione Veneto, coerentemente con l'esigenza di definire una struttura organizzativa chiara soprattutto sotto il profilo delle relazioni gerarchiche, individua compiti ben precisi per le tre figure apicali. Al direttore generale spettano tutte le funzioni di gestione complessiva, la rappresentanza generale, la responsabilità della «valorizzazione e la più efficace gestione delle risorse umane». A tal fine la legge prevede che sia il direttore generale a promuovere le azioni formative più opportune e a nominare il dirigente del personale. Infine, il direttore generale si avvale dell'unità di controllo di gestione per il raggiungimento degli «obiettivi assegnatigli dalla Giunta regionale nonché per la corretta ed economica gestione del-

le risorse a disposizione dell'azienda» (art. 13).

La natura delle relazioni previste tra direttore generale e i direttori sanitario, amministrativo e dei servizi sociali è descritta dalla legge negli artt. 14, 15 e 16. In particolare, questi ultimi:

— coadiuvano il direttore generale nella gestione dell'Unità locale socio-sanitaria, fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza;

— svolgono attività di direzione e coordinamento dei responsabili delle strutture di propria competenza;

— forniscono le informazioni e realizzano le attività necessarie per il controllo di gestione dell'azienda ed il controllo di qualità delle prestazioni erogate.

L'impostazione seguita dal Veneto di collocare i direttori sanitario e amministrativo direttamente a capo delle rispettive strutture organizzative con una responsabilità gerarchica diretta rischia forse di coinvolgere troppo queste figure nella operatività della gestione e, probabilmente, di «trascinare» in questa direzione anche il direttore generale, compromettendo la funzione di guida strategica della direzione.

In altri termini, se nel caso della Toscana e dell'Emilia-Romagna il fabbisogno di integrazione della direzione aziendale è soddisfatto tramite la costituzione di una specifica struttura organizzativa composta da professionalità e competenze appartenenti sia al mondo amministrativo che a quello socio-sanitario, in Veneto il fabbisogno di integrazione è risolto essenzialmente tramite lo stile di direzione del direttore generale.

3.2.2. L'area ospedaliera

La regione Toscana prevede in corrispondenza di ciascuna Usl la costituzione di un dipartimento ospedaliero

su base aziendale che raggruppa tutti i presidi ospedalieri della Usl in un'unica rete organizzativa. Compito del dipartimento ospedaliero è quello di coadiuvare la direzione aziendale nella definizione delle linee di programmazione ospedaliera, nella organizzazione della rete, nella ripartizione delle risorse e nella distribuzione delle attività tra i vari presidi. La legge non specifica le conseguenze operative di tali funzioni.

A livello aziendale è prevista inoltre la costituzione di aree funzionali ospedaliere che raggruppano le strutture professionali presenti nelle zone nei seguenti settori omogenei: medico, chirurgico, materno infantile, servizi diagnostici di laboratorio, servizi di diagnostica per immagini.

Per ciascuna area funzionale viene individuato un responsabile, nominato dal direttore generale su proposta del direttore sanitario, che diventa automaticamente membro del comitato direttivo di dipartimento (art. 13).

Inoltre, per ciascuna zona, il direttore generale nomina un dirigente medico con funzioni di coordinamento delle aree funzionali nonché di direttore sanitario di presidio ospedaliero (art. 15). Nel caso in cui il presidio ospedaliero di zona si articoli in più stabilimenti, il responsabile di presidio può avvalersi di specifici referenti di stabilimento.

La legge non indica in modo chiaro le modalità di coordinamento e gli ambiti di responsabilità di queste numerose posizioni e livelli organizzativi, soprattutto tra responsabile di area funzionale ospedaliera e responsabile di zona delle aree funzionali ospedaliere. È compito del direttore generale chiarire l'attribuzione di tali competenze nel regolamento generale d'azienda.

Diverso è l'approccio seguito dalla regione Veneto nel definire l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera.

La legge regionale prevede infatti che ciascun presidio ospedaliero sia organizzato in dipartimenti, ciascuno dotato di un *budget* prefissato, che possono essere organizzati per aree omogenee sotto il profilo dell'attività, delle risorse umane e tecnologiche impiegate o rispetto ai bisogni da soddisfare.

La regione, inoltre, demanda alle singole Ulss la definizione delle forme di coordinamento e di direzione dei presidi ospedalieri (art. 24).

È interessante evidenziare il differente significato attribuito al termine dipartimento ospedaliero nei diversi contesti regionali. Infatti se nel Veneto costituisce la modalità con cui deve essere articolata la struttura organizzativa dei singoli presidi ospedalieri, in Toscana il dipartimento ospedaliero (unico per ogni azienda) costituisce la modalità organizzativa con cui l'azienda nel suo complesso gestisce l'assistenza ospedaliera.

A questo proposito può essere utile confrontare tali differenti impostazioni con le conclusioni a cui è giunto il gruppo di lavoro dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) in merito alla istituzione dei dipartimenti nelle strutture ospedaliere del SSN.

In particolare, il dipartimento viene definito come insieme di «unità operative tra loro indipendenti (...) aggregate non solo «funzionalmente» ma anche «fisicamente», in modo da consentire la gestione comune dei posti letto e delle risorse umane, tecniche ed economiche assegnate».

Dal punto di vista decisionale vengono poi previsti almeno due livelli: il Capo di Dipartimento e il Comitato di Dipartimento. La funzione di Capo di Dipartimento viene definita aggiuntiva a quella di responsabile di unità operativa e, per quanto riguarda le attribuzioni del Capo di Dipartimento, il gruppo di lavoro prevede, tra l'altro, che questi «gestisca le risorse attribui-

te al dipartimento secondo le indicazioni del Comitato di Dipartimento».

Tra le funzioni del Comitato di Dipartimento, costituito dai responsabili di tutte le unità operative appartenenti al dipartimento e di tutti i moduli professionali, è prevista quella di «programmazione dei fabbisogni di risorse, sia di personale che di dotazione strumentale, e valutazione delle priorità».

In Emilia-Romagna ai presidi ospedalieri (definiti dal direttore generale attraverso l'accorpamento degli ospedali della Usl non costituiti in azienda) è riconosciuta in modo esplicito, oltre che l'autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale (come previsto dal decreto legislativo di riordino), anche l'autonomia gestionale «per lo svolgimento delle rispettive funzioni e per il conseguimento degli obiettivi aziendali ivi compreso il coordinamento organizzativo ed erogativo delle attività» (art. 4); a tal fine il direttore generale individua per ciascun presidio ospedaliero un dirigente responsabile della gestione complessiva.

Dalla breve analisi fin qui condotta sull'organizzazione del servizio di assistenza ospedaliera, sembra di poter individuare almeno due differenti modelli di riferimento.

Il primo modello è quello riferito alla situazione dell'Emilia-Romagna, in cui la regione, attribuendo autonomia gestionale ai presidi (ospedalieri e distrettuali) e dotandoli anche di propri *staff* amministrativi, sembra voler favorire una situazione di vera e propria competizione tra le diverse strutture della Usl spingendo molto su una logica di responsabilizzazione per risultati nell'ambito però di una gestione aziendale fortemente orientata all'utilizzo di strumenti di gestione innovativi (sistemi di *budget*, contabilità economica, contabilità analitica, ecc.).

Il secondo modello ipotizza, al contrario, differenti forme di collaborazione tra i diversi presidi ospedalieri delle Usl che passano da forme di semplice cooperazione o coordinamento in relazione alle finalità perseguite dalla direzione aziendale (come previsto in Veneto) a forme di collaborazione più complesse e strutturate come quella prevista dalla regione Toscana che sembra orientata alla costituzione di una rete integrata di presidi ospedalieri.

In entrambi i modelli vengono comunque lasciati alle singole aziende ampi spazi di discrezionalità nella progettazione organizzativa dell'area ospedaliera; anche nel modello toscano, che appare più vincolante rispetto agli altri, gli ambiti di autonomia organizzativa sono comunque ampi in quanto la legge non fornisce precise indicazioni in merito alle modalità organizzative delle aree funzionali omogenee e non prevede specifici criteri di riagggregazione dipartimentale.

3.2.3. L'area territoriale

La regione Toscana prevede che anche le funzioni socio-sanitarie e socio-assistenziali siano organizzate in modo dipartimentale. Di conseguenza, accanto al dipartimento ospedaliero, è prevista l'istituzione dei seguenti dipartimenti: prevenzione, attività sanitarie di comunità, assistenza sociale, salute mentale, dipendenze.

Come per il dipartimento ospedaliero, anche i dipartimenti territoriali si articolano, a livello di zona, in aree funzionali, che raggruppano tutte le strutture organizzative professionali di competenza del dipartimento.

È compito dei dipartimenti territoriali coadiuvare la direzione aziendale nell'attività di pianificazione, nell'attività di coordinamento e di allocazione delle risorse tra le aree funzionali, nella definizione dei programmi di

formazione e di aggiornamento professionale degli operatori.

Il direttore generale nomina un responsabile per ciascun dipartimento e un responsabile per ciascuna area funzionale in cui si articola il dipartimento stesso (che partecipa di diritto al comitato direttivo del dipartimento di appartenenza).

Le aree funzionali dei dipartimenti territoriali si articolano anche a livello distrettuale che ha il compito di realizzare, da un lato, l'integrazione tra le attività delle diverse aree funzionali (soprattutto tra le attività sanitarie e quelle di assistenza sociale) e, dall'altro lato, l'integrazione tra le attività della Usl, della medicina di base e della medicina di comunità.

A capo del distretto la legge prevede la costituzione di un organo «diarchico» denominato ufficio di coordinamento distrettuale composto da un dirigente sanitario e da un coordinatore sociale nominati dal direttore generale (art. 15).

Come nel caso dell'area ospedaliera, la legge regionale demanda al regolamento generale la definizione delle competenze dei responsabili di tutte le strutture individuate e i rapporti tra le strutture stesse.

L'Emilia-Romagna attribuisce ad ogni distretto autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale nonché autonomia gestionale e organizzativa per lo svolgimento delle proprie funzioni. La legge indica che le funzioni socio-assistenziali e socio-sanitarie devono essere organizzate in forma dipartimentale su base aziendale sotto la responsabilità (funzionale) del coordinatore dei servizi sociali.

Anche per quanto riguarda l'organizzazione dell'area territoriale è interessante evidenziare il diverso approccio seguito dalle regioni esaminate. Infatti, se l'Emilia-Romagna attribuisce al distretto un ruolo assolu-

tamente di primo piano nella gestione delle funzioni socio-assistenziali e socio-sanitarie riconoscendogli, al pari del presidio ospedaliero, l'autonomia gestionale e organizzativa, la Toscana limita il ruolo del distretto a semplice interfaccia tra popolazione e Usl, a strumento tecnico-operativo di coordinamento di scelte gestionali determinate a livello superiore di dipartimento e di area funzionale di zona. È in questa ottica che si deve interpretare la scelta della Toscana di porre a capo del distretto un organo di coordinamento (debole) anziché un organo di governo monocratico responsabile della gestione complessiva.

In questo quadro il modello del Veneto si colloca in una posizione intermedia rispetto alle due soluzioni precedenti. Infatti, seguendo un approccio più tradizionale, la legge regionale riconosce al distretto il ruolo di struttura tecnico-funzionale attraverso cui la Ulss assicura una risposta coordinata ai bisogni della popolazione, individua un unico responsabile a cui spetta la gestione del *budget* e la direzione degli operatori assegnatigli dalla direzione generale, ma non sembra riconoscere al distretto l'autonomia sulla gestione complessiva delle attività distrettuali come previsto in Emilia-Romagna.

3.2.4. L'area tecnico-amministrativa

In Toscana le funzioni tecnico-amministrative sono organizzate nelle seguenti aree funzionali omogenee: area funzionale amministrativa, area funzionale tecnica, *staff* della direzione aziendale, *staff* della direzione sanitaria (art. 8). L'area funzionale amministrativa, a sua volta, è articolata in zone per espletare le funzioni di coordinamento amministrativo relative alle attività svolte dalle articolazioni zonali di tutti i dipartimenti territoriali

e dai distretti presenti all'interno della zona. La struttura amministrativa decentrata è posta a supporto del responsabile di zona, che può ricevere da parte del direttore amministrativo una più o meno ampia delega di coordinamento amministrativo.

Anche l'Emilia-Romagna prevede che le funzioni amministrative siano organizzate sia a livello centrale di azienda (collocate in *staff* al direttore amministrativo) sia a livello decentrato di distretto e di presidio ospedaliero in posizione di *staff* ai responsabili della gestione complessiva dei distretti e dei presidi ospedalieri.

In Veneto, invece, l'assetto dei servizi amministrativi è definito dalle singole aziende sanitarie; la legge regionale precisa solamente che le funzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica e veterinaria sono trasferite al dipartimento di prevenzione.

In generale, dall'analisi delle diverse leggi regionali sembrano scaturire essenzialmente due differenti logiche organizzative previste dalle regioni per le Usl: la Toscana e l'Emilia-Romagna, seppure con qualche differenza, si ispirano maggiormente al modello divisionale accentrato (in cui l'alta direzione partecipa attivamente nella definizione delle strategie delle divisioni) mentre la regione Veneto a quello settoriale-funzionale.

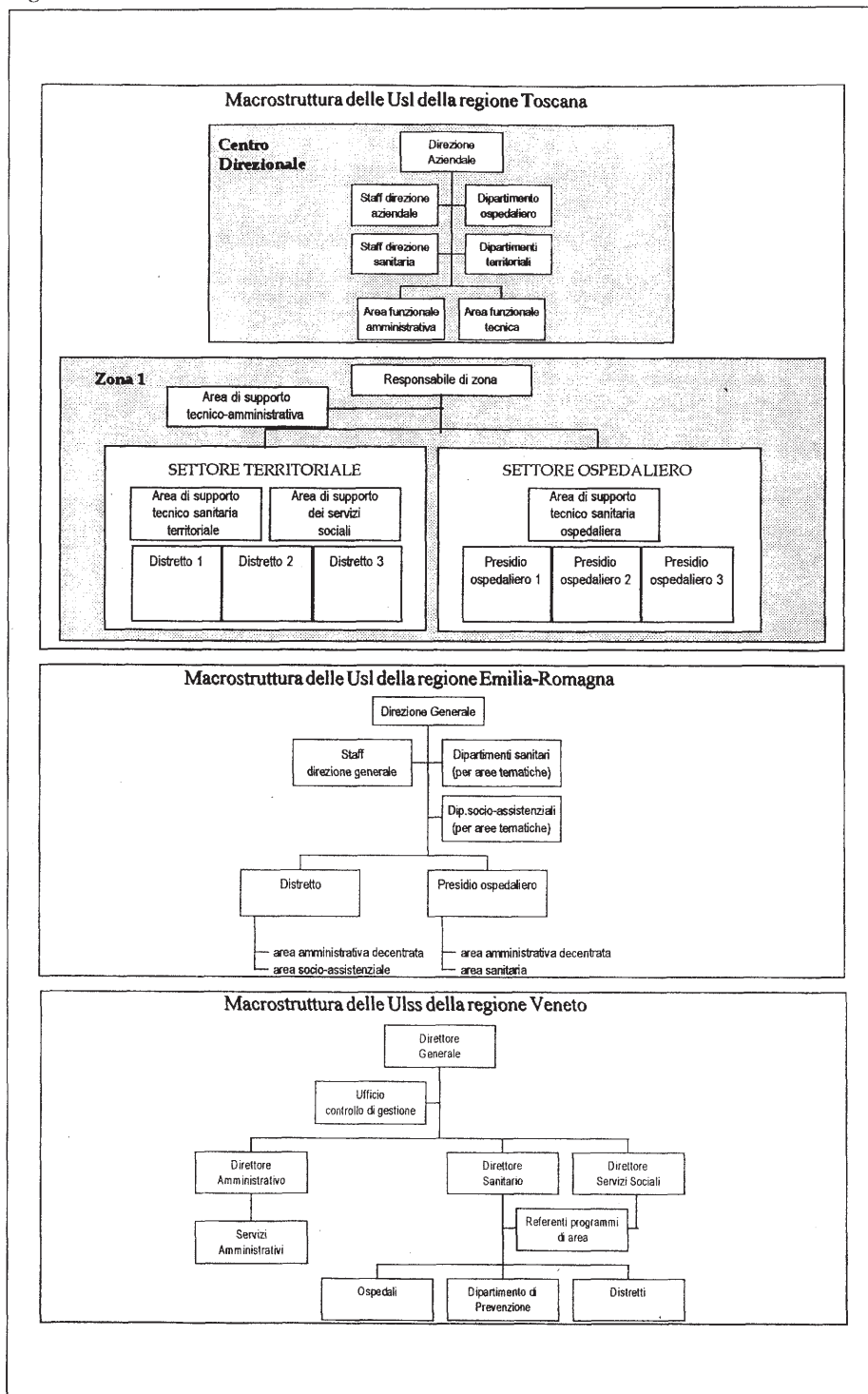
In figura 1 vengono sintetizzate le principali caratteristiche delle macrostrutture previste dalle differenti leggi regionali esaminate.

Più precisamente, nella Usl toscana al disotto dell'alta direzione gli organi sono raggruppati in modo tale che ad ogni divisione risultino assegnate gran parte dei processi relativi ad un determinato ambito territoriale (la zona). A livello di zona invece la divisione del lavoro tra i vari organi è effettuata rispetto alle aree di bisogno (articolazione funzionali del diparti-

mento ospedaliero e articolazioni funzionali dei dipartimenti territoriali).

Occorre ricordare che la motivazione di fondo che ha portato la regione ad individuare un impianto aziendale

Figura 1



così complesso ed articolato risiede nel fatto che in Toscana si è optato, in coerenza con il dettato del decreto legislativo di riordino, per l'individuazione di articolazioni territoriali coincidenti con l'ambito provinciale, creando aziende Usl di grandi dimensioni con ciascuna un fatturato mediamente attorno ai 400 miliardi; in tale contesto il direttore generale può individuare deleghe più o meno ampie nei confronti dei responsabili di zona.

In Emilia-Romagna, gli organi posti al disotto dell'alta direzione sono raggruppati direttamente per aree di bisogno (area sanitaria, area socio-assistenziale) con un ruolo di primo piano riservato ai distretti e ai presidi ospedalieri. La scelta del tipo di modello divisionale da adottare è lasciata all'autonomia delle singole aziende.

La scelta operata dal Veneto prevede l'adozione di un modello organizzativo sostanzialmente riconducibile allo schema specialistico-funzionale per servizi integrato da programmi di intervento di area specifica (materno infantile e età evolutiva, anziani, tossicodipendenze e alcolismo, salute mentale, *handicap*) che costituisce la dimensione orizzontale di coordinamento delle attività.

È interessante infine sottolineare come, dall'analisi svolta, l'Emilia-Romagna sembra essere la regione che concede, rispetto alle altre regioni analizzate in questa sede, maggiori gradi di libertà alle aziende di determinare autonomamente la propria struttura organizzativa. Infatti, la semplice identificazione dei criteri di riferimento per la progettazione della struttura organizzativa, riconosce di fatto a ciascuna Usl un consistente spazio di auto-organizzazione e, di conseguenza, che le strutture organizzative delle aziende devono essere tra loro diverse per rispondere meglio alle specificità locali e per valorizzare la creatività della responsabilità aziendale.

4. Analisi dei piani di organizzazione di alcune aziende Usl

Dopo aver descritto le linee di tendenza generale dettate dalle leggi regionali in tema di definizione degli assetti organizzativi delle aziende sanitarie, si intende ora esaminare le scelte organizzative effettuate da alcune aziende di diverse regioni italiane attraverso l'analisi dei piani di organizzazione deliberati e dei relativi organigrammi (si vedano le figure 2, 3, 4, 5 e 6, pagine seguenti).

In particolare, l'attenzione sarà focalizzata sulle concrete soluzioni adottate con riferimento alla organizzazione:

- degli *staff*;
- dell'area amministrativa;
- dell'area ospedaliera;
- dell'area territoriale.

4.1. Gli organi di staff e l'area amministrativa

Osservando gli organigrammi raffigurati nelle figure successive, è possibile individuare almeno tre grandi classi di *staff*:

1) gli organi di *staff* che potremmo definire «professionali», ossia strutture composte da persone in grado di supportare la direzione aziendale nella definizione delle politiche e delle strategie generali d'azienda (ad esempio gestione del personale, gestione degli acquisti, programmazione e controllo, ecc.);

2) gli organi di *staff* per le funzioni amministrative routinarie (affari generali, amministrazione del personale, amministrazione economico-finanziaria, ecc.);

3) gli organi di *staff* decentrati nelle strutture di produzione ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari (ospedali e distretti) al fine di garantire a tali strutture l'autonomia operativa.

Tale classificazione è riscontrabile in tutte le aziende esaminate anche se diversa è in alcuni casi la loro collocazione. Nella maggior parte dei casi gli organi di *staff* «professionale» sono sempre collocati a supporto della direzione aziendale, ad eccezione degli organigrammi delle figure 4 e 5 in cui le funzioni amministrative routinarie sono posizionate, secondo il criterio funzionale, alle dirette dipendenze del direttore amministrativo.

Al contrario, nelle altre aziende, i servizi amministrativi tradizionalmente intesi come servizi di supporto accentrati vengono decentrati (nel caso dell'organigramma di figura 3 in modo completo) nei diversi settori di attività in modo che questi ultimi possano disporre del personale amministrativo necessario all'espletamento delle loro attività.

Secondo tale impostazione, il direttore amministrativo non dovrebbe quindi più gestire direttamente risorse e personale, che dovrebbero invece dipendere gerarchicamente dal responsabile della struttura in cui sono posti (ad esempio dal responsabile di distretto), ma dedicarsi, assieme al direttore generale e al direttore sanitario, ad una funzione di governo aziendale di natura strategica (*top management*).

In alcuni casi (si vedano gli organigrammi delle figure 3 e 6 e in parte quelli di figura 2) tra gli organi posti in staff alla direzione generale vi sono anche gli altri «ex-servizi» socio-sanitari previsti dalla precedente normativa (denominati ora dipartimenti); al contrario, nella azienda veneta e in quella di figura 4 tali funzioni sono poste alle dirette dipendenze del direttore sanitario e del direttore dei servizi sociali.

Anche in questo caso, gli ex capi servizio che si trovano a capo di una tecnostruttura non dovrebbero più gestire direttamente risorse e personale

ma svolgere una funzione di programmazione, di organizzazione e di coordinamento dell'attività aziendale fornendo indirizzi operativi agli organi di *line* direttamente coinvolti nella produzione ed erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari.

4.2. L'area ospedaliera

Dall'analisi delle macrostrutture organizzative raffigurate nelle figure successive, si evidenzia una tendenza comune a tutte le aziende di ricercare

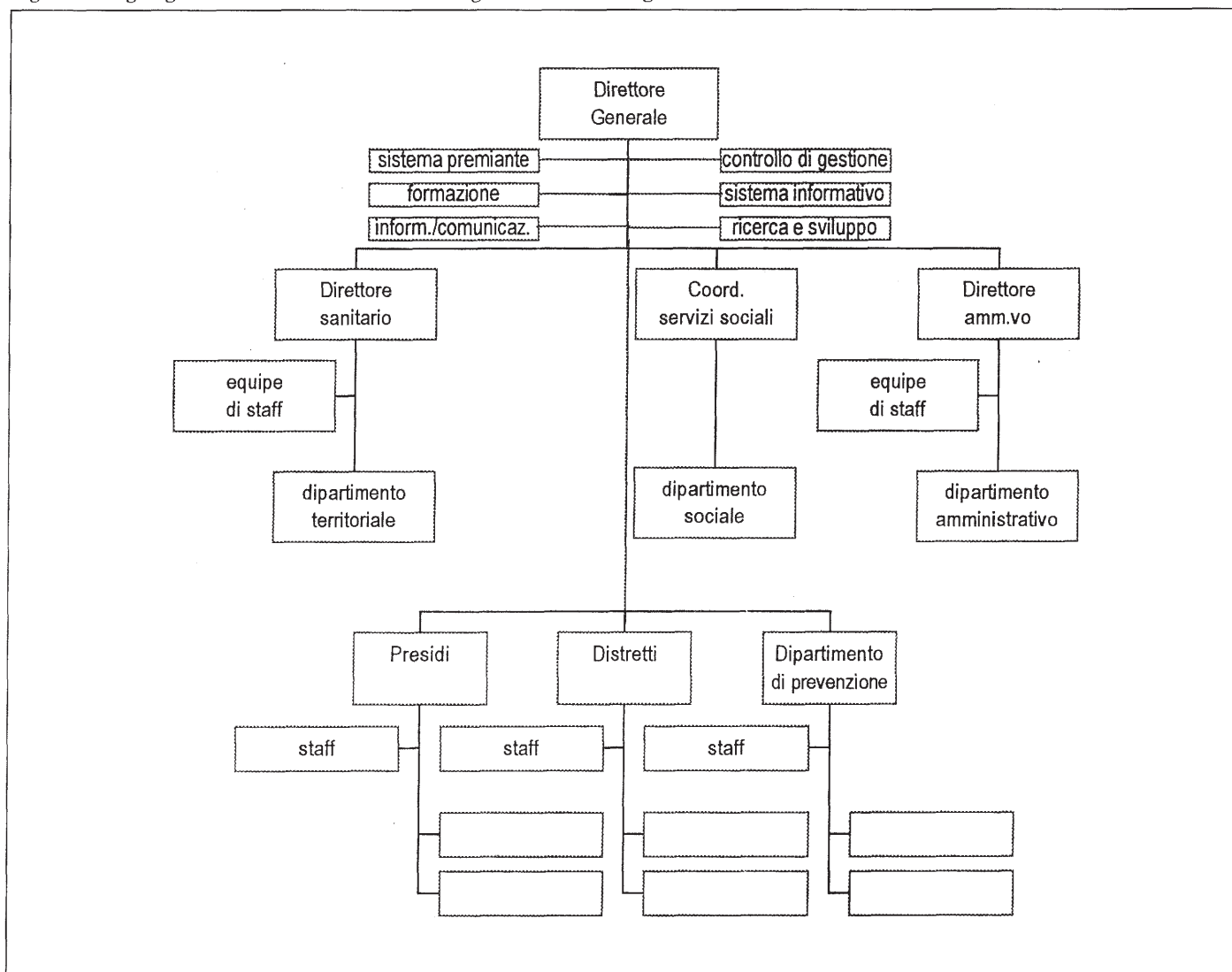
delle forme di integrazione tra le strutture ospedaliere delle Usl al fine di superare il tradizionale concetto di sovrapposizione tra funzioni e strutture fisiche di produzione ed erogazione delle prestazioni.

Tali modalità di integrazione in alcuni casi sono affidate a soluzioni strutturali che prevedono la costituzione di specifici organi di coordinamento, in altri casi, invece, sono affidate a soluzioni organizzative più «soft», ossia basate sull'introduzione di nuovi meccanismi operativi.

In particolare, soluzioni del primo tipo sono riscontrabili negli organigrammi 2 e 5 in cui il fabbisogno di coordinamento degli ospedali è risolto con la costituzione di uno specifico organo gerarchicamente sovraordinato ai singoli presidi. È interessante notare come in questo caso i servizi amministrativi e sanitari di supporto all'area ospedaliera siano comuni tra i diversi presidi ospedalieri.

La Usl toscana (si veda quale riferimento grafico figura 1), in luogo della modalità gerarchica, ricorre ad una

Figura 2 - Organigramma di un'azienda Usl della regione Emilia-Romagna



forma di coordinamento funzionale, infatti prevede la costituzione di un dipartimento ospedaliero unico su base aziendale (trasversale quindi ai vari presidi) a cui sono affidate funzioni di supporto alla direzione aziendale nella programmazione ospedaliera, di distribuzione delle attività, di allocazione del personale e delle risorse tra i diversi presidi ospedalieri, di supporto nella formulazione dei piani di investimento (nell'ambito delle risorse disponibili) e nella formulazione dei programmi di formazione e di aggiornamento degli operatori.

Le Usl di cui alle figure 3 e 4 hanno risolto il fabbisogno di coordinamento

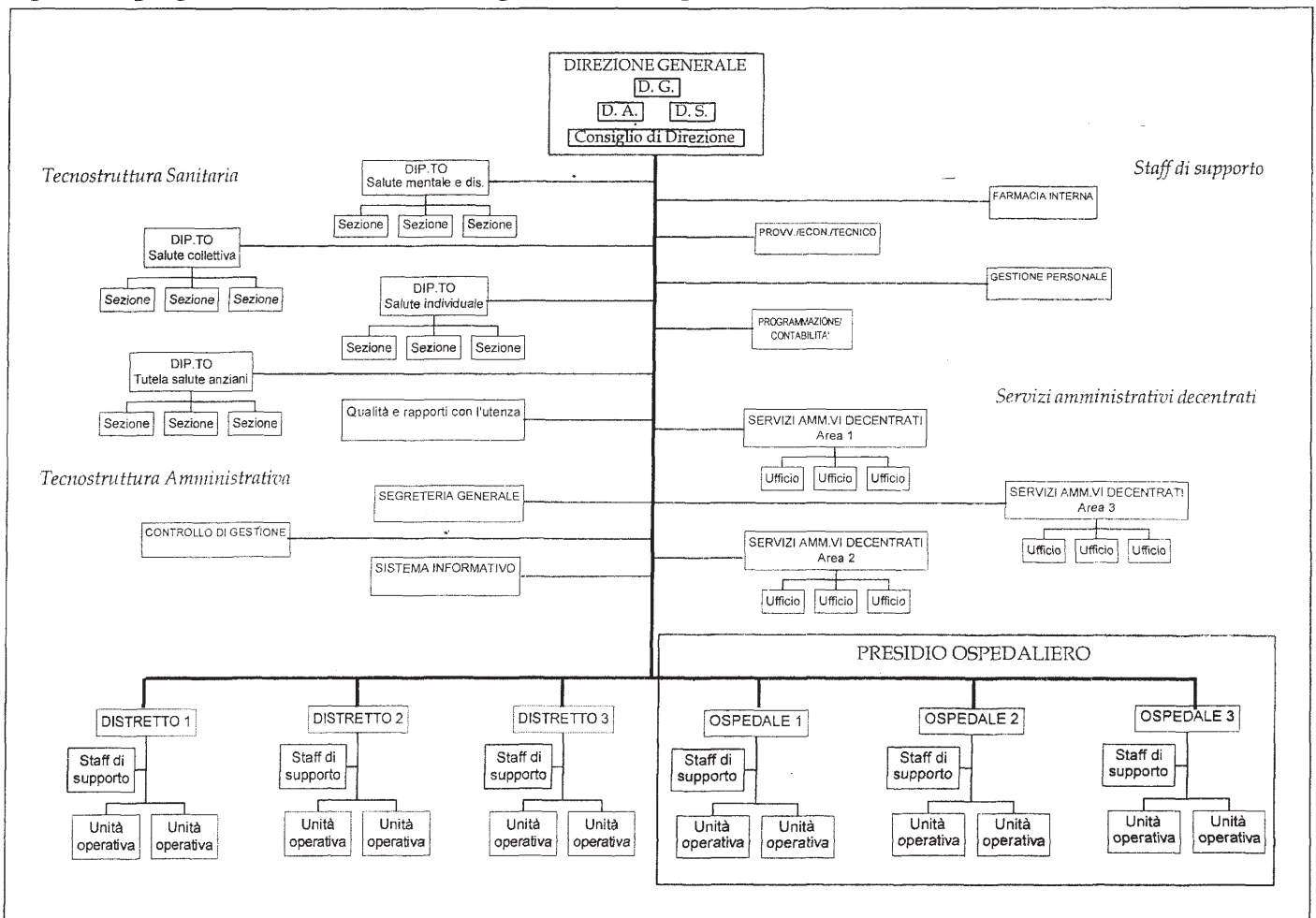
adottando un approccio differente focalizzato principalmente sui meccanismi operativi anziché sulla struttura organizzativa. In particolare, la Usl di figura 3, ricerca il coordinamento dell'area ospedaliera (che ha la funzione di pianificare, programmare, coordinare l'attività dei tre ospedali) attraverso un processo di responsabilizzazione economica del presidio ospedaliero sul perseguimento di determinati risultati negoziati con la direzione generale.

Il presidio ospedaliero, pur non essendo rappresentato nell'organigramma aziendale come organo dotato di potere gerarchico, rappresenta il livello rilevante di negoziazione in sede di

definizione dei programmi di attività, di allocazione delle risorse e di formulazione del budget di azienda.

Infine, una considerazione a parte merita la Usl della Lombardia che, pur in assenza di una legge regionale di organizzazione, ha attuato un processo di cambiamento organizzativo (il cui risultato è rappresentato dall'organigramma di figura 6) sulla base di un proprio piano strategico e nell'ottica di introduzione di un sistema di budget. In tale realtà, l'area ospedaliera (costituita da un unico presidio) è organizzata per aree di responsabilità sanitaria a capo delle quali è previsto un unico responsabile con funzioni di coordinamento.

Figura 3 - Organigramma di un'azienda Usl della regione Emilia-Romagna



In nessuno dei casi esaminati si può parlare di vera e propria costituzione di una «rete ospedaliera interna» in quanto le diverse strutture svolgono attività indistinte o con livelli di specializzazione generici. È tuttavia chiaro che la direzione intrapresa da alcune aziende si può interpretare come un primo passo per la realizzazione, nel medio-lungo periodo, di una rete interna di servizi cioè di un insieme di strutture e servizi veramente qualificati e specializzati e tra loro collegati da un'intensa attività di interscambio di conoscenze e di competenze professionali.

4.3. L'area territoriale

In tutti i casi analizzati il settore dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali si articola per distretti.

Tuttavia, occorre precisare che il concetto di distretto socio-sanitario delle Usl del Veneto, dell'Emilia-Romagna e della Lombardia è assimilabile alla nozione di zona territoriale utilizzata in Toscana piuttosto che a quella di distretto; infatti, mentre nel primo caso il distretto è inteso come la unità organizzativa responsabile delle prestazioni socio-sanitarie di primo livello e dei servizi socio-assistenziali per la popolazione di un certo territorio, in Toscana per distretto si intende il presidio decentrato di offerta afferente ad una determinata zona.

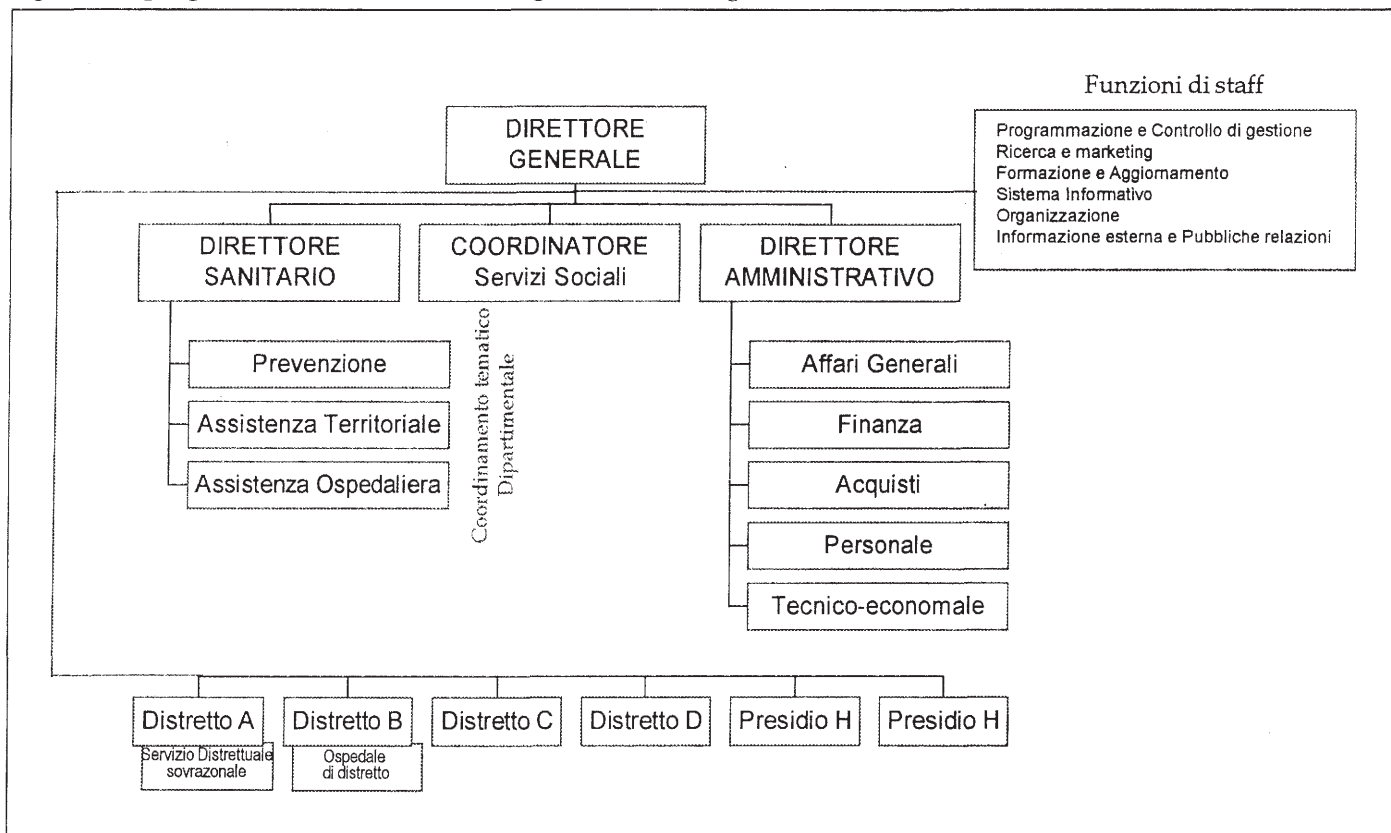
La differenza sostanziale che emerge dalla comparazione dei diversi organigrammi riguarda le differenti relazioni di dipendenza degli operatori distrettuali.

Nella maggior parte dei modelli esaminati si introduce rispetto al pas-

sato un rilevante elemento di novità: si sostituisce la tradizionale dipendenza gerarchica del personale del distretto dal relativo caposervizio, con una dipendenza diretta da parte del direttore di distretto. Nella Ulss veneta si evidenzia invece una doppia dipendenza gerarchica delle *équipe* distrettuali dal direttore sanitario e dal direttore dei servizi sociali.

In tutti i modelli analizzati i settori di attività «specialistici» (SERT, materno infantile, ecc.) tendono a scomparire nella loro configurazione di organi operativi e ad assumere la dimensione di tecnostrutture collocate nella maggior parte dei casi in posizione di *staff* alla direzione generale (ad eccezione delle Ulss venete in cui i referenti di area specifica sono posizionati a supporto sia del direttore sanitario che del direttore dei servizi sociali).

Figura 4 - Organigramma di un'azienda Usl della regione Emilia-Romagna



Tali organi hanno il compito di programmare, coordinare ed integrare l'attività specialistica fornendo alle strutture operative (distrettuali e ospedaliere) *standard* di riferimento, protocolli operativi e altre indicazioni.

5. Conclusioni

La principale difficoltà che le regioni hanno dovuto affrontare nel definire l'assetto macrororganizzativo delle proprie aziende sanitarie è stata l'individuazione di un punto di equilibrio tra la tendenza alla crescente specializzazione dei processi produttivi, che determina una tensione all'aumento della dimensione orizzontale della struttura organizzativa, e la necessità di integrazione degli interventi sul soggetto a cui vengono erogate le prestazioni.

Dall'analisi svolta nei paragrafi precedenti emerge che, seppure con enfasi differente, le soluzioni adottate dalle regioni nella progettazione della struttura organizzativa di base delle aziende sanitarie derivano essenzialmente dalla differente combinazione dei seguenti criteri di scomposizione delle responsabilità:

— articolazione delle responsabilità per dipartimenti, nei casi in cui si intendono individuare aree rilevanti e socialmente significative di bisogni;

— articolazione delle responsabilità per aree territoriali, nei casi in cui le differenti aree territoriali rappresentino un elemento significativo di integrazione dei diversi servizi;

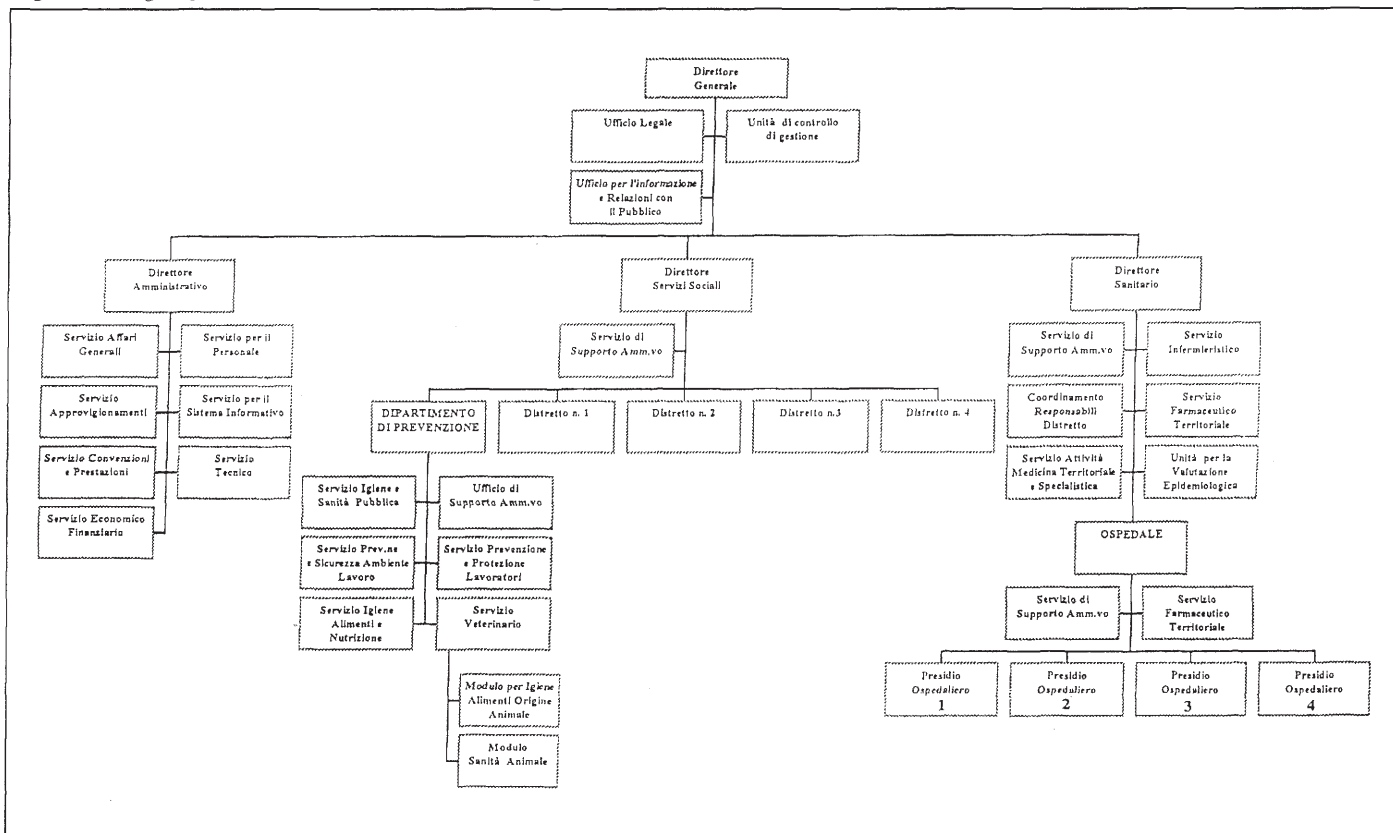
— articolazione delle responsabilità per destinatari o per clienti/utenti o per segmenti di popolazione, nei casi in cui le caratteristiche di diffe-

renti gruppi di soggetti sono ritenute significative per differenziare i servizi.

Tuttavia, dall'analisi svolta emerge anche che l'impostazione seguita da alcune regioni nella definizione degli assetti organizzativi è più vicina a criteri e logiche di carattere giuridico piuttosto che a logiche aziendalistiche. Alcune leggi regionali infatti definiscono l'assetto organizzativo delle Usl con gradi di dettaglio elevati, limitando di fatto l'autonomia operativa dei soggetti decisori e introducendo livelli di rigidità tali da configurare il rischio di rendere la struttura inefficiente ed «ingessata».

Tra i problemi generati dalla rigidità organizzativa vi è quello della gestione del decentramento dei processi assistenziali, che risulta di estrema rilevanza se si considera che attualmen-

Figura 5 - Organigramma di un'azienda Usl della regione Veneto



te molte aziende sanitarie, anche a seguito delle recenti politiche di azionamento, sono articolate in un numero talora rilevante di strutture produttive distribuite sul territorio (presidi ospedalieri, distretti, ambulatori, poliambulatori, uffici amministrativi, ecc.). A questo proposito in figura 7 viene riportata la distribuzione percentuale (rispetto alla totalità delle aziende Usl ed ospedaliere pubbliche presenti sul territorio nazionale) di aziende Usl territoriali (prive cioè di presidi ospedalieri), aziende Usl mono-presidio ospedaliero, aziende

Usl pluri-presidio ospedaliero e ospedali azienda.

L'analisi svolta evidenzia come in molti casi si configurano delle vere e proprie strutture policentriche composte da una rete integrata di servizi e caratterizzate dalla diffusione di strutture produttive simili sul medesimo territorio.

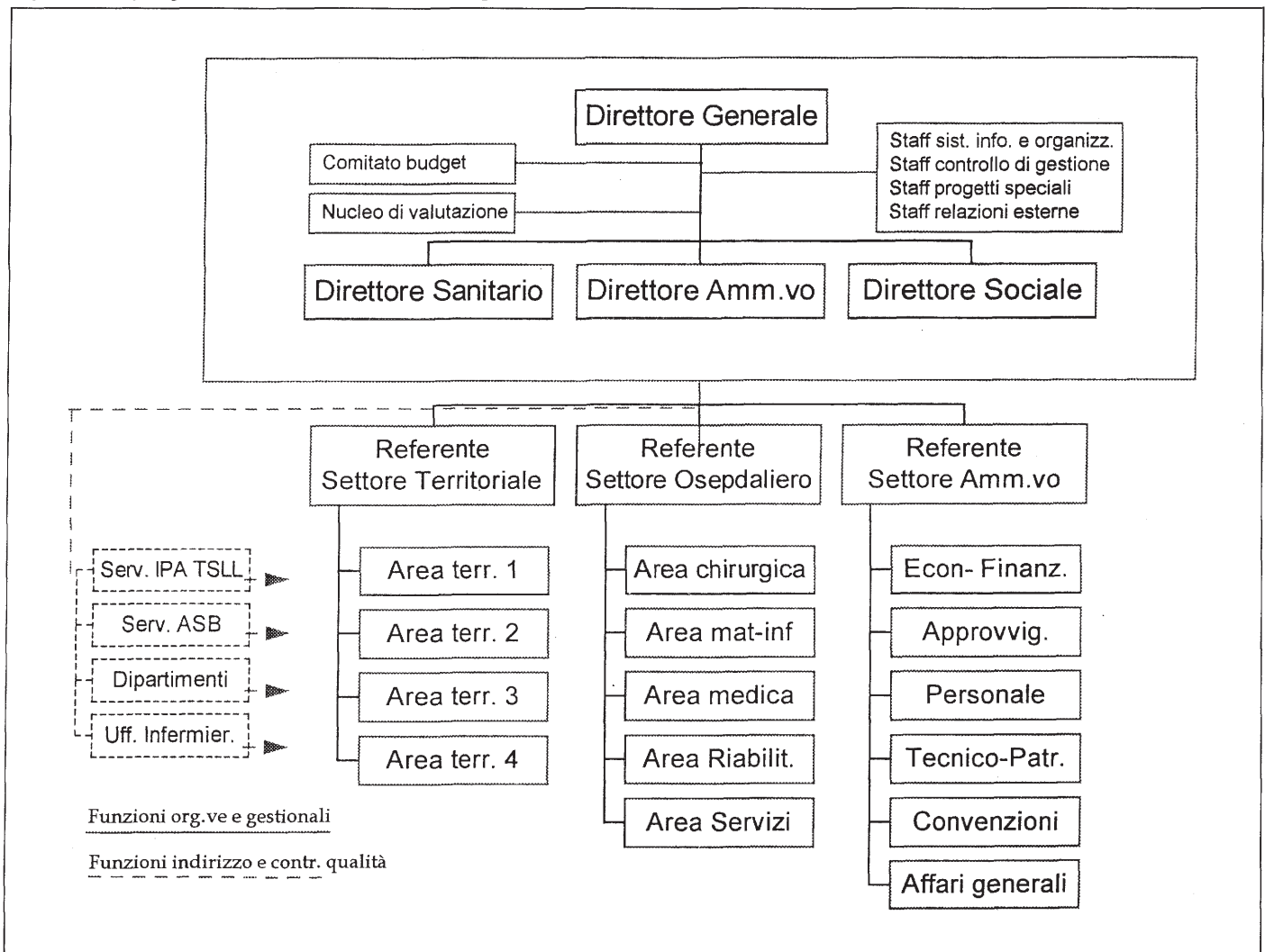
È evidente che tali strutture non possono essere governate attraverso una gestione centralizzata da parte dei vertici aziendali senza che ciò crei a livello operativo delle difficoltà nella soluzione dei problemi e delle ripercu-

SSIONI negative sul livello qualitativo della risposta data ai bisogni della popolazione. Al contrario, le condizioni minimali necessarie per garantire un loro corretto funzionamento sono le seguenti (Ruffini, 1996):

— introdurre elementi di flessibilità organizzativa attraverso una nuova politica di delega delle decisioni che garantisca, da un lato, maggiore autonomia a coloro che gestiscono gli utenti e, dall'altro, un corretto utilizzo delle risorse comuni;

— attivare relazioni di collegamento laterale (che attraversino cioè l'au-

Figura 6 - Organigramma di un'azienda Usl della regione Lombardia



torità gerarchica e abbassino il livello in cui vengono prese le decisioni) tramite l'introduzione di meccanismi di integrazione strutturali (organi di coordinamento dotati di autorità gerarchica, organi di coordinamento non dotati di autorità gerarchica, gruppi di progetto, gruppi di lavoro permanenti, ecc.) e meccanismi di integrazione non strutturali (sistemi operativi di pianificazione e controllo, nuovi sistemi di gestione del personale, ecc.);

— potenziare i canali informativi esistenti ed aumentarne il grado di formalizzazione.

In altri termini, nelle aziende sanitarie vi è senza dubbio l'esigenza di avviare cambiamenti organizzativi di natura strutturale basati sulla flessibilità e sulla autonomia, ma anche la necessità di introdurre nuove soluzioni di tipo non strutturale basate su sistemi informativi e sistemi operativi ad alto potenziale integrativo.

A questo proposito, è significativo rilevare che solo in pochissimi piani di riorganizzazione esaminati è stata posta attenzione a soluzioni di carattere non strutturale.

Il passo successivo che le aziende sanitarie dovrebbero a questo punto affrontare per realizzare un vero e proprio cambiamento consiste in un forte investimento nello sviluppo di nuovi meccanismi operativi in grado, tra l'altro, di influenzare i comportamenti reali degli operatori coerentemente al disegno organizzativo previsto dai vari piani di riorganizzazione e nel contempo diffondere una nuova cultura d'azienda.

Questi elementi (meccanismi operativi e relazioni interpersonali), in quanto regolatori delle dinamiche organizzative, costituiscono infatti, al pari della struttura organizzativa, le componenti essenziali (e mutuamente dipendenti) al funzionamento e al governo di sistemi complessi quali le aziende sanitarie.

La rappresentazione analitica della distribuzione delle strutture produttive nelle differenti regioni è riportata nella tabella 1.

BIBLIOGRAFIA

AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI, *Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale. Proposta di linee guida per l'applica-*

Figura 7

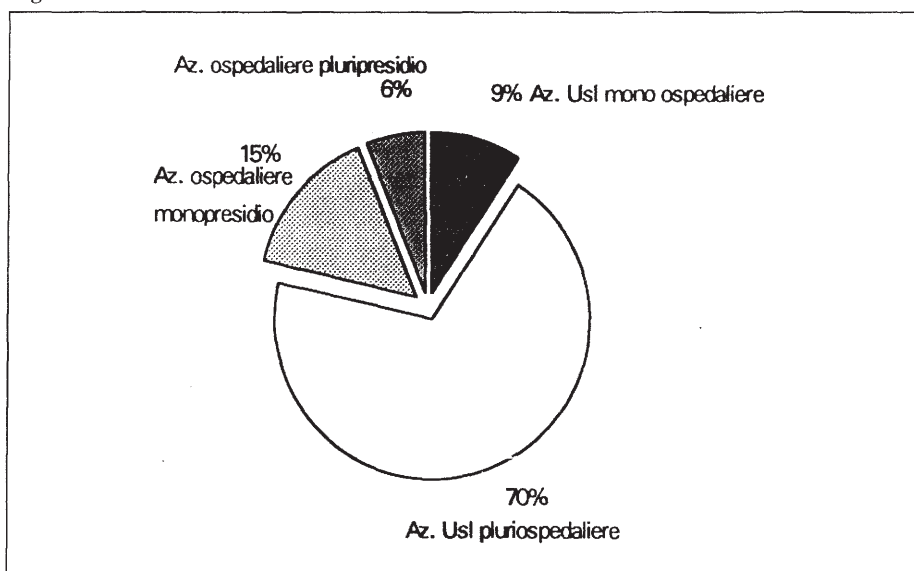


Tabella 1 - Distribuzione delle strutture produttive nelle diverse regioni

Regione	Aziende USL			Aziende ospedaliere	
	Territoriali	Mono ospedaliere	Pluri ospedaliere	Mono presidio	Pluri presidio
Abruzzo.....	—	1	5	—	—
Basilicata.....	—	1	4	1	—
Calabria.....	—	2	9	3	1
Campania.....	—	—	13	6	1
Emilia-Romagna.....	—	—	13	2	3
Friuli-Venezia Giulia.....	—	—	6	1	1
Lazio.....	—	1	11	2	2
Liguria.....	—	—	5	3	—
Lombardia.....	1	8	35	16	—
Marche.....	—	1	12	3	—
Molise.....	—	2	2	—	—
Piemonte.....	—	2	20	2	5
Puglia.....	—	1	11	—	—
Sardegna.....	—	2	6	1	—
Sicilia.....	—	—	9	—	1
Toscana.....	—	2	10	2	2
Trentino-Alto Adige.....	—	2	3	—	—
Umbria.....	—	1	4	1	1
Valle d' Aosta.....	—	—	1	—	—
Veneto.....	—	1	21	1	1
Totale.....	1	27	200	44	18

Fonte: Elaborazione svolta sulla base dei dati contenuti nell' *Annuario Sanità Italia*, 7ª edizione (Editoriale Publiaci).

- zione del modello legislativo nelle strutture ospedaliere, ASSR, 1996.
- AIROLDI G., *I sistemi operativi*, Giuffrè Editore, Milano, 1980.
- BORGONOV E., *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, EGEEA, Milano, 1996.
- CACCIA C., LONGO F., *L'applicazione di modelli organizzativi «evoluti» al sistema socio-sanitario pubblico*, **Mecosan**, 10, 1994.
- CODA V., *La progettazione delle strutture organizzative*, Franco Angeli, Milano, 1973.
- GALANTI C., GIUSTI E., ROMERI M., *Il nuovo Servizio sanitario toscano*, **Mecosan**, 9, 1994.
- LOMI A., *Reti organizzative*, Il Mulino, Bologna, 1991.
- LONGO F., RIPA DI MEANA F., *Quali modelli organizzativi si stanno delinendo per il nuovo distretto?*, ASI 49/50, 1995.
- MENEGUZZO M. (A CURA DI), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, EGEEA, Milano, 1995.
- MENEGUZZO M., DEL VECCHIO M., *Il cambiamento organizzativo e gestionale nell'area della sanità pubblica*, Cerisdi, quaderno n. 2, Palermo, 1993.
- MINTZBERG H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna, 1985.
- PERRONE V., *Le strutture organizzative d'impresa. Criteri e modelli di progettazione*, EGEEA, Milano, 1990.
- REBORA G., *Organizzazione e direzione dell'ente locale*, Giuffrè Editore, Milano, 1982.
- RUFFINI R., *Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie*, **Mecosan**, 18, 1996.
- RUTA C., *Sanità e management*, Etas Libri, Milano, 1993.
- ZANGRANDI A., TONTI A., BANDINI F. (A CURA DI), *La regione fulcro del sistema di sanità pubblica*, **Mecosan**, 4, 1992.

VALUTAZIONE ECONOMICA DELL'USO DI GAS PLASMA DI PEROSSIDO DI IDROGENO NELLA STERILIZZAZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO

di Lorenzo Mantovani, Roberta Montanelli, Rosanna Tarricone

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

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Metodi - 3. Risultati - 4. Analisi di Break Even Point - 5. Discussione.

Sterilization is the process that destroys any pathogenic agent living on a surface. Its importance stems from the necessity to guarantee that patients and professional workers are not infected by pathogenic agents. Sterilization is an important phase of the hospital production process and certainly influences hospital total costs. A new sterilization technique is being marketed and seems to be safer and quicker than the currently available techniques. The objects of the present work are to analyse the direct, indirect and intangible costs of both the new technology and the commonest alternative and to monetary value and compare direct costs of both the alternatives. A Break Even Point analysis has been performed where the new technique has been assessed against the traditional and most diffused one. Finally, the paper more ambitiously aims to support the decision making process with additional information on cost data.

1. Introduzione (1)

La sterilizzazione viene comunemente definita come il processo che comporta la distruzione di qualsiasi forma microbica, patogena o non patogena, presente su una superficie.

L'importanza della sterilizzazione in ambito ospedaliero discende dalla necessità di salvaguardare pazienti ed operatori dalle conseguenze del contatto con materiali contaminati da agenti patogeni. Per ridurre l'esposizione al rischio di contagio vengono solitamente utilizzati presidi sterili monouso o in alternativa si ricorre al processo di sterilizzazione.

Vengono sottoposti al processo di sterilizzazione quei presidi che, venuti a contatto con sostanze (sangue, altri liquidi organici ecc.) contenenti agenti patogeni o potenziali fonti di infezione, presentino le seguenti caratteristiche:

— siano adatti, per caratteristiche fisiche e funzionali ad essere riutilizzati;

— abbiano un costo di sostituzione superiore al costo complessivo della sterilizzazione, così da renderne conveniente il trattamento.

Esistono diverse metodologie di sterilizzazione, tra le quali possiamo ricordare quelle che fanno uso di raggi gamma o di elettroni, del calore nelle sue differenti applicazioni, dei gas di ossido di etilene, del gas plasma di perossido di idrogeno.

Il calore rappresenta l'agente fisico sterilizzante più usato in ambito ospedaliero, nelle diverse applicazioni come fiamma diretta, combustione, calore secco e calore umido.

Quest'ultima modalità, cioè il calore umido, rappresenta il sistema di sterilizzazione più diffuso per diversi motivi: la maneggevolezza della tecnica, l'efficacia, la rapidità, il basso costo, l'assenza di rischio sia per gli operatori che per i pazienti, l'ampia gamma di materiali che possono essere trattati. Questa modalità di sterilizzazione presenta tuttavia un limite:

non possono essere trattati tutti i presidi termolabili, quelli cioè che perdono la propria funzionalità qualora sottoposti a calore eccessivo.

Tra i principali presidi sensibili al calore sono da annoverare quelli utilizzati nelle moderne tecniche chirurgiche mininvasive (artroscopia, laparoscopia, ecc.) e nelle tecniche endoscopiche (gastroscopia, rettoscopia ecc.) che negli ultimi anni hanno visto una diffusione considerevole. Per trattare i presidi termosensibili (plastiche, fibre ottiche, strumentazione elettronica ecc.) si ricorre alla sterilizzazione a bassa temperatura.

In termini di stesura finale, il paragrafo 1 è da attribuire a Roberta Montanelli, il paragrafo 2 a Rosanna Tarricone e il paragrafo 4 a Lorenzo Mantovani. I paragrafi 3 e 5 sono da attribuire a tutti gli autori.

Si ringrazia la ETHICON spa per aver supportato finanziariamente la ricerca all'origine del presente articolo.

Il sistema tradizionale di sterilizzazione a bassa temperatura è rappresentato dalla tecnica di esposizione dei materiali ad Ossido di Etilene (d'ora in poi ETO).

Questo processo di sterilizzazione si compone di diverse fasi (tabella A): innanzitutto i presidi da sterilizzare vengono puliti, asciugati ed imballati, poi umidificati ed esposti all'agente sterilizzatore, l'ETO. Vi è infine la fase di desorbimento dal materiale dell'ETO la cui presenza, trattandosi di sostanza tossica, non viene tollerata che in quantità minima.

Il tempo necessario al completamento dell'intero processo di sterilizzazione è estremamente variabile. La pulitura, l'asciugatura e l'imballaggio dei materiali richiede circa 1-2 ore per Unità di Sterilizzazione Equivalente (d'ora in poi UdS), vale a dire un parallelepipedo di 30 cm x 30 cm x 60 cm (volume di 54 litri). In tale tempo sono comprese le attività di ricezione dei presidi da parte del responsabile della sterilizzazione. La fase di umidificazione varia tra le 6 e le 12 ore. La durata complessiva dell'esposizione è, di nuovo, estremamente variabile (1,5-12 ore). Altrettanto variabile è il tempo di desorbimento (8-48 ore). Ciò fa sì che la durata teorica del ciclo sia compresa tra le 17 e le 74 ore circa (incluso lo smistamento). Tale variabilità dipende principalmente dalla tipologia del materiale da sterilizzare (forma e caratteristiche fisiche) e dalla miscela di gas utilizzata. Tempi più lunghi di sterilizzazione vengono infatti prescritti a tutti quei presidi che per caratteristiche fisiche risultano più complessi di altri (es. presenza di tubi lunghi in cui far passare il gas). L'ETO è inoltre un gas altamente esplosivo, per la cui gestione è necessario un patentino ex R.D. 9 gennaio 1927, n. 147, e una struttura apposita, e può venire miscelato con altri gas in modo da renderlo meno esplosivo e più facilmente

penetrante così da raggiungere meglio i presidi. L'utilizzo di ETO miscelato con altri gas modifica la durata del processo di sterilizzazione. Va sottolineato comunque come il tempo effettivo di completamento del ciclo si avvicini più alle 74 ore che alle 17. Ciò dipende dal fatto che nell'ambito di ciascun ciclo di sterilizzazione il numero di presidi complessi è più elevato di quelli semplici, schiacciando la media verso valori di durata elevati.

Va inoltre sottolineato come siano previste una serie di norme sia per lo stoccaggio delle bombole contenenti ETO, sia per i locali in cui avviene la sterilizzazione, il desorbimento e la conservazione dei materiali (Juliani C., 1995) tali da rendere di fatto assai difficile la gestione interna all'ospedale dell'ETO, gestione che è stata perciò quasi sempre appaltata a fornitori esterni (d'ora in poi ETO esterno) (Cespa F., 1992; Cespa F., 1994).

Recentemente è stata introdotta una nuova tecnologia di sterilizzazione a bassa temperatura in ambito ospeda-

liero: il Gas Plasma di Perossido di Idrogeno (Dal Bon V., 1996) (2). In questo caso il ciclo di sterilizzazione ha una durata complessiva decisamente inferiore (tabella A). Il trattamento avviene per mezzo di una macchina dagli ingombri ridotti (poco più di un metro cubo). Tutte le fasi antecedenti e successive al processo di sterilizzazione (la preparazione e lo smistamento) dei presidi sono sovrapponibili a quelle dell'ETO; il vero e proprio trattamento di sterilizzazione ha una durata di circa 80 minuti, senza necessità di umidificazione né di desorbimento, non trattandosi di sostanza tossica. I due cicli sono descritti in tabella A.

La sterilizzazione è una fase del processo di produzione della prestazione ospedaliera, e influisce sui costi totali. In particolare, l'impatto sui costi dell'ospedale può essere misurato facendo riferimento al costo diretto della nuova tecnologia e ai costi impliciti che derivano dalla durata del processo di sterilizzazione. Nella fase di valutazione economica della tecnolo-

Tabella A - Descrizione delle fasi del processo di sterilizzazione e loro durata

FASI	ETO	GAS PLASMA
<i>1. Preparazione:</i>		
Ricezione	*	*
Pulitura	*	*
Asciugatura	*	*
Imballaggio	*	*
Totale (1)	1-2 ore	1-2 ore
<i>2. Sterilizzazione:</i>		
Umidificazione	6-12 ore	
Esposizione	1,5-12 ore	80 minuti
Desorbimento	8-48 ore	
Totale (2)	15,5-72 ore	1,2 ore
<i>3. Smistamento</i>		
	15 minuti	15 minuti
Totale (3)	15 minuti	15 minuti
Totale (1) + (2) + (3)	17-74 ore	2,5-3,5 ore
* I dati circa i tempi di effettuazione delle diverse sub-fasi non sono disponibili ma sono sostanzialmente identici per le due tecnologie.		

gia, le caratteristiche riguardanti il costo di acquisizione, di gestione e la durata del ciclo di sterilizzazione diventano quindi fondamentali per giudicare della convenienza economica dell'introduzione della tecnologia stessa. Al fine di una valutazione aziendale altre caratteristiche sono comunque altrettanto rilevanti anche se spesso difficilmente quantificabili in termini monetari. Queste si riferiscono principalmente ai costi e benefici indiretti ed intangibili delle diverse tecnologie. Per costi/benefici indiretti si intendono quelli che sono quantificabili monetariamente ma non afferiscono direttamente e strettamente al processo di sterilizzazione. Costi e benefici intangibili vengono considerati invece quelli non misurabili in termini monetari (Drummond, 1987). Un esempio di costo indiretto di un'alternativa nei confronti dell'altra può essere l'indisponibilità del presidio per un tempo più lungo, fatto questo che potrebbe provocare una giornata di degenza aggiuntiva del paziente nell'attesa che il presidio risulti disponibile. Un esempio di costo intangibile di un'alternativa nei confronti dell'altra può essere la minor soddisfazione degli operatori addetti al processo di sterilizzazione per il fatto di dover maneggiare sostanze tossiche. L'organizzazione della produzione, la qualità del processo, la flessibilità d'impiego della tecnologia e la gradevolezza della stessa costituiscono aspetti intangibili che, seppur non possano essere tradotti monetariamente, influiscono in maniera rilevante sull'effettivo funzionamento della tecnologia stessa e sulla decisione finale dell'azienda ospedaliera circa l'introduzione della nuova tecnica.

Esistono differenze anche marcate tra le due tecnologie prese in esame per quanto riguarda gli aspetti indiretti ed intangibili come illustrato nella tabella B. Queste differenze sono state rilevate dall'analisi diretta della lette-

ratura disponibile sulle due tecniche di sterilizzazione, e dai risultati delle interviste effettuate presso i responsabili della sterilizzazione nei centri ospedalieri coinvolti nello studio.

I benefici indiretti del Gas Plasma di Perossido di Idrogeno e dell'ETO sono stati identificati nel presente lavoro ma non valutati monetariamente per una indisponibilità dei dati necessari per una loro quantificazione. Tra i benefici indiretti relativi alle due tecnologie, sono stati identificati i seguenti:

— *riduzione delle risorse immobilizzate in magazzino (Gas Plasma)*. La durata del ciclo di sterilizzazione a Gas Plasma è stimabile in circa tre ore (comprese tutte le fasi preliminari di preparazione e smistamento), mentre quella ad ETO esterno è quantificabile conservativamente in tre giorni (compresi i tempi di riconsegna del presidio). Questo significa che la disponibilità, ad esempio di tre laparoscopi al giorno è garantita acquistando tre laparoscopi se si sterilizza a Gas Plasma, acquistandone almeno nove nel caso si sterilizzi ad ETO esterno. La maggior velocità del processo riduce le scorte in magazzino, permettendo altresì di gestire meglio le urgenze;

— *riduzione del consumo di disinfettanti*. Poiché un numero maggiore di presidi viene effettivamente sterilizzato invece che semplicemente disinfettato, come illustrato più avanti, si riduce il consumo di disinfettanti.

Ciò costituisce un ulteriore aspetto positivo per gli operatori, data la sgradevolezza di operare con i disinfettanti, così come emerso dalle interviste. È da sottolineare tuttavia che la riduzione dei presidi disinfettati e il corrispondente aumento di quelli sterilizzati induce un aumento del costo complessivo per la sterilizzazione;

— *riduzione del volume totale di presidi da sterilizzare (ETO)*. Questo aspetto è speculare rispetto all'ultimo beneficio indiretto discusso sopra. A causa della maggiore durata del ciclo di sterilizzazione, l'ETO viene utilizzato solo per quei presidi che devono essere necessariamente sterilizzati sottoponendo tutti gli altri al processo di disinfezione. Ciò riduce ovviamente il costo complessivo per la sterilizzazione ospedaliera.

Tra i benefici intangibili del Gas Plasma e dell'ETO, l'analisi ha rilevato i seguenti:

— *sicurezza (Gas Plasma)*. L'aspetto della sicurezza è uno dei più importanti ed articolati. La riduzione del rischio di contaminazione da agenti patogeni a causa di una non perfetta sterilizzazione dei presidi deriva dal processo stesso di sterilizzazione con Gas Plasma che si interrompe quando determinati parametri fisici non sono rispettati. In particolare, la riduzione del rischio di contaminazione si riferisce alla (1) non tossicità del Gas Plasma rispetto all'ETO, aspetto già discusso nell'introduzione al lavoro, e

Tabella B - Benefici indiretti ed intangibili delle due tecnologie

GAS PLASMA	ETO
<p><i>Benefici indiretti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Riduzione delle risorse immobilizzate in magazzino — Riduzione dell'uso di disinfettanti 	<p><i>Benefici diretti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Riduzione del volume totale di presidi da sterilizzare
<p><i>Benefici intangibili:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Sicurezza 	<p><i>Benefici intangibili:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Possibilità di sterilizzare una gamma di materiali più ampia

(2) all'interruzione del processo tutte le volte che i suddetti parametri fisici necessari per garantire l'avvenuta sterilizzazione non sono rispettati. La riduzione del rischio si ripercuote su tutti i soggetti coinvolti nel processo di sterilizzazione (operatore, utilizzatore, paziente).

L'operatore controlla direttamente il buon esito del processo di sterilizzazione e, per le caratteristiche del processo stesso, si sente più sicuro circa l'avvenuta sterilizzazione dei presidi. Si riduce inoltre il rischio che possa venire a contatto con agenti patogeni o tossici.

L'utilizzatore dei presidi (es.: il medico) aggiunge alla riduzione del rischio di contaminazione da agenti patogeni e/o tossici, la possibilità di sterilizzare presidi che precedentemente venivano solo disinfettati. In particolare, alcuni strumenti (es.: endoscopio) venivano generalmente disinfettati per evitare che il processo di sterilizzazione rendesse tali strumenti indisponibili per troppo tempo. Ciò significa che l'aumento della velocità del processo di sterilizzazione discusso prima ha indotto gli utilizzatori finali ad ampliare il numero e la tipologia dei presidi da sottoporre a processo di sterilizzazione al fine di aumentare il livello di sicurezza.

Infine, i pazienti sono sicuramente coloro che beneficiano insieme agli operatori ed utilizzatori dell'aumentato livello di sicurezza garantito dal Gas Plasma. Nonostante i pazienti non siano coscienti dei benefici addizionali che derivano dall'utilizzo del Gas Plasma, questi sono ravvisabili nell'annullamento del rischio di venire a contatto con agenti patogeni e sostanze tossiche. Rischio che si verifica qualora la fase di desorbimento dell'ETO non sia portata a termine efficacemente. A questo proposito la letteratura scientifica è ricca di esempi dell'effetto irritante del contatto con Os-

sido di Etilene (Grammer L.C., 1994; Verreaes S., 1995);

— *possibilità di sterilizzare una gamma di materiali più ampia (ETO)*. Il Gas Plasma non permette di sterilizzare alcuni tipi di materiali (polveri, carta), mentre l'ETO consente la sterilizzazione degli stessi. Va specificato comunque come le applicazioni pratiche di tale vantaggio restino limitate ad ambiti particolari, quali la gestione delle camere sterili. Nei centri ospedalieri dove è stata adottata la tecnologia a Gas Plasma vengono ancora sterilizzati ad ETO circa il 10% dei presidi totali, ma si tratta di casi molto particolari. La necessità di usufruire ancora dell'ETO deriva infatti dalla presenza nei centri in questione di camere sterili dove la sterilizzazione di alcuni presidi particolari (es.: libri e riviste) rende l'uso dell'ETO indispensabile.

L'obiettivo del presente lavoro è la valutazione degli aspetti economici della sterilizzazione a bassa temperatura mediante Gas Plasma di Perossido di Idrogeno comparata con la tecnologia fino ad ora più diffusa: l'ETO esterno, gestito cioè da operatori specializzati esterni all'ospedale.

In particolare, è stata condotta:

— una analisi dei costi per Unità di Sterilizzazione equivalente (UdS) processata con Gas Plasma di Perossido di Idrogeno versus ETO esterno;

— una analisi delle condizioni a cui le due alternative si equivalgono.

L'analisi è stata centrata sugli aspetti differenziali della sterilizzazione con Gas Plasma di Perossido di Idrogeno rispetto alla modalità di gestione esterna della sterilizzazione ad ETO, andando a confrontare e a quantificare economicamente solo gli aspetti per i quali le due tecnologie differiscono.

2. Metodi

La parte quantitativa della ricerca si è focalizzata sulle componenti di co-

sto direttamente riferibili al processo di sterilizzazione. L'analisi è stata condotta in cinque presidi ospedalieri presso i quali viene utilizzata la sterilizzazione a Gas Plasma di Perossido di Idrogeno.

L'ottica adottata per la conduzione dell'analisi è stata quella dell'ospedale e la scelta dei presidi è avvenuta in base a considerazioni di diversa natura:

1) la presenza della tecnologia; trattandosi di nuova tecnologia, esistevano al momento della conduzione dello studio un numero limitato di ospedali in cui essa veniva impiegata;

2) la tipologia di ospedale; l'obiettivo è stato quello di valutare la tecnologia in diverse condizioni di impiego, cioè in ospedali differenti per grado di specializzazione, dimensioni (400-2000 posti letto), stato giuridico (IRCCS, Azienda ospedale, presidio di ASL), modalità di gestione della sterilizzazione a freddo (in centrale di sterilizzazione, in carico a singoli reparti/dipartimenti);

3) la disponibilità degli ospedali a collaborare alla ricerca.

