

Garanti

Emidio Di Giambattista

Procuratore generale della Corte dei conti

Umberto Cazzuola

Capo di Gabinetto del Ministro per il bilancio e la programm. economica

Comitato scientifico

Luca Anselmi

Straordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Elio Borgonovi

Ordinario di economia delle aziende pubbliche
Università Bocconi di Milano

Sabino Cassese

Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini

Ordinario di economia - Università di Torino

Antonio Pedone

Ordinario di scienze delle finanze
Università La Sapienza di Roma

Fabio Roversi Monaco

Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia

Amministratore Straordinario - U.s.l. RM/10

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi

Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

Assistente alla direzione e coordinatore operativo

Franco Sassi

Redattori capi sezione

Giorgio Fiorentini

George France

Antonello Zangrandi

Francesco Zavattaro

Redattori

Giorgio Casati

Mario Del Vecchio

Andrea Garlatti

Alessandra Massei

Corrispondenti esteri

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

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

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77

Tel. 06/8073368 - 8073386

Fax 06/8085817

Redazione

20136 MILANO - Via Balilla, 18

Tel. 02/58363132 - 58363136

Fax 02/89404523

Società editoriale



MECOSAN

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

IN QUESTO FASCICOLO:

Editoriale

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

Sez. 1^a - Saggi e ricerche

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

- 20 **La valutazione delle tecnologie biomediche e sanitarie: che cosa è, a cosa può servire**
di Mario Del Vecchio

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

- 39 **Convenzioni, rimborsi in forma indiretta e costi della litotriassia extracorporea**
di Francesca Vanara

Sez. 2^a - Documenti e commenti

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

- 54 **Livelli uniformi di assistenza sanitaria**

- 61 **Livelli assistenziali e standard organizzativi**

- 65 **Esiste una politica di responsabilizzazione per le Regioni?**
di Elio Borgonovi ed Antonello Zangrandi

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

Sez. 3^a - Esperienze innovative

- 78 **Il ruolo delle « esperienze » nella diffusione della cultura manageriale in sanità**
di Francesco Zavattaro

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

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

Sez. 4^a - Notizie dal mondo

- 94 **Prospettive di sviluppo per la gestione dell'assistenza sanitaria nell'ex Unione Sovietica**
di Vladimir B. Kolchanov

- 99 **Le problematiche manageriali nel sistema sanitario in Brasile**
di Maria do Carmo Guimaraes Araujo

Sez. 5^a - Biblioteca

- 104 **Schede bibliografiche**

- 108 **Segnalazioni nuovi libri**

- 112 **Spoglio riviste**

- 118 **Bibliografia monotematica**

- 125 **Tesi di laurea**

Sez. 6^a - Sanità e impresa

- 132 **Il marketing all'acquisto nella Unità sanitaria locale**
di Giorgio Fiorentini

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

Sul prossimo fascicolo (tra l'altro):

- Verso il governo regionale della sanità: i rischi di una politica sanitaria senza una strategia organizzativa (**Elio Borgonovi**)
- Gli studi sul costo sociale dell'AIDS (**Nerina Dirindin**)
- Appunti per la determinazione dei costi sanitari delle bronconeumopatie cronico-ostruttive (**Attilio Gugiatti, Francesco Bertolini**)
- Soccorso ed emergenza nella sanità pubblica: basta un decreto per organizzare un valido servizio? (**Antonello Zangrandi**)

Si può affermare, senza timore di smentita, che anche nel settore sanitario è iniziata l'era della « rivoluzione manageriale », annunciata ormai da molti sintomi:

— la legislazione di molti paesi progrediti riporta con sempre maggiore frequenza concetti come efficienza, funzionalità, produttività, competitività, gestione aziendale, accanto a quelli di diritto alla salute, efficacia, politica sanitaria, livelli minimi di assistenza;

— ci sono indagini e ricerche dalle quali traspare come la grande divaricazione tra « potenzialità di assistenza » resa possibile dal progresso scientifico e dallo sviluppo tecnologico e « livelli effettivi di assistenza » sia spesso riconducibile alla limitata capacità di gestire la complessità organizzativa delle moderne strutture di erogazione dei servizi e, più in generale, dei moderni sistemi sanitari;

— la richiesta di formazione manageriale specifica per il settore è sempre crescente.

Conoscenze, competenze e atteggiamenti manageriali appaiono allora come condizioni necessarie, anche se non sufficienti, per recuperare più elevati livelli di soddisfazione dei pazienti, della popolazione e degli stessi professionisti, medici e altri operatori, impegnati nel settore; e per affrontare il difficile compito di realizzare l'equilibrio tra domanda e offerta, tra bisogni, teoricamente illimitati, e risorse (che sono invece limitate rispetto alle grandi opportunità offerte dalla scienza).

Condizioni necessarie, dato che la crisi dei differenti modelli di sistema sanitario (servizio pubblico generalizzato, mutualistico, assicurativo, misto), dimostra come l'elemento critico sia dato ormai dalla capacità di governare nel migliore dei modi il passaggio dalle politiche ai concreti modi di operare e come le differenze qualitative-quantitative dei livelli assistenziali reali siano spiegabili più dai differenti livelli di efficienza del funzionamento (attribuibile al management) che non dalla differenza dei modelli di sistema sanitario adottato.

Condizioni non sufficienti perché la razionalità manageriale non può certo sostituire la competenza e la professionalità medico-scientifica e tecnico-operativa richiesta dalla complessità dei problemi di salute posti dalla

L'ERA DELLA "RIVOLUZIONE MANAGERIALE" È INIZIATA?

Luigi D'Elia - Elio Borgonovi

società moderna, lo spirito di dedizione e di umanità richiesto dal rapporto con persone che soffrono, l'aggregazione di consenso attorno a valori e a criteri comuni (o perlomeno condivisi) ma necessarie per compiere le difficili scelte di allocazione delle risorse da cui deriva la selezione delle opportunità di assistenza tra i diversi gruppi sociali.

Si può affermare che senza un efficiente management diminuirà la capacità di guida e di governo dei futuri sistemi sanitari che saranno caratterizzati da crescenti contraddizioni interne, ma nel contempo che non basta il management per risolvere i problemi della sanità che so-

no riconducibili nella loro essenza all'insondabile e misteriosa complessità della persona e delle relazioni tra persone.

Tuttavia il riconoscimento del diritto di cittadinanza del management nel settore sanitario pone non pochi e non secondari problemi di chiarificazione concettuale, ancor prima che sugli indirizzi applicativi. Innanzitutto il termine management può essere usato, e viene usato, per identificare:

— i contenuti specifici di una funzione distinta da quella operativa « del professionista della salute », che applica conoscenze alla soluzione di un problema di recupero, mantenimento o sviluppo del benessere psico-fisico delle persone, e da quella « politica » di scelta tra i bisogni da tutelare e loro priorità: la funzione manageriale riguarda l'organizzazione delle attività delle persone e l'efficiente uso delle risorse;

— specifiche posizioni e specifici ruoli organizzativi (i cosiddetti « vertici » degli ospedali, delle Unità sanitarie locali), ai quali sono collegate responsabilità non su specifici atti e attività, ma sul corretto funzionamento di settori di assistenza o dell'intera U.s.l. (o dell'intero ospedale);

— un sistema organico di principi, di metodi e di strumenti tramite i quali è possibile « dominare la complessità » (cultura di management).

Molta attenzione è stata dedicata alla esplicitazione ed alla precisazione dei contenuti della funzione manageriale ed alla necessità di riferirli alla specificità del settore.

Ampiamente discusso è il tema della selezione delle per-

sone destinate a ricoprire le posizioni manageriali e dei sistemi per valutare la loro professionalità (valutazione dei risultati e del raggiungimento degli obiettivi), quasi come se la situazione attuale fosse quella di avere centinaia, migliaia di manager preparati e disponibili a entrare nel settore e il problema fosse quello di scegliere i migliori.

Non sembra ancora del tutto chiaro il fatto che il problema centrale oggi, per l'Italia e probabilmente per tutta l'Europa ed anche per il Nord America, è quello di elaborare e diffondere una cultura di management.

Lo sviluppo dei principi, dei metodi e degli strumenti nei quali esso si concretizza, è l'imperativo del nostro tempo.

Proprio su questo fronte intende misurarsi **Mecosan - Management ed economia sanitaria**, una Rivista che intende coniugare la capacità di affrontare temi di attualità, temi del momento storico, con la ricostruzione di organici schemi teorici di riferimento. Non è una rivista di attualità e di informazione, anche perché in una realtà in rapidissimo cambiamento quale è la sanità, la periodicità trimestrale renderebbe deboli molte notizie, molti dati e anche molti provvedimenti e proposte di legge eventualmente riportati.

È una Rivista che intende essere « scientifica » attraverso il recupero del diretto collegamento tra fatti, problemi ed esigenze che la società esprime in un determinato momento storico e sistemi concettuali di analisi e interpretazione. Solo in questo modo si può costruire una cultura di management più solida, fatta di conoscenze e di solidi punti di riferimento e non solo di metodi e di tecniche utili a risolvere specifici e contingenti problemi. Molti oggi amano sottolineare una sorta di contrapposizione tra la pragmaticità delle teorie manageriali e l'astrattezza della teoria economica ed economica aziendale: **Mecosan** si propone di superare questa contraddizione recuperando lo stretto collegamento tra teoria e pratica sempre richiamato dai migliori studiosi.

Una Rivista che intende essere scientifica non perché si rivolge al cosiddetto mondo scientifico, ma perché si rivolge con rigore scientifico a coloro che hanno posizioni di responsabilità direzionale a livello generale delle U.s.l. e degli ospedali (amministratori straordinari e futuri direttori generali), a livello di settori di attività (responsabili di servizi), a livello di unità operative (divisioni ospedaliere, poliambulatori, distretti, équipes specialistiche sul territorio, strutture per lungodegenti e anziani, ecc.), a livello di programmazione del sistema o di « holding » come è di moda dire oggi (Assessorati regionali alla sanità), a livello di governo del sistema (Ministero della sanità e in generale organi tecnici o

di consulenza del Ministero e delle stesse Regioni).

La Rivista si rivolge poi a tutti coloro che intendono l'orientamento alla « logica aziendale »:

— non come slogan, come scelta gattopardesca di un sistema di potere (dei politici, dei burocrati, dei clientelismi, delle facili spese di cui nessuno deve rendere conto a nessuno, dei favoritismi nei confronti di certi pazienti e di certi operatori) che cerca di sopravvivere accettando formalmente la cultura emergente;

— ma come sistema di nuove regole di funzionamento capaci di creare una tensione positiva verso la ricerca di migliori rapporti tra risultati assistenziali e di salute e risorse impiegate, sistema capace di discernere quei comportamenti, quelle persone, quelle strutture che contribuiscono al miglior perseguimento dei fini e degli obiettivi del S.s.n. rispetto a quei comportamenti, a quelle persone, a quelle strutture che sono orientate a perseguire fini e obiettivi particolari (il proprio prestigio, la propria carriera, la propria sicurezza e tranquillità).

Il metodo scientifico consiste nel risalire dai fatti alle teorie e nel ridiscendere, sulla base delle teorie, a confrontarsi con i fatti e ad influenzare i fatti modificandone il decorso, come accade per i sistemi sociali (in ciò si realizza l'ideale laico della « persona che plasma la società in cui vive » e la missione religiosa della « persona che partecipa all'opera della creazione divina che non si è attuata e conclusa in un momento, ma è forza vitale che si manifesta e si perpetua nella storia dell'umanità »).

Mecosan intende collocarsi nella « fase discendente » di tale processo che appare come la fase più debole nell'attuale cultura italiana specie nel campo del governo dei sistemi organizzativi complessi.

Proprio per essere coerente con il rigore scientifico **Mecosan** non ha la presunzione di dare una visione totalizzante della sanità, di interpretare in una prospettiva globale il fenomeno sanità.

Aspirazione, tentazione, contraddizione questa di un periodo storico nel quale sono presenti forti spinte verso l'interdisciplinarietà (resa possibile dagli strumenti metodologici e tecnici messi a disposizione dal progresso e dalla scienza), ma nel quale sono caduti, in alcuni casi sono andati letteralmente a pezzi, i grandi sistemi teorici e ideologici globali e totalizzanti.

La sanità è un sistema di valori, un sistema di persone che dedicano la propria vita per gli altri o che giocano con la vita degli altri per realizzare propri obiettivi, è sistema di interessi, è sistema di conoscenze tradotte in strumenti (farmaci, attrezzature, apparecchiature), è sistema di sensazioni, percezioni, emozioni. Ma la sanità è anche sistema di risultati ottenuti con certe risorse.

Quest'ultimo è, deve essere, il focus di *Mecosan* che non a caso:

— ha come prima qualificazione il concetto di management che evoca l'insieme delle conoscenze utili a governare la complessità, i sistemi complessi;

— si collega al modello teorico-concettuale dell'economia, disciplina che si occupa della scarsità, ossia che aiuta a compiere scelte tra possibili impieghi alternativi di risorse limitate rispetto alle esigenze e che contribuisce a ricercare e a indirizzare soluzioni tecniche e organizzative idonee a ottenere il massimo di risultati a parità di risorse o a minimizzare le risorse a parità di risultato (aspetto questo non di rado trascurato da chi intende l'economia solo come la scienza delle scelte attuate con criteri di convenienza economica, in presenza di condizioni date e non modificabili);

— si qualifica per l'ambito di applicazione, la sanità, nel senso che intende sviluppare e diffondere non generiche conoscenze di management e di economia, ma conoscenze già « fertilizzate » dal riferimento ad una fenomenologia specifica.

La Rivista recepisce le esigenze di una prospettiva scientifica integrata nel senso che si apre all'interdisciplinarietà, ma partendo da un radicamento forte, ben identificabile e perciò, si spera, stimolatore di un reale confronto nella cultura economico-aziendale.

Ha piena consapevolezza dei propri limiti interpretativi ed esplicativi di una realtà, quella dei rapporti persona-persona con oggetto la salute che è confine tra vita e morte e ambito della sofferenza, misteriosa e insondabile come è misteriosa e insondabile (e insieme meravigliosa), la vicenda umana.

La costruzione di una più forte cultura di management è il piccolo, ma si spera significativo, contributo che *Mecosan* intende dare al cambiamento di cui sembra avere tanto bisogno il sistema sanitario italiano, contributo che si intende concretizzare con le diverse sezioni della Rivista.

La prima di « Saggi e ricerche » che si caratterizzano per lo sforzo della sistemazione teorica di certi aspetti del funzionamento della sanità.

La seconda di « Documenti e commenti », che si propone di leggere le regole formali adottate, o a volte semplicemente ipotizzate e proposte sul sistema sanitario alla luce delle possibili e prevedibili conseguenze sul funzionamento delle aziende chiamate a produrre ed erogare servizi, o meglio, risposte a problemi di salute.

La terza dedicata alle « Esperienze innovative », che si propone di dimostrare come non è vero (e volutamen-

te si usa l'indicativo e non il congiuntivo), che « il sistema è allo sfascio ed è tutto da cambiare ».

Le esperienze vogliono dare ai lettori questo messaggio: spesso le cose che si cercano, i sistemi di efficace, efficiente ed economica gestione di cui si invoca l'introduzione, già esistono e sono applicati in qualche parte della sanità italiana (pubblica e privata). Si tratta di conoscerli, studiarli, diffonderli adattandoli alle specifiche realtà.

La quarta sezione « Notizie dal mondo » si propone da un lato di stimolare l'uscita dal proprio campicello e dall'altro di dimostrare come a volte sia fallace l'idea che l'erba del vicino sia sempre più verde.

La sezione, oltre a diffondere una migliore conoscenza di altri sistemi sanitari, si propone come aiuto per distinguere i « problemi comuni ad altri Paesi » (che sono di natura strutturale) da quelli specifici del nostro Paese (che dipendono dalle scelte tecniche, politiche, sociali ed economiche che esso ha fatto, ma che può anche rettificare).

La sezione « Biblioteca » nasce dal principio secondo cui la scienza è data da un processo di accumulo di conoscenze.

Perciò nessuno, né a livello tecnico né tanto meno a livello economico e di sistemi di management, può permettersi il lusso di essere naif, di essere creativo in modo disinformato, nessuno deve pensare a soluzioni dei problemi che non siano collegati ad una conoscenza perlomeno soddisfacente degli studi, ricerche, della letteratura già esistente sul tema.

Infine la sezione « Sanità e impresa » si propone di realizzare un ponte tra due mondi che spesso sono separati, reciprocamente indifferenti o addirittura contrapposti con riguardo alle logiche di funzionamento e alle rispettive finalità, anche se profondamente interdipendenti per i rapporti economici (si pensi al volume delle forniture di beni e servizi, di tecnologia, di mezzi creditizi nel caso del sistema finanziario, alla sanità). Sezione nella quale l'interscambio di cultura, il contemporaneo e la convergenza dei reciproci interessi verso un « comune progetto » di ordine superiore, la funzionalità del sistema di tutela della salute costituiscono i principi di base.

Come per tutti i progetti e le innovazioni anche per *Mecosan* si può dire che la strada è tracciata, ora tocca a noi, agli organi della rivista ma anche ai lettori con i loro commenti, i loro suggerimenti, i loro stimoli e i loro contributi per le varie sezioni, percorrerla. È quanto ci auguriamo e auguriamo a tutti.

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

DALL'AMMINISTRATORE STRAORDINARIO AL DIRETTORE GENERALE

di Elio Borgonovi

SOMMARIO: 1. I processi di riforma - 2. Le innovazioni del nuovo modello gestionale ed organizzativo - 3. Cosa non è stato cambiato - 4. Il contesto in cui è chiamato ad operare l'amministratore straordinario - 5. Indirizzi per l'azione degli amministratori straordinari (e dei futuri direttori generali) - 6. Criteri guida per la strategia della funzionalità - 7. Possibili stili di direzione - 8. I rischi per gli amministratori straordinari - 9. Conclusione: coniugare professionalità ed etica.

I processi di riforma

Le teorie hanno dei doveri nei confronti dei fatti, nel senso che devono essere costruite sui fatti, e gli studiosi hanno dei doveri nei confronti delle teorie e dei fatti, nel senso che devono elaborare teorie capaci di spiegare i fatti e utili per il governo dei fenomeni, specie quando si tratta di fenomeni sociali tra i quali rientra sicuramente il funzionamento delle U.s.l. e in generale del S.s.n.

È allora necessario costruire teorie sul funzionamento della sanità fondate sui seguenti presupposti:

1) qualunque siano i risultati in termini di efficacia dei servizi, efficienza ed economicità di gestione, soddisfazione dei pazienti, i sistemi saranno sottoposti a continue pressioni per il miglioramento e per l'adattamento alle nuove esigenze della società;

2) peraltro i processi di cambiamento e di riforma saranno sempre più ardui e complessi sia in ragione della maggiore complessità dei problemi da affrontare sia in ragione della molteplicità e delle differenze di valori, di analisi, di prospettive

e di soluzioni che i diversi gruppi sociali sono in grado di esprimere nelle società pluralistiche;

3) specie nei Paesi con sistemi istituzionali che consentono una frammentazione politico-rappresentativa e che si fondano su un equilibrio di poteri tra diversi organi, i tempi delle riforme non sono brevi e tendono ad allungarsi a causa della esigenza di acquisire il consenso sostanziale dei diversi gruppi sociali e formale dei diversi organi;

4) i sistemi, sia generali sia particolari come nel caso dei S.s.n. disegnati dalle nuove riforme saranno caratterizzati da un minore grado di coerenza interna in quanto scaturiranno dal temperamento e dal compromesso di valori, esigenze ed interessi diversi e non di rado contrastanti.

Forse in Italia questi due ultimi aspetti, tempi lunghi e architettura non intrinsecamente coerente delle riforme, si sono manifestati in termini « patologici » (o comunque più accentuati rispetto ad altri Paesi), il che ha portato alla crisi istituzionale. Si può tuttavia prevedere che nei prossimi anni, forse decenni, tale si-

tuazione diventerà strutturale e che al posto di riforme organiche e complete che realizzano « grandi progetti di cambiamento sociale », si avranno « grandi progetti di cambiamento », ancora necessari per garantire il progresso, realizzati però attraverso percorsi sociali, politici e legislativi « sempre più tortuosi e sempre meno lineari ».

In questa linea va analizzata e interpretata la vicenda della riforma del S.s.n., avviata con un disegno di legge da ormai quattro anni, di cui il nuovo assetto organizzativo delle U.s.l. introdotto con la legge 111/91 costituisce una importante anticipazione.

In particolare l'introduzione della figura dell'amministratore straordinario, pur con la sua caratterizzazione di transitorietà, costituisce anticipazione del ruolo e delle funzioni del direttore generale e ha consentito di sperimentare « dal vivo » le problematiche concrete poste dal nuovo modello di amministrazione.

Un'amministrazione che dovrebbe seguire la logica manageriale e aziendalistica e non più la logica politica (tipica degli organi elettivi) e buro-

cratica (tipica del funzionario pubblico).

L'applicazione della legge 111/91 consente quindi di avere uno spaccato, un'anticipazione del futuro modello del S.s.n. e di fare alcune prime considerazioni.

Una riflessione dopo otto-dieci mesi di esperienza (a seconda che si voglia farla risalire alla presa di servizio « formale » o all'entrata in funzione sostanziale), consente da un lato di attuare una sistematizzazione delle esperienze stesse e dall'altro di potersi rivolgere ai « diretti interessati (gli amministratori straordinari, i coordinatori sanitari e amministrativi, i dirigenti dei servizi, gli apicali responsabili di unità operative e gli stessi componenti dei Comitati dei garanti) sapendo che essi potranno trovare nel loro « vissuto quotidiano » di questi mesi il riferimento empirico dei concetti che si intendono presentare.

Si ritiene in tal modo di accrescere l'efficacia delle proposizioni teoriche che è tanto maggiore quanto più immediata è la possibilità dei destinatari delle stesse di collegarle a fatti, a specifiche situazioni concrete realizzando quel legame tra teoria e pratica che è condizione privilegiata per il progresso delle conoscenze e per il processo di apprendimento.

Va inoltre ricordato che, anche se la scadenza del mandato degli amministratori straordinari è fissata al 30 giugno 1992, tale scadenza non potrà essere rispettata e si andrà inevitabilmente verso una proroga più o meno lunga che consentirà ai lettori direttamente interessati di utilizzare alcune delle indicazioni che essi giudicheranno eventualmente valide e significative.

Le innovazioni del nuovo modello gestionale ed organizzativo

La legge 111/91 ha introdotto ri-

levanti e profonde innovazioni che, se attuate correttamente, porteranno a profonde modificazioni nel modo di amministrare la sanità.

Innanzitutto viene realizzata, sul piano della normativa e quindi dell'attribuzione dei poteri formali, la distinzione e la separazione tra funzione « politica » e funzione « di gestione ». La prima è attribuita ad organi politico-rappresentativi (seppure di secondo grado dato che i Comitati dei garanti sono nominati dall'assemblea dei Comuni associati) e consiste:

— nella specificazione della generale, e generica, finalità di tutela della salute assegnata dalla legge alle U.s.l. (e agli ospedali autonomi) in scelte sui bisogni di salute ai quali dare priorità nell'ambito di determinate comunità;

— di conseguenza nella formulazione delle « politiche sanitarie locali », che consistono nell'individuare i titolari di esigenze di salute (individui o gruppi) meritevoli di tutela, nella definizione dei livelli qualitativi che si intendono garantire a loro in relazione anche ai margini di discrezionalità lasciati dalle leggi e alla disponibilità di risorse, nella chiarificazione (attuata in modi espliciti o impliciti) dell'ordine di priorità assegnata ai diversi servizi da produrre ed erogare;

— nella indicazione del raccordo tra politica sanitaria e politiche degli altri servizi pubblici locali, ad esempio socio-assistenziali, sportivi, culturali e dell'istruzione, dei trasporti, dell'uso del territorio, della tutela ambientale, quindi tra interventi delle U.s.l. ed interventi degli enti locali;

— nella precisazione di « indirizzi alla gestione », ossia di cosa ci si attende come risultato dell'azione della U.s.l. (obiettivi), di come e quando ottenere tali risultati (programmi di intervento) e di come si intende verificare obiettivi e program-

mi (attività di controllo sul funzionamento della U.s.l.);

— nella identificazione e nella scelta dei migliori processi, sul piano scientifico tecnico-operativo, organizzativo ed economico, per ottenere quei prodotti (attività questa che richiede specifiche conoscenze e competenze « professionali » data la grande complessità della realtà odierna e data l'esistenza di molteplici alternative);

— nell'acquisizione e nell'uso dei fattori produttivi in quantità e qualità richieste dai processi prescelti, ossia nella realizzazione di quella « combinazione » coordinata e dinamica che qualifica la natura aziendale di un fenomeno assai più ampio e profondo quale è la tutela della salute;

— nella guida, nella direzione e nella motivazione di persone che costituiscono i soggetti attivi senza dei quali nessun processo può svolgersi correttamente e nessun risultato può essere ottenuto;

— nell'adozione di tutti quegli « atti formali » che in un sistema pubblico sono necessari per rendere efficaci le scelte.

Ovviamente nel concreto tali funzioni sono interpretate in modi più o meno coerenti con i contenuti sopra richiamati, con livelli di razionalità più o meno elevati, con sistemi di gestione più o meno organici, a volte con sovrapposizioni e reciproche « invasioni di campo »: ciò non intacca l'essenza e l'utilità di una distinzione e di una separazione non più dilazionabile nella prospettiva di un reale rinnovamento dell'amministrazione pubblica, distinzione e separazione già introdotta anche per gli enti locali con la legge 142/90.

Un secondo aspetto di innovazione riguarda il modello formale di amministrazione che non è più ricondotta semplicisticamente all'atto formale. In altre parole si rompe an-

che sul piano legislativo l'equivalenza atto formale = efficacia dell'azione amministrativa attraverso il riconoscimento di un modello più complesso nel quale si distingue:

— l'efficacia delle scelte e delle operazioni nel risolvere i problemi (di salute nel caso specifico) che è legata a conoscenze, a competenze ed a comportamenti riguardanti lo svolgimento di compiti e di mansioni ed il rispetto di criteri e di regole di funzionamento;

— l'efficacia in termini giuridici degli atti, ossia dei diritti, dei doveri e delle responsabilità giuridiche, che è una delle condizioni dell'amministrazione e che sul settore pubblico è subordinata a forme e procedure diverse (in genere più rigorose) rispetto a quelle che regolano l'amministrazione ed i rapporti tra soggetti privati (tipicamente le imprese).

Ne discende che la correttezza formale o il rispetto di procedimenti formalmente corretti non siano di per sé garanzia di soddisfacente soluzione dei problemi, anzi molte volte può accadere il contrario data la progressiva e crescente divaricazione tra natura dei problemi da affrontare e contesto in cui essi si pongono e caratteristiche dei processi formali e contesti in cui essi sono stati definiti (spesso lontani nel tempo).

La rimozione della coincidenza atto formale = risultato realizza il passaggio:

— da un modello di amministrazione nel quale si cerca di predominare e rendere rigido il procedimento e si adottano meccanismi di controllo e di responsabilizzazione sul procedimento stesso, con conseguente basso livello di responsabilizzazione sui risultati (modello tradizionale burocratico);

— ad un modello di amministrazione nel quale si riconosce l'impossibilità di predeterminare in modo

rigido e uniforme il procedimento, sul quale si lascia ampia discrezionalità agli organi titolari delle funzioni e delle competenze, bilanciata però da una forte responsabilizzazione sui risultati (modello aziendale di tipo manageriale).

La rimozione della identità atto formale = risultato, unita alla distinzione tra funzione politico-rappresentativa e funzione di gestione porta a rompere la catena logica della legittimazione del potere di amministrazione secondo cui:

— gli organi politico-rappresentativi sono responsabili degli obiettivi;

— il perseguimento degli obiettivi si realizza non tramite l'adozione di atti formali;

— di conseguenza il controllo degli organi politici sull'amministrazione pubblica si realizza tramite il loro intervento diretto nel procedimento amministrativo, ossia tramite l'attribuzione ad essi della « competenza per adottare gli atti di amministrazione » (modello deliberativo).

Nel nuovo modello gli organi politico-rappresentativi hanno una legittimazione per la funzione di indirizzo e controllo, mentre l'organo massimo della struttura amministrativa (l'amministrazione straordinaria) ha una *autonoma* legittimazione sulla gestione. Quindi ai primi sono attribuiti gli atti formali che danno concretezza alla funzione di indirizzo e di controllo mentre ai secondi sono attribuiti « tutti gli atti formali di gestione » che sono adottati autonomamente con notevole snellimento del procedimento amministrativo e con grande semplificazione del processo decisionale non più subordinato al consenso politico, almeno per quanto riguarda la gestione.

Un terzo elemento di innovazione della legge n. 111 del 1991 riguarda il modello organizzativo della Unità sanitaria locale (e degli ospedali autonomi) per il quale, in attesa di

ulteriori modificazioni, si rafforza l'aspetto di unitarietà e di unicità della responsabilizzazione. La valorizzazione del ruolo dell'amministratore straordinario (e del futuro direttore generale) non è collegata al fatto che egli « adotta autonomamente tutti gli atti di gestione » (quindi al fatto formale della titolarità degli atti), ma al fatto che egli ha la responsabilità per la « funzionalità complessiva ».