In base alla disponibilità o meno di dati raccolti routinariamente sull'utilizzo della tecnologia analizzata, la rilevazione degli *input* assorbiti e degli *output* prodotti è stata condotta su base retrospettiva piuttosto che prospettica.

In tre dei cinque centri (B, D, E) la quantificazione delle risorse assorbite da tale tecnologia e gli *output* prodotti sono stati quantificati su base retrospettiva mediante un'intervista semi strutturata, in modo da ottenere un *set* comune minimo di informazioni che fossero disponibili contemporaneamente per tutti i centri.

Nei rimanenti centri (A, C) è stata elaborata una scheda di rilevazione *ad hoc* ed è stata effettuata una raccolta prospettica delle informazioni circa gli *input* e gli *output*. La lunghezza

differente dei periodi di rilevazione ha reso necessario riferire tutte le stime su una base temporale comune che è quella mensile.

Le caratteristiche essenziali dei centri coinvolti nello studio possono essere sintetizzate come segue:

— *centro A*: è un ospedale di 407 posti letto di una Azienda Sanitaria Locale. La macchina sterilizzatrice è situata all'interno della centrale di sterilizzazione e serve tutto il presidio ospedaliero;

— *centro B*: è un polo ospedaliero di grande rilevanza con più di 2.000 posti letto. Dal marzo al giugno 1995 questo ospedale ha avuto in prova la macchina sterilizzatrice che serviva tutto l'ospedale per la sterilizzazione di alcuni presidi specifici quali i laparoscopi, gli artroscopi, le telecamere, i cavi ottici e le protesi vascolari;

— *centro C*: si tratta di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), specializzato nella cura dei tumori dotato di 442 posti letto con una media di 12.000 ricoveri all'anno.

L'apparecchiatura è stata acquistata nel marzo 1996 ed è collocata nella Centrale di Sterilizzazione situata vicino alle sale operatorie e serve tutto l'ospedale;

— *centro D*: si tratta di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) con circa 700 posti letto e 19.000 ricoveri all'anno. La tecnologia in questione che è collocata all'interno del blocco operatorio relativo alla Chirurgia generale e vascolare d'urgenza e alla Chirurgia vascolare e dei trapianti del rene. La macchina è utilizzata per le esigenze di sterilizzazione di tutto l'ospedale;

— *centro E*: si tratta di un Ospedale di circa 220 posti letto, all'interno di una Azienda Sanitaria Locale. La macchina è collocata presso il blocco operatorio di chirurgia generale e vascolare. L'apparecchiatura serve esclusivamente il blocco operatorio di

chirurgia generale e vascolare, il quale effettua 2.800-3.500 interventi annui, sia elettivi che d'urgenza.

La traduzione in UdS dei cicli di sterilizzazione con l'apparecchiatura sterilizzante a Gas Plasma è stata effettuata utilizzando una stima conservativa di 1,6 UdS per ciclo di sterilizzazione. Per quanto la capacità teorica della macchina sia di 100 litri e perciò di circa 1,85 UdS (100/54), tuttavia il valore di 1,6 UdS per ciclo di sterilizzazione appare più probabile, come emerso dalle interviste effettuate.

Come accennato in precedenza, esistono alcune procedure base necessarie ad un corretto processo di sterilizzazione (tabella A). I presidi da sterilizzare devono essere preparati: essi vengono puliti, asciugati, imballati e viene loro applicato un indicatore chimico che segnala l'avvenuto contatto con l'agente sterilizzante. A tale fase segue quella di sterilizzazione vera e propria mediante l'esposizione all'agente sterilizzante. La terza ed ultima fase del processo di sterilizzazione consiste nello smistamento dei presidi sterilizzati verso i reparti in cui verranno poi utilizzati. A cadenza periodica (generalmente settimanale) viene effettuato un controllo biologico per verificare l'efficacia dell'azione dell'agente sterilizzante. Tutte le operazioni possono essere eseguite da operatori specificamente dedicati a questi compiti; oppure, a seconda dei centri e della loro organizzazione interna, da infermieri di reparto che si occupano di alcune di tali procedure (generalmente pulitura e asciugatura).

È stato ipotizzato che le fasi di ricezione, pulitura, asciugatura, imballaggio, e smistamento dei materiali da sterilizzare fossero sostanzialmente equivalenti per ETO e per il Gas Plasma e quindi non sono state prese in considerazione. La verosimiglianza di

tale ipotesi è stata confermata dagli operatori intervistati, dai responsabili della rilevazione e da coloro che si occupano di dette operazioni. Ci si è quindi concentrati solo sugli aspetti differenziali: sui materiali utilizzati per l'imballaggio, in quanto le due alternative fanno uso di differenti tipologie di carta, e sulla fase di sterilizzazione vera e propria.

I costi relativi ai suddetti aspetti differenziali sono tutti inclusivi dell'IVA. La scelta di includere l'IVA si giustifica in quanto la prospettiva utilizzata nel presente lavoro è quella dell'azienda che quindi sostiene dei costi effettivi comprensivi anche del pagamento dell'imposta.

Per quanto riguarda la tecnologia ad ETO è stato stimato un costo standard per UdS di materiali da imballaggio pari a L. 6.370. Il valore è stato rilevato presso il Centro D che ancora utilizza tale tecnica e che ha raccolto i dati necessari per la stima del costo. Per quanto riguarda il costo dell'UdS processata ad ETO, sono stati presi in considerazione i prezzi pagati dai centri ospedalieri coinvolti nella ricerca per l'erogazione del servizio esterno di sterilizzazione.

Dal lato del Gas Plasma in ogni centro ospedaliero sono stati quantificati i consumi di tutti i materiali propri di questo tipo di sterilizzazione: imballaggi *ad hoc*, indicatori biologici, diffusori, ampole di perossido di idrogeno (cartucce), indicatori chimici (viratori).

È stato inoltre stimato il tempo necessario ad un operatore per le attività di caricamento, di avvio e di controllo del ciclo e di scaricamento della macchina stessa (in media 15 minuti).

Il consumo di materiali è stato monetizzato sulla base dei prezzi di listino del produttore mentre il costo del tempo operatore è stato valorizzato utilizzando il costo di L. 28.960 (Percudani, 1995).

Il costo di utilizzo dell'apparecchiatura a Gas Plasma è stato calcolato ammortizzando il prezzo della macchina pari a L. 220.150.000 (listino produttore) a quote costanti su un profilo temporale di 8 anni con un tasso di interesse del 5% annuo (Del Vecchio M., 1994). Tale valore ammonta a L. 2.703.333 ed è stato adottato in quanto corrisponde al valore mediano del *range* osservato sotto diverse ipotesi (L. 2.284.000 - L. 3.058.000). In particolare, tali ipotesi di ammortamento corrispondevano a diversi profili temporali (8 e 10 anni) e a diversi tassi di interesse annui (5%, ovvero il tasso più usato in letteratura per l'attualizzazione; 8,5%, ovvero il tasso di interesse sui titoli di stato a scadenza decennale). A tale ammontare è stato sommato il costo del contratto di manutenzione standard proposto dal produttore, pari a L. 10.850.000 annui, vale a dire L. 1.892.500 mensili. Bisogna sottolineare tuttavia, che il costo relativo alla manutenzione viene sostenuto a partire dal secondo anno come spiegato più avanti.

La scelta di rilevare il consumo di risorse per ogni centro e di utilizzare invece dati di riferimento per la quantificazione monetaria di tali consumi piuttosto che dati effettivi è motivata dalla necessità di rendere le stime dei dati di costo indipendenti (1) dalle politiche e dalle condizioni di acquisizione della nuova tecnologia (in alcuni centri in prova, in altri in affitto, in altri acquistata) nei diversi centri ospedalieri e dalla (2) presenza o meno nei centri coinvolti di sistemi informativi in grado di fornire dati di costo relativi ai consumi effettuati. I costi differenziali utilizzati per la valorizzazione dell'UdS sono riassunti nella tabella C.

Sulla base delle stime ottenute è stata effettuata un'analisi di Break Even Point (BEP), si è cioè calcolato

a quali condizioni una alternativa risulta conveniente nei confronti dell'altra. La decisione di stimare il BEP ha due motivazioni principali. La prima risiede nella necessità di fornire al decisore uno strumento utile per operare delle scelte circa l'adozione o meno della nuova tecnologia. In particolare, l'analisi di Bep è stata effettuata senza tenere in considerazione i benefici indiretti e intangibili che non sono stati valutati monetariamente in questo lavoro come discusso nel paragrafo precedente. La seconda motivazione risiede nella estrema variabilità osservata nei costi di gestione sia del Gas Plasma che dell'ETO. Tale variabilità sembra dipendere dalle differenti modalità operative di gestione delle due tecnologie, e dalle caratteristiche del centro (dimensione, localizzazione ecc.). L'analisi di BEP diventa strumento flessibile che per-

mette cioè l'estrapolazione dei dati di costo osservati in determinate realtà e la proiezione degli stessi su realtà diverse, assimilabili comunque a quelle originarie per le caratteristiche di base.

3. Risultati

3.1. Determinazione del costo del Gas Plasma

È stato stimato un costo per UdS processata variabile tra L. 51.000 e L. 133.000 circa. L'estrema variabilità è motivata dalla poca omogeneità di uno dei centri coinvolti nello studio rispetto agli altri. Il Centro B non ha infatti utilizzato l'apparecchiatura per la pratica quotidiana, ma essenzialmente per sperimentazione. Si noti, a tal proposito, la sproporzione tra i costi unitari dei materiali di imballaggio

Tabella C - Voci di costo (IVA inclusa)

VOCI DI COSTO	COSTO UNITARIO
Indicatori biologici.....	16.719
Diffusori.....	1.309
Cartucce.....	17.850
Imballaggi: rotoli per confezionamento	
42 cm.....	357.000
32 cm.....	273.700
25 cm.....	223.125
16 cm.....	127.032
10,5 cm.....	87.465
7,5 cm.....	61.483
5 cm.....	43.633
Buste	
32 x 45 cm.....	1.785
27 x 43 cm.....	1.392
21 x 35 cm.....	952
15 x 30 cm.....	512
10,5 x 25 cm.....	349
7,5 x 20 cm.....	178
Carta per confezionamento	
121 x 121 cm.....	1.904
Viratori.....	232
Ora operatore.....	28.960
Quota ammortamento mensile.....	2.703.333
Prezzo macchina.....	220.150.000
Manutenzione mensile full-risk.....	892.500

registrata in tale presidio (tabelle D ed E).

Escludendo il Centro B, il costo medio per UdS si restringe all'intervallo L. 51.000-90.000. Sul valore superiore dell'intervallo incide certamente il fatto che l'apparecchiatura sia disponibile da poco e non abbia ancora raggiunto il pieno regime nel centro A. Ciò significa che il costo per UdS si ridurrà molto probabilmente non appena: (1) il personale avrà acquisito maggiore esperienza con l'apparecchiatura, e (2) il numero di cicli aumenterà (nel caso specifico del centro A, ciò si potrà verificare quando la tecnologia verrà resa disponibile a tutti gli ospedali della ASL).

I risultati sono riassunti nelle tabelle D (proiezioni mensili dei costi totali) ed E (scomposizione per categorie della stima del costo per UdS).

3.2. Determinazione del costo dell'ETO

Il fatto di considerare in alternativa al Gas Plasma un intervento esterno (logica *buy*) ha inaspettatamente comportato una serie di problemi.

Il primo, più evidente, è stato l'estrema variabilità del costo effettivo per UdS sterilizzata con ETO esterno. Il range osservato è stato di L. 31.000-475.000 per UdS, con valore mediano di circa L. 70.500, imballaggi inclusi. Tali valori, e la loro estrema variabilità, risentono della diversa efficacia nella gestione dei rapporti contrattuali. La fornitura del servizio di sterilizzazione ad ETO è infatti regolata da contratti generalmente basati su una stima del costo unitario di UdS. Nel caso specifico del centro A occorre sottolineare invece che il contratto di fornitura non si basava su un valore unitario, ma prevedeva la corresponsione di un pagamento fisso mensile indipendentemente dal numero di

UdS sterilizzate. Questo giustifica il valore di L. 475.000 per UdS rilevato nel centro A dove il numero di UdS sterilizzate mensilmente era molto basso, pari a un dodicesimo dei cicli sterilizzati attualmente con Gas Plasma. Il fatto che il centro ne sterilizzasse solo un dodicesimo di quante ne sterilizzi ora dipendeva principalmente dal fatto che non era possibile sterilizzare i presidi senza che questi rimanessero indisponibili per lungo tempo.

Il dato di L. 31.000 rappresenta esattamente il caso opposto, ovvero quello di una gestione efficiente dei rapporti contrattuali esterni.

Si tratta comunque di valori probabilmente limite, in quanto da un'analisi più approfondita è emerso che i valori tra L. 70.500 e L. 77.700 (imballaggi inclusi) sono quelli che più approssimano i prezzi di mercato.

4. Analisi di Break Even Point

È stata effettuata un'analisi sulle variabili che influenzano il costo per UdS sterilizzata. Ai fini dell'analisi è stato escluso il Centro B in quanto disomogeneo rispetto agli altri per i motivi esposti in precedenza. Tale analisi, detta di Break Even Point (BEP) (Briggs A., Sculpher M., 1994) è stata

Tabella D - Incidenza delle diverse componenti di costo sul costo totale per UdS

Centri	A	B	C	D	E
Indicatori biologici	2.335	1.049	466	648	545
Diffusori	183	1.479	157	2.765	2.369
Cartucce	14.960	13.110	11.184	12.256	10.599
Viratori	3.241	941	1.221	817	802
Materiale da imballaggio	7.810	49.281	12.104	15.619	13.368
Totale materiali	28.529	65.860	25.132	32.105	27.683
Totale materiali %	31,52%	49,49%	48,43%	51,67%	54,04%
Personale	4.930	6.308	4.020	4.722	4.010
Personale %	5,45%	4,74%	7,75%	7,60%	7,83%
Attrezzature	57.044	60.912	22.746	25.308	19.532
Attrezzature %	63,03%	45,77%	43,83%	40,73%	38,13%
Costo unitario UdS	90.503	133.080	51.898	62.136	51.224
Costo unitario UdS %	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabella E - Costi differenziali totali mensili Gas Plasma

Centri	A	B	C	D	E
Indicatori biologici	147.132	61.880	73.566	91.957	100.255
Diffusori	11.519	87.266	24.871	392.700	435.986
Cartucce	942.480	773.500	1.767.150	1.740.375	1.950.131
Viratori	204.204	55.534	192.973	116.025	147.577
Materiale da imballaggio	492.003	2.907.566	1.912.355	2.217.858	2.459.638
Totale materiali	1.797.338	3.885.746	3.970.915	4.558.915	5.093.587
Personale	310.566	372.167	635.236	670.527	737.901
Attrezzature	3.593.800	3.593.800	3.593.800	3.593.800	3.593.800
Totale	5.701.704	7.851.713	8.199.951	8.823.242	9.425.288
Cicli completati	40	37	99	89	115
UdS	63	59	158	142	184

condotta distinguendo i costi totali di sterilizzazione in costi variabili e costi fissi (Agliati M., 1987). I costi variabili si riferiscono ai consumi e al tempo dell'operatore. Il valore del tempo dell'operatore è stato considerato tra i costi variabili perché dall'analisi condotta è emerso che nessuno di loro era dedicato esclusivamente al processo di sterilizzazione, ma tutti svolgevano un'altra attività all'interno dell'ospedale. Il tempo richiesto agli operatori dalla tecnologia a Gas Plasma rispetto a ETO risulta assai ridotto, e limitato alle fasi di caricamento, controllo e scaricamento dell'apparecchio per un totale di 15 minuti (tabella A). Tra i costi fissi sono stati considerati essenzialmente quelli di acquisizione e manutenzione della tecnologia.

Le ipotesi su cui è stata effettuata l'analisi di BEP sono le seguenti:

— costi variabili (consumi e personale): ammontare costante di L. 32.873 circa per UdS calcolato come media dei valori riferiti ai 4 centri ospedalieri coinvolti nella ricerca (il centro B è stato escluso dal calcolo della media per i motivi specificati sopra); la composizione dei consumi di materiali varia da centro a centro, ma l'ammontare globale appare sufficientemente stabile;

— costo di sterilizzazione UdS con ETO: L. 70.500 oppure L. 77.700. Questi rappresentano i valori più verosimili;

— costi per il materiale da imballaggio di ETO quantificati al Centro D pari a circa L. 6.370 per UdS. Tale stima pare comunque conservativa;

— i costi di acquisizione e manutenzione della tecnologia a Gas Plasma sono stati considerati pari a L. 3.593.800 (ammortamento + manutenzione) e a L. 3.570.000 mensili qualora la tecnologia venisse noleggiata. Il costo del noleggio comprende la manutenzione.

L'analisi si è concentrata sulla variabile che influisce maggiormente sul costo per UdS sterilizzata a Gas Plasma: il numero di UdS sterilizzate. Sono stati ricercati i valori di tale parametro necessari ad uguagliare i costi unitari di processo con Gas Plasma con quelli di ETO esterno nei quattro differenti casi possibili:

1) affitto dell'attrezzatura a Gas Plasma di Perossido di Idrogeno ed ETO a L.70.567;

2) acquisto dell'attrezzatura a Gas Plasma di Perossido di Idrogeno ed ETO a L.70.567;

3) affitto dell'attrezzatura a Gas Plasma di Perossido di Idrogeno ed ETO a L. 77.707;

4) acquisto dell'attrezzatura a Gas Plasma di Perossido di Idrogeno ed ETO a L. 77.707.

Per una trattazione formale dei calcoli dei BEP si rimanda all'appendice.

I risultati dell'analisi di BEP nei diversi casi sono riportati nei grafici 1, 2, 3 e 4, pagine seguenti.

5. Discussione

Un primo commento riguarda il confronto più in generale della logica *buy* di servirsi di fornitori esterni con la logica *make* di acquisire e gestire in proprio il processo di sterilizzazione. I vantaggi e gli svantaggi delle due alternative sono risultati evidenti nel corso della ricerca. Se da un lato vi è infatti la necessità di ripartire il costo dell'investimento tecnologico iniziale su di un *output* sufficientemente ampio, tale cioè da ridurre la proporzione tra costo fisso unitario e costo totale unitario, dall'altro si riscontra il problema di gestire in maniera efficiente ed efficace i rapporti con i fornitori esterni, garantendo il rispetto sostanziale e non solo formale dei contratti.

In secondo luogo, dall'analisi sono emerse alcune caratteristiche della tecnologia che influenzano in modo rilevante l'economicità della scelta di adottarla ed impiegarla.

Innanzitutto vi è la ripartizione tra costi fissi e costi variabili. Essa costituisce un fattore critico nella gestione economica della tecnologia analizzata. In particolare, tra le voci di costo variabile bisogna sottolineare come rilevanti differenze si verificano a seconda del *mix* di prodotti da sterilizzare. Il costo relativo ai diffusori ne rappresenta un esempio. I centri A e C presentano infatti un costo per diffusori sostanzialmente diverso, cioè estremamente più basso dei centri D ed E (il centro B non viene preso in considerazione perché come spiegato nei risultati, ha utilizzato la tecnologia essenzialmente per sperimentazione) (tabella D). Ciò è dovuto principalmente al fatto che gli ultimi due centri sterilizzano una tipologia di prodotti generalmente più complessa rispetto agli altri due centri (presenza di lumi) e necessitano quindi più frequentemente di diffusori per veicolare il gas plasma.

Collegata a questo primo punto vi è la questione del numero di UdS trattate nell'unità temporale (mese). Maggiore è il numero di UdS processate, minore sarà la quota parte dei costi fissi totali attribuibile ad ogni carico/UdS. Dall'analisi di BEP è emerso come il numero di UdS di BEP sia quantificabile in 81-113 UdS mensili, sempre ipotizzando che ad ogni ciclo di sterilizzazione corrispondano 1,6 Unità di sterilizzazione. Questo implica che il numero di cicli di sterilizzazione mensili equivalgono a 50-59. A partire da tali valori la procedura diviene economicamente favorevole rispetto ad ETO esterno, indipendentemente dai benefici indiretti ed intangibili (che pure appaiono potenzialmente notevoli). A ciò bisogna

aggiungere il fatto che l'analisi dei costi e quella di BEP sono state condotte considerando tra i costi dell'attrezzatura anche quelli di manutenzione. In effetti, il costo della manutenzione viene sostenuto a partire dal secondo anno di acquisizione. Ciò significa che i valori di BEP per il primo anno scendono a 61-72 UdS mensili (38-45 cicli di sterilizzazione) nelle ipotesi di costo dell'ETO esterno a L. 77.077 e a L. 70.567 rispettivamente.

Il problema del numero di UdS mensili di BEP è strettamente collegato ad un terzo aspetto critico: il bacino di utenza della tecnologia. Il bacino di utenza può in questo caso es-

sere definito come il numero di posti letto del centro ospedaliero. Più elevato è il numero di posti letto, più è facile raggiungere la massa critica sufficiente di presidi da sterilizzare per rendere la nuova tecnologia *cost saving*.

Vi è poi, collegata alla questione del bacino di utenza, un quarto aspetto: il grado di specializzazione dell'ospedale. Naturalmente il numero di posti letto tale da garantire una massa critica sufficiente di presidi da sterilizzare ai fini della gestione economica della tecnologia diventa meno cruciale quando:

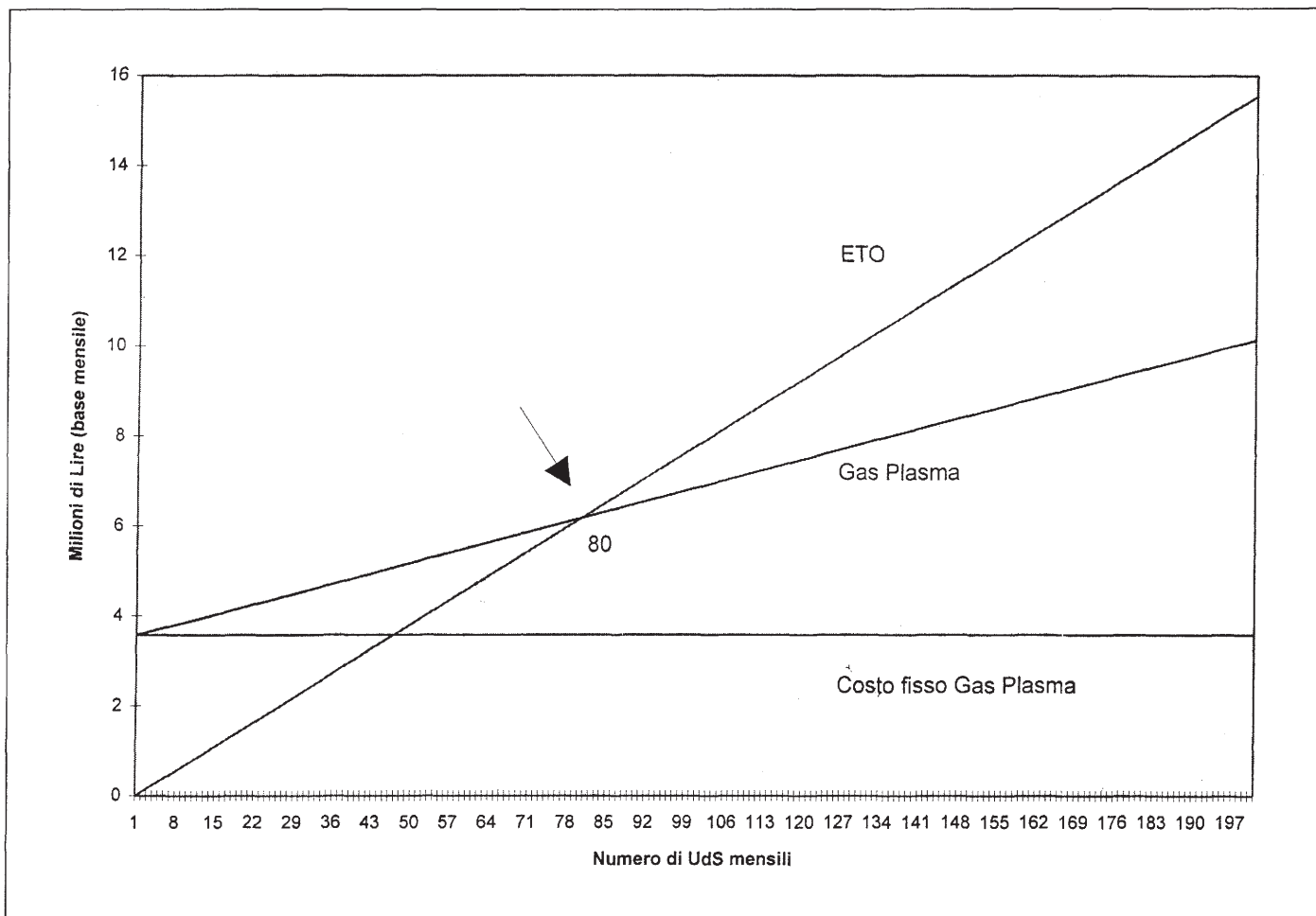
1) aumenta il grado di specializzazione dell'ospedale;

2) esistono specifici reparti (chirurgia vascolare, traumatologia, ortopedia, chirurgia ginecologica neurochirurgia ecc.) che utilizzano intensivamente tecniche di minimo accesso chirurgico e/o comunque tecniche tali da richiedere l'uso di presidi termosensibili.

Non è un caso che i due centri ospedalieri (C ed E) in cui la stima del costo per UdS ha presentato i valori inferiori siano dotati di un numero di posti letto pari a circa 440 e 220 rispettivamente.

A ciò bisogna aggiungere la valutazione dei benefici indiretti ed intangibili o che, nonostante non siano stati valutati monetariamente nel presente

Grafico 1 - Affitto Gas Plasma e costo ETO = L. 77.707



lavoro, hanno una rilevanza fondamentale e dovrebbero essere presi in considerazione al fine di operare la scelta definitiva sulle diverse tecnologie da impiegare.

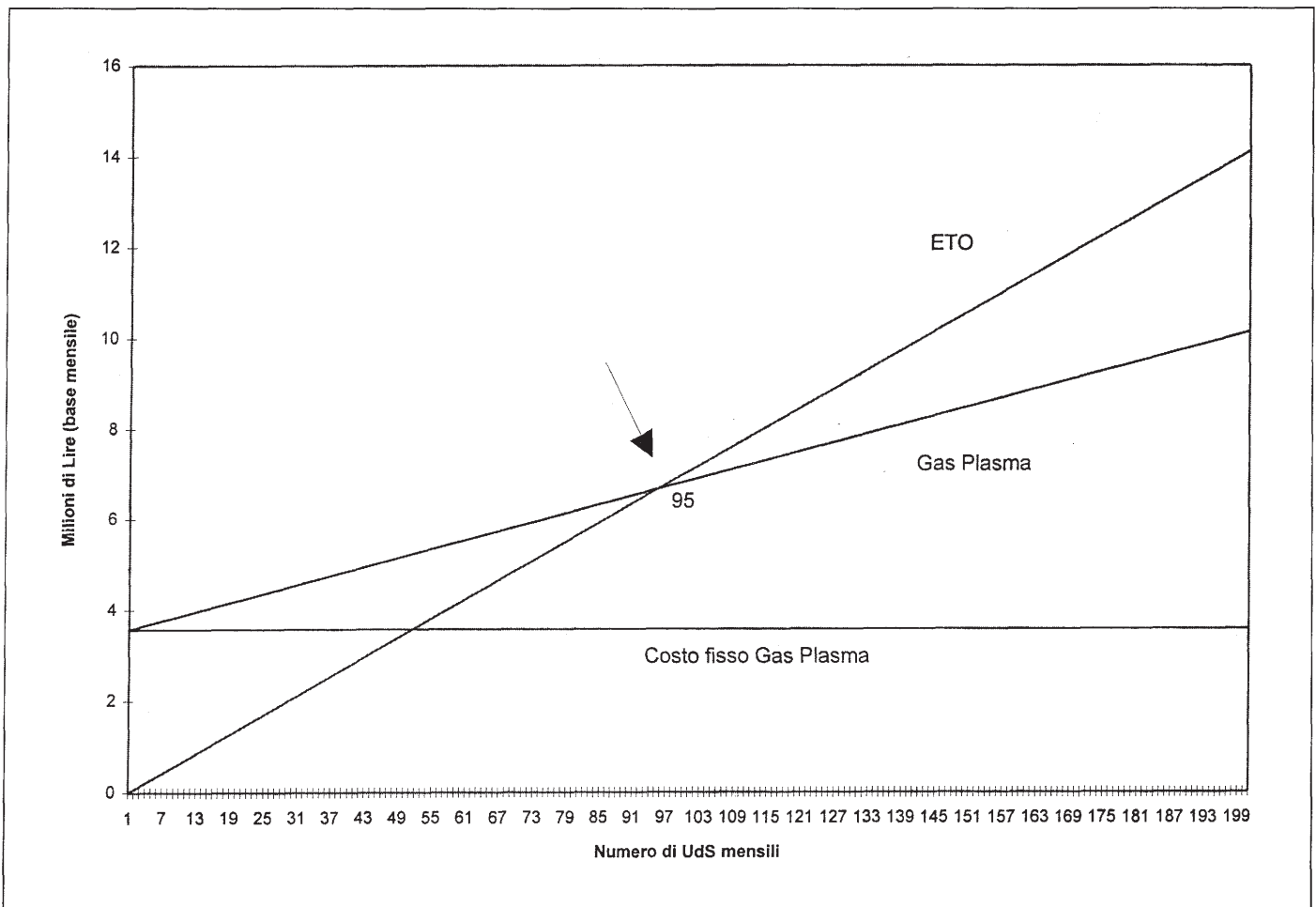
(1) Questo paragrafo introduce alcuni aspetti tecnici del processo di sterilizzazione in ambito ospedaliero. Per una trattazione più ampia vengono suggerite diverse annate della rivista «View&Review», che è specializzata nella trattazione dell'argomento e, di seguito, alcuni lavori: Melino C., Rubino S., Allocca A., Messineo, 1994; AA.VV., 1993; Grammer L.C., 1994; Ministero della sanità, 1983; Verraes S. *et al.*, 1995.

(2) Esiste anche una tecnologia che utilizza un vapore di acido peracetico associato ad una miscela di idrogeno, ossigeno ed argon.

BIBLIOGRAFIA

- AGLIATI M., *La contabilità direzionale*, CUSL, 1987.
- AA.VV., *La sterilizzazione in ospedale: gestione e controllo*, in: Finzi G. (a cura di), «Le infezioni ospedaliere», edizioni Sorbona, Milano, 1993.
- BRIGGS A., SCULPHER M., *Uncertainty in the economic evaluation of health care technology: the role of sensitivity analysis*, *Health Economics*, 3: 95-104, 1994.
- DEL VECCHIO M., *La valutazione economica delle tecnologie di laboratorio: criteri e metodi di analisi*, nota didattica SDA, 1994.
- DRUMMOND M.F., STODDART G.L., TORRANCE G.W., *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*, Franco Angeli, 1987.
- GRAMMER L.C., *Hypersensitivity*, in *Nephrol Dial Transplant*, 9 (supp. 2): S29-35, 1994.
- MELINO C., RUBINO S., ALLOCCA A., MESSINEO (A CURA DI), *L'ospedale. Igiene, sicurezza e prevenzione*, Società Editrice Universo, Roma, 1994.
- MINISTERO DELLA SANITÀ - DIREZIONE GENERALE SERVIZI IGIENE PUBBLICA - DIVISIONE V, *Circolare n. 56 del 22 giugno 1983: Impiego del gas tossico «ossido di etilene»*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma, 1983.
- PERCUDANI M., FATTORE G., STRADA L., CONTINI A., *La valutazione dei costi diretti ed indiretti della depressione maggiore: applicazione di una metodologia di indagine in un servizio psichiatrico pubblico*, *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 4: 198-211, 1995.
- VERRAES ET AL., *Occupational Asthma induced by ethylene oxide*, *Lancet*, 346: 1434-35, 1995.

Grafico 2 - Affitto Gas Plasma e costo ETO = L. 70.567



APPENDICE

Sia CGP il Costo Totale della tecnologia a Gas Plasma, sia CV il Costo Totale Variabili, sia CF il Costo Totale Fissi.

Definiamo:

$$CGP = CV + CF \quad [1]$$

Sia UdS il numero di Unità di Sterilizzazione trattate nel periodo (mese).

Avremo ora che:

$$CUGP = \frac{CV}{UdS} + \frac{CF}{UdS} \quad [2]$$

Dove CUGP è il Costo Unitario per unità di sterilizzazione trattata a Gas Plasma nella unità di tempo (in questo caso è stato il mese) e

$\frac{CV}{UdS}$ e $\frac{CF}{UdS}$ rappresentano rispettivamente il Costo Variabile unitario ed il Costo Fisso unitario, cioè il Costo Unitario Gas

Plasma è uguale al costo unitario fisso più il Costo unitario variabile.

$$\text{Ipotizzando che } \frac{CV}{UdS} = K = 32.873 \quad [3]$$

Cioè il Costo Variabile per UdS sia costante e pari a L. 32.873 si può notare come il valore del costo unitario di BEP dipenda solo dai parametri CF ed UdS.

Definendo:

$$CUETO = CM + CS \quad [4]$$

In cui CUETO = costo unitario di sterilizzare una UdS con ETO, variabile che assume diversi valori a seconda del CS = costo service. CM = Costo Materiali è di nuovo supposto costante come accade per i costi variabili del Gas Plasma e pari a L. 6.300 per ogni UdS.

Poichè possiamo ipotizzare che CUETO e CF siano dati e notando che il BEP è definito come lo stato in cui

$$CUGP = CUETO \quad [5]$$

Possiamo ricercare il valore del numero di UdS da trattare mensilmente per raggiungere il BEP. Infatti la [5] può essere espressa come:

$$\frac{CV}{UdS} + \frac{CF}{UdS} = CUETO \quad [6]$$

ed il numero di UdS mensili di BEP sarà quello tale che

$$CF/UdS = CUETO - CV/UdS \quad [7]$$

Sapendo che CV/UdS = 32.873 e risolvendo per UdS, otteniamo che

$$UdS = \frac{CF}{CUETO - 32.873} \quad [8]$$

che assumerà diversi valori in funzione di CUETO e di CF.

Se ora poniamo CF = L. 3.570.000 mensili nel caso di affitto e 3.593.800 nel caso di acquisto e CUETO = 77.707; CS = 77.567 (valori in cui è già compreso CM — 6.300 lire — nonché l'IVA), otterremo i valori presentati in testo.

Grafico 3 - Acquisto Gas Plasma e costo ETO = L. 70.567

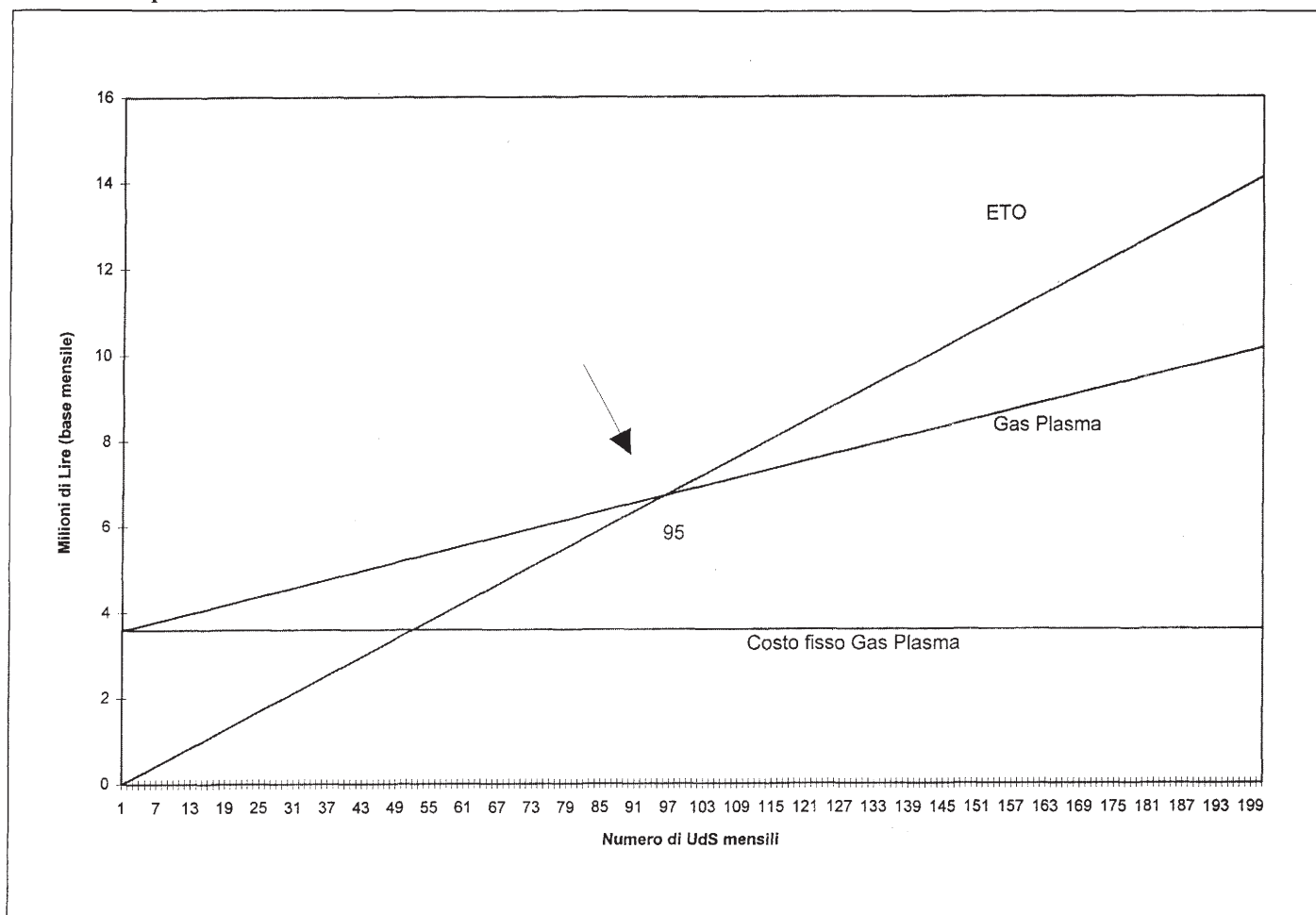
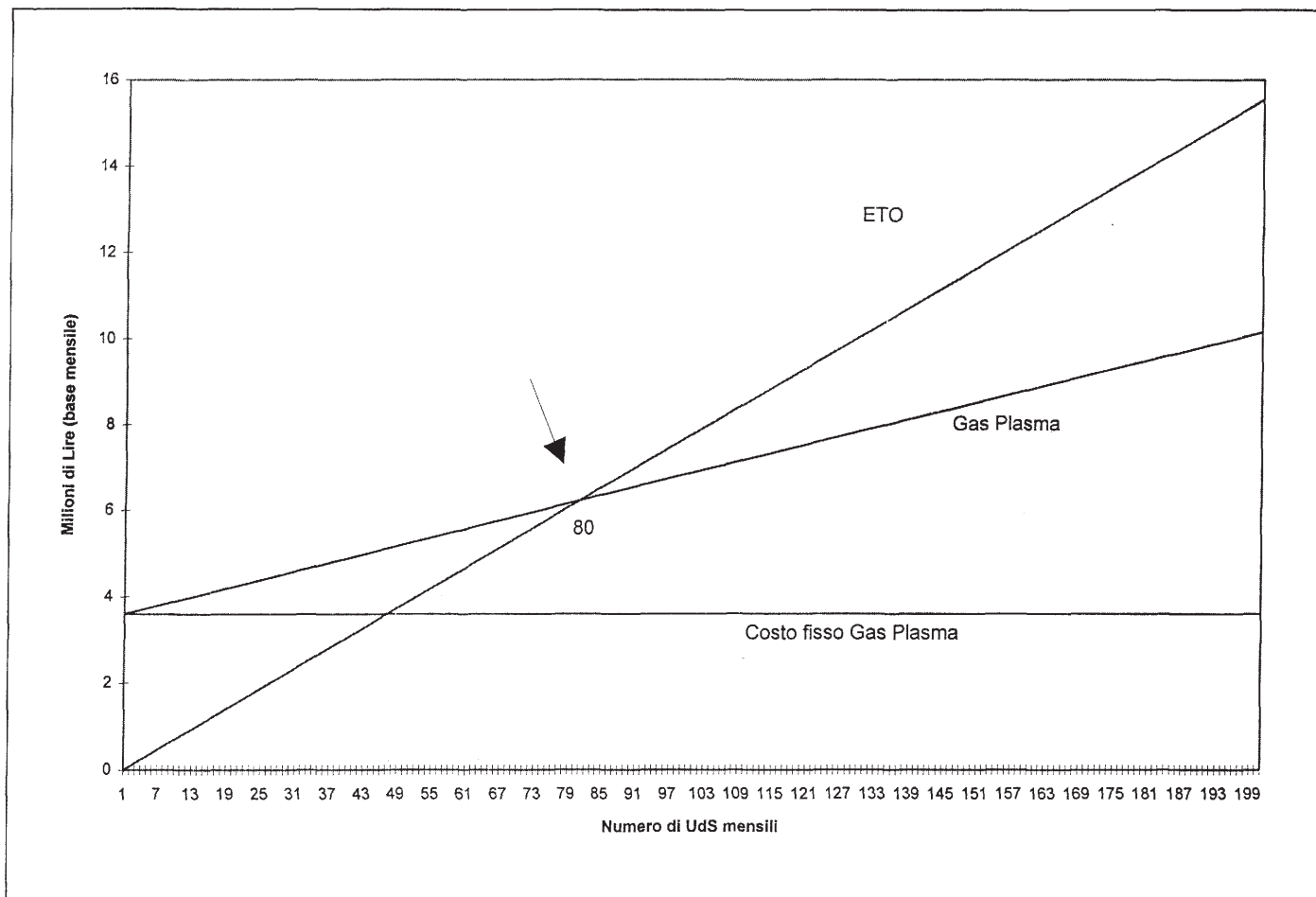


Grafico 4 - Acquisto Gas Plasma e costo ETO = L. 77.707



RAGIUFARM

Rassegna giuridico farmaceutica

È

L'ORA

DEL

RINNOVO

COSTO DELL'ABBONAMENTO 1997: L. 300.000

Programma abbonamento 1997

Spediz. in abb. postale, c. 26, art. 2, L. n. 549/95 - Roma

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

RAGIUFARM

Rassegna Giuridico Farmaceutica

diretta da Luigi D'Elia e Luigi Sanfilippo

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

- A tal uopo:

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

..... li

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

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

Documenti e commenti

Sezione 2^a

UNA PROPOSTA DI PIANO DEI CONTI PER LE AZIENDE OSPEDALIERE PUBBLICHE

di Eugenio Anessi Pessina¹, Gianmaria Battaglia¹, Lucio Labella Danzi²

¹ CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

² Consulente aziendale presso l'Ospedale «L. Sacco» - Milano

SOMMARIO: 1. Considerazioni preliminari - 2. Alcuni criteri per la predisposizione del Piano dei conti - 3. Articolazione e struttura del Piano dei conti proposto - 4. Raccordo con lo schema di bilancio - 5. Il Piano dei conti proposto.

1. Considerazioni preliminari

Il processo di aziendalizzazione avviato con il decreto legislativo n. 502 del 1992 e con il decreto legislativo n. 517 del 1993 richiede l'attivazione di una serie di mutamenti nelle modalità di gestione delle aziende sanitarie. In particolare, il riordino del Sistema sanitario nazionale (SSN), il riconoscimento di autonomie organizzative, gestionali e contabili a livello di unità aziendali (Aziende USL ed Aziende Ospedaliere), nonché l'evoluzione dei sistemi di finanziamento relativi, fanno emergere esigenze informative nuove nell'ambito del SSN.

Questa esigenza è stata recepita anche dagli stessi decreti di riforma, che hanno previsto, tra l'altro, l'adozione della Contabilità generale economico-patrimoniale (brevemente: Contabilità economica). L'impianto della contabilità economica implica cambiamenti nelle logiche, nelle procedure e nei meccanismi di rilevazione dei fenomeni aziendali. Diviene indispensabile, a tal fine, la definizione preliminare di alcuni strumenti necessari sia per l'attivazione della contabilità economica, sia per il suo coordinamento con il complessivo sistema informativo aziendale.

Fra gli strumenti accennati si pone il Piano dei conti (PDC), ossia il sistema di conti sintetici ed analitici utilizzati per la rilevazione contabile dei fatti di gestione. A questo riguardo, in particolare, è necessario definire:

— la struttura e l'articolazione del PDC (metodi di codifica, grado di analicità descrizioni, ecc.);

— le regole di funzionamento;

— le regole di modificazione.

Il PDC costituisce un elemento indispensabile per la rilevazione contabile dei fenomeni aziendali in quanto:

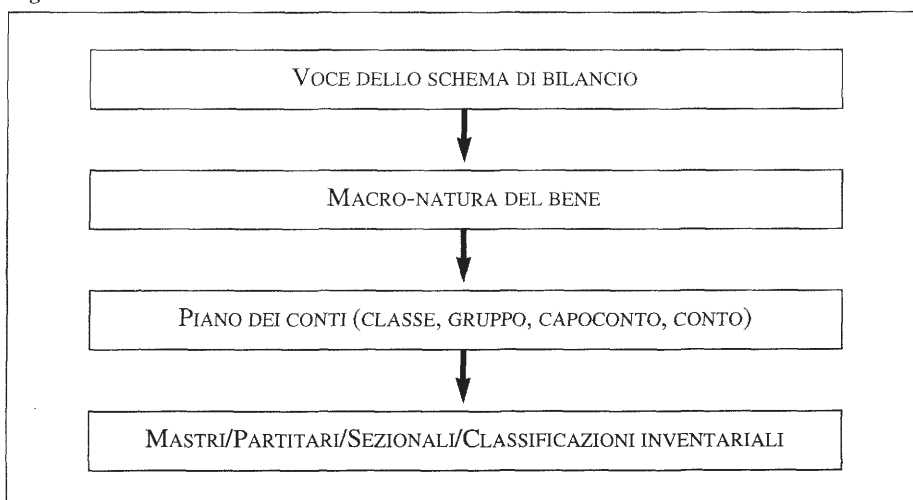
— è, in primo luogo, l'elemento fondamentale che consente la raccolta

delle informazioni di Contabilità economica necessarie alla redazione del bilancio, nel rispetto dei principi di chiarezza e di trasparenza dello stesso. A tal riguardo, si impone anzitutto l'esigenza di raccordare, più o meno direttamente, lo schema di bilancio al PDC stesso (vedi figura 1);

— risulta, nello stesso tempo, strumento fondamentale per migliorare l'informativa aziendale.

Una prima proposta di PDC è stata predisposta dai Ministeri del Tesoro e della Sanità (1995). Questa proposta, tuttavia, perseguiva soprattutto l'obiettivo di stabilire una corrisponden-

Figura 1



za tra capitoli di Contabilità finanziaria e conti di Contabilità economica, per favorire la «decodifica» dei primi nei secondi. Ne derivavano alcune caratteristiche progettuali che potevano inficiare la natura «economica» della contabilità. Lasciando ad altre sedi gli approfondimenti più specifici basta qui ricordare come la presenza nei criteri di classificazione dei singoli conti della destinazione del fattore produttivo (ad esempio, «Servizi direttamente gestiti per la formazione, qualificazione e riqualificazione del personale») violi la caratteristica «per natura» delle rilevazioni della contabilità economica ed obblighi quindi ad effettuare stime e congetture nella ripartizione dei valori rilevati su conti classificati per destinazione.

Alcune Regioni hanno poi formulato proprie proposte alternative. La Regione Lombardia (1996), in particolare, ha recentemente predisposto un piano dei conti apprezzabile sia perché coerente con le esigenze specifiche della Contabilità economica più che con le necessità di decodifica dei capitoli finanziari, sia perché proposto alle aziende come suggerimento e non imposto come schema obbligatorio. Anche tale proposta di piano dei conti, se analizzata dal punto di vista operativo, presenta tuttavia le lacune e incongruenze che sono inevitabili nei piani dei conti studiati «a tavolino» e che devono ancora essere validati dall'esperienza operativa aziendale. La contabilità economica infatti, si qualifica come sistema di rilevazione finalizzato a dare una «rappresentazione veritiera e corretta» della situazione patrimoniale e finanziaria e del risultato economico dell'azienda. L'adeguatezza degli strumenti tecnico contabili di rilevazione, pertanto di questa finalità non è definibile in astratto con uno strumento completo e definitivo, senza tener conto delle specificità di ciascuna azienda e del divenire econo-

mico della stessa. È quindi necessario progettare un PDC che possa essere modificato, arricchito e adeguato alle necessità del sistema contabile.

Con questo articolo si intende pertanto contribuire al dibattito presentando:

- alcuni criteri guida per la predisposizione del PDC;
- una proposta operativa di articolazione del PDC stesso.

2. Alcuni criteri per le predisposizioni del Piano dei conti

La classificazione dei conti

La classificazione dei conti ed il grado di analiticità delle voci dipendono dalle finalità conoscitive perseguite e quindi dal tipo di osservatore che potrebbe essere interessato a ricevere, interpretare e gestire le informazioni considerate. In prima approssimazione, vi sono almeno cinque tipologie di soggetti con esigenze informative differenti, cui potrebbero corrispondere esigenze classificatorie distinte (tabella 1, pagina seguente).

Sinteticamente, la stesura del PDC deve quindi essere orientata:

- agli obblighi di legge in materia di struttura e contenuto del bilancio;
- ad eventuali disposizioni integrative regionali;
- alle esigenze informative aziendali in collaborazione con gli altri sistemi informativi aziendali (contabilità analitica, sistemi di *budgeting* e di *reporting*, etc.).

Operativamente per la stesura del PDC, è necessario definire:

- il metodo di codifica da adottarsi. Dal punto di vista tecnico la codifica del PDC è strettamente legata alle convenzioni utilizzate dal programma *software* impiegato. In generale, comunque, la codifica può essere semplice o composta per gruppi o sottogruppi di voci (modalità preferita

dal legislatore). Inoltre, è buona norma concepire una codifica che risulti flessibile agli adattamenti indotti dalla crescita e dalle esigenze aziendali;

— le informazioni aggiuntive che si vogliono poter desumere dal PDC attraverso elaborazioni extra-contabili;

— le descrizioni da utilizzare. In pratica, è opportuno adottare una terminologia aderente a quella utilizzata dal legislatore, evitando, tuttavia, possibili equivoci interpretativi.

Le modificazioni in materia di rappresentazione di bilancio introdotte con il decreto legislativo n. 127 del 1991 per l'adozione della IV e della VII direttiva CEE impongono inoltre la necessità di operare ulteriori scelte in sede di strutturazione del PDC, principalmente in relazione ai seguenti temi:

— la collocazione dei fondi rettificativi dell'attivo (fondi ammortamento, svalutazione, ecc.) in un raggruppamento del passivo o nel raggruppamento in cui confluiscono le relative voci dell'attivo (es. le immobilizzazioni per il fondo ammortamento);

— l'opportunità di distinguere crediti e debiti a seconda che siano esigibili entro o oltre l'esercizio successivo, in coerenza con il criterio finanziario a decrescente liquidità attuato nell'ambito della struttura dello stato patrimoniale privilegiata dalla IV direttiva (attivo per destinazione, passivo per provenienza);

— l'opportunità della distinzione e della gestione di eventuali criteri diversi nella valutazione di alcune poste di bilancio (ad esempio, l'introduzione di ipotetiche rilevazioni contabili per gli ammortamenti eccedenti la quota civilistica);

— la distinzione o meno dei componenti di risultato economico in categorie di costi e ricavi. In altre parole si tratta di scegliere se il PDC deve

Tabella 1

Liv.	Finalità conoscitive	Soggetto interessato c/o destinatario	Strumento informativo tipico	Analiticità ed obbligatorietà della classificazione
1	<ul style="list-style-type: none"> — Rappresentazione fedele della situazione economica, finanziaria e patrimoniale dell'Azienda sanitaria — Valutazioni sull'efficacia dell'impiego della ricchezza pubblica (benchmarking a livello nazionale) 	<ul style="list-style-type: none"> — Direzione aziendale — Collettività/Stakeholders — Ministero 	<ul style="list-style-type: none"> — Bilancio d'esercizio (stato patrimoniale, conto economico e nota integrativa) 	<ul style="list-style-type: none"> — Classificazione: obbligatoria molto sintetica (corrisponde allo schema obbligatorio del bilancio)
2	<ul style="list-style-type: none"> — Rappresentazione fedele della situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Servizio sanitario regionale — Funzione di governo del «gruppo» e del SSR da parte della Regione — Confronti e valutazioni sulle performance delle aziende sanitarie (benchmarking a livello regionale) 	<ul style="list-style-type: none"> — Regione — Collettività/Stakeholders 	<ul style="list-style-type: none"> — Bilancio consolidato del «gruppo» di aziende sanitarie pubbliche 	<ul style="list-style-type: none"> — Classificazione: obbligatoria sintetica (deve permettere di alimentare il bilancio consolidato, quindi, ad es., di isolare costi e ricavi per prestazioni intra-gruppo)
3	<ul style="list-style-type: none"> — Negoziazione dei sotto-obiettivi per livelli/aree di responsabilità al fine di ricercare l'equilibrio aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> — Organi coinvolti nel processo di approvazione del bilancio preventivo (direzione aziendale, organi regionali, sindaci) 	<ul style="list-style-type: none"> — Bilancio preventivo dell'Azienda sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> — Classificazione: obbligatoria di analiticità media (deve permettere di isolare voci con diverso grado di controllabilità/responsabilità da parte dell'azienda sanitaria, quindi, ad es., le competenze fisse dagli straordinari del personale). NB: questo è il livello più analitico a cui corrispondono finalità di informativa esterna, e quindi definisce il livello minimo obbligatorio del PDC
4	<ul style="list-style-type: none"> — Negoziazione dei risultati attesi e dei fabbisogni di risorse per centro di responsabilità 	<ul style="list-style-type: none"> — Organi coinvolti nel processo di controllo direzionale (responsabili dei centri di responsabilità, alta direzione) 	<ul style="list-style-type: none"> — Budget generale dell'Azienda sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> — Classificazione: discrezionale analitica (deve essere coerente con le classificazioni a fini di controllo direzionale, quindi, ad es., con il piano dei fattori produttivi della contabilità analitica)
5	<ul style="list-style-type: none"> — Controllo di gestione — Controllo operativo — Controllo contabile (quadratura dei sottosistemi) 	<ul style="list-style-type: none"> — Responsabili delle funzioni esecutive 	<ul style="list-style-type: none"> — Sistema di reporting 	<ul style="list-style-type: none"> — Classificazione: discrezionale molto analitica (deve essere coerente con anagrafiche aziendali, classificatori, nomenclatori)

rispecchiare il canonico schema di conto economico a sezioni contrapposte o deve strettamente concordare con lo schema di conto economico scalare per natura da utilizzare in bilancio;

— per la rilevazione delle giacenze di esercizio, la scelta tra l'utilizzo di conti accesi alle rimanenze iniziali ed alle rimanenze finali o l'adozione di

conti accesi alla «variazione delle rimanenze».

3. Articolazione e struttura del Piano dei conti proposto

Gli schemi di piano dei conti di riferimento citati nel paragrafo 1 (il primo contenuto... Lombardia) nelle linee guida elaborate dal Ministero del tesoro

ro e dal Ministero della sanità, il successivo nelle linee guida n. 1/96 elaborate dalla Giunta regionale della Lombardia, ove è parso possibile e necessario, sono stati adattati e integrati in base a:

— le esigenze di rappresentazione di bilancio;

— le esigenze imposte dai principi e dalle tecniche contabili;

— le caratteristiche specifiche dell'azienda in oggetto.

Le principali caratteristiche del PDC proposto sono:

— struttura gerarchica, per garantire aggregazioni a più livelli;

— definizione per «natura» omogenea delle poste economiche;

— coerenza con i vari sottosistemi operativi contabili (ad esempio, il PDC sottintende e necessita del dettaglio dei clienti /fornitori nei rispettivi sezionali/partitari);

— coerenza con le finalità informative esterne, infragruppo ed interne.

I principi adottati nella redazione del piano dei conti seguono la struttura gerarchica descritta nelle tabelle 2 e 3.

Tale articolazione gerarchica consente:

— sintesi automatiche e estrazioni rapide;

— facilità di apprendimento e di utilizzo;

— facilità di aggiustamento e di manutenzione pur rispettando una struttura contabile uniforme capace di comparare i dati contabili nel tempo.

Riclassificazioni ed aggregazioni trasversali permettono inoltre di soddisfare:

— il criterio di liquidità/esigibilità crescente (in conformità al D.L.vo n. 127/91);

— esigenze più specifiche di analisi del bilancio;

— l'esigenza di predisporre rendiconti finanziari.

Il PDC è quindi dettagliato secondo la natura omogenea delle voci. Il criterio della «destinazione» delle voci, invece, è rinviato a finalità di contabilità analitica, in quanto questa rappresenta lo strumento che meglio permette la scissione di valori economici rispetto alla destinazione del fattore produttivo o rispetto all'attribuzione del pro-

vento (scissioni che sono necessariamente arbitrarie e dipendono in gran parte dalle caratteristiche organizzative dell'azienda) il ricorso alla contabilità analitica in particolare evita di inserire ulteriori stime e congetture nel sistema di contabilità generale che, data la funzione informativa tipicamente esterna:

— deve dare una rappresentazione complessiva e unitaria della gestione aziendale ai soggetti esterni, disinteressandosi delle articolazioni interne;

— necessita di valori che siano caratterizzati da oggettività economica e che derivino quasi esclusivamente

(fatti salvi i valori iscritti per ottenere le sintesi annuali che vengono peraltro «assorbiti» dal sistema nel corso di più esercizi successivi) da scambi economici con soggetti esterni all'azienda.

Il PDC proposto, infine, sembra coerente (anche al fine di un eventuale raccordo contabile) con i vari sottosistemi operativi e contabili dell'azienda: gestione approvvigionamenti, gestione fornitori, gestione del personale, gestione dell'inventario e così via. Un PDC strutturato coerentemente con i vari sottosistemi operativi contabili dell'azienda permette infatti di:

Tabella 2

Classe	Gruppo	Conto	Sottoconto	Mastro
X	XX	XX	XX	AAAA

Tabella 3

Livello	Descrizione	In bilancio
a) Classe: X	Categoria di appartenenza del conto. In particolare: 1) conto patrimoniale attivo 2) conto patrimoniale passivo 3) conto economico di costo 4) conto economico di ricavo 5) conti d'ordine 6) conti di riepilogo	Sì, come totali generali
b) Gruppo: X.XX	Raggruppamento di sintesi minime da inserire in bilancio (vedi tabella 4)	Sì, come totali parziali
c) Conto: X.XX.XX	Voci da inserire a bilancio (vedi tabella 5)	Sì, come voci di bilancio
d) Sottoconto: X.XX.XX.XX	Prima scomposizione analitica delle voci inserite a bilancio	
e) Mastro: X.XX.XX.XX.AAAA	Insieme dei codici di classe, gruppo, conto, sottoconto e alfanumerico per l'immissione delle scritture in partita doppia e la gestione del piano dei conti	No

— portare ordine nelle rilevazioni contabili;

— dare significato univoco ai valori contenuti nei conti;

— svolgere la contabilità per settori omogenei.

La tabella 4 introduce le classi ed i gruppi proposti per il PDC ed il loro riferimento alla classificazione delle voci dello schema di bilancio.

4. Raccordo con lo schema di bilancio

Il PDC proposto, infine, è coerente con lo schema di bilancio ministeriale, pur con alcune modificazioni marginali richieste dalle linee guida della Regione Lombardia e dalla natura dell'attività svolta dall'azienda.

A questo riguardo si ricorda che l'articolo 2423-ter del codice civile sancisce possibilità ed obblighi di deroga con riguardo alle strutture di bilancio previste, ed in particolare (i) la possibilità di suddividere le voci previste dallo schema, senza l'eliminazione della voce complessiva e dell'imposta corrispondente, e (ii) l'obbligo di operare aggiunte alle voci previste, qualora il contenuto della voce non sia compreso in alcuna di quelle previste nello schema.

Nella tabella 5, pagina seguente, si riassume lo schema di bilancio utilizzato, ove le integrazioni sono evidenziate con caratteri in corsivo.

5. Il Piano dei conti proposto

Nell'allegato si presenta il Piano dei conti dettagliato per classe, gruppo, conto e sottoconto. La classificazione completa per mastri è stata omessa in quanto superflua agli scopi del presente documento. Per ogni conto, inoltre, viene ribadito l'univoco raccordo dei singoli conti con le voci dello schema di bilancio.

Tabella 4

Classi e gruppi	Riferimento schema di bilancio
1. STATO PATRIMONIALE ATTIVO	1
01. Immobilizzazioni Immateriali	1.A.I
02. Immobilizzazioni Materiali	1.A.II
03. Immobilizzazioni Finanziarie	1.A.III
04. Scorte Ed Acconti	1.B.I
05. Crediti	1.B.II
06. Attività Finanziarie	1.B.III
07. Disponibilità Liquide	1.B.IV
08. Ratei E Risconti Attivi	1.C
2. STATO PATRIMONIALE PASSIVO	2
16. Patrimonio Netto	2.A.III, 2.A.IV, 2.A.V e 2.A.VI
17. Contributi In Conto Capitale	2.A.I e 2.A.II
18. Fondi Ammortamento	1.A.I e 1.A.II
19. Fondi Svalutazione	1.A, I.B.I. e I.B.II
20. Fondi Per Rischi, Oneri E Spese Future	2.B
21. Debiti Finanziari	2.D.I
22. Debiti Verso Fornitori	2.D.V
23. Debiti Tributarî	2.D.VII
24. Debiti Verso Personale	2.D.IX
25. Debiti Diversi	2.D.II, 2.D.III, 2.D.IV, 2.D.VI e 2.D.IX
26. Ratei E Risconti Passivi	2.E
3. COSTI DELLA PRODUZIONE	3
31. Rimanenze Iniziali	3.B.15
32. Acquisti Di Materiale Sanitario	3.B.01
33. Acquisti Di Materiale Non Sanitario	3.B.01
34. Prestazioni. E Servizi Da Az. San. E Altri Sogg. Pubbl.	3.B.03
35. Prestazioni. E Servizi Da Az. San. E Altri Sogg. Priv.	3.B.04
36. Prestazioni E Servizi Non Sanitari	3.B.02 e 3.B.11
37. Godimento Beni Di Terzi	3.B.05
38. Personale Medico	3.B.06
39. Personale Sanitario Non Medico	3.B.06
40. Personale Professionale	3.B.07
41. Personale Tecnico	3.B.08
42. Personale Amministrativo	3.B.09
43. Spese Ammin. Generali E Oneri Diversi Di Gestione	3.B.10
44. Oneri Finanziari	3.C
45. Oneri Straordinari	3.E
46. Imposte E Tasse	3.F
47. Ammortamenti D'esercizio	3.B.12 e 3.B.13
48. Accantonamenti E Svalutazioni D'esercizio	3.B.16
49. Utile D'esercizio	2.G
4. VALORE DELLA PRODUZIONE	2.A
51. Contributi In C/Esercizio	2.A.01
52. Ricavi Per Prestazioni Sanitarie	2.A.06
53. Concorsi, Recuperi E Rimborsi Per Attività Tipiche	2.A.03
54. Compartecipazioni Alla Spesa Per Prestazioni Sanitarie	2.A.04
55. Proventi Finanziari	2.C.02
56. Proventi E Ricavi Diversi	2.A.02
57. Proventi Straordinari	3.E
58. Utilizzo Fondi Accantonati	3.A.05
59. Costi Capitalizzati	3.A.05
60. Utilizzo Quota Contributi In C/Capitale	3.A.05
61. Rivalutazioni Finanziarie	3.D
62. Rimanenze Finali	3.B.15
63. Perdita D'esercizio	3.G
8. CONTI D'ORDINE	1.D
71. Beni Di Terzi Presso L'azienda	1.D
72. Nostri Beni Presso Terzi	1.D
73. Rischi Assunti	1.D
74. Rischi Trasferiti	1.D
75. Impegni Di Terzi	1.D
76. Impegni V/Terzi	1.D
81. Terzi Per Beni Presso L'azienda (Contropartite)	2.F
82. Terzi Per Nostri Beni Presso Di Loro (Contropartite)	2.F
83. Terzi Per Rischi Assunti (Contropartite)	2.F
84. Terzi Per Rischi Trasferiti (Contropartite)	2.F
85. Terzi Per Impegni Loro (Contropartite)	2.F
86. Terzi Per Impegni V/Di Loro (Contropartite)	2.F
9. CONTI DI RIEPILOGO	
91. Stato Patrimoniale	
92. Conto Economico	

Tabella 5

Schema di bilancio: stato patrimoniale		Schema di bilancio: conto economico	
ATTIVO		FONDO OPEROSITÀ	
A. IMMOBILIZZAZIONI		D. DEBITI	
I. Immobilizzazioni immateriali (al netto dei rispettivi fondi)		I. Mutui e finanziamenti	
a) Costi di impianto e di ampliamento		II. Regione e provincia autonoma	
b) Costi di ricerca e sviluppo		III. Comune	
c) Diritti di brevetto e utilizzazione di opere d'ingegno		IV. UU.SS.LL.	
d) Altre immobilizzazioni immateriali		V. Debiti verso fornitori	
e) <i>Immobilizzazioni immateriali in corso ed acconti</i>		VI. Debiti verso istituto tesoriere	
II. Immobilizzazioni materiali (al netto dei rispettivi fondi)		VII. Debiti tributari	
a) Terreni		VIII. Debiti verso istituti previdenziali ed assistenziali	
b) Fabbricati		IX. Altri debiti	
c) Impianti e macchinari		E. RATEI E RISCONTI PASSIVI	
d) Attrezzature sanitarie		I. Ratei passivi	
e) Mobili e arredi		II. Risconti passivi	
f) Automezzi		F. CONTI D'ORDINE	
g) Altri beni		I. Terzi per beni presso l'azienda	
h) Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti		II. Terzi per nostri beni presso di loro	
III. Immobilizzazioni finanziarie		III. Terzi per rischi assunti	
a) Crediti a medio/lungo termine		IV. Terzi per rischi trasferiti	
b) Titoli		V. Terzi per impegni loro	
		VI. Terzi per impegni presso di loro	
B. ATTIVO CIRCOLANTE		Schema di bilancio: conto economico	
I. Scorte (ed acconti)		A. VALORE DELLA PRODUZIONE	
a) Sanitarie		1. Contributi in c/esercizio	
b) Non sanitarie		2. Proventi e ricavi diversi	
c) Acconti su acquisti		3. Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche	
II. Crediti		4. Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	
a) Regione e provincia autonoma		5. Costi capitalizzati	
b) Comune		6. Ricavi per prestazioni sanitarie	
c) UU.SS.LL.		B. COSTI DELLA PRODUZIONE	
d) Erario		1. Acquisti d'esercizio	
e) Altri crediti		2. Manutenzione e riparazione	
III. Attività finanziarie		3. Costi per prestazioni e servizi sanitari da pubblico	
a) Titoli a breve		4. Costo per prestazioni e servizi sanitari da privato	
IV. Disponibilità liquide		5. Godimento beni di terzi	
a) Cassa		6. Personale del ruolo sanitario (<i>medico e non medico</i>)	
b) Istituto tesoriere		7. Personale del ruolo professionale	
c) C/c postale		8. Personale del ruolo tecnico	
d) <i>Altri rapporti con le banche</i>		9. Personale del ruolo amministrativo	
C. RATEI E RISCONTI ATTIVI		10. Spese amministrative generali	
I. Ratei attivi		11. Servizi appaltati	
II. Risconti attivi		12. Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	
D. CONTI D'ORDINE		13. Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	
I. Beni di terzi presso l'azienda		14. Svalutazione dei crediti	
II. Nostri beni presso terzi		15. Variazione delle rimanenze	
III. Rischi assunti		16. Accantonamenti tipici dell'esercizio	
IV. Rischi trasferiti		C. PROVENTI ONERI FINANZIARI	
V. Impegni di terzi		1. Oneri finanziari	
VI. Impegni presso terzi		2. Proventi finanziari	
		3. Entrate varie	
PASSIVO		D. RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITÀ FINANZIARIE	
A. PATRIMONIO NETTO		E. PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	
I. Contributi in c/capitale da regione e provincia autonoma indistinti		1. Minusvalenze	
II. Contributi in c/capitale da regione e provincia autonoma vincolati		2. Plusvalenze	
III. Fondo di dotazione		3. Accantonamenti non tipici dell'attività finanziaria	
IV. Riserve		4. Concorsi, recuperi, rimborsi per attività non tipiche	
V. Utili e Perdite portati a nuovo		5. Sopravvenienze ed insussistenze	
VI. Utili e Perdite dell'esercizio		IMPOSTE E TASSE	
B. FONDI PER RISCHI E ONERI		UTILE O PERDITA D'ESERCIZIO	
I. Per imposte			
II. Rischi			
III. Altri fondi per rischi e oneri			

Allegato 1

1	STATO PATRIMONIALE ATTIVO		
1.01	IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI		
1.01.01	Costi Di Impianto E Ampliamento	1.02.05.03	beni di elevato valore artistico
1.01.01.01	costi di impianto e ampliamento	1.02.05.18	altri mobili e arredi specifici
1.01.02	Costi Di Ricerca, Sviluppo E Pubblicità	1.02.05.19	altri mobili e arredi generici
1.01.02.01	costi di ricerca, sviluppo e studi	1.02.06	Automezzi
1.01.02.02	costi pluriennali di pubblicità	1.02.06.01	autoveicoli per trasporto persone
1.01.03	Diritti Di Brevetto E Di Utilizzazione Delle Opere D'ingegno	1.02.06.02	autoveicoli per trasporto cose
1.01.03.01	diritti di brevetto	1.02.06.03	ambulanze
1.01.03.02	software in proprietà	1.02.06.04	mezzi di trasporto interno e di sollevamento
1.01.03.19	altri diritti di utilizzazione di opere d'ingegno	1.02.06.19	altri automezzi
1.01.19	Altre Immobilizzazioni Immateriali	1.02.19	Altri Beni Mobili
1.01.19.01	concessioni, marchi, licenze e diritti simili	1.02.19.01	macchine d'ufficio ordinarie
1.01.19.02	licenze d'uso software	1.02.19.02	macchine d'ufficio elettromeccaniche ed elettroniche
1.01.19.03	costi pluriennali su beni di terzi	1.02.19.03	elaboratori elettronici e personal computer
1.01.19.04	componente patrimoniale dei beni di leasing	1.02.19.04	terminali e stampanti
1.01.19.19	altri costi pluriennali da ammortizzare	1.02.19.05	altre attrezzature EDP
1.01.21	Immobilizzazioni Immateriali In Corso Ed Acconti	1.02.19.06	attrezzature di mensa e di cucina
1.01.21.03	diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno in corso	1.02.19.07	attrezzature d'officina
1.01.21.19	altre immobilizzazioni immateriali in corso	1.02.19.08	dotazioni per centro stampa
1.01.21.21	acconti, senza funzioni di caparra, per l'acquisto di immobilizzazioni immateriali	1.02.19.09	attrezzature di lavanderia e guardaroba
1.01.21.22	acconti, con funzione di caparra, per l'acquisto di immobilizzazioni immateriali	1.02.19.10	biancheria
		1.02.19.11	imballaggi e recipienti
		1.02.19.18	altri beni mobili specifici
		1.02.19.19	altri beni mobili generici
		1.02.21	Immobilizzazioni Materiali In Corso Ed Acconti
		1.02.21.02	fabbricati c/immobilizzazioni materiali in corso
		1.02.21.03	impianti e macchinari c/immob. materiali in corso
		1.02.21.04	attrezzature sanitarie c/immobilizzazioni materiali in corso
1.02	IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI		
1.02.01	Terreni	1.02.21.19	altri beni mobili c/immobilizzazioni materiali in corso
1.02.01.01	terreni specifici per attività tipica		
1.02.01.02	terreni edificabili uso residenziale	1.02.21.21	acconti, senza funzioni di caparra, per l'acquisto di immobilizzazioni materiali
1.02.01.03	terreni agricoli		
1.02.01.04	terreni in concessione	1.02.21.22	acconti, con funzione di caparra, per l'acquisto di immobilizzazioni materiali
1.02.01.19	altri terreni		
1.02.02	Fabbricati		
1.02.02.01	fabbricati specifici per attività sanitaria	1.03	IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE
1.02.02.02	fabbricati a uso amministrativo	1.03.01	Crediti Finanziari
1.02.02.03	fabbricati civili	1.03.01.01	crediti v/regione per ripiano disavanzo esercizi precedenti
1.02.02.04	fabbricati di proprietà su terreni non di proprietà		
1.02.02.05	fabbricati in concessione	1.03.01.02	crediti v/regione per contributi in c/capitale deliberati ma non ancora incassati
1.02.02.06	costruzioni leggere fisse		
1.02.02.19	altri fabbricati	1.03.01.03	crediti v/comune per ripianamento disavanzi esercizi precedenti
1.02.03	Impianti E Macchinari		
1.02.03.01	impianti di depurazione	1.03.01.19	altri crediti finanziari
1.02.03.02	impianti elettrici ed idraulici	1.03.02	Titoli
1.02.03.03	impianti telefonici	1.03.02.01	titoli di stato
1.02.03.04	impianti di allarme e di sicurezza	1.03.02.02	titoli obbligazionari
1.02.03.05	impianti di riscaldamento	1.03.02.19	altri titoli di investimento
1.02.03.06	impianti e macchinari officina	1.03.02.21	depositi cauzionali versati
1.02.03.07	rete informatica		
1.02.03.19	altri impianti e macchinari generici	1.04	SCORTE ED ACCONTI
1.02.04	Attrezzature Sanitarie	1.04.01	Scorte Sanitarie
1.02.04.01	attrezzature biomediche	1.04.01.01	medicinali
1.02.04.19	altre attrezzature sanitarie varie e minute	1.04.01.02	emoderivati
1.02.05	Mobili Ed Arredi	1.04.01.03	soluzioni
1.02.05.01	mobili e arredi d'ufficio	1.04.01.04	gas terapeutici
1.02.05.02	mobilito sanitario	1.04.01.05	stupefacenti