Nell'ambito del modello organizzativo si individua un punto, un ruolo, una figura di collegamento tra processo politico-istituzionale e processo tecnico-amministrativo. Il primo arriva fino al punto di formulazione degli obiettivi da parte degli organi politici (Comitato dei garanti). Il secondo consiste nella traduzione degli obiettivi in attività da svolgere, nell'attribuire compiti, mansioni e relative responsabilità ai vari organi, nell'applicare criteri, metodi ed in generale regole di funzionamento idonee ad aumentare gli sforzi delle persone nell'uso delle risorse verso gli obiettivi stessi.

Questo deve fare l'amministratore straordinario che non è garante in prima persona della soluzione dei problemi, ma deve essere garante del fatto che le regole adottate mettano in grado e stimolino l'intera U.s.l. (o gli ospedali autonomi) a risolvere i problemi.

L'amministratore straordinario non è un nuovo *deus ex machina* o un nuovo demiurgo chiamato a garantire la razionalità, l'efficacia, l'efficienza, l'economicità e l'eliminazione di tutte le disfunzioni della sanità (come a volte appare da superficiali inchieste e richieste degli organi di informazione), ma è chiamato a guidare in modo unitario, e non settoriale, la gestione e a realizzare le condizioni più favorevoli affinché l'azione di centinaia ed a volte di migliaia di persone possa portare a risultati di razionalità, ef-

ficacia, efficienza, economicità, eliminazione delle disfunzioni.

Cosa non è stato cambiato

Parlare di un modello innovativo, quale è quello configurato dalla legge 111/91, non significa parlare di un concetto assoluto. Anzi, proprio per ricordare il principio della non linearità e non organicità delle riforme, si rileva come accanto agli elementi innovativi sopra ricordati permangano elementi sui quali nessun cambiamento si è realizzato.

Innanzitutto con riguardo alla base della legittimazione e del consenso che è ancora riconducibile al processo di rappresentanza politica *con forte mediazione dei partiti*, con tutti i pregi (sottolineati per la loro funzione nel costruire un sistema democratico nel nostro paese) e tutti i difetti (sottolineati specialmente oggi a causa delle degenerazioni riconducibili alla occupazione delle istituzioni da parte dei partiti). Ciò:

— si è manifestato nel processo di nomina degli amministratori che, seppure attuata da organi istituzionali quali sono le giunte regionali e i loro presidenti (che hanno emanato i decreti di nomina), non è stato immune da condizionamenti dei partiti il cui « gradimento » è stato essenziale per le designazioni;

— induce a ritenere che, pur essendo dotati per legge di poteri autonomi, gli amministratori straordinari non potranno esercitare adeguatamente le loro funzioni nel caso in cui essi non siano in grado di fondare la loro azione su un sufficiente consenso politico-istituzionale;

— fa prevedere che il successo dell'azione degli amministratori straordinari non dipenderà esclusivamente dalla loro competenza e professionalità, dalla loro probità, moralità e rigidità di comportamento, dalla capacità di motivare le persone,

ma anche dalla loro capacità di ottenere favorevoli condizioni operative, in primis fra tutti adeguati livelli di finanziamento, condizioni influenzate ovviamente dal grado di consenso politico-partitico a livello locale e a livello regionale.

Poiché in Italia si è mantenuto, e si intende mantenere, un servizio sanitario pubblico la legittimazione del potere anche per gli amministratori straordinari risiede:

— non solo nella capacità di garantire adeguate risposte ai bisogni di salute;

— ma nell'ottenere ciò garantendosi un consenso politico e, piaccia o non piaccia, partitico senza del quale non è possibile ottenere le condizioni operative per una buona gestione.

Un secondo aspetto che non ha subito cambiamenti riguarda il sistema e le procedure formali che l'amministratore straordinario è comunque tenuto a rispettare. È cambiato il modello di gestione della U.s.l., ma non sono cambiati:

— il modello di rapporto di pubblico impiego con tutte le norme che tutelano gli interessi (oltre che i diritti) dei dipendenti o di soggetti esterni (come nel caso delle « formalità » per i pubblici concorsi) anche quando esse impediscono con la funzionalità;

— le norme sugli acquisti ed i contratti pubblici che determinano tempi lunghi per l'acquisizione dei fattori produttivi ed a volte impongono criteri di scelta formalmente ineccepibili, ma sostanzialmente irrazionali e con effetti esattamente contrari a quelli che si pongono;

— modelli e norme contabili obsolete che, invece di garantire la collettività contro il cattivo uso del pubblico denaro, finiscono per ostacolare scelte efficienti e consentono il perpetuarsi di sprechi e inefficienze purché sia rispettata la correttezza formale;

— la logica e le procedure che impongono di ottenere il parere « preventivo » di molti organi (istituzionali e non istituzionali come nel caso dei sindacati, di associazioni varie di cittadini) ritenuti portatori ed interpreti di vari gruppi di interessi anche quando ciò comporta modalità di gestione che vanno proprio contro a quegli interessi (in particolare l'impossibilità di erogare servizi in quantità e qualità desiderata).

In effetti le recenti disposizioni della legge finanziaria per il 1992 hanno portato qualche semplificazione innovando sul fronte delle procedure del controllo con l'eliminazione del controllo preventivo da parte dei Comitati regionali di controllo. Comunque resta il fatto che l'amministratore è costretto ad agire all'interno di un sistema di regole, anzi di vincoli, caratterizzato dalla filosofia di fondo di ridurre il potere discrezionale dei decisori concreti (alimentata dall'idea guida che essi siano indotti da meccanismi strutturali ad agire « contro » l'interesse pubblico). Nonostante la 111/91 la legislazione vigente non rispecchia la filosofia di dare spazio alla discrezionalità dei decisori concreti per consentire un adattamento dell'azione amministrativa alle specifiche condizioni (sostenuta dall'idea-guida che essi debbano essere valutati e giudicati in base ai risultati ottenuti e possano essere motivati da stimoli e incentivi positivi).

Autonomia nell'adozione di atti di gestione non significa peraltro avere la piena controllabilità sui fattori che consentono di organizzare una offerta di servizi congruente con le caratteristiche e della domanda e dei bisogni. Gli amministratori straordinari dovranno comunque confrontarsi con i vincoli di ordine scientifico tecnico, organizzativo, economico, posti dalla struttura divaricazione tra bisogni da soddisfare e limitatezza delle risorse.

Un terzo aspetto che non è cambiato è quello dei processi decisionali reali. La Unità sanitaria locale e l'ospedale restano « sistemi a potere decisionale policentrico », ossia nei quali esistono poteri decisionali autonomi:

— degli organi politico-rappresentativi per l'indirizzo e il controllo;

— dell'amministratore straordinario per gli atti di gestione;

— dei responsabili dei servizi che hanno l'autonomia tecnico-funzionale per i settori di loro competenza (san-cita dal D.P.R. n. 761);

— dei medici che hanno l'autonomia clinica per gli atti di diagnosi e cura e degli altri operatori sanitari che hanno autonomia e responsabilità di tipo professionale per gli atti da essi compiuti;

— di qualsiasi persona interna o esterna che ritenendo illegittima una decisione può in molti casi (secondo la normativa vigente) bloccare l'efficacia impugnando gli atti formali di fronte alla magistratura amministrativa o ordinaria.

Le decisioni, ossia le « scelte tra molteplici alternative di comportamento » sono condizionate:

— dalla natura del problema (nel caso specifico della sanità si ha l'oggettiva difficoltà di definire cosa si intende per tutela della salute e si hanno interpretazioni soggettive di questo concetto);

— dalle condizioni in cui i problemi si pongono (e oggi nella sanità si ha una situazione di strutturale e crescente divaricazione tra ciò che il progresso scientifico consentirebbe di fare e ciò che le limitate risorse a disposizione consentono di fare);

— dalla necessità di rispettare esigenze e interessi (intesi in senso positivo, ma anche a volte in senso negativo come volontà di conservare situazioni di privilegio) differenti e spesso contrastanti;

— dai valori, dagli atteggiamenti e dalla volontà dei diversi « attori

decisionali », ossia persone, gruppi, organi che hanno influenza su un determinato problema;

— dalla dinamica delle relazioni che si stabiliscono tra i diversi attori decisionali (sulle quali incidono il livello delle informazioni di cui ognuno dispone, i rapporti fiduciari fondati sulla reciproca conoscenza, il peso della storia e delle esperienze, positive o negative, del passato).

Poiché la 111 non ha modificato, come del resto nessun provvedimento di legge può modificare, questi elementi del processo decisionale, gli amministratori devono e possono affrontarli facendo ricorso alla propria professionalità e non facendo leva sul proprio « potere formale » che può influenzare solo le relazioni con gli altri organi.

Va infine ricordato che di per sé nessuna legge può modificare la qualità delle persone, in generale e con riferimento alle competenze professionali. Sicuramente il nuovo modello istituzionale e organizzativo, modificando i vincoli e gli spazi di azione nonché la distribuzione dei poteri formali tra organi politici e amministratore straordinario, favorisce l'emergere di qualità diverse rispetto al modello tradizionale. Tuttavia ciò non avviene automaticamente, ma solo a seguito di precise scelte in tema di politiche del personale.

Il contesto in cui è chiamato ad operare l'amministratore straordinario

Come per tutti i modelli, anche per il nuovo modello di amministrazione delle U.s.l. sono importanti le condizioni di contesto che devono dare agli amministratori straordinari (e ai futuri direttori generali) indicazioni su come interpretare (o riaggiustare) il loro ruolo ed esercitare la loro funzione.

Un primo aspetto importante ri-

guarda la situazione di profonda crisi del S.s.n. Si tratta di una crisi:

— di funzionalità reale, nel senso che le U.s.l. in molti casi non sono in grado di garantire i servizi resi obbligatori da leggi, o promessi da scelte di « politica sanitaria locale » non sempre realistiche, o semplicemente attesi dalla popolazione in base a spinte non sempre razionali ma condizionate dall'emotività che si sviluppa attorno ai problemi di salute;

— di immagine nei confronti dei pazienti e dell'opinione pubblica che giudica insoddisfacenti l'attuale sistema;

— finanziaria, collegata agli interventi di contenimento della spesa sanitaria (nel più ampio contesto del contenimento del deficit pubblico) che, pur non essendo elevata se si considerano i confronti internazionali e in relazione al reddito (poiché la spesa sanitaria è correlata positivamente al livello di reddito pro-capite di un paese), viene giudicata inefficiente.

Molti sono i fattori che hanno portato alla crisi del S.s.n. e che ne determinano il perdurare: alcuni sono reali altri sono legati ad analisi superficiali e non di rado erronee, altri derivano dalla « asimmetria » strutturale nella percezione degli elementi positivi (sottostimati) e di quelli negativi (sovrastimati) da parte degli individui nei confronti dei servizi pubblici (considerati come diritto), altri ancora sono riconducibili a « pregiudizi strumentali » diffusi da chi ha interessi particolari da difendere.

Ciò tuttavia implica che gli amministratori straordinari si configurano come « manager di aziende in crisi » e non come « manager di aziende in sviluppo o di successo » (come è invece il caso di alcune strutture sanitarie private che oggi godono di un apriorismo positivo riguardo al loro operare).

Il recupero di efficacia e di effi-

cienza della gestione passa quindi inevitabilmente attraverso il superamento di una immagine negativa e il recupero di una immagine positiva ottenibile con la rimozione di alcuni dei principali fattori di crisi e con la capacità di convivere con vincoli irrazionali. Sono da considerare irrazionali ad esempio i vincoli derivanti da sottostima dei finanziamenti, da obiettivi di contenimento di spesa che non tengono conto dei fattori di rigidità della stessa, dalla esigenza di ottenere effetti immediati con provvedimenti che possono invece avere effetti solo sul lungo periodo, come è nel caso delle ristrutturazioni dei servizi.

Un secondo aspetto del contesto riguarda il « livello di attesa » circa possibili effetti positivi ottenibili a seguito del cambiamento, livello di attesa che è molto elevato specie nell'opinione pubblica e all'esterno del S.s.n. A ciò contribuisce la contrapposizione dal cui confronto in questo momento storico si traggono elementi di giudizi favorevoli alla seconda tra « logica politica » (propria dei precedenti Comitati di gestione) e « logica o comunque cultura professionale » (riconosciuta, pur con tutte le critiche, agli amministratori straordinari).

Al riguardo si ricorda agli amministratori straordinari (e ormai qualcuno lo avrà già sperimentato personalmente) che in presenza di un elevato livello di attesa e di problemi oggettivamente difficili da risolvere, è elevato il rischio di determinare delusione. Quindi si può suggerire una grande attenzione ad interventi (di tipo formale ed informale) miranti ad abbassare il livello di attesa e ad indirizzare le attese non su taumaturgici, generali e generici obiettivi di risanamento della sanità, ma su puntuali e limitati obiettivi legati a fattori controllabili all'interno della U.s.l. (e dell'ospedale). Ciò per non cadere nella « trappola

neorazionalista » di chi promettendo il risanamento della gestione in un sistema a livelli di governo multipli (quello della U.s.l., della Regione, dello Stato) finisce per essere giudicato responsabile anche per le irrazionalità di comportamento di altri organi decisionali.

Un terzo aspetto di contesto riguarda l'orizzonte temporale che formalmente è di breve periodo (30 giugno 1992) ma che sostanzialmente si caratterizza per l'estrema incertezza. Senza voler assumere le vesti di « facile profeta », si può prevedere, semplicemente considerando le scadenze istituzionali:

— che tale termine sarà prorogato;

— che però la decisione formale della proroga non sarà tempestiva, ma si avrà in prossimità della scadenza del termine;

— che la proroga sarà formalmente per un tempo relativamente breve, salvo ulteriori proroghe.

La condizione dell'amministratore straordinario (non dovrebbe essere così per il futuro direttore generale) è quindi quella non solo di avere un orizzonte temporale limitato per la propria azione, ma anche di avere un orizzonte molto incerto. Tale situazione può essere affrontata dall'amministratore con atteggiamenti molto diversi che quindi hanno riflessi diversi sull'azienda che egli dirige. Atteggiamenti:

— di chi si « considera di passaggio » e quindi applica la filosofia del *queta non movere*, di lasciare le cose come stanno perché non c'è il tempo per realizzare cambiamenti;

— di chi cerca di utilizzare la posizione per preparare le condizioni della sua riconferma;

— di chi sa che i problemi e le tendenze strutturali sono indipendenti dai tempi e dai ritmi formali e quindi cerca di utilizzare tutto il tempo a disposizione per avviare a soluzione i problemi attuali della U.s.l. (dell'ospedale) ponendoli però nella pro-

spettiva delle tendenze strutturali e concrete (non ideali e utopistiche) di lungo periodo.

Avere il « senso dell'istituzione » ed il senso di essere « manager di una azienda » significa svolgere le proprie funzioni e interpretare il proprio ruolo nel modo migliore possibile fino all'ultimo giorno, senza fare « arbitraggi » sull'incertezza (ossia senza limitare il proprio impegno anche quando si ritiene di dover lasciare la posizione o, al contrario, operare privilegiando criteri di scelta finalizzati a favorire la propria riconferma.

Un quarto aspetto di contesto riguarda quello che si può definire « congestionamento decisionale » del vertice della U.s.l. (degli ospedali autonomi) che si articola in:

— il Comitato dei garanti che, oltre a dare indirizzi generali e ad approvare alcuni degli atti fondamentali quali bilanci, conti consuntivi, programmi, piante organiche, effettua il controllo sulla « complessiva gestione »;

— l'amministratore straordinario che ha la titolarità e la responsabilità per tutti gli atti di gestione;

— i coordinatori (sanitario ed amministrativo) che esprimono sugli atti pareri, obbligatori anche se non vincolanti;

— responsabili di servizi che, avendo l'autonomia tecnico-funzionale per i settori di rispettiva conoscenza, entrano nel merito dei contenuti sanitari o amministrativi delle decisioni da assumere.

Ognuno di questi « poteri » ha una sua ratio:

— raccordo con l'ambiente esterno e con gli obiettivi di politica sanitaria (Comitato dei garanti);

— unità della gestione e rispetto dei « vincoli verticali » di settore imposti dallo Stato e dalla Regione (amministratore straordinario);

— coordinamento dei diversi atti sul piano delle problematiche sani-

tarie e rispetto delle procedure formali (coordinatori);

— conoscenze tecnico-operative specifiche per diverse aree o problematiche di assistenza (responsabili di servizi).

Ma si tratta di contenuti più facilmente distinguibili sul piano logico che non su quello pratico, piano con riferimento al quale il processo decisionale è più semplificato in quanto si hanno:

— problemi, richieste di intervento, risposte da dare a pazienti e ad organi esterni;

— diverse alternative per la soluzione dei problemi, diverse modalità di organizzazione dei servizi, diverse modalità di risposta.

Ebbene, nel concreto accade che rispetto alle diverse alternative i quattro organi sopraindicati, di cui tre si qualificano come « organi di alta direzione », possono avere posizioni e atteggiamenti differenziati a seguito di differenti:

— conoscenze specifiche sui contenuti o sulla realtà locale;

— propensione verso soluzioni innovative e verso il rischio o verso soluzioni tradizionali, sperimentate e quindi a più basso rischio;

— valutazioni del rapporto tra aspetti sostanziali e aspetti formali;

— valutazioni sui rapporti tra aspetti tecnici, aspetti organizzativi (compresi i riflessi sul personale), aspetti economici;

— interessi che si intendono tutelare (dei pazienti, della categoria di appartenenza, del personale, di altri soggetti esterni, compresi i fornitori di beni e di servizi).

Il processo decisionale appare indubbiamente più semplice rispetto al passato nel momento della scelta (la sostituzione di un organo monocratico, quale è l'amministratore straordinario, ad un organo collegiale politico) e può essere più semplice anche sul piano del processo nei casi in cui vi sia concordanza di valuta-

zioni, ma rimane assai complesso nel caso in cui valutazioni contraddittorie portino a contrasti e conflitti tra i diversi organi.

Anzi in alcuni casi, al tradizionale contrasto (conflitto tra logica politica e logica tecnica) per il quale si erano trovate forme di temperamento e di equilibrio (non sempre soddisfacenti, ma comunque operanti e operative) possono essersi sostituiti contrasti/conflitti tra differenti logiche « tecnico-professionali » a volte più difficili da risolvere. Ad esempio può essere più difficile risolvere un contrasto tra amministratore straordinario con competenze sanitarie e coordinatore straordinario, anch'esso dotato di competenze sanitarie, sulle prospettive di riorganizzazione dell'ospedale o di altri servizi e può essere più difficile la soluzione di contrasti tra amministratore straordinario con competenze nel settore economico finanziario, coordinatori amministrativo e responsabile del settore ragioneria o del settore economato circa i modi per affrontare la complessa e spesso contrastante normativa sul finanziamento della sanità e sul rispetto dei principi formali della contabilità pubblica e delle procedure di acquisto.

Anche le tradizionali forme di equilibrio tra « componente sanitaria » e « componente amministrativa » realizzate nei rapporti tra coordinatore sanitario e coordinatore amministrativo e nelle modalità di funzionamento degli uffici di direzione in molti casi sono state messe in crisi da situazioni in cui:

— l'amministratore di estrazione sanitaria tende a entrare « nel merito » sanitario dei problemi determinando la delegittimazione di fatto degli organi sanitari che si pongono in posizione di conflitto;

— l'amministratore di estrazione amministrativa tende ad entrare « nel merito » di problemi contabili e di impostazione formale degli atti de-

terminando la delegittimazione di fatto degli organi amministrativi che si pongono in posizione di conflitto;

— si realizza una saldatura tra amministratore straordinario con la « componente » di sua derivazione (sanitaria o amministrativa) con la pressione di una « frattura » decisionale nei confronti dell'altra componente;

— l'amministratore che non ha una specifica conoscenza del settore di provenienza esterna, si trova a dirimere conflitti tra le diverse componenti (ad esempio pareri contrastanti tra responsabile di servizio e uno dei coordinatori, pareri contrastanti tra i due coordinatori sulla fattibilità di certi interventi) senza avere specifici elementi di giudizio.

Ovviamente i diversi amministratori straordinari hanno affrontato (che i futuri direttori generali affronteranno) tali conflitti in base alla loro esperienza, alla loro personalità e alle loro conoscenze specifiche delle problematiche del settore e generali sul funzionamento organizzativo in modo più o meno soddisfacente per la funzionalità della U.s.l. (e degli ospedali autonomi) e per la qualità dei rapporti personali e tra organi, ma si intende sottolineare come l'effetto del « congestionamento decisionale » del vertice sia causato:

— dal modello istituzionale ed organizzativo che pur proponendo una responsabilizzazione sui risultati, mantiene forti elementi di procedura e di responsabilizzazione « per atti »;

— dalla debolezza di cultura di « general management » di cui sono portatori la maggior parte degli amministratori straordinari, non attribuibile alle persone, ma al sistema di formazione e di sviluppo professionale, per cui essi non si limitano a gestire criteri e regole organizzative, ma tendono ad entrare nel merito « tecnico » dei provvedimenti (a ciò spinti peraltro della responsabi-

lità personale collegata all'atto);

— dalla oggettiva difficoltà nel distinguere l'impatto delle decisioni da assumere in termini di politica sanitaria, di equilibrio generale della U.s.l. di integrazione e coordinamento tra i diversi settori di assistenza, di risposta al singolo problema ad esempio eliminazione della sede per le prestazioni specialistiche extraospedaliere, secondo il programma di assistenza domiciliare, ecc.

Un ultimo rilevante aspetto di contesto riguarda la dinamica degli equilibri organizzativi. Il cambiamento, sia come persone che come attribuzione di « poteri formali », di un organo di vertice provoca inevitabilmente la messa in moto della dinamica organizzativa nel senso che:

— organi, settori di attività che nella situazione precedente ritenevano di essere emarginati o posti in posizione di secondaria priorità, cercano di ribaltare la situazione per ottenere o recuperare un più elevato livello di « legittimazione organizzativa »;

— organi, settori di attività che avevano una elevata influenza nel precedente assetto organizzativo e nelle precedenti politiche di gestione, possono sentirsi minacciati dalla nuova situazione e possono attivare azioni di difesa;

— qualcuno chiede all'amministratore di accelerare certe decisioni, mentre altri chiedono di bloccare decisioni precedentemente assunte che non condividono e magari chiedono di modificarle radicalmente;

— si modificano le abitudini, i ritmi e le relazioni organizzative con particolare riferimento all'informazione nei confronti dell'amministratore straordinario, all'uso dei canali e dei momenti formali per l'informazione, la trattazione e la soluzione dei problemi, alla trasparenza dei comportamenti, alla legittimazione organizzativa delle diverse professionalità, dei diversi comportamenti, dei

diversi valori, per non parlare delle diverse « affinità » ideologiche, politiche o più semplicemente di cultura gestionale (burocratica, efficientistica, di orientamento al servizio, mediatrice, ecc.).

Ogni rilevante cambiamento di tipo istituzionale ed organizzativo ha l'effetto di « rompere equilibri » e di generare « tensioni organizzative » che costituiscono:

— una opportunità se si è in grado di governarle verso nuovi equilibri giudicati più soddisfacenti;

— un rischio se non si è in grado di governarle con l'inevitabile decadimento verso equilibri meno soddisfacenti.

Indirizzi per l'azione degli amministratori straordinari (e dei futuri direttori generali)

Definite le caratteristiche del nuovo modello di U.s.l. (e di ospedali autonomi) e identificate le principali condizioni di contesto è possibile delineare alcuni indirizzi per un corretto operare degli amministratori straordinari (e dei futuri direttori generali).

Primo. Anche se le motivazioni che sono state alla base dell'approvazione della legge 111/91 e anche se le attese dell'ambiente esterno sono quelle di avere un organo « capace di mettere ordine nel funzionamento della sanità » e quindi di ottenere risultati in termini di miglioramento della qualità dell'assistenza, gli amministratori straordinari devono porsi nell'ottica di attivatori e gestori della prima fase del « cambiamento organizzativo ».

Più che preoccuparsi di risolvere i problemi, più o meno rilevanti, attraverso la loro personale professionalità, la loro capacità decisionale, la loro autorevolezza, leadership e a volte carisma, i loro poteri formali indubbiamente più ampi e più ra-

pidi rispetto a quelli dei precedenti Comitati di gestione e dei loro presidenti, gli amministratori devono preoccuparsi di costruire una organizzazione, un sistema di regole di funzionamento capaci di portare alla soluzione dei problemi.

Il salto di qualità della logica manageriale sta nel passaggio da una visione in cui l'efficacia, l'efficienza, l'economicità del funzionamento e la soluzione dei problemi *sono garantiti* dalle persone (visione personalistica) o dalle politiche (visione strutturalista, macroeconomica e istituzionale) ad una visione in cui tali risultati *sono garantiti* da funzionali criteri e sistemi di gestione capaci di esaltare la qualità delle singole persone e di dare realistica alle politiche.

In questa fase del S.s.n. serve più una « strategia del cambiamento organizzativo » che non una « strategia dei servizi e degli interventi » che risulterebbe inevitabilmente debole, astratta e volontaristica in assenza di una forte organizzazione capace di attuarla.

Una strategia non è qualificata da decisioni, da atti formali, da volontà (che pure devono esistere), ma è fatta di scelte coerenti e consequenziali, di consenso o comunque di accettazione da parte di tutti gli organi coinvolti, di sistemi per attribuire ad ogni organo precise responsabilità e per verificare i risultati: questo è l'obiettivo primario per gli amministratori straordinari.

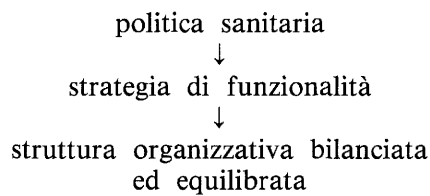
Secondo. La ricostruzione di una « efficiente organizzazione », passa attraverso interventi dell'amministratore straordinario finalizzati a:

— rivalutare tutti i ruoli, tutte le funzioni presenti nella U.s.l. (e negli ospedali autonomi);

— bilanciare i poteri di influenze sostanziali tra i vari organi e le varie persone.

Sapendo che la funzionalità di un'azienda, specie di un'azienda di

tipo professionale a potere policentrico, è garantita da uno sviluppo armonico e coordinato delle sue diverse parti e non dalla dominanza di alcuni organi, settori di attività, categorie professionali, persone su altri, l'amministratore straordinario (e il futuro direttore generale) deve usare il suo potere formale per applicare nel concreto la sequenza logica:



Solo costruendo una struttura organizzativa equilibrata e bilanciata ed un sistema di responsabilizzazione esplicita e trasparente su risultati misurabili in termini quantitativi e qualitativi è possibile creare quel clima di tensione positiva e di competizione positiva tra i diversi settori di attività che genera l'attivazione di tutte le energie presenti nella U.s.l. (nell'ospedale).

Un più elevato livello di funzionalità non si ottiene concentrando l'attenzione (e le risorse) sull'ospedale, o sulla specialistica extraospedaliera, o sull'assistenza di base, o sui servizi per cronici, lungo degen- ti, portatori di handicap, ecc. (per la U.s.l.), o sullo sviluppo delle alte specialità, o dei servizi strumentali, o delle attività ambulatoriali o di day hospital (per l'ospedale), o sui servizi amministrativi o sui servizi tecnici, o sui servizi di supporto alberghiero (per entrambi), ma se l'attenzione e le risorse sono dedicate a realizzare uno sviluppo tale per cui sia possibile ottenere il massimo di risultati complessivi (in termini quantitativi e qualitativi) a parità di risorse. Lo sviluppo « ottimale » di certi settori di attività (ad esempio in termini di dotazione di personale e/o di attrezzature) basato sul mantenimento o l'accentuazione di con-

dizioni di « debolezza operativa » di altri settori di attività (ad esempio dei servizi di assistenza agli anziani) può determinare effetti negativi (ad esempio utilizzo tramite ricoveri « impropri » di anziani, di strutture di assistenza ad elevato costo per unità di servizio erogato, tipicamente la giornata di degenza).

L'amministratore straordinario (e il futuro direttore generale) deve improntare la propria azione, e la propria politica al principio secondo cui « l'ottimo generale » non è dato dalla somma di « ottimi parziali », ma da un equilibrio tra le diverse parti di un sistema integrato quale è la U.s.l. o l'ospedale, a ciò spinto dalla natura della sua responsabilità che è generale e diversa da quella che muoveva i responsabili dei servizi negli uffici di direzione, nei quali più che la ricerca di un ottimo generale, prevaleva la logica di ricerca da parte di ognuno dell'ottimo per il proprio settore « vincolato » dall'analogo comportamento degli altri responsabili di servizi.