Allegato 1 (segue)

1.04.01.06	sieri e vaccini	1.05.03.04	crediti v/aziende sanitarie altre regioni per personale comandato c/o loro
1.04.01.07	prodotti galenici		
1.04.01.08	disinfettanti	1.05.03.19	altri crediti v/aziende sanitarie altre regioni
1.04.01.09	materiale diagnostico	1.05.03.21	crediti v/aziende sanitarie altre regioni per prestazioni sociosanitarie da tariffare
1.04.01.10	presidi medico chirurgici		
1.04.01.11	materiale protesico	1.05.03.22	crediti v/aziende sanitarie altre regioni per note di addebito da emettere
1.04.01.12	materiale per emodialisi		
1.04.01.13	materiale radiografico	1.05.04	Crediti V/Comune
1.04.01.14	materiale laboratorio analisi e vetreria	1.05.04.01	crediti v/comune per prestazioni sociosanitarie
1.04.01.15	materiale TNT sterile	1.05.04.03	crediti v/comune per contributi in c/esercizio
1.04.01.16	materiale TNT non sterile	1.05.04.04	crediti v/comune per personale comandato c/o loro
1.04.01.17	presidi chirurgici e altro materiale sanitario	1.05.04.19	altri crediti v/comune
1.04.01.18	sangue	1.05.04.21	crediti v/comune per prestazioni sociosanitarie da tariffare
1.04.01.19	strumentario chirurgico		
1.04.02	Scorte Non Sanitarie	1.05.04.22	crediti v/comune per note di addebito da emettere
1.04.02.01	materiale tecnico e pezzi di ricambio per manut. e rip.	1.05.05	Crediti V/Amministrazioni Del Settore Statale
		1.05.05.01	crediti v/ammin. del settore statale per prest. socio-sanitarie
1.04.02.02	prodotti alimentari		
1.04.02.03	cancelleria, stampati e materiale per EDP	1.05.05.03	crediti v/ammin. del settore statale per contr. in c/esercizio
1.04.02.04	combustibili		
1.04.02.05	carburanti e lubrificanti	1.05.05.19	altri crediti v/amministrazioni del settore statale
1.04.02.06	articoli di guardaroba	1.05.05.21	crediti v/ammin. del settore statale per prest. socio-sanitarie da tariffare
1.04.02.07	prodotti di lavanderia, pulizia e convivenza		
1.04.02.08	materiale per raccolta rifiuti	1.05.05.22	crediti v/ammin. del settore statale per note add. da emettere
1.04.02.19	materiale vario di consumo		
1.04.21	Acconti, Senza Funzioni Di Caparra	1.05.06	Crediti V/Altri Enti Pubblici
1.04.21.01	acconti, senza funzioni di caparra, per acquisti sanitari	1.05.06.01	crediti v/altri enti pubblici per prestazioni sociosanitarie
1.04.21.02	acconti, senza funzioni di caparra, per acquisti non san.	1.05.06.03	crediti v/altri enti pubblici per contributi in c/esercizio
1.04.22	Acconti, Con Funzioni Di Caparra	1.05.06.04	crediti v/altri enti pubblici per pers. comandato c/o loro
1.04.22.01	acconti, con funzione di caparra, per acquisti sanitari	1.05.06.19	altri crediti v/altri enti pubblici
1.04.22.02	acconti, senza funzione di caparra, per acquisti non san.	1.05.06.21	crediti v/altri enti pubblici per prest. sociosanitarie da tariffare
		1.05.06.22	crediti v/altri enti pubblici per note di add. da emettere
1.05	CREDITI		
1.05.01	Crediti V/Regione	1.05.07	Crediti V/Aziende Sanitarie Private
1.05.01.01	crediti v/regione per prestazioni sociosanitarie	1.05.07.01	crediti v/aziende sanitarie private per prest. sociosanitarie
1.05.01.03	crediti v/regione per contributi in c/esercizio		
1.05.01.04	crediti v/regione per personale comandato c/o loro	1.05.07.02	crediti v/aziende sanitarie private per corrispettivi
1.05.01.19	altri crediti v/regione	1.05.07.03	crediti v/aziende sanit. private per contrib. in c/esercizio
1.05.01.21	crediti v/regione per prestazioni sociosanitarie da tariffare	1.05.07.11	crediti v/aziende sanitarie private in sofferenza
1.05.01.22	crediti v/regione per note di addebito da emettere	1.05.07.12	crediti v/aziende sanitarie private per interessi di mora
1.05.02	Crediti V/Aziende Sanitarie Della Regione		
1.05.02.01	crediti v/az. sanit. della regione per prestaz. socio-sanitarie	1.05.07.19	altri crediti v/aziende sanitarie private
1.05.02.04	crediti v/az. sanit. della regione per pers. comandato c/o loro	1.05.07.21	crediti v/aziende sanitarie private per fatture da emettere
1.05.02.19	altri crediti v/aziende sanitarie della regione	1.05.07.22	crediti v/aziende sanit. private per note di add. da emettere
1.05.02.21	crediti v/azi sanit. della regione per prestazioni sociosanitarie da tariffare	1.05.07.23	crediti v/az. sanit. private per interessi su ricavi da fatt.
1.05.02.22	crediti v/aziende sanitarie della regione per note di addebito da emettere	1.05.08	Crediti V/Utenti Privati
1.05.03	Crediti V/Aziende Sanitarie Altre Regioni	1.05.08.01	crediti v/utenti privati per prestazioni sociosanitarie
1.05.03.01	crediti v/az. sanit. altre regioni per prest. sociosanitarie	1.05.08.02	crediti v/utenti privati per corrispettivi
		1.05.08.11	crediti v/utenti privati per crediti
		1.05.08.12	crediti v/utenti privati per interessi di mora

Allegato 1 (segue)

1.05.08.19	altri crediti v/utenti privati	1.07.01.04	casse periferiche
1.05.08.21	crediti v/utenti privati per fatture da emettere	1.07.01.05	assegni in cassa
1.05.08.22	crediti v/utenti privati per note di addebito da emettere	1.07.02	Depositi Bancari
1.05.08.23	crediti v/utenti privati per interessi su ricavi da fatturare	1.07.02.01	istituto bancario tesoriere
1.05.09	Crediti V/Enti Previdenziali Ed Assistenziali	1.07.02.02	banche c/c
1.05.09.01	crediti v/enti prev. ed assistenziali per prest. socio-sanitarie	1.07.02.03	banche c/c valutario
1.05.09.19	altri crediti v/enti previdenziali ed assistenziali	1.07.02.04	c/c infruttifero Banca d'Italia
1.05.10	Crediti Verso Erario	1.07.02.05	banche c/vincolato
1.05.10.01	erario c/I.V.A. su acquisti	1.07.02.21	banche c/interessi da liquidare
1.05.10.02	crediti v/erario acconto I.V.A.	1.07.03	C/C Postale
1.05.10.03	crediti v/erario per ritenute d'acconto su interessi bancari	1.07.03.01	depositi postali
1.05.10.04	crediti v/erario per altri acconti imposte subiti	1.07.03.21	depositi postali c/interessi da liquidare
1.05.10.19	crediti v/erario c/imposte varie	1.07.19	Altri Rapporti Con Le Banche
1.05.11	Crediti V/Personale	1.07.19.19	altri rapporti con le banche
1.05.11.01	dipendenti c/arrotondamenti mensili da recuperare	1.08	RATEI E RISCOINTI ATTIVI
1.05.11.02	dipendenti c/rimborsi e anticipi infortuni e malattie	1.08.01	Ratei Attivi
1.05.11.03	dipendenti c/prestiti	1.08.01.01	ratei attivi su canoni di locazione attivi
1.05.11.04	dipendenti c/anticipo liquidazioni	1.08.01.02	ratei attivi su canoni di affitto attivi
1.05.11.05	dipendenti c/anticipo retribuzioni	1.08.01.05	ratei attivi su interessi attivi bancari e postali
1.05.11.06	dipendenti c/spese anticipate	1.08.01.06	ratei attivi su interessi attivi su immob. finanziarie
1.05.11.07	dipendenti c/concorso in spese vitto vestiario e alloggio	1.08.01.07	ratei attivi su interessi attivi su crediti
1.05.11.19	altri crediti vs. dipendenti	1.08.01.08	ratei attivi su somministrazioni attive
1.05.18	Fornitori C/Debitori	1.08.01.19	altri ratei attivi
1.05.18.01	fornitori c/note di accredito da ricevere	1.08.02	Risconti Attivi
1.05.18.02	professionisti, consul. e collab. c/note di accr. da ricevere	1.08.02.01	risconti attivi su canoni di locazione passivi
1.05.18.03	crediti da fornitori per imballaggi e materiale a rendere	1.08.02.02	risconti attivi su canoni di affitto passivi
1.05.18.19	altre note di accredito da ricevere	1.08.02.03	risconti attivi su assicurazioni
1.05.18.21	acconti a fornitori, senza funzioni di caparra, per servizi	1.08.02.04	risconti attivi su canoni leasing
1.05.18.22	acconti a fornitori, con funzioni di caparra, per servizi	1.08.02.05	risconti attivi su interessi e oneri finanziari passivi
1.05.18.23	anticipi a professionisti, consulenti e collaboratori	1.08.02.08	risconti attivi su somministrazioni passive
1.05.19	Crediti Diversi	1.08.02.09	risconti pluriennali attivi
1.05.19.01	crediti vs. ente postale per affrancatrice automatica	1.08.02.19	altri risconti attivi
1.05.19.02	crediti vs. compagnie di assicurazione per risarcimenti	2	STATO PATRIMONIALE PASSIVO
1.05.19.03	crediti vs. terzi per risarcimenti	2.16	PATRIMONIO NETTO
1.05.19.19	altri crediti vari	2.16.01	Fondo Di Dotazione
1.06	ATTIVITÀ FINANZIARIE	2.16.01.01	fondo di dotazione
1.06.02	Titoli Che Non Costituiscono Immobilizzazioni	2.16.02	Riserve
1.06.02.01	titoli di stato	2.16.02.01	riserva per acquisto immobilizzazioni
1.06.02.02	titoli obbligazionari	2.16.02.02	riserva per incentivazione personale
1.06.02.19	altri titoli a breve	2.16.02.03	riserva legale
1.06.02.21	depositi cauzionali versati	2.16.02.04	riserva statutaria
1.07	DISPONIBILITÀ LIQUIDE	2.16.02.05	riserva di rivalutazione
1.07.01	Cassa	2.16.02.19	altre riserve
1.07.01.01	cassa economale contanti	2.16.03	Utili E Perdite Portate A Nuovo
1.07.01.02	cassa economale valori bollati	2.16.03.01	utile portato a nuovo
1.07.01.03	cassa economale valute	2.16.03.02	perdite anni precedenti portate a nuovo
		2.16.04	Utile E Perdita D'esercizio
		2.16.04.01	utile netto d'esercizio
		2.16.04.02	perdita d'esercizio
		2.17	CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE
		2.17.01	Contributi In C/Capitale Vincolati Per Immob. Immateriali

Allegato 1 (segue)

2.17.01.02	contributi in c/capitale vincolati per costi di ricerca, sviluppo e pubblicità	2.19.02.03	fondo svalutazione impianti e macchinari
2.17.01.03	contributi in c/capitale vincolati per diritti di brevetto e di utilizzazione delle opere d'ingegno	2.19.02.04	fondo svalutazione attrezzature sanitarie
2.17.01.19	contributi in c/capitale vincolati per altre immob. imm.	2.19.02.05	fondo svalutazione mobili ed arredi
2.17.02	Contributi In C/Capitale Vincolati Per Immob. Materiali	2.19.02.06	fondo svalutazione automezzi
2.17.02.01	contributi in c/capitale vincolati per terreni	2.19.02.19	fondo svalutazione altri beni mobili
2.17.02.02	contributi in c/capitale vincolati per fabbricati	2.19.02.21	fondo svalutazione immob. materiali in corso ed acconti
2.17.02.03	contributi in c/capitale vincolati per impianti e macchinari	2.19.03	Fondo Svalutazione Immobilizzazioni Finanziarie
2.17.02.04	contributi in c/capitale vincolati per attrezzature sanitarie	2.19.03.01	fondo svalutazione crediti finanziari
2.17.02.05	contributi in c/capitale vincolati per mobili ed arredi	2.19.03.02	fondo svalutazione titoli
2.17.02.06	contributi in c/capitale vincolati per automezzi	2.19.04	Fondo Svalutazione Scorte
2.17.02.19	contributi in c/capitale vincolati per altri beni mobili	2.19.04.01	fondo svalutazione scorte sanitarie
2.17.02.99	contributi in c/capitale vincolati per costi di man. straord.	2.19.04.02	fondo svalutazione scorte non sanitarie
2.17.03	Contributi In C/Capitale Da Regione Indistinti	2.19.05	Fondo Svalutazione Crediti
2.17.03.01	contributi in c/capitale da regione indistinti	2.19.05.01	fondo svalutazione crediti v/regione
2.17.04	Contributi In Conto Capitale Iniziale	2.19.05.02	fondo svalutazione crediti v/aziende sanitarie della regione
2.17.04.01	contributi in conto capitale iniziale	2.19.05.03	fondo svalutazione crediti v/aziende sanitarie altre regioni
2.17.05	Donazioni In Conto Capitale	2.19.05.04	fondo svalutazione crediti v/comune
2.17.05.01	donazioni in conto capitale	2.19.05.05	fondo svalutazione crediti v/ammin. del settore statale
2.17.19	Altri Contributi In C/Capitale Per Immobilizzazioni	2.19.05.06	fondo svalutazione crediti v/altri enti pubblici
2.17.19.01	altri contributi in c/capitale per immobilizzazioni	2.19.05.07	fondo svalutazione crediti v/aziende sanitarie private
2.18	FONDI AMMORTAMENTO	2.19.05.08	fondo svalutazione crediti v/utenti privati
2.18.01	Fondo Ammortamento Immobilizzazioni Immateriali	2.19.05.09	fondo sval. crediti v/enti previdenziali ed assistenziali
2.18.01.01	fondo ammortamento costi di impianto e ampliamento	2.19.05.10	fondo svalutazione crediti verso erario
2.18.01.02	fondo ammort. costi di ricerca, sviluppo e pubblicità	2.19.05.11	fondo svalutazione crediti v/personale
2.18.01.03	fondo ammort. diritti di brev. e utili. delle opere d'ingegno	2.19.05.12	fondo svalutazione fornitori c/debitori
2.18.01.19	fondo ammortamento altre immobilizzazioni immateriali	2.19.05.19	fondo svalutazione crediti diversi
2.18.02	Fondo Ammortamento Immobilizzazioni Materiali	2.19.06	Fondo Svalutazione Attività Finanziarie
2.18.02.02	fondo ammortamento fabbricati	2.19.06.02	fondo sval. titoli che non costituiscono immobilizzazioni
2.18.02.03	fondo ammortamento impianti e macchinari	2.20	FONDI PER RISCHI, ONERI E SPESE FUTURE
2.18.02.04	fondo ammortamento attrezzature sanitarie	2.20.07	Fondi Rischi Ed Oneri
2.18.02.05	fondo ammortamento mobili ed arredi	2.20.07.01	fondo rischi su crediti previsionale
2.18.02.06	fondo ammortamento automezzi	2.20.07.02	fondo oscillazione cambi
2.18.02.19	fondo ammortamento altri beni mobili	2.20.07.03	fondo manut. e riparazione ciclica impianti e rimanenze
2.19	FONDI SVALUTAZIONE	2.20.07.04	fondo rischi su perdite su contratti a termine
2.19.01	Fondo Svalutazione Immobilizzazioni Materiali	2.20.07.05	fondo per penalità
2.19.01.03	fondo svalutazione diritti di brevetto e di utilizzazione delle opere d'ingegno	2.20.07.06	fondo per cause in corso
2.19.01.19	fondo svalutazione altre immobilizzazioni immateriali	2.20.07.19	altri fondi rischi ed oneri
2.19.01.21	fondo svalutazione immob. immateriali in corso ed acconti	2.20.08	Fondo Di Operosità
2.19.02	Fondo Svalutazione Immobilizzazioni Materiali	2.20.08.01	fondo di operosità
2.19.02.01	fondo svalutazione terreni	2.21	DEBITI FINANZIARI
2.19.02.02	fondo svalutazione fabbricati	2.21.01	Mutui E Finanziamenti
		2.21.01.01	mutui e finanziamenti a tasso ordinario con garanzia reale
		2.21.01.02	mutui e finanziamenti a tasso agevolato con garanzia reale
		2.21.01.03	mutui e finanziamenti a tasso ordinario senza gar. reale

Allegato 1 (segue)

2.21.01.04	mutui e finanziamenti a tasso agevolato senza gar. reale	2.22.03.12	debiti v/profess., consul. e collab. per interessi maturati
2.21.01.19	altri debiti finanziari a medio/lungo termine	2.22.03.19	altri debiti v/profess., consul. e collab.
2.21.02	Debiti V/Istituto Tesoriere	2.22.03.21	debiti v/profess., consul. e collab. per fatture da ricevere
2.21.02.01	anticipazioni di tesoreria		
2.21.02.02	anticipazioni straordinarie di tesoreria	2.22.03.22	debiti v/profess., consul. e collab. per note di add. da ric.
2.21.02.03	per interessi su anticipazioni di tesoreria		
2.21.02.04	per interessi su anticipazioni straordinarie di tesoreria	2.22.03.23	debiti v/profess., consul. e collab. per interessi maturati
2.21.03	Debiti V/Altri Istituti Di Credito		
2.21.03.02	finanziamenti bancari breve termine senza garanzia reale	2.23	DEBITI TRIBUTARI
2.21.03.03	debiti per spese e commissioni bancarie	2.23.01	Erario C/Imposte Dirette
2.21.03.04	debiti per commissioni su fidejussioni	2.23.01.01	erario c/imposte dirette
2.21.03.19	altri debiti v/altri istituti di credito	2.23.02	Erario C/Imposte Indirette
2.21.05	Quote Correnti Di Debiti Finanziari A Medio/Lungo Termine	2.23.02.01	erario c/I.V.A.
2.21.05.01	quote correnti di mutui e fin. a tasso ord. con gar. reale	2.23.02.02	erario c/I.V.A. su vendite
2.21.05.02	quote correnti di mutui e fin. a tasso agev. con gar. reale	2.23.02.03	erario c/I.V.A. su corrispettivi
2.21.05.03	quote correnti di mutui e fin. a tasso ord. senza gar. reale	2.23.02.04	erario c/I.V.A. sospesa
2.21.05.04	quote correnti di mutui e fin. a tasso agev. senza gar. reale	2.23.02.05	erario c/I.V.A. provvisoriamente indetraibile
2.21.05.19	quote correnti di altri debiti fin. a medio/lungo termine	2.23.03	Erario C/Tributi Vari
2.21.19	Altri Debiti Finanziari	2.23.03.01	ICIAP
2.21.19.19	altre forme di credito	2.23.03.02	INVIM
2.22	DEBITI VERSO FORNITORI	2.23.03.03	I.V.A. non recuperabile
2.22.01	Debiti Commerciali V/Fornitori	2.23.03.04	tasse di Cc.Gg. e imposta di registro
2.22.01.01	debiti v/fornitori ordinari nazionali	2.23.03.05	tassa proprietà automezzi
2.22.01.02	debiti v/fornitori ordinari infra CEE	2.23.03.06	imposta di bollo
2.22.01.03	debiti v/fornitori ordinari estero	2.23.03.07	imposta sul patrimonio netto
2.22.01.11	debiti v/fornitori ordinari in contenzioso	2.23.03.08	acquedotto
2.22.01.12	debiti v/fornitori ordinari per interessi maturati	2.23.03.09	rifiuti solidi urbani
2.22.01.19	altri debiti v/fornitori ordinari	2.23.03.10	occupazione spazi ed aree pubbliche
2.22.01.21	debiti v/fornitori ordinari per fatture da ricevere	2.23.03.11	imposta sui canoni ed indennizzi per utilizzo beni pubblici
2.22.01.22	debiti v/fornitori ordinari per note di addebito da ricevere	2.23.03.12	imposte straordinarie
2.22.01.23	debiti v/fornitori ordinari per interessi maturati	2.23.03.19	altri oneri tributari
2.22.02	Debiti V/Fornitori Di Immobilizzazioni	2.23.04	Erario C/Ritenute
2.22.02.01	debiti v/fornit. di immobil. nazionali	2.23.04.01	erario c/ritenute su redditi di lavoro dipendente
2.22.02.02	debiti v/fornit. di immobil. infra CEE	2.23.04.02	erario c/ritenute su arretrati di redditi di lavoro dipendente
2.22.02.03	debiti v/fornit. di immobil. estero	2.23.04.03	erario c/ritenute su redditi di lavoro autonomo
2.22.02.11	debiti v/fornit. di immobil. in contenzioso	2.23.04.04	erario c/ritenute su redditi diversi
2.22.02.12	debiti v/fornit. di immobil. per interessi maturati	2.23.04.05	erario c/ritenute fiscali da operare
2.22.02.19	altri debiti v/fornitori di immobilizzazioni	2.23.05	Altri Debiti V/Erario
2.22.02.21	debiti v/fornit. di immobil. per fatture da ricevere	2.23.05.19	altri debiti v/erario
2.22.02.22	debiti v/fornit. di immobil. per note di add. da ricevere	2.24	DEBITI VERSO PERSONALE
2.22.02.23	debiti v/fornit. di immobil. per interessi maturati	2.24.01	Debiti V/Personale Sanitario Medico
2.22.03	Debiti V/Professionisti, Consulenti E Collaboratori	2.24.01.01	personale sanitario medico c/retribuzioni
2.22.03.01	debiti v/profess., consul. e collab. nazionali	2.24.01.02	personale sanitario medico c/arretrati
2.22.03.02	debiti v/profess., consul. e collab. infra CEE	2.24.01.03	personale sanitario medico c/ferie maturate e non godute
2.22.03.03	debiti v/profess., consul. e collab. estero	2.24.01.04	personale sanitario medico c/altre competenze
2.22.03.11	debiti v/profess., consul. e collab. in contenzioso	2.24.01.05	personale sanitario medico c/note spese
		2.24.01.06	personale sanitario medico c/liquidazioni
		2.24.01.19	personale sanitario medico c/arrotondamenti
		2.24.02	Debiti V/Personale Sanitario Non Medico
		2.24.02.01	personale sanitario non medico c/retribuzioni
		2.24.02.02	personale sanitario non medico c/arretrati

Allegato 1 (segue)

2.24.02.03	pers. sanitario non medico c/ferie maturate e non godute	2.25.03.21	debiti da liquidare v/aziende sanitarie altre regioni
2.24.02.04	personale sanitario non medico c/altre competenze	2.25.03.22	debiti v/az. san. altre regioni per note di add. da ricevere
2.24.02.05	personale sanitario non medico c/note spese	2.25.04	Debiti V/Comune
2.24.02.06	personale sanitario non medico c/liquidazioni	2.25.04.04	debiti v/comune per personale comandato c/o noi
2.24.02.19	personale sanitario non medico c/arrotondamenti	2.25.04.19	altri debiti v/comune
2.24.03	Debiti V/Personale Professionale	2.25.04.21	debiti da liquidare v/comune
2.24.03.01	personale professionale c/retribuzioni	2.25.04.22	debiti v/comune per note di addebito da ricevere
2.24.03.02	personale professionale c/arretrati	2.25.05	Debiti V/Amministrazioni Del Settore Statale
2.24.03.03	personale professionale c/ferie maturate e non godute	2.25.05.01	debiti v/ammin. del settore statale per prest. socio-sanitarie
2.24.03.04	personale professionale c/altre competenze	2.25.05.04	debiti v/ammin. del settore statale per pers. com. c/o noi
2.24.03.05	personale professionale c/note spese	2.25.05.11	debiti v/amministrazioni del settore statale in contenzioso
2.24.03.06	personale professionale c/liquidazioni	2.25.05.12	debiti v/ammin. del settore statale per interessi maturati
2.24.03.19	personale professionale c/arrotondamenti	2.25.05.19	altri debiti v/amministrazioni del settore statale
2.24.04	Debiti V/Personale Tecnico	2.25.05.21	debiti da liquidare v/amministrazioni del settore statale
2.24.04.01	personale tecnico c/retribuzioni	2.25.05.22	debiti v/ammin. del settore statale per note di add. da ric.
2.24.04.02	personale tecnico c/arretrati	2.25.06	Debiti V/Altri Enti Pubblici
2.24.04.03	personale tecnico c/ferie maturate e non godute	2.25.06.01	debiti v/altri enti pubblici per prestazioni sociosanitarie
2.24.04.04	personale tecnico c/altre competenze	2.25.06.04	debiti v/altri enti pubblici per personale comandato c/o noi
2.24.04.05	personale tecnico c/note spese	2.25.06.11	debiti v/altri enti pubblici in contenzioso
2.24.04.06	personale tecnico c/liquidazioni	2.25.06.12	debiti v/altri enti pubblici per interessi maturati
2.24.04.19	personale tecnico c/arrotondamenti	2.25.06.19	altri debiti v/altri enti pubblici
2.24.05	Debiti V/Personale Amministrativo	2.25.06.21	debiti da liquidare v/altri enti pubblici
2.24.05.01	personale amministrativo c/retribuzioni	2.25.06.22	debiti v/altri enti pubblici per note di addebito da ricevere
2.24.05.02	personale amministrativo c/arretrati	2.25.11	Debiti V/Enti Previdenziali Ed Assistenziali
2.24.05.03	personale amministrativo c/ferie maturate e non godute	2.25.11.01	debiti v/INPS
2.24.05.04	personale amministrativo c/altre competenze	2.25.11.02	debiti v/INAIL
2.24.05.05	personale amministrativo c/note spese	2.25.11.03	debiti v/enti previdenziali ed assistenziali per riscatti
2.24.05.06	personale amministrativo c/liquidazioni	2.25.11.04	debiti v/enti previdenziali ed assistenziali per contributi su ferie maturate e non godute dal personale
2.24.05.19	personale amministrativo c/arrotondamenti	2.25.11.19	altri debiti v/istituti previdenziali ed assistenziali
2.24.06	Debiti V/Personale Religioso	2.25.12	Debiti V/Direttore Generale
2.24.06.01	personale religioso c/retribuzioni	2.25.12.01	emolumenti e debiti v/direttore generale
2.24.06.02	personale religioso c/arretrati	2.25.12.02	notule da ricevere da direttore generale
2.24.06.03	personale religioso c/ferie maturate e non godute	2.25.13	Debiti V/Direttore Amministrativo
2.24.06.04	personale religioso c/altre competenze	2.25.13.01	emolumenti e debiti v/direttore amministrativo
2.24.06.05	personale religioso c/note spese	2.25.13.02	notule da ricevere da direttore amministrativo
2.24.06.06	personale religioso c/liquidazioni	2.25.14	Debiti V/Direttore Sanitario
2.24.06.19	personale religioso c/arrotondamenti	2.25.14.01	emolumenti e debiti v/direttore sanitario
2.25	DEBITI DIVERSI	2.25.14.02	notule da ricevere da direttore sanitario
2.25.01	Debiti V/Regione	2.25.15	Debiti V/Membri Del Collegio Dei Revisori
2.25.01.04	debiti v/regione per personale comandato c/o noi	2.25.15.01	emolumenti e debiti v/membri del collegio dei revisori
2.25.01.19	altri debiti v/regione	2.25.15.02	fatture e notule da ricevere da membri del coll. dei revisori
2.25.01.21	debiti da liquidare v/regione	2.25.16	Debiti V/Terzi Per Ritenute Su Dipendenti
2.25.01.22	debiti v/regione per note di addebito da ricevere	2.25.16.01	debiti v/sindacati per ritenute su dipendenti
2.25.02	Debiti V/Aziende Sanitarie Della Regione	2.25.16.02	debiti v/terzi e enti vari per ritenute su dipendenti
2.25.02.04	debiti v/azi. san. della regione per pers. comandato c/o noi		
2.25.02.19	altri debiti v/aziende sanitarie della regione		
2.25.02.21	debiti da liquidare v/aziende sanitarie della regione		
2.25.02.22	debiti v/az. san. della regione per note di add. da ricevere		
2.25.03	Debiti V/Aziende Sanitarie Altre Regioni		
2.25.03.04	debiti v/az. san. altre regioni per pers. comandato c/o noi		
2.25.03.19	altri debiti v/aziende sanitarie altre regioni		

Allegato 1 (segue)

2.25.16.19	altri debiti per ritenute su dipendenti	3.31.01.19	strumentario chirurgico c/rimanenze iniziali
2.25.18	Clienti C/Creditori	3.31.02	Scorte Non Sanitarie C/Rimanenze Iniziali
2.25.18.01	clienti c/note di accredito da emettere	3.31.02.01	mat. tecnico e pezzi ricambio per man. e rip. c/rim. iniziali
2.25.18.03	debiti v/fornitori per imballaggi e materiale a rendere	3.31.02.02	prodotti alimentari c/rimanenze iniziali
2.25.18.19	altre note di accredito da emettere	3.31.02.03	cancelleria, stampati e materiale EDP c/rimanenze iniziali
2.25.18.21	acconti da clienti, senza funzioni di caparra	3.31.02.04	combustibili c/rimanenze iniziali
2.25.18.22	acconti da clienti, con funzioni di caparra	3.31.02.05	carburanti e lubrificanti c/rimanenze iniziali
2.25.19	Altri Debiti	3.31.02.06	articoli di guardaroba c/rimanenze iniziali
2.25.19.06	depositi cauzionali ricevuti	3.31.02.07	prodotti di lavanderia, pulizia e conviv. c/rim. iniziali
2.25.19.19	altri debiti	3.31.02.08	materiale per raccolta rifiuti c/rimanenze iniziali
2.26	RATEI E RISCONTI PASSIVI	3.31.02.19	materiale vario di consumo c/rimanenze iniziali
2.26.01	Ratei Passivi	3.32	ACQUISTI DI MATERIALE SANITARIO
2.26.01.01	ratei passivi su canoni di locazione passivi	3.32.01	Medicinali
2.26.01.02	ratei passivi su canoni di affitto passivi	3.32.01.01	medicinali c/acquisti nazionali
2.26.01.05	ratei passivi su interessi e oneri finanziari passivi	3.32.01.02	medicinali c/acquisti infra CEE
2.26.01.06	ratei passivi su somministrazioni passive	3.32.01.03	medicinali c/importazioni
2.26.01.10	ratei passivi di 13 mensilità	3.32.01.31	medicinali c/resi a fornitori nazionali
2.26.01.11	ratei passivi diversi personale	3.32.01.32	medicinali c/resi a fornitori infra CEE
2.26.01.12	ratei passivi su contributi per 13 mensilità	3.32.01.33	medicinali c/resi a fornitori esteri
2.26.01.13	ratei passivi su contributi diversi personale	3.32.02	Emoderivati
2.26.01.19	altri ratei passivi	3.32.02.01	emoderivati c/acquisti nazionali
2.26.02	Risconti Passivi	3.32.02.02	emoderivati c/acquisti infra CEE
2.26.02.01	risconti passivi su canoni di locazione attivi	3.32.02.03	emoderivati c/importazioni
2.26.02.02	risconti passivi su canoni di affitto attivi	3.32.02.31	emoderivati c/resi a fornitori nazionali
2.26.02.05	risconti passivi su interessi attivi su imm. finanziarie	3.32.02.32	emoderivati c/resi a fornitori infra CEE
2.26.02.06	risconti passivi su interessi attivi su crediti	3.32.02.33	emoderivati c/resi a fornitori esteri
2.26.02.07	risconti passivi su interessi attivi bancari e postali	3.32.03	Soluzioni
2.26.02.08	risconti passivi su somministrazioni attive	3.32.03.01	soluzioni c/acquisti nazionali
2.26.02.19	altri risconti passivi	3.32.03.02	soluzioni c/acquisti infra CEE
3	COSTI DELLA PRODUZIONE	3.32.03.03	soluzioni c/importazioni
3.31	RIMANENZE INIZIALI	3.32.03.31	soluzioni c/resi a fornitori nazionali
3.31.01	Scorte Sanitarie C/Rimanenze Iniziali	3.32.03.32	soluzioni c/resi a fornitori infra CEE
3.31.01.01	medicinali c/rimanenze iniziali	3.32.03.33	soluzioni c/resi a fornitori esteri
3.31.01.02	emoderivati c/rimanenze iniziali	3.32.04	Gas Terapeutici
3.31.01.03	soluzioni c/rimanenze iniziali	3.32.04.01	gas terapeutici c/acquisti nazionali
3.31.01.04	gas terapeutici c/rimanenze iniziali	3.32.04.02	gas terapeutici c/acquisti infra CEE
3.31.01.05	stupefacenti c/rimanenze iniziali	3.32.04.03	gas terapeutici c/importazioni
3.31.01.06	sieri e vaccini c/rimanenze iniziali	3.32.04.31	gas terapeutici c/resi a fornitori nazionali
3.31.01.07	prodotti galenici c/rimanenze iniziali	3.32.04.32	gas terapeutici c/resi a fornitori infra CEE
3.31.01.08	disinfettanti c/rimanenze iniziali	3.32.04.33	gas terapeutici c/resi a fornitori esteri
3.31.01.09	materiale diagnostico c/rimanenze iniziali	3.32.05	Stupefacenti
3.31.01.10	presidi medico chirurgici c/rimanenze iniziali	3.32.05.01	stupefacenti c/acquisti nazionali
3.31.01.11	materiale protesico c/rimanenze iniziali	3.32.05.02	stupefacenti c/acquisti infra CEE
3.31.01.12	materiale per emodialisi c/rimanenze iniziali	3.32.05.03	stupefacenti c/importazioni
3.31.01.13	materiale radiografico c/rimanenze iniziali	3.32.05.31	stupefacenti c/resi a fornitori nazionali
3.31.01.14	materiale laboratorio analisi e vetreria c/rimanenze iniziali	3.32.05.32	stupefacenti c/resi a fornitori infra CEE
3.31.01.15	materiale TNT sterile c/rimanenze iniziali	3.32.05.33	stupefacenti c/resi a fornitori esteri
3.31.01.16	materiale TNT non sterile c/rimanenze iniziali	3.32.06	Sieri E Vaccini
3.31.01.17	presidi chirurgici e altro mat. sanitario c/rimanenze iniziali	3.32.06.01	sieri e vaccini c/acquisti nazionali
3.31.01.18	sangue c/rimanenze iniziali	3.32.06.02	sieri e vaccini c/acquisti infra CEE
		3.32.06.03	sieri e vaccini c/importazioni
		3.32.06.31	sieri e vaccini c/resi a fornitori nazionali
		3.32.06.32	sieri e vaccini c/resi a fornitori infra CEE
		3.32.06.33	sieri e vaccini c/resi a fornitori esteri

Allegato 1 (segue)

3.32.07	Prodotti Galenici	3.32.14.33	materiale lab. analisi e vetreria c/resi a fornitori esteri
3.32.07.01	prodotti galenici c/acquisti nazionali	3.32.15	Materiale TNT Sterile
3.32.07.02	prodotti galenici c/acquisti infra CEE	3.32.15.01	materiale TNT sterile c/acquisti nazionali
3.32.07.03	prodotti galenici c/importazioni	3.32.15.02	materiale TNT sterile c/acquisti infra CEE
3.32.07.31	prodotti galenici c/resi a fornitori nazionali	3.32.15.03	materiale TNT sterile c/importazioni
3.32.07.32	prodotti galenici c/resi a fornitori infra CEE	3.32.15.31	materiale TNT sterile c/resi a fornitori nazionali
3.32.07.33	prodotti galenici c/resi a fornitori esteri	3.32.15.32	materiale TNT sterile c/resi a fornitori infra CEE
3.32.08	Disinfettanti	3.32.15.33	materiale TNT sterile c/resi a fornitori esteri
3.32.08.01	disinfettanti c/acquisti nazionali	3.32.16	Materiale TNT Non Sterile
3.32.08.02	disinfettanti c/acquisti infra CEE	3.32.16.01	materiale TNT non sterile c/acquisti nazionali
3.32.08.03	disinfettanti c/importazioni	3.32.16.02	materiale TNT non sterile c/acquisti infra CEE
3.32.08.31	disinfettanti c/resi a fornitori nazionali	3.32.16.03	materiale TNT non sterile c/importazioni
3.32.08.32	disinfettanti c/resi a fornitori infra CEE	3.32.16.31	materiale TNT non sterile c/resi a fornitori nazionali
3.32.08.33	disinfettanti c/resi a fornitori esteri	3.32.16.32	materiale TNT non sterile c/resi a fornitori infra CEE
3.32.09	Materiale Diagnostico	3.32.16.33	materiale TNT non sterile c/resi a fornitori esteri
3.32.09.01	materiale diagnostico c/acquisti nazionali	3.32.17	Presidi Chirurgici E Altro Materiale Sanitario
3.32.09.02	materiale diagnostico c/acquisti infra CEE	3.32.17.01	pres. chirurgici e altro mat. san. c/acquisti nazionali
3.32.09.03	materiale diagnostico c/importazioni	3.32.17.02	pres. chirurgici e altro mat. san. c/acquisti infra CEE
3.32.09.31	materiale diagnostico c/resi a fornitori nazionali	3.32.17.03	pres. chirurgici e altro mat. san. c/importazioni
3.32.09.32	materiale diagnostico c/resi a fornitori infra CEE	3.32.17.31	pres. chirurgici e altro mat. san. c/resi a fornitori nazionali
3.32.09.33	materiale diagnostico c/resi a fornitori esteri	3.32.17.32	pres. chir. e altro mat. san. c/resi a fornitori infra CEE
3.32.10	Presidi Medico Chirurgici	3.32.17.33	pres. chirurgici e altro mat. san. c/resi a fornitori esteri
3.32.10.01	presidi medico chirurgici c/acquisti nazionali	3.32.18	Sangue
3.32.10.02	presidi medico chirurgici c/acquisti infra CEE	3.32.18.01	sangue c/acquisti nazionali
3.32.10.03	presidi medico chirurgici c/importazioni	3.32.18.02	sangue c/acquisti infra CEE
3.32.10.31	presidi medico chirurgici c/resi a fornitori nazionali	3.32.18.03	sangue c/importazioni
3.32.10.32	presidi medico chirurgici c/resi a fornitori infra CEE	3.32.18.31	sangue c/resi a fornitori nazionali
3.32.10.33	presidi medico chirurgici c/resi a fornitori esteri	3.32.18.32	sangue c/resi a fornitori infra CEE
3.32.11	Materiale Protesico	3.32.18.33	sangue c/resi a fornitori esteri
3.32.11.01	materiale protesico c/acquisti nazionali	3.32.19	Strumentario Chirurgico
3.32.11.02	materiale protesico c/acquisti infra CEE	3.32.19.01	strumentario chirurgico c/acquisti nazionali
3.32.11.03	materiale protesico c/importazioni	3.32.19.02	strumentario chirurgico c/acquisti infra CEE
3.32.11.31	materiale protesico c/resi a fornitori nazionali	3.32.19.03	strumentario chirurgico c/importazioni
3.32.11.32	materiale protesico c/resi a fornitori infra CEE	3.32.19.31	strumentario chirurgico c/resi a fornitori nazionali
3.32.11.33	materiale protesico c/resi a fornitori esteri	3.32.19.32	strumentario chirurgico c/resi a fornitori infra CEE
3.32.12	Materiale Per Emodialisi	3.32.19.33	strumentario chirurgico c/resi a fornitori esteri
3.32.12.01	materiale per emodialisi c/acquisti nazionali	3.33	ACQUISTI DI MATERIALE NON SANITARIO
3.32.12.02	materiale per emodialisi c/acquisti infra CEE	3.33.01	Mat. Tecnico E Pezzi Di Ricambio Per Manutenz. E Rip.
3.32.12.03	materiale per emodialisi c/importazioni	3.33.01.01	mat. tecnico e pezzi di ricambio per man. e rip. c/acquisti nazionali
3.32.12.31	materiale per emodialisi c/resi a fornitori nazionali	3.33.01.02	mat. tecnico e pezzi di ricambio per man. e rip. c/acquisti infra CEE
3.32.12.32	materiale per emodialisi c/resi a fornitori infra CEE	3.33.01.03	mat. tecnico e pezzi di ricambio per man. e rip. c/importazioni
3.32.12.33	materiale per emodialisi c/resi a fornitori esteri	3.33.01.31	mat. tecnico e pezzi di ricambio per man. e rip. c/resi a fornitori nazionali
3.32.13	Materiale Radiografico	3.33.01.32	mat. tecnico e pezzi di ricambio per man. e rip. c/resi a fornitori infra CEE
3.32.13.01	materiale radiografico c/acquisti nazionali		
3.32.13.02	materiale radiografico c/acquisti infra CEE		
3.32.13.03	materiale radiografico c/importazioni		
3.32.13.31	materiale radiografico c/resi a fornitori nazionali		
3.32.13.32	materiale radiografico c/resi a fornitori infra CEE		
3.32.13.33	materiale radiografico c/resi a fornitori esteri		
3.32.14	Materiale Laboratorio Analisi E Vetreria		
3.32.14.01	materiale lab. analisi e vetreria c/acquisti nazionali		
3.32.14.02	materiale lab. analisi e vetreria c/acquisti infra CEE		
3.32.14.03	materiale lab. analisi e vetreria c/importazioni		
3.32.14.31	materiale lab. analisi e vetreria c/resi a fornitori nazionali		
3.32.14.32	materiale lab. analisi e vetreria c/resi a fornitori infra CEE		

Allegato 1 (segue)

3.33.01.33	mat. tecnico e pezzi di ricambio per man. e rip. c/resi a fornitori esteri	3.33.08.31	materiale per raccolta rifiuti c/resi a fornitori nazionali
3.33.02	Prodotti Alimentari	3.33.08.32	materiale per raccolta rifiuti c/resi a fornitori infra CEE
3.33.02.01	prodotti alimentari c/acquisti nazionali	3.33.08.33	materiale per raccolta rifiuti c/resi a fornitori esteri
3.33.02.02	prodotti alimentari c/acquisti infra CEE	3.33.19	Materiale Vario Di Consumo
3.33.02.03	prodotti alimentari c/importazioni	3.33.19.01	materiale vario di consumo c/acquisti nazionali
3.33.02.31	prodotti alimentari c/resi a fornitori nazionali	3.33.19.02	materiale vario di consumo c/acquisti infra CEE
3.33.02.32	prodotti alimentari c/resi a fornitori infra CEE	3.33.19.03	materiale vario di consumo c/importazioni
3.33.02.33	prodotti alimentari c/resi a fornitori esteri	3.33.19.31	materiale vario di consumo c/resi a fornitori nazionali
3.33.03	Cancelleria, Stampati E Materiale Per EDP	3.33.19.32	materiale vario di consumo c/resi a fornitori infra CEE
3.33.03.01	cancelleria, stampati e mat. EDP c/acquisti nazionali	3.33.19.33	materiale vario di consumo c/resi a fornitori esteri
3.33.03.02	cancelleria, stampati e mat. EDP c/acquisti infra CEE	3.34	PRESTAZIONI, E SERVIZI DA AZ. SANITARIE E ALTRI SOGGETTI PUBBLICI
3.33.03.03	cancelleria, stampati e mat. EDP c/importazioni	3.34.01	Prestazioni Di Assistenza Ospedaliera Da Pubblico
3.33.03.31	cancelleria, stampati e mat. EDP c/resi a forn. nazionali	3.34.01.01	prestazioni specialistiche rese a degenti da pubblico
3.33.03.32	cancelleria, stampati e mat. EDP c/resi a forn. infra CEE	3.34.02	Spese Per Pers. Religioso Pubblico, Compresi Oneri Riflessi
3.33.03.33	cancelleria, stampati e mat. EDP c/resi a fornitori esteri	3.34.02.01	compensi per personale religioso da pubblico
3.33.04	Combustibili	3.34.02.21	contributi previdenziali su personale religioso da pubblico
3.33.04.01	combustibili c/acquisti nazionali	3.34.04	Compartecipazioni Sanitarie Al Personale Sanitario Da Pubblico Per Attività Libero-Professionali
3.33.04.02	combustibili c/acquisti infra CEE	3.34.04.01	compensi per attività libero professionale da pubblico
3.33.04.03	combustibili c/importazioni	3.34.04.21	contributi previd. su attività libero profess. da pubblico
3.33.04.31	combustibili c/resi a fornitori nazionali	3.34.05	Compensi A Docenti Da Pubblico
3.33.04.32	combustibili c/resi a fornitori infra CEE	3.34.05.01	compensi a docenti da pubblico
3.33.04.33	combustibili c/resi a fornitori esteri	3.34.05.21	contributi previdenziali su docenti da pubblico
3.33.05	Carburanti E Lubrificanti	3.34.06	Consulenze E Collaborazioni Sanitarie Da Pubblico
3.33.05.01	carburanti e lubrificanti c/acquisti nazionali	3.34.06.01	compensi per consulenze e coll. sanitarie da pubblico
3.33.05.02	carburanti e lubrificanti c/acquisti infra CEE	3.34.07	Compensi Per Personale Universitario In Convenzione
3.33.05.03	carburanti e lubrificanti c/importazioni	3.34.07.01	competenze fisse personale universitario in conv.
3.33.05.31	carburanti e lubrificanti c/resi a fornitori nazionali	3.34.07.02	straordinario personale universitario in conv.
3.33.05.32	carburanti e lubrificanti c/resi a fornitori infra CEE	3.34.07.03	ind. notturna e festiva personale universitario in conv.
3.33.05.33	carburanti e lubrificanti c/resi a fornitori esteri	3.34.07.04	indennità di reperibilità personale universitario in conv.
3.33.06	Articoli Di Guardaroba	3.34.07.05	ind. artt. 49-50-51 DPR n. 384/90 pers. univ. in conv.
3.33.06.01	articoli di guardaroba c/acquisti nazionali	3.34.07.06	incentivazioni alla produttività personale univ. in conv.
3.33.06.02	articoli di guardaroba c/acquisti infra CEE	3.34.07.07	indennità varie personale universitario in conv.
3.33.06.03	articoli di guardaroba c/importazioni	3.34.07.08	indennità lavoro suppletivo personale univ. in conv.
3.33.06.31	articoli di guardaroba c/resi a fornitori nazionali	3.34.07.09	incentivazione dirigenti personale universitario in conv.
3.33.06.32	articoli di guardaroba c/resi a fornitori infra CEE	3.34.07.10	ferie maturate non godute personale universitario in conv.
3.33.06.33	articoli di guardaroba c/resi a fornitori esteri	3.34.07.21	oneri sociali personale universitario in conv.
3.33.07	Prodotti Di Lavanderia, Pulizia E Convivenza	3.34.08	Contributi Associativi
3.33.07.01	prodotti lavand., puliz., conviv. c/acquisti nazionali	3.34.08.01	contributi ad associazioni di volontariato
3.33.07.02	prodotti lavand., puliz., conviv. c/acquisti infra CEE	3.34.08.02	contributi ad altri enti
3.33.07.03	prodotti lavand., puliz., conviv. c/importazioni		
3.33.07.31	prodotti lavand., puliz., conviv. c/resi a fornitori nazionali		
3.33.07.32	prodotti lavand., puliz., conviv. c/resi a fornitori infra CEE		
3.33.07.33	prodotti lavand., puliz., conviv. c/resi a fornitori esteri		
3.33.08	Materiale Per Raccolta Rifiuti		
3.33.08.01	materiale per raccolta rifiuti c/acquisti nazionali		
3.33.08.02	materiale per raccolta rifiuti c/acquisti infra CEE		
3.33.08.03	materiale per raccolta rifiuti c/importazioni		

Allegato 1 (segue)

3.34.08.03	quota 8% a I.Z.S. per dir. 85/73/CEE e 88/409/CEE	3.36.02.07	lavanderia
3.34.08.04	quota 2% a Min. Sanità per dir. 85/73/CEE e 88/409/CEE	3.36.02.08	pulizia
3.34.19	Altri Servizi Sanitari E Sociosanitari Da Pubblico	3.36.02.09	antincendio
3.34.19.01	formazione, qualificaz. e riqualificaz. del pers. da pubblico	3.36.02.10	servizi trasporti
3.34.19.02	ricerca scientifica da pubblico	3.36.02.11	servizi trasloco
3.34.19.03	iniziative di educazione sanitaria da pubblico	3.36.02.12	magazzinaggio e facchinaggio
3.34.19.19	altre attività da pubblico	3.36.02.13	mensa e cucina
		3.36.02.14	smaltimento rifiuti
		3.36.02.15	riscaldamento
		3.36.02.16	disinfestazione e disinfezione
3.35	PRESTAZIONI. E SERVIZI DA AZ. SANITARIE E ALTRI SOGGETTI PRIVATI	3.36.02.19	altri servizi appaltati
3.35.01	Prestazioni Di Assistenza Ospedaliera Da Privato	3.36.03	Spese Di Pubblicità, Relazioni Esterne E Rappresentanza
3.35.01.01	prestazioni specialistiche rese a degenti da privato	3.36.03.01	pubblicità su giornali, riviste e periodici
3.35.02	Spese Per Pers. Religioso Privato, Compresi Oneri Riflessi	3.36.03.02	pubbliche relazioni
3.35.02.01	compensi per personale religioso da privato	3.36.03.03	spese di rappresentanza
3.35.02.21	contributi previdenziali su personale religioso da privato	3.36.04	Assicurazioni
3.35.03	Personale Tirocinante E/O Borsista, Compresi Oneri Riflessi	3.36.04.01	assicurazione furto e incendio
3.35.03.01	compensi per personale tirocinante e/o borsista da privato	3.36.04.02	assicurazione responsabilità civile v/terzi
3.35.03.21	contributi prev. su pers. tirocinante e/o borsista da privato	3.36.04.03	assicurazione infortuni
3.35.04	Compartecipazioni Sanitarie A Personale Sanitario Privato Per Attività Libero-Professionali	3.36.04.04	altre assicurazioni
3.35.04.01	compensi per attività libero professionale da privato	3.36.05	Spese Di Viaggio E Indennità di Missione
3.35.04.21	contributi previdenziali su att. libero profess. da privato	3.36.05.01	spese viaggio e ind. missione direttore generale
3.35.05	Compensi A Docenti Da Privato	3.36.05.02	spese viaggio e ind. missione direttore amministrativo
3.35.05.01	compensi a docenti da privato	3.36.05.03	spese viaggio e ind. missione direttore sanitario
3.35.05.21	contributi previdenziali su docenti da privato	3.36.05.04	spese viaggio e ind. missione collegio revisori
3.35.06	Consulenze E Collaborazioni Sanitarie Da Privato	3.36.05.05	spese viaggio e ind. missione altri organi collegiali
3.35.06.01	compensi consulenti e collaboratori sanitari da privato	3.36.05.06	spese viaggio e ind. missione personale medico
3.35.04.21	contributi prev. su cons. e collaborazioni san. da privato	3.36.05.07	spese viaggio e ind. missione pers. sanitario non medico
3.35.19	Altri Servizi Sanitari E Sociosanitari Da Privato	3.36.05.08	spese viaggio e ind. missione personale sanitario
3.35.19.01	formazione, qualificaz. e riqualificaz. del pers. da privato	3.36.05.09	spese viaggio e ind. missione personale tecnico
3.35.19.02	ricerca scientifica da privato	3.36.05.10	spese viaggio e ind. missione personale amministrativo
3.35.19.03	iniziative di educazione sanitaria da privato	3.36.06	Consulenze E Collaborazioni Legali
3.35.19.19	altre attività da privato	3.36.06.01	compensi consulenti e collaboratori legali
3.36	PRESTAZIONI E SERVIZI NON SANITARI	3.36.07	Consulenze E Collaborazioni Notarili
3.36.01	Manutenzione E Riparazione In Appalto	3.36.07.01	compensi consulenti e collaboratori notarili
3.36.01.01	man. ord. in appalto agli immobili e loro pertinenze	3.36.08	Consulenze E Collaborazioni Tecniche
3.36.01.02	manutenzione ord. in appalto ai mobili e macchine	3.36.08.01	compensi consulenti e collaboratori tecnici
3.36.01.03	man. ord. in appalto ad attrezz. tecnico-scient. sanit.	3.36.09	Consulenze E Collaborazioni Amministrative
3.36.01.04	manutenzione ordinaria in appalto altri beni	3.36.09.01	compensi consulenti e collaboratori amministrativi
3.36.02	Utenze E Logistica	3.36.10	Consulenze E Collaborazioni EDP
3.36.02.01	telefono	3.36.10.01	compensi consulenti e collaboratori EDP
3.36.02.02	spese postali	3.36.11	Altre Consulenze E Collaborazioni
3.36.02.03	energia elettrica e forza motrice	3.36.11.01	compensi altri consulenti e collaboratori
3.36.02.04	acqua	3.36.19	Altri Servizi Non Sanitari
3.36.02.05	gas	3.36.19.01	servizi amministrativi
3.36.02.06	sorveglianza	3.36.19.02	servizi EDP
		3.36.19.03	servizi di formazione del personale
		3.36.19.18	altri servizi economici
		3.36.19.19	altri servizi generali
		3.37	GODIMENTO BENI DI TERZI
		3.37.01	Fitti Reali
		3.37.01.01	affitti passivi immobiliari
		3.37.02	Noleggi

Allegato 1 (segue)

3.37.02.02	canoni per centri elettrocontabili ed assimilati	3.38.21.18	contributi su ferie maturate non godute personale medico
3.37.02.03	canoni di noleggio per impianti ed attrezzature sanitarie	3.38.21.19	altri oneri sociali personale medico
3.37.02.04	canoni di noleggio per impianti ed attrezzature tecniche	3.38.41	Competenze Fisse Ed Accessorie Pers. comando c/o noi
3.37.02.06	canoni di noleggio per mezzi di trasporto	3.38.41.01	compet. fisse ed access. pers. medico comando c/o di noi
3.37.02.07	canoni di noleggio software		
3.37.02.19	canoni di noleggio altri beni	3.38.61	Oneri Sociali Su Competenze Personale comando c/o noi
3.37.03	Canoni Di Leasing Operativo		
3.37.03.02	canoni di leasing immobiliare	3.38.61.01	oneri sociali su compet. pers. comando medico c/o noi
3.37.03.03	canoni di leasing per impianti ed attrezzature sanitarie		
3.37.03.04	canoni di leasing per impianti ed attrezzature tecniche	3.39	PERSONALE SANITARIO NON MEDICO
3.37.03.05	canoni di leasing per macchine EDP	3.39.01	Competenze Fisse
3.37.03.06	canoni di leasing per mezzi di trasporto	3.39.01.01	competenze fisse personale non medico
3.37.03.07	canoni di leasing software	3.39.02	Straordinario
3.37.03.19	canoni di leasing altri beni	3.39.02.01	straordinario personale non medico
3.37.19	Servizi Vari Per Il Godimento Di Beni Di Terzi	3.39.03	Indennità Notturna E Festiva
3.37.19.19	servizi vari per il godimento di beni di terzi	3.39.03.01	indennità notturna e festiva personale non medico
		3.39.04	Indennità Di Reperibilità
3.38	PERSONALE MEDICO	3.39.04.01	indennità di reperibilità personale non medico
3.38.01	Competenze Fisse	3.39.05	Indennità Previste artt. 49-50-51 DPR n. 384/90
3.38.01.01	competenze fisse personale medico	3.39.05.01	ind. artt. 49-50-51 DPR n. 384/90 personale non medico
3.38.02	Straordinario	3.39.06	Incentivazioni Alla Produttività
3.38.02.01	straordinario personale medico	3.39.06.01	incentivazioni alla produttività personale non medico
3.38.03	Indennità Notturna E Festiva		
3.38.03.01	indennità notturna e festiva personale medico	3.39.07	Indennità Varie
3.38.04	Indennità Di Reperibilità	3.39.07.01	indennità di missione personale non medico
3.38.04.01	indennità di reperibilità personale medico	3.39.07.02	corsi di aggiornamento obbligatorio personale non medico
3.38.05	Indennità Previste artt. 49-50-51 DPR n. 384/90		
3.38.05.01	indennità artt. 49-50-51 DPR n. 384/90 pers. medico	3.39.07.03	indennità anti-tbc personale non medico
		3.39.07.19	altre indennità varie personale non medico
3.38.06	Incentivazioni Alla Produttività	3.39.08	Indennità Lavoro Suppletivo
3.38.06.01	incentivazioni alla produttività personale medico	3.39.08.01	area a pagamento personale non medico
3.38.07	Indennità Varie	3.39.08.02	attività di docenza personale non medico
3.38.07.01	indennità di missione personale medico	3.39.08.03	compensi per commissioni personale non medico
3.38.07.02	corsi di aggiornamento obbligatorio personale medico	3.39.08.19	altre indennità lavoro suppletivo personale non medico
3.38.07.03	indennità anti-tbc personale medico	3.39.09	Incentivazione Dirigenti
3.38.07.19	altre indennità varie personale medico	3.39.09.01	incentivazione dirigenti personale non medico
3.38.08	Indennità Lavoro Suppletivo	3.39.10	Ferie Maturate Non Godute
3.38.08.01	area a pagamento personale medico	3.39.10.01	ferie maturate non godute personale non medico
3.38.08.02	attività di docenza personale medico	3.39.21	Oneri Sociali
3.38.08.03	compensi per commissioni personale medico	3.39.21.01	oneri sociali pensionistici personale non medico
3.38.08.19	altre indennità lavoro suppletivo personale medico	3.39.21.02	indennità di fine rapporto personale non medico
3.38.09	Incentivazione Dirigenti	3.39.21.03	oneri sociali sanitari personale non medico
3.38.09.01	incentivazione dirigenti personale medico	3.39.21.04	oneri sociali GESCAL personale non medico
3.38.10	Ferie Maturate Non Godute	3.39.21.05	oneri sociali INAIL personale non medico
3.38.10.01	ferie maturate non godute personale medico	3.39.21.06	oneri sociali TBC personale non medico
3.38.21	Oneri Sociali	3.39.21.18	contributi su ferie maturate non godute pers. non medico
3.38.21.01	oneri sociali pensionistici personale medico		
3.38.21.02	indennità di fine rapporto personale medico	3.39.21.19	altri oneri sociali personale non medico
3.38.21.03	oneri sociali sanitari personale medico	3.39.41	Competenze Fisse Ed Accessorie Pers. comando c/o noi
3.38.21.04	oneri sociali GESCAL personale medico		
3.38.21.05	oneri sociali INAIL personale medico	3.39.41.01	compet. fisse ed access. pers. non medico comand. c/o noi
3.38.21.06	oneri sociali TBC personale medico		

Allegato 1 (segue)

3.39.61	Oneri Sociali Su Competenze Personale comandato c/o noi	3.41.02	Straordinario
3.39.61.01	oneri sociali su comp. pers. comandato non medico c/o noi	3.41.02.01	straordinario personale tecnico
3.40	PERSONALE PROFESSIONALE	3.41.03	Indennità Notturna E Festiva
3.40.01	Competenze Fisse	3.41.03.01	indennità notturna e festiva personale tecnico
3.40.01.01	competenze fisse personale professionale	3.41.04	Indennità Di Reperibilità
3.40.02	Straordinario	3.41.04.01	indennità di reperibilità personale tecnico
3.40.02.01	straordinario personale professionale	3.41.05	Indennità Previste artt. 49-50-51 DPR n. 384/90
3.40.03	Indennità Notturna E Festiva	3.41.05.01	ind. artt. 49-50-51 DPR n. 384/90 personale tecnico
3.40.03.01	indennità notturna e festiva personale professionale	3.41.06	Incentivazioni Alla Produttività
3.40.04	Indennità Di Reperibilità	3.41.06.01	incentivazioni alla produttività personale tecnico
3.40.04.01	indennità di reperibilità personale professionale	3.41.07	Indennità Varie
3.40.05	Indennità Previste artt. 49-50-51 DPR n. 384/90	3.41.07.01	indennità di missione personale tecnico
3.40.05.01	ind. artt. 49-50-51 DPR n. 384/90 pers. professionale	3.41.07.02	corsi di aggiornamento obbligatorio personale tecnico
3.40.06	Incentivazioni Alla Produttività	3.41.07.03	indennità anti-tbc personale tecnico
3.40.06.01	incentivazioni alla produttività personale professionale	3.41.07.19	altre indennità varie personale tecnico
3.40.07	Indennità Varie	3.41.08	Indennità Lavoro Suppletivo
3.40.07.01	indennità di missione personale professionale	3.41.08.01	area a pagamento personale tecnico
3.40.07.02	corsi di aggiornamento obbligatorio pers. professionale	3.41.08.02	attività di docenza personale tecnico
3.40.07.03	indennità anti-tbc personale professionale	3.41.08.03	compensi per commissioni personale tecnico
3.40.07.19	altre indennità varie personale professionale	3.41.08.19	altre indennità lavoro suppletivo personale tecnico
3.40.08	Indennità Lavoro Suppletivo	3.41.09	Incentivazione Dirigenti
3.40.08.01	area a pagamento personale professionale	3.41.09.01	incentivazione dirigenti personale tecnico
3.40.08.02	attività di docenza personale professionale	3.41.10	Ferie Maturate Non Godute
3.40.08.03	compensi per commissioni personale professionale	3.41.10.01	ferie maturate non godute personale tecnico
3.40.08.19	altre indennità lavoro suppletivo personale professionale	3.41.21	Oneri Sociali
3.40.09	Incentivazione Dirigenti	3.41.21.01	oneri sociali pensionistici personale tecnico
3.40.09.01	incentivazione dirigenti personale professionale	3.41.21.02	indennità di fine rapporto personale tecnico
3.40.10	Ferie Maturate Non Godute	3.41.21.03	oneri sociali sanitari personale tecnico
3.40.10.01	ferie maturate non godute personale professionale	3.41.21.04	oneri sociali GESCAL personale tecnico
3.40.21	Oneri Sociali	3.41.21.05	oneri sociali INAIL personale tecnico
3.40.21.01	oneri sociali pensionistici personale professionale	3.41.21.06	oneri sociali TBC personale tecnico
3.40.21.02	indennità di fine rapporto personale professionale	3.41.21.18	contributi su ferie maturate non godute personale tecnico
3.40.21.03	oneri sociali sanitari personale professionale	3.41.21.19	altri oneri sociali personale tecnico
3.40.21.04	oneri sociali GESCAL personale professionale	3.41.41	Competenze Fisse Ed Accessorie Pers. comandato c/o noi
3.40.21.05	oneri sociali INAIL personale professionale	3.41.41.01	competenze fisse ed accessorie pers. tecnico com. c/o noi
3.40.21.06	oneri sociali TBC personale professionale	3.41.61	Oneri Sociali Su Competenze Personale comandato c/o noi
3.40.21.18	contributi su ferie maturate non godute pers. professionale	3.41.61.01	oneri sociali su compet. pers. comandato tecnico c/o noi
3.40.21.19	altri oneri sociali personale professionale	3.42	PERSONALE AMMINISTRATIVO
3.40.41	Competenze Fisse Ed Accessorie Pers. comandato c/o noi	3.42.01	Competenze Fisse
3.40.41.01	comp. fisse ed access. pers. professionale comand. c/o noi	3.42.01.01	competenze fisse personale amministrativo
3.40.61	Oneri Sociali Su Competenze Personale comandato c/o noi	3.42.02	Straordinario
3.40.61.01	oneri sociali su comp. pers. comand. professionale c/o noi	3.42.02.01	straordinario personale amministrativo
3.41	PERSONALE TECNICO	3.42.03	Indennità Notturna E Festiva
3.41.01	Competenze Fisse	3.42.03.01	indennità notturna e festiva personale amministrativo
3.41.01.01	competenze fisse personale tecnico	3.42.04	Indennità Di Reperibilità
		3.42.04.01	indennità di reperibilità personale amministrativo
		3.42.05	Indennità Previste artt. 49-50-51 DPR n. 384/90
		3.42.05.01	ind. artt. 49-50-51 DPR n. 384/90 pers. amministrativo
		3.42.06	Incentivazioni Alla Produttività

Allegato 1 (segue)

3.42.06.01	incentivazioni alla produttività personale amministrativo	3.43.06.01	spese legali e notarili
3.42.07	Indennità Varie	3.43.06.02	spese per liti, arbitraggi e risarcimenti
3.42.07.01	indennità di missione personale amministrativo	3.43.06.03	multe ammende e penalità
3.42.07.02	corsi di aggiornamento obbligatorio pers. amministrativo	3.43.06.04	spese condominiali
3.42.07.03	indennità anti-tbc personale amministrativo	3.43.06.05	libri, stampati ed abbonamenti vari
3.42.07.19	altre indennità varie personale amministrativo	3.43.06.19	spese operative diverse
3.42.08	Indennità Lavoro Suppletivo	3.43.19	Oneri Diversi Di Gestione
3.42.08.01	area a pagamento personale amministrativo	3.43.19.01	perdite realizzate su crediti eccedenti il fondo pre-costituito
3.42.08.02	attività di docenza personale amministrativo	3.43.19.02	perdite realizzate su cambi eccedenti il fondo pre-costituito
3.42.08.03	compensi per commissioni personale amministrativo	3.43.19.03	arrotondamenti, sconti ed abbuoni finanziari passivi
3.42.08.19	altre indennità lavoro suppletivo personale amministrativo	3.43.19.04	oneri per personale in quiescenza
3.42.09	Incentivazione Dirigenti	3.43.19.19	altri oneri diversi di gestione
3.42.09.01	incentivazione dirigenti personale amministrativo	3.44	ONERI FINANZIARI
3.42.10	Ferie Maturate Non Godute	3.44.01	Interessi E Oneri Finanziari
3.42.10.01	ferie maturate non godute personale amministrativo	3.44.01.01	interessi passivi su mutui e finanziamenti
3.42.21	Oneri Sociali	3.44.01.02	interessi passivi su debiti v/istituto tesoriere
3.42.21.01	oneri sociali pensionistici personale amministrativo	3.44.01.03	interessi passivi su debiti v/altri istituti di credito
3.42.21.02	indennità di fine rapporto personale amministrativo	3.44.01.19	interessi passivi su altri debiti finanziari
3.42.21.03	oneri sociali sanitari personale amministrativo	3.44.02	Interessi Passivi Su Debiti Verso Fornitori
3.42.21.04	oneri sociali GESCAL personale amministrativo	3.44.02.01	interessi passivi su debiti commerciali v/fornitori
3.42.21.05	oneri sociali INAIL personale amministrativo	3.44.02.02	interessi passivi su debiti v/fornitori di immobilizzazioni
3.42.21.06	oneri sociali TBC personale amministrativo	3.44.02.03	interessi passivi su debiti v/professionisti, consul. e collab.
3.42.21.18	contrib. su ferie maturate non godute pers. amministrativo	3.44.03	Interessi Passivi Su Debiti Diversi
3.42.21.19	altri oneri sociali personale amministrativo	3.44.03.02	interessi passivi su debiti tributari
3.42.41	Competenze Fisse Ed Accessorie Pers. comando c/o noi	3.44.03.03	interessi passivi su debiti v/personale
3.42.41.01	comp. fisse ed access. pers. amministrativo comando c/o noi	3.44.03.04	interessi passivi su debiti diversi
3.42.61	Oneri Sociali Su Competenze Personale comando c/o noi	3.44.19	Altri Oneri Finanziari
3.42.61.01	oneri sociali su compet. pers. comando ammini. c/o noi	3.44.19.01	spese per il servizio di tesoreria
3.43	SPESE AMMINISTRATIVE GENERALI E ONERI DIVERSI DI GESTIONE	3.44.19.02	altre spese ed oneri finanziari
3.43.01	Indennità E Oneri Sociali Del Dir. Generale	3.45	ONERI STRAORDINARI
3.43.01.01	compensi direttore generale	3.45.01	Minusvalenze
3.43.01.21	contributi previdenziali su direttore generale	3.45.01.01	minusvalenze da alienazione immob. immateriali
3.43.02	Indennità E Oneri Sociali Del Dir. Amministrativo	3.45.01.02	minusvalenze da alienazione immob. materiali
3.43.02.01	compensi direttore amministrativo	3.45.01.03	minusvalenze da alienazione immob. finanziarie
3.43.02.21	contributi previdenziali su direttore amministrativo	3.45.01.04	minusvalenze da alienazione scorte
3.43.03	Indennità Oneri Sociali Del Dir. Sanitario	3.45.01.05	minusvalenze da alienazione crediti
3.43.03.01	compensi direttore sanitario	3.45.01.06	minusvalenze da alienazione attività finanziarie
3.43.03.21	contributi previdenziali su direttore sanitario	3.45.01.19	altre minusvalenze patrimoniali
3.43.04	Indennità A Membri Del Coll. Dei Revisori	3.45.02	Sopravvenienze Passive Ed Insussistenze Attive
3.43.04.01	compensi a membri del collegio dei revisori	3.45.02.01	sopravvenienze passive
3.43.04.21	contributi previdenziali su membri del collegio dei revisori	3.45.02.02	insussistenze attive
3.43.05	Indennità A Membri Di Commissioni Varie	3.45.03	Arretrati Non Di Competenza Spettanti Al Pers. Dipendente
3.43.05.01	compensi a membri di commissioni varie	3.45.03.01	arretrati non di competenza pers. sanitario medico
3.43.05.21	contributi previdenziali su membri di commissioni varie	3.45.03.02	arretrati non di competenza pers. sanitario non medico
3.43.06	Altre Spese Generali	3.45.03.03	arretrati non di competenza pers. professionale
		3.45.03.04	arretrati non di competenza pers. tecnico
		3.45.03.05	arretrati non di competenza pers. amministrativo
		3.45.03.21	oneri sociali su arretrati non di comp. pers. san. medico

Allegato 1 (segue)

3.45.03.22	oneri soc. su arretrati non di comp. pers. san. non medico	3.47.02.05	ammortamento mobili ed arredi
3.45.03.23	oneri sociali su arretrati non di comp. pers. professionale	3.47.02.06	ammortamento automezzi
3.45.03.24	oneri sociali su arretrati non di competenza pers. tecnico	3.47.02.19	ammortamento altri beni mobili
3.45.03.25	oneri sociali su arretrati non di comp. pers. amministrativo	3.48	ACCANTONAMENTI E SVALUTAZIONI D'ESERCIZIO
3.45.04	Rinnovi Contrattuali Spettanti Al Personale Non Più In Forza	3.48.01	Svalutazione Immobilizzazioni Materiali
3.45.04.01	retribuzioni personale ex ruolo sanitario medico	3.48.01.03	sval. diritti di brevetto e di util. delle opere d'ingegno
3.45.04.02	retribuzioni personale ex ruolo sanitario non medico	3.48.01.19	svalutazione altre immobilizzazioni immateriali
3.45.04.03	retribuzioni personale ex ruolo professionale	3.48.01.21	sval. immobilizzazioni immateriali in corso ed acconti
3.45.04.04	retribuzioni personale ex ruolo tecnico	3.48.02	Svalutazione Immobilizzazioni Materiali
3.45.04.05	retribuzioni personale ex ruolo amministrativo	3.48.02.01	svalutazione terreni
3.45.04.21	oneri sociali personale ex ruolo sanitario medico	3.48.02.02	svalutazione fabbricati
3.45.04.22	oneri sociali personale ex ruolo sanitario non medico	3.48.02.03	svalutazione impianti e macchinari
3.45.04.23	oneri sociali personale ex ruolo professionale	3.48.02.04	svalutazione attrezzature sanitarie
3.45.04.24	oneri sociali personale ex ruolo tecnico	3.48.02.05	svalutazione mobili ed arredi
3.45.04.25	oneri sociali personale ex ruolo amministrativo	3.48.02.06	svalutazione automezzi
3.45.19	Altri Oneri Straordinari	3.48.02.19	svalutazione altri beni mobili
3.45.19.01	imposte relative ad esercizi precedenti	3.48.02.21	sval. immobilizzazioni materiali in corso ed acconti
3.45.19.19	altri oneri straordinari	3.48.03	Svalutazione Immobilizzazioni Finanziarie
3.46	IMPOSTE E TASSE	3.48.03.01	svalutazione crediti finanziari
3.46.03	Imposte, Tasse, Tributi Vari A Carico Dell'azienda	3.48.03.02	svalutazione titoli
3.46.03.01	ICIAP	3.48.04	Svalutazione Scorte
3.46.03.02	INVIM	3.48.04.01	svalutazione scorte sanitarie
3.46.03.03	I.V.A. non recuperabile	3.48.04.02	svalutazione scorte non sanitarie
3.46.03.04	imposta di registro	3.48.05	Svalutazione Crediti
3.46.03.05	concessioni governative	3.48.05.01	svalutazione crediti v/regione
3.46.03.06	tassa proprietà automezzi	3.48.05.02	svalutazione crediti v/aziende sanitarie della regione
3.46.03.07	imposta di registro	3.48.05.03	svalutazione crediti v/aziende sanitarie altre regioni
3.46.03.08	imposta di bollo	3.48.05.04	svalutazione crediti v/comune
3.46.03.09	tributi locali	3.48.05.05	svalutazione crediti v/amministrazioni del settore statale
3.46.03.10	imposta sul patrimonio netto	3.48.05.06	svalutazione crediti v/altri enti pubblici
3.46.03.11	acquedotto	3.48.05.07	svalutazione crediti v/aziende sanitarie private
3.46.03.12	rifiuti solidi urbani	3.48.05.08	svalutazione crediti v/utenti privati
3.46.03.13	occupazione spazi ed aree pubbliche	3.48.05.09	svalutazione crediti v/enti previdenziali ed assistenziali
3.46.03.14	imposta sui canoni/indennizzi per utilizzo di beni pubblici	3.48.05.10	svalutazione crediti verso erario
3.46.03.15	imposte straordinarie	3.48.05.11	svalutazione crediti v/personale
3.46.03.16	altri oneri tributari	3.48.05.12	svalutazione fornitori c/debitori
3.47	AMMORTAMENTI D'ESERCIZIO	3.48.05.19	svalutazione crediti diversi
3.47.01	Ammortamento Immobilizzazioni Immateriali	3.48.06	Svalutazione Attività Finanziarie
3.47.01.01	ammortamento costi di impianto e ampliamento	3.48.06.02	svalutazione titoli che non costituiscono immobilizzazioni
3.47.01.02	ammortamento costi di ricerca, sviluppo e pubblicità	3.48.07	Accantonamenti Ai Fondi Rischi Ed Oneri
3.47.01.03	ammort. diritti di brevetto e di util. delle opere d'ingegno	3.48.07.01	accantonamento al fondo rischi su crediti previsionale
3.47.01.19	ammortamento altre immobilizzazioni immateriali	3.48.07.02	accantonamento al fondo oscillazione cambi
3.47.02	Ammortamento Immobilizzazioni Materiali	3.48.07.03	accant. al fondo manut. e rip. ciclica impianti e rimanenze
3.47.02.02	ammortamento fabbricati	3.48.07.04	accant. al fondo rischi su perdite su contratti a termine
3.47.02.03	ammortamento impianti e macchinari	3.48.07.05	accantonamento al fondo per penalità
3.47.02.04	ammortamento attrezzature sanitarie	3.48.07.06	accantonamento al fondo per cause in corso
		3.48.07.19	accantonamenti ad altri fondi rischi ed oneri
		3.48.08	Accantonamento Al Fondo Di Operosità