Terzo. L'esercizio della propria funzione sarà più agevole per l'amministratore straordinario (e per il futuro direttore generale) se egli saprà sostituire la logica di tipo strutturale con la logica di tipo funzionale. Si tratta di un passaggio particolarmente difficile in un periodo in cui per il settore sanitario predomina la politica del contenimento della spesa e degli interventi sulle strutture per realizzarla (spinte verso la chiusura degli ospedali di ridotte dimensioni, la riduzione dei posti-letto, l'applicazione di standard di personale che rappresentano pur sempre interventi sul controllo dei fattori di input). Ed è ancora più difficile se si considera che il « mandato » esplicito dato da molti Governi regionali (e implicitamente dal Governo centrale e dalla stessa opinione pubblica) agli amministratori straordinari (e da molti di questi accettato forse

con una eccessiva autostima, a volte con un po' di presunzione, sempre con la sottovalutazione delle difficoltà oggettive), è stato quello di essere *in primis* esecutori di tale politica di razionalizzazione delle strutture.

Tuttavia lo spostamento *del focus* dell'attenzione sulle funzioni, sulle cose da fare è necessario se si considera che:

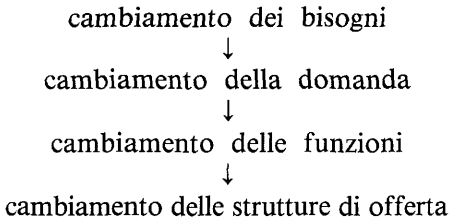
— le critiche sono espresse con riferimento alle strutture esistenti, spesso giudicate eccedenti, ma la soddisfazione dei pazienti e dei cittadini in genere è correlata all'esistenza o meno dei servizi e delle prestazioni richieste (si vedano anche le recenti polemiche sui mancati ricoveri, i ritardi delle prestazioni, ecc.);

— la difficoltà nell'attuare politiche di razionalizzare delle strutture deriva dagli interessi che si sono coagulati attorno ad esse, e quindi il superamento di tali difficoltà può essere consentito solo dalla evidenziazione, dalla messa in campo di interessi « diversi » ossia riferiti alle funzioni da svolgere, ai nuovi servizi da erogare, alle nuove domande cui dare risposta, ai nuovi bisogni di salute da tutelare;

— l'esperienza di fallimenti delle politiche di razionalizzazione e di riequilibrio della dotazione di strutture del passato, anche recente, non può essere semplicisticamente ricondotto alla inconsistenza dei piani di riorganizzazione (molti dei quali anzi erano « tecnicamente » assai validi) o alla mancanza di poteri per la loro attuazione, ma alla semplice ragione che in situazioni normali la società è disposta a rinunciare a qualcosa (ad esempio un paese è disposto ad accettare la chiusura di un piccolo ospedale) solo in cambio di una prospettiva relativamente certa e tendenzialmente migliore (ad esempio per quel paese aperture di un servizio rivolto agli anziani o ai cronici di cui è avvertita la grande carenza).

Una dinamica fisiologica dei si-

stemi sociotecnici (e la U.s.l. è sicuramente tale) si attua percorrendo e ripercorrendo la sequenza logica:



Rinunziare a tale sequenza con la proposizione di politiche di intervento sulle strutture motivate da « esigenze di ordine superiore » (ad esempio equilibrio della finanza pubblica) o da criteri di « razionalità astratta » (ad esempio il dimensionamento ottimale dei servizi o dei bacini di utenza con minimizzazione dei costi unitari) si è rivelato inefficace ed a volte distorto anche nel recente passato. Non è realistica la tesi secondo cui la caratterizzazione di tipo tecnico-professionale (reale o presunta) degli amministratori straordinari sia di per sé sufficiente a modificare relazioni che influenzano i comportamenti sociali del tipo sopra descritto e che perciò le operazioni non riuscite ai Comitati di gestione (qualcuno dice perché poco interessati alla razionalizzazione del sistema), o alle Regioni (con alcuni piani regionali), o allo Stato (con varie leggi, decreti ministeriali, indirizzi, circolari, ispezioni, ecc., possono riuscire agli amministratori straordinari.

Se questi ultimi vogliono dare un reale segno di cambiamento devono essere in grado di rilanciare una politica di « nuove progettualità sul fronte delle funzioni » dato che interventi sulle strutture « senza preoccuparsi degli effetti che si producono sulla qualità dell'assistenza » sono possibili ed efficaci solo in situazioni « patologiche » in situazioni del tipo « tanto peggio tanto meglio » che non è certo qualificante di una società in progresso.

Quarto. L'amministratore straor-

dinario che è stato chiamato a sostituire gli organi « politici », paradossalmente deve preoccuparsi di recuperare e rivalutare proprio la funzione di questi organi. Poiché nessuna strategia di servizi e nessuna strategia organizzativa può essere attuata efficacemente senza un elevato, o almeno accettabile, livello di consenso dell'ambiente circostante, è evidente che il ruolo del Comitato dei garanti è indispensabile.

Comitati dei garanti assenti e disinteressati a svolgere la loro funzione di indirizzo e di controllo lascerebbero l'amministratore straordinario e l'intera gestione priva di punti di riferimento. Nell'immediato e nel breve periodo si potrebbero avere benefici effetti (reali o percepiti) di emancipazione dalle interferenze politiche, ma non tarderebbero a manifestarsi gli effetti negativi della mancanza di canali tramite i quali informare e ottenere il consenso delle comunità locali su scelte inevitabilmente difficili e non di rado penalizzanti per gruppi sociali più o meno numerosi.

Ancora peggiore sarebbe il caso di Comitati dei garanti che, considerandosi non più organi della U.s.l., si ponessero in una posizione di contrapposizione alla stessa e all'intero S.s.n. (Regione e Governo) rispolverando vecchi atteggiamenti di « organo portavoce delle istanze, delle esigenze, dei bisogni ».

In questo caso il Comitato dei garanti, invece di agire come organo di composizione di interessi e di esigenze differenti (funzione della politica), agirebbe come organo di amplificazione dei bisogni (che come è noto nella sanità possono essere molto elevati) e della divaricazione tra bisogni e capacità di farvi fronte, divaricazione che quando è eccessiva non favorisce soluzioni razionali.

Si tratta di un aspetto del processo di cambiamento di grande delicatezza in quanto:

— sul piano del modello teorico di riferimento non sono ancora ben precisati i contenuti della funzione « politica » in un sistema di amministrazione « per obiettivi » e non « per atti »;

— sul piano della composizione in molti casi i componenti dei Comitati dei garanti sono, almeno in parte, i componenti dei vecchi Comitati di gestione ed è evidente la difficoltà di applicare « regole nuove » a persone abituate ad interpretare un diverso ruolo;

— sul piano formale si sono avute circolari ministeriali e regionali che, nel timore di tentativi di conservazione di tradizionali ruoli di influenze da parte degli organi politici, hanno imposto comportamenti anche su aspetti operativi (come le limitazioni nella messa a disposizione di locali) oggettivamente percepiti come « emarginanti » nei confronti della funzione dei garanti e comunque suscitatrici di conflitti con la struttura tecnico-professionale;

— sul piano dell'immagine si è in un periodo di delegittimazione della funzione e dei processi di tipo politico che si contrappone alla crescente legittimazione della funzione di direzione e della professionalità manageriale.

Tutte condizioni orientate a creare una contrapposizione di ruoli e di funzioni invece che a favorire l'integrazione richiesta per vincere la sfida del reale cambiamento della sanità in favore dei pazienti.

Criteri guida per la strategia della funzionalità

Si è detto che elemento centrale ed asse portante dell'azione degli amministratori straordinari in questa fase di transizione è la strategia della funzionalità, la capacità di costruire realmente aziende capaci di garantire la tutela della salute tramite un'of-

ferta di servizi e di prestazioni in quantità e qualità coerenti con la domanda. Assumere una logica di orientamento al servizio significa però adottare anche criteri operativi per la valutazione delle centinaia ed a volte migliaia di atti che gli amministratori devono adottare, atti con riferimento ai quali si presentano non poche incertezze e non pochi rischi personali. Tali criteri operativi possono essere tradotti nelle seguenti domande:

— A cosa serve l'atto di cui si propone l'adozione? A risolvere un problema di salute, a risolvere un problema del personale della U.s.l., a migliorare la situazione economico-finanziaria della U.s.l., a raggiungere un mix di tale obiettivi?

— Le motivazioni sono « tecnicamente » convincenti e, nei casi in cui non si possa o non si voglia esprimere un giudizio tecnico, sono « logicamente » coerenti? Ad esempio non sono contraddittorie con motivazioni apportate dagli stessi soggetti per altri atti, o con evidenze empiriche dei fatti?

— Appare chiaro chi deve fare che cosa?

— Sono chiari i parametri e gli indicatori in base ai quali si potrà valutare se è stata presa una buona o una cattiva decisione?

— Esistono, o sono almeno state indagate, alternative per fare le stesse cose, per ottenere gli stessi risultati?

— Esistono le risorse umane, materiali, ecc. per dare attuazione alle attività previste dall'atto? Ed in caso contrario è realistico prevedere di acquisire in tempo utile?

— Quale è il costo economico delle attività previste dell'atto e quale è l'effetto finanziario in termini di flusso di spesa? Sono compatibili i flussi di spesa con i livelli e i vincoli dei finanziamenti ottenuti?

— Chi, persone o gruppi di interesse, può trarre vantaggio dall'ado-

zione dell'atto?

— Chi, persone o gruppi di interesse, può avere svantaggi dall'adozione dell'atto?

— Quale è il rapporto tra vantaggi e svantaggi con riferimento alle finalità istituzionali o con riferimento ai criteri che l'amministratore straordinario si è dato o deve accettare come imposizione dall'esterno?

— Quali sono i rapporti di forza, sul piano dell'influenza, delle persone o dei gruppi di interesse avvantaggiati o svantaggiati?

— Esistono e quali sono i rischi formali connessi all'adozione dell'atto? Essi derivano da carenza di normative, dall'esistenza di normative contraddittorie, dall'interpretazione delle normative date da certi organi?

— Come è possibile minimizzare i rischi personali ed i rischi per la U.s.l. o per l'ospedale derivanti dalla eventuale impugnazione degli atti da parte di organi di controllo preventivo (secondo il sistema in vigore in un dato momento) o da parte di soggetti che ritenessero lesi i loro diritti?

Possibili stili di direzione

Di fronte alla novità e alla complessità del ruolo, alla eterogeneità e alla incertezza delle condizioni del contesto in cui esso viene esercitato e alla rilevanza delle sfide che ad essi si pongono, è inevitabile la manifestazione di differenti « stili di direzione » per gli amministratori straordinari, cioè in contrasto con la dichiarata, ma irrealistica, volontà di indurre una uniformità di comportamenti professionali. I principali modelli di comportamento possono essere così sintetizzati.

Sindrome di onnipotenza decisionale. Si manifesta in quei soggetti che attribuiscono le disfunzioni della sanità alla mancanza o ai ritardi decisionali derivanti dalle esigenze di

continue mediazioni politiche e che riducono concettualmente il problema decisionale all'applicazione di pochi e semplici criteri, a volte ad un unico criterio. È tipico di persone esterne al settore sanitario (esempio i dirigenti di enti locali e ancor più i dirigenti di impresa spesso abituati ad agire in ambienti complessi, ma caratterizzati dal criterio univoco della redditività) che si sono fatti condizionare da giudizi stereotipati sui « mali della sanità » o di persone « interne al settore » (dirigenti di altre U.s.l.) che considerano la titolarità di un potere formale sovraordinato e ad elevata discrezionalità come « occasione di rivalse » nei confronti del mondo politico, al quale hanno dovuto sottostare in passato, o di altri dirigenti, considerati dotati di più basso livello di professionalità. Tale sindrome è evidenziata dai seguenti sintomi:

— accentrimento degli atti che determina un « collo di bottiglia » sul piano operativo nei casi di U.s.l. (o ospedali) di medie-grandi dimensioni;

— accentrimento dei conflitti organizzativi che si ritiene di rimuovere in virtù del potere formale, quando invece essi il più delle volte sono rimossi dalla razionalità delle decisioni, dal coinvolgimento decisionale e dalla trasparenza e preventiva esplicitazione di criteri e di metodi decisionali.

Sopravvivenza. Caratterizza persone che danno eccessivo peso all'orizzonte temporale limitato e alla necessità di attuare « interventi strutturali » da essi ricondotti logicamente alle « grandi scelte » di programmazione nazionale e/o regionale o alle « grandi scelte di politica sanitaria locale », scelte evidentemente inesistenti in periodi di emergenza quale è quello attuale.

Questo modello interpretativo spinge ad accentuare l'aspetto di transitorietà dell'incarico inducendo a orientarsi verso un profilo di « am-

ministrazione ordinaria » ossia di amministrazione ponte tra il vecchio ed il nuovo sistema.

Questi amministratori non conoscono, o non condividono, le teorie secondo cui in « sistemi complessi » i cambiamenti radicali spesso sono riconducibili a semplici cambiamenti dei metodi e delle tecniche di misurazione dei risultati, di analisi e valutazione delle responsabilità, di confronti tra unità operative diverse, di incentivazione degli operatori capaci di modificare i comportamenti.

La modificazione degli atteggiamenti e dei comportamenti, da conflittuali a collaborativi (o viceversa), da demotivazione a motivazione (o viceversa), da progettualità a gestione burocratica di scelte esterne (o viceversa) ha spesso rilevanti effetti concreti in termini di qualità dei servizi e livelli di funzionalità: tale modificazione può essere ottenuta anche in tempi brevi ed è indipendente dalle « grandi scelte di politica sanitaria ». Anche chi non può ottenere rilevanti risorse aggiuntive può contribuire a modificare aspetti strutturali dal funzionamento della Unità sanitaria locale, ma ciò evidentemente non è accettato da amministratori che hanno una logica di semplice sopravvivenza.

Mediazione. Caratterizza persone che intendono utilizzare il periodo di amministrazione straordinaria per preparare la propria riconferma come direttore generale nella stessa U.s.l. o in altra U.s.l. Dato il periodo di transizione dal vecchio al nuovo sistema l'obiettivo di questi amministratori può essere perseguito tramite una elevata capacità di mediazione e di compromesso esercitata a diversi livelli:

— politico, nel senso che, pur dovendo in qualche modo dimostrare di appartenere ad un'area politica (se non proprio ad un partito) tali amministratori cercheranno di evita-

re rotture e preclusioni nei confronti di diverse « istanze politiche »;

— tecnico, in quanto dovranno sapere coniugare elementi tipici del vecchio modello formale fondato sugli atti con nuovi strumenti gestionali orientati all'efficacia e all'efficienza al fine di evitare conflitti organizzativi dirompenti tra coloro che si riconoscono nella vecchia cultura e coloro che si riconoscono nella nuova;

— sociale, nel senso che dovranno muoversi tra gruppi di interessi contrapposti cercando di mantenere una posizione equilibrata fino a quando non sia chiaro quali sono i gruppi di interesse « vincenti ».

Ovviamente la capacità di mediazione tra logiche, criteri, interessi diversi è una delle caratteristiche proprie di chi copre posizioni di responsabilità in sistemi composti e pluralistici. Tuttavia bisogna distinguere tra mediazione tramite la quale:

— si persegue l'evoluzione della gestione verso più elevati livelli di funzionalità, tipica di chi concentra la propria professionalità e il proprio impegno sulla soluzione dei problemi e sulla ricerca di una coincidenza tra obiettivi individuali e obiettivi dell'azienda (U.s.l. o ospedale autonomo);

— si perseguono obiettivi individuali senza preoccuparsi, anzi a volte a scapito della soluzione dei problemi e della funzionalità.

Nel primo caso si può parlare di « agenti del cambiamento », nel secondo caso di « perpetuatori del vecchio sistema ». Si è usato il concetto « mediazione » non come categoria morale contrapposte a « rigore », ma come carattere di comportamento che può essere diversamente qualificato dai differenti obiettivi:

— individuali, legittimare se stessi;

— sociali, legittimare l'istituzione a cui si appartiene tramite l'innalzamento della sua funzionalità.

Solo la messa a punto di adeguati strumenti per la « misurazione » (di

tipo quantitativo o di tipo qualitativo) dell'avanzamento verso più elevati livelli di funzionalità consente di distinguere i due tipi di comportamento e di esprimere non « giudizi sulle persone », ma « giudizi sulla professionalità delle persone », di esprimere non giudizi morali (che pure sono importanti ma non possono certo venire dalla cultura manageriale) ma giudizi professionali (a cui la cultura manageriale può dare un determinante contributo).

I rischi per gli amministratori straordinari

L'autonomia e la discrezionalità degli amministratori straordinari nell'adozione degli atti viene spesso associata al « rischio » sul piano amministrativo, personale e patrimoniale collegato alla « responsabilità per gli atti adottati ». È indubbiamente un tema rilevante per le persone che tuttavia indica quanto sia permanente e radicato il modello tradizionale di amministrazione, ma non più valido nell'attuale realtà che si fonda sui seguenti presupposti:

— esistono comportamenti amministrativi dotati di una « intrinseca razionalità » (equivalente alle norme che devono essere applicate);

— si attribuisce alle persone una « responsabilità passiva », ossia di rispondere per la mancata adozione dei comportamenti razionali;

— la minaccia della responsabilità passiva dovrebbe indurre le persone ad assumere scelte corrette.

Se si analizza il problema in termini di ruolo e di funzione degli amministratori straordinari si possono individuare altri tipi di rischi di ben diversa natura correlati al concetto di « responsabilità attiva » che è attribuita ad essi, ossia responsabilità nel promuovere e realizzare un sistema « più soddisfacente » per i cittadini.

Un primo rischio consiste nel dover dirigere un'azienda complessa in assenza però di indirizzi da parte del Comitato dei garanti. In questi casi l'amministratore straordinario si troverebbe a svolgere una funzione di supplenza, ad affrontare direttamente aspetti di « politica sanitaria » e non semplicemente di « politica aziendale », di « politica gestionale ». E dovrebbe fare ciò senza avere né la legittimazione né gli strumenti per mediare valori, interessi, modelli sociali sottostanti le diverse politiche sanitarie.

Un secondo rischio consiste nel trovarsi di fronte alla mancanza o alla debolezza di indirizzi regionali. Sono state scritte molte pagine sulla mancanza di piani regionali, diretta o indiretta conseguenza della mancanza del Piano sanitario nazionale. Oggi la questione è ancora più critica in quanto:

— la nuova architettura del S.s.n. è centrata su un ruolo « forte » delle Regioni (responsabilità per l'equilibrio finanziario, per la nomina degli amministratori straordinari e in futuro dei direttori generali, per la emanazione di indirizzi sulla gestione dell'azienda-U.s.l. e azienda-ospedale, per la definizione dei modelli organizzativi, ecc.);

— ma le Regioni in genere hanno una organizzazione inadeguata (in molti casi con personale comandato, part-time, con contratti di consulenza, con remunerazioni più basse rispetto alle U.s.l., con organici inadeguati e non di rado scoperti, ecc.);

— ed inoltre in questo periodo in varie Regioni vi è stato un ulteriore indebolimento con il passaggio di dirigenti regionali alla funzione di amministratori straordinari delle U.s.l.

In molte Regioni, non solo non esiste una organica attività di programmazione, ma si assiste ad un preoccupante degrado anche nel formulare chiari e precisi indirizzi sulla

gestione corrente. Invece che ridurre le incertezze e le contraddizioni presenti nel sistema, non di rado le Regioni agiscono nel senso di aumento delle incertezze, delle ambiguità delle interpretazioni della normativa, della contraddittorietà.

Una Regione « debole » sul piano dell'organizzazione, delle professionalità richieste dal nuovo modello, degli strumenti di governo, in un momento di forti pressioni sulla sanità può essere indotta ad assumere i seguenti indirizzi:

— accentuare aspetti di indirizzo e di controllo « burocratico » (per i quali esiste una certa professionalità) invece che orientarsi verso un ruolo di « holding di aziende di servizi sanitari », come sembra richiesto dal nuovo modello, ma per il quale non esistono professionalità adeguate;

— favorire una situazione di « concorrenza incontrollata » tra le U.s.l. nella ricerca di criteri vantaggiosi di riparto del fondo, di dotazione del personale, di assegnazione per investimenti, ecc.

È reale il rischio di andare verso un sistema in cui predomina la logica dell'« assalto alla diligenza » (la Regione) in cui « tutti sono contro tutti per salvare se stessi », il che porterebbe ad un ulteriore peggioramento della situazione.

Contribuire a costruire « regole per il sistema di governo regionale » ed a rafforzare la Regione è uno degli imperativi per quegli amministratori straordinari che si rendono conto del fatto che oggi sia necessario concentrare gli sforzi sul miglioramento della gestione, senza dover impiegare eccessive energie (e tempo) nel conflitto per ricercare condizioni di vantaggio « contro » altre U.s.l. a causa della mancanza, o insufficienza di chiari indirizzi e di criteri regionali.

Un terzo rischio consiste nel trovarsi ad essere « organo forte » al vertice di una « struttura organizzativa debole » sul piano della compe-

tenza direzionale di servizi e di unità operative. In questo caso la capacità di definire valide strategie e politiche di gestione, l'autonomia, la discrezionalità e il potere formale di adottare gli atti amministrativi mancherebbero di adeguate « cinghie di trasmissione » ed avrebbero scarsi riflessi sull'operatività della U.s.l. Scelte di decentramento delle responsabilità e di traduzione di obiettivi e programmi generali in obiettivi e programmi particolari da assegnare ai responsabili dei diversi settori di attività sarebbero impossibili nel caso di una « organizzazione debole della U.s.l. ». Sarebbe allora forte la tentazione dell'accentramento (degli atti, delle decisioni e insieme ad essi dei conflitti) che però produce un circolo vizioso del crescente coinvolgimento dell'amministrazione straordinaria sugli aspetti di gestione corrente, di dettaglio e di correlata diminuzione del tempo e delle energie dedicate agli aspetti di « direzione generale », di attivatore e gestore di processi innovativi.

Per attenuare l'effetto di circolo vizioso la via da seguire è quella di una forte e decisa politica di sensibilizzazione e di formazione della dirigenza.

Conclusione: coniugare professionalità ed etica

In assenza di una riforma complessiva dell'amministrazione pubblica e di una riforma generale della « architettura » del S.s.n., la riforma del modello istituzionale e organizzativo della U.s.l. centrata sulla figura dell'amministratore straordinario (che anticipa quella del direttore generale) costituisce indubbiamente una occasione, una opportunità di cambiamento.

L'analisi svolta con riferimenti alla teoria e alla pratica ha cercato di chiarire come anche questo mec-

canismo finalizzato a valorizzare gli elementi di professionalità nella gestione della sanità non possa *di per sé* produrre i benefici effetti desiderati, auspicati, ipotizzati. Infatti difficile e non precisa è la definizione dei contenuti della funzione e delle relazioni tra funzione politica e funzione di direzione, difficile e non uniformemente accettata è la definizione del concetto di nuova professionalità manageriale, difficile è il superamento delle tradizionali logiche nella scelta degli amministratori straordinari (legittimazione politica) e persistenti sono i criteri di valutazione del loro operato (responsabilizzazione formale sugli atti). Troppo sbilanciato sul piano strutturale appare poi il rapporto tra opportunità e rischi, tra spazi di autonomia reale e vincoli esterni.

Ancora una volta appare allora determinante l'atteggiamento e il comportamento delle persone rispetto alla sfida del cambiamento.

Senza una forte carica etica degli amministratori, senza una loro accettazione di un elevato livello di impegno e di rischio personale per ottenere più elevati livelli di funzionalità (scambio di « costi individuali » con « benefici sociali »), senza l'accettazione di mediazioni per favorire il consolidamento del nuovo sistema e non per obiettivi individuali di carriera, senza la rinuncia a perseguire la massimizzazione dei vantaggi per la propria Unità sanitaria locale anche a costo di inde-

bolire il sistema regionale (a causa della strutturale condizione di debolezza della Regione) ben difficilmente vi potrà essere una evoluzione in senso positivo.

La dinamica dei sistemi sociali non è meccanicistica e determinata solo da elementi strutturali, ma è fortemente condizionata dal comportamento degli uomini che possono rendere possibile ciò in cui credono. Ciò vale sicuramente per il S.s.n. nel cui ambito il ruolo degli amministratori straordinari oggi (e dei direttori generali domani) appare « critico » in quanto, esperienza comune a tutti i paesi progrediti, solo un decisivo recupero di produttività e di funzionalità delle « strutture di offerta » potrà consentire di sostenere politiche sanitarie meno orientate a ricercare la compatibilità economica tramite rilevanti riduzioni dei livelli assistenziali.

Molti oggi pensano, e buona parte della letteratura indurrebbe a pensare, che sia giunta anche per i sistemi pubblici in generale e per i sistemi sanitari particolare, « l'era della managerialità » e che questa significhi essenzialmente dominio della « professionalità » sulla « politica » e sul « garantismo burocratico ». Ciò è vero e falso allo stesso momento.

È vero, perché è indubbio che per il progresso della società sia necessario diffondere la conoscenza dei principi, dei metodi, degli strumenti per migliorare lo svolgimento delle

attività umane « organizzate in forme coordinate e complesse » (conoscenze di management per il governo delle « aziende » private e pubbliche).

È falso perché nemmeno gli strumenti di management sono « neutrali » e « dotati di una loro intrinseca razionalità ». Essi servono a « scegliere la migliore tra le alternative di comportamento », ma essi devono anche servire per « generare sempre nuove alternative di scelta » per l'uomo. Agli amministratori straordinari (e ai futuri direttori generali) è richiesto non solo di « fare scelte per orientare la gestione all'efficacia, all'efficienza e all'economicità » ma di operare per « rendere possibili, attraverso la propria creatività, la propria professionalità, il proprio impegno, l'accettazione del rischio, la propria dedizione, scelte che altrimenti non sarebbero possibili ». Questa è la « tensione etica » che gli amministratori straordinari (e i futuri direttori generali) devono buttare nella sfida del cambiamento.

Essere in grado di coniugare *il sapere* (che non è dato ma va sempre rinnovato), *il volere* (che dipende da propri valori), *il potere* (che è attribuito dalla nuova normativa), per *essere* agenti del cambiamento e per *essere* uomini al servizio di altri uomini.

Questo è l'imperativo etico e la sfida per i manager della sanità degli anni novanta.

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

di Mario Del Vecchio*

SOMMARIO: 1. I sistemi sanitari di fronte alle tecnologie e alcuni riferimenti al caso italiano - 2. I principi della valutazione delle tecnologie biomediche e sanitarie - 3. La valutazione economica delle tecnologie.

The subject of the article is the evaluation of biomedical technologies and their potential utilization at different levels of the Italian national health care system. The first part of the article, which follows (the second part will be published in the next issue of the review), begins with a short description of general strategies adopted in modern health care systems in order to control the diffusion of biomedical technologies and rationalize their utilization. Some aspects of the Italian situation are also highlighted here. The importance of a better diffusion of information on the effects of technologies also is stressed. The second half of the present article deals with the presentation of a general model for technology assessment and in particular to the evaluation of economic effects.

I sistemi sanitari di fronte alle tecnologie e alcuni riferimenti al caso italiano

L'evoluzione dei sistemi sanitari moderni negli ultimi decenni è stata largamente caratterizzata da quella che con un brutto termine viene definita come « tecnologizzazione » dell'assistenza sanitaria, che ha condotto ad identificare, a torto o ragione, la moderna medicina con l'applicazione estensiva delle tecnologie biomediche e sanitarie. Si è assistito, in tale periodo, a una vera e propria esplosione dell'innovazione tecnologica che è stata rapidamente incorporata in nuovi prodotti (nelle attrezzature, ma anche nei beni di consumo) destinati ad essere utilizzati nelle diverse fasi del ciclo diagnostico terapeutico.

Tale evoluzione è stata accompagnata da una crescita costante della spesa sanitaria ed è largamente ac-

cettata l'opinione secondo cui essa costituisce una delle cause principali dell'incremento dei costi nel settore sanitario. L'evidente correlazione tra introduzione e diffusione delle tecnologie e lievitazione delle spese costituisce comunque un elemento insufficiente di giudizio se accanto ai due elementi citati non vengono altresì considerati i benefici che possono essere ottenuti in termini di miglioramento dello stato di salute. Proprio da questo punto di vista alcuni autori mettono in discussione la reale consistenza dei benefici e arrivano a chiedersi se le risorse complessivamente investite nel settore sanitario in generale e per le tecnologie in particolare non abbiano raggiunto livelli tali da produrre benefici marginali estremamente bassi, inesistenti o addirittura negativi.

Questo scenario, comune a tutti i sistemi, caratterizzato da:

— tensione sul lato delle risorse

a fronte di una spesa sanitaria rapidamente crescente e conseguenti politiche di contenimento della stessa;

— incremento delle conoscenze scientifiche e delle tecnologie disponibili con un rafforzamento delle pressioni per una rapida diffusione e applicazione delle nuove tecnologie;

— benefici marginali decrescenti che rendono più difficile e meno im-

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

Quella che viene pubblicata è solo la prima parte dell'articolo. La seconda verrà pubblicata nel prossimo numero.

mediata l'individuazione di una scala di priorità che orienti spontaneamente le dinamiche di diffusione verso le tecnologie a maggior efficacia sanitaria ed efficienza economica; ha spinto tutti i sistemi sanitari avanzati a introdurre politiche tese a controllare la diffusione e razionalizzare l'utilizzo delle tecnologie in campo sanitario. Tali politiche, seppure con i dovuti adattamenti a seconda dei differenti contesti, possono essere sostanzialmente ricondotte a tre principali strategie di intervento.