Allegato 1 (segue)

3.48.08.01	accantonamento al fondo di operosità	4.53	CONCORSI, RECUPERI E RIMBORSI PER ATTIVITÀ TI- PICHE
3.49	UTILE D'ESERCIZIO		
3.49.01	Utile D'esercizio	4.53.01	Concorso Da Parte Del Personale Nelle Spese Per Vitto, Vestiario Ed Alloggio
3.49.01.01	utile d'esercizio	4.53.01.01 4.53.01.02	concorso da parte del personale nelle spese per vitto concorso da parte del personale nelle spese per vestiario
4	VALORE DELLA PRODUZIONE	4.53.01.03	concorso da parte del personale nelle spese per alloggio
4.51	CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO	4.53.02	Recuperi Per Azioni Di Rivalsa
4.51.01	Contributi In C/Esercizio Da Regione Per Funzioni Delegate	4.53.02.01	recuperi per azioni di rivalsa per prestazioni sanitarie
4.51.01.01	contributi in c/esercizio per funzioni sub-delegate statali	4.53.02.02	recuperi per azioni di rivalsa per altre azioni
4.51.01.02	contributi in c/esercizio per funzioni delegate regionali	4.53.03	Concorsi, Rimborsi Ed Altri Recuperi Da Soggetti Diversi
4.51.02	Altri Contributi In C/Esercizio Da Regione	4.53.03.01	concorsi da soggetti diversi
4.51.02.01	altri contributi in c/esercizio da regione	4.53.03.02	rimborsi da soggetti diversi
4.51.02.02	Contributi In C/Esercizio Da Comune	4.53.03.03	altri recuperi da soggetti diversi
4.51.03	contrib. in c/esercizio da comune a destinazione indistinta	4.54	COMPARTICIPAZIONI ALLA SPESA PER PRESTAZIONI SANITARIE
4.51.03.01	contrib. in c/esercizio da comune a destinazione vincolata	4.54.01	Compartecipazioni Alla Spesa Per Prest. In Strutt. Pubbliche
4.51.19	Contributi In C/Esercizio Da Altri Enti	4.54.01.01	ticket da assistiti da aziende sanitarie della regione
4.51.19.01	contributi in c/esercizio da provincia	4.54.01.02	ticket da assistiti da aziende sanitarie altre regioni
4.51.19.02	contributi in c/esercizio da amministrazioni statali		
4.51.19.03	contributi in c/esercizio da settore pubblico allargato	4.55	PROVENTI FINANZIARI
4.51.19.19	contributi in c/esercizio da altri enti	4.55.01	Interessi Attivi Bancari E Postali
4.52	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE	4.55.01.02	interessi attivi su depositi bancari
4.52.01	Prestazioni Sanitarie A Soggetti Pubblici	4.55.01.03	interessi attivi su c/c postale
4.52.01.01	prestazioni di ricovero ospedaliero e di ospitalità resid.	4.55.01.19	interessi attivi su altri rapporti con le banche
4.52.01.02	prestazioni di ricovero in regime Day Hospital	4.55.03	Interessi Attivi Su Immobilizzazioni Finanziarie
4.52.01.03	prestazioni di assistenza farmaceutica	4.55.03.01	interessi attivi su crediti finanziari
4.52.01.04	prestazioni di assistenza specialistica	4.55.03.02	interessi attivi su titoli
4.52.01.05	prestazioni di medicina di base	4.55.05	Interessi Attivi Su Crediti
4.52.01.06	prestazioni di assistenza termale	4.55.05.01	interessi attivi su crediti verso clienti
4.52.01.07	prestazioni di assistenza riabilitativa	4.55.05.03	interessi attivi su crediti verso altri
4.52.01.08	prestazioni d'inserimento in strutture diurne	4.55.06	Interessi Attivi Su Attività Finanziarie
4.52.01.09	altre prestazioni sanitarie e socio sanitarie	4.55.06.02	interessi attivi su titoli che non costituiscono immob.
4.52.02	Servizi	4.56	PROVENTI E RICAVI DIVERSI
4.52.02.01	servizi resi a enti previdenziali	4.56.01	Proventi Patrimoniali
4.52.02.02	servizi resi ad amministrazioni statali	4.56.01.01	affitti attivi su terreni
4.52.02.03	servizi resi ad altri enti del settore pubblico allargato	4.56.01.02	affitti attivi su fabbricati
4.52.02.04	servizi resi ad aziende private	4.56.02	Diritti Per Rilascio Di Certificati E Cartelle Cliniche
4.52.02.05	proventi e ricavi diversi per attuazione direttive n. 85/73/CEE e 88/409/CEE	4.56.02.01	diritti per rilascio di certificati e cartelle cliniche
4.52.04	Servizi E Art.5 (Visite Fiscali)	4.56.03	Sperimentazione Farmaci
4.52.05	Servizi Di Igiene Pubblica Ambientale	4.56.03.01	sperimentazione farmaci
4.52.06	Prestazioni Sanitarie A Privati	4.56.04	Buoni Mensa
4.52.06.01	prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale in strutture pubbliche	4.56.04.01	buoni mensa
4.52.06.02	prestazioni libero professionali	4.56.05	Utili Su Cambi
4.52.06.03	altre prestazioni sanitarie e socio sanitarie a privati	4.56.05.01	utili su cambi
		4.56.06	Sconti Finanziari Attivi
		4.56.06.01	sconti finanziari attivi
		4.56.07	Arrotondamenti Attivi
		4.56.07.01	arrotondamenti attivi

Allegato 1 (segue)

4.56.08	Distributori Caffè, Acque Minerali E Compensi Erogati Dalla SIP	4.58.05.06	utilizzo fondo sval. crediti v/altri enti pubblici
4.56.08.01	distrib. caffè, acque minerali e compensi erogati da SIP	4.58.05.07	utilizzo fondo sval. crediti v/aziende sanitarie private
4.56.19	Altre Entrate Varie	4.58.05.08	utilizzo fondo svalutazione crediti v/utenti privati
4.56.19.19	altre entrate varie	4.58.05.09	utilizzo fondo sval. crediti v/enti previd. ed assistenziali
4.57	PROVENTI STRAORDINARI	4.58.05.10	utilizzo fondo svalutazione crediti verso erario
4.57.01	Plusvalenze	4.58.05.11	utilizzo fondo svalutazione crediti v/personale
4.57.01.01	plusvalenze da alienazione immob. immateriali	4.58.05.12	utilizzo fondo svalutazione fornitori c/debitori
4.57.01.02	plusvalenze da alienazione immob. materiali	4.58.05.19	utilizzo fondo svalutazione crediti diversi
4.57.01.03	plusvalenze da alienazione immob. finanziarie	4.58.06	Utilizzo Fondo Svalutazione Attività Finanziarie
4.57.01.04	plusvalenze da alienazione scorte	4.58.06.02	utilizzo fondo sval. titoli che non costituiscono immob.
4.57.01.05	plusvalenze da alienazione crediti a breve	4.58.07	Utilizzo Fondi Rischi Ed Oneri
4.57.01.06	plusvalenze da alienazione attività finanziarie	4.58.07.01	utilizzo fondo rischi su crediti previsionale
4.57.02	Sopravvenienze Attive Ed Insussistenze Passive	4.58.07.02	utilizzo fondo oscillazione cambi
4.57.02.01	sopravvenienze attive	4.58.07.03	utilizzo fondo manut. e rip. ciclica impianti e rimanenze
4.57.02.02	insussistenze passive	4.58.07.04	utilizzo fondo rischi su perdite su contratti a termine
4.57.19	Altri Proventi Straordinari	4.58.07.05	utilizzo fondo per penalità
4.57.19.01	rimborsi assicurativi relativi ad esercizi precedenti	4.58.07.06	utilizzo fondo per cause in corso
4.57.19.02	donazioni e lasciti	4.58.07.19	accantonamenti ad altri fondi rischi ed oneri
4.57.19.19	altri proventi straordinari	4.58.08	Utilizzo Fondo Di Operosità
4.58	UTILIZZO FONDI ACCANTONATI	4.58.08.01	utilizzo fondo di operosità
4.58.01	Utilizzo Fondo Svalutazione Immobilizzazioni Materiali	4.59	COSTI CAPITALIZZATI
4.58.01.03	util. fondo sval. diritti di brev. e di util. delle op. d'ingegno	4.59.01	Incrementi Per Lavori Interni Attrib. A Immob. Immateriali
4.58.01.19	utilizzo fondo svalutazione altre immob. immateriali	4.59.01.01	incrementi attrib. a costi di impianto e ampliamento
4.58.01.21	utilizzo fondo sval. immob. immat. in corso ed acconti	4.59.01.02	incrementi attrib. a costi di ricerca, sviluppo e pubblicità
4.58.02	Utilizzo Fondo Svalutazione Immobilizzazioni Materiali	4.59.01.03	incrementi attrib. a diritti di brev. e di util. opere d'ing.
4.58.02.01	utilizzo fondo svalutazione terreni	4.59.01.19	incrementi attrib. a altre immobilizzazioni immateriali
4.58.02.02	utilizzo fondo svalutazione fabbricati	4.59.01.21	incrementi attrib. a immob. immat. in corso
4.58.02.03	utilizzo fondo svalutazione impianti e macchinari	4.59.02	Incrementi Per Lavori Interni Attrib. A Immob. Materiali
4.58.02.04	utilizzo fondo svalutazione attrezzature sanitarie	4.59.02.01	incrementi attrib. a terreni
4.58.02.05	utilizzo fondo svalutazione mobili ed arredi	4.59.02.02	incrementi attrib. a fabbricati
4.58.02.06	utilizzo fondo svalutazione automezzi	4.59.02.03	incrementi attrib. a impianti e macchinari
4.58.02.19	utilizzo fondo svalutazione altri beni mobili	4.59.02.04	incrementi attrib. a attrezzature sanitarie
4.58.02.21	utilizzo fondo sval. immob. materiali in corso ed acconti	4.59.02.05	incrementi attrib. a mobili ed arredi
4.58.03	Utilizzo Fondo Svalutazione Immob. Finanziarie	4.59.02.06	incrementi attrib. a automezzi
4.58.03.01	utilizzo fondo svalutazione crediti finanziari	4.59.02.19	incrementi attrib. a altri beni mobili
4.58.03.02	utilizzo fondo svalutazione titoli	4.59.02.21	incrementi attrib. a immob. materiali in corso ed acconti
4.58.04	Utilizzo Fondo Svalutazione Scorte	4.59.02.99	incrementi attrib. a costi di manutenzione straordinaria
4.58.04.01	utilizzo fondo svalutazione scorte sanitarie	4.60	UTILIZZO QUOTA CONTRIBUTI IN C/CAPITALE
4.58.04.02	utilizzo fondo svalutazione scorte non sanitarie	4.60.01	Utilizzo Quota Contributi In C/Capitale Vincolati Per Immobilizzazioni Immateriali
4.58.05	Utilizzo Fondo Svalutazione Crediti	4.60.01.02	utilizzo quota contributi in c/capitale vincolati per costi di ricerca, sviluppo e pubblicità
4.58.05.01	utilizzo fondo svalutazione crediti v/regione	4.60.01.03	utilizzo quota contributi in c/capitale vincolati per diritti di brevetto e di utilizz. delle opere d'ingegno
4.58.05.02	utilizzo fondo sval. crediti v/az. sanitarie della regione		
4.58.05.03	utilizzo fondo sval. crediti v/aziende sanitarie altre regioni		
4.58.05.04	utilizzo fondo svalutazione crediti v/comune		
4.58.05.05	utilizzo fondo sval. crediti v/ammini. del settore statale		

Allegato 1 (segue)

4.60.01.19	utilizzo quota contributi in c/capitale vincolati per altre immobilizzazioni immateriali	4.62.01.11	materiale protesico c/rimanenze finali
4.60.02	Utilizzo Quota Contributi In C/Capitale Vincolati Per Immobilizzazioni Materiali	4.62.01.12	materiale per emodialisi c/rimanenze finali
4.60.02.01	util. quota contr. in c/capitale vinc. per terreni	4.62.01.13	materiale radiografico c/rimanenze finali
4.60.02.02	util. quota contr. in c/capitale vinc. per fabbricati	4.62.01.14	materiale laboratorio analisi e vetreria c/rimanenze finali
4.60.02.03	util. quota contr. in c/capitale vinc. per impianti e macchinari	4.62.01.15	materiale TNT sterile c/rimanenze finali
4.60.02.04	util. quota contr. in c/capitale vinc. per attrezzature sanitarie	4.62.01.16	materiale TNT non sterile c/rimanenze finali
4.60.02.05	util. quota contr. in c/capitale vinc. per mobili ed arredi	4.62.01.17	presidi chirurgici e altro mat. sanitario c/rimanenze finali
4.60.02.06	util. quota contr. in c/capitale vinc. per automezzi	4.62.01.18	sangue c/rimanenze finali
4.60.02.19	util. quota contr. in c/capitale vinc. per altri beni mobili	4.62.01.19	strumentario chirurgico c/rimanenze finali
4.60.02.99	util. quota contr. in c/capitale vinc. per costi di manutenzione straordinaria	4.62.02	Scorte Non Sanitarie C/Rimanenze Finali
4.60.03	Utilizzo Quota Contributi In C/Capitale Da Regione Indistinti	4.62.02.01	materiale tecnico e pezzi di ricambio per manutenzioni e riparazioni c/rimanenze finali
4.60.03.01	utilizzo quota contributi in c/capitale da regione indistinti	4.62.02.02	prodotti alimentari c/rimanenze finali
4.60.04	Utilizzo Quota Contributi In Conto Capitale Iniziale	4.62.02.03	cancelleria, stampati e materiale EDP c/rimanenze finali
4.60.04.01	utilizzo quota contributi in conto capitale iniziale	4.62.02.04	combustibili c/rimanenze finali
4.60.05	Utilizzo Quota Donazioni In Conto Capitale	4.62.02.05	carburanti e lubrificanti c/rimanenze finali
4.60.05.01	utilizzo quota donazioni in conto capitale	4.62.02.06	articoli di guardaroba c/rimanenze finali
4.60.06	Utilizzo Riserve	4.62.02.07	prodotti di lav., pulizia e convivenza c/rimanenze finali
4.60.06.01	utilizzo riserva per acquisto immobilizzazioni	4.62.02.08	materiale per raccolta rifiuti c/rimanenze finali
4.60.06.02	utilizzo riserva per incentivazione personale	4.62.02.19	materiale vario di consumo c/rimanenze finali
4.60.06.03	utilizzo riserva legale	4.63	PERDITA D'ESERCIZIO
4.60.06.04	utilizzo riserva di rivalutazione	4.63.01	Perdita D'esercizio
4.60.06.05	utilizzo riserva statutaria	4.63.01.01	perdita d'esercizio
4.60.06.07	utilizzo altre riserve	8	CONTI D'ORDINE
4.60.19	Utilizzo Quota Altri Contributi In C/Capitale Per Immob.	8.71	BENI DI TERZI PRESSO L'AZIENDA
4.60.19.01	utilizzo quota altri contributi in c/capitale per immob.	8.71.01	Beni Di Terzi In Godimento Presso L'azienda
4.61	RIVALUTAZIONI FINANZIARIE	8.71.01.01	beni immobili in leasing
4.61.03	Rivalutazione Di Immobilizzazioni Finanziarie	8.71.01.02	beni immobili di terzi in prestito presso l'azienda
4.61.03.01	rivalutazione di crediti finanziari	8.71.01.03	beni immobili di terzi in uso presso l'azienda
4.61.03.02	rivalutazione di titoli iscritti nelle immob. finanziarie	8.71.01.04	beni immobili di terzi in comodato presso l'azienda
4.61.06	Rivalutazione Di Valore Di Attività Finanziarie	8.71.01.05	beni immobili di terzi in noleggio presso l'azienda
4.61.06.02	rivalutazione di valore di titoli iscritti nell'attivo circolante	8.71.01.06	automezzi in leasing
4.62	RI MANENZE FINALI	8.71.01.07	altri beni mobili in leasing
4.62.01	Scorte Sanitarie C/Rimanenze Finali	8.71.01.08	beni mobili di terzi in prestito presso l'azienda
4.62.01.01	medicinali c/rimanenze finali	8.71.01.09	beni mobili di terzi in uso presso l'azienda
4.62.01.02	emoderivati c/rimanenze finali	8.71.01.10	beni mobili di terzi in comodato presso l'azienda
4.62.01.03	soluzioni c/rimanenze finali	8.71.01.11	beni immobili di terzi in noleggio presso l'azienda
4.62.01.04	gas terapeutici c/rimanenze finali	8.71.02	Beni Di Terzi In Cauzione/Garanzia Presso L'azienda
4.62.01.05	stupefacenti c/rimanenze finali	8.71.02.01	titoli di terzi in cauzione presso l'azienda
4.62.01.06	sieri e vaccini c/rimanenze finali	8.71.02.02	titoli di terzi in garanzia presso l'azienda
4.62.01.07	prodotti galenici c/rimanenze finali	8.71.02.03	altri beni di terzi in cauzione/garanzia presso l'azienda
4.62.01.08	disinfettanti c/rimanenze finali	8.71.03	Beni Di Terzi In C/Deposito Presso L'azienda
4.62.01.09	materiale diagnostico c/rimanenze finali	8.71.03.01	merci di terzi in c/deposito presso l'azienda
4.62.01.10	presidi medico chirurgici c/rimanenze finali	8.71.03.02	titoli di terzi in c/deposito presso l'azienda
		8.71.03.03	altri beni di terzi in c/deposito presso l'azienda
		8.72	NOSTRI BENI PRESSO TERZI
		8.72.01	Nostri Beni In Godimento Presso Terzi
		8.72.01.01	nostri beni immobili in leasing

Allegato I (segue)

8.72.01.02	nostri beni immobili in prestito presso terzi	8.75.01.04	immobilizzazioni da ricevere
8.72.01.03	nostri beni immobili in uso presso terzi	8.75.01.05	servizi da ricevere
8.72.01.04	nostri beni immobili in comodato presso terzi		
8.72.01.05	nostri beni immobili in noleggio presso terzi	8.76	IMPEGNI V/TERZI
8.72.01.07	nostri beni mobili in leasing	8.76.01	Beni E Servizi Da Consegnare
8.72.01.08	nostri beni mobili in prestito presso terzi	8.76.01.01	clienti c/servizi da prestare
8.72.01.09	nostri beni mobili in uso presso terzi	8.76.01.02	clienti c/merci da consegnare
8.72.01.10	nostri beni mobili in comodato presso terzi	8.76.01.03	terzi c/titoli da consegnare
8.72.01.11	nostri beni immobili in noleggio presso terzi	8.76.02	Rate Di Leasing A Scadere
8.72.02	Nostri Beni In Cauzione/Garanzia Presso Terzi	8.76.02.01	rate di leasing a scadere
8.72.02.01	nostri titoli in cauzione presso terzi	8.76.03	Rate Di Affitto A Scadere
8.72.02.02	nostri titoli in garanzia presso terzi	8.76.03.01	rate di affitto a scadere
8.72.02.03	altri nostri beni in cauzione/garanzia presso terzi	8.76.04	Contratti Di Appalto In Corso Di Esecuzione
8.72.03	Nostri Beni In C/Deposito Presso Terzi	8.76.04.01	contratti di appalto in corso di esecuzione
8.72.03.01	nostre merci in c/deposito presso terzi	8.81	TERZI PER BENI PRESSO L'AZIENDA (CONTROPARTITE)
8.72.03.02	nostri titoli in c/deposito presso terzi		
8.72.03.03	altri nostri beni in c/deposito presso terzi	8.82	TERZI PER NOSTRI BENI PRESSO DI LORO (CONTROPARTITE)
8.73	RISCHI ASSUNTI	8.83	TERZI PER RISCHI ASSUNTI (CONTROPARTITE)
8.73.01	Garanzie E Fideiussioni A Terzi	8.84	TERZI PER RISCHI TRASFERITI (CONTROPARTITE)
8.73.01.01	garanzie reali prestate	8.85	TERZI PER IMPEGNI LORO (CONTROPARTITE)
8.73.01.02	fideiussioni prestate	8.86	TERZI PER IMPEGNI V/DI LORO (CONTROPARTITE)
8.73.01.03	altre garanzie prestate		
8.73.02	Rischi Di Regresso Su Crediti Ed Effetti	9	CONTI DI RIEPILOGO
8.73.02.01	effetti allo sconto	9.91	STATO PATRIMONIALE
8.73.02.02	effetti all'incasso	9.91.01	Stato Patrimoniale Di Apertura
8.73.02.03	crediti ceduti a società di fattorina	9.91.01.01	stato patrimoniale di apertura
8.73.02.04	effetti ed altri titoli ceduti	9.91.02	Stato Patrimoniale Di Chiusura
		9.91.02.02	stato patrimoniale di chiusura
8.74	RISCHI TRASFERITI	9.92	CONTO ECONOMICO
8.74.01	Rischi Trasferiti A Terzi	9.92.01	Conto Economico
8.74.01.01	rischio incendio trasferito	9.92.01.01	conto economico
8.74.01.02	rischio furti trasferito		
8.74.01.03	altri rischi trasferiti		
8.75	IMPEGNI DI TERZI		
8.75.01	Beni E Servizi Da Ricevere		
8.75.01.01	merci da ricevere		
8.75.01.02	titoli da ricevere		
8.75.01.03	divise da ricevere		

LE REGOLE PER IL FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE IN LOMBARDIA

di Mario Del Vecchio, Antonello Zangrandi

Il provvedimento della Giunta della Regione Lombardia, che qui di seguito pubblichiamo, ha sicuramente il merito di aver aperto una appassionata discussione all'interno del SSN sul rapporto tra pubblico e privato, sul ruolo da attribuire al controllo dell'offerta o al controllo della domanda nel governo del sistema, sulla possibilità del sistema pubblico, nella veste di erogatore, di competere effettivamente con il privato.

La situazione in cui è nata la deliberazione regionale è peraltro assai particolare: la sanità lombarda innanzi tutto si trovava priva di moltissimi direttori generali a causa delle note sentenze del TAR e priva anche di una legge organica di riforma del servizio sanitario regionale. Al suo insediamento la nuova Giunta regionale aveva predisposto un nuovo progetto di riassetto della sanità regionale e con una *leggina* commissariato le aziende sanitarie pubbliche prive di direttore generale. Tale proposta prevedeva una netta separazione tra gli erogatori di molte delle prestazioni sanitarie (gli ospedali) e gli acquirenti delle stesse (le USL), una forte diminuzione dei soggetti pubblici (il testo originario prevede 11 USL e 11 ospedali a rete).

In un siffatto quadro istituzionale, che si può sicuramente definire come minimo incerto, la proposta per il finanziamento 1996, che entra in vigore dalla metà di settembre 1996 (cioè ad anno già molto avanzato), ha introdot-

to una serie di rilevanti innovazioni, molte delle quali fortemente contestate nel dibattito che ne è scaturito.

In sintesi si indicano le innovazioni più rilevanti introdotte dal testo che presentiamo:

1) assenza di qualsiasi tetto di prestazioni ambulatoriali e di ricovero per le strutture private accreditate, viene così lasciata al cittadino la piena possibilità di rivolgersi in qualunque struttura sanitaria (pubblica o privata) e in termini di finanziamento si riconosce alla struttura l'intero ammontare delle prestazioni effettivamente erogate;

2) controllo dei volumi complessivi di spesa sanitaria attraverso il cosiddetto *budget fisso a tariffa variabile*, che funziona attraverso una preventiva fissazione di tetti di spesa distinti per le attività (pubbliche più private accreditate) ambulatoriali e di ricovero, se la spesa complessiva dovesse risultare a consuntivo più elevata di quella prefissata, le tariffe saranno proporzionalmente ridotte fino al raggiungimento dell'equilibrio;

3) liberalizzazione dei posti letto autorizzati in strutture già accreditate (la parte forse più discussa della monovra), in pratica sono state considerate accreditate le strutture e non i posti letto e per questa via sono stati assorbiti nel sistema più di 1000 posti letto precedentemente non convenzionati;

4) abolizione dei vincoli regionali sulla destinazione dei posti letto (ad

esclusione delle alte specialità), in pratica gli ospedali, sia pubblici che privati, possono autonomamente determinare la dimensione delle unità operative in relazione alle esigenze della domanda;

5) possibilità per le strutture di ridefinire i propri organici e procedere eventualmente a nuove assunzioni (bloccate da tempo in Regione Lombardia), abbandonando al contempo la scelta di imporre metodologie centralizzate per la rilevazione dei carichi di lavoro;

6) possibilità di destinare al conto capitale fino al 4% della spesa corrente, anticipando di fatto le logiche della contabilità generale.

Oltre all'interesse che i temi presenti nel documento possano suscitare, la scelta della sua pubblicazione si è basata su quella che consideriamo una ottima qualità tecnica dell'articolo. Se la pubblica amministrazione deve esprimersi per atti formali, il documento dimostra che ciò non coincide necessariamente con testi incomprensibili sul piano formale e incompatibili con le logiche aziendali su quello dei contenuti. È comunque abbastanza paradossale, in un sistema a forte impronta burocratica e formalistica come quello italiano, dover spesso constatare che la produzione di atti tecnicamente ben fatti rimanga una eccezione.

DELIBERA DELLA REGIONE LOMBARDIA 17 LUGLIO 1996

Determinazioni in ordine all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime di Servizio sanitario nazionale e per la Regione Lombardia per l'anno 1996 ed in merito al finanziamento della spesa corrente per detto esercizio

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 617;

VISTA la legge 30 dicembre 1991, n. 412;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, e in particolare gli artt. 2 e 8, comma 5;

VISTO il decreto legislativo 30 giugno 1993 n. 269, come modificato e integrato con decreto-legge 3 giugno 1996, n. 298;

VISTO l'atto d'intesa tra Stato e Regioni per la definizione del Piano sanitario nazionale relativo al triennio 1994-1996 e in particolare i criteri di finanziamento e di accreditamento delle istituzioni sanitarie;

VISTA la legge 23 dicembre 1994, n. 724, particolarmente nella parte in cui si dettano disposizioni in ordine all'avvio del nuovo ordinamento della sanità mediante un percorso triennale;

VISTA la legge 28 dicembre 1995, n. 549, collegata alla legge finanziaria ed al bilancio dello Stato per l'esercizio 1996;

VISTO il decreto-legge 26 aprile 1996, n. 224;

VISTA la legge regionale 6 febbraio 1990, n. 7;

VISTA la sentenza della Corte Costituzionale n. 355/94V, confermata dalla sentenza n. 416/95 della stessa Consulta, in cui si sottolinea, nell'ambito della spesa pubblica in generale e della spesa sanitaria in particolare, l'inderogabilità del vincolo di bilancio;

VISTE le linee guida applicative del nuovo sistema sanitario emanate dal Ministero della sanità con circolari n. 1/95 e n. 2/96;

DATO ATTO che il percorso triennale di transizione dal vecchio al nuovo sistema, previsto dalla legge n. 724/94, ha avuto inizio il 1° gennaio 1995 e che il Servizio sanitario regionale — SSR —, per detto esercizio, al fine di garantire i livelli uniformi di assistenza previsti dal Piano sanitario nazionale — PSN — 1994-1996, nel rispetto dei vincoli discendenti dalle risorse economico-finanziarie disponibili, è stato regolato da un insieme di norme e indirizzi finalizzati ad applicare i nuovi istituti, sia sotto il profilo normativo, sia sotto il profilo finanziario. Sotto il profilo normativo si è avuto l'accredimento transitorio dei soggetti erogatori; sotto quello finanziario si è determinata la quota capitaria;

si sono approvate le tariffe per prestazioni di ricovero ospedaliero; si sono riconosciute le funzioni non tariffabili e si è costituito un fondo di riequilibrio per le aziende ed istituti sanitari pubblici a fronte degli oneri incomprimibili che gravano sulle stesse e per i quali l'ordinamento non ha apprestato strumenti normativi per una loro eliminazione. Detto fondo di riequilibrio, determinato, all'inizio dell'anno 1995, dopo aver calcolato il fabbisogno finanziario di altre voci: per ricoveri e per prestazioni ambulatoriali, per funzioni sanitarie non tariffabili, per spese dirette regionali, risulta costituito da un accantonamento di risorse finanziarie, calcolate sull'ammontare dei finanziamenti erogati al settore pubblico per l'esercizio 1994 (lire 6.556 miliardi per la sola attività di ricovero), lasciando immutato ed anzi incrementato, nei limiti possibili di compatibilità del FSR, il volume dei corrispettivi destinabili al comparto privato della rete ospedaliera lombarda nel suo complesso (lire 1.437 miliardi per i soli ricoveri);

ATTESO che le prime valutazioni in ordine alle attività svolte dalle aziende sanitarie e dai soggetti erogatori nel corso del 1995 hanno consentito di interpretare e considerare con attenzione i fenomeni prodotti dalla introduzione delle nuove regole e fornito utili elementi per disegnare un percorso finalizzato alla messa a regime del nuovo sistema a conclusione del citato triennio transitorio;

ATTESO che conseguentemente appare opportuno procedere alla definizione delle regole necessarie per governare l'esercizio 1996, sempre avendo a riferimento gli obiettivi di miglioramento delle attività e di drastica riduzione dei tempi e delle liste di attesa da approssimare a quelli indicati dal PSN e da perseguire entro il corrente anno, ferma la necessità di conseguire l'equilibrio del FSR;

OSSERVATO che — fatte salve le riserve derivanti da entrate proprie delle aziende sanitarie pubbliche quantificabili prudenzialmente in lire 700 miliardi —, in sede previsionale, le risorse per il finanziamento del SSR 1996 ammontano a lire 14.253 miliardi al netto del saldo attivo della mobilità interregionale di lire 297 miliardi, in corso di assegnazione da parte delle Autorità Centrali, in corrispondenza del riparto del Fondo Sanitario Nazionale, come risulta dalla documentazione predisposta dal Ministero della Sanità vagliato dal gruppo tecnico della Conferenza Stato Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, così ripartibili:

a) 100 miliardi riservati al finanziamento delle spese dirette regionali in luogo dei 120 previsti lo scorso anno e ciò in ragione della progressiva dismissione di compiti gestionali da attribuire alle aziende Ussl;

b) 450 miliardi per funzioni non tariffabili (325 per le strutture ospedaliere pubbliche e private e 125 per le restanti attività delle Aziende Ussl) in riduzione rispetto ai 600 miliardi previsti lo scorso anno e ciò in ragione delle diverse modalità di determinazione delle tariffe per le prestazioni previste per il corrente anno ed in coerenza con quanto effettivamente erogato in detto esercizio;

c) 940 miliardi (700 per le aziende e strutture ospedaliere, ivi comprese quelle gestite dalle aziende Ussl, e 240 per le altre attività delle Ussl) quale fondo di riequilibrio in riduzione rispetto ai 1.400 miliardi dello scorso esercizio e ciò in considerazione del fatto che, per propria natura, detto fondo ha carattere di transitorietà, per gli anni 1995-1997, e quindi le risorse ad esso destinate debbono essere calcolate in misura proporzionalmente decrescente;

d) 12.763 miliardi da ripartire in quote capitarie ponderate fra le aziende Ussl;

RITENUTO di ripartire fra le aziende Ussl sotto forma di quota capitaria la somma di 12.763 miliardi (14.253 - 100 - 450 - 940), al netto della mobilità interregionale preventivata in lire 297 miliardi, in base alla popolazione pesata per fasce di età ed in base ai seguenti indici: tasso di mortalità e densità di popolazione, allo scopo di rendere la ripartizione delle risorse disponibili la più appropriata possibile, rispetto ai bisogni della popolazione regionale;

VISTO il calcolo predisposto dal Servizio gestione fondo sanitario e dal Servizio epidemiologico dal quale emerge quanto segue:

— quota capitaria per popolazione pesata, lire 1.262.000, contro lire 1.162.000 del 1995, con un incremento del 8,6%, aumentata degli importi, spettanti a ciascuna Ussl, di cui all'allegata tabella n. 1 riferiti al tasso di mortalità standardizzato ed alla densità di popolazione;

CONSIDERATA ... (il testo del capoverso è sostanzialmente analogo al punto 2 della delibera);

RISERVATA ... (il testo del capoverso è sostanzialmente analogo al punto 3 della delibera);

RICORDATO che l'esercizio 1996, come già il 1995, dal punto di vista contabile ed economico-finanziario, per la Regione Lombardia, è un anno di transizione, per cui da un lato gli enti sanitari pubblici devono tenere la contabilità finanziaria di tipo pubblico, da un altro vede l'applicazione del nuovo sistema di finanziamento: non più a spesa storica ed a fattori produttivi, ma a quota capitaria (al netto della mobilità gestita tramite compensazione e di pagamenti che la Regione continuerà ad effettuare in anticipazione e per conto delle Ussl) ed a tariffe per prestazioni tariffate e per funzioni sanitarie ospedaliere o di Ussl. In questo contesto, le aziende ed enti sanitari approveranno il bilancio preventivo a pareggio e, in rispetto del principio della universalità

ed annualità, secondo le effettive necessità. La Regione finanzia le aziende Ussl a quota capitaria, al netto della mobilità sanitaria intra ed interregionale e dei pagamenti in nome e per conto effettuati dalla Regione. Le prestazioni delle aziende ospedaliere, degli Irccs, degli ospedali classificati e delle case di cura private saranno remunerate così come valorizzate dalla D.G.R. n. 62664/94 e successivi aggiornamenti o applicando la retta giornaliera di degenza ove previsto. A tale finanziamento saranno aggiunti per tutte le precitate strutture i compensi derivanti dalla remunerazione di funzioni non tariffabili da determinarsi con successivo provvedimento della Giunta regionale nonché la quota del fondo di riequilibrio in quanto spettante;

RILEVATA ... (il testo del capoverso è sostanzialmente analogo al punto 4 della delibera);

RITENUTO ... (il testo del capoverso è sostanzialmente analogo al punto 5 della delibera);

RITENUTO ... (il testo del capoverso è sostanzialmente analogo al punto 6 della delibera);

RITENUTO ... (il testo del capoverso è sostanzialmente analogo al punto 7 della delibera);

RITENUTO ... (il testo del capoverso è sostanzialmente analogo al punto 8 della delibera);

RITENUTO ... (il testo del capoverso è sostanzialmente analogo al punto 9 della delibera);

RITENUTO ... (il testo del capoverso è sostanzialmente analogo al punto 10 della delibera);

CONSIDERATA ... (il testo del capoverso è sostanzialmente analogo al punto 11 della delibera);

CONSIDERATA ... (il testo del capoverso è sostanzialmente analogo al punto 12 della delibera);

CONSIDERATA inoltre la necessità di provvedere ad autorizzare le aziende Ussl e Aziende ospedaliere a deliberare le nuove dotazioni organiche, al fine di consentire alle stesse di procedere alle eventuali assunzioni indilazionabilmente occorrenti per rispettare i livelli uniformi di assistenza sanitaria definiti dal Piano sanitario nazionale 1994-1996;

FATTO PRESENTE che tale approvazione deve avvenire sulla scorta della verifica dei carichi di lavoro di cui all'art. 22, comma 8, della legge n. 724/94, utilizzando ove ritenuto opportuno, le indicazioni che, su scala regionale, sono emerse e sono state rese note a suo tempo alle aziende stesse;

CONSIDERATO che la determinazione delle dotazioni organiche deve tenere conto dei livelli programmati di attività, basati anche sui risultati conseguiti nell'ultimo triennio;

RITENUTO altresì, al fine di consentire alle aziende una più immediata risposta alle esigenze gestionali, di autoriz-

zarle a procedere alle eventualmente occorrenti trasformazioni di posti di organico vacanti, eccezion fatta per quelli di livello apicale, fermo restando che ogni trasformazione di posti di organico sia fondata su puntuali verifiche dei carichi di lavoro e da questi giustificata;

RITENUTO ancora di disporre che sia la nuova dotazione organica che eventuali successive trasformazioni vengano comunicate all'Assessorato regionale alla sanità e che tali determinazioni siano assunte nel rispetto dei limiti di spesa previsti dall'articolo 1, comma 9, della legge 28 dicembre 1995, n. 549;

RITENUTO ... (*il testo del capoverso è sostanzialmente analogo al punto 15 della delibera*);

DATO ATTO che la presente deliberazione è soggetta a controllo ai sensi dell'articolo 1, D.L.vo 13 febbraio 1993, n. 40, modificato dall'articolo 1, D.L.vo n. 479/1993;

A VOTI UNANIMI espressi nelle forme di legge,

DELIBERA

1) di dare atto che il Fondo sanitario regionale per l'esercizio 1996 è di lire 14.253 miliardi, al netto del saldo attivo della mobilità sanitaria, come risulta dai documenti del Ministero della sanità e della Conferenza Stato Regioni e Province autonome, in corrispondenza del riparto del Fondo sanitario nazionale, e di ripartirlo come segue:

a) 100 miliardi riservati al finanziamento delle spese dirette regionali;

b) 450 miliardi per funzioni non tariffabili (325 per le strutture ospedaliere pubbliche e private e 125 per le restanti attività delle Aziende Ussl);

c) 940 miliardi (700 per le aziende e strutture ospedaliere, ivi compresi gli ospedali a gestione diretta delle aziende Ussl, e 240 per le altre attività delle Ussl) quale fondo di riequilibrio;

d) 12.763 miliardi da ripartire in quote capitarie per popolazione ponderata, di lire 1.262.000, aumentata degli importi, spettanti a ciascuna Ussl, risultanti dall'allegata tabella n. 1 riferita al tasso di mortalità ed alla densità di popolazione;

2) di definire come segue le regole di governo del SSR per l'esercizio 1996:

a) l'accesso degli assistiti alle prestazioni di ricovero ospedaliero, rese da soggetti pubblici e privati transitoriamente accreditati, avviene sulla base di idonea prescrizione medica; le strutture gestite da tali soggetti, dalla data di approvazione della presente deliberazione, possono esercitare attività e richiedere i relativi corrispettivi tariffari nelle specialità e nel limite complessivo di posti letto autorizzati della struttura, fatto salvo l'esercizio della libera

professione intramuraria di cui all'articolo 4 comma 10 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. Le strutture eroganti attività specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale possono esercitare le attività per le quali sono autorizzate e transitoriamente accreditate ai sensi della normativa vigente, purché riferita a prestazioni ricomprese nel nomenclatore tariffario allegato al decreto Ministeriale della sanità 7 novembre 1991 e nei limiti delle convenzioni esistenti, fino alla emanazione di apposita disciplina così come previsto dalla legge 28 dicembre 1995, n. 549, art. 2, comma 9. La Giunta regionale provvederà ad adeguare le modalità di erogazione delle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale ai contenuti del predetto provvedimento ministeriale;

b) le aziende Ussl, ai sensi dell'art. 8, comma 5, D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, stabiliscono con i soggetti privati transitoriamente accreditati, appositi rapporti sulla scorta di uno schema tipo approvato dalla Giunta regionale. Detto schema dovrà prevedere:

— l'espressa accettazione, da parte dei soggetti erogatori, delle tariffe stabilite dalla Regione per le prestazioni di ricovero e cura, di *day hospital*, ambulatoriali e di diagnostica strumentale;

— le modalità con le quali viene esercitata la funzione di verifica della qualità delle prestazioni erogate nonché i controlli in ordine alla rispondenza della struttura alle specifiche normative dettate dalla normativa nazionale e regionale;

— i limiti entro i quali i soggetti erogatori possono fornire servizi con costi a carico degli assistiti;

— le modalità di esercizio dell'attività privata svolta dai soggetti erogatori privati precisando in ogni caso che in tale circostanza non vi può essere alcun concorso economico della Regione;

— i tempi e le modalità per la liquidazione ed il pagamento delle prestazioni fatturate dai soggetti erogatori alla azienda Ussl nel cui ambito territoriale essi insistono;

— le sanzioni, ivi compresa la revoca del rapporto in essere, da comminare nel caso in cui si riscontrino inosservanza della normativa vigente o la violazione colposa o dolosa, in materia di codifica o artificiosa rappresentazione delle prestazioni tariffate;

c) in analogia con quanto sopra l'Assessore preposto al settore sanità stabilisce accordi con le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati e con gli ospedali classificati. Le aziende Ussl provvedono a regolare con le medesime modalità, per quanto compatibili, i rapporti con i responsabili

dei soggetti erogatori direttamente dipendenti dalla medesima azienda territoriale;

d) non possono rivestire la qualifica di soggetto accreditato gli erogatori privati i quali utilizzino, anche saltuariamente, in violazione delle disposizioni contenute nell'art. 4 comma 7, legge n. 412/91, personale medico dipendente da aziende sanitarie e da strutture sanitarie pubbliche;

e) le attività di ricovero e cura e di *day hospital* effettuate dai soggetti erogatori pubblici e privati, transitoriamente accreditati, sono remunerate secondo le tariffe deliberate con delibera di Giunta regionale n. 62664 del 30 dicembre 1994 e successivi aggiornamenti. I corrispettivi finanziari riferiti alle prestazioni di cui sopra non possono in ogni caso superare la somma di lire 7.050 miliardi. Nel caso di eccedenza di produzione rispetto alla predetta soglia la Giunta regionale provvederà alla conseguente proporzionale riduzione degli importi riferiti alle singole strutture. A tal fine la disponibilità complessiva di lire 7.050 miliardi sarà ricalcolata al netto dei compensi relativi alle attività remunerate secondo il principio della retta giornaliera di degenza nelle modalità di seguito specificate. Non sono soggette alla riduzione di cui sopra, né concorrono al raggiungimento del predetto importo di 7.050 miliardi le prestazioni effettuate per i cittadini residenti al di fuori della Regione Lombardia;

f) le prestazioni di attività specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale effettuate dai soggetti erogatori pubblici e privati, transitoriamente accreditati sono remunerate secondo il nomenclatore tariffario di cui al D.M. 7 novembre 1991. I corrispettivi finanziari complessivi riferiti alle prestazioni di cui appena sopra non possono in ogni caso superare la somma di lire 1.430 miliardi, al netto della partecipazione alla spesa corrisposta dagli assistiti. Nel caso di eccedenza della soglia dei 1.430 miliardi la Giunta regionale provvederà alla conseguente proporzionale riduzione degli importi corrisposti o da corrispondere alle singole strutture. Non sono soggette alla riduzione di cui sopra, né concorrono al raggiungimento del predetto importo di 1.430 miliardi le prestazioni effettuate ai cittadini residenti in altre regioni, purché il soggetto erogatore abbia comunicato al settore sanità i dati necessari per l'identificazione del cittadino, dell'Usl e della regione di provenienza;

g) al fine di mantenere l'equilibrio economico-finanziario e perseguire obiettivi di maggiore efficienza ed efficacia del SSR sono di seguito definiti tetti di spesa insuperabili per le attività di ricovero e cura e specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, e le altre attività sanitarie nella misura seguente:

Disponibilità del FSR 1996.....	14.253
— corrispettivi per attività tariffate di ricovero per soggetti pubblici e privati.....	7.050
— corrispettivi da riconoscere ai soggetti esercenti, a livello multizonale, attività di riabilitazione ex art. 26, legge n. 833/78.....	145
— corrispettivi lordi da riconoscere a soggetti erogatori per attività ambulatoriale specialistica e di diagnostica strumentale.....	1.430
— riconoscimento funzioni ospedaliere.....	325
— fondo di riequilibrio per strutture di ricovero e cura ...	700
— fondo di riequilibrio per le aziende Ussl.....	240
— spese per farmaceutica convenzionata.....	1.600
— spese dirette regionali.....	100
— spese per le restanti funzioni svolte dalle Ussl sul territorio.....	2.663
Totale a pareggio con le disponibilità.....	14.253

3) di riservare a successivo provvedimento, da adottarsi non oltre il 30 settembre 1996, la eventuale riconsiderazione della materia oggetto del presente provvedimento e ciò in relazione a oggettivi elementi di valutazione derivanti dall'andamento del primo semestre 1996, previa ricognizione da effettuarsi da parte degli Assessorati alla sanità e alla famiglia e politiche sociali;

4) di dare atto che per l'esercizio 1996 l'attività di riabilitazione e di lungodegenza sarà remunerata con le modalità previste nelle linee guida n. 1/95 del Ministero della sanità e precisamente: per le prestazioni riabilitative e di lungodegenza il rimborso previsto per i singoli episodi di ricovero è pari al prodotto tra la tariffa giornaliera e il numero di giornate di degenza. Per le attività di riabilitazione ospedaliere, le tariffe sono giornaliere e specifiche per classi di DRG di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994, n. 169. Le classi di DRG specificate corrispondono alle M.D.C. (Major Diagnostic Categories) e per la 1, la 4, la 5 e la 8 sono state fissate tariffe giornaliere specifiche, mentre per le restanti MDC è stata individuata una tariffa giornaliera indifferenziata pari a lire 390.000:

DRG	TARIFFA GIORNALIERA
MDC 1 Malattie e disturbi del sistema nervoso ..	507.000
MDC 4 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	447.000
MDC 5 Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	486.000
MDC 8 Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo ..	459.000
Altre MDC	390.000

5) di stabile come il corrispettivo di cui sopra si applichi ai presidi, gestiti da soggetti erogatori pubblici e privati, la cui dotazione di posti letto sia interamente destinata, giuste determinazioni regionali assunte alla data del 31 dicembre 19195, alla attività di riabilitazione comunque denominata;

6) di valorizzare le attività di riabilitazione, svolte in strutture diverse da quelle di cui ai precedenti commi, e comunque entro la dotazione di posti letto così come autorizzati alla data del 31 dicembre 1995, nelle discipline identificate con codice 28, 56 e 75, secondo la seguente tabella:

DRG	TARIFFA GIORNALIERA
MDC 1 Malattie e disturbi del sistema nervoso ..	406.000
MDC 4 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	358.000
MDC 5 Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	389.000
MDC 8 Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo ..	367.000
Altre MDC	312.000

7) di stabilire per le attività di lungodegenza post-acuzie, erogate in reparti con codice di disciplina 60, nonché per l'assistenza ai malati terminali nei reparti a ciò autorizzati, che la remunerazione sia pari al prodotto fra la tariffa giornaliera indifferenziata di 267.000 lire e la durata di degenza di ciascun episodio di ricovero entro la dotazione di posti letto così come autorizzati alla data del 31 dicembre 1995;

8) di riconoscere alle strutture che mettono a disposizione, per malati terminali, camere singole con un posto letto per l'accompagnatore e con annessi servizi separati un compenso giornaliero di lire 100.000 per tutta la durata della degenza del paziente terminale;

9) di procedere, come previsto nelle linee guida n.1/95 del Ministero della sanità, all'abbattimento del 40% delle tariffe giornaliere indicate, per ogni giornata di degenza eccedente il sessantesimo giorno di ricovero;

10) di disciplinare l'accesso ai reparti riabilitativi in modo che, pur garantendo ai pazienti la possibilità di trasferimento dai reparti per acuti, le due fasi della degenza siano considerate due ricoveri distinti e diano origine, pertanto, a due schede di accettazione e dimissione;

11) di stabilire ancora che anche per l'esercizio 1996 sarà attuata la compensazione regionale la regolazione dei rapporti creditori e debitori fra i predetti enti sanitari. Con detto meccanismo la Regione paga gli enti sanitari terzi rispetto alle aziende Ussl, in nome e per conto di queste, trat-

tenendosi i relativi importi dalla quota capitaria spettante a ciascuna Ussl;

12) di erogare acconti mensili, salvo conguaglio anche negativo, alle aziende Ussl, alle aziende ospedaliere, agli Irccs pubblici e privati, nonché agli ospedali classificati, pari a un dodicesimo del 90% di quanto spettante per l'esercizio 1995 in termini di: quota capitaria al netto della compensazione e quota di riequilibrio, per le aziende Ussl; di valorizzazione delle prestazioni di ricovero e prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale, funzioni ospedaliere e quota di riequilibrio per le aziende ospedaliere e per gli Irccs pubblici; di prestazioni di ricovero e funzioni per gli Irccs privati e ospedali classificati. Gli acconti mensili alle case di cura continueranno ad essere erogati, secondo le stesse modalità, dalle aziende Ussl. In sede di determinazione di tutti i precitati acconti si provvederà a definire in termini di conguaglio le somme erogate nell'anno 1995 prevedendo altresì, in caso di conguaglio negativo, modalità di recupero di quanto eventualmente indebitamente anticipato. Le modalità di pagamento delle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale restano quelle in atto al 31 dicembre 1995;

13) dare atto che l'esercizio 1996, come l'esercizio 1995, dal punto di vista contabile ed economico-finanziario, per la Regione Lombardia, è un anno di transizione, per cui da un lato gli enti sanitari pubblici devono tenere la contabilità finanziaria di tipo pubblico, da un altro vede l'applicazione del nuovo sistema di finanziamento: non più a spesa storica ed a fattori produttivi, ma a quota capitaria (al netto della mobilità gestita tramite compensazione e di pagamenti che la Regione continuerà ad effettuare in anticipazione e per conto delle Ussl) ed a tariffe per prestazioni tariffate e per funzioni sanitarie ospedaliere o di Ussl. In questo contesto, le aziende ed enti sanitari approveranno il bilancio preventivo a pareggio e, in rispetto del principio della universalità ed annualità, secondo le effettive necessità. La Regione finanzia le aziende Ussl a quota capitaria, al netto della mobilità sanitaria intra ed interregionale e dei pagamenti in nome e per conto effettuati dalla Regione. Le prestazioni delle aziende ospedaliere, degli Irccs, degli ospedali classificati e delle case di cura private saranno remunerate così come valorizzate dalla DGR 62664/94 e successive modificazioni o applicando la retta giornaliera di degenza ove previsto. A tali finanziamento saranno aggiunti per tutte le precitate strutture i compensi derivanti dalla remunerazione di funzioni non tariffabili da determinarsi con successivo provvedimento della Giunta Regionale nonché la quota del fondo di riequilibrio in quanto spettante;

14) di autorizzare le aziende Ussl e le aziende ospedaliere, nel rispetto dei limiti di spesa previsti dall'articolo 1, comma 9, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e con l'impegno di comunicare ogni conseguente determinazione all'Assessorato regionale alla sanità, a:

— approvare, secondo le indicazioni contenute nella premessa del presente provvedimento, le nuove dotazioni organiche al fine di procedere alle eventuali assunzioni, con esclusione delle posizioni apicali, indilazionabilmente occorrenti per rispettare i livelli uniformi di assistenza sanitaria definiti dal Piano sanitario nazionale 1994-1996;

— procedere alle trasformazioni di posti di organico vacanti, eventualmente occorrenti, eccezion fatta per quelli di livello apicale, fermo restando che ogni trasformazione sia fondata su puntuali verifiche dei carichi di lavoro e da questi giustificata;

15) di demandare all'Assessore *pro-tempore*, preposto al settore sanità, la puntuale definizione delle problematiche economico-finanziarie, contabili e gestionali in generale, attraverso l'emanazione di apposita direttiva, contenente fra l'altro i seguenti principi:

1) nell'esercizio 1996 gli enti sanitari pubblici devono adottare, accanto alla contabilità finanziaria di tipo pubblico, la contabilità economico-patrimoniale, con l'obbligo di rendere, a fine esercizio, oltre che il conto consuntivo di cui alla contabilità di tipo pubblico il bilancio di esercizio rispondente ai principi di cui alla IV direttiva CEE ed al D.L.vo n. 127/91, utilizzando lo schema del decreto del Ministero del tesoro pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica Italiana del 25 maggio 1995. La direttiva assessorile sopra menzionata indicherà i criteri per la valutazione del capitale;

2) nel bilancio preventivo 1996 degli enti sanitari pubblici sarà possibile appostare, nel titolo terzo di entrata di cui al D.P.R. n. 595/80 e nel titolo secondo di uscita, somme pari al 4% massimo degli importi riferiti ai valori dei DRG, alle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale ed alle funzioni sanitarie non tariffabili. Detto importo non costituirà un finanziamento aggiuntivo. Sarà cura delle aziende ed enti sanitari pubblici determinare l'esatto ammontare di detto importo, in linea con le condizioni di equilibrio economico-finanziario presente e prospettico, il cui raggiungimento e mantenimento ricadono sotto la responsabilità della direzione strategica degli enti stessi;

3) nel bilancio preventivo 1996 deve essere appostato il disavanzo residuo che alcuni enti sanitari pubblici

registreranno anche dopo aver attinto al fondo di riequilibrio;

4) il fondo di riequilibrio, in riduzione per il 1996 e 1997 per estinguersi per il 1998, sarà ripartito tenendo conto della complessità delle strutture sanitarie interessate; dell'andamento della domanda di prestazioni sanitarie; della quantità e qualità delle prestazioni erogate rispetto all'esercizio 1995; dei piani e programmi formulati dai singoli enti sanitari, in ordine alla razionalizzazione della spesa: attuazione di piani di riconversione di strutture, mobilità del personale;

5) con la trasformazione degli enti sanitari (Ussl e Pmao) in aziende, dotate di personalità giuridica e di autonomia patrimoniale, è venuta meno la necessità che la Regione autorizzi le alienazioni patrimoniali ed il reimpiego del ricavato. Per dette ragioni le aziende potranno assumere gli atti necessari al fine di cui sopra, nel rispetto della normativa vigente in materia di alienazione del patrimonio di aziende pubbliche, reimpiegando il ricavato, nell'ambito delle finalità aziendali, conformi agli indirizzi di cui al Piano sanitario nazionale ed agli indirizzi regionali;

6) nelle specialità e nel limite complessivo dei posti letto autorizzati, le aziende Ussl e ospedaliere possono autonomamente dimensionare i posti letto delle divisioni, sezioni e servizi ospedalieri e procedere alla articolazione dei servizi di diagnosi e cura, in rapporto alle esigenze assistenziali dell'utenza ed ai fini dell'ottimale utilizzo delle risorse assegnate e dell'economicità di gestione. Le aziende danno tempestiva comunicazione alla Giunta regionale delle variazioni dei posti letto intervenute per singola specialità;

7) i controlli preventivi di cui alla legge 30 dicembre 1991, n. 412, sono limitati agli atti del direttore generale riferiti ai piani e programmi, ai bilanci preventivi, ai conti consuntivi ed i bilanci di esercizio. La direttiva assessorile puntualizzerà le modalità di controllo sui risultati aziendali, in rapporto agli obiettivi fissati;

16) di disporre la trasmissione del presente atto al Consiglio regionale, affinché la competente commissione consiliare, entro il 31 luglio 1996, esamini gli elementi conoscitivi necessari ad attivare un confronto nel merito alla presenza dell'Assessore;

17) di inviare il presente atto al controllo della C.C.A.R. successivamente all'espletamento della fase di cui al precedente punto.

ALCUNE NOTE OPERATIVE SULL'APPLICAZIONE DEL DRG

di Maria Cristina Vichi

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

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Il sistema di classificazione Drg/Rod - 3. Il sistema di classificazione a fini del finanziamento - 4. Tariffe e prestazioni di assistenza ospedaliera - 5. La scheda di dimissione ospedaliera e la valorizzazione della prestazione ospedaliera.

1. Premessa

Come è noto a partire dal primo gennaio 1995 per l'attività ospedaliera a tutti i soggetti erogatori (pubblici e privati) viene corrisposto dal Servizio Sanitario Nazionale un rimborso pre-determinato per ogni assistito dimesso. La tariffa assunta ai fini di finanziamento è valutata secondo l'attribuzione del ricovero ad un determinato Drg, indipendente dai reali costi sostenuti dal ricovero stesso, dalle prestazioni effettivamente rese e dalla durata di degenza.

Viene sostituito così il precedente meccanismo di finanziamento che formalmente si richiamava al modello della attribuzione secondo *budget* globale con vincolo di bilancio, ma che, tramite la pratica dei ripiani a consuntivo, si era di fatto trasformato nel sostanziale rimborso dei costi sostenuti a consuntivo. Tale meccanismo, premiando in realtà le strutture meno efficienti, aveva incentivato una deresponsabilizzazione nell'uso appropriato delle risorse. Da questo punto di vista il passaggio da un finanziamento retrospettivo, a costi sostenuti, ad un finanziamento prospettico, per volume e complessità di casi trattati, si pone l'obiettivo di orientare i comportamenti gestionali ed organizzativi

verso l'uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili, promuovendo l'efficienza nella produzione dei servizi.

L'unità di riferimento per il finanziamento dell'attività ospedaliera è il ricovero, differenziato per tipologia e per complessità del percorso diagnostico-terapeutico, secondo le categorie descritte dal sistema di classificazione Drg. Le tariffe relative a ciascuna classe di ricoveri fanno riferimento alle risorse assorbite durante il processo assistenziale e standardizzate secondo i costi medi di produzione di un campione di riferimento regionale (in quanto l'attuale sistema prevede che siano le regioni a determinare il finanziamento) rappresentativo di un livello di efficienza ragionevole. Nella definizione delle tariffe sono state comprese diverse tipologie di costo fra cui i costi diretti (costo del personale impegnato nelle prestazioni erogate al paziente, costo apparecchiature e relativi ammortamento e manutenzione, costo materiale d'uso e consumo) e i costi generali, non direttamente connessi alla produzione della prestazione ma relativi ad essa (personale amministrativo etc.).

Nel presente articolo si evidenziano le caratteristiche del sistema di classificazione Drg al fine di fornire un con-

tributo che possa agevolare professionisti e organizzazioni sanitarie nella corretta valorizzazione del proprio operato.

2. Il sistema di classificazione Drg/Rod

I *Diagnosis related groups* (Drg) o Raggruppamenti omogenei di diagnosi (Rod) sono un sistema di classificazione dei ricoveri negli ospedali per acuti, costruiti utilizzando le informazioni contenute nella Scheda di dimissione ospedaliera (Sdo).

In Italia sono definite 492 classi finali di ricoveri (1) che dovrebbero, in virtù del sistema di classificazione stesso, essere significative ed omogenee al loro interno sia dal punto di vista clinico che rispetto al consumo di risorse per caso trattato e quindi ai costi di produzione dell'assistenza ospedaliera (2).

Le versioni del sistema di classificazione sono in continuo aggiornamento per cercare di seguire l'evoluzione della pratica clinica e per poterlo utilizzare differenziatamente in particolari tipi di strutture sanitarie (ad es. ospedali pediatrici). Il Ssn sta attualmente utilizzando la versione 10.0 della *Health Financing Administration* (Hfca-Drgs, 10.0).

Come è ormai noto ciascuna dimissione viene attribuita ad uno specifico Drg da un *software* (Drg *grouper*) che utilizza, fra i dati contenuti nella Sdo, quelli relativi a: diagnosi principale di dimissione, diagnosi secondarie definite (complicanze e/o comorbidità), interventi chirurgici effettuati, età e sesso del paziente, stato alla dimissione.

Dato che le diagnosi sono codificate in Italia secondo la IX Revisione della classificazione internazionale delle malattie (Istat, Icd-9, 1975) mentre il Drg *grouper* utilizza il sistema Icd-9-Cm, che ne rappresenta la versione statunitense (International Classification of Diseases, 9 th revision, Clinical Modification), esiste un programma di transcodifica per tradurre i codici Icd-9 nei corrispondenti Icd-9-Cm.

Nell'attribuzione di ciascun ricovero al gruppo finale o Drg, il *grouper* segue una logica rigidamente gerarchica: viene considerata la diagnosi principale di dimissione che assegna il ricovero ad una sola delle 25 Categorie diagnostiche maggiori (Mdc) che consentono una prima suddivisione dei ricoveri secondo l'organo o apparato interessato.

Una seconda importante selezione viene poi effettuata dividendo i ricoveri che hanno comportato la presenza di interventi chirurgici o di particolari procedure invasive dai ricoveri squisitamente medici.

Una volta individuati i casi chirurgici, questi vengono ordinati in funzione della procedura chirurgica effettuata, specifica per ogni Mdc. Poiché il sistema non prevede più di una classe chirurgica in relazione alla diagnosi principale durante una singola degenza in ospedale, le classi chirurgiche entro ogni Mdc sono state definite per ordine gerarchico: i pazienti con procedure multiple saranno assegnati alla classe chirurgica più elevata nell'ordi-

ne. Ad esempio una paziente sottoposta durante lo stesso ricovero ad una dilatazione, ad un curettage e poi ad una isterectomia, sarà automaticamente assegnata alla classe chirurgica dell'isterectomia.

In sintesi, l'ordine gerarchico definisce la sequenza con cui il *grouper* seleziona gli interventi nella scheda di dimissione influenzando largamente l'attribuzione al Drg finale; a differenza della prima variabile, la diagnosi principale, che predestina il ricovero ad un determinato Drg, la sequenza con cui gli interventi sono elencati nella scheda di dimissione non ha alcun effetto sulla attribuzione di un ricovero con interventi multipli ad un Drg. Sarà presa in considerazione la procedura chirurgica che avrà determinato il maggiore consumo di risorse.

Poiché viene quindi considerata una e una sola procedura chirurgica per ricovero, la procedura descritta rappresenta un limite del sistema per i casi di elevata complessità in quanto non vengono valorizzate procedure chirurgiche multiple nell'ambito di uno singolo ricovero. Qualora l'intervento selezionato come principale non sia associato a nessuna delle diagnosi principali relative alle Mdc cui il caso appartiene, vengono attribuiti a classi residuali che nel sistema attuale italiano si identificano nei Drg 468-476-477 (interventi non correlati alla diagnosi principale).

L'assegnazione dei casi medici avviene innanzitutto in base alla diagnosi principale di dimissione. Anche questi casi sono ordinati secondo una complessità decrescente che prevede una suddivisione in quattro macro categorie: le neoplasie; le diagnosi specifiche; i sintomi e una miscellanea di diagnosi infrequenti che comunque garantiscono l'esaustività del sistema.

Entrambi i casi (chirurgici e medici) possono subire variazioni nell'at-

tribuzione del singolo Drg qualora vengano considerate altre variabili quali:

a) complicanze e/o comorbidità, indicate come tutte quelle condizioni che subentranti o preesistenti possono dare luogo ad un aumento di durata di degenza di almeno un giorno nel 75 % dei pazienti. Sono condizioni che rendono più complesso il percorso diagnostico-terapeutico e quindi in genere associate ad una maggiore intensità di risorse assorbite per caso trattato. Ciascun Drg può essere definito quindi dalla presenza di almeno una delle diagnosi secondarie contenute in una lista specifica per ciascuna diagnosi principale;

b) età, nell'attuale sistema italiano è utilizzata per differenziare 43 Drg pediatrici (pazienti di età minore o uguale a 17 anni) e come variabile dei Drg 294 e 295 (diabete mellito in pazienti di età superiore o inferiore ai 35 anni);

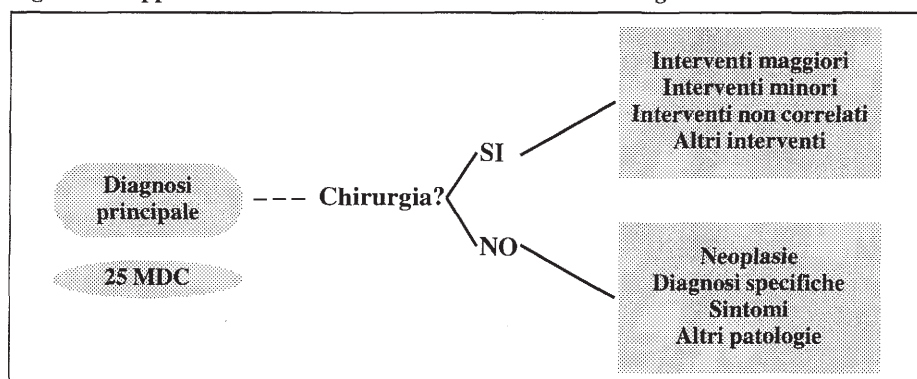
c) stato alla dimissione, ultima informazione utilizzata dove viene indicata la modalità di dimissione dei pazienti: autoassistenza domiciliare, trasferiti presso altri ospedali, dimessi contro il parere dei sanitari, deceduti durante il ricovero.

Complessivamente le variabili indicate formano un corollario clinico in grado di comprendere pazienti ricoverati per una stessa diagnosi principale, ma che hanno caratteristiche diverse (ad es. intervento o patologie concomitanti) ed attribuiti ad altrettanti diversi Drg (figura 1, pagina seguente).

3. Il sistema di classificazione ai fini del finanziamento

Nel 1994 sono stati pubblicati due decreti ministeriali (15 aprile 1994 e 14 dicembre 1994) (nota 2) i quali stabiliscono rispettivamente i pesi Drg-specifici e le tariffe Drg-specifiche.

Figura 1 - Rappresentazione schematica della costruzione dei Drg



Una definizione sufficientemente corretta dei pesi relativi Drg-specifici li qualifica come un valore che esprime l'intensità delle risorse teoricamente assorbite da un determinato ricovero (assegnato ad un singolo Drg). Un peso uguale ad 1 corrisponde al costo medio di un ricovero assunto come unità di misura ai fini di rimborso; se un particolare Drg ha un peso relativo di 0,9834, ciò significherà che il costo medio complessivo dell'assistenza dei ricoveri attribuiti a quel Drg è pari a 0,9834 volte il costo medio di un ricovero.

Se il costo medio di un ricovero è stato calcolato, ad esempio, di lire 4.300.000, il rimborso per quel Drg sarà di lire 4.300.000 x 0,9834.

È utile ricordare che l'ipotesi su cui si fonda il sistema è che i ricoveri attribuiti a ciascun Drg presentino un assorbimento di risorse e quindi di costi di assistenza omogenei fra loro, ma non del tutto identici: permane, infatti, una quota di variabilità residua intra-Drg e quindi esisterà sempre un certo numero di ricoveri che presenteranno costi di produzione superiori alla me-

dia e comunque altri con costi nettamente inferiori.

Il D.M. 14 dicembre 1994 riporta le tariffe massimali fissate dal Ministero della sanità per prestazioni di assistenza ospedaliera da applicarsi in via transitoria dalle regioni e province autonome che alla data del 1° gennaio 1995 non avessero adottato ancora propri provvedimenti di fissazione delle tariffe.

In conclusione, i metodi utilizzati per la definizione delle tariffe sono attualmente due: il primo, basato sul sistema dei pesi relativi Drg-specifici, il secondo, fondato sulle tariffe proposte dal Ministero della sanità in sostituzione del primo.

4. Tariffe e prestazioni di assistenza ospedaliera

Nel D.M. 15 aprile 1994 vengono riportate le tipologie di prestazioni di assistenza ospedaliera soggette a tariffa suddivisibili schematicamente in:

- 1) ricoveri ordinari;
- 2) ricoveri in *day hospital*;

3) ricoveri di riabilitazione e di lungo degenza.

Per i ricoveri ordinari sono previste quattro tariffe distinte:

1a) ricoveri *standard*, cioè ricoveri di durata superiore ad un giorno ma inferiore alla soglia di degenza del Drg preso in considerazione, l'entità del finanziamento è rappresentata dalla tariffa *standard* (quarta colonna della tabella 1);

1b) ricoveri giornalieri (3) di pazienti non deceduti e non trasferiti ad altri ospedali la cui tariffa è Drg specifica (quinta colonna della tabella 1);

1c) ricoveri giornalieri di pazienti deceduti o trasferiti presso altri ospedali per i quali la tariffa Drg specifica viene raddoppiata in previsione di un maggiore consumo di risorse se il paziente viene trasferito o arriva all'*exitus* durante il ricovero (calcolare il doppio della tariffa riportata in quinta colonna);

1d) ricoveri anomali (*outliers*) cioè ricoveri con durata di degenza superiore al valore soglia del Drg considerato, tali ricoveri vengono remunerati aggiungendo alla tariffa *standard* un importo che rappresenta circa il 60% del costo medio di una giornata di ricovero (settima colonna della tabella 1) moltiplicato per il numero dei giorni di degenza ecceduti rispetto al valore soglia (sesta colonna della tabella 1).

I ricoveri in regime di *day hospital* sono remunerati per singoli accessi Drg specifici ed hanno in genere una tariffa corrispondente al 120% del costo medio di una giornata di degenza della Mdc di appartenenza. I ricoveri in regime di *day hospital* chirurgici

Tabella 1 - Tariffe massimali delle prestazioni di assistenza ospedaliera

Drg	Mdc	Descrizione	Ricoveri ordinari	Ricoveri giornalieri	Valore soglia	Incremento pro die
098	4	Bronchite e asma, età < 18	2.859	411	22,6	308
226	8	Interventi sui tessuti molli con cc	6.112	391	42,5	293
324	11	Calcolosi urinaria senza cc	3.133	387	20,6	291

(*day surgery*) sono remunerati con il 75% della intera tariffa *standard* del relativo ricovero ordinario. È importante sottolineare che è da intendere come *day surgery* un pacchetto di prestazioni culminanti con l'intervento chirurgico, ma per loro definizione comprendenti indagini pre-operatorie ed un *continuum* postoperatorio (medicazioni, asportazione punti di sutura ...). Nel caso in cui il paziente effettui le prestazioni pre-operatorie ma non l'intervento chirurgico, le stesse sono trasformate in prestazioni ambulatoriali ed il paziente viene invitato a rimborsare il relativo *ticket*.

Esistono tariffe differenziate in funzione dei diversi regimi di ricovero per acuti a cui si aggiungono le tariffe relative alle dimissioni dai reparti di riabilitazione e di lungo degenza post-acuzie. La distinzione fondamentale fra ricoveri ordinari e ricoveri di riabilitazione è che mentre per i ricoveri ordinari la tariffa è basata sul sistema di classificazione Drg, per i ricoveri di riabilitazione l'unità di finanziamento è rappresentata dalla giornata di degenza, differenziata sempre secondo la categoria diagnostica maggiore.

I ricoveri dei pazienti dimessi da un reparto di lungodegenza o di riabilitazione ospedaliera sono remunerati in funzione della durata di degenza ed in particolare secondo due tariffe distinte:

a) per i ricoveri di lungo degenza post-acuzie è prevista la stessa tariffa applicata a tutte le Mdc considerate;

b) per i ricoveri di riabilitazione sono previste tariffe differenziate per le Mdc 1-4-5-8 (tabella 2).

Questi ricoveri, quindi, hanno una tariffa complessiva che è data dalla moltiplicazione della tariffa giornaliera per le giornate di degenza effettuata. Diversamente dai ricoveri ordinari, queste degenze hanno un valore soglia di 60 giorni, identico per tutte le Mdc di appartenenza oltre il quale la tariffa

giornaliera viene ridotta al 60% della tariffa piena (tabella 2).

5. La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e la valorizzazione delle prestazioni

La SDO è stata istituita con decreto del Ministro della sanità il 28 dicembre 1991 con la seguente definizione: «strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale». Rappresenta il documento ufficiale sul quale il medico che dimette deve riportare tutte le informazioni necessarie per giungere all'attribuzione della categoria finale del ricovero, costituisce una rappresentazione sintetica della cartella clinica (di cui è parte integrante), caratterizzata dalla stessa validità medico-legale, ed è l'unico documento valido a fini di rimborso dell'ospedale.

Deve essere validata con una firma sia dal medico dimettente che dal responsabile della divisione, mentre la direzione sanitaria risponde della completezza informativa e della successiva trasmissione a regione e ministero. La compilazione è obbligatoria per tutti i pazienti con la sola esclusione dei neonati sani, dei cittadini ospitati in strutture di carattere socio assistenziale o in comunità protette.

Le informazioni contenute nella scheda di dimissioni ospedaliera sono:

la caratterizzazione socio-demografica del paziente (data di nascita, sesso, residenza etc.); la diagnosi principale di dimissione e eventuali diagnosi secondarie fino ad un massimo di tre; l'intervento chirurgico principale ed altre procedure invasive diagnostico-terapeutiche fino ad un massimo di quattro; la divisione del ricovero e della dimissione (con eventuali trasferimenti presso altre divisioni con le relative date); lo stato del paziente all'atto della dimissione (modalità di dimissione) e la sua destinazione dopo il ricovero.

Parlare di una corretta valorizzazione, quando il meccanismo di finanziamento è quello descritto, equivale a dire, per un medico che dimette e per l'intera organizzazione, compilare correttamente la scheda di dimissione ospedaliera al fine di computare il giusto Drg che darà poi luogo al rimborso.

In funzione delle variabili che rappresentano le informazioni necessarie e sufficienti per definire la categoria del paziente, possiamo fornire in conclusione alcuni suggerimenti che, in via generale possono aiutare il medico nella compilazione della scheda di dimissione ospedaliera.

La diagnosi principale. Nei casi medici deve sempre essere codificata come prima diagnosi quella che durante il ricovero ha assorbito la maggiore quantità di risorse. Tale valutazione, che dovrebbe essere fatta dal

Tabella 2 - Tariffe massimali delle prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione

Settore	Tariffa giornaliera (per 1000)
Lungo degenza post-acuzie.....	267
<i>Riabilitazione Ospedaliera</i>	
Mdc 1 - sistema nervoso	507
Mdc 4 - apparato respiratorio	447
Mdc 5 - apparato cardiocircolatorio	486
Mdc 8 - apparato muscolo-scheletrico	459
Altre categorie diagnostiche	390

medico, non risulta sempre agevole e può esser utile rammentare che in generale gli importi delle tariffe seguono il seguente ordine: presenza di neoplasie, diagnosi specifiche, sintomi, diagnosi infrequenti (che comunque non sempre sono collegate ad un minor rimborso). Nei casi chirurgici, soprattutto in caso di più interventi e/o procedure indicati nello stesso ricovero, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta:

a) in presenza di più interventi chirurgici selezionare come principale l'intervento che, fra tutti quelli che sono stati eseguiti durante il ricovero, è maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e comunque quello che ha richiesto maggiore attenzione da parte dei sanitari impegnando il più elevato quantitativo di risorse (sala operatoria, *équipe* chirurgica, anestesia ...), gli altri interventi saranno riportati successivamente;

b) nel caso siano presenti sia interventi chirurgici sia procedure, indicare sempre prima gli interventi e lasciare la codifica delle procedure ai rimanenti campi;

c) nell'eventualità in cui il paziente subisca un ricovero per una patologia importante, da segnalare comunque come diagnosi principale di dimissione, e nel contempo venga sottoposto ad intervento chirurgico per altra patologia, la diagnosi principale non deve essere sostituita per giustificare l'intervento chirurgico e comunque dovrà essere riportato l'intervento.