La prima è la regolazione diretta e specifica della diffusione tramite la definizione e l'applicazione di standard di dotazioni fisiche rispetto a determinati bacini di utenza (principalmente per le « alte tecnologie »). È importante sottolineare come tale strategia non sia stata applicata solo nei sistemi prevalentemente pubblici, come quello italiano, ma anche in quelli in cui prevalgono gli elementi di mercato. Nel contesto Usa, ad esempio, per lungo tempo l'accesso a determinate tecnologie da parte degli ospedali è stato subordinato alla concessione di una apposita autorizzazione (Certificate of Need) da parte delle autorità pubbliche.

La seconda è di natura indiretta e ha carattere più generale (non mirata a specifiche tecnologie), intervenendo sulla possibilità e/o convenienza per le unità che forniscono le prestazioni di modificare le loro dotazioni tecnologiche. Nel caso italiano si tratta del « razionamento » delle risorse finanziarie implicito nella definizione dei fondi in conto capitale, nei sistemi di mercato (ancora una volta il riferimento è agli Usa) ciò che è stato modificato sono i criteri di pagamento delle prestazioni (1).

Una terza strategia, meno univocamente definibile rispetto alle precedenti e che rappresenta in parte una evoluzione spontanea, è tesa al miglioramento della capacità di se-

lezione e gestione delle tecnologie da parte delle unità del sistema. Si tratta di un'ampia gamma di interventi che vanno dalla produzione e diffusione di informazioni sulle tecnologie ai diversi soggetti interessati (ospedali, professionisti, utenti), alla fornitura di servizi come la consulenza o la manutenzione, alla formazione e all'inserimento, principalmente all'interno delle unità di erogazione dei servizi, di specifiche figure professionali.

La valutazione del grado di successo di tali strategie in termini di razionalizzazione dei processi spontanei di diffusione e utilizzo delle tecnologie non è affrontabile in questa sede. È opportuno però notare che preliminarmente a ogni strategia di intervento è la creazione di un insieme sistematico di conoscenze e informazioni sulle nuove tecnologie così come su quelle esistenti. In particolare è necessario riuscire ad evidenziare, a partire da un modello generale di valutazione, quali siano gli effetti rilevanti che conseguono all'introduzione e all'utilizzo di determinate tecnologie in modo da garantire un'adeguata diffusione a quelle si ritengono maggiormente efficaci (2).

Se spostiamo brevemente l'attenzione al contesto italiano non si può dire che l'esperienza del S.s.n. rispetto ai problemi posti dalle tecnologie sia stata particolarmente positiva. Una considerazione di ordine generale è quella di una sostanziale sottovalutazione della rilevanza del problema che ha condotto a interventi sporadici e spesso contraddittori, in particolare:

1) gli interventi di regolazione diretta, da una parte non hanno tenuto nella debita considerazione gli accentuati livelli di autonomia presenti nel sistema e la conseguente inefficacia della sola logica degli standard definiti centralmente, dall'altra hanno sostanzialmente riguardato il

solo settore pubblico ignorando le ripercussioni che le scelte del settore privato provocano nello stesso settore pubblico (3);

2) la relativa esiguità ed erraticità delle risorse disponibili in conto capitale hanno rappresentato scelte orientate più dalle necessità della finanza pubblica che da una razionale analisi dei fabbisogni di rimpiazzo ed espansione del patrimonio tecnologico e le stesse strategie di risposta messe in atto dalle U.s.l. (spostamento della spesa sulla parte corrente con artifici più o meno leciti) hanno inciso fortemente sulla razionalità complessiva delle scelte fatte (4);

3) sono stati finora estremamente carenti, se non del tutto assenti, gli interventi intesi a migliorare su questo terreno le capacità gestionali delle strutture operative del S.s.n., a mero titolo esemplificativo è opportuno rammentare che solo tre Regioni hanno da poco avviato il censimento del loro patrimonio tecnologico o che il più volte annunciato Osservatorio nazionale sulle tecnologie biomediche non è ancora stato istituito.

Le politiche a livello di sistema, che rappresentano una parte importante dell'ambiente di riferimento entro il quale le diverse unità aziendali (sostanzialmente le U.s.l.) assumono le decisioni e conducono la gestione, non sono quindi riuscite a intervenire positivamente su una situazione che, peraltro, vede in generale una bassa capacità di gestione della risorsa tecnologica.

Tale ultimo giudizio può essere suffragato da alcuni elementi comunemente riscontrabili, quali:

— processi decisionali segnati dal prevalere di logiche legate al potere organizzativo (potere del richiedente) o in cui non viene garantito l'equilibrato temperamento delle diverse « esigenze aziendali » (ad esempio supposti o effettivi risultati sul

piano sanitario e riflessi economico-finanziari);

— focalizzazione sul momento decisionale e scarsa attenzione al momento della gestione, a partire dalla generalizzata carenza di sistemi informativi dedicati, per cui poco o nulla si conosce circa i reali livelli di utilizzo o circa le necessità manutentive, fino alla mancata predisposizione di tutti gli elementi necessari per un soddisfacente funzionamento (primo fra tutti i livelli qualitativi e quantitativi del personale);

— difficoltà a gestire convenienti processi negoziali con le imprese fornitrici con evidenti riflessi su tutte le condizioni di scambio (prezzi, garanzie, formazione...) e il sorgere di un mercato difficilmente definibile come propriamente concorrenziale.

Dal quadro appena delineato, in cui alcune esperienze positive, che pur esistono, rappresentano comunque una eccezione, emerge sicuramente la necessità di alcuni decisi interventi di carattere « strutturale » (sistemi di programmazione, modalità di finanziamento, ecc.), non deve essere peraltro sottovalutato il contributo che può venire dalla produzione e diffusione a tutti i livelli del sistema di conoscenze e informazioni sulle caratteristiche e gli effetti delle tecnologie in ambito sanitario. A differenza di quel che avviene in altri contesti, in Italia esiste una scarsa produzione di analisi e ricerche sullo specifico tema e una limitata diffusione di quel poco che viene prodotto.

Se questa è la ragione alla base della scelta di dedicare un'attenzione particolare al tema delle tecnologie fin dal primo numero della rivista, può essere utile fornire al lettore una sintetica descrizione (5) di quello che è un modello di base, largamente accettato in letteratura, per l'analisi e la valutazione delle tecnologie e che può consentire ai fruitori di « posizionare » in maniera critica i diversi contributi.

I principi della valutazione delle tecnologie biomediche e sanitarie

La tecnologia biomedica in un certo senso è sempre stata valutata almeno sotto il profilo rischio/beneficio. La comunità scientifica in senso lato si è sempre assunta la responsabilità di analizzare e « certificare » la validità delle innovazioni che entravano nella pratica medica tramite metodi e criteri di validazione che focalizzavano essenzialmente l'attenzione sugli aspetti squisitamente sanitari. Il superamento dei limiti insiti in un approccio « unidimensionale » trova una sua formalizzazione in un modello di analisi e valutazione conosciuto come « Technology assessment » (T.a.).

Il T.a. è un processo strutturato

e multidimensionale di analisi e decisione rispetto alle tecnologie utilizzate o utilizzabili in campo sanitario:

a) strutturato nel senso che presuppone una raccolta e una analisi sistematica di dati e l'individuazione e utilizzazione di metodologie di analisi con definiti principi e metodi di validazione loro proprie;

b) multidimensionale per indicare una valutazione complessiva degli effetti ed impatti di una tecnologia sulle diverse dimensioni rilevanti del problema.

Proprio perché la valutazione deve essere condotta su dimensioni diverse, il T.a. deve essere visto come un processo che include diversi mezzi o modalità di valutazione e può essere suddiviso in quattro momenti fondamentali (si veda fig. 1):

1) identificazione: si tratta di de-

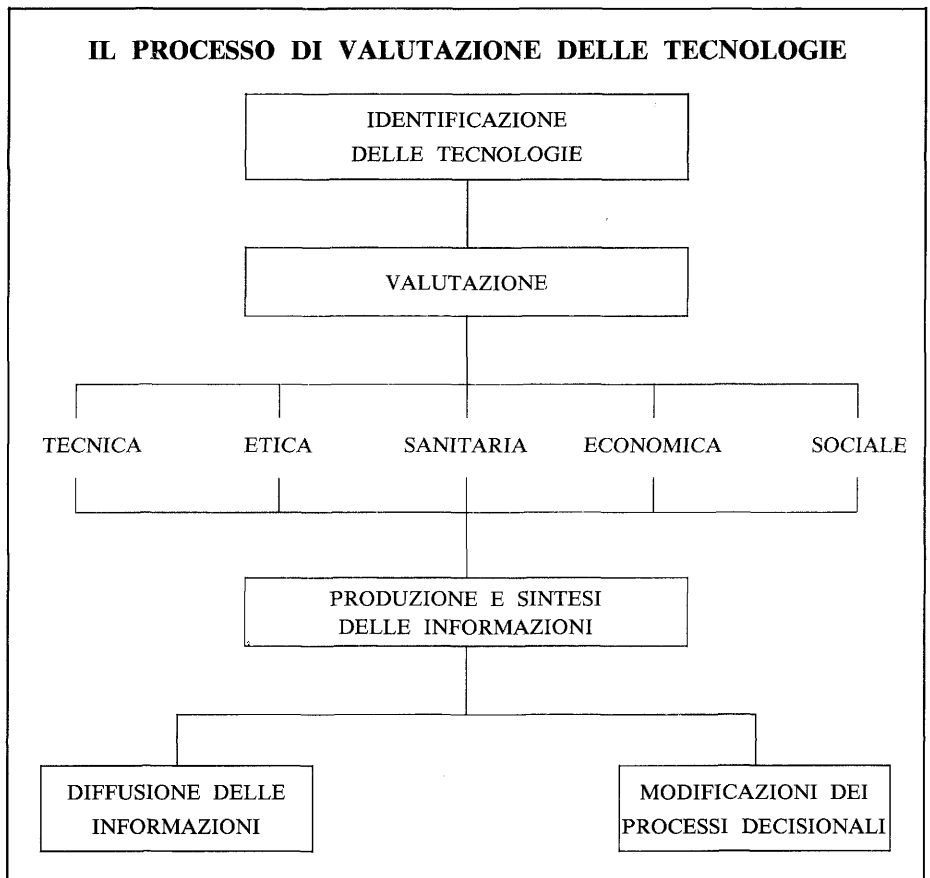


Figura 1

finire e descrivere la tecnologia oggetto della valutazione la quale può essere una tecnologia più « matura » o una nuova tecnologia che è ancora in via di diffusione, oppure una tecnologia esistente per la quale si vadano prospettando nuove aree di applicazione;

2) valutazione: consiste nel procedere materialmente alla valutazione secondo diverse metodologie e/o nel raccogliere i risultati di precedenti valutazioni;

3) sintesi: che deve essere basata sui risultati delle diverse valutazioni e dovrebbe altresì prendere in considerazione l'ipotesi di tecnologie alternative;

4) disseminazione delle informazioni e delle conoscenze prodotte sulla tecnologia oggetto di indagine.

Il momento dell'identificazione risulta particolarmente delicato in quanto si tratta di definire e applicare criteri per la scelta delle tecnologie da valutare. Questi normalmente dipendono dal posizionamento della tecnologia nel suo ciclo di vita, dalle potenzialità ipotizzate dal punto di vista sanitario e dal volume di risorse che si prevede verranno consumate dalla specifica tecnologia. Queste pre-valutazioni sono particolarmente difficili in quanto non possono basarsi semplicemente su dati attuali, ma richiedono una certa capacità di pre visione rispetto alle condizioni future. Alcune tecnologie, ad esempio, possono non mostrare inizialmente una richiesta ingente di risorse, ma a causa del loro alto potenziale di diffusione e del loro livello di utilizzo possono avere impatti economici più rilevanti di altre che richiedono investimenti iniziali più elevati.

Il momento della valutazione include diversi studi sui differenti aspetti che vengono ritenuti rivanti per formulare un giudizio complessivo sulla tecnologia. Nella figura 1 sono state segnalate, a titolo indicativo,

cinque possibili dimensioni di analisi, a seconda del caso concreto alcune di queste possono essere trascurate e altre aggiunte. Per alcune tecnologie potrebbe essere indispensabile una valutazione ad hoc sull'impatto organizzativo e del tutto superfluo considerare l'aspetto etico. I metodi utilizzati appartengono a discipline scientifiche diverse e se verrà trattata in particolare l'analisi economica, alcune notazioni verranno fatte anche sulla valutazione degli effetti sanitari.

La sintesi delle informazioni ottenute è un momento importante per fornire un quadro complessivo da utilizzarsi nel momento della decisione circa l'adozione di una tecnologia e la sua susseguente diffusione.

L'ultimo passo nel processo di valutazione è quello della diffusione delle informazioni generate, come queste vengano concretamente utilizzate a fini decisionali e come modifichino la diffusione e le modalità di utilizzo della tecnologia. Al di là dei differenti obiettivi di un T.a., se maggiormente orientati a fini conoscitivi o decisionali, un punto importante è che il risultato deve essere utilizzabile dall'interlocutore, per cui è necessario che contenga le sole informazioni rilevanti, sia facilmente comprensibile e sia tempestivo nel fornirle.

Prima di passare a un breve quadro descrittivo delle principali metodologie utilizzate nell'analisi economica, è importante soffermarsi brevemente sulla valutazione degli effetti sanitari.

Il suo scopo è quello di valutare l'efficacia sanitaria di una tecnologia, la sua rilevanza nel definire e modificare lo stato di salute di un soggetto, la presenza di eventuali rischi nel suo utilizzo. I metodi sono quelli della ricerca medica in senso lato e possono variare rispetto all'area di applicazione (prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione) o al li-

vello di affidabilità (dalle osservazioni non controllate, con grande rischio di distorsioni, agli esperimenti clinici controllati e randomizzati, sicuramente i più affidabili, ma non sempre possibili da un punto di vista etico o dell'impegno economico).

Senza voler entrare nel merito del complesso problema dei metodi di validazione scientifica in campo medico è opportuno in questa sede sottolineare due aspetti di particolare criticità.