Quando sono presenti più interventi e/o procedure oltre i quattro campi disponibili, la scelta di priorità viene lasciata al medico che dimette il paziente. Si consigliano comunque una serie di regole da seguire nella scelta dei codici da utilizzare (in termini di riconoscimenti tariffari):

a) hanno la priorità gli interventi chirurgici a cielo aperto seguiti da quelli eseguiti con procedura endoscopica e/o laparoscopica;

b) nella codifica delle biopsie occorre fare attenzione alla distinzione fra biopsie endoscopiche e non;

c) per quanto riguarda le biopsie eseguite in corso di intervento chirurgico non devono essere codificate le biopsie che avvengono nel corso della seduta operatoria sull'organo oggetto dell'intervento, ma vanno invece segnalate le biopsie che non riguardano l'organo aggredito, scegliendo il codice che specifica l'approccio a cielo aperto;

d) seguono le procedure diagnostiche interventistiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia);

e) seguono le procedure diagnostiche in senso stretto con o senza biopsia presenti nella parte di manuale che comprende i codici fino all'86.99;

f) tra i codici oltre l'86.99 ve ne sono 10 (elencati di seguito) che hanno la stessa priorità degli interventi chirurgici eseguiti per via endoscopica o laparoscopica dal momento che creano Drg chirurgici e sono nell'ordine: colangiografia intraoperatoria (87.53); angiocardigrafia del cuore destro o sinistro (88.52 o 88.53); angiocardigrafia del cuore sinistro e destro (88.54); angiocardigrafia coronarica con catetere singolo (88.55); angiocardigrafia coronarica con dei cateteri (88.56); altra e non specificata arteriografia coronarica (88.57); roentgenografia cardiaca per contrasto negativo (88.58); impianto-inserzione di elementi radioattivi (92.27); esame dell'occhio in anestesia (95.04);

g) nel caso in cui rimangano liberi campi di segnalazione e vengano eseguite procedure riconducibili ai codici contenuti nella miscellanea, fra queste dare la priorità alle indagini più invasive e più impegnative.

Complicanze e/o comorbidità. In funzione del fatto che il Drg di assegnazione sia del tipo con complicanze e/o comorbidità o senza, si avrà un diverso rimborso della prestazione erogata. Come veniva già segnalato in precedenza, le patologie complicanti o concomitanti danno luogo ad un maggiore rimborso per i maggiori costi sostenuti.

Età. In genere non rappresenta una particolare problematica in quanto da cartella clinica si risale all'età anagrafica del paziente che può essere così ricondotto nella categoria pertinente.

Sesso. Ai fini di rimborso ospedaliero non rappresenta una variabile significativa: può portare ad una errata codifica della scheda di dimissioni ospedaliera qualora non vi sia congruenza fra diagnosi principale o intervento chirurgico effettuato (paziente di sesso femminile con intervento di prostatectomia o paziente di sesso maschile con parto).

Stato alla dimissione. Le voci che corrispondono alla modalità di dimissione del paziente possono assumere una importanza ai fini di rimborso nel caso dei ricoveri giornalieri ove, qualora il paziente sia deceduto o trasferito presso altro ente, la tariffa corrispondente viene raddoppiata.

(1) Il numero delle classi varia nei singoli Paesi che hanno adottato il sistema di classificazione.

(2) Per una posizione critica si veda Del Vecchio 1994, pag. 39.

(3) Per essere qualificato come ricovero giornaliero la durata della degenza, calcolata sottraendo la data di ricovero (riportata sulla cartella clinica) da quella di dimissione, deve essere sempre inferiore a due giorni.

BIBLIOGRAFIA

DECRETO MINISTERIALE 28 DICEMBRE 1991, *Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera*, G.U., 17 gennaio, 1992, n. 13.

- DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria*.
- DECRETO MINISTERIALE 26 LUGLIO 1993, *Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero, pubblici e privati*, G.U., 3 agosto, 1993, n. 180.
- DECRETO MINISTERIALE 15 APRILE 1994, *Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera*, G.U., 10 maggio, 1994, n. 107.
- DECRETO MINISTERIALE 14 DICEMBRE 1994, *Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera*, G.U., 24 dicembre 1994, n. 300.
- Linee di guida: la compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera*, Servizio centrale della programmazione sanitaria, Ministero della sanità, 1995.
- DEL VECCHIO M., *Mercati e tariffe nella riforma del S.S.N.*, **Mecosan** 9, 36:44, 1994.
- FEDER J., *How did medicare prospective payment system affect hospitals?*, N. Engl. J. Med., 1987.
- FETTER R.B., *Case-mix definition by diagnosis-related groups*, Med-care, 1980; 18 (suppl.).
- HORN S., *Interhospital differences in severity of illness: problems for prospective payment based on diagnosis related groups*, N. Engl. J. Med., 1985.
- HSIA D.C., *Accuracy of diagnostic coding for medicare patients under the prospective payment system*, N. Engl. J. Med., 1988.
- RUSSEL L.B., *The effect of prospective payment on medicare expenditures*, N. Engl. J. Med., 1989.
- SINBORG D., *Drg creep: a new hospital-acquired diseases*, N. Engl. J. Med., 1981.
- TARONI F., *Drg/Rod e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Roma, Pensiero Scientifico Editore, 1996.
- TARONI F., CURCIO-RUBERTINI B., *I diagnosis related group per la valutazione della attività ospedaliera*, Bologna, Clueb, 1991.

Esperienze innovative

Sezione 3^a

ESPERIENZA SULLA MODIFICAZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DA FUNZIONALE A MATRICIALE

di Gino Gumirato

Casa di Riposo «A.M. Bonora» - Camposampiero

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Modificazione della struttura organizzativa - 3. Conclusioni.

1. Premessa

Le proiezioni demografiche sugli anziani indicano valori in aumento sia in termini percentuali che assoluti: aumentano progressivamente gli ultrasessantacinquenni, ma contemporaneamente aumentano in percentuale, in misura ancora più considerevole, gli ultrasessantacinquenni e gli ultraottantenni.

Inoltre i dati confermano una maggiore incidenza delle patologie cronico-degenerative a tendenza invalidante a fronte delle altre forme patologiche; è evidente fin d'ora, dunque, la grande ricaduta di effetti sulle richieste sanitarie ed assistenziali e, di conseguenza, sull'organizzazione dei servizi.

L'affermazione assume una duplice valenza e mette in risalto da un lato la necessità di programmare a livello locale (Comune, USL) l'apertura di nuovi servizi, come ad esempio i *day hospital*, i centri diurni e l'assistenza domiciliare, dall'altro di verificare la rispondenza alle mutate necessità dell'organizzazione interna dei servizi esistenti, argomento oggetto del presente articolo.

La Casa di Riposo «A.M. Bonora» non assume più i connotati di una «classica» casa di riposo: da anni vengono inseriti solo anziani non-auto-

sufficienti e sempre di più con elevata richiesta di prestazioni sanitarie, cui gli ospedali non possono dare risposta se non nella fase acuta delle patologie.

La residenza ospita 260 anziani, di cui 210 non-autosufficienti.

Agli aspetti assistenziali e sanitari si sommano quelli di natura sociale, logicamente derivanti dai lunghi periodi di permanenza in struttura.

Le difficoltà tratteggiate conducono alla necessità di superare il «modello assistenzialistico» nei servizi sociali e sanitari e di orientarsi quindi verso un modello che leghi gli interventi effettuati ai risultati di salute prodotti.

Porsi nell'ottica della effettiva misurazione dei risultati di salute degli anziani significa, come concezione generale, accettare una sfida; una sfida orientata alla misurazione della qualità nell'accezione più ampia del termine.

Partendo da questi presupposti l'Ente ha adottato un modello organizzativo, che si basa sul *project management* e sull'approccio gerontologico.

Il modello agisce a più livelli:

— sulla valutazione dell'anziano, proponendone una valutazione multidimensionale e multifunzionale;

— sulla struttura dell'organizzazione, proponendo il passaggio ad una

struttura matriciale dell'organizzazione;

— sull'integrazione ed il coordinamento tra le diverse figure professionali e i diversi servizi (gli strumenti di impatto organizzativo diventano fondamentali se si vuole pervenire ad una struttura matriciale).

Come in parte già anticipato l'aspetto di cui ci si occuperà nell'articolo è quello del passaggio alla struttura matriciale.

2. Modificazione della struttura organizzativa

La struttura organizzativa adottata fino al 1993 è la struttura funzionale: è costituita da due aree, quella socio-assistenziale e quella amministrativa; in realtà l'area amministrativa si divide a sua volta in area amministrativa ed in area servizi.

Il Segretario-Direttore è il massimo dirigente dell'Ente; sovrintende direttamente l'area servizi e quella amministrativa. Il Responsabile dell'Area Socio-Assistenziale presidia i lavori di natura sociale, assistenziale, sanitaria.

Si può subito notare che, mentre l'area socio-assistenziale ha un «direttore di funzione», l'area amministrativa (nell'accezione più allargata di cui sopra) ne è sprovvista: le fun-

zioni di coordinamento di tale area sono perciò esercitate direttamente dal Direttore e, in base ad una regola/delega non scritta, dall'Economo; un primo problema nasce proprio da questa situazione che evidenzia, inoltre, che i meccanismi operativi non raggiungono un adeguato grado di formalizzazione e soprattutto di sviluppo.

Il fatto che questa delega non sia ben esplicitata comporta che venga stabilito, per ogni attività e nello stesso momento in cui viene portata avanti, chi dei due organi, ed in quali termini, abbia potere decisionale, fatto salvo naturalmente il controllo finale che il Direttore si riserva.

La situazione porta, a volte, alle seguenti conseguenze:

- le informazioni rimbalzano da un organo ad un altro;
- il procedimento si interrompe molte volte;
- manca al personale un punto di riferimento ben definito;

— i tempi si allungano notevolmente;

— la situazione resta incerta anche per il futuro.

Si sono dunque evidenziati alcuni problemi nel coordinamento e nell'integrazione dell'area amministrativa-servizi, strutturata funzionalmente ma priva di un responsabile di funzione.

L'area socio-assistenziale è dotata invece di tale figura, la quale dovrebbe garantire l'adeguato coordinamento delle diverse figure professionali.

La situazione iniziale comunque, anche in presenza del responsabile di funzione, non è delle più rosee; l'evidenziazione è offerta dall'analisi poliflussi effettuata nel 1994: in particolare ci si riferisce all'area di contesto dell'ufficio animazione, circuito 4 (di cui alla figura 1): il Responsabile di Padiglione è al centro di un innumerevole numero di duplici passaggi di informazioni con tutte le altre figure professionali; ogni persona si riferiva direttamente alla Responsabile di Pa-

diglione e da lei riceveva comunicazioni, con un evidente spreco di tempo, di energie e soprattutto con una situazione in cui uno decideva e gli altri si adeguavano, fatti salvi altri livelli di controllo da parte del Responsabile di Area, del segretario, del Consiglio di Amministrazione: la situazione era insostenibile.

La necessità di modificare la struttura organizzativa, fino ad arrivare alla struttura matriciale, veniva dunque evidenziata:

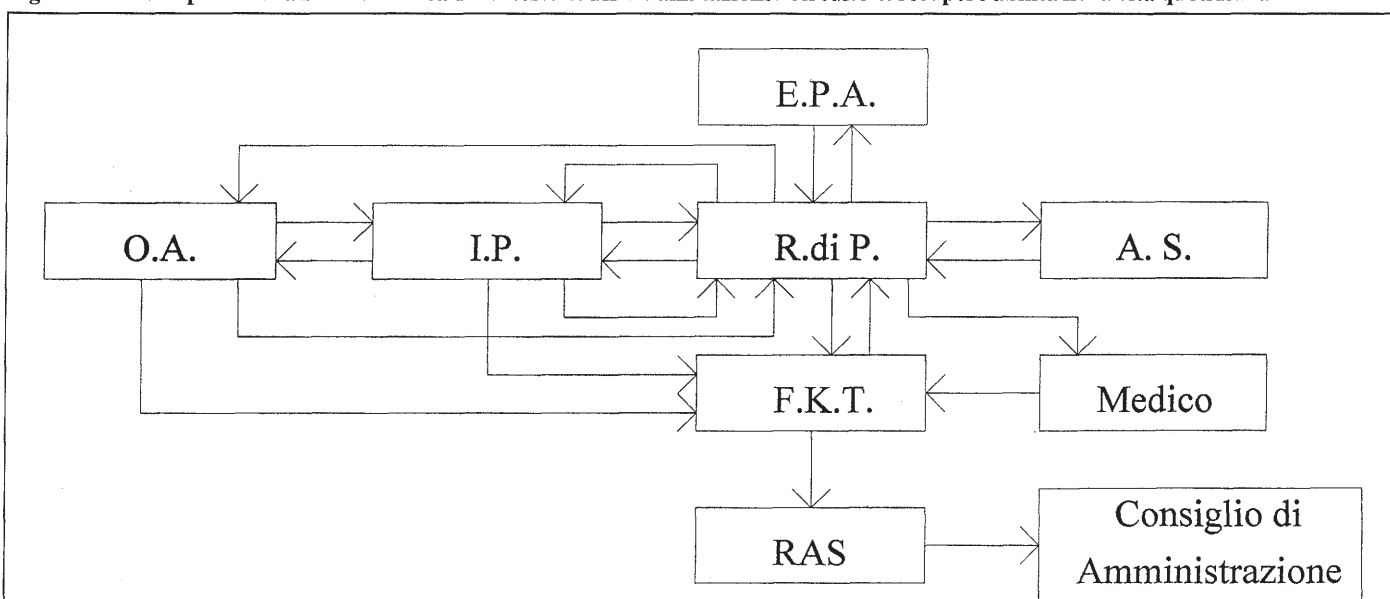
1) dai risultati dell'analisi poliflussi (vedi ad esempio figura 1);

2) dai risultati del questionario sul clima organizzativo (vedi figure 3, 4, 5 e 6);

3) dalla valutazione complessiva del contesto, spiegato sinteticamente come segue:

— elevato numero di dipendenti dell'area socio-assistenziale pari a 140, rispetto ai 25 dell'area amministrativa; l'area socio-assistenziale rappresenta il «cuore» dell'azienda;

Figura 1 - Analisi poliflussi anno 1994. Area di contesto 4: ufficio animazione. Circuito 4: recupero abilità nella vita quotidiana



L'analisi poliflussi del 1994 evidenzia che il responsabile di padiglione è al centro di un innumerevole numero di duplici passaggi di informazioni con tutte le altre figure professionali: ognuna si riferisce direttamente alla responsabile e da lei riceveva comunicazioni e decisioni.

— elevato numero di *professionals* quali medici, educatori, assistenti sociali, fisioterapisti, infermieri professionali, coordinatore;

— spiccata differenziazione della cultura, della professionalità, degli stili di operare delle diverse figure professionali;

— inadeguato sviluppo dei meccanismi di coordinamento;

— accentuazione delle problematiche di rilievo sanitario, sociale, assistenziale, derivanti dalla scelta di ospitare solo anziani non-autosufficienti;

— necessità di dare risposte adeguate in termini qualitativi, coordinate rispetto alle diverse aree, basate su logica progettuale;

— necessità di abbandonare il paradigma di riferimento basato sulle «prestazioni minime», divenuto assolutamente insufficiente;

— necessità di adottare conseguentemente una logica strategica nei servizi per gli anziani.

Se questo è il contesto di riferimento il passo successivo, ai fini della possibilità di modificazione della struttura organizzativa, è quello di verificare se ci siano i presupposti fondamentali perché l'operazione funzioni:

— volontà del Consiglio di Amministrazione;

— assegnazione della responsabilità generale del progetto di modificazione dell'organizzazione ad un unico dirigente;

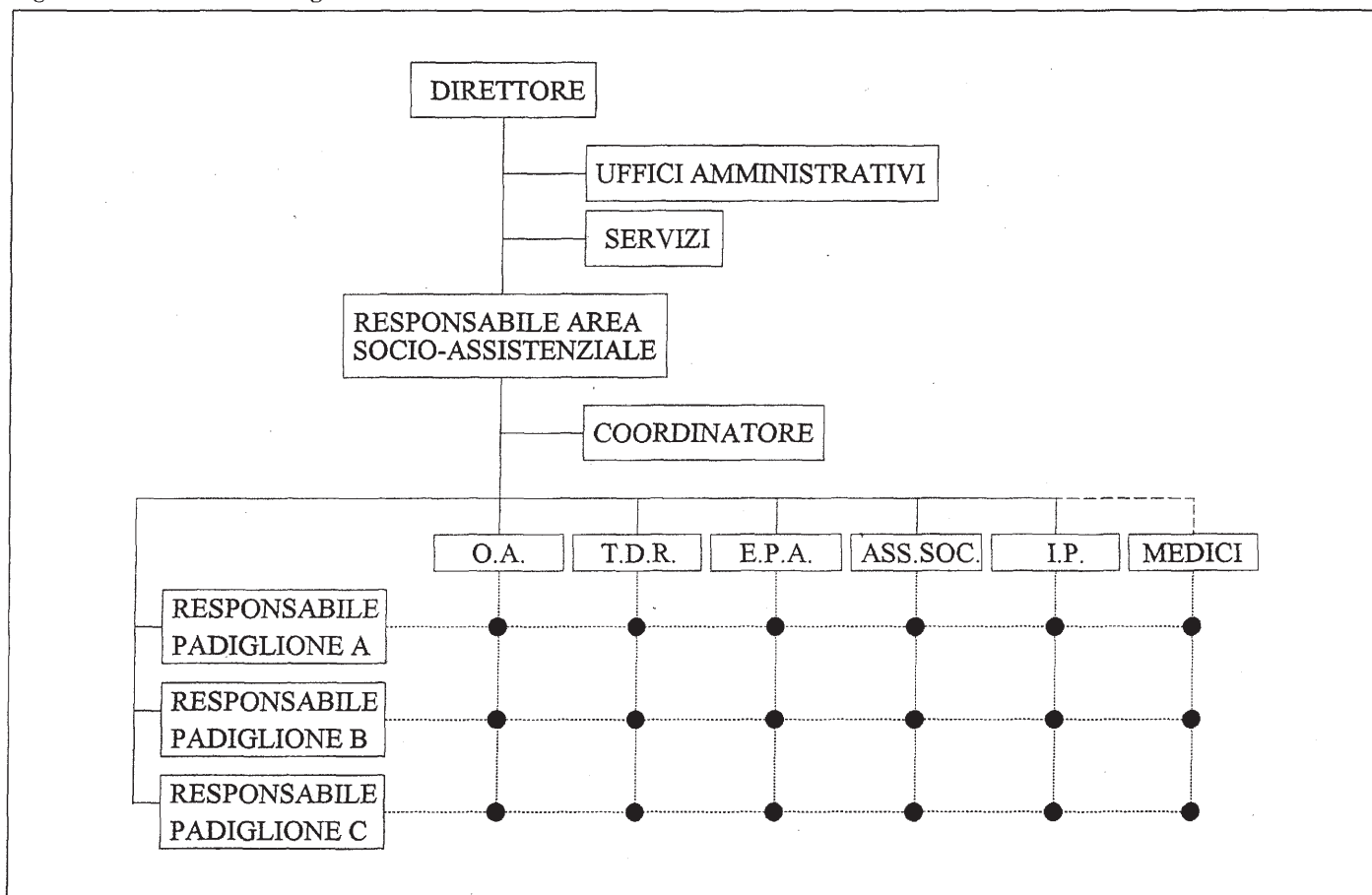
— presenza di quadri intermedi, che «sposino» la nuova filosofia e la portino avanti; quella del quadro intermedio (capo sala, coordinatore di reparto o responsabili di padiglione, ecc.) è una figura fondamentale, almeno quanto quella del responsabile generale del progetto;

— forte investimento nella formazione manageriale;

— particolare attenzione ai meccanismi di integrazione e coordinamento.

Valutati sufficientemente sviluppati i presupposti fondamentali appena descritti, si è decisa la modificazione strutturale dell'Ente. La struttura organizzativa a matrice che ne è derivata è quella rappresentata dalla figura 2.

Figura 2 - Attuale struttura organizzativa



Da una prima visione della stessa si può notare che gli uffici amministrativi ed i servizi sono in posizione di *staff* rispetto al Direttore della struttura. Il Coordinatore (delle attività sanitarie non mediche) è in posizione di *staff* rispetto al Responsabile dell'Area Socio-Assistenziale.

Sulle colonne della matrice vi sono i tecnici, o *professionals*, permanentemente assegnati ai progetti dell'area di cui sono esperti, sui diversi padiglioni. Ad essi è anche assegnato stabilmente il compito di garantire la formazione professionale nei confronti delle altre figure.

I medici, pur non essendo dipendenti dell'Ente sono stati inseriti nella struttura a significare il loro ruolo, stabile, nell'*équipe* di reparto; la situazione è evidenziata dal rigo tratteggiato cui sono collegati.

Le Responsabili di Padiglione, inserite nelle righe del modello matriciale, sono le responsabili delle problematiche degli anziani nel loro complesso e sono quindi responsabili di tutti i progetti effettuati dai vari tecnici nel loro padiglione.

Il Responsabile dell'Area Socio-Assistenziale sovrintende i lavori dei *professionals* e dei Responsabili di Padiglione; è il responsabile generale sia dei risultati complessivi di salute che dell'intera organizzazione.

Riferisce al Direttore ed al Consiglio di Amministrazione ed è il responsabile della comunicazione esterna sul progetto-obiettivo anziani dell'Ente.

Il Responsabile di Area assume un ruolo strategico, determinante, soprattutto nella fase di gestione del cambiamento di paradigma di riferimento.

La fase successiva alla trasformazione strutturale (nel primo anno di trasformazione) è molto delicata sotto il profilo dei diversi equilibri; la confusione tra i ruoli è stata un elemento costante, sotto il duplice aspetto della

sovrapposizione dei compiti e della perdita di *status*.

Chi in precedenza si lamentava della presenza di un forte orientamento al potere e ai ruoli, si chiedeva poi «chi dovesse prendere la decisione finale di quanto era stato deciso in *équipe*»; ed ancora «di chi era la responsabilità di una decisione in *équipe*». Il potere ed il ruolo che erano stati trasfusi in *équipe* si erano dunque persi, non li si riconosceva più, non ci si riconosceva più.

Sulla difficoltà di «orientarsi» in un paradigma di riferimento diverso è in-

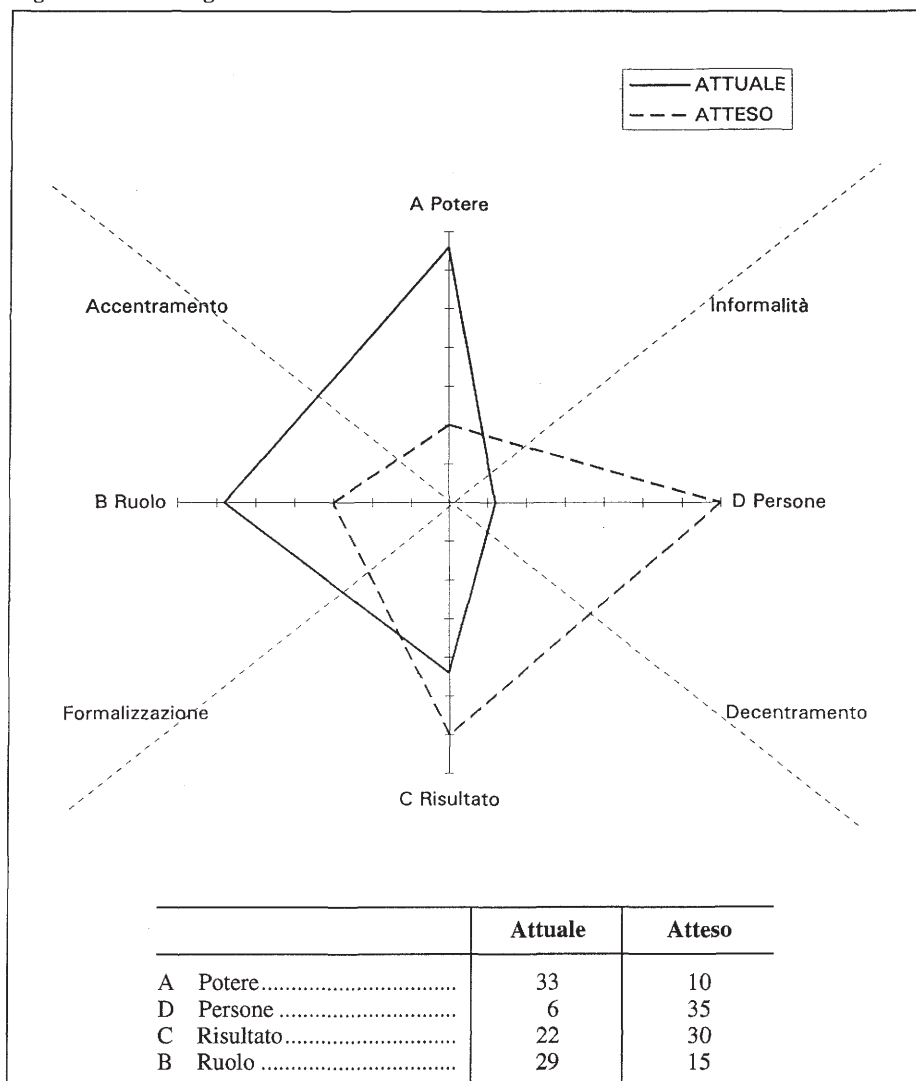
teressante osservare quanto evidenziato dal questionario sul clima organizzativo adottato dall'Azienda.

Il questionario è stato somministrato finora due volte; la prima dopo un anno di attività progettuale, la seconda dopo il secondo anno.

Si focalizza su quattro variabili fondamentali: potere, ruolo, risultato, persone; il confronto di queste variabili, prese a due a due, evidenzia situazioni di accentramento, formalizzazione, decentramento, informalità.

In un grafico derivante dal questionario (vedi figura 3) è evidenziata la

Figura 3 - Clima organizzativo: «l'uomo del riscatto»



situazione di un dipendente dell'area socio-assistenziale, dopo un intero anno di attività; come si può notare il soggetto reputa (situazione attuale) che l'Azienda sia ancora fortemente orientata su logiche di potere e sul sistema dei ruoli; viene evidenziato inoltre che la situazione auspicabile (situazione attesa) dovrebbe tendere al conseguimento dei risultati e alla focalizzazione sulle persone. I gap tra situazione attuale ed attesa sono molto grandi; il grafico, vista la sua peculiarità, è stato definito l'uomo del riscatto.

Abbiamo dunque visto che, nonostante si sia lavorato per un anno cercando di assimilare una nuova concezione del lavoro, di portare avanti delle tecniche innovative nelle riunioni e nel prendere le decisioni, la teoria spesso è ben lontana dalla realtà: la qualità pianificata dal Responsabile di Area è evidentemente diversa da quella percepita da parte di una percentuale di personale, determinando così un gap di allineamento.

Un caso che invece ben dimostra l'allineamento tra qualità pianificata e qualità percepita è evidenziato dalla figura 4. I gap tra situazione attuale e situazione attesa sono molto piccoli, ma non solo: vi sono un fortissimo orientamento al risultato ed un fortissimo orientamento alle persone. Questo soggetto è centrato, come definito in gergo, sicuramente vive bene nel suo ambiente di lavoro ed è fortemente motivato.

L'uomo del riscatto e l'uomo centrato rappresentano i due casi limite dell'anno 1995; il primo in negativo ed il secondo in positivo.

Valutiamo ora la situazione generale, con l'aiuto dei grafici comparati degli anni 1994 e 1995 (vedi figure 5 e 6, pagine seguenti).

Nel 1994 l'orientamento al potere era molto elevato: 32 punti contro i 6 attesi; il valore dato al ruolo era altre-

si alto e pari a 25 punti, contro i 18 attesi. Di conseguenza l'orientamento alle persone ed ai risultati risultava basso.

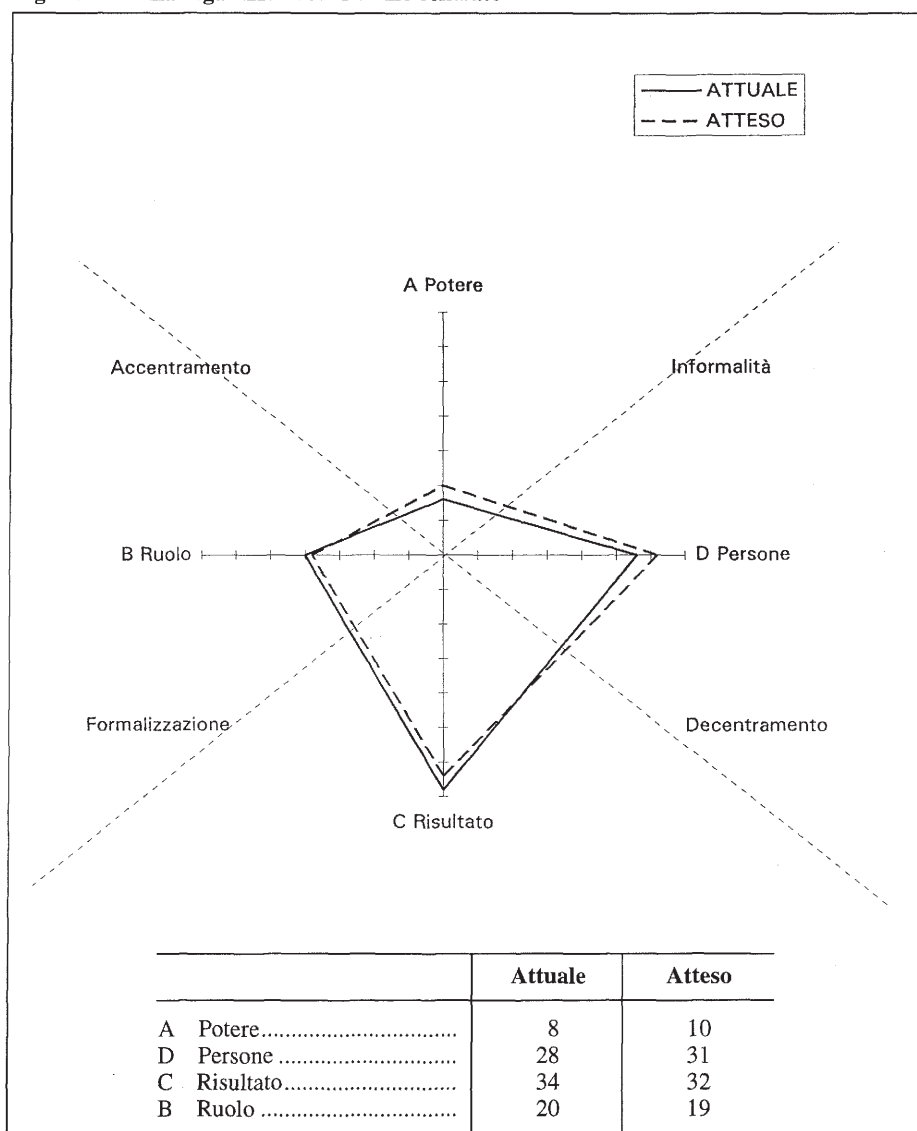
Nel 1995 la situazione cambia notevolmente: in particolare diminuiscono i gap tra situazione attuale e situazione attesa; La situazione attuale conferma la diminuzione dell'orientamento al potere ed al ruolo a tutto vantaggio di un'organizzazione più tesa alle persone e soprattutto ai risultati.

I risultati ottenuti dopo due anni di organizzazione a matrice, e a distanza di un anno dalle prime verifiche effettuate con l'analisi organizzativa ed il questionario, ci sembrano più che soddisfacenti, pur considerando le situazioni negative tuttora presenti (come il citato uomo del riscatto).

3. Conclusioni

A) L'esperienza ha dimostrato quando sia importante, ai fini della ri-

Figura 4 - Clima organizzativo: «l'uomo centrato»



progettazione organizzativa, una visione strategica dell'azienda, ma soprattutto quanto la strategia debba essere continuamente e pedissequamente tradotta in sistemi operativi e metodologie di gestione e sviluppo del personale.

B) La progettazione degli interventi ha avuto un carattere di globalità; ma ciò nonostante alcuni risultati sono stati al di sotto delle aspettative: il gap esistente tra orientamento al risultato, voluto dal responsabile di progetto e quello effettivo dimostrato dai quadri-dirigenti, è ancora troppo elevato.

C) Il gap tra mission dei dirigenti e Amministrazione da un lato e mission delle figure *front-line* dall'altro è ancora ben visibile.

D) Probabilmente la causa di quanto appena asserito va cercata nella non adeguata programmazione della formazione professionale, oltre che al ruolo non sufficientemente positivo svolto dalle organizzazioni sindacali.

E) D'altro canto si è promosso un processo, divenuto irreversibile, basato sull'approccio gerontologico e sul *project management* nel campo degli anziani fortemente non-autosufficienti, ribaltando dunque il paradigma di riferimento preesistente, basato sul concetto della «prestazione».

F) L'analisi poliflussi ha evidenziato un buon miglioramento di alcuni circuiti: in particolare sono stati eliminati e semplificati i meccanismi di comunicazione tra diverse figure professionali; la responsabilizzazione sui risultati, e quindi sull'intera gestione dei processi, ha motivato il personale e diminuito il senso di sfiducia e di frustrazione.

G) Il questionario sul clima organizzativo ha evidenziato il miglioramento dei dati sull'orientamento ai risultati ed alle persone, rispetto ad un orientamento al potere ed al ruolo: ne

conseguono una generale diminuzione dell'accentramento e della formalizzazione ed un aumento del decentramento e dell'informalità.

H) La possibilità di mettere mano all'istituto degli incentivi è stata sicuramente positiva; le possibilità giuridico-amministrative consentono da anni di differenziare, anche fortemente, gli incentivi individuali; la battaglia culturale su questo campo è e rimarrà durissima; di sicuro la strada percorsa finora sull'istituto degli in-

centivi consentirà un passaggio molto tranquillo al regime giuridico del nuovo contratto di lavoro, nel quale vengono inseriti dei concetti anticipati da tempo in sede aziendale.

I) Particolare attenzione è stata posta alla gestione e sviluppo delle risorse umane ed all'introduzione di elevati meccanismi di impatto organizzativo, di cui solo in parte si è parlato in questo lavoro; su questi due fronti l'Azienda dovrà continuare ad investire.

Figura 5 - Clima organizzativo: situazione generale 1994/2

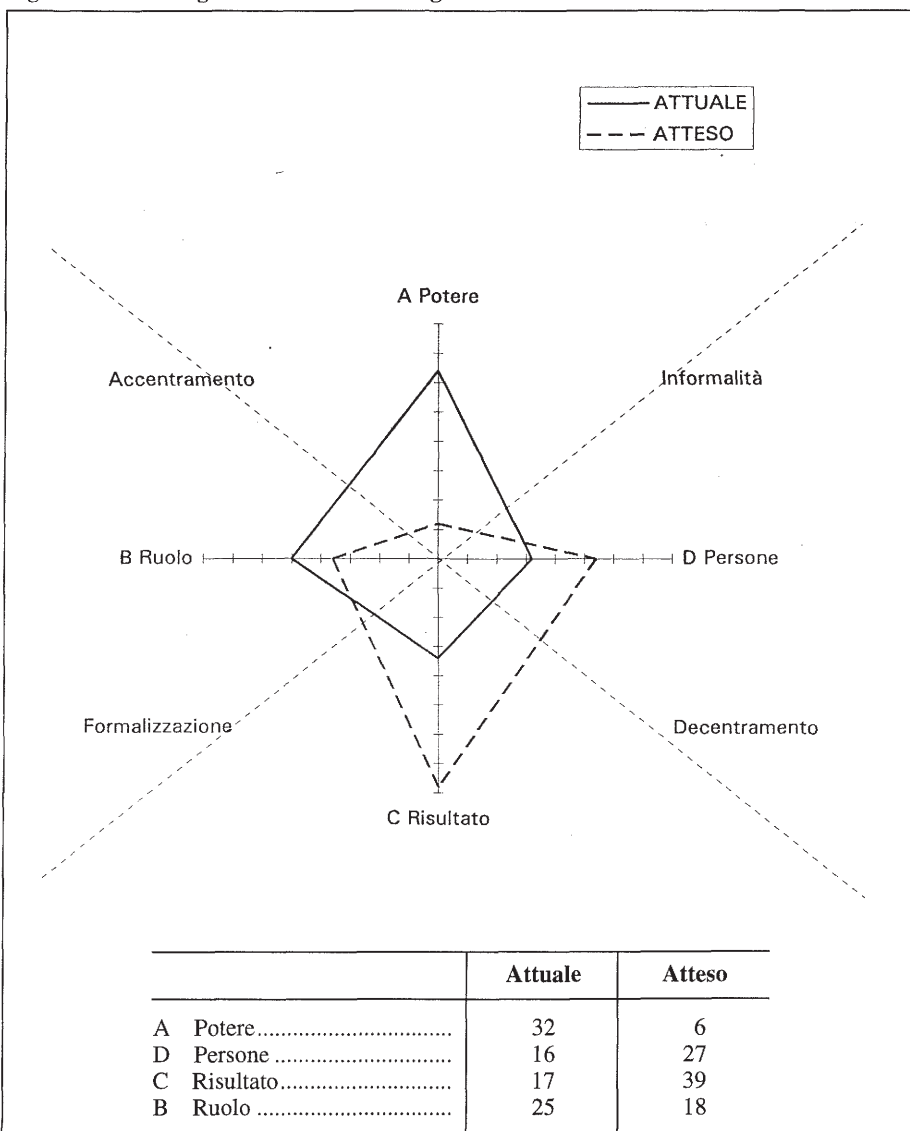
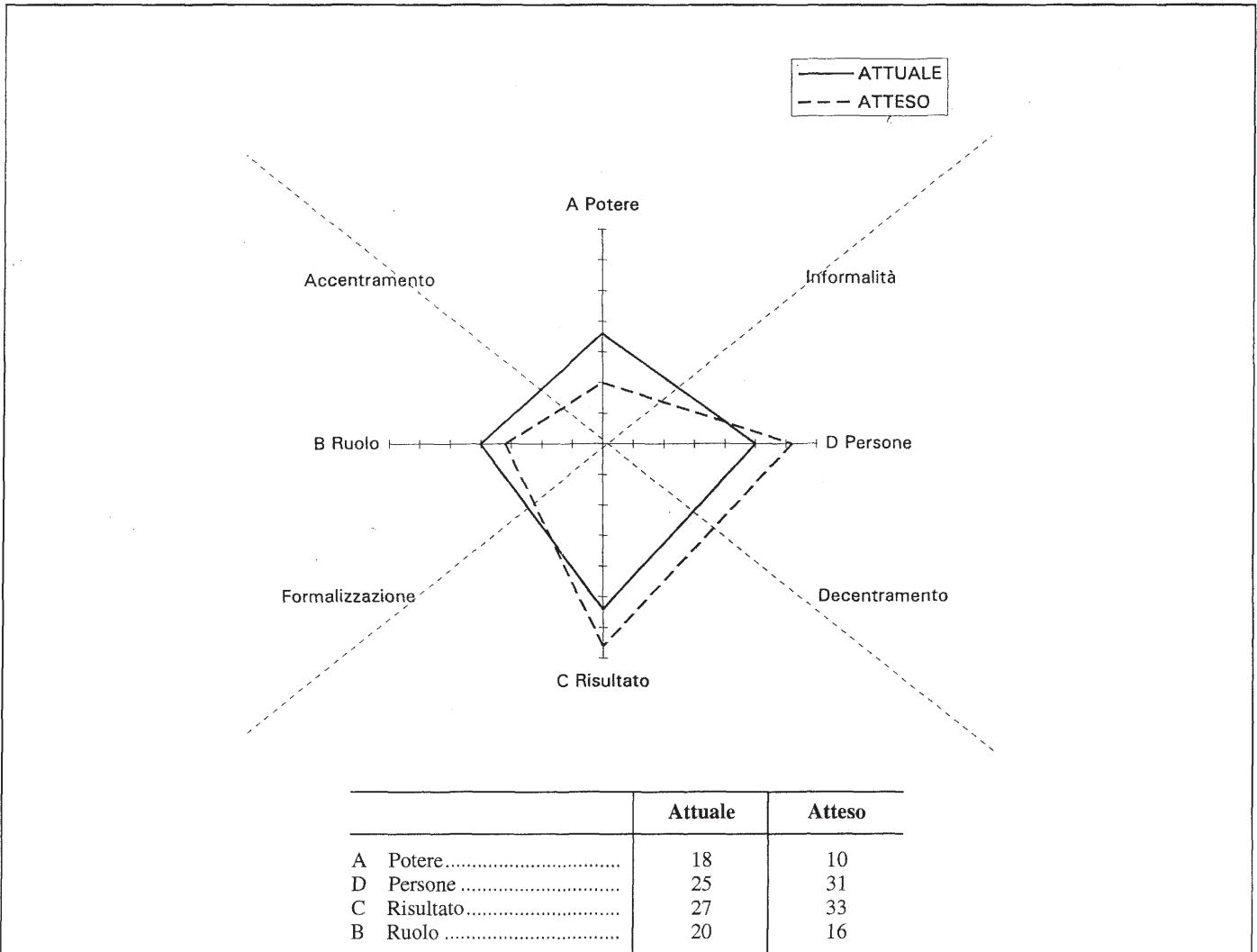


Figura 6 - Clima organizzativo: situazione generale 1995/1



ESPERIENZA SU UN'ATTIVITÀ DI PRERICOVERO CHIRURGICO NELL'AZIENDA U.S.S.L. 30 DI DESIO

di Mario Petrini¹, Luca Merlino², Francesco Triscari Binoni³

¹ Direzione Sanitaria Azienda U.s.s.l. 30

² Direzione Sanitaria Presidio di Desio

³ Servizio di Pneumotisiologia Azienda U.s.s.l. 30

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Descrizione del modello e della sua gestione - 3. Fattori critici per l'applicazione del modello organizzativo e per la sua diffusione - 4. Benefici per i pazienti, il personale e la struttura ospedaliera - 5. Risultati - 6. Elementi per la valutazione costo/beneficio del progetto.

1. Premessa

1.1. Il problema: la razionalizzazione della degenza chirurgica nel contesto del cambiamento in atto

L'ambito prescelto per questo lavoro è quello della degenza ospedaliera per interventi chirurgici programmati («elettivi»), escludendo cioè gli interventi chirurgici effettuati in regime di emergenza per patologie acute o in seguito a traumi o incidenti.

Si tratta di un tema di grande rilevanza nel quadro attuale della sanità, per diversi motivi:

— la percezione di disorganizzazione del servizio sanitario da parte del paziente, soprattutto nella fase che precede l'intervento, per le lunghe liste d'attesa a cui è costretto e per le numerose giornate di degenza preoperatoria che spesso deve trascorrere in ospedale in attesa dell'intervento;

— il cambiamento imposto agli ospedali dal nuovo sistema di finanziamento a prestazioni, che ribalta radicalmente la logica perversa del rimborso in base alla rendicontazione delle spese (questa logica tendeva infatti a frenare ogni miglioramento di efficienza e di servizio al cittadino che riducesse la durata della degenza);

— la forte incidenza sull'utilizzo delle risorse sanitarie che i trattamenti chirurgici hanno per la complessità intrinseca delle terapie chirurgiche rispetto a quelle mediche, tanto che il Piano sanitario nazionale (D.P.R. n. 107/94) indica proprio nel «frequente ricorso improprio al ricovero ospedaliero, per patologie trattabili più efficacemente secondo altre modalità» una delle principali fonti di spreco.

1.2. Indicatori di attività e di efficienza delle principali divisioni chirurgiche della Regione Lombardia

Si è voluto verificare su base Regionale l'andamento dei principali indicatori di attività e di efficienza nel campione di riferimento per alcune delle principali specialità chirurgiche. Procedendo ad una valutazione critica delle tabelle descrittive allegatte (tabelle 1, 2 e 3, pagine seguenti) è opportuno individuare 3 aree di criticità che riguardano altrettanti aspetti dell'organizzazione e dello svolgimento dell'attività nell'area chirurgica:

1) nelle divisioni di chirurgia generale, oculistica ed urologia nel corso del 1995 con al massimo 7 DRGs per reparto si è coperta, con un range

che va dal 53.52% dei casi della chirurgia al 94.53% di quelli dell'oculistica, la maggioranza dei ricoveri con intervento chirurgico. Si può inoltre notare che i DRGs più frequenti ricadono prevalentemente in quell'area di attività che può definirsi elettiva e che quindi più si presta a cambiamenti organizzativi nella gestione dei casi e nella loro programmazione. In sintesi si nota una concentrazione della casistica che può permettere l'applicazione di nuovi modelli organizzativi nella prospettiva di un saldo positivo in termini di valutazione costo-beneficio;

2) la degenza preoperatoria si prolunga fino a coprire mediamente la metà della degenza totale (tabelle 1, 2 e 3) e questo accade anche per DRGs non complicati e con interventi che normalmente non implicano una seria ripercussione sull'organismo preso nel suo complesso. L'alto valore relativo di questo indicatore può essere considerato come un «evento sentinella» indicante problemi di:

— integrazione fra le divisioni ed i servizi intermedi ed organizzativi (laboratorio analisi, radiologia, direzione sanitaria);

— difficoltosa programmazione dell'attività chirurgica al fine di una

Tabella 1 - Distribuzione in percentuali e dispersione della degenza media per i 7 D.R.G. che nel 1995 hanno costituito il 53,82% della casistica operatoria e hanno causato il 43,3% delle giornate di degenza per casi operati nelle chirurgie generali della regione Lombardia

DRG	N. e % sul totale dei casi operati	Giornate di degenza e % sul totale delle giornate operate	Degenza prima della operazione	Percentili			Coeff. variazione della degenza media (1)	
				Degenza media	10°	50°		90°
Legatura e stripping di vene	12.524 - 9,19%	75.798 - 5,41%	3,6	6,1	3,0	5,0	9,0	1,40
Ernia inguinale e femorale in età > 17 anni senza CC (2)	19.481 - 14,30%	129.040 - 9,21%	2,5	6,6	3,0	6,0	11,0	1,30
Appendicectomia senza CC	11.989 - 8,80%	70.073 - 5,00%	1,8	5,8	4,0	5,0	8,0	1,00
Int. maggiori intestino tenue e crasso senza CC	4.057 - 2,97%	85.097 - 6,07%	7,6	21	3,6	9	19	0,60
Int. esofago, stomaco e duodeno in età > 17 anni senza CC	2.681 - 1,96%	55.988 - 3,99%	7,9	20,9	8,0	19,0	36,0	0,80
Int. su ano e stoma senza CC	10.371 - 7,61%	72.535 - 5,18%	2,7	7	3,0	6,0	11,0	1,30
Colecistectomia senza CC	12.219 - 8,96%	118.665 - 8,47%	4,6	9,7	4,0	8,0	18,0	1,10
Altri operati	62.906 - 46,17%	792.541 - 56,62%						
Totale casi operati e % rispetto al totale ricoveri	136.228 - 58,52%	1.399.737 - 63,90%						
Totale ricoverati in chirurgie generali	23.2761	2.190.299	4,4	9,4				

Legenda

- (1) Il coefficiente di variazione dà un'idea della variabilità del fenomeno preso in esame. Un coefficiente pari o maggiore di 0.50 suggerisce un alto grado di variabilità del fenomeno studiato (vedi tabella).
 (2) CC: complicanze.

Tabella 2 - Distribuzione in percentuali e dispersione della degenza media per i 7 D.R.G. che nel 1995 hanno costituito il 71,92% della casistica operatoria e hanno causato il 72,87% delle giornate di degenza per casi operati nelle urologie della regione Lombardia

DRG	N. e % sul totale dei casi operati	Giornate di degenza e % sul totale delle giornate operate	Degenza prima della operazione	Percentili			Coeff. variazione della degenza media (1)	
				Degenza media	10°	50°		90°
Int. per via transuretrale senza CC (2)	5.242 - 20,11%	41.573 - 14,94%	4	7,9	3,0	6,0	15,0	0,80
Int. su testicolo non per T.M., età > 17	3.556 - 13,64%	16.319 - 5,86%	2	4,6	2,0	4,0	8,0	0,70
Prostatectomia transuretrale senza CC	2.989 - 11,46%	31.118 - 11,18%	4,6	10,4	5,0	9,0	18,0	0,60
Int. maggiori su pelvi maschile senza CC	2.467 - 9,46%	37.037 - 13,31%	4,7	15	8	14	24	0,50
Int. rene, uretere, int. maggiori vescica per neoplasia	1.872 - 7,18%	42.787 - 15,38%	8,7	22,9	10	20	41	0,60
Int. rene, uretere, int. maggiori vescica no neoplasia senza CC	1.571 - 6,02%	21.563 - 7,75%	4,8	13,7	4,0	11,0	26,0	0,70
Int. per via transuretrale con CC	1.048 - 4,00%	12.342 - 4,43%	6	11,8	4,0	9,0	24,0	0,80
Altri operati	7.316 - 28,07%	75.456 - 27,12%						
Totale casi operati e % rispetto al totale ricoveri	26.061 - 54,74%	278.195 - 65,91%						
Totale ricoverati in urologia	47.603	422.024	4,4	8,9				

Legenda

- (1) Il coefficiente di variazione dà un'idea della variabilità del fenomeno preso in esame. Un coefficiente pari o maggiore di 0.50 suggerisce un alto grado di variabilità del fenomeno studiato (vedi tabella).
 (2) CC: complicanze.

Tabella 3 - Distribuzione in percentuali e dispersione della degenza media per i 4 D.R.G. che nel 1995 hanno costituito il 94.53% della casistica operatoria e hanno causato il 94.88% delle giornate di degenza per casi operati nelle urologie della regione Lombardia

DRG	N. e % sul totale dei casi operati	Giornate di degenza e % sul totale delle giornate operate	Degenza prima della operazione	Percentili			Coeff. variazione della degenza media (1)	
				Degenza media	10°	50°		90°
Int. su cristallino con o senza vitrectomia	29.109 - 71,79%	131.595 - 64,02%	2,2	4,5	2,0	4,0	7,0	0,90
Int. intraoculari escl. retina, iride e cristallino	3.610 - 8,90%	29.627 - 14,41%	3,12	8,2	3,0	7,0	15,0	0,70
Int. extraoculari escl. orbita, età > 17	3.280 - 8,08%	13.579 - 6,60%	1,9	4,1	2,0	3,0	8,0	0,80
Int. su retina	2.333 - 5,75%	20.225 - 9,84%	3,3	8,7	3	8	15	0,70
Altri operati	2.214 - 5,46%	10.504 - 5,11%						
Totale casi operati e % rispetto al totale ricoveri	40.546 - 84,41%	205.530 - 83,81%						
Totale ricoverati in oculistica	48.031	245.230	2,3	5,1				

Legenda
(1) Il coefficiente di variazione dà un'idea della variabilità del fenomeno preso in esame. Un coefficiente pari o maggiore di 0.50 suggerisce un alto grado di variabilità del fenomeno studiato (vedi tabella).

tempestiva e puntuale predisposizione del programma operatorio per pazienti elettivi;

— consuetudine a svolgere una parte più o meno consistente dell'iter diagnostico in regime di ricovero ordinario;

3) un altro indicatore presente nelle tabelle allegate, il coefficiente di variazione, suggerisce un'alta variabilità nella gestione di DRGs identici, impone di rivalutare le modalità oggi usate per la gestione dei casi chirurgici più rappresentati e rende necessario il ricorso a nuovi modelli organizzativi che permettano di ottimizzare i processi senza procedere necessariamente all'acquisizione di nuove risorse in termini di personale.

Nelle divisioni chirurgiche, quindi, un punto critico e nodale della degenza, con grandi ripercussioni cliniche ed organizzativo-gestionali, è rappresentato dalla parte di ricovero precedente l'intervento chirurgico. Due fasi incidono particolarmente sulla durata della degenza preoperatoria:

— la fase diagnostica finalizzata ad individuare la patologia e la sua indicazione chirurgica;

— atti ed iter valutativo, finalizzati alla gestione clinica, medico-legale ed amministrativa del paziente nella fase precedente l'intervento chirurgico elettivo.

1.3. Punti critici nella gestione della fase temporale precedente l'intervento elettivo

Il paziente chirurgico di elezione, coincidente col 80%-85% dei pazienti chirurgici degli ospedali di media grandezza, per giungere al termine di un iter diagnostico-terapeutico completo si trovava a Desio e ancora oggi nella maggioranza delle situazioni ospedaliere Italiane a:

— compiere ripetutamente nel tempo e con un notevole onere in termini di spostamenti e perdita di giornate di lavoro, atti di tipo amministrativo (prenotazione della visita specialistica in ospedale e non direttamente dallo studio del curante, prenotazione di eventuali successive prestazioni pos-

sibile solo dopo un nuovo passaggio presso lo studio del curante, comunicazione dei propri dati anagrafici ad ogni nuovo contatto con la struttura ospedaliera a causa della mancanza di un'anagrafe centralizzata condivisa fra i servizi amministrativi e sanitari e accettazione dal pronto soccorso e non direttamente in reparto);

— trascorrere in regime di ricovero il tempo necessario per l'esecuzione delle verifiche necessarie per portare con serenità e sicurezza il paziente all'effettuazione dell'intervento chirurgico elettivo;

— effettuare in modo indiscriminato e senza specifica indicazione procedure diagnostiche di tipo radiologico che espongono al rischio stocastico di contrarre patologie neoplastiche;

— giungere all'attenzione dell'anestesista molto spesso la sera prima dell'intervento, a volte con la documentazione laboratoristico-strumentale incompleta e con il rischio di essere

rinviato in caso di un inadeguato approfondimento diagnostico.

2. Descrizione del modello e della sua gestione

2.1. Definizione del Prericovero Chirurgico

Il prericovero chirurgico, utilizzato a partire dal dicembre 1994 presso il Presidio Ospedaliero di Desio e dal gennaio 1996 presso il Presidio di Giussano è un modello operativo e gestionale che permette di concentrare in una mattinata gli atti sanitari, medico-legali ed amministrativi finalizzati a stabilire l'idoneità del paziente a sostenere l'intervento chirurgico elettivo già indicato in fase diagnostica e di procedere al ricovero di tutti i pazienti elettivi la sera precedente l'intervento chirurgico programmato.

2.2. Obiettivi per una maggiore soddisfazione del paziente e per un utilizzo ottimale delle risorse disponibili

1) Riduzione del tempo di distacco dal contesto familiare e lavorativo (molti di coloro che scelgono strutture private lo fanno proprio perché in queste il tempo di ricovero si riduce a quello strettamente necessario per un normale decorso post-operatorio);

2) miglioramento e perfezionamento della gestione del paziente attraverso una maggiore integrazione dipartimentale degli atti sanitari, medico-legali ed amministrativi indispensabili per il completamento dell'iter diagnostico-terapeutico (laboratorio analisi direttamente collegato con i reparti e con il poliambulatorio sia in fase di prenotazione, sia in fase di ritorno degli esiti, C.U.P. condiviso con i medici di famiglia);

3) accettazione dei pazienti di elezione direttamente nei reparti di degenza, mediante un sistema di accetta-

zione informatizzato che sia distribuito anche nei reparti e che condivida con tutti gli utenti la situazione dei posti letto; questo al fine di poter programmare con ampi margini di sicurezza la data di effettuazione della seduta chirurgica e di comunicarla al paziente il giorno stesso del pre-ricovero.

2.3. Gestione del modello in atto presso i Presidi dell'Azienda USSL 30 di Desio

Il pre-ricovero è realizzato secondo la modalità descritta nello schema allegato (allegato 1) in cui è descritto nelle sue implicazioni strutturali, organizzative e nella sua scansione temporale:

— il luogo dove si svolge il pre-ricovero è costituito da due locali attigui situati nel piano dei poliambulatori;

— in seguito alla formulazione della diagnosi della patologia e alla conseguente indicazione dell'intervento chirurgico i pazienti sono suddivisi in tre gruppi di isoimpegno valutativo in base alla patologia e all'età;

— il giorno stabilito i pazienti arrivano in ospedale suddivisi nei tre gruppi. L'arrivo dei gruppi non è contemporaneo ma è scaglionato nel tempo secondo una cadenza di 15' a partire dalle 7,30 iniziando dal gruppo n. 1;

— nella mattinata stessa si effettuano, se indicate, le prime procedure per l'autotrasfusione;

— si procede alla raccolta del consenso informato per l'anestesia, l'intervento chirurgico ed eventuali trasfusioni;

— l'anestesista ed il chirurgo iniziano la compilazione della cartella clinica;

— l'infermiere professionale inizia la compilazione della scheda assistenziale;

— si fissa la data dell'intervento chirurgico e quindi anche quella del ricovero.

Dal punto di vista operativo ed organizzativo sono impegnati:

1) direzione sanitaria con il suo personale infermieristico, con il CUP e con l'accettazione;

2) servizio di anestesia e rianimazione;

3) specialisti chirurgici;

4) servizio di laboratorio analisi;

5) servizio di radiologia;

6) servizio di cardiologia;

7) personale infermieristico del poliambulatorio.

2.4. Aspetti tecnico-informatici coinvolti nella gestione del modello

1) 70 medici di famiglia sono collegati tramite rete ITAPAC con il Centro unificato di prenotazione del Presidio Ospedaliero di Desio e con il laboratorio analisi;

2) i principali Servizi dell'Ospedale (Sanitari ed Amministrativi) sono integrati funzionalmente con il sistema direzionale utilizzato in Direzione Sanitaria, (rete informatica e condivisione dipartimentale delle risorse umane e strumentali) con le Divisioni di diagnosi e cura e con il Poliambulatorio in modo da poter:

— programmare l'impegno dei servizi di radiologia, anestesia, laboratorio e cardiologia nei confronti dei pazienti di elezione;

— prenotare e repertare tempestivamente gli esami radiodiagnostici e di laboratorio (se i reperti dei radiogrammi e gli esiti degli esami di laboratorio sono disponibili per la valutazione dell'anestesista e del chirurgo a metà pomeriggio il modello sopra descritto resterà solo un buon modello teorico irrealizzato);

— effettuare nel corso della mattinata l'eventuale esecuzione di altre visite specialistiche e/o prestazioni strumentali finalizzate a valutare l'idoneità del paziente a sostenere l'intervento chirurgico (tabella 7);

— effettuare l'accettazione dei pazienti di elezione direttamente in reparto e bloccare i posti letto destinati ai pazienti di elezione programmati (in un'azienda la programmazione è infatti uno degli aspetti gestionali con maggiore valenza economica);

— approntare ed applicare protocolli specifici che uniformino i criteri per l'indicazione degli esami radiagnostici e le procedure di autotrasfusione con la conseguente diminuzione dei rischi biologici e fisici per i pazienti ed una ottimizzazione dei costi;

— gestire la lista di attesa efficacemente al fine di programmare con largo anticipo le sedute operatorie di elezione.

Il modello persegue quindi un obiettivo metodologico ed organizzativo che però non è valido in sé ma solo se accompagnato da consistenti risultati di miglioramento, quali:

— il miglioramento della qualità dell'assistenza diretta ai pazienti da ricoverare;

— il miglioramento della qualità del lavoro nella struttura ospedaliera per il personale medico e infermieristico;

— la riduzione dei costi di gestione per l'abbreviamento della degenza media preoperatoria e la razionalizzazione e omogeneizzazione dipartimentale delle procedure.

Si propongono a questo scopo alcuni indicatori mirati a misurare il grado di raggiungimento dei risultati di merito (allegato 2), che forniscono anche criteri utili per la selezione di ospedali nei quali si decida di procedere alla sperimentazione del modello.

3. Fattori critici per l'applicazione del modello organizzativo e per la sua diffusione

È opportuno richiamare alcuni fattori critici che devono essere conside-

rati nel corso della valutazione del lavoro, e che possono influenzare e ritardare, se non adeguatamente gestiti, il raggiungimento dei risultati previsti. Questi fattori critici sono i seguenti:

— la carenza di comunicazione e interrelazione interna alle strutture sanitarie; è indispensabile che vi sia un flusso delle informazioni sufficientemente agevole e capillare e che le funzioni direzionali, amministrative e sanitarie integrino le loro competenze al fine di ottimizzare lo svolgimento dei processi organizzati;

— la mancanza di una cultura organizzativa ed economica in campo medico ed infermieristico: in campo sanitario prevale infatti una visione della competenza ristretta al solo campo clinico, e la tendenza dei medici e degli infermieri è di sottovalutare il loro ruolo di allocatori e gestori diretti di risorse, di rifiutare la definizione di «processo produttivo» riferita all'iter diagnostico e terapeutico e di definire come «burocrazia» il controllo dello stesso;

— difficoltà da parte degli amministratori a considerare come unico vero «centro di costo» dell'ospedale il paziente e come «prodotto» dell'Azienda Sanitaria le prestazioni di natura sanitaria erogate;

— mancanza di sistemi informativi integrati: un ostacolo che influisce negativamente sulla fase di progettazione di nuovi modelli organizzativi e gestionali e sulla loro validazione e realizzazione è la mancanza di dati oggettivi a riguardo delle risorse e del prodotto erogato in base ai quali formulare delle scelte fondate e ponderate.

Questi fattori critici coinvolgono tutte le esperienze innovative in campo gestionale ed organizzativo. È quindi indispensabile che la sperimentazione e la diffusione di nuovi modelli siano condotte prestando particolare attenzione a tali fattori critici, e in particolare occorre:

— coinvolgere il personale interno nelle sedi di sperimentazione e di diffusione, in modo che il nuovo modello organizzativo non sia rigettato dal personale, ma fatto proprio, modificato e se possibile migliorato; a questo scopo sono fondamentali modalità attive di formazione e di comunicazione;

— sviluppare l'integrazione tra risorse che operano in campo clinico (primari, medici, infermieri) e risorse che operano sugli aspetti gestionali (direttori sanitari e loro assistenti, personale amministrativo, informatici);

— costruire un sistema di valutazione del rapporto costi-benefici delle decisioni e degli atti medici lungo l'iter diagnostico e curativo del paziente, in grado di evidenziare anche i risultati trasversali e intangibili (es. miglior qualità del servizio per gli utenti, minore stress per il personale infermieristico, migliore programmazione delle sale operatorie, etc.).

4. Benefici per i pazienti, il personale e la struttura ospedaliera

1) I pazienti sono soddisfatti perché vedono ridotto al minimo il tempo di permanenza in ospedale (tabelle 4, 5, 6, 7 e 8, pagine seguenti) e perché si accorgono di essere presi in carico non solo in una forma alternativa al ricovero tradizionale, che potrebbe altresì verificarsi ambulatorialmente con più ritorni presso il poliambulatorio ospedaliero, ma bensì secondo un modello integrato di tipo dipartimentale che riduce il tempo di presenza in ospedale a 3-4 ore (mezza giornata lavorativa);

2) vi è un'ulteriore ottimizzazione della durata della degenza media (tabelle 4, 5, 6, 7 e 8) nelle divisioni chirurgiche (per diminuire ulteriormente la degenza si dovrebbe gestire l'iter diagnostico della patologia-visite specialistiche di consulenza ed indagini diagnostiche strumentali senza ricorrere al ricovero);

Tabella 4 - Confronto fra alcuni indicatori di efficienza riguardanti divisioni dell'area chirurgica operanti presso i presidi dell'azienda U.s.s.l. 30 di Desio (Desio e Giussano) confrontate con il campione regionale di riferimento delle stesse (primo semestre 1996)

Reparto	Degenza preintervento Regione	Degenza preintervento Desio	Diff. % degenza preintervento tra Desio e Regione	Degenza media Regione	Degenza media Desio	Diff. % degenza media tra Desio e Regione
Oculistica	2,3	0,70	- 69,56%	5,1	3,18	- 37,64%
Chirurgia	4,4	2,60	- 40,90%	9,4	6,61	- 29,68%
Urologia	4,4	1,91	- 56,59%	8,9	6,78	- 23,82%

Tabella 5 - Confronto fra alcuni indicatori di efficienza riguardanti DRG trattati a Desio e Giussano con il modello organizzativo del prericovero confrontati con il campione regionale di riferimento degli stessi (primo semestre 1996)

DRG	Degenza preintervento Regione	Degenza preintervento Desio	Diff. % degenza preintervento tra Desio e Regione	Degenza media Regione	Degenza media Desio	Diff. % degenza media tra Desio e Regione
Int. su cristallino con o senza vitrectomia	2,2	0,04	- 98,18%	4,5	1,07	- 76,22%
Int. per via transuretrale senza CC	4,0	1,1	- 72,05%	7,9	4,73	- 40,12%
Int. per via transuretrale con CC	6,0	1,0	- 83,03%	11,8	5,32	- 54,91%
Colecistectomia senza esplor. dotto comune senza CC	4,6	1,0	- 78,26%	9,7	2,0	- 79,38%
Int. ernia inguinale e femorale, > 17 senza CC	2,5	1,0	- 60,00%	6,6	2,0	- 69,69%

Tabella 6 - Confronto fra alcuni indicatori per i DRG più rappresentati in prericovero rispetto agli stessi trattati nella metodologia tradizionale presso i presidi ospedalieri dell'azienda U.s.s.l. 30 (Desio e Giussano) nel primo semestre del 1996

DRG	N. in prericovero	% in prericovero	Diff. % in dm	Diff. % in deg preintervento
Int. su cristallino con o senza vitrectomia	303	58,61%	- 59,59%	- 96,93%
Int. per via transuretrale senza CC	49	57,65%	- 21,09%	- 55,42%
Int. per via transuretrale con CC	19	65,52%	+ 2,23%	- 52,38%
Int. ernia inguinale e femorale, > 17 senza CC	32	14,55%	- 45,94%	- 36,30%
Colecistectomia senza esplor. dotto comune senza CC	6	20,00%	- 79,04%	- 83,22%
Totali	409	47,87%	- 52,25%	- 85,51%

Tabella 7 - % di lastre al torace e di visite cardiologiche effettuate in un campione di pazienti trattati con la metodologia del prericovero nel primo semestre del 1996

Reparto	% senza rx al torace	N. pazienti operati nel primo semestre	Età media senza rx	% con visita cardiologica
Ortopedia	51,06%	47	29,07	0,00%
Oculistica	96,45%	310	72,76	3,23%
Urologia	18,98%	137	43,13	4,37%
Chirurgia generale	21,94%	82	35,93	4,87%
Totali	63,71%	576	56,90	3,45%

Tabella 8 - % di pazienti risultati non idonei all'intervento chirurgico per cui erano annotati sulla lista di attesa in seguito all'effettuazione del prericovero nel primo semestre del 1996

Reparto	% non reclutati	N. pazienti non arruolati	N. pazienti in prericovero nel primo semestre
Oculistica	11,76%	44	374
Urologia	4,13%	6	145
Chirurgia generale	9,4%	9	95
Totali	9,59%	59	614

3) si garantisce per tutti i pazienti chirurgici una buona valutazione anestesiológica e, almeno per i pazienti più complessi, una continuità di assistenza anestesiológica che inizia in fase di valutazione preoperatoria e che è proseguita possibilmente dallo stesso anestesista nel post-operatorio;

4) riduzione dei rischi aggiuntivi per la salute dei pazienti (effetto cancerogeno delle radiazioni ionizzanti e rischio zero per epatite ed AIDS grazie al predeposito di sangue autologo);

5) introduzione della programmazione dell'attività del blocco operatorio finalizzata a gestire con economicità di esercizio un'attività ad alto costo di personale e di strutture come quella operatoria;

6) potenzialmente il *turn-over* dei pazienti si incrementa ed aumentando il numero delle sedute operatorie, procedendo eventualmente all'acquisizione di nuove risorse mediche ed infermieristiche, è possibile migliorare l'ammortamento dei costi fissi dell'Azienda sanitaria attraverso un incremento della produttività.

Per lo svolgimento delle procedure di prericovero si condividono strutture e personale infermieristico del poliambulatorio ed il costo di questo modello organizzativo-gestionale si riduce quasi esclusivamente a quello riconducibile agli esami di laboratorio e radiodiagnostici (altrimenti eseguiti in regime di ricovero), questi ultimi del resto diminuiti, vedi figure allegate, di numero grazie alla intro-

duzione di protocolli mirati a classificare i pazienti in diverse classi di complessità clinico-diagnostica.

5. Risultati

In due anni di attività presso la struttura del prericovero sono transitati circa 2000 pazienti. I dati a nostra disposizione pongono l'accento su tre aree differenti di risultato:

— efficienza del modello e del processo;

— economicità della soluzione, con ricaduta positiva anche sul controllo della spesa per prestazioni eseguite al di fuori del ricovero;

— riduzione dei rischi iatrogeni per i pazienti che usufruiscono di questo servizio.

1) Il modello si è dimostrato efficiente perché integra e coordina risorse ed attività che sarebbero comunque effettuate. Razionalizzare l'utilizzo delle risorse, infatti, in prima istanza, significa coordinarle ed integrarle cercando di concentrarle temporalmente e spazialmente. È importante inoltre sottolineare che la funzione di integrazione deve essere garantita dalla direzione sanitaria che all'interno degli ospedali dell'Azienda USSL 30 di Desio ha assunto anche le funzioni dell'accettazione amministrativa e della «spedalità» al fine di garantire una continuità fra le componenti sanitarie ed amministrative dei processi. Una funzione decisiva ed irrinunciabile è rappresentata anche dalla

integrazione informatica dei modelli organizzativi e degli atti sanitari. Gli indicatori registrati nel primo semestre del 1996 presso le divisioni chirurgiche dell'Azienda USSL 30, confrontati con quelli del campione regionale di riferimento (tabelle 4 e 5), dimostrano un livello di maggiore efficienza. La degenza preintervento e la degenza totale registrano una differenza percentuale rispetto al campione regionale compresa in un range che va dal - 40.9% della chirurgia generale al - 69.56% della divisione di oculistica. Lo stesso tipo di confronto (tabella 5) effettuato fra i DRGs trattati a Desio con il prericovero e quelli del campione di riferimento mostrano differenze ancora più alte comprese in un range che va dal - 40.12% al - 98.18%. Per procedere ad una validazione interna del modello lo stesso tipo di confronto effettuato con il campione regionale di riferimento è stato fatto per i DRGs più rappresentati in prericovero rispetto agli stessi trattati ancora con la metodologia tradizionale all'interno dei presidi ospedalieri dell'Azienda USSL 30 (tabella 6). Per i 5 DRGs più rappresentati e coincidenti con quelli più frequenti nei reparti regionali di riferimento si è registrata una diminuzione media della degenza pre-intervento del 85.51% e della degenza totale del 52.25%. In sede di prericovero il 9.59% dei pazienti in lista di attesa sono stati giudicati non indicati per l'intervento chirurgico o non idonei e ciò ha evitato dei ricoveri inutili e la predisposizione di un erroneo calendario operatorio. Questa evidenza ha posto l'accento sulla gestione della lista di attesa che sta diventando sempre più uno strumento di programmazione del lavoro (tabella 8).

2) La diminuzione della degenza ha un intrinseco valore economico. Questo non è però l'unico vantaggio economico derivante da questa soluzione.

Infatti, con una migliore valutazione anestesiológica e con l'applicazione di semplici protocolli, si riduce significativamente il numero di esami di laboratorio e di radiodiagnostica (tabella 7).

3) Diminuisce il rischio derivante da una ingiustificata esposizione dei pazienti a radiazioni potenzialmente dannose. I pazienti che non hanno effettuato la lastra al torace sono stati il 63.71% per una età media di 57 anni (tabella 7), migliora l'assistenza anestesiológica e con il ricorso all'autotrasfusione si elimina il potenziale contatto con microrganismi infettivi trasmessi con il sangue omologo (hiv, hcv, hiv).

6. Elementi per la valutazione costo/beneficio del progetto

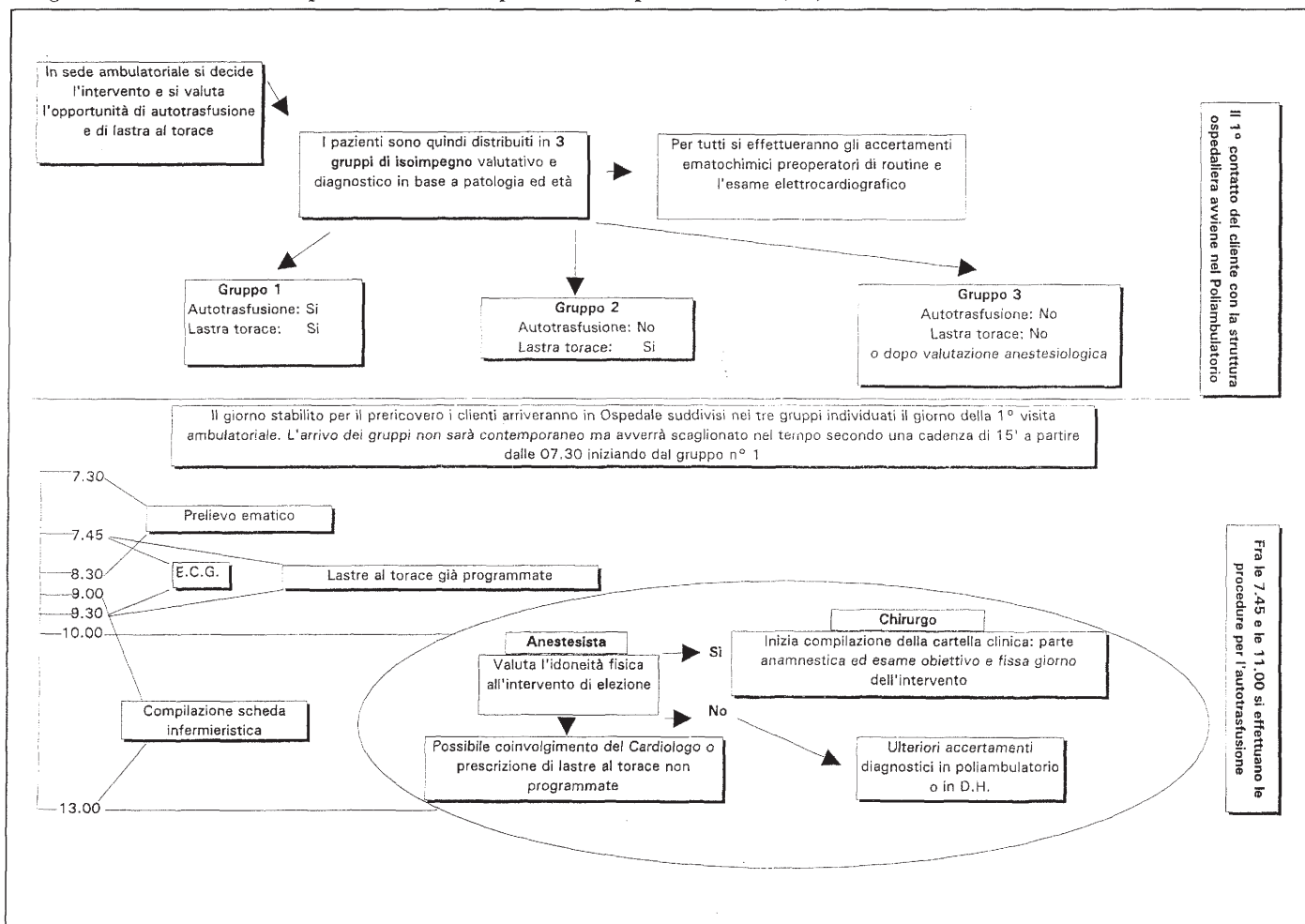
Una semplice quantificazione monetaria della economicità del modello sarebbe riduttiva: infatti, il migliore utilizzo delle risorse in una dinamica riorganizzativa ha, come valore aggiunto, oltre al risparmio monetario, anche l'incremento in prospettiva dell'attività e quindi una risposta più efficace alla domanda di salute espressa dalla popolazione. Inoltre, non si dispone, in questa fase di transizione dal finanziamento per fattori produttivi a quello per prodotto erogato, di strumenti universalmente adottabili ed accettabili (basti considerare la

difficoltà che si incontra nel disporre della suddivisione nelle due componenti fissa e variabile dei costi totali di degenza).

Uno degli obiettivi specifici è comunque quello di arrivare, contestualmente agli altri risultati, alla costituzione di un modello economico idoneo a valutare l'economicità dei cambiamenti organizzativi e gestionali nell'area chirurgica in termini di aumento dell'attività, di migliore utilizzo del personale e delle strumentazioni e anche di risparmio monetario netto.

Fin da ora però in base alla esperienza dell'ospedale di Desio, si possono elencare i seguenti vantaggi:

Allegato 1 - Modello funzionale per una struttura di prericovero ospedale di Desio (MI)



1) di natura personale e sociale: i pazienti trascorrono meno tempo nelle corsie degli ospedali e potranno continuare ad esercitare le loro specifiche attività familiari e lavorative;

2) di natura sanitaria: è possibile, per i casi più frequentemente trattati (vedi tabella 3), raggiungere un consenso a riguardo della standardizzazione e della ottimizzazione delle

procedure diagnostiche e terapeutiche;

3) di natura gestionale: si evitano molte giornate di degenza e di conseguenza si possono riorganizzare le dotazioni di posti letto e riconvertire le risorse umane per incrementare l'attività operatoria e abbattere di conseguenza le lunghe liste di attesa;

4) di natura culturale ed organiz-

zativa: in seguito sia alla riorganizzazione di tipo dipartimentale (a pacchetti) delle principali procedure diagnostiche, sia alla individuazione delle procedure terapeutiche da svolgersi in ambiti alternativi al ricovero tradizionale, i medici e gli infermieri acquisiranno una maggiore consapevolezza dell'impatto economico-gestionale degli atti sanitari.

Allegato 2 - Primi elementi per la valutazione ed eventuale selezione delle sedi di diffusione

Indicatore	Significato e finalità
<i>Rapporto interventi di urgenza/interventi di elezione</i>	Indice dei gradi di libertà organizzativa della struttura, utile per valutare l'opportunità di insediare una struttura organizzativa di prericovero
<i>Numerosità e tipologia di casi molto complessi, difficilmente gestibili al di fuori di un regime di ricovero tradizionale (patologie multisistemiche, multiorgano e multi-apparato, pazienti con alto grado di dipendenza)</i>	Serve a dare un peso medico-assistenziale alla casistica, e a quantificare i potenziali utenti del prericovero. È possibile ricorrere a metodologie internazionali, come classificazione ASA (American society of anesthesiology) che comprende 5 livelli crescenti di complessità anestesiológica ASA. I livelli 1 e 2 sono certamente da prericovero, il livello 3 sono casi da valutare e i livelli 4 e 5 sono di sicuro da non inviare al prericovero
<i>Numero medio di giorni intercorrenti fra il ricovero e l'esecuzione dell'intervento</i>	Parametro critico dell'efficienza del prericovero, da monitorare in continuo per valutare l'efficacia della soluzione da diffondere e il miglioramento rispetto alla situazione esistente
<i>Rapporto operati/dimessi</i>	È indice della presenza di ricoveri impropri (semplici accertamenti), che devono essere ridotti
<i>Rapporto tra il numero dei dimessi non chirurgici con degenza breve (una e due giornate) e il totale dei dimessi</i>	Serve per una valutazione dell'efficienza organizzativa dell'attività, e misura i ricoveri in reparti chirurgici con una finalità di tipo diagnostico
<i>Numero e casistica degli operati con degenza breve (una/due giornate)</i>	Serve per una valutazione dell'efficienza della pianificazione dell'attività e dei casi meno complessi, in vista di un loro possibile trattamento in day hospital
<i>Numero e casistica degli interventi chirurgici di elezione a medio-alto rischio di trasfusione</i>	Serve a valutare il peso trasfusionale della casistica operatoria, per riorganizzare l'attività trasfusionale preparatoria («predeposito»). Anche in questo caso è possibile utilizzare classificazioni internazionali («MSBOS», maximum surgical blood order schedule - massima perdita di sangue programmabile)
<i>Rapporto tra patologie suscettibili di autotrasfusione e quelle realmente trasfusa</i>	È un indice della capacità del sistema di arruolare tempestivamente, e serve a organizzare le procedure trasfusionali del prericovero
<i>Lunghezza della lista di attesa (in giorni)</i>	Serve a individuare la domanda espressa dall'utenza; il prericovero è una soluzione che tende a ridurre la lista di attesa in quanto abbatte la degenza preoperatoria e permette di potenziare l'attività operatoria grazie alla standardizzazione delle procedure

RAGIUSAN

Rassegna giuridica della sanità

È

L'ORA

DEL

RINNOVO

COSTO DELL'ABBONAMENTO 1997: L. 890.000

Programma abbonamento 1997

Spediz. in abb. postale, c. 26, art. 2, L. n. 549/95 - Roma

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

RAGIUSAN

Rassegna Giuridica della Sanità

diretta da Luigi D'Elia ed Emidio Di Giambattista

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

- A tal uopo:

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

..... li

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

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

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

NUOVE STRATEGIE DI CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA: IL CASO DELLA DISTRIBUZIONE DI FARMACI PER CORRISPONDENZA IN OLANDA

di Luca Brusati¹, Anne Marie van Rooij²

¹ SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

² Faculteit der Bedrijfskunde - Erasmus Universiteit Rotterdam

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. L'articolazione della rete distributiva - 3. Un caso concreto di distribuzione per corrispondenza: il Servizio di Farmacia Geové - 4. Analisi critica del caso Geové - 5. Considerazioni conclusive.

1. Introduzione

La crescita degli oneri associati all'assistenza farmaceutica rappresenta un motivo di seria preoccupazione per il Ministero della sanità olandese. Tra il 1990 e il 1992, per esempio, la spesa farmaceutica, in termini nominali, è lievitata da quattro a quasi cinque miliardi di fiorini, con un aumento medio pari all'11,9% annuo. Nello stesso periodo il costo totale dell'assistenza sanitaria è cresciuto ad un tasso medio del 5,8% annuo. Questi dati sono sufficienti ad evidenziare come il continuo aumento dei costi nel settore farmaceutico comporti un impegno finanziario di notevole rilevanza per le finanze pubbliche olandesi (tabella 1).

Per frenare questa tendenza, già nel 1982 il Ministero della sanità annunciò di voler adottare una serie di provvedimenti, il più importante dei quali interessava direttamente l'industria

farmaceutica: secondo la nuova normativa, i rimborsi non sarebbero più avvenuti in base al costo d'importazione dei farmaci, bensì in base al costo all'ingrosso nel Paese di provenienza. L'anno successivo, tuttavia, la Corte di Giustizia Europea decretò l'incompatibilità di questa disciplina con le normative comunitarie, imponendo al Ministero della sanità olandese di abbandonare tale progetto. Da allora il Ministero si è sempre dimostrato molto cauto nell'interferire sulle modalità di determinazione dei prezzi da parte dell'industria farmaceutica.

Le linee di fondo dell'impostazione seguita dal Ministero a questo proposito sono state esplicitate in un rapporto del 1989, che analizza i processi di determinazione dei prezzi nel settore farmaceutico e le conseguenti ripercussioni sul costo dei prodotti (Beleidsonderzoek 1989).

Obiettivo del rapporto è quello di delineare una politica di contenimento dei costi nel settore farmaceutico. Il rapporto riconduce espressamente il continuo aumento dei prezzi dei prodotti farmaceutici all'assenza di concorrenza: la separazione tra le responsabilità per la prescrizione, il consumo e il pagamento comporta infatti l'assenza di un efficace «potere controbilanciante». In seguito a tale rapporto, la politica seguita in via prevalente per ottenere il contenimento della spesa è stata quella di incentivare la concorrenza tra gli operatori (1).

Sulla base del già citato rapporto del 1989, il Ministero dell'economia e il Ministero della sanità istituirono una commissione incaricata di analizzare in dettaglio la struttura del sistema di distribuzione dei farmaci (2). Il rapporto conclusivo predisposto da tale commissione esaminava in modo esaustivo gli ostacoli al pieno dispiegarsi della concorrenza nell'ambito dei canali di distribuzione esistenti, ed enfatizzava l'opportunità di indivi-

Tabella 1 - Costo dell'assistenza farmaceutica in Olanda, 1980-1992

Anno	1980	1985	1990	1991	1992
Spesa farmaceutica (fiorini nominali/ML).....	2.075	3.057	4.053	4.390	4.877
Tasso di crescita medio annuo.....		8,2	5,8	8,3	11,1
Tasso di crescita della spesa sanitaria.....		2,8	6,8	7,5	4,1

Fonte: Geneesmiddelenbrief, 22 aprile 1993.

L'articolo è frutto del lavoro congiunto dei due autori. Tuttavia, per quanto riguarda la stesura, Luca Brusati ha curato la redazione dei paragrafi 1, 4 e 5, mentre Anne Marie van Rooij ha curato la redazione dei paragrafi 2 e 3.

duare nuove forme di competizione (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1994). Lo stesso rapporto presentava diverse proposte volte non solo a stimolare la concorrenza tra gli operatori già presenti nel settore, ma anche tra questi ultimi e i potenziali nuovi entranti (3). Tra le possibili alternative di distribuzione veniva sostenuta l'ipotesi di istituire farmacie presso le quali si potessero ordinare e vendere prodotti per corrispondenza. La commissione interministeriale sottolineava che questo tipo di farmacie non solo era previsto dalla normativa comunitaria, ma avrebbe anche contribuito al contenimento dei costi, garantendo al contempo il mantenimento di un sistema di distribuzione di alta qualità.

La stessa commissione, tuttavia, metteva in guardia dalle possibili conseguenze negative di tali cambiamenti: in particolare, se da un lato la modifica della normativa avrebbe potuto offrire spazio a nuovi attori, stimolando così la concorrenza, dall'altro sussisteva il rischio che gli operatori già affermati accrescessero ulteriormente il proprio potere di mercato. Alla luce dell'esperienza, sembra lecito affermare che questo sia stato l'esito dell'entrata sul mercato delle farmacie con vendita per corrispondenza. In ogni caso, prima di analizzare in dettaglio uno specifico caso aziendale, è opportuno esplicitare le caratteristiche dei canali di distribuzione di farmaci esistenti in Olanda.

2. L'articolazione della rete distributiva

La distribuzione dei prodotti farmaceutici nei Paesi Bassi è affidata a tre categorie di operatori: i produttori e gli importatori, i grossisti e i dettaglianti (4).

Nel 1993 il costo dei farmaci rappresentava il 72% della spesa farma-

ceutica complessiva, i rimborsi ai distributori il 22% e l'IVA il 6%. È opportuno ricordare che in Olanda il costo dei farmaci non è stabilito in via amministrativa, bensì è determinato dal prezzo d'acquisto negoziato dal dettagliante con il grossista, che a sua volta dipende dal prezzo negoziato dal grossista con il produttore o con l'importatore. Secondo le stime di Ziekenfondsraad (1994), il costo d'acquisto per il dettagliante comprende in media una quota del 78% destinata all'industria farmaceutica, una quota del 16% destinata ai grossisti e una quota del 6% corrispondente all'incidenza dell'IVA.

2.1. Produttori e importatori

L'85% circa dei farmaci consumati nei Paesi Bassi viene importato; i nove decimi di tali importazioni provengono da Paesi dell'Unione europea. Gli importatori sono perlopiù singoli concessionari o filiali di multinazionali straniere. Le importazioni di medicinali si dividono in importazioni di specialità farmaceutiche e in importazioni parallele. Queste ultime, che attualmente costituiscono circa il 9% del consumo complessivo di farmaci, si avvalgono delle consistenti differenze di prezzo esistenti tra i diversi Paesi dell'Unione europea. I farmaci in Olanda sono infatti particolarmente costosi: secondo un recente studio, il prezzo medio dei medicinali consumati nei Paesi Bassi è superiore del 48% rispetto alla media europea (Dienner 1994).

2.2. Grossisti

In Olanda la distribuzione all'ingrosso di farmaci è riconducibile a quattro tipi di attori:

a) grossisti con assortimento completo, che dispongono cioè di un'ampia gamma di prodotti, com-

prendente tanto i farmaci molto richiesti, quanto quelli per i quali vi è una domanda minore; i tre attori più importanti di questo segmento sono la OPG Groothandel, la Brocacef e la Interpharm; i grossisti con assortimento completo sono rappresentati dalla BG Pharma;

b) grossisti con assortimento limitato, che dispongono cioè di una gamma circoscritta di prodotti, di solito molto richiesti; la Quatropharma e la Multipharma sono i più importanti attori di questo segmento;

c) grossisti che trattano solo determinati prodotti, destinati esclusivamente alle farmacie affiliate; tra i nomi più importanti figurano la Mosa-dex, la Regifarm e la Pluripharm;

d) produttori ed importatori integrati a valle, che si occupano della fornitura diretta di prodotti farmaceutici ad ospedali e farmacie.

La distribuzione all'ingrosso è caratterizzata da un'elevata concentrazione. I tre principali grossisti con assortimento completo, grazie anche al fatto di coprire l'intero territorio nazionale, sono responsabili della distribuzione di circa il 75% dei consumi complessivi di specialità farmaceutiche. I grossisti non sono direttamente coinvolti nella determinazione dei prezzi: di solito vengono stabiliti dei margini di ricarico fissi in sede di negoziazioni con le imprese farmaceutiche. Il margine richiesto dai grossisti con assortimento completo oscilla tra il 10% e il 20%, con una media pari a circa il 16%. La concorrenza tra i grossisti avviene tramite l'uso di abbuoni, di sconti e di servizi complementari offerti ai farmacisti, soprattutto in termini di informazione e di consulenza. I grossisti con assortimento completo svolgono spesso la funzione di stoccaggio per conto dei dettaglianti: in alcuni casi le consegne avvengono anche tre volte al giorno. Prestazioni così elevate influiscono ovviamente

sui costi di distribuzione, che arrivano a costituire circa il 6% dell'intero volume di vendite. Il rimanente 25% dei consumi di farmaci viene distribuito dai grossisti con assortimento limitato, dai grossisti specializzati e dai produttori o dagli importatori integrati a valle. I grossisti con assortimento limitato e i grossisti specializzati seguono una strategia opposta a quella dei grossisti con assortimento completo, proponendo ai dettaglianti costi bassi e un livello di servizio molto minore.

2.3. *Dettaglianti*

Nei Paesi Bassi i medicinali possono essere venduti dai farmacisti, dai loro commessi, dai medici proprietari di una farmacia e anche dal personale dei grandi magazzini, dietro presentazione di ricetta medica. L'ordine dei farmacisti è il Koninklijke Maatschappij ter Bevordering van de Pharmacie (KNMP). Esso conta circa 2800 iscritti, pari a circa il 90% dei farmacisti in possesso di laurea; di questi 1600, riconosciuti come farmacisti o aiuto farmacisti, gestiscono 1500 farmacie. Il resto dei laureati lavora negli ospedali, nelle imprese farmaceutiche, nella distribuzione all'ingrosso, nelle istituzioni pubbliche, nella ricerca o nell'attività didattica. Il farmacista è autorizzato a esercitare la propria attività solo come professionista indipendente, come aiuto farmacista o nell'ambito di istituzioni di farmacisti; le possibili eccezioni riguardano i farmacisti assunti da cliniche e centri terapeutici, o da compagnie di assicurazione che stipulano polizze di assistenza sanitaria. Tra i proprietari di farmacie si annoverano poi circa 750 medici. La licenza viene concessa a condizione che la distanza tra due farmacie superi i 5 km., così da garantire un'adeguata copertura del territorio. Nel 1993 le farmacie olandesi hanno venduto medicinali per un valore

complessivo di oltre 5 miliardi di fiorini. Di questa somma, circa un miliardo va ai dettaglianti, a titolo di copertura dei costi di gestione e di utile destinato all'esercente.

3. **Un caso concreto di distribuzione per corrispondenza: il Servizio di Farmacia Geové**

Nel febbraio 1993 la Geové, una compagnia di assicurazioni operante nel settore sanitario, attivò in via sperimentale il Servizio di Farmacia Geové, destinato a rifornire circa 6000 clienti nella regione de L'Aia (5). Per garantire questo servizio, la Geové stipulò un accordo con la Linea Pharma. Gli assicurati potevano ricevere i medicinali necessari spedendo le proprie ricette ad una farmacia che collaborava con la Linea Pharma; quanto richiesto veniva consegnato al richiedente nel luogo prescelto (a casa o al lavoro) attraverso il servizio di posta celere. Il cliente evitava tra l'altro di anticipare il costo del prodotto, poiché il rimborso al dettagliante veniva effettuato direttamente dalla Geové.

Il servizio era diretto soprattutto ai soggetti affetti da patologie croniche, che necessitano di trattamenti terapeutici prolungati o di dosi di medicinali di mantenimento. Nel gennaio 1994 circa 3000 assicurati utilizzavano regolarmente il servizio offerto dalla Geové, che decise allora di estendere la sperimentazione all'intero territorio nazionale. Secondo le migliori aspettative, si riteneva che il servizio sarebbe stato utilizzato entro breve da circa 12000 assicurati (Trouw, 29 giugno 1994, pag. 7).

Il 30 agosto 1993 i collaboratori del dottor Dijk, proprietario della farmacia De Krommerdt nella città di Amsterdam, cominciarono a vendere medicinali per corrispondenza ai clienti della Geové. Dijk era il quarto farmacista a collaborare con la Linea Phar-

ma; tutti gli altri, peraltro, avevano già interrotto il loro rapporto di collaborazione con il Servizio di Farmacia Geové, a causa delle pressioni esercitate dall'ordine dei farmacisti e da quello dei grossisti.

Prima di Dijk, infatti, il farmacista Schoonbroodt, proprietario della Extra Apotheek di Brunssum, aveva venduto farmaci per corrispondenza ai clienti della Geové. Ma nel marzo 1993 la OPG Groothandel, uno dei principali grossisti con assortimento completo, interruppe bruscamente ogni relazione contrattuale con Schoonbroodt, e cessò di consegnargli la merce. Schoonbroodt citò in giudizio la OPG Groothandel per inadempienza contrattuale, ma nell'aprile 1993 il tribunale stabilì che la OPG non poteva essere obbligata a continuare la propria relazione contrattuale con il farmacista. Bisogna sottolineare che la OPG Groothandel è una cooperativa composta solo da farmacisti; di conseguenza, essa si trovava nelle condizioni di dover rescindere ogni contratto che danneggiasse in qualche modo gli interessi dei propri associati. Nello stesso mese il KNMP annunciò pubblicamente la propria opposizione alle farmacie con servizi di vendita per corrispondenza. Dopo tale presa di posizione la OPG inviò una lettera a tutti i suoi associati, nella quale li informava anch'essa della sua opposizione alle farmacie che offrivano servizi del genere (Arrondissementsrechtbank te Utrecht, Kort Geding Nr. 198/93).

Nei primi mesi del 1994 la OPG Groothandel e la Magnafarma comunicarono al dottor Dijk che avrebbero interrotto le forniture di prodotti farmaceutici, poiché questi collaborava con la Linea Pharma. Dijk contattò allora gli altri grossisti con assortimento completo, chiedendo se fossero disposti a fornire medicinali a un dettagliante che collaborava alla distribuzione di farmaci per corrispondenza. La In-

terpharm rispose negativamente, mentre gli altri grossisti non fornirono alcuna risposta. Dopo varie consultazioni il dottor Dijk raggiunse un accordo con la OPG Groothandel e la Magnafarma, affinché queste proseguissero i rifornimenti fino a quando il tribunale non avesse preso una decisione definitiva. La mancata consegna dei prodotti avrebbe infatti comportato un vero e proprio boicottaggio della farmacia del dottor Dijk: senza la collaborazione dei grossisti che offrono un assortimento completo di medicinali, Dijk non sarebbe stato in grado di soddisfare le richieste dei propri clienti (Ministerie van Economische Zaken 1994).

Il 7 marzo 1994 il dottor Dijk e la Linea Pharma presentarono ricorso alla Segreteria di Stato del Ministero dell'Economia, con oggetto il rifiuto, da parte dei grossisti con assortimento completo, di consegnare i farmaci ai dettaglianti che collaboravano alle attività di distribuzione per corrispondenza. A seguito del ricorso, il Ministero dell'Economia si informò presso i grossisti e il KNMP in merito alle motivazioni addotte per giustificare il proprio rifiuto.

I grossisti con assortimento completo formularono le proprie osservazioni a proposito delle farmacie con servizi di vendita per corrispondenza in un rapporto pubblicato nell'aprile 1994 dall'associazione di categoria, la BG Pharma, che evidenziava il potenziale impatto negativo della vendita di medicinali per corrispondenza sulla qualità e sul costo complessivo del sistema di distribuzione esistente.

Nello stesso mese il dottor Dijk citò in giudizio la OPG Groothandel per non aver rispettato gli accordi contrattuali. Il tribunale confermò che la OPG era autorizzata a non garantire i rifornimenti di medicinali alla farmacia di Dijk: nella motivazione della sentenza si faceva esplicito riferimento al caso Schoonbroodt, relativamen-

te al quale si era già stabilito che la OPG Groothandel non poteva essere costretta ad agire contro gli interessi dei suoi stessi membri. Il tribunale sosteneva inoltre che la OPG, possedendo una quota di mercato pari a circa il 40%, non godeva di una posizione di potere economico apprezzabile; infine, non era provato che la OPG avesse persuaso gli altri grossisti con assortimento completo a negare gli approvvigionamenti alla farmacia di Dijk (Arrondissementsrechtbank te Utrecht, Kort Geding Nr. 290/94, 28 aprile 1994).

Subito dopo la sentenza, la OPG Groothandel informò il dottor Dijk che avrebbe continuato le consegne fino al 5 maggio. Dijk chiese alla Brocacef e alla Interpharm se fossero disposte a fornirgli i prodotti, qualora avesse interrotto le attività di vendita per corrispondenza. La Interpharm non rispose, mentre la Brocacef il 29 aprile rispose positivamente, riaffermando la condizione che il servizio di vendita per corrispondenza venisse interrotto (Ministerie van Economische Zaken 1994).

Il 10 maggio il Ministero dell'economia richiese il parere della Commissione per la tutela della concorrenza all'applicazione dell'articolo 2 sull'abuso di potere economico contenuto nella Legge per la tutela della concorrenza. Il Ministero sosteneva che i grossisti con assortimento completo possedevano una quota di mercato pari a circa l'80%, e che non vi erano altri distributori in grado di offrire una gamma sufficientemente ampia di prodotti farmaceutici. Di conseguenza, i grossisti con assortimento completo si trovavano ad esercitare un potere di tipo monopolistico nei confronti dei dettaglianti, costretti a dipendere dai primi per poter disporre della gamma completa di farmaci registrati. Basandosi sull'articolo 27 della legge, il Ministero dell'Economia ordinò alla OPG

Groothandel e agli altri due grossisti con assortimento completo di riprendere immediatamente le consegne alla farmacia del dottor Dijk. Il Ministero è autorizzato ad imporre tale provvedimento in via temporanea qualora vi sia una ragione valida nell'interesse della collettività. Questa ragione, nella fattispecie, risiedeva nell'obbligo da parte dei farmacisti di fornire assistenza sanitaria: essi infatti sono tenuti a fornire tutti i farmaci registrati nei Paesi Bassi nel giro di 24 ore.

Nella seconda metà di maggio i grossisti presentarono ricorso al College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB), affinché questo si pronunciasse in merito alla legittimità di tale provvedimento. Il 31 maggio il CBB ordinò che il provvedimento fosse annullato, in quanto non sussisteva alcuna ragione valida che lo rendesse necessario. Per di più affermava che il Ministero avrebbe dovuto attendere il parere della Commissione in merito all'applicazione dell'articolo 2 della Legge per la tutela della concorrenza. Il CBB sosteneva inoltre che il Ministero dell'economia non poteva avere prove certe sull'esistenza di un abuso di potere economico, e che l'istituzione di farmacie con servizi di vendita per corrispondenza non fosse così urgente e necessaria nell'interesse della collettività e per il contenimento dei costi dell'assistenza sanitaria (De president van het College van Beroep voor het bedrijfsleven, 31 maggio 1994).

All'inizio di giugno il Ministero dell'economia sospese il provvedimento temporaneo. Subito dopo il dottor Dijk pose fine alla collaborazione con la Linea Pharma. La OPG Groothandel e la Magnafarma ripresero le consegne e Dijk, a sua volta, ritirò il ricorso presentato al Ministero dell'economia e la domanda d'appello presentata al tribunale di Amsterdam (Volkskrant, 13 luglio 1994).

Nel settembre 1994 la Geové annunciò che avrebbe interrotto la sperimentazione relativa alla vendita di farmaci per corrispondenza. La decisione venne giustificata sulla base del fatto che erano gli Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) a trarre vantaggio dalle farmacie che vendono medicinali per corrispondenza, e che un sistema come quello attivato nei mesi precedenti avrebbe avuto ragione di esistere solo quando fossero state le compagnie di assicurazione a fruire dei risparmi dovuti ai nuovi canali di distribuzione.

4. Analisi critica del caso Geové

Al di là delle vicende che in ultima analisi hanno indotto la Geové ad interrompere la sperimentazione intrapresa, appare interessante esaminare il caso descritto nel paragrafo precedente per cercare di valutare i reali margini di efficacia della linea di intervento seguita dal Ministero della sanità olandese, incentrata sul ricorso alla libera concorrenza quale strumento in grado di mantenere sotto controllo l'andamento della spesa farmaceutica.

Per quanto presenti una visione di parte della situazione, un interessante documento sul quale basare la nostra analisi è il rapporto con il quale la BG Pharma, nell'aprile 1994, giustificava la propria opposizione alle farmacie con servizi di vendita per corrispondenza. Le obiezioni della OPG Groothandel, della Interpharm e della Brocacef in merito alla nuova forma di distribuzione sono riconducibili a due. In primo luogo viene discusso l'impatto di queste farmacie sulla qualità del sistema di distribuzione esistente, prendendo in considerazione soprattutto il ruolo dei grossisti. In secondo luogo viene analizzata la funzione della vendita al dettaglio nella catena di distribuzione, evidenziando le caratteristiche tipiche di un servizio di qua-

lità elevata e mettendo in dubbio il fatto che la distribuzione per corrispondenza possa rispondere agli stessi *standard*.

4.1. L'impatto a livello di distribuzione all'ingrosso

Il rapporto della BG Pharma definisce esplicitamente la qualità come la capacità di fornire prodotti farmaceutici in modo efficiente, competente ed affidabile. Secondo l'associazione di categoria dei grossisti con assortimento completo, i propri affiliati possono offrire *standard* qualitativi elevati grazie alla presenza di economie di scala, che giustificano l'adozione di sistemi distributivi sofisticati (BG Pharma 1994, pag. 23). L'alta qualità dei servizi offerti, a sua volta, è un fattore competitivo che rafforza la posizione dei grossisti con assortimento completo all'interno del canale di distribuzione.

In realtà il rapporto in esame non approfondisce le possibili ripercussioni dell'introduzione della nuova modalità distributiva sulla qualità del servizio prestato dai grossisti; afferma anzi che il delicato compito di garantire al dettagliante la completezza della gamma di medicinali resterebbe in ogni caso una prerogativa dei propri affiliati. Le argomentazioni della BG Pharma tendono piuttosto a mettere in evidenza i costi per la società olandese associati al nuovo canale distributivo. Fino all'entrata sul mercato delle farmacie con servizi di vendita per corrispondenza, infatti, i grossisti avevano potuto effettuare le consegne sia di prodotti molto richiesti sia di quelli poco richiesti, evitando l'applicazione di margini di ricarico più elevati per questi ultimi (BG Pharma 1994, pag. 23).

Con l'avvento del nuovo tipo di farmacia, invece, si avrebbe una perdita di qualità nel sistema distributivo, poiché nessun grossista avrebbe più l'in-

centivo a fornire un assortimento completo, combinato ad una distribuzione continua, a più riprese durante la giornata, 24 ore su 24, per sette giorni alla settimana. Secondo la BG Pharma, la diffusione delle farmacie con servizi di vendita per corrispondenza porterebbe in sintesi non ad una diminuzione, bensì ad un aumento del costo complessivo dell'assistenza farmaceutica, poiché prodotti molto o poco richiesti verrebbero distribuiti separatamente, obbligando i grossisti a richiedere un prezzo più alto per la consegna di questi ultimi.

Rispetto alle considerazioni espresse a questo proposito dalla BG Pharma sembra opportuno formulare una serie di commenti:

1) l'entrata sul mercato delle farmacie con servizi di vendita per corrispondenza non è l'unico fattore che può indurre alla distribuzione separata dei prodotti più o meno richiesti. Un numero crescente di grossisti si concentra in via esclusiva su una gamma limitata di medicinali. Il rapido aumento delle importazioni parallele e dei farmaci generici ha inciso sostanzialmente sulla distribuzione separata dei prodotti;

2) pare arrischiato affermare che l'avvento di farmacie con servizi di vendita per corrispondenza porterà necessariamente ad una separazione tra le modalità distributive dei diversi prodotti, e che in particolare obbligherà i grossisti ad addebitare margini di ricarico più elevati per quelli meno richiesti. Anziché praticare prezzi maggiori per i farmaci meno richiesti, per esempio, i grossisti potrebbero orientare il comportamento d'acquisto dei dettaglianti escludendo o limitando la concessione di sconti e abbuoni ai farmacisti che ordinano solo prodotti poco richiesti;

3) altrettanto discutibile è l'affermazione secondo cui l'avvento di queste particolari farmacie obbligherà i

grossisti a cessare le consegne di assortimenti completi e a ridurre la frequenza della distribuzione. Il fatto di combinare la disponibilità di una gamma completa con consegne frequenti è infatti una precisa scelta commerciale, effettuata in autonomia dai membri della BG Pharma. Tali caratteristiche dell'offerta rappresentano un elemento di differenziazione rispetto al servizio offerto dalle imprese concorrenti. Per contro, se la completezza dell'assortimento e la frequenza delle consegne sono componenti del servizio apprezzate dai dettaglianti, è verosimile che i membri della BG Pharma possano praticare prezzi più remunerativi rispetto ai loro concorrenti, ad esempio tramite un minor ricorso a strumenti promozionali quali sconti e abbuoni;

4) il governo olandese ha predisposto uno specifico quadro regolamentare per la distribuzione di farmaci all'ingrosso: in particolare, il Ministero della sanità rilascia ai grossisti le licenze d'esercizio, una volta accertata la presenza dei requisiti stabiliti dal Besluit Bereiding en Aflevering (BBA). L'obiettivo principale di tale normativa è il mantenimento della qualità nella distribuzione. I regolamenti del BBA disciplinano tra l'altro le modalità di stoccaggio dei farmaci e il ritiro dal commercio di quelli con effetti collaterali. Per ottenere la licenza non è comunque indispensabile garantire la disponibilità di una gamma completa di prodotti, né è obbligatorio consegnarli con una frequenza particolarmente elevata; di conseguenza, un'eventuale distribuzione separata di farmaci più o meno richiesti non violerebbe gli *standard* di qualità minima fissati dal Ministero della sanità per i grossisti di prodotti farmaceutici;

5) è evidente che i servizi di distribuzione per corrispondenza interessano soprattutto ai pazienti cronici, che di solito hanno bisogno di assume-

re farmaci in modo continuativo. La tabella 2 riporta il consumo di farmaci in relazione all'età dei consumatori: essa evidenzia come solo un quinto della popolazione giovane consumi farmaci già prescritti, mentre la stessa percentuale supera i due terzi per la popolazione ultrasessantenne. Nel 1993 il 51% delle prescrizioni riguardava farmaci consumati per la prima volta, mentre nel 49% dei casi si trattava di farmaci già prescritti. La pillola anticoncezionale, ad esempio, potrebbe rappresentare il prodotto ideale per le farmacie in questione. Nel 1993 le prescrizioni relative alla pillola costituivano l'11% del totale e il 33% di quelle già rilasciate altre volte (IMS, Rendez-Vous, luglio/agosto 1994, pag. 2);

6) il potenziale impatto di una eventuale distribuzione separata sul livello della spesa farmaceutica non è ancora chiaro. L'esperimento della Geové è stato condotto per un periodo di tempo troppo breve e su scala limitata: di conseguenza non è stato possibile raccogliere indicazioni sul possibile risparmio a livello di sistema. Un aumento dei costi per i grossisti, infatti, potrebbe essere ampiamente compensato da una riduzione dei costi per le farmacie che distribuiscono per corrispondenza. L'esperienza degli Stati

Uniti dimostra che la distribuzione postale offre significative opportunità di risparmio, soprattutto grazie allo sfruttamento estensivo delle economie di scala: servizi di farmacia analoghi a quello proposto dalla Geové sono in grado di abbassare i prezzi di circa il 10-15% rispetto al tetto massimo di spesa consentito (Baggerman 1993, pag. 24). Resta peraltro da chiarire se, in che misura ed eventualmente con quali varianti i positivi risultati conseguiti negli Stati Uniti possano essere riprodotti in un contesto caratterizzato da alcune importanti differenze, prima tra tutte una densità abitativa molto più elevata;

7) è interessante osservare che le farmacie con servizi di vendita per corrispondenza conseguono risparmi significativi anche attraverso la vendita di farmaci generici. Negli Stati Uniti i generici incidono per circa il 24% sulle prescrizioni inoltrate alle farmacie che distribuiscono per corrispondenza, e solo il 12-14% su quelle presentate a farmacie tradizionali (Baggerman 1993, pag. 23). La tabella 3, pagina seguente, evidenzia le opportunità di risparmio. Nei Paesi Bassi il 35% dei prodotti farmaceutici è ancora tutelato da brevetto, mentre il 59% non lo è più (il rimanente 6% è rappresentato da farmaci da banco). Tra i far-

Tabella 2 - Tipologia delle prescrizioni per classi di età dei consumatori, 1993

Età dei consumatori	Farmaci prescritti per la prima volta	Farmaci già prescritti	Totale	% di prescrizioni ripetitive
0- 9	4.593	1.148	5.741	20
10-19	2.757	962	3.719	26
20-29	4.756	2.168	6.924	31
30-39	5.127	2.801	7.928	35
40-49	4.335	3.694	8.029	46
50-59	3.199	4.459	7.658	58
60-69	3.046	5.605	8.651	65
70-79	2.508	5.789	8.297	70
80-89	1.083	2.787	3.870	72
90 e oltre	167	320	487	66
Totale	30.488	29.733	60.221	49

Fonte: IMS, Rendez-Vous, luglio/agosto 1994, pag. 2.

Tabella 3 - Incidenza percentuale delle diverse tipologie di farmaci in alcuni Paesi, 1993

Nazione	Prodotti tutelati da brevetto	Brevetto scaduto. Unico produttore	Brevetto scaduto. Più produttori	Farmaci da banco rimborsabili
Austria	27	35	31	7
Australia	21	27	53	—
Belgio	31	54	15	—
Germania	15	46	23	16
Italia	40	40	20	—
Olanda	35	36	23	6
Regno Unito	22	23	39	15
Spagna	31	61	8	—
Svizzera	26	39	17	17

Fonte: MEDCO.

maci non più coperti da brevetto, solo il 39% viene offerto da più produttori, mentre il 61% è ancora in mano ad un unico produttore che, nella maggior parte dei casi, è lo stesso che in precedenza deteneva l'esclusiva. Quest'ultimo gruppo di farmaci, in particolare, offre grandi opportunità di risparmio. Il prezzo dei generici offerti da più produttori è in media inferiore di almeno un quarto rispetto al prezzo di quelli offerti da un unico produttore. Le economie di scala conseguibili attraverso la distribuzione per corrispondenza rendono interessante l'opzione di richiedere la registrazione per tutti i farmaci non più tutelati da brevetto ma ancora offerti da un unico produttore.

4.2. L'impatto a livello di distribuzione al dettaglio

Il secondo punto delle argomentazioni formulate dalla BG Pharma in merito alle conseguenze della diffusione dei servizi di vendita per corrispondenza riguarda le caratteristiche del canale alternativo di distribuzione. Il rapporto esamina in particolare il livello di qualità offerto dalle farmacie che distribuiscono per corrispondenza, confrontandolo con quello delle farmacie tradizionali.

La principale obiezione formulata dalla BG Pharma in merito alle farmacie con servizi di vendita per corri-

spondenza è che esse non consentono di ridurre la spesa farmaceutica. Le farmacie in questione si limiterebbero a fornire assistenza ai pazienti cronici, e non tratterebbero i prodotti poco richiesti sul mercato. Gli aspetti più delicati del processo distributivo, quali la garanzia di completezza nell'assortimento, l'informazione al paziente, il servizio post-vendita e la tutela dai rischi connessi all'interazione di diversi farmaci, verrebbero a gravare sulle farmacie tradizionali e sui grossisti con assortimento completo. Secondo la BG Pharma (1994, pag. 25), questa segmentazione farebbe crescere il livello complessivo della spesa farmaceutica, anziché contribuire a ridurlo.

Il rapporto in esame evidenzia inoltre come il servizio di consegna per corrispondenza possa rappresentare una minaccia per i dettaglianti tradizionali. Il successo della distribuzione per corrispondenza dipende dalla capacità dei farmacisti locali di offrire un servizio di consegna a domicilio. Secondo la BG Pharma (1994, pag. 28), già circa il 90% delle farmacie offre un servizio del genere, soprattutto per soddisfare le esigenze dei pazienti più anziani (6). Le considerazioni avanzate dalla BG Pharma evidenziano chiaramente che, se i farmacisti sono in grado di offrire un valido servizio di consegna a domicilio, risulta molto più difficile per le farmacie con servizi di vendita per corrispondenza

raggiungere una posizione stabile sul mercato. A questo proposito occorre anche considerare che i farmacisti hanno già un rapporto fiduciario con la clientela locale, grazie al quale il livello di accettazione della consegna a domicilio potrebbe essere maggiore rispetto a quello delle farmacie con distribuzione a mezzo posta.

Un altro motivo di preoccupazione è il corretto esercizio della funzione di farmacovigilanza, attraverso la quale si punta a garantire che i pazienti non assumano farmaci tra loro incompatibili. I farmacisti si sono assunti questa responsabilità come parte della loro funzione di operatori sanitari. La maggior parte dei dettaglianti possiede speciali programmi per computer che controllano gli effetti collaterali dell'interazione di farmaci diversi. Le modalità di esercizio della funzione di farmacovigilanza si aggiungono alle limitazioni che la distribuzione per corrispondenza presenta rispetto alla distribuzione tradizionale. Questo aspetto viene posto in evidenza anche dal KNMP, l'ordine dei farmacisti, secondo il quale l'avvento delle farmacie con servizi di vendita per corrispondenza rischia di annullare o sminuire importanti competenze professionali del farmacista, quali il controllo medico, l'informazione e la consulenza al paziente e la stessa etica professionale.

Anche a proposito di queste obiezioni è possibile formulare alcuni commenti:

1) il Ministero della sanità svolge un ruolo importante nel garantire la qualità del sistema di distribuzione dei farmaci, attraverso l'imposizione di una serie di regole. Queste regole sono enunciate nel Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) e nel het Besluit uitoerening arsenijbereidkunst (BUA). Le farmacie con servizi di vendita per corrispondenza sono soggette alla stessa normativa in vigore

per le farmacie tradizionali, nell'ambito della quale si annoverano tra l'altro diversi requisiti relativi agli orari di servizio e all'impegno a consegnare direttamente i prodotti farmaceutici ai pazienti. In pratica, tali requisiti fungono da *standard* qualitativi minimi per l'intera categoria professionale. L'Ispettorato del Ministero della sanità, che ha il compito di accertare l'effettivo rispetto della normativa, ha preso in esame le farmacie con servizi di vendita per corrispondenza per verificare che rispondessero ai criteri enunciati nel BUA. Nel rapporto conclusivo, l'Ispettorato ha ritenuto che il servizio offerto dalle farmacie con distribuzione per corrispondenza sia conforme a tutti i requisiti normativi;

2) il rapporto predisposto dalla commissione interministeriale nel 1994 esamina le barriere formali e sostanziali che limitano la concorrenza nel settore della distribuzione dei prodotti farmaceutici, nonché le possibili opzioni che possono portare alla loro rimozione. Queste opzioni vengono valutate alla luce di tre aspetti: la qualità della distribuzione, il livello complessivo della spesa e la coerenza con il quadro normativo in vigore a livello europeo. Per quanto riguarda il primo aspetto, l'attuale qualità del sistema distributivo è considerata soddisfacente, tanto da essere accolta quale termine di confronto per le modalità di distribuzione alternative. Sulla base di queste premesse, la commissione sostiene che le farmacie con servizi di vendita per corrispondenza soddisfanno i necessari standard qualitativi (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1994);

3) sembra esistere un certo consenso, inoltre, sul fatto che le farmacie con servizi di vendita per corrispondenza sono conformi al requisito secondo cui i medicinali devono essere consegnati direttamente al paziente. Nel caso della Geové, la distribuzione

dei farmaci è affidata alla PTT Logistiek. Questa controlla la qualità del servizio attraverso una serie di precauzioni, tra cui la registrazione di ogni pacco, la consegna solo a persone adulte, la richiesta della firma di chi riceve la merce e il fatto che il pacco non possa essere consegnato né ai vicini di casa, né attraverso la buca delle lettere (Baggerman 1994, pag. 36). Anche i farmacisti tradizionali, peraltro, non sempre consegnano di persona i medicinali al paziente, in quanto sono spesso i commessi a farlo. Finché i farmacisti possono garantire che il servizio di consegna si svolge osservando le necessarie precauzioni, non sembra che il requisito secondo cui i farmaci vanno consegnati personalmente al paziente debba costituire oggetto di preoccupazione;

4) la funzione di farmacovigilanza, a rigore, non spetta solo ai farmacisti: anche i medici e gli specialisti svolgono un ruolo importante. Il rapporto della commissione interministeriale afferma che i nuovi progressi tecnologici, come l'introduzione delle *smart card* e lo scambio elettronico di dati, accrescono la capacità di controllare le prescrizioni e far sì che il controllo dipenda in misura minore dai farmacisti. Inoltre l'esperienza degli Stati Uniti dimostra che i servizi di vendita per corrispondenza, come MEDCO, hanno creato dei sistemi di controllo dell'assunzione dei farmaci ad ampio raggio d'azione. Le farmacie che distribuiscono per corrispondenza, oltre a disporre di un servizio di informazioni telefoniche attivo 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana, forniscono l'informazione ai clienti attraverso i foglietti illustrativi acclusi alle confezioni dei medicinali. La commissione interministeriale sostiene che tali foglietti rispondono adeguatamente alla funzione di dare informazioni esauritive sulle modalità e la frequenza d'uso, nonché sugli ef-

fetti collaterali dell'interazione di farmaci diversi (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1994). I recenti miglioramenti nelle modalità di redazione dei foglietti illustrativi, l'uso del video e del telefono mettono il paziente nelle condizioni di ottenere un'informazione adeguata, rendendo non più strettamente indispensabile la presenza fisica del farmacista.

Volendo approfondire l'analisi, occorre riconoscere che fino ad ora poche ricerche hanno esaminato in modo puntuale il tema della qualità delle farmacie con servizi di vendita per corrispondenza. L'iniziativa della Geové si è svolta su scala troppo limitata per poter condurre una valutazione sistematica del livello di qualità del servizio e del suo impatto sui canali di distribuzione attuali.

L'unico studio disponibile è stato svolto dalla Katholieke Universiteit Brabant su richiesta della Linea Pharma, nella primavera del 1993. La ricerca ha coinvolto gli assicurati della Geové durante il progetto pilota svoltosi a L'Aia; sono stati contattati sia gli utilizzatori che i non utilizzatori del nuovo Servizio di Farmacia. La ricerca ha evidenziato che il servizio è considerato positivamente: gli utenti hanno attribuito a questo servizio aggiuntivo un punteggio medio di 8 su 10. La maggior parte degli assicurati ha ricevuto i farmaci richiesti entro due giorni; tempi di consegna più lunghi erano solitamente dovuti al fatto che l'assicurato era assente (il che potrebbe indicare la non urgenza della richiesta), o a consegne da effettuare prima dell'inizio del fine settimana. La ricerca ha anche mostrato che le farmacie con distribuzione per corrispondenza olandesi non sono attualmente in grado di consegnare farmaci urgenti o farmaci che devono essere conservati a temperature basse. Un elemento degno di nota è che la maggior parte degli utenti ha ritenuto che il

principale vantaggio del servizio di distribuzione postale sia quello di non dover anticipare il costo dei farmaci. Dall'indagine tra i non utilizzatori è emerso che la maggior parte di questi non aveva ancora avuto bisogno di farmaci (KUB Consultancy 1993a, 1993b).

5. Considerazioni conclusive

Le farmacie che distribuiscono per corrispondenza si distinguono dalle farmacie tradizionali in quanto consegnano in un dato luogo i medicinali richiesti. Nel caso del dettaglio tradizionale, invece, i pazienti si recano in farmacia per ritirare quanto prescritto dal medico; non è infrequente che al paziente venga chiesto di ritornare più tardi, perché il farmacista non ha il prodotto in magazzino. La consegna dei farmaci è un servizio aggiuntivo caratterizzante le farmacie che distribuiscono per corrispondenza; le modalità di consegna dei farmaci rappresentano un aspetto secondario rispetto alla decisione di effettuare la consegna nel luogo richiesto. Il discreto successo dell'iniziativa della Geové dimostra che esiste un mercato per la consegna a domicilio: quest'ultimo fatto è stato riconosciuto non solo dalle assicurazioni Geové, ma anche dai farmacisti e dai grossisti.

In base al già citato rapporto del 1989, il governo olandese ha scelto di perseguire il contenimento della spesa farmaceutica attraverso l'introduzione di incentivi ad una maggiore concorrenza nel settore. La sperimentazione condotta della Geové dimostra che la creazione di uno spazio normativo per sistemi alternativi di distribuzione è soltanto un primo passo e, come già prefigurato nel rapporto della commissione interministeriale, mette in guardia dai possibili effetti della deregolamentazione. Da un lato, essa può offrire spazio per l'entrata di

nuove imprese nel settore, e stimolare quindi la concorrenza; dall'altro, però, la deregolamentazione può offrire l'opportunità alle imprese consolidate di aumentare il proprio potere di mercato. Se si considera il caso della Geové, questa seconda alternativa sembra effettivamente corrispondere a quanto è successo. È possibile che in un prossimo futuro le farmacie «via posta» diventino parte del sistema olandese di distribuzione dei farmaci; sembra però improbabile che venga permesso a nuove imprese di entrare nel mercato.

L'introduzione della concorrenza nel sistema di distribuzione, inoltre, difficilmente avrà un impatto sui prezzi dei farmaci. Sino a quando esisterà il sistema di tassazione del KNMP, la concorrenza sul prezzo rimarrà marginale: i possibili risparmi hanno un ammontare stimato compreso tra i 200 e i 400 milioni di fiorini all'anno. Finché le assicurazioni sanitarie otterranno il rimborso, con i fondi AWBZ, del 97% delle spese sostenute per i farmaci, l'incentivo a controbilanciare il potere dei farmacisti, dei grossisti e dell'industria farmaceutica rimarrà modesto. Anche se la deregolamentazione continuerà a creare uno spazio per una vera concorrenza sui prezzi, rimane ancora da vedere se questo porterà ad un abbassamento dei prezzi dei farmaci per i pazienti o ad una riduzione dei premi assicurativi. Considerando l'avversione generalizzata in tutti i settori alla concorrenza sul prezzo, le aspettative del Ministero della sanità non dovrebbero essere troppo ottimiste.

In conclusione, si possono avanzare alcune osservazioni sull'importanza del livello qualitativo del servizio a fini competitivi. La distribuzione dei farmaci avviene in un ambiente normativo rigoroso per evitare i rischi che possono conseguire ad un uso improprio; il Ministero della Sanità svolge un ruolo cruciale a questo proposito,

nella misura in cui stabilisce i requisiti minimi che i diversi canali sono tenuti a garantire. Questi requisiti vanno distinti dagli *standard* di qualità consolidati a livello settoriale, ma privi del potere coercitivo proprio della norma giuridica (per esempio, appare opportuno che la distribuzione riguardi sia i farmaci che si vendono molto che quelli che si vendono poco, ma questo requisito non è incluso tra quelli con rilevanza formale). Fatta salva la necessità di rispettare i requisiti minimi stabiliti dal Ministero, gli attori del sistema distributivo hanno la facoltà di differenziare la propria offerta attraverso la disponibilità di servizi aggiuntivi. La differenziazione dell'offerta rientra infatti tra le possibili strategie competitive proprie del libero mercato; in fondo sono i clienti a scegliere una determinata forma di distribuzione, sulla base delle preferenze individuali in merito al rapporto tra qualità e prezzo del servizio. In sintesi, non spetta né alle imprese farmaceutiche, né ai grossisti, né ai dettaglianti decidere quali caratteristiche del servizio il cliente debba preferire: finché i diversi attori in concorrenza rispetteranno i requisiti normativi, saranno i meccanismi della domanda e dell'offerta a determinare quale forma di distribuzione meglio corrisponda ai desideri dei pazienti.

(1) Questo non implica che il Ministero abbia rinunciato ad adottare politiche che utilizzano strumenti più tradizionali: nel corso degli anni successivi sono state lanciate diverse iniziative che puntano direttamente al contenimento dei prezzi o alla limitazione dei consumi dei prodotti farmaceutici. Per un'analisi critica di queste strategie e della loro efficacia si rimanda il lettore ad Algemene Rekenkamer (1992).

(2) Per una presentazione sistematica delle caratteristiche e dell'articolazione del sistema di amministrazione pubblica olandese si rimanda il lettore a van Ruller (1996).

(3) La letteratura che fa riferimento all'impostazione metodologica dell'economia indu-

stria ha analizzato in modo approfondito le conseguenze della possibilità di ingresso di nuovi concorrenti sul comportamento degli attori già presenti nel settore. Limitandosi agli approcci ormai considerati «classici» si rimanda il lettore ai contributi di Bain (1956), Sylos Labini (1967) e Porter (1980).

(4) La descrizione che segue è basata su Visser (1994), Ziekenfondsraad (1994) e Snier (1995), che approfondiscono rispettivamente le problematiche di tipo sanitario, le politiche pubbliche relative alla spesa farmaceutica e l'analisi strategica del settore.

(5) Per un inquadramento del sistema delle assicurazioni sanitarie in Olanda e delle linee di riforma che recentemente lo hanno caratterizzato si rimanda il lettore a Tarricone (1994).

(6) Anche una recente ricerca condotta dalla OPG Groothandel e dal KNMP ha evidenziato come quasi tutti i farmacisti offrano qualche forma di consegna a domicilio. L'impegno attivo dei farmacisti è piuttosto eterogeneo: la consegna a domicilio viene offerta nel 25% dei casi spontaneamente, nel 40% dei casi su richiesta del paziente e nel 7% dei casi su richiesta del medico, mentre il restante 28% degli interpellati ha un comportamento variabile da caso a caso. I curatori della ricerca sottolineano come i farmacisti offrano al paziente la scelta tra il farsi consegnare il farmaco a domicilio e il recarsi in farmacia, opzione che la distribuzione per corrispondenza non garantisce. Secondo questo studio, nella maggior parte dei casi i pazienti preferirebbero recarsi in farmacia. I curatori consigliano peraltro ai farmacisti di offrire spontaneamente l'opzione della consegna a domicilio ai pazienti interessati. Essa va infatti considerata una prestazione aggiuntiva, che contribuisce a consolidare l'immagine familiare che il paziente ha del farmacista

(Pharmaceutisch Weekblad, 30 luglio 1993, vol. 128, n. 31, pagg. 906-907).

BIBLIOGRAFIA

- ALGEMENE REKENKAMER, *Kostenbeheersing Geneesmiddelen*, rapport voorbereid voor Tweede Kamer der Staten-Generaal, Verslagjaar 1992-1993: 22920 (1-2).
- BAGGERMAN F.C., *Postorderfarmacie in the U.S.A. en in Nederland*, Eindhoven, s.n., 1993.
- BAIN J.S., *Barriers to New Competition*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1956.
- BELEIDSONDERZOEK, *Heroverweging Geneesmiddelenvoorziening*, Begrotingsvoorbereiding, Deelrapport 1989: (3).
- BG PHARMA, *De Pharmaceutische Bedrijfskolom in Beweging: Visierapport*, 1994 s.n.:s.l.
- BORGONOVÌ E., *Pubblico e privato: un problema di integrazione*, *Economia & Management*, 1991; 18 (gennaio), prima serie: 12-20.
- DIENER F., *Arzneimittelpreise in der EG*, *Pharmaceutische Zeitung*, 1994 (4. Oktober); 15 (135): 9-16.
- KUB CONSULTANCY, *Rapport Gebruikeronderzoek 1993 G.A.-Systeem*, Tilburg, s.n., 1993a.
- KUB CONSULTANCY, *Rapport Niet-Gebruikeronderzoek 1993 G.A.-Systeem*, Tilburg, s.n., 1993b.
- MCKIE J.W., *Regulation and the Free Market: The Problem of Boundaries*, *Bell Journal of Economics and Management Science*, 1970; 1 (1): 6-26.
- MINISTERIE VAN ECONOMISCHE ZAKEN, *Toepassing Wet Economische Mededinging ten Aanzien van Pharmaceutische Groothandels*, Den Haag, s.n., 1994.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR, *IWG Rapport inzake de marktwerking in de pharmaceutische sector*, Den Haag, s.n., 1994.
- MITNICK B.M., *The Political Economy of Regulation. Creating, Designing, and Removing Regulatory Frameworks*, New York, Columbia University Press, 1980.
- MITNICK B.M., *The Strategic Use of Regulation - And Deregulation*, *Business Horizons*, 1981; 24 (2): ...
- PORTER M., *Competitive Strategy. Techniques for Analyzing Industries and Competitors*, New York, The Free Press, 1980.
- POSNER R.A., *Taxation by Regulation*, *Bell Journal of Economics and Management Science*, 1971; 2 (1): 22-50.
- VAN RULLER H., *The Public Administration System of the Netherlands*, in P. Rondo Broveto (ed.), *European Government. A Guide through Diversity*, Egea, Milano, 1996.
- SANGALLI F., GARATTINI L., *I margini alla distribuzione nel mercato farmaceutico: un confronto europeo*, *Economia pubblica*, 1994; 24 (11): 523-529.
- SHEPHERD W.G., *Entry as a Substitute for Regulation*, *American Economic Review*, 1973; 63 (2): 98-105.
- SYLOS LABINI P., *Oligopolio e progresso tecnico*, Roma, 1967.
- TARRICONE R., *Il sistema assicurativo sanitario olandese*, *Management ed economia sanitaria*, 1994 (10): 98-110.
- DE WOLF P. ET AL., *Diagnose van de boycott van postorderfarmacie*, *Faculteit Bedrijfskunde - Erasmus Universiteit, Rotterdam*, 1995.

COORDINAMENTO DELLE POLITICHE D'ACQUISTO E OFFERTA DI SERVIZI SUL MERCATO IN UNA LOGICA A RETE: IL CASO DELL'ENTE OSPEDALIERO DEL CANTON TICINO

di Luca Buccoliero, Emanuele Vendramini

CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Note informative sull'ente ospedaliero cantonale - 3. Le politiche di acquisto della «rete» di ospedali dell'EOC ed i meccanismi di controllo e coordinamento - 3.1. La normativa vigente in materia di acquisti - 3.2. Meccanismi e strategie di coordinamento - 3.3. L'istituzione del «gruppo acquisti interospedaliero» - 3.4. Il ricorso ad acquisti effettuati attraverso società private - 3.5. Il «coordinamento dei laboratori» - 4. Il sistema delle assicurazioni sanitarie e le politiche di convenzionamento nell'EOC - 4.1. Il sistema di assicurazioni nella Confederazione Elvetica - 4.2. La definizione delle tariffe - 4.3. La vendita di servizi sanitari sul mercato - 4.4. Il ruolo del medico di fiducia.

1. Introduzione

Dal giugno 1995 un gruppo di ricercatori del CeRGAS dell'Università Commerciale «L. Bocconi» di Milano è impegnato nello svolgimento di una ricerca, commissionata dalla Regione Lombardia nell'ambito dei progetti di modernizzazione gestionale contemplati dal decreto legislativo n. 502/92, volta a definire nuove strategie per il coordinamento delle politiche di acquisto (attraverso la riorganizzazione della funzione acquisti e delle procedure di acquisto) e per l'offerta di servizi sul mercato (attività libero professionale, ricoveri a pagamento, convenzioni attive) in una logica a rete tra cinque importanti aziende ospedaliere di Milano. Al progetto, attualmente entrato nella fase della formalizzazione e della pubblicazione dei risultati, hanno preso parte referenti delle Aziende Ospedaliere Fatebenefratelli-Oftalmico, Niguarda Ca' Granda, Sacco, San Carlo e San Paolo.

I due ambiti di ricerca del progetto sono stati così individuati in considerazione della particolare «criticità» della funzione acquisti e del carattere

fortemente innovativo, nel contesto italiano, dello sviluppo della cosiddetta «area a pagamento» nelle strutture sanitarie pubbliche.

La *funzione acquisti* ha, infatti, da sempre rappresentato uno dei principali «punti di debolezza» delle organizzazioni sanitarie pubbliche del Servizio sanitario nazionale; evidenti indicatori della criticità di questa funzione operativa sono le notevoli differenze registrate a livello di prezzo e qualità per l'acquisizione degli stessi prodotti o servizi. I potenziali ambiti di intervento sono pertanto molteplici, a cominciare dallo scambio di conoscenze ed informazioni tra le diverse aziende ospedaliere sulla struttura del mercato, sulle condizioni contrattuali, sulle esperienze con determinati fornitori e sulle soluzioni operative adottate. Un importante lavoro di analisi può inoltre essere svolto in tema di semplificazione delle procedure, soprattutto alla luce della nuova forma giuridica «aziendale» recentemente assunta dagli enti sanitari, che dovrebbe permettere il passaggio a procedure amministrative più agili. Peraltro, l'adozione di soluzioni inno-

vative nel settore degli acquisti richiede un'analisi delle strutture organizzative dei provveditorati ed economici, che individui gli eventuali margini di razionalizzazione di compiti, ruoli e responsabilità. In prospettiva, infine, si può ipotizzare la definizione di strategie comuni e coordinate per le politiche di acquisto tra le diverse aziende sanitarie.

Limitatamente all'area dei *servizi a pagamento* si può osservare che essa costituisce una delle principali novità introdotte dal D.L. n. 502/92, specificamente per le aziende ospedaliere. In quest'area le aziende sanitarie pubbliche sono collocate in concorrenza tra loro e, soprattutto, in concorrenza

In particolare, rispetto ai contenuti del presente articolo Luca Buccoliero ha curato la descrizione dei processi d'acquisto mentre Emanuele Vendramini ha approfondito l'analisi del sistema delle assicurazioni sanitarie. Gli autori intendono ringraziare il dott. Danilo Beffa (capo del settore finanze, controlling ed informatica) ed il dott. Marco Balerna (responsabile del coordinamento dei laboratori) dell'Ente Ospedaliero Cantonale per la preziosa collaborazione accordata nella fase di raccolta di dati ed informazioni.

con le strutture sanitarie private nell'offerta di servizi sanitari ai diversi centri di acquisto (imprese assicurative, fondi integrativi aziendali, mutue locali e professionali).

Diventa quindi importante sviluppare rapidamente strategie e strumenti operativi, sfruttando economie di apprendimento all'interno del sistema ospedaliero milanese (ad esempio in ambiti quali le modalità di tariffazione e le modalità di distribuzione dei fondi al personale medico, tecnico ed infermieristico); questa strumentazione di supporto può consentire alle singole aziende ospedaliere di attivare proprie strategie imprenditoriali di offerta di servizi sul mercato.

Nell'ambito del già citato progetto di ricerca del CeRGAS, una particolare attenzione è stata dedicata all'analisi di esperienze innovative, in Italia ed all'estero, in materia di coordinamento degli acquisti e di offerta dei servizi sul mercato, attraverso la ricognizione delle diverse soluzioni organizzative adottate e la descrizione dei differenti contesti istituzionali. In questo contesto, il presente articolo propone i primi risultati dell'analisi delle politiche di acquisto e delle strategie di convenzionamento dell'Ente Ospedaliero Cantonale del Canton Ticino, in Svizzera, che rappresenta un *network* sanitario particolarmente meritevole di attenzione, soprattutto in considerazione dei meccanismi di coordinamento adottati e della centralizzazione di alcuni processi amministrativi, che si contrappone ad una significativa «dispersione» territoriale delle strutture e dei presidi.

2. Note informative sull'ente ospedaliero cantonale (1)

L'Ente Ospedaliero Cantonale (d'ora in poi denominato attraverso l'acronimo EOC) fu costituito nel 1982 al fine di conferire organicità all'offerta

di servizi sanitari nel Canton Ticino attraverso il coordinamento delle strutture esistenti (in tutto, 25 strutture sanitarie diverse), perseguendo un obiettivo primario di «qualità totale» delle prestazioni erogate anche attraverso una politica di attento controllo dei costi che consentisse di risanare il forte squilibrio economico-finanziario che aveva contraddistinto il sistema preesistente.

Il Gran Consiglio del Canton Ticino (l'organo legislativo) nomina ogni 4 anni i 7 membri del Consiglio di Amministrazione dell'EOC, uno dei quali deve essere un rappresentante del Consiglio di Stato (l'organo esecutivo). Il CDA, che convoca periodicamente la Conferenza Ospedaliera (organo consultivo permanente), nomina (mediante contratto di diritto privato) il Direttore dell'EOC. Dal Direttore dipendono i Consigli Ospedalieri dei singoli ospedali. La Direzione si avvale di un limitato numero di organi di staff, in materia di:

- sanità;
- servizi tecnici;
- affari legali;
- gestione del personale;
- finanza, *controlling*, informatica.

Le principali attribuzioni del CDA sono le seguenti:

- l'esecuzione delle delibere del Gran Consiglio;
- l'elaborazione della pianificazione ospedaliera cantonale;
- l'elaborazione annuale del bilancio preventivo e consuntivo dell'Ente, da sottoporre al Consiglio di Stato e, successivamente, al Gran Consiglio;
- l'emanazione dei regolamenti interni all'ente.

Il Direttore dell'EOC:

- definisce gli obiettivi, le strategie e le azioni di tipo sanitario;

- valuta i bisogni sanitari (bilancio sanitario) del Cantone;

- definisce i principi di complementarità interospedaliera;

- controlla la qualità delle prestazioni sanitarie erogate;

- valuta le nuove tecnologie mediche ed i progetti di istituzione di nuovi reparti e servizi;

- integra il ruolo della componente medica nella gestione.

La figura 1, nella pagina seguente, riepiloga la struttura organizzativa dell'Ente Ospedaliero Cantonale.

Attualmente l'EOC ha la sede amministrativa principale a Bellinzona (dove si trovano la Direzione Generale e gli organi di *staff* centralizzati in collegamento con i responsabili all'interno dei singoli ospedali) e comprende quattro Ospedali Regionali e tre Ospedali di Zona (riepilogati nella tabella 1, pagina seguente), che fino al 1982 avevano una gestione strategica ed amministrativa pienamente autonoma. L'EOC dispone, inoltre, di una struttura centralizzata, con sede a Blasca, che effettua il servizio di lavanderia per quasi tutti gli ospedali dell'Ente.

Gli ospedali regionali sono compresi nella zona geografica del Cantone denominata «Sottoceneri», mentre i tre ospedali di zona sono situati nella zona detta «Sopraceneri».

Secondo la legge sugli ospedali pubblici n. 2431 del 17 luglio 1981 gli ospedali regionali forniscono l'assistenza di base nella regione formante il loro comprensorio e dispongono, di norma, dei reparti e dei servizi indicati nella tabella 2, nella pagina seguente.

Gli ospedali di zona dispongono di un reparto di medicina generale con posti letto anche per cure di convalescenti, malati cronici e lungodegenti e assicurano mediante il pronto soccorso le prime prestazioni diagnostiche terapeutiche.

Figura 1 - La struttura organizzativa dell'EOC

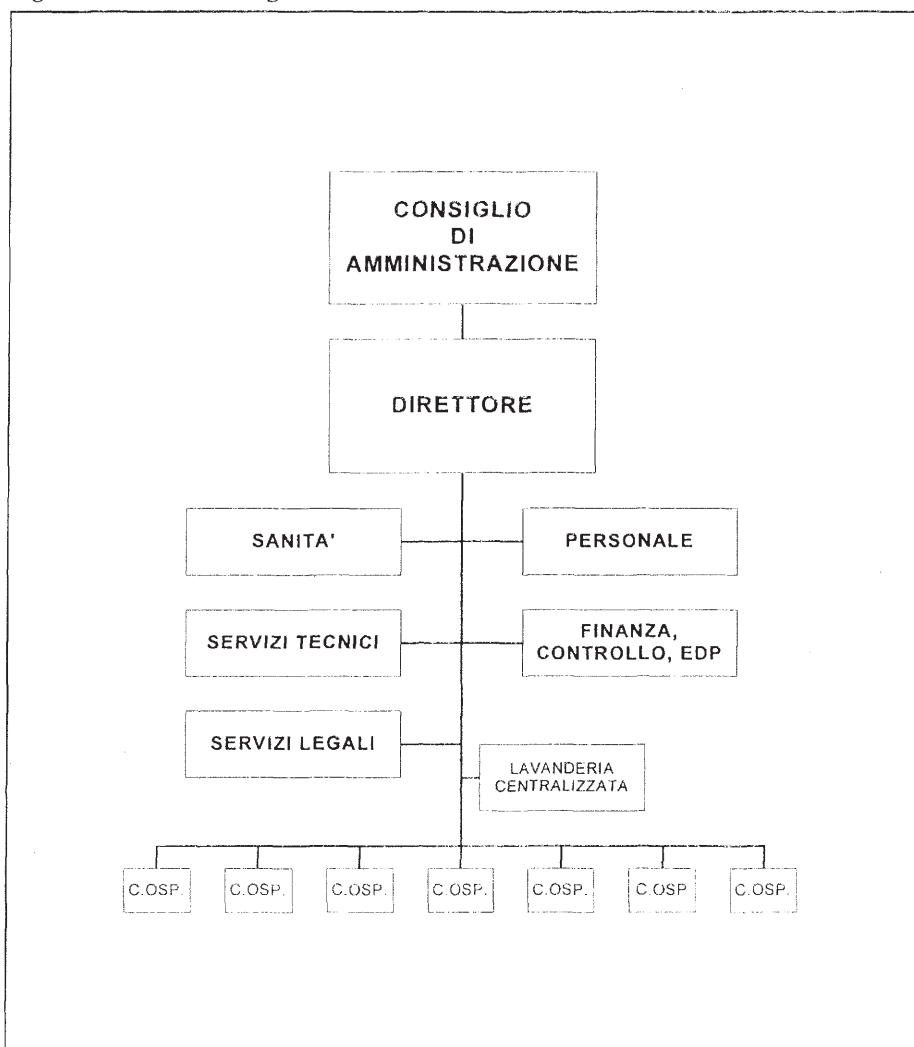


Tabella 1 - Gli ospedali appartenenti all'EOC

Ospedale	N. posti letto	Tasso di occupazione posti letto
Ospedale Regionale di Lugano (sede Ospedale civico e sede Ospedale italiano)	459	72,99
Ospedale Regionale San Giovanni di Bellinzona	302	67,71
Ospedale Regionale della Beata Vergine di Mendrisio	202	72,95
Ospedale Regionale La Carità di Locarno	193	78,44
Ospedale di Zona di Leventina di Faido	156	55,86
Ospedale di Zona di Blenio di Acquarossa	62	87,09
Ospedale di Zona di Vallemaggia di Cevio	44	54,85

L'attuale sistema ospedaliero del Canton Ticino si caratterizza per la sua particolare complessità rispetto a quelli degli altri cantoni, in conseguenza della decisione strategica di non creare un unico ospedale cantonale di grandi dimensioni (sull'esempio dell'Ospedale Universitario di Zurigo o di quello di Losanna), bensì una rete di ospedali regionali e di zona. Tale decisione fu assunta circa 30 anni or sono dal governo del cantone, anche in considerazione delle difficoltà di comunicazione stradale, soprattutto nella zona del Sopraceneri, che avrebbero reso arduo il trasporto dei pazienti ad un unico «polo» cantonale.

Attualmente, a fronte di una popolazione residente di circa 300.000 persone, l'EOC dispone di un'offerta complessiva di circa 1400 posti letto (per apprezzare la dimensione del dato, si consideri che l'Ospedale Universitario di Zurigo ne conta 1100 e quello di Losanna 1500) e, nel 1994, ha trattato 35.357 pazienti per un totale di oltre 370.000 giornate di degenza.

La degenza media degli ospedali regionali è stata determinata, per il 1994, pari a 9,8 giorni mentre lo stesso indicatore per gli ospedali di zona, è stato calcolato pari a 16,6 giorni (nel 1984

Tabella 2 - Reparti e servizi offerti dagli ospedali regionali

Medicina interna con geriatria
Chirurgia
Ginecologia ed ostetricia
Pediatria
Anestesiologia
Radiologia
Cure intensive
Pronto soccorso
Eventuali altri servizi e consulenze previsti dalla pianificazione ospedaliera cantonale

la degenza media in questi ospedali era di 28 giorni). In particolare, la figura 2 propone l'analisi della serie storica delle degenze medie negli ospedali di zona ed in quelli regionali, ponendo in evidenza un andamento decrescente. Il dato relativo al tasso di occupazione dei posti letto è indicato nella tabella 1 e pone in luce un evidente scostamento tra gli ospedali regionali e quelli di zona.

La ripartizione dei posti letto nel 1994 è evidenziata nella figura 3.

Si noti, tuttavia, che all'interno di medicina sono stati compresi i posti letto di neurologia, nefrologia, oncologia, radioterapia, dermatologia; relativamente a chirurgia sono compresi i posti letto di ORL, urologia, oftalmica, neurologia.

In merito alla distribuzione dei pazienti si può notare che il 90% è stato curato negli ospedali regionali mentre solo il 10% in quelli di zona.

Complessivamente la distribuzione dei pazienti è indicata nella figura 4.

Analizzando la provenienza dei pazienti, si può notare che il 91% proviene dal Canton Ticino, il 5% (circa 1.700) proviene dagli altri cantoni ed il rimanente 4% (1.300 pazienti) dall'estero.

A livello ambulatoriale, l'attività nei servizi tecnomedici misurata in numeri di punti (2) ha registrato nel 1994 un incremento del 5,3% rispetto all'anno precedente, con una particolare concentrazione nei settori della radiologia, dell'emodialisi, del pronto soccorso, degli ambulatori specialistici di medicina e chirurgia e della radioterapia. Nel suo complesso, l'attività ambulatoriale rappresenta circa un quarto di tutta l'attività ospedaliera.

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso, per la prima volta nel 1994 si è superata la soglia delle 100.000 visite (102.119) con un aumento regolare nel

Figura 2 - Evoluzione della degenza media in giorni dal 1984 al 1994

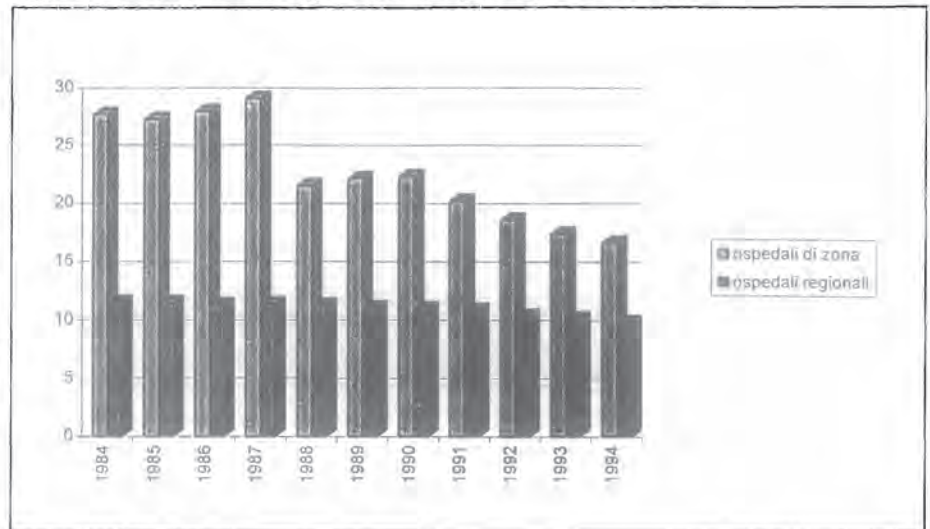


Figura 3 - Distribuzione dei posti letto

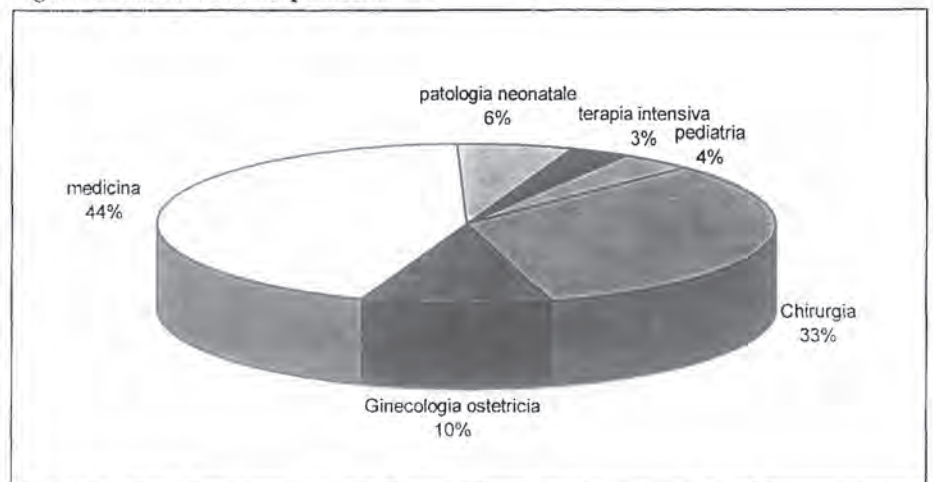
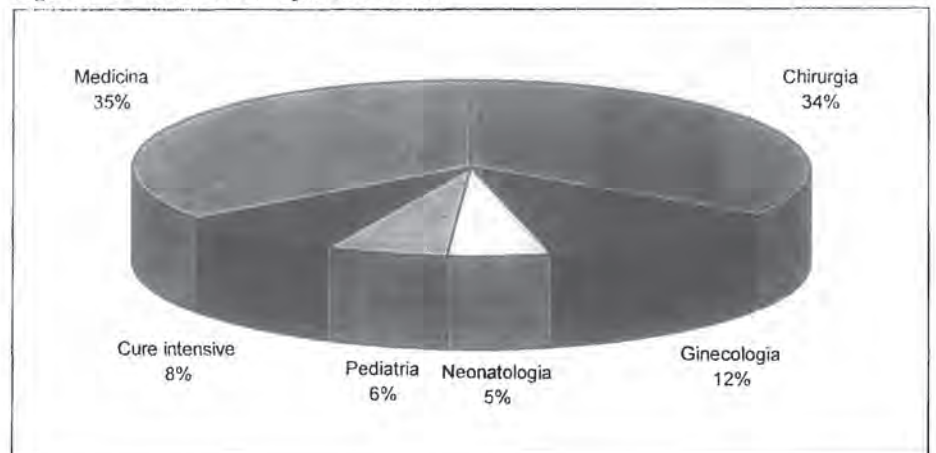


Figura 4 - Distribuzione dei pazienti nel 1994



corso degli anni, evidenziato dalla figura 5.

Il bilancio consuntivo 1994 ha evidenziato, rispetto al preventivo, minori uscite e maggiori entrate, per effetto del rigoroso contenimento della spesa (sulla quale ha inciso anche il contenuto tasso d'inflazione) e dell'incremento dei ricavi. Quest'ultimo è imputabile all'aumento dell'attività, in particolare quella ambulatoriale, e ad un rilevante adeguamento delle tariffe.

I dati globali del consuntivo 1994 confrontati con quelli del preventivo si presentano nei termini di seguito riepilogati nella tabella 3 (espressi in Franchi Svizzeri) (3).

Nel 1994 l'incremento dei costi d'esercizio si è ridotto ulteriormente, fissandosi al 4,8%, significativamente inferiore rispetto a quelli degli anni precedenti (1992-1993: 5,7%; 1991-1992: 7,4%; 1990-1991: 10,3%).

Rispetto al preventivo, i costi d'esercizio sono stati inferiori di 7,8 milioni di franchi (pari al 2,5%); i costi del personale (che rappresentano il 70,7% dei costi d'esercizio) sono risultati inferiori del 3,4% rispetto al preventivo mentre, in confronto al consuntivo dell'anno precedente, sono aumentati del 4,4%.

Gli altri costi d'esercizio sono risultati superiori del 5,7% rispetto all'anno precedente, con un aumento reale che è quindi del 4,7%. Questa categoria di costi è direttamente influenzata dal già citato incremento di attività (pazienti + 3,9, attività ambulatoriale + 5,3%). Occorre ricordare che i costi relativi all'attività ambulatoriale sono totalmente rifatturati e figurano al capitolo dei ricavi.

Al pari dei costi d'esercizio, anche i ricavi sono influenzati dalla variazione dei livelli di attività, oltre che dalla politica tariffaria. Confrontati con il preventivo essi risultano superiori del 4,7% mentre rispetto al consuntivo

1993 l'incremento è stato del 6,2% (pari, in termini reali, al 5,3%).

Le diarie, che rappresentano circa il 70% del totale delle entrate, hanno registrato un incremento reale del 4,4%, dovuto sia all'aumento dell'attività che a quello delle tariffe.

Fedele ad una marcata politica di autofinanziamento, del resto auspicata dalla Commissione della Gestione del Gran Consiglio, l'Ente ha proceduto alla contabilizzazione di ammortamenti per un importo di 39,7 milioni di franchi, con un tasso di ammortamento pari al 15,9%, il che equivale ad un periodo medio di circa 15 anni.

La capacità di autofinanziamento è aumentata del 3,6% mentre la quota degli oneri finanziari (interessi passivi, ammortamenti ordinari, esclusi i redditi patrimoniali netti) è diminuita dell'1,5%.

Il fabbisogno d'esercizio, grazie all'effetto congiunto della diminuzione dei costi e dell'aumento dei ricavi, rispetto al preventivo è risultato inferiore del 16,6%. Il fabbisogno totale, che costituisce il finanziamento pubblico del settore ospedaliero, registra una diminuzione rispetto al preventivo di circa 9 milioni di franchi ed è pari al 14,4% del gettito d'imposta cantonale (il massimo è fissato per legge nella misura del 18%).

Il relativo minor investimento registrato nel 1994 ha consentito di impiegare parte della liquidità a disposizione per ridurre il debito consolidato (8,3 milioni di franchi).

I benefici di questa operazione si ripercuoteranno sulla gestione corrente del prossimo esercizio.

Il debito accumulato al 31 dicembre ammonta a 241,9 milioni di franchi

Figura 5 - Trend degli accessi al pronto soccorso

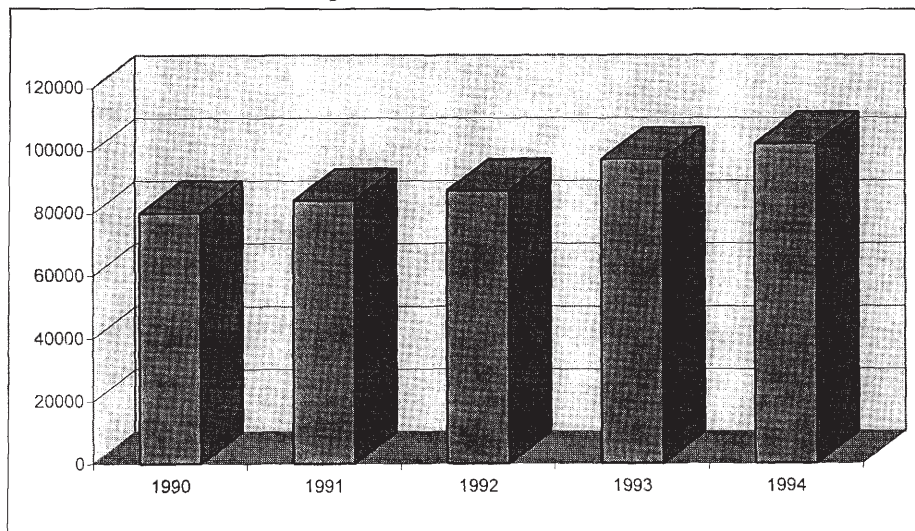


Tabella 3-Raffronto preventivo/consuntivo 1994 del bilancio di esercizio dell'EOC

	Preventivo	Consuntivo
Costi d'esercizio	308.393.800,00	300.562.570,03
Ricavi d'esercizio	202.889.200,00	212.520.091,43
Fabbisogno d'esercizio	105.504.600,00	88.042.478,60
Ammortamenti	31.098.900,00	39.657.500,00
Fabbisogno totale	136.603.500,00	127.699.978,06

con conseguente diminuzione del 4,3% rispetto all'anno precedente.

3. Le politiche di acquisto della «rete» di ospedali dell'EOC ed i meccanismi di controllo e coordinamento

3.1. La normativa vigente in materia di acquisti

Il quadro normativo che regola gli acquisti effettuati dall'EOC si caratterizza, soprattutto se posto a confronto con il contesto italiano, per una maggiore semplicità, poiché la normativa vigente in materia si fonda unicamente sulle seguenti fonti:

— la *legge sugli appalti* (12 settembre 1978) promulgata dal Gran Consiglio del Canton Ticino;

— i *regolamenti* (in materia di acquisti e di edilizia ospedaliera) emanati dall'EOC in data 9 aprile 1993 (come successivamente modificati);

— la *legge finanziaria*, alla quale fa riferimento, in materia di acquisti, la *legge sugli ospedali pubblici* del 20 dicembre 1982.

In particolare, la *legge sugli appalti* si applica generalmente all'aggiudicazione dei lavori e delle forniture per lo Stato ed ai lavori sussidiati pubblici e privati e disciplina tre distinte procedure di acquisto:

— il *pubblico concorso*;

— la *licitazione privata* (possibile quando la spesa prevista non superi l'importo di 100.000 franchi per i lavori di capomastro e di 10.000 franchi per i lavori di altra natura, quando si tratti di lavori che richiedono qualità e abilità professionali particolari o attrezzature speciali o l'applicazione di procedimenti tutelati da brevetti, quando un concorso sia stato esperito senza risultato od in caso d'urgenza dipendente da circostanze eccezionali);

— l'*incarico diretto* (procedura attuabile nel caso di lavori e provvedimenti con carattere d'urgenza, nel caso di opere che richiedano qualità artistiche oppure o professionali particolari ed attrezzature possedute da un'unica ditta nel Cantone).

L'EOC ha recepito quanto disposto dalla legge sugli appalti emanando due regolamenti interni relativi:

— all'*edilizia ospedaliera* (interventi di natura edile negli ospedali dell'EOC e di installazione iniziale di apparecchiature tecnomediche e di arredamenti), ambito in cui si deve frequentemente ricorrere alla procedura del pubblico concorso disciplinata dalla *legge sugli appalti*;

— agli acquisti od al *leasing/noleggio* di attrezzature e mobili, agli acquisti di medicinali e materiale sanitario, agli acquisti di generi alimentari e agli altri acquisti.

Il regolamento relativo all'*edilizia ospedaliera* prevede che l'approvazione preliminare e la delibera di aggiudicazione competano al *Consiglio d'Amministrazione* dell'EOC per gli interventi di natura edile il cui valore superi i 50.000 franchi e per le forniture (in sede d'allestimento) di attrezzature tecnomediche e di arredamenti il cui valore superi i 100.000 franchi. Al di sotto di tali soglie, l'approvazione preliminare e la delibera competono alla *Direzione* dell'EOC che, tra l'altro, nei limiti delle proprie competenze può delegare ai singoli istituti la gestione delle spese autorizzate e le relative delibere.

Nell'ambito dell'*edilizia ospedaliera* (e delle forniture di *strumentazioni ed arredamenti*) il coordinamento delle politiche d'acquisto tra i diversi istituti è dunque assicurato dalla centralizzazione dell'intero processo decisionale e deliberativo (il Consiglio di Amministrazione può decidere, ad esempio, in merito all'opportunità dell'installazione di una TAC o di una RMN in una determinata sede): pertanto, le politiche d'acquisto relative a quest'ambito di forniture sono indissolubilmente connesse alla pianificazione a livello cantonale.

Il regolamento in materia di acquisti di attrezzature, mobili, medicinali, materiale sanitario, ecc. individua distinti ambiti di responsabilità a seconda del valore e della tipologia dell'acquisto.

Ad esempio, limitatamente all'acquisto (oppure al noleggio) di *attrezzature e mobili* di diverso valore, la tabella 4 evidenzia le distinte responsabilità decisionali.

Come è possibile notare, gli acquisti di attrezzature e mobili relativi alla gestione «corrente» il cui valore unitario non supera i 10.000 Fr sono lasciati alla discrezione dei singoli ospedali, ma soltanto nei limiti di un'autorizzazione preventiva che sancisce l'importo massimo complessivamente spendibile in modo autonomo (col solo obbligo di rendicontazione). L'EOC esercita quindi, per questa tipologia di acquisti, un forte ruolo di programmazione e coordinamento, «centralizzando» le fattispecie di acquisto più rilevanti.

Tabella 4 - Responsabilità decisionali per i diversi valori delle forniture di attrezzature e mobili

Valore della fornitura	Soggetto decisore dell'acquisto
Superiore a 100.000 Fr. (circa 140 milioni di lire)	Consiglio di Amministrazione dell'EOC
Compreso tra 10.000 e 100.000 Fr.	Direttore dell'EOC
Inferiore a 10.000 Fr.	Direttore dell'ospedale entro i limiti del preventivo approvato

Si osservi, inoltre, che il regolamento esclude comunque dagli acquisti di attrezzature e mobili autonomamente effettuabili dalle singole direzioni ospedaliere le seguenti fattispecie:

1) acquisti di attrezzature in forma parziale che, una volta riunite, hanno un valore superiore a 10.000 Fr. (al fine di scongiurare un'artificiosa frammentazione degli acquisti);

2) acquisti di materiale informatico (sempre effettuati a livello centrale per motivi di omogeneità e compatibilità tecnica delle apparecchiature);

3) acquisti di attrezzature e mobili il cui valore unitario è inferiore ai 10.000 Fr. ma che comportano fabbisogni supplementari di personale.

Ai singoli *Consigli Ospedalieri* (consigli di amministrazione di ciascun ospedale) il regolamento affida (contemplando l'ipotesi di delega al rispettivo direttore dell'ospedale) la competenza esclusiva sulle seguenti tipologie di forniture:

— acquisti di medicinali e materiale sanitario;

— acquisti di generi alimentari;

— altri acquisti quali stoviglie, materiale amministrativo e di pulizia, tessuti personalizzati con il marchio dell'ospedale, ecc.

Gli acquisti di farmaci hanno luogo attraverso i farmacisti ospedalieri (ai quali è delegata l'intera gestione dell'ordine), che possono acquistare direttamente presso le farmacie locali i medicinali da prepararsi su ricetta medica o di uso particolare.

Gli acquisti di generi alimentari avvengono per pubblico concorso almeno una volta all'anno; fanno eccezione casi particolari «in cui le trattative private garantiscono una migliore tutela dell'ospedale». Occorre sottolineare che, limitatamente agli acquisti di generi alimentari, assume una particolare rilevanza il rapporto con i fornitori della zona geografica in cui l'ospedale

è ubicato. La quasi totalità delle forniture relative al vitto è, infatti, abitualmente aggiudicata a fornitori della zona, anche per rafforzare il rapporto dell'ospedale con gli interessi della comunità circostante; deroghe a questo principio hanno determinato, in passato, gravi polemiche e malcontenti tra le comunità locali e l'EOC.

Gli acquisti di tessuti personalizzati sono soggetti ad un parere tecnico favorevole da parte della lavanderia centralizzata di Blasca, la quale è invece direttamente competente per l'acquisto di tutti i tessuti non personalizzati.

Il servizio di lavanderia per gran parte delle strutture dell'EOC è svolto a cura della Lavanderia centralizzata di Blasca, che rappresenta un interessante caso di internalizzazione e centralizzazione di questo tipo di compiti. La lavanderia centralizzata ha lavato, nel 1994, circa 1800 tonnellate di biancheria, con una media per giorno lavorativo pari a circa 7,4 tonnellate ed una produttività di 31,1 Kg/ora: questi volumi di attività hanno consentito di ottimizzare l'incidenza dei costi fissi per chilogrammo trattato. Il costo per chilogrammo, al netto di interessi ed ammortamenti, ammonta a 2,41 franchi (in lieve calo rispetto agli anni precedenti, malgrado il rincaro della manodopera, dei materiali e dell'energia), inferiore di circa 1 franco per chilogrammo rispetto all'ipotesi di appalto esterno del servizio. La centralizzazione del servizio consente dunque di realizzare significative economie (anche grazie ad una particolare attenzione ai consumi energetici) e di controllare costantemente la qualità del lavoro e la compatibilità ambientale delle procedure di lavaggio adottate. La capacità operativa della lavanderia consente la vendita del servizio (a condizioni competitive e remunerative) anche ad altre strutture private (sanitarie e non). Alcuni spazi esisten-

ti presso la struttura che ospita la lavanderia sono utilizzati come magazzino comune per tutte le strutture dell'EOC.

3.2. *Meccanismi e strategie di coordinamento*

Il modello sin qui delineato si caratterizza, dunque, per un particolare *mix* di accentramento e decentramento delle responsabilità in materia di acquisti, che prevede:

— una forte responsabilità a livello centrale nella gestione degli acquisti più rilevanti e ritenuti «strategici» (edilizia ospedaliera, attrezzature, arredi, informatica e nuove tecnologie e, come nel caso della lavanderia di Blasca, alcuni servizi di supporto);

— il decentramento a livello di singole strutture degli acquisti correnti e di particolari fattispecie di acquisto, come sopra ricordato.

Questo modello ha significativamente innovato la situazione preesistente alla creazione dell'EOC (situazione peraltro caratterizzata dall'accumulo di un rilevante *deficit* economico e finanziario) che, come già evidenziato in precedenza, prevedeva un'elevata discrezionalità gestionale in capo ai singoli ospedali sul territorio del Canton Ticino ed attribuiva ai medici un ruolo di particolare importanza all'interno del sistema. Con riferimento a quest'ultimo aspetto, giova infatti ricordare che l'attuale Consiglio di Amministrazione dell'EOC include una sola figura di medico (il caposettore sanitario), che si deve fare interprete delle istanze dei colleghi. Inoltre, lo stile di controllo (affidato ad un insieme di meccanismi formali ed informali), pur rivelandosi nel complesso efficace e capillare, è talora giudicato eccessivamente rigido e burocratico e ciò ostacola le relazioni interne all'ente.

I dati economici sopra descritti, tuttavia, evidenziano la notevole efficacia delle politiche di riduzione dei costi sin qui adottate all'interno dell'EOC anche nell'ambito delle politiche d'acquisto. Altri indubbi benefici del modello adottato sono, inoltre, costituiti da:

1) accurata pianificazione degli investimenti, nel rispetto dei bisogni dei vari bacini di utenza;

2) piena compatibilità delle procedure software e della dotazione hardware, con agevole scambio di informazioni a tutti i livelli;

3) rispetto di elevati *standard* qualitativi delle forniture in tutte le strutture dell'Ente;

4) omogeneità delle condizioni economiche praticate dai fornitori (con particolare vantaggio per le strutture di dimensioni più modeste, che si allineano a quelle con elevati volumi di acquisto) e loro convenienza in ragione dell'accresciuta capacità contrattuale dell'Ente.

I 14 anni trascorsi dalla creazione dell'EOC hanno rappresentato una fase di sperimentazione di meccanismi di coordinamento degli acquisti, che attendono ora di essere istituzionalizzati e pienamente implementati.

I principali ambiti di coordinamento degli acquisti sono i seguenti:

— l'istituzione del «gruppo acquisti interospedaliero»;

— il ricorso ad acquisti effettuati attraverso società private che agiscono, di fatto, come «consorzi» di acquisto di materiale sanitario;

— il «coordinamento dei laboratori».

3.3. L'istituzione del «gruppo acquisti interospedaliero»

La Direzione dell'EOC ha dato vita, negli ultimi 2 anni, ad un «gruppo acquisti», che include un rappresentante di ciascun ospedale e che, mediante

riunioni periodiche, discute collegialmente su alcune tipologie di acquisti (generalmente comprese tra quelle spettanti all'autonoma responsabilità dei singoli consigli ospedalieri) sulle quali appare proficuo il coordinamento tra le diverse strutture. Tale coordinamento può limitarsi ad uno scambio di informazioni su fornitori, tipologie merceologiche, procedure e condizioni di acquisto oppure può sfociare, quando un accordo è raggiunto tra i diversi membri del gruppo, in una contrattazione ed in un acquisto comune.

Si può stimare che, attualmente, circa il 15% degli acquisti di competenza dei consigli ospedalieri (prevalentemente cancelleria, stampati e beni economici) sia effettuato dal «gruppo», con soddisfacenti risultati per quanto riguarda le condizioni economiche e qualitative del prodotto acquistato. In questi casi, l'EOC ricorre, abitualmente, alla redazione di un cosiddetto «contratto mantello» con il fornitore: il contratto definisce cioè le condizioni generali per l'approvvigionamento di un certo prodotto da parte di tutti gli ospedali dell'ente in un dato periodo, senza tuttavia definire un esatto quantitativo e lasciando ai singoli ospedali il compito di perfezionare gli ordini e le spedizioni in relazione ai fabbisogni.

Obiettivo della Direzione dell'EOC è, alla luce dei primi positivi risultati dell'esperienza del gruppo di acquisto, il perfezionamento delle complesse dinamiche organizzative interne al gruppo stesso e l'attribuzione di una maggiore enfasi al contenuto del suo ruolo, che potrebbe estendersi ad altre, più rilevanti, categorie di acquisti.

3.4. Il ricorso ad acquisti effettuati attraverso società private («consorzi» di acquisto di materiale sanitario)

L'EOC rinnova ogni anno (mediante versamento di un'esigua quota) la

propria iscrizione ad una società privata svizzera (denominata CADES) che agisce di fatto come «consorzio» di acquisto di materiale sanitario presso diversi fornitori, contratta e concorda le condizioni economiche praticate per i diversi prodotti e redige periodicamente un «catalogo» del materiale disponibile. L'iscrizione dell'EOC e dei fornitori alla CADES implica, di fatto, l'impegno vicendevole dell'ente e dei fornitori a non procedere a trattative autonome per determinate categorie di prodotti incluse nell'accordo, rendendo pertanto «esclusiva» l'intermediazione del «consorzio». Il modello adottato è analogo a quello osservato durante l'analisi dei principali gruppi ospedalieri negli Stati Uniti (che affidano una quota rilevante degli acquisti effettuati a «consorzi di acquisto» quali «VHA» o «Premiere»).

Le condizioni economiche praticate appaiono, nel complesso, soddisfacenti (in considerazione degli elevati volumi acquistati dalla CADES per conto di ospedali ubicati su tutto il territorio della Confederazione Elvetica) e le procedure sono semplici e poco impegnative per l'Ente e per i singoli ospedali. Tuttavia, la Direzione dell'EOC ha ragione di ritenere che talvolta possano esistere dei margini per migliorare ulteriormente le condizioni delle offerte rispetto a quelle della CADES e che l'eccessiva rigidità del rapporto contrattuale con quest'ultima possa rivelarsi troppo vincolante.

3.5. Il «coordinamento dei laboratori»

Nel 1995 è stata istituita la figura del Responsabile del Coordinamento dei Laboratori, che intende perseguire la massimizzazione di efficacia ed efficienza dell'attività dei laboratori dell'EOC proprio attraverso il coordinamento delle loro attività e dei loro processi gestionali.

I laboratori dell'EOC hanno effettuato, nel 1994, un totale di 1.850.000 esami, per un valore che (calcolato sulla base della spesa che sarebbe derivata dall'acquisto degli stessi esami presso laboratori esterni nella Confederazione Elvetica) supera i 23,8 milioni di Franchi (circa 33 miliardi di lire).

Il «materiale di consumo» dei laboratori (che include reagenti e diagnostici) è direttamente acquistato dalle farmacie dei diversi ospedali (in coerenza con le procedure sopra descritte); in particolare, esistono attualmente due «poli» principali d'acquisto (uno per gli ospedali regionali, l'altro per quelli di zona), sotto la responsabilità di due farmacisti.

Una tendenza in atto è, tuttavia, quella di centralizzare il processo di acquisto di reagenti e diagnostici, ossia di istituire meccanismi di contrattazione diretta tra le ditte fornitrici e la Direzione dell'EOC, al fine di realizzare economie significative. Tra le altre considerazioni che spingono verso questa soluzione, vi è quella relativa alla distanza geografica dei diversi laboratori delle strutture appartenenti all'EOC dalle sedi delle principali industrie produttrici di reagenti (la Svizzera centrale): si ritiene, infatti, che la centralizzazione degli acquisti di reagenti per tutti gli ospedali dell'EOC potrebbe determinare, in considerazione dei significativi volumi commissionati ad un medesimo fornitore, la creazione da parte di quest'ultimo di magazzini nel Canton Ticino, con riduzioni considerevoli dei costi di stoccaggio e trasporto a carico dell'EOC ed un abbattimento del costo complessivo stimabili attorno al 15%.

Sulla base dei rapporti semestrali di contabilità analitica, la Direzione dell'EOC ha elaborato interessanti dati consuntivi sul consumo di diagnostici nei diversi ospedali regionali, basati su una codifica uniforme dei reagenti

e sulla classificazione delle analisi in funzione della complessità e del costo delle stesse (attraverso l'attribuzione di «punteggi») (4). Da tali dati (5) emergono interessanti disparità tra i laboratori dei diversi ospedali rispetto ai volumi ed alle tipologie delle analisi effettuate, ai consumi di reagenti e, soprattutto, alle condizioni economiche praticate dai diversi fornitori (anche con riferimento alle diverse formule di acquisizione delle apparecchiature: *leasing*, *service*, acquisto diretto, ecc.) (6).

La strategia perseguita dall'EOC nel medio periodo (1996-2000) in materia di acquisti di reagenti e diagnostici per i laboratori si riassume nelle esigenze di *razionalizzare* ed *omogeneizzare* i consumi dei diversi ospedali, attraverso la preliminare standardizzazione delle metodiche e delle apparecchiature utilizzate. A tale scopo, nei prossimi anni è ipotizzabile un rinnovo radicale e simultaneo delle apparecchiature attualmente in dotazione, dopo un attento esame dell'evoluzione dei mercati e delle diverse offerte dei fornitori che consenta di individuare le tecnologie più avanzate e di adottarle in tutti gli ospedali dell'EOC. L'EOC potrà, dunque, pervenire ad una scelta tecnologica univoca ed alla selezione periodica di veri «partner tecnologici» esclusivi per i suoi laboratori, in considerazione della loro capacità innovativa.

Formule contrattuali e gestionali adeguate dovranno, evidentemente, essere individuate al fine di scongiurare la nascita di un'eccessiva dipendenza tecnologica dal fornitore scelto e di assicurare, alla scadenza del contratto, la possibilità di una scelta alternativa. Dovrà, inoltre, essere attentamente valutato il rischio di un'eccessiva concentrazione del mercato indotta da una simile scelta. Per limitare tali rischi una possibile opzione potrebbe essere

quella della contemporanea adozione di due tecnologie concorrenti.

4. Il sistema delle assicurazioni sanitarie e le politiche di convenzionamento nell'EOC

L'organizzazione e la gestione commerciale delle convenzioni attive è uno degli aspetti che caratterizzano le politiche di programmazione e pianificazione dell'attività delle aziende sanitarie italiane.

La diminuzione delle risorse finanziarie a disposizione ha infatti comportato la necessità di ridefinire le politiche di convenzionamento tra pubblico e pubblico e tra pubblico e privato. Un'attenzione particolare viene posta all'insieme delle convenzioni con i fondi integrativi, le mutue private in merito alla vendita di pacchetti di prestazioni sanitarie ad enti o imprese private.

Si è pertanto sviluppato un dibattito sulle modalità di gestione delle politiche di convenzionamento ed alla luce di questo sono state quindi introdotte nelle aziende ospedaliere professionalità *gestionali* che hanno il compito di sviluppare piani di *marketing*, di negoziare il riparto delle percentuali per le attività per paganti in proprio e di offrire pacchetti di prestazioni sanitarie alle assicurazioni e ai fondi integrativi.

Può quindi essere utile analizzare il sistema assicurativo elvetico in generale e quello Ticinese in particolare, al fine di ottenere non certo soluzioni da adottare acriticamente ma una chiave di lettura per l'interpretazione delle innovazioni che stanno caratterizzando in nostro sistema sanitario

4.1. Il sistema di assicurazioni nella Confederazione Elvetica

Il primo Gennaio 1996 è entrata in vigore nella Confederazione Elvetica

la Legge Federale sull'Assicurazione Malattie (LaMal): *ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi o farsi assicurare dal proprio rappresentante legale per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o della nascita in Svizzera (art. 3).*

Ogni cittadino può scegliere liberamente l'assicuratore tra quelli identificati nel dettato di legge in cui si sancisce che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è gestita:

— dalle casse malati (persone giuridiche di diritto privato o pubblico senza scopo di lucro che esercitano in primo luogo l'assicurazione sociale per le malattie e sono riconosciute dal Dipartimento Federale);

— le casse malati possono offrire, oltre all'assicurazione sociale per le malattie, assicurazioni complementari nei limiti determinati dal Consiglio Federale e dalla legge federale sul contratto di assicurazione (LCA);

— dagli istituti d'assicurazione privati sottoposti alla legge federale sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA).

Gli assicuratori devono in particolare esercitare la propria funzione secondo il principio della mutualità e garantire la parità di trattamento degli assicurati.

Una delle caratteristiche particolari del sistema assicurativo elvetico è dato dall'esenzione degli assicuratori dalle imposte dirette della Confederazione, dei Comuni e dei Cantoni sulle successioni e donazioni: gli stessi documenti utilizzati per la pratica dell'assicurazione sociale malattie sono esenti da tasse.

Uno dei compiti istituzionali degli assicuratori, che hanno l'obbligo di creare un'istituzione comune sotto forma di fondazione, è quello della promozione della prevenzione delle malattie (art. 19).

Se le assicurazioni rappresentano il finanziamento del servizio sanitario

elvetico la legge individua esplicitamente chi è autorizzato ad esercitare e praticare cure sanitarie rimborsabili dalle casse mutue (i produttori di prestazioni sanitarie).

Rispetto alla realtà italiana sono autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione cure medico-sanitarie anche i farmacisti; i chiropratici; le levatrici; gli istituti che effettuano cure semi ospedaliere (vedi tabella 5).

L'assicurato ha libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua patologia.

Se per motivi d'ordine medico l'assicurato ricorre ai servizi di un ospedale pubblico, o sussidiato dall'ente pubblico, situato al di fuori del Cantone di residenza, il Cantone d'appartenenza si assume la differenza tra i costi fatturati e quelli corrispondenti alle tariffe applicati agli abitanti ove si trova il suddetto ospedale (art. 41).

D'intesa con l'assicuratore, l'assicurato può limitare la propria scelta ai fornitori designati dall'assicuratore secondo criteri finanziariamente più vantaggiosi. Diviene quindi fondamentale analizzare le modalità di determinazione delle tariffe.

4.2. La definizione delle tariffe

La legge stabilisce anche i criteri per la determinazione delle tariffe e dei prezzi delle prestazioni sanitarie. La tariffa è una base per il calcolo del-

la remunerazione; in particolare essa può:

— fondarsi sul tempo dedicato alla prestazione (tariffa temporale);

— attribuire punti per prestazione e fissare il valore del punto (tariffa per singola prestazione);

— prevedere remunerazioni forfetarie (tariffa forfetaria);

— a titolo eccezionale, sottoporre la remunerazione di determinate prestazioni a condizioni particolari come l'esigenza di investimenti in tecnologia, necessità di corsi di formazione, di aggiornamento o di perfezionamento (esclusione tariffale).

La tariffa forfetaria può essere riferita ad un singolo malato o a gruppi di assicurati; in questo secondo caso le tariffe possono essere stabilite prospetticamente in base a prestazioni fornite in precedenza e a bisogni futuri (stanziamento globale di bilancio prospettico) di prestazioni (convenzione tariffale), oppure dalle autorità competenti nei casi previsti dalla legge.

La norma sancisce inoltre che le convenzioni tariffali siano stabilite secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate.

Nel caso di convenzioni tra associazioni (mediche, di assicuratori, ecc.), prima della loro conclusione devono essere sentite le associazioni che rappresentano gli interessi degli assicurati a livello cantonale e federale.

Tabella 5 - Autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione cure medico-sanitarie nella Confederazione Elvetica

1	I medici
2	I farmacisti
3	I chiropratici
4	Le levatrici
5	I laboratori
6	Gli ospedali
7	Gli istituti che effettuano cure semi ospedaliere
8	Le case di cura
9	Gli stabilimenti di cura balneari

Il Consiglio federale può determinare criteri particolari relativi all'adeguamento delle tariffe.

Il sistema sanitario svizzero è quindi costituito da un insieme di convenzioni tariffali che nella fattispecie possono essere di tre tipi:

- 1) convenzione tariffale con associazioni di medici;
- 2) convenzione tariffale con gli ospedali;
- 3) convenzione tariffale con le case di cura.

Prima di analizzare questi tre istituti occorre approfondire l'art. 46 della LaMal in tema di convenzionamento.

Il testo legislativo sancisce che le parti di una convenzione tariffale sono, da un lato, uno o più fornitori di prestazioni o federazioni di fornitori di prestazioni, dall'altro, uno o più assicurazioni o federazioni di assicurazioni.

Se una delle due parti della convenzione è una federazione, la convenzione vincola i membri della federazione solo se hanno aderito alla convenzione. I non membri esercitanti nel territorio previsto dalla convenzione possono parimenti aderire a quest'ultima.

Sono nulli tutti i patti volti a:

- vietare ai membri della federazione di concludere convenzioni separate;
- obbligare i membri della federazione di aderire alle convenzioni esistenti;
- vietare la concorrenza fra i membri della federazione;
- i trattamenti di favore e le clausole di esclusività.

Le tipologie di convenzioni maggiormente significative sono le convenzioni tariffali con associazioni mediche e convenzioni tariffali con gli ospedali.

Le prime sono disciplinate in modo tale che all'approvazione di una convenzione tariffale con una o più associazioni di medici, l'autorità che ap-

prova, sentite le parti, stabilisce una tariffa limite i cui tassi minimi devono essere inferiori e i tassi massimi superiori a quelli della tariffa convenzionale approvata. La tariffa limite è applicabile alla scadenza della convenzione tariffale.

Trascorso un anno dalla scadenza della convenzione, l'autorità che approva può stabilire una nuova tariffa limite senza tenere conto della tariffa convenzionale anteriore.

Per le seconde il sistema retributivo elvetico prevede che per la remunerazione delle cure ospedaliere le parti stabiliscano una quota forfettaria.

Questa quota copre al massimo il 50% dei costi fatturabili per paziente o per gruppi di assicurati nel reparto comune (assicurazione base) degli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. Non sono computati nei costi la quota delle le spese d'investimento, di formazione e di ricerca e le spese dovute alla dotazione tecnologica (se superiore alla domanda).

Per quanto riguarda la degenza in casa di cura l'assicurazione copre le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale e a domicilio.

È importante notare che se i costi medi per assicurato per le cure ambulatoriali o in ospedale, in caso di assicurazione obbligatoria, aumentano almeno del doppio rispetto alla media dei prezzi e dei salari, l'autorità competente può ordinare che le tariffe o i prezzi di tutte o di una parte delle prestazioni non possano essere aumentati, fino a che la differenza relativa del tasso di crescita annuo e l'evoluzione generale dei prezzi e dei salari sia del 50%.

4.3. La vendita di servizi sanitari sul mercato

L'offerta di servizi sanitari sul mercato avviene secondo diverse modalità:

- la libera professione;
- l'area a pagamento;
- le convenzioni attive;
- le camere per pazienti solventi.

L'Ente Ospedaliero Cantonale essendo un insieme di convenzioni attive di fatto presenta tutte queste tipologie.

Nella disciplina della libera professione e dell'area a pagamento in realtà nel ticinese si attua un istituto che è un *mix* delle due formule.

La libera professione non è un diritto del medico, ma solo i primari ospedalieri possono esercitarla, previa autorizzazione da parte dell'Ente. La struttura mette a disposizione i locali e definisce la ripartizione della tariffa (quest'ultima determinata dal professionista).

La ripartizione della tariffa è determinata in modo progressivo sull'ammontare del guadagno del medico (fino al 70% per l'azienda).

La situazione nel Canton Ticino è invertita rispetto alla realtà italiana, i primari infatti non hanno alcun interesse ad esercitare nelle cliniche private, perché hanno la possibilità di curare i propri pazienti nelle camere di classe privata, quelle cioè ad un letto e tutte le comodità alberghiere. I medici cosiddetti a tempo parziale, cioè i non primari, possono invece esercitare la libera professione presso le case di cura private o in studi propri.

In Svizzera sono previste tre classi di degenza:

- 1) classe privata;
- 2) classe semi privata;
- 3) classe comune.

L'assicurazione base copre le spese per la degenza nella classe comune, mentre per accedere alle altre classi di degenza bisogna o possedere una assicurazione *ad hoc* o pagare in proprio.

Può essere utile analizzare la distribuzione delle classi di degenza nel 1994:

- 1) classe comune: 67%;

2) classe semi-privata: 20%.

3) classe privata: 13%.

Rispetto agli anni precedenti si nota un leggero incremento dei ricoveri nei reparti semi-privata e privata in contrasto con la diminuzione delle coperture complementari.

Nella Confederazione Elvetica è previsto che un paziente possa optare per un ricovero in classe comune sia presso un ospedale pubblico che in una clinica privata, in quanto per legge la tariffa è la medesima. Si apre quindi per il pubblico una partita nuova: la competizione con le strutture private.

In Canton Ticino è fissato per legge l'ammontare della retta giornaliera relativa alla classe comune: 324 franchi svizzeri.

Con questa modalità di finanziamento l'EOC ha maturato l'esigenza di provvedere ad uno sviluppo dei propri sistemi di contabilità e di controllo dei costi. Ad oggi l'Ente ospedaliero cantonale riesce a definire solo i costi per reparto, arrivando di conseguenza a determinare il costo medio del paziente tipo per ogni singola divisione. I responsabili della rete degli ospedali ticinesi hanno quindi inserito tra gli obiettivi da raggiungere a breve quello di dotarsi di una contabilità per centri di costo e di una gestione budgetaria.

Viene data invece libera scelta alle strutture di offerta nella determinazione delle tariffe per le camere private e semi-private.

4.4. Il ruolo del medico di fiducia

Gli assicuratori o le rispettive federazioni designano, d'intesa con le società mediche cantonali, i medici di fiducia. Questi devono soddisfare le condizioni d'autorizzazione prescritte per i medici (art. 36) ed avere inoltre esercitato presso uno studio medico o rivestito una funzione medica di-

rettiva in un ospedale per almeno 5 anni.

I medici di fiducia abilitati ad esercitare in tutta la Svizzera devono essere designati d'intesa con la società medica del Cantone in cui si trova la sede principale dell'assicuratore o della federazione. Una caratteristica peculiare consiste nella facoltà esplicita del medico di fiducia di consigliare l'assicuratore sia su questioni di ordine medico che relative alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe.

Resta fermo che il medico decide autonomamente: né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni possono impartirgli istruzioni (art. 57). A propria discrezione i medici di base decidono (suggeriscono) dove ricoverare il proprio paziente e poi fatturano ai propri assistiti tutte le prestazioni che effettuano ed i farmaci che prescrivono. Saranno poi le casse mutue a rimborsare le spese sostenute, a meno di una franchigia variabile da paziente a paziente (questo per evitare lo svilupparsi di fenomeni di *moral hazard* e di *free riding* si veda in proposito G. Fattore, in *Mecosan* n. 7).

Recentemente nella Confederazione Elvetica si è sviluppato un dibattito sulla necessità del controllo degli erogatori di prestazioni sanitarie.

In particolare, si è evidenziato come l'aumento del numero dei centri di offerta di servizi sanitari sul territorio del Cantone ha comportato la crescita delle prestazioni erogate dai singoli produttori, sviluppando una domanda cosiddetta «impropria» ed è stata avanzata l'ipotesi che il fattore esplicativo della variabile della spesa sia da attribuire essenzialmente alla densità di medici; essa infatti influisce in modo determinante sul numero di consultazioni, sulla prescrizione farmaceutica e quindi sull'ammontare della spesa totale per la medicina ambulatoriale (Domenighetti 1992).

Zimmermann e Ramaccioni (1993) sostengono addirittura che il numero di giorni di assenza dal lavoro sia pure collegato alla densità medica.

Domenighetti ed altri (1992) ritengono che l'attuale mancanza di un controllo dell'accesso agli studi di medicina, unito all'aumento della dotazione tecnologica degli studi medici in un sistema di finanziamento che prevede il pagamento a tariffa per prestazione renda incontrollabile l'evoluzione della spesa e delle sue ripercussioni in termini sia economiche che sociali.

(1) Per una descrizione approfondita dell'assetto istituzionale dell'E.O.C. si veda l'articolo «Analisi della struttura sanitaria decentralizzata svizzera: l'esempio del Canton Ticino» di C. Castelli, in *Mecosan* n. 16, 1996.

(2) Ad ogni prestazione od atto terapeutico o diagnostico corrisponde un «punteggio» che tiene conto dei costi, dei fabbisogni di personale e di tecnologie e delle difficoltà.

(3) Si noti che l'EOC adotta un sistema contabile «misto», su base finanziaria ed economica. L'EOC redige annualmente un «Conto di esercizio» (rendiconto delle entrate e delle uscite sulla base dei dati di cassa) ed un bilancio economico (stato patrimoniale). Al risultato positivo o negativo evidenziato nel conto di esercizio è dunque applicata una quota di ammortamento.

(4) Si veda, *supra*, la nota n. 2.

(5) La pubblicazione dettagliata ed analitica dei dati in questione non è stata autorizzata dall'EOC.

(6) Si noti che il 90% delle apparecchiature utilizzate è attualmente di proprietà dell'EOC, mentre solo la quota restante è acquisita mediante contratti di *service*.

BIBLIOGRAFIA

- CASTELLI C., *Analisi della struttura sanitaria decentralizzata: l'esempio del Canton Ticino*, in *Mecosan*, 16, 1995.
- DE BENEDETTI A., *La promozione della qualità negli ospedali pubblici ticinesi*, in *Mecosan*, 16, 1995.
- DOMENIGHETTI G. ED ALTRI, *Densità medica e spesa per la medicina ambulatoriale e la farmacia nei Cantoni Svizzeri*, Sezione sa-

- nitaria, Dipartimento delle Opere sociali, Bellinzona, 1992.
- FATTORE G., *Il mercato assicurativo in sanità: cenni alla teoria economica*, in **Mecosan**, 7, 1993.
- GAMBAZZI F., *Elementi di documentazione d'analisi e di previsione del processo di pianificazione con riferimento all'area dei bisogni sociopsichiatrici del Canton Ticino*, in I Quaderni, 1993.
- GUGIATTI A., *Le forniture di beni e servizi nella nuova realtà sanitaria: alcuni spunti di riflessione*, in **Mecosan**, 12, 1994.
- LONGO F., *Il sistema sanitario nazionale: dalla L. n. 833/78 al D.L.vo n. 502/92*, in Management sociale, Quaderno I, 1996.
- MENEGUZZO M. (A CURA DI), *Programmazione e gestione delle reti di aziende sanitarie*, EGEA 1996.
- ENTE OSPEDALIERO CANTONALE, *Statistiche 1994*.
- ZIMMERMANN C., RAMACCIONI D., *La relation statistique entre absentéisme pour maladie et densité médicale est elle causale?*, Centre Universitaire d'étude des problèmes d'écologie du travail (ECOTRA), Geneve, 1993.

Sanità e impresa

Sezione 5^a

IL CONSUMO DI FARMACI NELLE PATOLOGIE MINORI: UN'ANALISI DELLE PRESCRIZIONI MEDICHE

di Attilio Gugiatti

SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi», Milano, e Università degli studi di Pavia

SOMMARIO: 1. Aspetti introduttivi - 2. Regolamentazione dei consumi - 3. I cambiamenti della domanda - 4. Prescrizioni mediche nelle patologie minori - 5. Considerazioni conclusive.

1. Aspetti introduttivi

Le iniziative per il contenimento della spesa sanitaria, basate sull'introduzione e il potenziamento di meccanismi di responsabilizzazione degli attori e di partecipazione alla spesa, sono diventate negli ultimi anni un aspetto costante delle politiche pubbliche in tutti i paesi industrializzati. Per quanto riguarda in particolare il mercato farmaceutico, tutti i paesi europei (1) hanno adottato misure innovative per raggiungere gli obiettivi di controllo della spesa (2). In Francia si è seguita dal 1993 una nuova politica del farmaco basata su linee guida per la pratica clinica (*Référence Médicales Opposables*) e accordi imprese-governo sul prezzo delle specialità; in Germania all'imposizione di una lista negativa dei medicinali (nel 1984 con una revisione estensiva nel 1989) si sono aggiunti un sistema di prezzi di riferimento e il *budget* di spesa farmaceutica per alcune categorie di medici di base (1993); nel Regno Unito, infine, accanto a misure di controllo e incentivazione economica collegati con la spesa farmaceutica indotta dai *General Practitioners* (GPs), si è anche favorito il fenomeno dello spostamento (*switching*) di farmaci nella categoria dei farmaci da banco (*Over-the-*

counter) (3). Anche nel nostro paese i vari interventi di riclassificazione e di riduzione dei prezzi delle specialità, unite alle manovre sui margini alla distribuzione e all'introduzione di uno sconto sui farmaci SSN per le farmacie, hanno profondamente inciso sia sulle grandezze assolute che sulla composizione della spesa farmaceutica pubblica. Quest'ultima è passata infatti dai quasi 15.000 miliardi del biennio 1991-1992 a meno di 10.000 miliardi nel 1995 (9.520 md. secondo Farmindustria e 9.826 md. secondo Federfarma) pari al 10,2% della spesa sanitaria pubblica e allo 0,58% del PIL (6).

Le politiche di contenimento dei consumi farmaceutici nell'ambito di una più complessiva razionalizzazione della spesa sanitaria pubblica sono tuttavia solo una delle cause dei profondi cambiamenti avvenuti nel settore del farmaco negli anni 1990.

La modifica delle dinamiche prevalenti nel settore farmaceutico — in termini di struttura, comportamenti e *performance* — è infatti riconducibile a tre distinte classi di fattori:

1) il già citato cambiamento dell'intervento pubblico. Il nuovo atteggiamento politico nei confronti del settore si è articolato in alcuni momenti decisivi quali l'abolizione del

prontuario, la nuova classificazione di farmaci, un nuovo sistema di determinazione dei prezzi e il passaggio al regime di prezzi sorvegliati;

2) cambiamenti nella struttura dell'offerta. Le imprese produttrici di farmaci sono state investite da un processo di profonda trasformazione che si è tradotto in notevoli variazioni sia nei dati reddituali e di fatturato sia nella riduzione assoluta del loro numero, con il parallelo fenomeno di ridefinizione delle strutture societarie;

3) cambiamenti nella domanda. Questi risultano i fenomeni più di fondo e meno contingenti o dipendenti da variabili di politica economica e si riferiscono all'emergere di comportamenti innovativi da parte di tutti gli attori (medici, pazienti, farmacisti).

Quest'evoluzione dell'ambiente di riferimento non ha potuto non influenzare significativamente i termini del rapporto paziente-farmaco, in particolare quella componente essenziale dei processi di ripristino-mantenimento dello stato di salute che è l'automedicazione, cioè l'insieme di pratiche all'interno della più ampia categoria dell'autocura che comprende i comportamenti dei pazienti basati su assunzione di farmaci senza il diretto intervento del medico di base o specialista (7). In effetti, le misure adottate in

questi ultimi anni e la difficile congiuntura economica hanno comportato un rallentamento delle spinte alla automedicazione come si può rilevare sia dalle indagini ISTAT (8) sul comportamento dei consumatori sia dagli stessi volumi di vendita (9).

Nella letteratura italiana ed internazionale sulle problematiche dell'automedicazione, si è privilegiato l'approfondimento delle variabili soggettive (motivazioni dei comportamenti e caratteristiche dei pazienti), mentre risultano ancora carenti sia le valutazioni dell'impatto di queste modalità sulle dimensioni complessive della spesa farmaceutica pubblica e su quella sanitaria in generale, sia le valutazioni degli effetti diretti ed indiretti della diffusione dell'automedicazione sui servizi sanitari in termini qualitativi e quantitativi (dalla riduzione dei tempi di attesa delle visite ai risparmi sui costi di trasferimento e mobilità). L'approccio ai temi dell'automedicazione, soprattutto nella realtà sanitaria italiana dopo i provvedimenti di riordino del SSN, sconta inoltre una debolezza da parte dei decisori politici nell'affrontare gli aspetti economici di questo fenomeno.

Questo studio riporta i primi risultati di una ricerca attualmente in corso di svolgimento presso il Ce.R.G.A.S. dell'Università Bocconi di Milano finalizzata alla definizione di questi aspetti e si è basato sull'analisi dei dati di prescrizione dei medici di medicina generale per un gruppo estremamente ampio di disturbi definibili nell'insieme «minori» per la loro ricorrenza e gli elevati indicatori epidemiologici (si pensi ai valori di incidenza delle malattie da raffreddamento). In particolare, si è effettuata una riclassificazione dei consumi farmaceutici al fine di rendere più analitica e rigorosa la valutazione degli impatti potenziali dell'automedicazione responsabile sulla spesa farmaceutica. Tuttavia, al

di là degli aspetti strettamente economici del fenomeno, un crescente ricorso all'automedicazione o a farmaci di automedicazione è certamente motivo di riflessione per tutti gli attori coinvolti (consumatori-pazienti, medici di medicina generale, farmacisti, produttori di farmaci da banco). Il diffondersi di pratiche di automedicazione non può non comportare, ad esempio, una rivalutazione dei contenuti professionali impliciti nell'attività di gestione delle farmacie, sia per quanto riguarda l'attività di informazione sia per quanto riguarda le componenti del servizio al paziente.

2. Regolamentazione dei Consumi

Il mercato farmaceutico è un mercato atipico, difficilmente assimilabile agli altri mercati destinati a normali beni di consumo. Il prevalere dei consumi di prodotti soggetti a prescrizione medica (10) e la carenza informativa del consumatore rispetto al bene farmaco rendono necessario l'intervento pubblico al fine di garantire, da un lato, la tutela della salute degli individui e, dall'altro, la tutela del consumatore rispetto alla posizione di forza dei produttori. L'intervento pubblico in ambito farmaceutico viene giustificato anche dal lato dell'offerta con la necessità di sostenere l'industria farmaceutica in quanto risorsa dell'economia nazionale e fonte di occupazione, quindi con obiettivi di politica economica.

Riprendendo la tassonomia seguita da Michela Tabacchi (1996), l'intervento pubblico può essere realizzato utilizzando diversi strumenti: a) la definizione di un elenco di farmaci rimborsabili dal SSN (Prontuario terapeutico); b) la determinazione dei prezzi dei medicinali da parte dell'autorità pubblica; c) la regolamentazione dei consumi (forme di compartecipazione alla spesa da parte degli assistiti, rego-

lamentazione dell'attività di informazione dei produttori, valutazione del comportamento prescrittivo dei medici, ecc.).

All'interno delle politiche di regolamentazione dei consumi l'introduzione di meccanismi di responsabilizzazione e di verifica/controllo dell'attività prescrittiva dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, legati anche ai sistemi di remunerazione, appare un terreno privilegiato di intervento in tutti i paesi europei (11). Gli stessi decreti di riordino all'art. 8 comma 1 introducono la possibilità dell'uso della quota di remunerazione variabile per assistito come strumento di valorizzazione della collaborazione dei medici di base al controllo della loro spesa indotta. In concreto, da una parte si introduce la possibilità di fissare a livello distrettuale o di Usl dei livelli programmati di spesa per singolo medico, favorendo nel contempo forme di associazionismo tra gruppi di operatori, dall'altro si indica nella quota variabile di remunerazione per assistito un possibile strumento del processo di responsabilizzazione. Quanto previsto in sede legislativa attende ancora una piena trasposizione nella concreta attività dei medici di base (12) ed in attesa di questi elementi di chiarificazione il controllo sull'attività prescrittiva si mantiene ad un livello indiretto con misure sul contenuto delle prescrizioni (ricette) e sulle loro caratteristiche di durata temporale e ripetibilità. Queste misure di controllo risultano nella situazione attuale deboli e non coerenti con i processi strutturali in atto di razionalizzazione della spesa (13).

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 sono iniziative finalizzate al coinvolgimento ed alla respon-

sabilizzazione dei prescrittori attraverso meccanismi incentivanti o penalizzanti e comunque verificabili come il *budget* analitico delle spese indotte.

3. I cambiamenti della domanda

Le profonde trasformazioni economiche, sociali e culturali che hanno investito negli ultimi decenni i paesi avanzati hanno avuto ed hanno tuttora un grande impatto anche sulle variabili che definiscono i livelli di benessere e di salute dei cittadini.

Si è assistito, in particolare in ambito sanitario, al diffondersi di una visione più complessa ed articolata del concetto stesso di salute a cui corrispondono sempre più comportamenti «attivi» da parte dei consumatori-pazienti. Crescente è la consapevolezza che la salute di ognuno non sia una variabile oggettiva valutabile esclusivamente dal medico, ma uno stato di benessere fisico e mentale (14), concetto in cui le variabili soggettive ed oggettive si mescolano in un «equilibrio dinamico». Dall'atteggiamento passivo del *dependent patient*, il paziente assume sempre più di frequente un ruolo attivo nell'intraprendere iniziative e nell'assumere comportamenti legati alle esigenze di tutela e mantenimento della salute.

Questa tendenza, confermata già da una pubblicazione dell'Organizzazione mondiale della sanità del 1988 (15) evidenzia un'accresciuta capacità dei consumatori/pazienti di acquisire e filtrare le informazioni connesse al proprio stato di benessere con una maggior propensione a gestire in prima persona la propria salute (16). Quest'atteggiamento attivo nei confronti della propria salute è il primo e più importante componente del fenomeno noto sotto il termine di autocura. La stessa OMS sottolinea che il fenomeno dell'autocura riguarda tra il

70% e il 90% degli episodi di malattia (17).

Una conseguenza di questa tendenza è la trasformazione del rapporto tra farmaco e consumatore su un piano più complesso che attiene al concetto di benessere e di autovalorizzazione. In questo contesto, l'automedicazione rappresenta una via attraverso la quale il consumatore intende affermare sempre maggiori ambiti di autonomia dal professionista-prescrittore in termini di richiesta di informazioni e di autocontrollo del consumo. Del resto diversi studi indicano che i consumatori basano le proprie scelte secondo diversi fattori che vanno dall'esperienza familiare e di amici, ai consigli del medico o del farmacista, e naturalmente alla propria esperienza personale (18).

Le analisi disponibili e la dimensione del mercato italiano dei farmaci di automedicazione mostrano tuttavia una certa arretratezza del nostro paese, indice del persistere di forme di comportamento passivo a maggiore impatto sulla spesa sanitaria pubblica. L'Italia è il quinto mercato farmaceutico del mondo, ma presenta un consumo di farmaci senza prescrizione (compresi nella categoria C e suddivisi in «senza obbligo di prescrizione» — SP — e di «automedicazione» o farmaci da banco — OTC —) non in linea con i maggiori paesi (19), evidenziando il prevalere di comportamenti passivi da parte dei consumatori conseguenti al mantenimento della centralità della figura del medico (di medicina generale o specialista).

Esistono tuttavia delle condizioni che lasciano presupporre per il futuro un più ampio ricorso all'automedicazione anche nel nostro Paese. Da un lato, lo *stock* di nozioni e conoscenze sul tema della salute esistente presso l'italiano medio si va ampliando e crea un contesto culturale essenziale per lo sviluppo di fenomeni di automedica-

zione; dall'altro, le recenti normative concernenti il mercato farmaceutico e la spesa sanitaria pubblica hanno alterato le valutazioni di convenienza individuale e collettiva in merito al consumo di farmaci prescrivibili, rendendo più favorevole per il non etico il *trade-off* tra farmaco prescrivibile comunque a pagamento e farmaco non prescrivibile per quanto riguarda il costo monetario direttamente sostenuto dal paziente. È lecito quindi supporre che anche in Italia si assisterà in tempi brevi ad un allineamento dei consumi di farmaci da banco con quelli registrati negli altri paesi europei.

4. Prescrizioni mediche nelle patologie minori

Oggetto di questo studio è stata l'analisi e la valutazione delle prescrizioni per le cosiddette patologie minori definendo gli spazi a livello di politica sanitaria per ulteriori risparmi della spesa farmaceutica pubblica indotti da un aumento del ricorso all'automedicazione.

I percorsi dell'indagine sono stati i seguenti: 1) definizione delle patologie minori e analisi delle prescrizioni mediche ad essere riferibili; 2) riclassificazione dei consumi farmaceutici espressi in categorie terapeutiche ATC rispetto alla percentuale di farmaci etici; 3) individuazione dell'ordine di grandezza degli impatti potenziali sulla spesa farmaceutica pubblica causati da un maggior ricorso in sede prescrittiva a farmaci di automedicazione che saranno compiutamente valorizzati nel corso della ricerca.

In una prima fase dello studio sono state considerate minori quelle patologie che, per la loro ricorrenza o per la loro gravità, possono essere curate senza che si riveli rischioso per il paziente il ricorso all'automedicazione. A questo proposito sono stati utilizzati i 47 sintomi proposti nella ricerca di

Wilkinson *et al.* (1987), integrandoli con altri disturbi lievi o piccoli considerati nello studio di Lucioni (1991) e attraverso una nostra riclassificazione si sono individuate sette classi: disturbi dell'apparato digerente, disturbi della pelle, disturbi bocca e orecchio, disturbi dell'apparato circolatorio, malattie da raffreddamento, disturbi femminili, altri disturbi (vedi tabella 1).

Per visualizzare la dimensione dei fenomeni indagati, nella tabella 2 sono sintetizzate le prescrizioni di farmaci, in quantità ed in valore in prezzi al pubblico, ottenute da elaborazioni degli autori su dati IMS relativi all'anno 1995.

Nella tabella 3 sono sintetizzate invece le prescrizioni di farmaci, in quantità ed in valore in prezzi al pubblico, sempre nel 1995 suddivisi per categorie di farmaci.

Anche per quanto riguarda il numero di visite effettuate presso i medici di medicina generale (sempre relativamente alle patologie da noi indagate) si sono ottenuti valori rilevanti (tabella 4).

In sintesi: le prescrizioni di farmaci per patologie minori sono ammontate nel 1995 a quasi 260 milioni di confezioni pari in prezzi al pubblico a circa 2.660 miliardi di lire. Il totale dei farmaci totalmente o parzialmente a cari-

Tabella 1 - Patologie minori

Disturbi minori	Patologie considerate
Apparato digerente	Infezioni intestinali, diarrea, nausea e vomito, stipsi, pirosi esofagea e gastrica, dispepsia
Pelle	Acne, alopecia, malattie dei capelli, dermatite da contatto, psoriasi, infezioni della pelle, ustioni, eczema da radiazioni solari e dermatite, ulcera cronica della pelle, herpes simplex
Bocca-orecchio	Stomatite, gengivite, otalgia
Apparato circolatorio	Emorroidi, tachicardia, palpitazioni
Apparato respiratorio	Tosse, tonsillite, faringite, rinite cronica e allergica, influenza
Femminili	Dismenorrea, menopausa e climaterio
Altri disturbi minori	Cefalea, obesità e superalimentazione, malattia congiuntiva, artrite reumatica e poliartrite inferiore, cellulite, anoressia, disturbi specifici del sonno, cistite, vaginite e vulvovaginite, allergia indeterminata, carenza vitaminica indeterminata

Tabella 2 - Prescrizioni di farmaci per categoria di patologia minore. Anno 1995

Categoria di disturbo minore	Quantità in migliaia	Valori P.P. in milioni di lire	% sul totale quantità	% sul totale valori
A - Apparato digerente	51.005	453.110	20%	17%
B - Pelle	36.637	396.215	14%	15%
C - Bocca-orecchio	6.029	57.340	2%	2%
D - Apparato circolatorio	8.705	87.146	3%	3%
E - Apparato respiratorio	90.220	942.572	36%	35%
F - Femminili	8.309	97.437	3%	4%
G - Altri disturbi minori	57.838	625.328	22%	24%
Totale	258.743	2.659.148	100%	100%

Fonte: Nostre elaborazioni su dati IMS.

Tabella 4 - Distribuzione visite per categoria di patologia minore. Anno 1995

Categoria di disturbo minore	Quantità in migliaia	In % quantità
Apparato digerente	11.222	15%
Pelle	11.402	16%
Bocca-orecchio	1.522	2%
Apparato circolatorio	1.938	3%
Apparato respiratorio	22.983	32%
Femminili	3.805	5%
Altri disturbi minori	20.073	28%
Totale	72.945	100%

Fonte: Nostre elaborazioni su dati IMS.

Tabella 3 - Prescrizione di farmaci per categorie. Anno 1995

Categorie di farmaci	Quantità in migliaia	Valori in milioni di lire	In % quantità	In % valori
Cat. A	73.223	1.096.793	28%	41%
Cat. B	28.373	270.609	11%	10%
Cat. C con prescrizione	48.892	502.651	19%	19%
Farmaci SP	35.409	300.440	14%	11%
Farmaci automedicazione	72.846	488.655	28%	18%
Totale	258.743	2.659.148	100%	100%

Fonte: Nostre elaborazioni su dati IMS.

co del SSN è stato di oltre 1.350 miliardi che corrispondono ad una spesa effettivamente a carico del SSN (20) stimabile tra i 1.150 e i 1.200 miliardi, ben oltre quindi il 10% della spesa farmaceutica pubblica in quello stesso anno. Le visite presso medici di medicina generale per queste patologie sono state 73 milioni pari a quasi 1,3 visite procapite.

In una seconda fase, per ciascuna patologia sono stati analizzati i tipi di farmaci prescritti con l'utilizzo della Classificazione anatomica terapeutica clinica (ATC), un sistema di classificazione dei farmaci raccomandato dall'OMS e utilizzato in Italia dal Ministero della sanità, e, per ciascun Gruppo terapeutico principale sono state indicate le quantità e i corrispondenti valori di farmaci etici (di fascia A, di fascia B e di fascia C con obbligo di prescrizione) e di farmaci non etici (SP e di automedicazione comunque senza obbligo di prescrizione).

In funzione delle rilevanze empiriche, ciascun Gruppo terapeutico principale è stato aggregato in una delle seguenti tre macroclassi:

— *prima classe*: in questa classe sono compresi tutti i GTP in cui si è rilevato la presenza al 100% di farmaci etici;

— *seconda classe*: in questa classe rientrano i GTP per cui si è rilevato la presenza di farmaci etici in percentuali superiori al 50% del totale;

— *terza classe*: si tratta di una classe in cui rientrano i GTP in cui si è rilevata una predominanza delle prescrizioni di farmaci senza obbligo di prescrizione o da banco. Si sono infatti, nella generalità dei casi, riscontrate percentuali inferiori al 30% di farmaci etici.

Per illustrare compiutamente la metodologia seguita si riportano a titolo di esempio 3 categorie di farmaci utilizzate nel trattamento dei disturbi dell'apparato respiratorio con dati sem-

pre riferiti al 1995 e in prezzi al pubblico:

a) classificazione ATC = J1C (antibatterici beta-lattamici, penicilline); prescrizioni per un totale di 7,442 milioni di confezioni pari a 91,870 miliardi con una percentuale di etici sul totale del 100%: assegnato alla classe I;

b) classificazione ATC = R6A (antistaminici per uso sistemico); prescrizioni per un totale di 2,111 milioni di confezioni pari a 25,003 miliardi con una percentuale di etici sul totale del 92% (1,946 milioni di pezzi su 2,111): assegnato alla classe II;

c) classificazione ATC = R1A (decongestionanti ed altre preparazioni nasali per uso topico); prescrizioni

per un totale di 6,520 milioni di confezioni pari a 57,332 miliardi con una percentuale di etici sul totale del 28% (1,823 milioni di pezzi su 6,520): assegnato alla classe III.

La tabella 5 riporta la riclassificazione delle prescrizioni di farmaci per patologie minori secondo lo schema prima illustrato.

La tabella 6 illustra la composizione delle 3 classi di farmaci in valore, mentre la tabella 7 illustra l'incidenza delle 3 classi di farmaci per disturbo minore. Quest'ultima tabella è indispensabile per la valutazione dell'elasticità potenziale nel caso di politiche o provvedimenti che favoriscano la sostituibilità di farmaci non etici a farmaci etici.

Tabella 5 - Riclassificazione dei farmaci prescritti nelle patologie minori. Anno 1995

Classe	Quantità in migliaia	Valori in P.P. in milioni di lire
Classe 1	77.302	1.165.263
Classe 2	62.024	601.364
Classe 3	119.417	892.521
Totale	258.743	2.659.148

Tabella 6 - Composizione percentuale per categoria di farmaco delle 3 classi del modello. Valori 1995

Classe/categoria	Classe I	Classe II	Classe III
Cat. A	79.7	18.0	6.7
Cat. B	4.8	32.3	2.3
Cat. C con prescrizione	15.4	37.7	10.8
SP	0.0	5.7	29.8
Automedicazione	0.0	6.4	50.4

Tabella 7 - Distribuzione classi di farmaci per categoria di patologia minore. Valori 1995 in milioni di lire

Categoria di disturbo minore	Classe I	Classe II	Classe III	Totale
Apparato digerente	44.527	147.616	260.967	453.110
Pelle	134.237	204.497	57.481	396.538
Bocca-orecchio	20.988	0	36.352	57.340
Apparato circolatorio	13.467	29.497	44.182	87.146
Apparato respiratorio	535.352	28.436	378.784	942.572
Femminili	91.854	5.192	391	97.437
Altri disturbi minori	324.838	186.126	114.364	625.328
Totale	1.165.263	601.364	892.521	2.659.148

In sintesi: la riclassificazione effettuata ha permesso di identificare nelle prescrizioni di farmaci per patologie minori 3 macroclassi di cui la prima è composta esclusivamente da farmaci etici (1.165 miliardi in prezzi al pubblico), la seconda con una netta predominanza di farmaci etici (601 miliardi) e la terza con una maggior presenza di farmaci non etici (per quasi 900 miliardi). La definizione di queste 3 classi appare rilevante ai fini della valutazione dei possibili risparmi sulla spesa farmaceutica pubblica indotti dai comportamenti di automedicazione responsabile e controllata. Le prescrizioni rientranti nella prima e parzialmente nella seconda classe risultano infatti indirizzate verso specialità attualmente inserite dalla CUF nelle fasce A e B per le quali è prevedibile una sostituibilità con farmaci non etici tendenzialmente nulla o comunque limitata.

La terza fase dello studio conclude che il primo e più diretto impatto di un possibile aumento dei fenomeni di automedicazione è quello sulla spesa farmaceutica a carico del SSN. La riclassificazione effettuata mostra un'area di prescrizioni e consumi farmaceutici per quasi 900 miliardi dove è prevalente l'indicazione medica verso prodotti non etici (classe III) e un'altra area dove i consumi non etici rappresentano l'11-12% (classe II). Una realistica valutazione dei possibili effetti sulla spesa SSN deve quindi riconoscere che già attualmente nei comportamenti prescrittivi è presente un orientamento verso i farmaci di automedicazione. Anche supponendo costanti i consumi — in quantità, valore o composizione — nella classe I prima definita, la presenza di significative percentuali di farmaci etici a carico del SSN. Nelle rimanenti 2 classi suggerisce l'esistenza di margini di possibile riduzione della spesa farmaceutica pubblica dovuti ad uno spostamen-

to prescrittivo e comportamentale di medici e pazienti verso i farmaci da automedicazione.

5. Considerazioni conclusive

L'analisi dei valori e delle quantità dei farmaci prescritti dai medici di medicina generale per le patologie minori nel 1995 ha permesso di valutare in quasi 2.660 miliardi in prezzi al pubblico la spesa farmaceutica pubblica e privata relativa a patologie ricorrenti e di lieve entità, definite e classificate in questo studio come «minori» seguendo la metodologia di altre ricerche. Considerando le quantità, i consumi indotti dalle prescrizioni per queste patologie sono ammontati a quasi 260 milioni di confezioni con un prezzo medio al pubblico di 10.300 lire. In quantità il 58,2% delle specialità appartiene alla categoria dei farmaci etici (fasce A, B e C con obbligo di prescrizione) e il 41,8% sono farmaci non etici (OTC e SP), mentre in valore le percentuali sono notevolmente sbilanciate verso i farmaci etici (70,3% contro 29,7%).

La riclassificazione effettuata con l'utilizzo dei Gruppi Terapeutici Principali dello schema ATC ha definito 3 grandi aree di consumi basate sulla percentuale di farmaci etici ed ha evidenziato l'esistenza di margini di riduzione della spesa farmaceutica pubblica indotti dalla sostituzione a farmaci etici (di classe A, B e C con obbligo di prescrizione). Anche per quanto riguarda il totale della spesa farmaceutica (pubblica e privata), uno spostamento verso i farmaci non etici nel trattamento delle patologie minori potrebbe tradursi a causa del loro minor prezzo medio in un suo contenimento.

Data la composizione delle categorie farmacologiche l'analisi dei dati evidenzia come aree di particolare elasticità per la sostituibilità ai farmaci etici le malattie dell'apparato respira-

torio e dell'apparato digerente in cui appaiono maggiori in assoluto le percentuali di farmaci ricadenti nella classe 3 (58,8% in quantità sul totale per l'apparato respiratorio e 69,4% per l'apparato digerente). Le categorie di patologie minori considerabili più rigide e meno influenzabili da un cambiamento nella composizione dei consumi appaiono invece quelle dei disturbi della pelle e dei disturbi femminili in cui maggiori in assoluto sono le percentuali di incidenza delle classi 1 e 2 (rispettivamente 86,5% e 99,5% in quantità).

L'analisi effettuata si è limitata alle prescrizioni mediche e non ha considerato la valutazione dei miglioramenti qualitativi sul benessere collettivo e sull'erogazione dell'assistenza medica correlabili ad un maggior ricorso all'automedicazione. È tuttavia possibile prevedere che un aumento della propensione all'automedicazione, sempre in una logica di consapevolezza ed autocontrollo nei consumi, abbia effetti positivi anche sulla qualità dei servizi sanitari. È auspicabile attendersi, infatti, che, oltre agli effetti diretti sulla spesa farmaceutica pubblica (meno visite si traducono in meno prescrizioni), una possibile diminuzione delle visite presso i medici di medicina generale nell'ambito di patologie ricorrenti e comunque di minore rilevanza si traduca sia in maggior tempo a disposizione per pazienti con patologie di maggiore gravità sia in maggiori interventi in ambito territoriale e occasioni di aggiornamento professionale da parte del medico di medicina generale.

(1) Cfr. gli atti del simposio *Cost Containment, Healthcare Reform and Pharmaceutical Innovation* tenutosi nel luglio del 1995 a Talloires, Francia, e riportati in *PharmacoEconomics*, 1996, 10, Supplement 2: 1-141.

(2) Una delle motivazioni della diffusione di questi provvedimenti risiede nel fatto che le

manovre sul farmaco risultano più facilmente misurabili in termini economici di altri interventi sui servizi sanitari. Cfr. l'introduzione di Louis Lasagna del Tufts Center for the Study of Drug Development alle pagg. 1-3 del supplemento di *PharmacoEconomics* citato.

(3) Una rassegna delle misure adottate nei diversi paesi per quanto riguarda il controllo della spesa farmaceutica si può trovare negli studi di Le Pen, Schoffski, Jonsson, Towse e de Vos, relativi rispettivamente a Francia, Germania, Svezia, Regno Unito e Paesi Bassi, in *PharmacoEconomics*, cit.

(4) Cfr. *Farmindustria*, Indicatori Farmaceutici 1996.

(5) Cfr. *Federfarma*, La spesa per i farmaci nel 1995 è stata di 9.826 miliardi, in *ASI*, n. 10, 11 marzo 1996.

(6) Nostre elaborazioni su dati ISTAT e Ministero della sanità.

(7) Per automedicazione in senso lato si intende in questa sede la decisione di acquistare e di consumare farmaci nell'ambito di una specifica situazione di bisogno (malessere o sintomo) su cui si vuole intervenire in autonomia dal medico, mentre con il termine autocura si fa generalmente riferimento ad una gamma variegata di forme di gestione autonoma della propria salute che va dal non far nulla di fronte ad una situazione avvertita come pericolosa per il benessere (quindi il non ricorso a prestazioni professionali come libera scelta) alla diagnosi e al trattamento delle affezioni croniche o di piccoli malesseri con il ricorso a farmaci non prescritti dal medico. Su questi aspetti si veda in particolare Lucioni C. (1991), pagg. 7-14.

(8) Secondo l'Istituto nazionale di statistica (1996, in particolare le pagg. 111 e 112) l'operazione di razionalizzazione della CUF con l'abolizione del prontuario e la riclassificazione dei farmaci ha significativamente ridotto di circa un terzo il fenomeno dell'autoprescrizione. I casi in cui la decisione dell'acquisto di un farmaco è stata presa dall'individuo e non su consiglio del medico sono passati dal 14,6% dei consumatori nel 1993 a una quota del 9,3% nei due anni successivi. Ad integrazione del commento dell'Istituto nazionale di statistica andrebbero tuttavia valutati anche gli effetti

del raffreddamento della congiuntura economica.

(9) Uno studio dell'ISPE sottolinea infatti come l'aumento del mercato OTC in Italia negli ultimi anni sia dovuto principalmente alla crescita del prezzo medio delle confezioni, mentre le quantità siano rimaste pressoché costanti (M. Fedele, 1996).

(10) Secondo le elaborazioni di IMS nel 1994 il totale dei consumi farmaci etici (a carico del SSN e dei pazienti) attraverso il canale farmacie ed espressi in prezzi al pubblico è stato superiore ai 16.660 miliardi rispetto ai 2.250 miliardi di consumi di farmaci senza prescrizione.

(11) Per quanto riguarda il caso italiano, con particolare riferimento al ruolo dei farmaci generici nel contenimento della spesa farmaceutica pubblica, si veda Gugiatti A. (1996).

(12) Un momento importante in questa direzione sono le leggi di riordino dei sistemi sanitari regionali.

(13) Si veda la relazione presentata dal precedente Ministro della sanità prof. Elio Guzzanti ai membri della CUF, riportata in *ASI*, n. 18, 6 maggio 1996, soprattutto la parte relativa all'estensione della compartecipazione alla spesa e al potenziamento dei processi di responsabilizzazione delle componenti della domanda farmaceutica.

(14) Cfr. C. Lucioni, cit.

(15) World Health Organization, *Self Medication in Europe*, Copenhagen, 1988. Pubblicato in Italia in *Quaderni di Sanità Pubblica*, 58/59, 1989

(16) Si veda ad esempio la ricerca sui comportamenti di autocura di Freer M.B., *Self Care: A Health Diary Study*, in *Medical Care*, 1980, 8: 853-861.

(17) WHO, cit.

(18) Cfr. ad esempio Wilkinson I.F., Darby D.N., Mant A. (1987).

(19) Cfr. M. Fedele, cit.

(20) Valori al lordo dello sconto alle farmacie, attualmente dell'1,5% o 3%, che la legge finanziaria 1997 in discussione mentre si scrivono queste note propone di cambiare attraverso un meccanismo progressivo da un minimo del 2,5% ad un massimo del 10,5% in funzione del prezzo della specialità.

BIBLIOGRAFIA

- FEDELE M., FREDDI M., *La spesa farmaceutica. Valutazioni per il suo contenimento alla luce di alcune esperienze straniere*, ISPE, Documenti di lavoro, 6, Roma, 1994.
- FEDELE M., *Ristrutturazione dell'industria farmaceutica italiana: spunti propositivi e quadro delle opzioni*, in *ASI*, 1996, 26: 26-40.
- GUGIATTI A., *Cambiamenti nell'assistenza farmaceutica: deregolamentazione e rilancio del settore*, in *Mecosan*, 1995, 15: 22-25.
- GUGIATTI A., *Un po' di ossigeno verrà dal generico*, *Occhio Clinico*, settembre 1996, 7: 46-47.
- INTERMATRIX, *Il farmaco da banco: opinioni ed aspettative della classe medica*, Milano, aprile 1994.
- ISTAT, *Rapporto annuale. La situazione del Paese nel 1995*, Roma, 1996.
- KOGAN M.D. ET AL., *Over-the-counter medication use among US preschool age children*, in *JAMA*, 1994, 13, (272): 1063-4.
- LUCIONI C., *L'automedicazione in Italia. Problemi e prospettive*, Franco Angeli, Milano, 1991.
- MCNAMEE D., *Over-the-counter over Europe*, in *Lancet*, 25 June 1994: 1629.
- RUBIN R.J., MENDELSON D.N., *A Framework for Cost-Sharing Policy Analysis*, in *PharmacoEconomics*, 1996, 10, supplement 2: 56-67.
- SCHOFFSKI O., *Consequences of Implementing a Drug Budget for Office-Based Physicians in Germany*, in *PharmacoEconomics*, 1996, 10, Supplement 2: 37-47.
- STUART B., GRANA J., *Are prescribed and over-the-counter medicines economic substitutes? A study of the effects of health insurance on medicine choices by the elderly*, in *Medical Care*, may 1995, 5: 487-501.
- TABACCHI M., *Evoluzione e prospettive dell'intervento pubblico nel mercato farmaceutico*, in *Mecosan*, 1996, 17: 23-33.
- WILKINSON I.F., DARBY D.N., MANT A., *Self Care and Self Medication: an Evaluation of Individual Health Care Decisions*, in *Medical Care*, October 1987, 10: 965-978.

GLI ACQUISTI DELLE AZIENDE SANITARIE. COME CONIUGARE TRASPARENZA ED EFFICACIA NEGLI APPALTI

di Giuseppe Mologni

Dirigente Servizio Gestione Fondo Sanitario Regionale - Regione Lombardia

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. I documenti e le dichiarazioni da richiedere - 3. La procedura aperta-asta pubblica è più celere della ristretta-licitazione privata o appalto concorso - 4. Non possono coesistere il controllo di legittimità e quello sui risultati - 5. Le gare vanno unificate il più possibile - 6. Occorre standardizzare le procedure - 7. La durata della gara deve andare oltre l'anno - 8. L'offerta economicamente più vantaggiosa salvaguarda la qualità - 9. Il D.P.R. n. 573/94, semplifica le procedure? - 10. Scindere l'azione dell'amministratore da quella del gestore per razionalizzare e snellire le procedure.

L'essere ente o azienda pubblica pone dei vincoli che le aziende private non hanno. Tra questi sono da annoverare: l'obbligo dell'imparzialità, della trasparenza e della pubblicità. Detti vincoli, spesso, sono citati come elementi che ritardano l'azione dell'azienda, ponendola in condizioni di inferiorità rispetto alle aziende private. Questi handicap si sono acuiti nell'ambito del settore sanità, a seguito dell'aziendalizzazione e contestuale parificazione fra pubblico e privato. Le lamentele appena descritte sono fondate, ma spesso le cause delle suddette lamentele sono, nel medio e breve periodo, ineliminabili. Occorre che il gestore della cosa pubblica ne prenda atto e informi il proprio comportamento al rispetto delle regole e, nel contempo, fare in modo le stesse non gli si ritorcano contro. Il gestore o il funzionario pubblico sarà sempre e tanto più bravo, quanto più sarà capace di coniugare l'osservanza delle regole con l'efficienza e l'efficacia negli acquisti. In questo scritto si vogliono dare alcuni suggerimenti perché detta coniugazione sia raggiunta.

1. Premessa

Da sempre le procedure per la gestione degli acquisti o, in generale, della spesa, negli enti pubblici hanno costituito un gravame e motivi di lamentele da parte degli amministratori e gestori degli enti. A questi gravami spesso si attribuisce la cronica lentezza nell'azione amministrativa della Pubblica Amministrazione.

In questi ultimi tempi le lamentele sono aumentate di intensità specialmente nel Servizio sanitario nazionale — SSN — nel cui ambito, in applicazione del disposto della legge delega n. 421/92, le Unità sanitarie locali — USL —, unitamente a taluni ospedali in possesso di determinati requisiti, sono diventate aziende. All'aziendalizzazione va aggiunto il fatto che il legislatore nazionale, nell'ambito di un

generale clima di privatizzazione, ha posto su di un piano di assoluta parità gli erogatori di prestazioni sanitarie pubblici e quelli privati.

I gestori o amministratori pubblici si chiedono quindi come è sia possibile conciliare l'aziendalizzazione e la necessità di essere concorrenti con il settore privato con le lunghe, defaticanti e costose procedure che il pubblico deve osservare. Le lamentele sono giustificate. Le aziende pubbliche, contrariamente a quelle private, per assumere i propri operatori, sperabilmente bravi e capaci quindi di dare un'immagine positiva a tutta l'azienda e metterla nelle condizioni di affrontare più agevolmente le turbolenze di quel mercato nel quale devono operare, devono rispettare procedure concorsuali che non sempre portano alla scelta del miglior professionista di-

sponibile; le stesse aziende pubbliche, nell'acquisizione di beni e servizi, devono seguire determinate procedure che spesso generano ritardi e costi che le aziende private possono agevolmente evitare.

*Non si può prescindere
dalla trasparenza*

Premesso quanto sopra, occorre che l'amministratore e gestore pubblico prenda atto che l'imposizione di quelle regole sono giustificate dalla natura pubblica dell'azienda che amministrano o gestiscono, natura che impone imparzialità, trasparenza, rispetto della par condicio fra tutti quelli che hanno a che fare con detta azienda. Questi istituti, messi insieme, fanno sì che l'azione del gestore pubblico sia age-

volmente controllata. Si badi bene che queste imposizioni non sono tipiche del «burocrate» italiano. Questi istituti nascono, tanto per non citare che una sola delle fonti, dall'articolo 15 della «Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino» del 26 agosto 1789, della Rivoluzione Francese che così recita: «La società ha diritto di chiedere conto ad ogni pubblico ufficiale della sua amministrazione». Del resto anche l'Unione Europea, in tema di gare d'appalto, impone gli stessi obblighi.

Non sono le regole il problema, ma come vengono applicate; il lamento dovrebbe essere sostituito da una sana riflessione su come applicare dette regole o procedure, dal momento che esse sono e saranno, nel breve o medio periodo, ineliminabili. Qui di seguito si proporranno un po' di queste riflessioni, relativamente alle sole procedure per l'acquisizione di beni e servizi.

2. I documenti e le dichiarazioni da richiedere

Spesso nella lettura dei documenti di gara (bandi, lettere di invito, capitoli speciali) si nota che le amministrazioni chiedono una serie esagerata di documenti e certificati, in luogo di dichiarazioni, successivamente verificabili. E qualcuno se ne vanta pure. Chiedere documenti è inutile, improduttivo e causa di perdita di tempo. Per gli enti pubblici la perdita di tempo è duplice: a) al momento della richiesta, verifica e conservazione; b) al momento del rilascio dello stesso documento o certificato. Non va dimenticato che quei documenti, in definitiva, devono essere rilasciati sempre da un ufficio della pubblica amministrazione.

Non chiedere dichiarazioni o documenti inutili fa guadagnare tempo e abbassa i costi

Spesso viene ignorata, a quasi 30 anni dalla sua approvazione, la legge n. 15/68 che aveva per scopo di agevolare la pubblica amministrazione su questo terreno, passando per il rispetto del cittadino e del suo tempo che non deve essere sprecato per fare il giro degli uffici pubblici. Quella legge dà la possibilità al cittadino, fra l'altro, di sostituire certificati con autocertificazioni da rendere davanti allo stesso funzionario che deve ricevere il documento da surrogare; la stessa legge dice che alcuni certificati devono essere accertati d'ufficio. Fra questi rientra senz'altro il certificato penale che le pubbliche amministrazioni si ostinano invece a continuare a richiedere al cittadino (ovvero al fornitore); la legge n. 15/68, sempre, sancisce che la Pubblica Amministrazione non può chiedere quei certificati che essa stessa deve rilasciare. Per non parlare della ancora disapplicata legge n. 241/90. Detta legge stabilisce che la Pubblica Amministrazione può non chiedere quei documenti che il cittadino (o il fornitore) ha già depositato, in altre occasioni si intende, presso la stessa o altri uffici della Pubblica Amministrazione. Ma poi, sempre a proposito di tempo da guadagnare, non si vuole capire che le dichiarazioni sono da verificare, successivamente, dice la normativa comunitaria e nazionale, ma quasi nessuno la interpreta nel senso che tale verifica non è obbligatoria ed è inutile se attuata nei confronti dei fornitori già in rapporto con l'Ente; fornitore noto a livello nazionale ed internazionale.

Un'ultima considerazione a proposito di certificati o autocertificazioni: è così complicato comprendere che è interesse dell'Amministrazione avere quanto più è possibile concorrenti?

Non è vero che più cavilloso si è più facile è che ci caschino i fornitori? Chi assicura che fra i fornitori esclusi, per meri formalismi, non ce ne siano alcuni che avrebbero costituito la convenienza dell'ente? Ma allora perché non scrivere nel bando questa frase: «L'Amministrazione si riserva di ammettere quelle ditte che dovessero aver commesso errori scusabili nel corso della procedura».

3. La procedura aperta-asta pubblica è più celere della ristretta-licitazione privata o appalto concorso

Non tutti sanno, ancora, che la procedura aperta (asta pubblica o pubblico incanto che dir si voglia) richiede tempi più brevi della procedura ristretta (licitazione privata). La prima richiede 52 giorni; la seconda: 37 per ricevere le domande di partecipazione a seguito della pubblicazione del bando e 40, dalla data di inoltro dell'invito, per ricevere le offerte. Se poi fra i due momenti si frappongono altri giorni i tempi si allungano e possono superare i tre mesi. A questi giorni sono da sommare quelli che richiede la delibera di scelta dei fornitori. Questa delibera è assolutamente inutile. Essa infatti non è altro che l'applicazione del contenuto del bando. Se proprio la si vuole adottare, detta delibera, dovrebbe almeno non essere assoggettata al controllo, altrimenti si perdono altri 40/50 giorni. Si provi ad immaginare cosa capita quando la delibera di scelta dei fornitori da invitare viene sospesa per chiarimenti. Sei mesi si rivelano insufficienti per concludere la gara! Recentemente a chi scrive è capitato di leggere un ricorso di un avvocato il quale, fra le altre lamentele, annoverava il fatto che l'ente avrebbe impiegato 7/8 mesi per fare la gara (la delibera annullata riguardava una proroga)!

*Quando è utile adire
la procedura ristretta?*

La procedura ristretta può essere più veloce dell'aperta, nel caso si possa invocare l'urgenza (15 e 10 giorni in luogo dei 37 e 40), ma per poterla invocare l'urgenza deve essere reale e non addebitabile all'ente. Detta procedura ristretta è giustificata e intelligentemente applicata quando, nel timore di un notevole afflusso, viene applicata unitamente alla «forcella», a quel meccanismo, cioè, secondo il quale si può invitare un numero limitato di offerenti: da 5 a 20. Fuori dai casi appena descritti non è giustificata la procedura ristretta. La preselezione esiste anche nella procedura aperta. È una preselezione automatica, attraverso le «griglie» che si introducono nel bando: fatturato negli ultimi tre anni, composizione quali-quantitativa dell'organico aziendale dei fornitori; le referenze bancarie, ecc.

4. Non possono coesistere il controllo di legittimità e quello sui risultati

Il così detto controllo preventivo di legittimità delle delibere a contrattare fa solo perdere tempo. Questo controllo, in tempi di aziendalizzazione e di privatizzazione, deve scomparire. Non v'è chi non veda l'assurdità della conservazione di questo istituto nelle delibere sulle procedure di gara e sugli altri atti, visto che bisogna mettere in atto (ed in molte realtà regionali è già stato organizzato) il controllo sui risultati.

Si rifletta intorno al tempo che si guadagnerebbe con detta eliminazione. Ciò non significa che l'Amministrazione non debba comunque applicare i citati principi di pubblicità, trasparenza, imparzialità, rispetto della *par condicio* fra tutti coloro che hanno a che fare con essa.

*Controllo di legittimità
o sugli obiettivi?
Non si devono duplicare i controlli*

Il controllo sarà fatto dal cittadino, dal fornitore e dal giudice, al quale potranno direttamente rivolgersi i cittadini o i fornitori, in caso di mancato rispetto dei succitati principi. Mantenere i due controlli, quello preventivo e quello sugli obiettivi è assurdo e fonte di ulteriore rallentamento dell'azione amministrativa nell'azienda pubblica.

5. Le gare vanno unificate il più possibile

Si sente spesso che le gare pubbliche sono costose: in termini di tempo e di pubblicità. Ciò è vero. Ma quante volte si fanno due o più gare nello stesso periodo di tempo, sia pure per beni o servizi diversi, quando potrebbero essere accorpate in una sola gara, magari con più lotti ai quali ammettere offerte per singoli lotti.

*Spesso si trascura di unificare
gli estratti dei bandi*

L'assemblaggio si dovrebbe fare, se non altro per il principio dell'economia degli atti; spesso si pubblicano più estratti sugli stessi quotidiani, quando invece si potrebbero accorpate, facendo coincidere le scadenze, tramite brevi e motivati periodi di proroga delle scadenze dei singoli contratti, con risparmi notevoli (dai cinque ai dieci milioni, a seconda della lunghezza dell'estratto e della «tiratura» del quotidiano. C'è anche questo da dire: gli estratti devono contenere l'essenziale. È semplicemente sciocco pubblicare tutto il bando come spesso si vede sui giornali!). Oltre tutto, se si applicassero i criteri di quantificazione stabiliti dalla CEE sarebbe naturale concludere

per l'assemblaggio delle gare. Quando il periodo in cui si fanno le gare è lo stesso, le fonti di finanziamento sono le stesse, è ingiustificato scindere le forniture. Si rischia di essere accusati di farlo per evadere il contenuto delle direttive.

6. Occorre standardizzare le procedure

Le tecnologie informatiche dovrebbero far sì che le procedure siano standardizzate e memorizzate, di modo che non sia più necessario, ogni volta, riscrivere i documenti e gli atti di gara. Ecco un altro elemento che può fare guadagnare tempo. Del resto uno degli argomenti del D.P.R. n. 573/94 è proprio questo. Occorre approfittare di tutti gli strumenti che la moderna tecnologia offre. È stato accertato che il fax può sostituire o anticipare il servizio postale.

7. La durata della gara deve andare oltre l'anno

Spesso si vedono pubblicate sui quotidiani gare annuali. C'è da domandarsi a che pro, visto che impostare una gara richiede tempo e risorse anche finanziarie? Si devono, dopo che si è utilizzato tanto tempo per impostare una gara, stabilire durate pluriennali, con possibilità, riservata all'amministrazione e scritta negli atti di gara, di proroga per un altro periodo determinato, senza con ciò contravvenire il principio della scadenza certa del contratto, imposta dal R.D. n. 2440 del 1923; né si può dire che la mancanza del bilancio pluriennale impedisca la pluriennalità del contratto, altrimenti nessun ente stipulerebbe contratti di locazione né assumerebbe dipendenti: tipiche spese che impegnano l'ente per più di un esercizio.

8. L'offerta economicamente più vantaggiosa salvaguarda la qualità

Si afferma sovente da parte di funzionari pubblici che le gare pubbliche non danno la possibilità di scegliere il miglior fornitore; troppo meccanicistica risulterebbe la scelta. Risulta non vera anche questa affermazione. Esiste infatti il criterio di aggiudicazione all'offerta economicamente e complessivamente più vantaggiosa, che consente di valutare, oltre al prezzo, la qualità: il valore estetico, la funzionalità, il contenuto tecnologico, l'assistenza dopo la vendita, il costo di manutenzione e quanto altro l'amministrazione richiede, a seconda del tipo di appalto. Spesso non lo si utilizza per il timore di essere accusati di mettere in piedi meccanismi che possano non risultare oggettivi. Ma di che cosa si ha paura? Di applicare la norma?

Occorre ricordare poi che le gare si impostano partendo dallo studio di fattibilità, dalla ricerca di mercato per mirare il prezzo a base d'appalto e soprattutto coinvolgendo, fin dall'inizio, l'utilizzatore del bene o del servizio, dandone atto nella delibera a contrattare. Il Provveditore, infatti, in quanto tale, non può essere esperto di tutto. Occorre che si avvalga e «sfrutti» le conoscenze dell'utilizzatore. Il Provveditore deve essere un esperto di contratti, di tecniche di acquisto, di *marketing* d'acquisto se si vuole, non necessariamente del contenuto tecnico del bene o del servizio oggetto dell'appalto.

9. Il D.P.R. n. 573/94 semplifica le procedure?

Il D.P.R. n. 573/94, regolamento che disciplina le acquisizioni di beni e di servizi nella pubblica amministrazione in generale e di quelli del SSN in particolare ha suscitato critiche: a) dice cose scontate, come standardiz-

zazione delle procedure; applicazione dei principi di trasparenza; ecc.; b) appesantisce le procedure e per di più con tre bandi. Uno generale diviso per settori, all'inizio dell'anno; uno per la gara vera e propria; il terzo dopo l'aggiudicazione; c) ha creato confusione con l'articolo 9, il quale rischia di essere interpretato nel senso che possono partecipare alle gare di rilievo non comunitario solo fornitori in possesso del certificato EN 29.000.

Le critiche sono tutte fondate, tranne quelle riferite all'interpretazione dell'articolo 9 il quale va inteso nel senso che, qualunque sia la «griglia» posta dall'Amministrazione per pre-selezionare l'offerente, chi è in possesso del certificato EN 29.000 deve essere invitato. Ciò non vuol dire che chi non ha il certificato non debba poter partecipare. Può partecipare, purché possieda i requisiti fissati nel bando.

*Una corretta dose di spese
in economia non può che rendere
più efficace l'azione amministrativa*

In sede di lettura del D.P.R. n. 573/94 sfugge, ai più, la possibilità che offre l'articolo 10 quando parla delle spese in economia. In sostanza, dalla lettura complessiva del D.P.R. n. 573/94 e da quella dell'articolo 10 emerge questo messaggio: «La pubblica amministrazione deve fare sempre gare pubbliche, tranne quando può agire nell'ambito delle spese in economia». Occorre, perciò, modificare ed adeguare i regolamenti in essere presso gli enti. Adeguarli significa anche modificare le soglie di modo che sia possibile ricorrervi con più ampiezza di quanto non accada oggi. Così l'ha inteso il Consiglio di Stato quando, con D.P.R. n. 700/94, si è fatto approvare il proprio regolamento, portando la soglia, entro la quale poter acquista-

re in economia, ai limiti di quella delle gare CEE: a 200.000 ECU quindi, oltre 397 milioni. Non si vuole con ciò suggerire che tutte le aziende pubbliche debbano imitare il Consiglio di Stato e i T.A.R., ma segnalare la questione alla meditazione di quegli enti che hanno soglie risibili. Un buon regolamento delle spese in economia può risolvere molti problemi, lungo la via dell'efficienza e dell'efficacia. Non va dimenticato che le spese in economia responsabilizzano i funzionari, se vengono effettuate da un dipendente appositamente delegato e che la dottrina chiama *funzionario delegato*. Va anche ricordato che i funzionari delegati possono essere più di uno: uno per ogni settore o per ogni presidio.

È giusto sottolineare la necessità della pubblicità, della trasparenza, ma in alcuni casi è inutile, controproducente. Non è giustificato mettere in gara pubblica cifre irrisorie, nemmeno farne oggetto di un lotto di una gara più grande; non è produttivo mettere in gara un bene del quale, nell'arco di un anno, se ne consuma un quantitativo modesto. Ci sono casi in cui è indispensabile lasciare al (sia pure) prudente apprezzamento dell'operatore la scelta del bene e del servizio e quindi del fornitore. Ci sono motivi che possono portare a dover ricorrere a questa forma di acquisto, oltre che, naturalmente alla procedura negoziata, con o senza un bando. Basta motivarlo.

Di questo si dovrebbe ricordare specialmente il legislatore regionale. Detto legislatore non avrebbe competenza in questa materia, ma giacché ritiene di averla questa competenza, fissi una soglia che agevoli le aziende sanitarie, le quali per volere del legislatore nazionale (spesso anche regionale) e della Corte Costituzionale, devono competere sul mercato delle prestazioni sanitarie con strutture private

che acquistano senza nessuna formalità.

10. Scindere l'azione dell'amministratore da quella del gestore per razionalizzare e snellire le procedure

In conclusione, si sarà notato che spesso si è citato l'amministratore ed il gestore. Lo studioso di problemi aziendali ricorderà la definizione che si dava di amministrazione: insieme coordinato di *atti* volto a far raggiungere all'Azienda gli scopi che si è prefissi. Detta amministrazione si articola in tre momenti: l'organizzazione, la gestione la rilevazione. La gestione veniva definita l'insieme coordinato di *operazioni* economiche (non più di atti) che l'azienda compie allo scopo di far raggiungere il fine che l'azienda si è posto. Come si noterà, le due definizioni si somigliano, tranne che nelle parole: atti (nell'amministrazione) e operazioni economiche (nella gestione).

L'amministratore non dovrebbe gestire

Perché si è voluto fare questo breve *excursus*? Per richiamare all'attenzione di tutti che è indispensabile dare attuazione alla separazione fra il compito del politico (amministratore) e quello del funzionario (gestore). Non è necessario scomodare Max Weber, sociologo tedesco a cavallo fra l'ottocento e questo secolo, il quale propugnava già questa necessità di separazione. Basta ricordare il contenuto della legge n. 142/90 e quello del D.L.vo n. 29/93, in cui si sancisce detta separazione di ruoli. Il funzionario comunale impegna l'ente verso l'esterno, impegna il bilancio, presiede le gare e stipula i contratti. Il politico detta gli indirizzi, approva i piani e i programmi, verifica l'operato dei funzionari ai quali ha fissato gli obiettivi ed ai quali ha assegnato le risorse. Vero è che la legge n. 142/90 e il D.L.vo n. 29/93 non si applicano direttamente all'Azienda sanitaria, ma il

suo contenuto potrebbe essere trasfuso in un apposito regolamento per la gestione dei contratti.

Queste riflessioni, se si è conseguenti, dovrebbero portare ad accorciare i tempi dei procedimenti. A costo zero peraltro! Dovrebbero portare i funzionari pubblici a smetterla di lamentarsi dei famosi lacci e laccioli. I lacci e i laccioli in cui spesso si incappa come in trappole, sono inventati da quei funzionari che scambiano la legge per qualche cosa che deve essere interpretata a danno. A danno anche di se stessi! Un po' di coraggio, di attenzione e di acculturamento dovrebbero agevolare l'azione di tutti i giorni. È di tutti i giorni la lamentela dei fornitori circa i tempi di pagamento delle Aziende sanitarie, salvo poi avere presso la Tesoreria provinciale fondi immobilizzati. Non sarebbe il caso di riflettere anche su questo? Anche su questo versante si potrebbero ottenere vantaggi. Un fornitore puntualmente pagato non può che trattare meglio il suo cliente.

Costo dell'abbonamento per l'anno 1997: L. 290.000

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 dovutole, 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 1997 è fissato in:

L. 290.000 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. 75.000).

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.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari al prezzo del fascicolo dell'annata in corso.

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
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) L. 200.000
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640) L. 250.000

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di L. 892.500, anziché L. 1.050.000, e, nel caso siano richieste più copie, sarà praticato uno sconto particolare.

Biblioteca

Sezione 6^a

RECENSIONI

**La salute
non è una merce.
Efficacia della medicina
e politiche sanitarie**

Paolo Vineis Stefano Capri

Bollati Boringhieri
Torino, 1994

Nell'introduzione al testo i due autori mettono in evidenza un importante tema che negli ultimi anni sta assumendo crescente rilevanza nelle scelte di politica sanitaria a livello nazionale e internazionale, ossia la possibilità di valutare la capacità dei servizi sanitari di modificare lo stato di salute degli utenti, salvaguardando e migliorando i criteri di efficienza e di equità nella distribuzione delle risorse.

Il testo rappresenta un interessante tentativo di sintesi di considerazioni riconducibili ai due approcci disciplinari, quello di epidemiologia e statistica sanitaria e quello di economia sanitaria che hanno cercato di fornire se non una risposta almeno una sistematizzazione delle questioni in campo sulla più generale problematica della valutazione dei risultati dei sistemi di offerta dei servizi sanitari.

La lettura dei contenuti e soprattutto l'articolazione del libro consente di affermare che questa integrazione disciplinare non è ancora raggiunta e forte è lo sbilanciamento dell'approccio epidemiologico; nei primi capitoli l'attenzione è focalizzata sulla evoluzione delle malattie nei paesi industrializzati e sui determinanti principali di modifiche nel quadro sanitario epidemiologico. Cinque capitoli su sei sono dedicati ad affrontare i temi della efficacia delle cure mediche (capitolo 1) con riguardo ad alcune patologie come le malattie infettive, l'impatto degli interventi di prevenzione (capitolo 2), le modalità di utilizzo delle strutture sanitarie (capitolo 3), in modo molto sintetico, il rapporto tra malattie e classi sociali (capitolo 4), la frequenza e la distribuzione delle malattie in Italia e nel mondo.

Nell'ultimo capitolo vengono invece discussi i cambiamenti nei modelli di sistemi sanitari (la tendenza alla privatizzazione) e i processi di spesa sanitaria; anche in questa ultima parte come nelle precedenti abbondanti sono le informazioni quantitative e qualitative ma non immediato è ricollegare le stesse ad un quadro di riferimento generale.

L'impostazione frammentaria e contemporaneamente ricca di esempi è forse conseguenza naturale del tentativo di misurarsi su tema complesso e di integrare approcci disciplinari finora molto distanti; il testo apre la strada a sviluppi interessanti sul tema della analisi dei contenuti delle politiche sanitarie rivolte al miglioramento della accessibilità ed efficacia (i cenni sul Piano dell'Oregon, il rapporto della Commissione governativa olandese del 1992) che potranno costituire in futuro un importante ambito di integrazione tra economisti di sistema ed aziendali, epidemiologi, sociologi e politologi, consentendo un maggiore avvicinamento ai non addetti ai lavori che sono sicuramente colpiti dai numeri e dalle tabelle ma che sempre più chiedono elementi per capire ed interpretare la realtà e le tendenze in atto.

**L'equilibrio economico
nelle aziende sanitarie.
Strumenti
per una gestione
manageriale efficace**

Luca Anselmi (a cura di)

Edizioni il Sole 24 Ore
Libri, Milano, 1996

A due anni dall'avvio del processo di aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie pubbliche e di creazione delle circa 300 aziende USL ed Ospedali, forte è l'esigenza tra i vertici direzionali e gli operatori di approfondire, sviluppare e sperimentare modelli organizzativi e sistemi di gestione coerenti con la responsabilità aziendale sul conseguimento dell'equilibrio economico finanziario, nel rispetto degli obiettivi di miglioramento della qualità dei servizi e di recupero di efficienza.

In questa prospettiva il libro, curato da Luca Anselmi ed in cui sono presenti contributi di Mara Zuccardi Merli e Lucia Giovannelli dell'Università di Genova, Luca del Bene dell'Università di Ancona e Fabio Donato dell'Università di Pisa, si propone di fornire «un supporto di ideazione, consulenza e formazione» sui sistemi di gestione finalizzati ad aiutare le aziende sanitarie pubbliche al raggiungimento dell'equilibrio economico.

Al saggio introduttivo di Anselmi, su processo di aziendalizzazione, introduzione di logiche di gestione programmata e gestione del cambiamento manageriale ed organizzativo, segue il lavoro di Zuccardi Merli sulla introduzione della contabilità economico patrimoniale nelle aziende sanitarie, in cui l'introduzione del nuovo sistema contabile viene collegata ad una solida base concettuale sui sistemi informativi contabili.

Molto interessante è la sistematizzazione operata nel lavoro della Giovannelli sui diversi sistemi di gestione dalla pianificazione strategica, alla pianificazione operativa, ai sistemi di budget ed al controllo di gestione; in parallelo al quadro organico di riferimento si approfondiscono le caratteristiche di possibili strumenti di supporto come ad esempio le modalità di comunicazione delle *performances* aziendali o i *budget* operativi (*budget* ricavi basato sui DRGs). I due ultimi lavori trattano la problematica del controllo delle gestioni sanitarie o meglio dei sistemi di controllo (Del Bene) riprendendo le considerazioni sui sistemi di *budget* e la tematica della qualità (Donato); in questi due lavori vengono aperte delle finestre su nuove tendenze, rappresentate dalla *activity based costing* al *benchmarking*.

Il libro costituisce uno strumento integrato di comprensione dei sistemi di gestione nelle aziende sanitarie, coerente con l'impostazione della collana del Sole 24 Ore e con la finalità di consulenza e supporto identificate nella presentazione; per lo sviluppo di idee e per la formazione il libro andrà sicuramente collegato ad altri lavori che forniscono una informazione sullo stato dell'arte, sulla diffusione concreta delle logiche manageriali, sui successi e sulle difficoltà delle sperimentazioni in atto presso le aziende sanitarie e sul rapporto esistente tra sistemi e tecniche di gestione e cultura operativa e professionale delle aziende.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

C. BADI, G. BELTRAME,
M. BOTTURI, L. DONATI,
P. TESAURO (a cura di)

La telematica medica

Bi & Gi Editori - Verona 1996
pagg. 143, lire 75.000

L'impiego della telematica e delle nuove tecnologie biomediche per un migliore e diverso uso delle risorse, contro la tendenza all'aumento esponenziale dei costi della salute. Impedire che la medicina divenga un beneficio a disposizione di pochi significa estendere l'ospedale al di là dei suoi confini fisici e le nuove forme di telecomunicazione svolgono un ruolo centrale nel favorire i contatti tra uomini e istituzioni.

INDICE: LA TELEMATICA MEDICA - STATO DELL'ARTE DELLA TELEMATICA MEDICA (PARTI I E II) - LE TECNOLOGIE DI RETE - ELEMENTI DI LEGISLAZIONE SANITARIA - EFFETTI PSICOSOCIALI DELLA TELEMATICA SUL LAVORO DEL MEDICO - LO SVILUPPO DELLA TELEMATICA IN SANITÀ: UN APPROCCIO ECONOMICO - ESPERIENZE IN ATTO E POSSIBILITÀ DI ESPANSIONE (PARTI I E II) - IL PROGETTO LOMBARDIA.

Dopo aver fornito i necessari schemi concettuali sul controllo di gestione, il manuale approfondisce i problemi legati alla progettazione e alla realizzazione del sistema contabile. In particolare si affrontano: il problema della definizione dei centri di costo, il nodo della rilevazione dei dati elementari che determinano i valori di costo, la rilevazione dei costi indiretti e della definizione delle caratteristiche di un sistema di prezzi di riferimento, la progettazione e le caratteristiche del sistema di reporting.

INDICE: PREFAZIONE - CAP. 1. IL SISTEMA DI CONTABILITÀ DIREZIONALE - CAP. 2. IL SISTEMA DI CONTABILITÀ PER CENTRI DI COSTO. ASPETTI ORGANIZZATIVI - CAP. 3. LA RILEVAZIONE DEI COSTI DIRETTI - CAP. 4. IL SISTEMA DI PREZZI DI TRASFERIMENTO - CAP. 5. IL SISTEMA DI REPORTING - CAP. 6. I REPORT DI CONTROLLO SINTETICI.

GIORGIO CASATI

Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie

EGEA, Milano, 1996
pagg. 417, L. 53.000

NERINA DIRINDIN

Chi paga per la salute degli italiani?

Il Mulino, Bologna, 1996
pagg. 254, L. 30.000

Il sistema sanitario italiano, di tipo universalistico, genera effetti ridistribuiti che, pur essendo ampi e diffusi, sono però scarsamente visibili e quantificabili. Tenendo conto sia dell'aspetto del finanziamento che di quello della spesa, per mettere in luce il rapporto tra versamenti effettuati e benefici ricevuti per categorie di contribuenti/utenti, il volume analizza e ricostruisce i flussi di finanziamento e dà una valutazione complessiva dal punto di vista dell'equità del servizio sanitario. Al termine, si propongono alcune riflessioni sulla fase di transizione avviata con il riordino del 1992 e sulle possibili direzioni di riforma.

INDICE: I. SANITÀ E SOLIDARIETÀ - II. IL QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO - III. IL REGIME CONTRIBUTIVO: STORIA DI UNA RIFORMA INCOMPIUTA - IV. L'ATTUALE CONFIGURAZIONE DEL PRELIEVO CONTRIBUTIVO - V. LA SPESA FISCALE - VI. L'UTILIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI - VII. I FLUSSI DI TRASFERIMENTO - CONCLUSIONI.

FABIO GIULIO GRANDIS

**Lo schema di bilancio
delle aziende sanitarie
pubbliche**

CEDAM, Padova, 1996
pagg. 15, L. 22.000

Si tratta di un documento contabile, persegue l'obiettivo di verificare il ruolo, il contenuto e la capacità informativa del bilancio previsto per le aziende sanitarie, tenendo presente l'intento della norma. Perché possa venire collocato nella corretta posizione rispetto agli altri elementi del sistema informativo delle aziende in esame, l'autore ritiene fondamentale l'analisi economico-aziendale dall'identificazione delle norme che ne regola l'autonomia.

INDICE: 1. CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE - 2. LIMITI NORMATIVI ALL'AUTONOMIA CONTABILE DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 3. NOVITÀ INTRODOTTE DAL D.L.VO N. 502/92 E DALLE SUCCESSIVE INTEGRAZIONI E MODIFICAZIONI - 4. SUL CONCETTO DI ECONOMICITÀ NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - LO SCHEMA DI BILANCIO PREVISTO DAL D.M. 20 OTTOBRE 1994 - 6. IL BILANCIO RICLASSIFICATO PER L'ANALISI FINANZIARIA ED ECONOMICA DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 7. CONCLUSIONI - APPENDICI.

Il testo è destinato a figure dirigenziali nell'organizzazione sanitaria, in particolare infermieri abilitati a funzioni direttive e dirigenti infermieristici, che vogliono approfondire le componenti educative insite nella loro attività professionale. È essenziale, infatti, per il buon andamento di una struttura complessa, che si sappia intervenire, organizzare, coordinare il lavoro d'équipe, tenendo conto delle esigenze di tutti. Si esaminano quindi i metodi d'insegnamento in chiave organizzativa, con particolare attenzione al problema della leadership e della gerarchizzazione dei rapporti nei gruppi di lavoro.

INDICE: INTRODUZIONE - 1. IL RUOLO EDUCATIVO DELL'INFERMIERE ABILITATO A FUNZIONI DIRETTIVE - 2. INSEGNAMENTO E APPRENDIMENTO NELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA: IL RUOLO DELL'OPERATORE PROFESSIONALE COORDINATORE - 3. AIUTARE AD APPRENDERE NELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA - 4. ORGANIZZARE IL GRUPPO DI LAVORO - CONCLUSIONI.

S. KANIZSA

**Apprendere nei servizi
socio-sanitari**

La Nuova Italia Scientifica
Roma, 1996
pagg. 144, L.21.500

ANGELO LOMBARI

**Il bene salute
tra pubblico e privato**

Franco Angeli
Milano, 1996
pagg. 367, L. 62.000

La crescita delle prestazioni, conseguente al processo di generalizzazione dell'assistenza non permette un effetto di contenimento dei costi. Il bene salute, in un contesto teorico di mercato, è trasformato in bene economico. Le spinte di rinnovamento incidono sui livelli di efficienza e di efficacia dell'assistenza pubblica: l'affermazione del modello assistenziale pubblico è condizionata dalle scelte economiche liberiste, ma la revisione «manageriale» richiede un adattamento del modello pubblico a schemi di tipo privato. Nel libro si prende in esame il processo, valutandone risultati e ripercussioni di natura sociale.

INDICE: INTRODUZIONE - 1. IL BENE SALUTE: NATURA E VALORE SOCIALE - 2. LA SPESA: ORIGINI E RILIEVI ECONOMICI - 3. IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO - 4. LE POLITICHE DI CONTENIMENTO DELLA SPESA ECONOMICA - 5. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLA SANITÀ IN ITALIA - 6. I PROFILI GESTIONALI - 7. ASPETTI DI RINNOVAMENTO DELLE SCELTE NELLA SANITÀ - 8. CONCLUSIONI.

Il Testo fornisce un quadro di riferimento utile per comprendere le modalità di sviluppo (strategia) e di organizzazione e gestione delle reti sanitarie pubbliche, con particolare attenzione alle reti di aziende ospedaliere. Il modello teorico è stato elaborato in base ad un ampio e ricco confronto condotto a livello internazionale, nel libro sono stati presentati casi di network e sistemi di aziende ospedaliere e sanitarie in Francia, Germania, Regno Unito, Svezia e Stati Uniti.

INDICE: INTRODUZIONE. LE FORME DI INTEGRAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI - CAP. 1. I MODELLI DI RIFERIMENTO PER LA GESTIONE DEI GRUPPI MULTI OSPEDALIERI PUBBLICI A LIVELLO INTERNAZIONALE - CAP. 2. ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS: IL PIÙ IMPORTANTE GRUPPO OSPEDALIERO EUROPEO - CAP. 3. CONFIGURAZIONE ORGANIZZATIVA E RUOLI DIREZIONALI IN UN GRUPPO MULTIOSPEDALIERO: IL CASO DEGLI HOSPICES CIVILS DE LYON - CAP. 4. HEALTH AND HOSPITALS CORPORATION DI NEW YORK: ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO, PROSPETTIVE DI SVILUPPO E INNOVAZIONI GESTIONALI - CAP. 5. LA RETE DEGLI OSPEDALI COMUNALI DI MONACO DI BAVIERA - CAP. 6. I TRUST OSPEDALIERI E IL SISTEMA SANITARIO PUBBLICO DI LONDRA - APPENDICE.

MARCO MENEGUZZO
(a cura di)

**Strategie e gestione
delle reti di aziende sanitarie**

EGEA
Milano, 1996
pagg. 338, L. 43.000

LUIGI MIGONE
(a cura di)

**Limiti e responsabilità
nella destinazione
delle risorse sanitarie**

Ed. Orizzonte Medico
Sala Baganza (PR), 1996
pagg. 167

Con lo sviluppo della scienza e della tecnica biomedica e la diversificazione di ritrovati sempre più efficaci e costosi, sono aumentati anche degli squilibri distributivi delle risorse sanitarie. La figura del medico si evolve per fronteggiare le questioni che riguardano i criteri di fruizione dei mezzi disponibili, tenendo conto dei complessi rapporti fra la medicina, l'etica e l'economia. Il testo raccoglie gli interventi presentati nel corso del convegno promosso dall'Associazione dei Medici Cattolici Italiani a Parma, nel maggio 1995 e si colloca nell'ambito del dibattito sul tema della giustizia nella distribuzione delle risorse.

Gli autori intendono offrire una guida sintetica ma essenziale per i problemi da affrontare e risolvere per chi si misura con l'organizzazione dell'emergenza-urgenza. L'opera si presta sia per la ricerca sistematica che per la consultazione sporadica e oltre a raccogliere le esperienze di chi scrive è il risultato di una cultura proiettata in campo internazionale.

SOMMARIO: PRESENTAZIONE - INTRODUZIONE - 1. ANALISI STORICA - 2. NORMATIVA LEGISLATIVA - 3. ASPETTI MEDICO-LEGALI E OBBLIGHI DEL MEDICO - 4. MODELLO ORGANIZZATIVO DEL SISTEMA DELL'EMERGENZA-URGENZA - 5. SOCCORSO EXTRAOSPEDALIERO - 6. PRONTO SOCCORSO: REQUISITI FUNZIONALI, STRUTTURALI, TECNOLOGICI - 7. TRIAGE E LINEE GUIDA IN PRONTO SOCCORSO - 8. DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE E MEDICINA D'URGENZA - 9. TERAPIA INTENSIVA INTERNISTICA E CARDIOLOGICA - 10. PIANI DI EMERGENZA IN CASO DI CATASTROFE - 11. SISTEMA INFORMATIVO - 12. FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE - 13. GESTIONE DEL PERSONALE - 14. COMPORTAMENTO ORGANIZZATIVO. - 15. CONTROLLO DI GESTIONE - 16. ECONOMICITÀ DI GESTIONE - 17. VERIFICA DI QUALITÀ E ACCREDITAMENTO - APPENDICE.

GIOVANNI OTTONE
(a cura di)

**Pronto soccorso,
servizi di emergenza, 118**

Centro scientifico editore
Torino, 1996
pagg.309, L. 58.000

SERGIO VALLEGA

**Marketing per la salute.
Strumenti e tecniche
in azienda e in farmacia
per i prodotti
da automedicazione**

ETASLIBRI
Brugherio (MI), 1996
pagg. 189, L. 32.000

Il libro descrive la struttura del mercato dei prodotti destinati all'autocura e delle normative, in Italia, per presentare successivamente strumenti e tecniche di marketing, dalla pianificazione a lungo termine alla programmazione, alternando teoria e modelli operativi derivanti dall'esperienza. In appendice si affrontano tematiche molto specifiche, quali la valutazione di convenienza del passaggio di un farmaco a prodotto da automedicazione, la leggibilità o la ridondanza dei messaggi, la creatività pubblicitaria nel settore

INDICE: 1. L'AUTOMEDICAZIONE: CONCETTI E AMBIENTE - 2. I FARMACI DA AUTOMEDICAZIONE: MERCATO E MARKETING - 3. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO - 4. UN MODELLO DI PIANIFICAZIONE STRATEGICA A MEDIO TERMINE - 5. PIANIFICAZIONE A BREVE TERMINE E PROGRAMMAZIONE - 6. IL MARKETING DEL FARMACISTA - RISPOSTE - APPENDICI.

SPOGLIO RIVISTE

Bisogno e domanda di servizi sanitari

WELCH H.G., WENNBERG D.E., WELCH W.P.
The Use of Medicare Home Health Care Services
The New England Journal of Medicine, 335 (5): 324-329, 1996

Meccanismi di mercato

PETRUCHUK M.A., JAVALGI R.G.
Reforming the Health Care system: implications for Health Care Marketers
Health Marketing Quarterly, 13 (3): 71-86, 1996

SMITH D.G., WHEELER J.R., CAMERON A.E.
Benefits of Hospital Capacity Reduction: Estimates from a Simulation Mode
Health Services Management Research, 9 (3): 172-183, 1996

LEVAGGI R.
Nhs Contracts: An Agency Approach
Health Economics, 5 (4): 341-352, 1996

Sistemi di finanziamento

KLAVUS J., HAKKINEN U.
Health Care and Income Distribution in Finland
Health Policy, 38 (1): 31-43, 1996

DOWSON D., MAYNARD A.
Private Finance for the Public Good?
British Medical Journal, 313 (7053): 312, 1996

RUSSEL S.
Ability to Pay for Health Care: Concepts and Evidence
Health Policy and Planning, 11(3): 219-237, 1996

Farmaeconomia

AA.VV.
Cost Containment, Healthcare Reform and Pharmaceutical Innovation
Atti del simposio del Tufts University European Center, Talloires, Francia, 20-21 Luglio 1995
PharmacoEconomics, 10 (Supplement 2): 1-141, 1996

GERDTHAM U.G., JOHANNESSON M.
The Impact of User Changes on the Consumption of Drugs: Empirical Evidence and Economic Implications
PharmacoEconomics, 9 (6): 478-483, 1996

COYLE D.
Statistical Analysis in Pharmaeconomics Studies: a Review of Current Issues and Standard
PharmaEconomics, 9 (6): 506-516, 1996

GRUND J.
The Societal Value of Pharmaceuticals: Balancing Industrial and Healthcare Policy
PharmacoEconomics, 10 (1): 14-22, 1996

Valutazione economica delle attività sanitarie

FORREST A.P., STEWART H.J., EVERINGTON D., PRESCOTT R.J., MC ARDALE C.S., HARNETT A.N., SMITH D.C., GEORGE W.D.
Randomised controlled trial of conservation therapy for breast cancer: 6-years analysis of the Scottish trial
The Lancet, 348 (9029): 708-713, 1996

EMANUEL J.E.
Cost savings at the end of life: what do the data show?
Jama, 275 (24): 1907-1914, 1996

STEWART L.A., MAHESH K.B. PARMAR
Bias in the analysis and reporting of randomized controlled trials
International Journal of Technology Assessment, 12 (2): 264 - 275, 1996

BLUMENSCHEN K., JOHANNESSON M.
Economic Evaluation in Healthcare: A Brief History and Future Directions
Pharmacoeconomics, 10 (2): 114-122, 1996

Analisi dei sistemi sanitari

BOLDUC C.R.
The Impact of Healthcare Reform on HMO Administration
Hospital & Health Services Administration, 41 (3): 409 - 419, 1996

CLEMENT J.P., McMILLAN M.J.
The performance of hospital Corporation of America and healthtrust Hospitals after leveraged buyout
Medical Care, 34 (7): 672-685, 1996

ANELL A.
The monopolistic integrated model and health care reform: the swedish experience
Health Policy, 37 (1): 19-33, 1996

SAENZ DUKE K.
Hospitals in a changing health care system
Health Affairs, 15 (2): 49-61, 1996

LAWRENCE M., WILLIAMS T.
Managed care and disease Management in the NHS
British Medical Journal, 313 (7050): 125, 1996

SPURR S.J., SIMMONS W.O.
Medical Malpractice in Michigan: an Economic Analysis
The Journal of Health Politics, Policy and Law, 21 (2): 315-346, 1996

Programmazione e organizzazione del lavoro

ROWLAND D., HANSON K.
Medicaid: Moving to Managed Care
Health Affairs, 15 (3): 150-152, 1996

LONGO F.
Quale Mestiere per il Medico di m.g. nella Nuova Azienda USL?
Organizzazione Sanitaria, 3, 1996

Controllo di gestione e sistemi informativi

GRAY A.M., PHILLIS V.L., NORMAND C.
The Costs of Nursing Turnover: Evidence from the British National Health Service
Health Policy, 38 (2): 117-128, 1996

BALTUSSEN R., AMENT A., LEIDL R.
Making Costs Assessment Based on RTC's more Useful to Decision Maker
Health Policy, 37 (3): 163-183, 1996

LA CONTABILITÀ ECONOMICA NELLE AZIENDE SANITARIE

di Francesca Spigarelli

Università degli Studi di Ancona

Negli ultimi anni l'attività degli operatori sanitari è stata caratterizzata da trasformazioni normative e gestionali di importanza notevole. In particolare, il legislatore, di fronte all'espansione continua della spesa sanitaria, ha cercato di razionalizzare l'organizzazione e la gestione delle strutture sanitarie introducendo meccanismi di responsabilizzazione e guida degli operatori nelle scelte rispettive. Si è favorita una trasformazione qualitativa delle strutture sanitarie italiane, imponendo alle stesse di adottare soluzioni operative e gestionali diffuse e consolidate nella prassi aziendale.

Un ruolo rilevante in questo processo, definito comunemente «aziendalizzazione», è assunto dalla diffusione del sistema della Contabilità economica, in sostituzione delle regole e delle procedure della Contabilità di natura finanziaria, ritenuta inadeguata per contenere e monitorare in modo efficace la spesa sanitaria. La logica autorizzativa e di controllo implicita nel metodo finanziario consente, infatti, esclusivamente di imbrigliare e condizionare le scelte dei vari operatori, ponendo vincoli procedurali complessi di natura burocratica. In questo modo si pone attenzione ad aspetti legati alla spesa «ordinata» e sostenuta, piuttosto che al valore delle risorse impiegate nel processo di erogazione delle prestazioni. L'introduzione della Contabilità economica nelle aziende sanitarie dovrebbe produrre, in questo senso, cambiamenti notevoli, tali da influenzare l'organizzazione del lavoro e l'attività svolta dalle risorse umane interne. Essa attribuisce, infatti, rilevanza ad aspetti qualitativi della gestione, con l'intento di valutare e rilevare l'impatto economico di ogni scelta intrapresa. Per raggiungere queste finalità conoscitive la Contabilità economica promuove la rilevazione sistematica di tutti i fatti gestionali cui è associato il consumo o la produzione di risorse. Fattore giustificativo di ogni annotazione contabile è rappresentato dall'instaurazione di rapporti con soggetti esterni alla realtà aziendale (terze economie). L'insieme delle rilevazioni effettuate consente di redigere al termine dell'esercizio lo Stato patrimoniale ed il Conto economico, documenti di sintesi estremamente significativi. Con il primo si quantifica, infatti, il valore del patrimonio dell'azienda sanitaria in relazione a tutti i rapporti di credito e debito attivati ed alla disponibilità di attività materiali ed immateriali. Con il Conto economico si dà evidenza, invece, al risultato reddituale conseguito dalla struttura sanitaria nel suo complesso, in relazione al consumo di risorse attuato dalla stessa ed ai ricavi conseguiti attraverso l'erogazione di prestazioni diverse. Questo documento consente, in pratica, di verificare l'impatto economico delle scelte liberamente effettuate dagli operatori sanitari nello svolgimento delle attività professionali rispettive.

La Contabilità generale produce, dunque, informazioni che approssimano il livello di economicità raggiunto dalla struttura sanitaria, ossia la sua capacità di produrre risorse e di raggiungere in piena autonomia gli obiettivi prefissati dal *management*. Queste informazioni, inoltre, dovendo essere rese disponibili alla collettività, rappresentano uno strumento

di verifica, a disposizione dei cittadini, circa la capacità dei dirigenti di organizzare i servizi sanitari secondo principi ispirati anche all'efficienza nell'uso delle risorse pubbliche.

Accanto alla Contabilità economica resa obbligatoria dal legislatore nazionale, il nuovo approccio aziendale all'organizzazione dei servizi sanitari sottintende l'introduzione anche di un altro sistema di rilevazione, capace di produrre informazioni più specifiche relative ai risultati economici conseguiti da singole aree di gestione interne alle strutture sanitarie. Si fa riferimento alla Contabilità analitica, caratterizzata dalla realizzazione di rilevazioni sistematiche relative ad ogni fatto gestionale, anche di natura esclusivamente interna, cui è possibile associare assorbimento o produzione di risorse. Scopo della Contabilità analitica è quello di verificare, con riferimento a determinati oggetti (presidi ospedalieri, distretti, reparti, unità operative...), i risultati economici raggiunto da ciascuno di essi. La disponibilità di informazioni simili rende possibile l'attribuzione di obiettivi economici in modo capillare a tutta la struttura aziendale. Oltre a questo aspetto, dai risvolti organizzativo-motivazionali, la Contabilità analitica offre dati utili a realizzare analisi di convenienza economica comparata (per studiare ad esempio il *mix* di servizi da offrire agli utenti), analisi sull'efficienza e sulla redditività interna alle unità organizzative (comparando i costi relativi ai Drg assegnati), analisi di *Make or Buy* (per valutare la possibilità di esternalizzare o realizzare internamente alcuni servizi), ecc. Queste possibilità di indagine, garantite dalla Contabilità analitica, supportano l'alta direzione nella propria attività di gestione, ove occorre non solo favorire l'efficacia clinica delle prestazioni sanitarie, ma anche assicurare razionalità nell'uso delle risorse.

Le informazioni prodotte dalla Contabilità economica, nella veste duplice di Contabilità generale ed analitica, creano i presupposti per la realizzazione di cambiamenti rilevanti nell'attività delle aziende sanitarie, in relazione sia al controllo delle unità operative che assorbono o producono risorse maggiori, sia alla possibilità di garantire libertà e snellezza nelle scelte effettuate dagli operatori, responsabilizzati verso il raggiungimento di obiettivi anche di natura economica.

Nella fase attuale di introduzione di nuovi sistemi gestionali nell'ambito delle strutture sanitarie, l'attività svolta e la cultura diffusa nelle aziende industriali e finanziarie potrebbe risultare particolarmente utile per guidare l'elaborazione e l'implementazione di soluzioni contabili ed organizzative efficaci. Ovviamente, l'utilizzo di ciascuno strumento contabile va orientato in modo da rispettare le peculiarità del sistema sanitario, in cui l'efficienza e la razionalizzazione della spesa restano comunque subordinati all'efficacia clinica delle prestazioni erogate ai pazienti.

Sulla Contabilità generale

AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V.
Economia Aziendale
Bologna, Il Mulino, 1994

ANTHONY R.N.
Contabilità e bilancio: uno schema concettuale
Milano, Franco Angeli, 1994

BERGAMIN BARBATO M.
Il controllo di gestione nelle imprese italiane: progettazione, funzionamento e processi di adeguamento
Milano Etas Libri, 1983

BRUNETTI G.
Contabilità e bilancio d'esercizio
Milano, Etas Libri, 1994

CACIAGLI ALVISI A.
Contabilità generale
Bologna, 1979

DE DOMINICIS
Lezioni di ragioneria generale. Capitale, costi, ricavi e redditi
Bologna, 1976

DEZZANI F., FERRERO G.
Contabilità e bilancio di esercizio
Vol. 1, Giuffrè, 1980

FERRERO G., DEZZANI F., PISONI P., PUDDU L.
Contabilità e bilancio d'esercizio
Milano, Giuffrè, 1995

FERRERO G.
Istituzioni di Economia di Azienda
Milano, Giuffrè, 1968

FRATTINI A.
Contabilità e bilancio
Milano, Egea, 1994

MATACENA A.
Introduzione allo studio del bilancio di esercizio
Bologna, Clueb, 1979

SORDINI M.
Contabilità e bilancio d'azienda
Etas Libri, 1994

ZUCCARDI MERLI M.
Il ciclo gestionale e le condizioni d'equilibrio dell'impresa, in
AA.VV. *Complementi di Economia Aziendale*
Torino, Giappichelli, 1995

Sulla Contabilità economica nelle Aziende sanitarie

ANESSI PESSINA E., ZAVATTARO F.
Prime riflessioni sui sistemi di contabilità economica nel servizio sanitario nazionale
Mecosan n. 10/1994

ANSELMI L. (A CURA DI)
L'equilibrio economico nelle Aziende Sanitarie
Milano, Il Sole 24 Ore, 1996

BLARDI P., CATTURI G., RICCABONI A., CASTELLANI F., DI PERRI T.
La determinazione dei costi nelle aziende ospedaliere. Valenze gestionali ed aspetti operativi
Recenti progressi in medicina, Vol. 86, n. 3, 1995

BORGONOV E. (A CURA DI)
Il controllo economico nelle Aziende Sanitarie
Milano, Egea, 1990

CANALETTI F.
Le Unità Sanitarie Locali: aspetti organizzativi e contabili
Bari, Cacucci, 1983

CAPOBIANCO G.
Del nuovo bilancio delle aziende sanitarie
Ragiusan, n. 126/1994

COLLEVECCHIO M., VERONESI E.
L'ordinamento contabile delle Usl
Roma, Edizioni delle Autonomie, 1983

GRANDIS F.G.
Lo schema di bilancio nelle Aziende Sanitarie Pubbliche
Padova, Cedam, 1996

GIANNESI E.
Interpretazione del concetto di azienda pubblica, in AA.VV. *Saggi di Economia aziendale e sociale in memoria di Gino Zappa*
Vol. II, Milano, Giuffrè 1961

SUVER J.D., NEUMANN B.R.
Management accounting for Healthcare Organisation
Chicago, IL, Pluribus Press, 1985

ZANGRANDI A.
Il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economica
Mecosan, n. 6/1993

Sulle tematiche relative alla Contabilità Analitica

BRUNI G.
Contabilità per l'Alta Direzione
Milano, Giuffrè, 1990

BRUSA L.
Contabilità dei costi. Contabilità per centri di costo e Activity based costing
Milano, Giuffrè, 1995

BUBBIO A. (A CURA DI)
Contabilità analitica per l'attività di direzione
Milano, Unicopli, 1989

CHOUDHURY N.
Responsability Accounting and controllability
Accounting and business Research, Vol. 16, n. 63, 1986

ORSONI J.
La contabilità analitica. Come tenere meglio sotto controllo i propri costi
Milano, FrancoAngeli, 1993

PAOLUCCI G.
La contabilità analitica. Analisi dei costi e sistemi di rilevazione
Liguria, 1993

SANTESSO E.
Contabilità dei costi: metodi ed obiettivi
Padova Cedam, 1982

SELLERI L.
Contabilità dei costi e contabilità analitica
Milano, Etas, 1990

SELLERI L.
Nuovi sistemi di contabilità dei costi
Contabilità e bilancio, n.72/1991

SELLERI L.
Principi di contabilità industriale e per la direzione
Milano Etas 1984

SPRANZI A.
Calcolo dei costi e decisioni aziendali
Milano Etas Kompass, 1972

TONTI A.
La definizione del piano dei centri di costo
Come (Pubblicazione periodica del Dipartimento di Sicurezza Sociale della Regione Emilia Romagna), giugno, 1986

Sul tema della Contabilità Analitica nelle Aziende Sanitarie

AA.VV.
Contabilità direzionale. L'esperienza della Regione Emilia-Romagna nel settore sanità
Milano, McGraw-Hill, 1989

AA.VV.
La contabilità analitica nelle Usl. Sistemi di rilevazione
Bologna, Clueb, 1990

ANESSI PESSINA E., BERGAMASCHI M., ZAVATTARO F.
L'introduzione dei sistemi gestionali nelle aziende sanitarie in Emilia-Romagna. Prima fase: la contabilità per centri di costo
Mecosan, n. 9/1994

CANALETTI F.
Il controllo di gestione nelle Usl
Sanità Pubblica, Anno 7, n.1, 1987

CAPERCHIONE E., ELEFANTI M., FRANCESCONI A., ZUFFADA E.
La contabilità analitica nelle Usl. sistemi di rilevazione
Bologna, Clueb, 1990

DEL BENE L.
Contabilità dei costi nelle Unità Sanitarie Locali: l'esperienza Toscana
Mecosan, n. 12/1994

GRIFFIT J.R., HANCOCK W.M., MUNSONO F.C.
Cost control in Hospital, Ann Anbo
Mi, Health Administration Press, 1976

MULAZZANI M.
Le Usl. Lineamenti economico-aziendali
Padova, Cedam, 1990

PEZZANI F.
La progettazione di un sistema di centri di costo. La realtà particolare delle Usl
in Borgonovi (a cura di), 1990

SANTESSO E., SOSTERO U.
Strumenti per il controllo di gestione nelle Unità sanitarie locali
Padova, Cedam, 1987

ZANGRANDI A., BORGONOV E., GUIZZARDI M., CAVENAGO D.
Contabilità direzionale. L'esperienza della regione Emilia-Romagna nel settore sanità
Milano, McGraw-Hill, 1989

ZAVATTARO F.
Il controllo di gestione nelle organizzazioni professionali complesse: il caso della sanità, in Meneguzzo M., «La programmazione ed il controllo nelle strutture sanitarie»
Milano, McGraw-Hill, 1988

TESI DI LAUREA

Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1995-1996. Relatore Elio Borgonovi

AUTONOMIA GESTIONALE E PROCESSO DECISIONALE NELLE AZIENDE OSPEDALIERE: IL CASO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA «LUIGI SACCO» DI MILANO

di Romina Barocci

La riforma sanitaria (decreti-legge n. 502/92 e n. 517/93) costituisce le nuove aziende USL e ospedaliere e le dota di nuovi strumenti di gestione per il raggiungimento degli obiettivi di efficacia e di efficienza. Il lavoro cerca di rilevare come si modifica il processo decisionale delle aziende ospedaliere sulla base dei nuovi strumenti decisionali.

L'azienda ospedaliera L. Sacco di Milano è stata costituita azienda il 1° gennaio 1995, è composta da 18 divisioni e 11 servizi e vi operano 1400 dipendenti. L'azienda nel 1995 si è mossa su due fronti:

— l'introduzione del sistema di *budget*, in ottemperanza alle disposizioni legislative per quanto riguarda i nuovi strumenti di controllo di gestione.

— la determinazione delle tariffe per le prestazioni in area a pagamento. Tale attività nasce dalla necessità di recuperare autonomamente circa il 20% delle risorse

Il processo di *budgeting* presso l'azienda ospedaliera L. Sacco si è sviluppato progressivamente, in quanto non pochi sono stati i problemi tecnici da risolvere. Il *budget*, è stato introdotto per volontà del Direttore generale ancora prima che la stessa legge lo richiedesse. Il processo di *budget* ha visto: l'individuazione degli organi di *budget*: ufficio *budget* e comitato *budget* seguendo dei criteri ben specifici; la definizione dei centri di responsabilità; la progettazione e la successiva distribuzione di una scheda di formulazione delle proposte di *budget*; l'avvio del processo e l'approvazione del *budget*. I punti rilevanti del processo di *budgeting* sviluppato presso l'azienda sono:

— il legame che sussiste tra la pianificazione ed il *budget*: i sottobiettivi dei diversi CdR risultano essere coerenti con gli obiettivi generali;

— la quantificazione del *budget*: gli obiettivi sono definiti più in termini qualitativi che quantitativi. Questo per la difficoltà riscontrata di quantificare gli obiettivi dei singoli CdR;

— il processo decisionale: il comitato *budget* sulla base dei criteri decisionali, sulla base delle schede di *budget* ha individuato i progetti da attuare nel 1995. La mancanza di tempo è stata alla base di questa scelta; infatti considerando che il processo si è sviluppato solo negli ultimi 6 mesi dell'anno, una fase di negoziazione lunga avrebbe messo in discussione sia l'anno 1995 che il 1996;

— la fase di controllo: questa fase per il 1995 non è stata sviluppata in quanto mancavano dati storici omogenei da poter confrontare.

Il secondo progetto riguarda la determinazione delle tariffe delle prestazioni in Area a pagamento. Per determinare la tariffa ci si basa su due elementi: il costo pieno per prestazione (il criterio seguito per la determinazione risponde a due obiettivi: 1) identificare un criterio semplice, comprensibile ed immediato; 2) adottare un sistema che permetta di avvicinarsi il più possibile al costo pieno per prestazione e servizi, per comprendere l'entità complessiva dei fenomeni economici a discapito forse di informazioni sulla reale convenienza economica rispetto a strategie commerciali) e la tariffa di mercato. L'attività della rilevazione del costo pieno di prestazione si è sviluppata in un contesto caratterizzato da:

- carenza di dati relativamente all'output di ogni singolo reparto;
- esistenza di una contabilità per centri di costo seppur semplificata;
- inesistenza di contabilizzazione degli ammortamenti delle attrezzature;
- necessità di arrivare a risultati in tempi brevi.

Le assunzioni che vincolano la validità della metodologia sono: 1) orizzonte temporale di riferimento di breve-medio periodo; 2) bassa variabilità dei volumi di produzione. In un contesto di scarsità di risorse, l'obiettivo ricercato, non è tanto la determinazione analitica del costo di prodotto ma la determinazione di dati di costo ai fini del supporto al processo decisionale. Le approssimazioni su cui si basa il procedimento sono riassumibili come segue:

- i costi dei CdR intermedi sono considerati in toto costi comuni rispetto all'oggetto di costo prestazioni;
- il calcolo dei costi speciali ai fini della definizione del coefficiente di imputazione è effettuato sulla base di macroaggregazioni di fattori produttivi;
- l'utilizzo dei margini di copertura dei costi comuni per la determinazione della quota di costi comuni è indifferenziato per ogni tipologia di prestazione prodotta da CdR;
- il calcolo dei margini di copertura dei costi comuni è effettuato sulla base dei costi dell'esercizio precedente mentre quello dei costi speciali è attuato in funzione di standard tecnici a cui vengono applicati i costi di acquisizione aziendali dell'esercizio in corso;
- il costo di utilizzo di strumentazioni ed attrezzature è calcolato sulla base delle prestazioni totali che le stesse possono produrre nell'ambito del proprio ciclo di vita utile e non comprende la valutazione del fattore tempo.

Dall'analisi del caso e dalle considerazioni teoriche la nuova legge dà effettivamente maggior autonomia e responsabilità all'azienda. Avvalendosi dei nuovi strumenti di gestione l'azienda decide attraverso un processo razionale quali finalità perseguire e quale azione porre in essere per raggiungere l'obiettivo con maggior efficacia ed efficienza. Per sfruttare le potenzialità dei nuovi strumenti è necessario che il nuovo sistema anche se in modo progressivo sostituisca la vecchia logica. Per questo è importante che tutti gli operatori riconoscano le capacità degli strumenti e li utilizzino nel modo migliore. L'esperienza di questa azienda che può essere presa come riferimento per strutture che devono introdurre elementi di aziendalizzazione, ha mostrato che sono necessari chiarezza, unitarietà direzionali e soprattutto accumulo di competenze e sperimentazioni per poter introdurre e sviluppare i nuovi sistemi di gestione.

Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1995-1996. Relatore Prof. Marco Meneguzzo

L'ANALISI DI VALUTAZIONE ECONOMICA COME STRUMENTO DI SCELTA E DETERMINAZIONE DELLE PRIORITÀ NEI PROGETTI E PROGRAMMI SANITARI

di Luigi Giammaruco

Il Sistema sanitario nazionale (S.S.N.) italiano è recentemente interessato sia da politiche di bilancio restrittive, che causano una contrazione della spesa sanitaria pubblica e,

quindi, delle risorse disponibili, sia da un aumento della domanda di salute dal punto di vista quantitativo e qualitativo, che causa un numero sempre maggiore di possibili alternative d'investimento.

Ciò provoca una veloce sensibilizzazione degli operatori sanitari verso logiche e metodi che contribuiscano a migliorare i livelli di efficienza ed efficacia nel settore sanitario, generando un forte interesse verso la diffusione di analisi di valutazione economica.

In questa sede approfondiamo l'analisi costi-benefici nel settore sanitario pubblico che deve avere come oggetto i costi e benefici sociali, ossia gli effetti monetari e non monetari relativi a tutti i membri della collettività e non solo al singolo operatore. Non si può fare quindi esclusivamente riferimento ai prezzi di mercato: gli *input* e *output* dei progetti e programmi sanitari spesso consistono in beni o servizi ceduti senza un corrispettivo (per esempio, un intervento chirurgico o qualsiasi altra prestazione sanitaria offerta ad individui assistiti dal S.S.N.), o, in quanto effetti intangibili, non sono commerciabili (per esempio, il miglioramento della qualità della vita e l'allungamento della speranza matematica di vita).

Proprio la particolare difficoltà di valutare in termini monetari i suddetti effetti intangibili è uno dei motivi per cui le analisi costi-benefici sono state raramente condotte in sanità.

Al contrario, un'analisi di valutazione economica che — per la sua praticità — è stata ampiamente impiegata in sanità consiste nella determinazione del costo sociale delle malattie attraverso l'approccio del «capitale umano», misurando i costi sopportati dalla società nel suo complesso e indotti da una malattia, così classificabili: costi economici diretti (spese sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione e spese non sanitarie indotte direttamente da una specifica malattia o incidente), costi economici indiretti (perdite economiche di produzione per la società causate dal peggioramento dello stato di salute o dalla morte di un individuo, misurate attraverso il valore attuale dei redditi futuri attesi dell'individuo), e costi affettivi/psicologici (il dolore e la disutilità per l'individuo, i suoi familiari e la società dovuti al peggioramento della qualità della vita).

L'approccio del «capitale umano», tuttavia, si presta a varie critiche: principalmente esso è privo di una solida base teorica e si dimostra una misura incompleta del valore della vita umana in quanto ne enfatizza solo gli elementi economici.

Quindi, oggi assistiamo ad un crescente interesse nei confronti di un alternativo metodo per determinare il costo sociale delle malattie: l'approccio della «disponibilità a pagare» e della «disponibilità ad accettare»; esso si sostanzia 1) nel calcolo del valore implicito della vita risultante dalle scelte degli individui osservabili sul mercato effettivo (metodo delle «preferenze rivelate»), oppure 2) nel calcolo del valore contingente della vita risultante dalle scelte degli individui osservabili in un mercato ipotetico (metodo della «contingent valuation»).

Quest'ultimo criterio, impiega uno strumento di ricerca sociale — ad esempio un questionario — per rilevare la somma che gli individui sono disposti a pagare/accettare per una minore/maggiore probabilità di morte o di peggioramento nello stato di salute, creando una situazione ipotetica di scambio tra ricchezza e rischio.

Il crescente interesse verso l'approccio della «disponibilità a pagare» come metodo per valorizzare gli effetti intangibili di progetti e programmi sanitari in termini monetari, crea delle condizioni favorevoli per la diffusione a livello operativo dell'analisi costi-benefici coerentemente con i fondamenti teorici dell'«economia del benessere» di Pareto.

Tuttavia anche questo metodo non è esente da critiche: pur godendo di una elevata ricchezza di specifiche informazioni relative ai saggi di sostituzione tra ricchezza e salute, risente spesso di distorsioni (*bias*) nelle risposte degli individui causate da ansia, cattiva percezione del rischio e incapacità di padroneggiare i concetti di probabilità, che possono portare a scelte irrazionali.

Inoltre, la disponibilità a pagare dichiarata dagli individui è fortemente condizionata dalla loro «ability to pay», ossia dalle possibilità di spesa consentite dalla loro situazione economica-reddituale.

Abbiamo ritenuto utile ed opportuno svolgere una nostra indagine empirica che evidenzi i pregi e i difetti del suddetto metodo della «contingent valuation» e che si proponga di dare un piccolo contributo alla rilevazione e spiegazione delle relazioni esistenti tra la somma che gli individui sono disposti a pagare/accettare per un miglioramento/peggioramento dello stato di salute ed alcuni fattori relativi alla situazione personale degli intervistati.

Ad un campione di individui costituito da a) personale docente, b) personale non docente (addetti alle pulizie) e c) frequentanti dei corsi della Scuola di direzione aziendale dell' università Bocconi è stato sottoposto un questionario relativo al manifestarsi di cinque patologie non gravi molto diffuse: cefalee, dolori addominali, influenza e raffreddore, dolori muscolari e artrotici e mal di denti.

L'obiettivo principale consiste nell'ottenere informazioni riguardo: 1) la massima somma che si è disposti ad offrire per una riduzione di un giorno e di una settimana di sofferenza; 2) la minima somma che si è disposti a ricevere per compensare un aumento di un giorno e di una settimana di sofferenza nel prossimo semestre, ipotizzando che nei successivi sei mesi ogni individuo probabilmente contrarrà un certo disturbo con la stessa frequenza del semestre passato.

Sono state analizzate e commentate le risultanze riguardanti le relazioni tra la disponibilità a pagare/accettare e 1) la situazione socio-economica individuale (sesso, età, livello di istruzione, reddito, costi economici diretti e indiretti sostenuti per le malattie), 2) lo stato di salute iniziale (numero di giorni in cui si sono manifestati i disturbi negli ultimi sei mesi) e 3) l'ordine di preferenze delle cinque patologie oggetto d'indagine in base al malessere decrescente, ossia dalla più fastidiosa alla più sopportabile.

1) Per quanto riguarda le relazioni tra disponibilità a pagare/accettare e situazione socio-economica, è interessante notare come l'entità delle risposte in termini monetari degli individui siano direttamente proporzionali al livello di studi compiuti (provando come l'aumento della domanda di servizi sanitari sia influenzata da elementi culturali, oltre che tecnologici e demografici), al reddito (a conferma della forte influenza esercitata dall'«ability to pay») e ai costi economici sostenuti (il cui valore è assumibile come limite inferiore della disponibilità a pagare e, quindi, del costo sociale delle malattie).

2) Altrettanto importante si presenta la relazione di proporzionalità diretta tra la disponibilità a pagare/accettare e lo stato di salute iniziale, ossia la frequenza con cui si è manifestata una certa malattia nel semestre passato che può assumersi come probabilità di ammalarsi in futuro.

3) Infine, non c'è una completa coerenza tra la sequenza delle somme medie che si è disposti a offrire/ricevere per ogni variazione nella salute e l'ordine di preferenze delle patologie in base al malessere provocato quando si manifestano.

In conclusione, per una corretta applicazione dell'analisi costi-benefici nella valutazione e selezione di progetti e programmi sanitari che contribuiscano ad allungare la speranza matematica di vita e a migliorare la qualità della vita, è necessario impiegare un criterio di valorizzazione monetaria degli effetti intangibili che — come l'approccio della «disponibilità a pagare» — consideri tutti i fattori che influenzano l'entità degli effetti stessi.