Il primo riguarda l'oggettiva difficoltà di stabilire l'effettiva efficacia sanitaria di una tecnologia, come testimoniato dalle dispute scientifiche che hanno sempre accompagnato i processi di diffusione e i non rari casi di tecnologie diffuse che si sono in seguito dimostrate inefficaci. Collegato a questo vi è poi l'aspetto della indispensabile autonomia professionale del medico nelle scelte attuate sulla base delle proprie competenze e convinzioni. I due aspetti si legano nel senso che lo sforzo verso una migliore identificazione dell'efficacia sanitaria non può essere disgiunto da un'attenzione particolare rispetto alle condizioni che consentono una diffusione e un utilizzo delle conoscenze generate (influenza sui comportamenti degli operatori).

Il secondo concerne la trasferibilità dei risultati. Se una tecnologia viene adottata sulla base di alcune evidenze scientifiche è importante che venga utilizzata in condizioni il più possibile prossime a quelle che hanno consentito il formarsi di un giudizio positivo. I fattori che possono modificare le performances ottenute in condizioni ottimali (efficacy) rispetto a quelle di concreto utilizzo (effectiveness) sono molteplici e vanno dai quadri di esordio considerati, alle competenze professionali necessarie, alle condizioni organizzative, ai quadri epidemiologici. Il problema di una razionale utilizzazione e

quindi di una tecnologia « adeguata » al contesto in cui viene ad inserirsi è stato spesso sottovalutato, ma non per questo è risultato meno cruciale nel determinare i benefici conseguibili tramite l'utilizzo di una determinata tecnologia.

La valutazione economica delle tecnologie

Tradizionalmente la valutazione delle tecnologie biomediche e sanitarie è stata prevalentemente focalizzata sugli effetti sanitari, ignorando quasi del tutto le conseguenze sul piano economico. Se l'evoluzione precedentemente descritta ha imposto maggiore attenzione agli aspetti economici, ciò non deve fare dimenticare che la valutazione di tipo sanitario costituisce un prius rispetto a ogni analisi sotto il profilo economico, nel duplice senso che le modificazioni dello stato di salute sono la ragione principale per l'utilizzo di una tecnologia e che una valutazione di tali modificazioni è indispensabile per ogni ragionamento di tipo economico.

Una eccellente rassegna delle metodologie di analisi economica dei programmi sanitari (di cui le tecnologie rappresentano un sottoinsieme) e dei problemi più rilevanti si può trovare in una pubblicazione di Drummond, Stoddart e Torrance (6). Gli autori sintetizzano il significato della valutazione economica nella seguente maniera:

« ... economic evaluation (is) the comparative analysis of alternative courses of action in terms of both their costs and consequences. Therefore, the basic tasks of any economic evaluation are to identify, measure, value, and compare the costs and consequences of the alternatives being considered. These tasks, and the definition preceding them, characterize all economic evaluations, including those concerned with health services ».

Da tale premessa discende una classificazione degli studi e dei possibili approcci di analisi articolata su due dimensioni:

a) l'esistenza o meno di una esplicita comparazione tra due alternative;

b) la disamina contestuale, secondo metodi opportuni, sia dei costi che dei risultati, ovvero la focalizzazione su uno soltanto degli elementi citati.

Solo nel caso le due condizioni siano contemporaneamente soddisfatte è possibile parlare di valutazioni economiche in senso stretto. All'interno di quest'ultima area si collocano diverse tecniche specifiche che hanno tutte in comune lo sforzo di mettere in relazione i costi sopportati (o utilità consumate) con una misura degli effetti prodotti, posto che in questo campo, in generale, non esistono o non sono utilizzabili i prezzi di cessione del servizio come misura delle utilità prodotte (logica di mercato in cui si comparano costi e ricavi).

Mentre l'identificazione dei costi e la loro successiva misurazione in unità monetarie è comune a tutti i metodi, ciò che li rende differenti è la modalità di misurazione/valutazione degli effetti prodotti. Vengono quindi, sotto quest'ultimo aspetto, identificate quattro classi principali di tecniche di valutazione.

Analisi di minimizzazione dei costi. Nel momento in cui, attraverso metodi opportuni, si riesca a dimostrare l'effettiva identità dei risultati sanitari delle tecnologie in esame, la valutazione economica si riduce a una identificazione accurata di tutti i fattori di costo e una ricerca dell'alternativa a costo minore. In pratica tale metodo viene spesso utilizzato nel caso di nuove tecnologie, che si suppongono meno costose, destinate a sostituire quelle esistenti. In tale caso l'analisi degli effetti sanitari è tesa a dimostrare « almeno » la pari

efficacia tra la tecnologia nuova e quella vecchia e quindi la convenienza dell'adozione sulla base delle sole valutazioni relative al minor costo.

Analisi costo efficacia. Tali analisi vengono utilizzate nel caso in cui le alternative considerate producano risultati che, seppur differenti, possono essere misurati su una unica (comune) dimensione rilevante come ad esempio le vite salvate o gli anni di vita guadagnati. Nel valutare le alternative viene quindi calcolata l'entità dell'effetto prodotto e rapportata al costo sopportato, pervenendo a indicatori del tipo « costo per anno di vita salvato ». Nel caso in cui si abbia a che fare con un budget predefinito di risorse lo stesso rapporto viene invertito (valutazione degli effetti per unità monetaria spesa).

Analisi costi utilità. Ciò che differenzia questo approccio dal precedente è il tentativo di superare la misurazione « grezza » dei risultati, costruendo delle scale di misurazione dei risultati che tengano in considerazione le preferenze relative degli individui o della società verso un insieme di effetti sul piano della salute (utilità di diverse condizioni di salute raggiunte). Le risorse impiegate vengono, in questo caso, confrontate con un indicatore di utilità normalmente rappresentato in termini di Q.a.l.y. (Quality adjusted life years), dove gli effetti in termini naturali (anni di vita) vengono « aggiustati » rispetto alla loro desiderabilità (qualità della vita).

Analisi costi benefici. Spesso le conseguenze di due alternative non sono identiche sul piano sanitario, oppure non è nemmeno possibile identificare una sola dimensione rilevante su cui misurare i risultati. In tali situazioni l'analisi costi benefici tenta di andare oltre a una descrizione disaggregata dei diversi effetti e di trovare un comune denominatore nelle unità monetarie. Risulta evidente la difficoltà, la delica-

tezza e la soggettività inerenti la traduzione in termini monetari di benefici sullo stato di salute, ma non è detto che tali valutazioni debbano risultare inevitabilmente arbitrarie: la bontà dell'analisi dipende in larga parte dalla capacità di trovare delle misure convincenti e ragionevoli degli effetti considerati. Una volta che l'analisi sia stata effettuata, la valutazione sintetica può essere espressa tramite una serie di indicatori simili a quelli normalmente utilizzati dalle organizzazioni che operano in contesti di mercato nel valutare i progetti di investimento (valore attuale netto, tasso interno di rendimento, ecc.), che esprimono la convenienza o meno ad intraprendere una determinata azione.

Uno schema di sintesi dei diversi approcci di analisi è presentato nella figura 2.

Per concludere questa breve presentazione delle metodologie di analisi economica delle tecnologie, è opportuno accennare ad alcune aree problematiche che si incontrano co-

munemente nella valutazione economica in senso stretto (confronto tra alternative e quindi non semplice analisi dei costi).

Un primo aspetto da sottolineare è che la valutazione economica in senso stretto bene si adatta al caso di una tecnologia nuova in quanto risulta, da una parte adeguatamente determinata l'alternativa di riferimento (tecnologia o procedura consolidata che si propone di sostituire) e dall'altra maggiormente delimitato lo scopo che si intende perseguire (vantaggi differenziali rispetto alla situazione corrente). Se prendiamo ad esempio gli analizzatori automatici di chimica clinica, questi rappresentano una tecnologia a così larga diffusione che, a meno di non voler valutare singole sottoclassi o addirittura singoli apparecchi, risulterebbe difficile individuare una plausibile alternativa di riferimento.

Bisogna inoltre considerare che l'analisi economica necessita dell'individuazione di una o al massimo alcune aree di applicazione poiché i

giudizi circa la convenienza possono essere formulati solo in relazione all'introduzione rispetto a un certo protocollo diagnostico-terapeutico. Tale condizione è più facilmente rintracciabile per le tecnologie terapeutiche (es. litotripsia), ma di più difficile « costruzione » per quelle diagnostiche (7).

Per queste ultime il problema viene spesso superato limitandosi alla valutazione dei risultati su un piano strettamente tecnico.

Infatti se le valutazioni economiche devono comparare costi e risultati, nel caso delle tecnologie ad uso diagnostico sorgono alcune peculiari difficoltà nella definizione di questi ultimi. Infatti l'efficacia (risultati derivanti dall'introduzione e applicazione) di tali tecnologie può essere valutata a diversi livelli (8):

1) performances di tipo meramente tecnico, legate a singoli processi di funzionamento della macchina;

2) accuratezza dei risultati prodotti, come esito congiunto dei processi di cui al punto precedente;

3) modificazione delle diagnosi cliniche a seguito delle nuove o diverse informazioni prodotte dalla tecnologia in questione;

4) modificazioni nel processo terapeutico indotte dalle eventuali modificazioni nelle diagnosi;

5) effetti in termini di variazione dello stato di salute del paziente;

6) utilità generate per la società nel suo complesso.

Ciò che la distinzione proposta tende a sottolineare è l'idea che i miglioramenti nelle tecnologie diagnostiche non devono essere considerati un fatto positivo in sé, ma che questi vanno valutati in relazione alle modificazioni che sono in grado di apportare all'intero iter diagnostico-terapeutico.

In altre parole si tratta di tenere adeguatamente presente il carattere strumentale delle tecnologie in que-

TIPO DI ANALISI	MISURAZIONE VALUTAZIONE DEI COSTI	IDENTIFICAZIONE CONSEGUENZE	MISURAZIONE CONSEGUENZE
Minimizzazione dei costi	Lire	Identiche in tutti gli aspetti	Nessuna
Costi efficacia	Lire	Unica dimensione in misura diversa	Unità specifiche (vite salvate, ecc.)
Costi utilità	Lire	Unica dimensione in misura diversa	Q.a.l.y.
Costi benefici	Lire	Multiple su dimensioni diverse e specifiche	Lire

Figura 2

stione rispetto al perseguimento di finalità di più ampio respiro.

(1) Il passaggio del sistema di pagamento degli ospedali da quello basato sulle singole prestazioni (pie' di lista) a quello prospettico (importo predefinito per tipologia di ricovero) ha fatto venir meno la convenienza per gli ospedali a sovradotarsi di tecnologie le cui prestazioni non possono essere fatturate.

(2) Il modello cui si fa riferimento nel testo verrà presentato nel paragrafo successivo.

(3) Una dinamica sufficientemente tipica per alcune tecnologie è: blocco della diffusione nel settore pubblico, diffusione accelerata in quello privato con creazione della relativa domanda di pre-

stazioni, convenzionamento quasi obbligato da parte del Servizio sanitario nazionale, abbandono o ridimensionamento dell'interesse da parte del settore privato e diffusione nel pubblico una volta esauriti gli elevati potenziali di profitto. È stata questa la dinamica nel caso delle Tac e la stessa si è ripetuta per i litotrittori.

(4) Nella situazione descritta (insufficienza di risorse finanziarie) le decisioni sono fortemente orientate dalle necessità di sfruttare pienamente le opportunità di elusione del vincolo finanziario rispetto alla convenienza della scelta stessa (si acquista ciò che è possibile finanziare e non ciò che sarebbe più utile acquisire).

(5) Nel piano editoriale della rivista è già prevista la pubblicazione di alcuni

contributi di approfondimento su aspetti specifici.

(6) M.F. DRUMMOND, G.L. STODDART, G.W. TORRANCE, *Methods for the economic evaluation, of health care programmes*. Oxford University Press, 1987.

(7) La difficoltà cui si fa riferimento si riflette sul piano della significatività dell'analisi. Infatti, è sempre possibile valutare gli effetti di una tecnologia rispetto a un determinato iter, ma al crescere delle possibilità di utilizzo i risultati raggiunti saranno sempre meno significativi ai fini di una valutazione complessiva.

(8) MENKEN, MATTHEW, et al., *The cost effectiveness of digital subtraction angiography in the diagnosis of cerebrovascular disease*. (Health Technology Case Study 34) OTA-34, may 1985.

UN MODELLO DI ANALISI COSTO-EFFICACIA PER LA LITOTRISSIA ESWL IN ITALIA

di Franco Sassi*

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Dati e metodologia - 3. Il trattamento della litiasi biliare - 4. Il trattamento della litiasi urinaria - 5. Analisi di sensibilità - 6. Conclusioni.

Premessa

La litotriattia extracorporea con onde d'urto è una tecnica di trattamento per la litiasi biliare e urinaria che ha conosciuto le prime applicazioni cliniche all'inizio degli anni '80. Si tratta dell'unica tecnica non invasiva disponibile per il trattamento delle patologie in questione (salvo alcune eccezioni), e soprattutto per questo motivo ha conosciuto un rapido sviluppo tecnologico e una non meno rapida diffusione nei paesi più avanzati.

I litotrittori hanno un costo d'acquisto molto elevato e, in un sistema sanitario come quello italiano, caratterizzato da costanti tensioni finanziarie, il loro impiego può risultare particolarmente gravoso per l'ingente ammontare di risorse che devono essere investite. Nonostante ciò, la litotriattia ha avuto anche in Italia una notevole diffusione attraverso il canale privato, fin dai primi anni in cui la tecnologia si rese disponibile. Sul finire degli anni '80, i litotrittori erano già presenti in grande numero presso strutture private, e il Servizio sanitario nazionale si è limitato ad acquistare le singole prestazioni attraverso politiche di con-

venzionamento, senza gravare il proprio bilancio degli oneri fissi e del rischio legato all'investimento (anche se è discutibile il risultato ottenuto sul piano economico). Nella figura 1 (a pag. 28) è indicata la diffusione dei litotrittori in Italia, dall'introduzione fino al 1991.

La litotriattia ha consentito di trattare anche casi che altrimenti non sarebbero giunti all'applicazione di una terapia specifica (tipicamente le calcolosi asintomatiche), e inoltre l'intero « stock » dei casi di cui sia stato rinviato il trattamento, accumulatisi negli anni precedenti. In questo modo le strutture private che per prime hanno acquistato apparecchiature per litotriattia hanno potuto operare su ampi volumi di attività e hanno avuto garantito un ritorno positivo per il proprio investimento. A favore di questa situazione, come già accennato, ha giocato la disponibilità a pagare dei pazienti, cui si propone una tecnica di trattamento incruenta e non invasiva come quelle alternative. Si è generata quindi una pressione nei confronti del sistema sanitario da parte della domanda e questa ha avuto l'effetto di facilitare ulteriormente le politiche di con-

venzionamento, senza gravare il proprio bilancio degli oneri fissi e del rischio legato all'investimento (anche se è discutibile il risultato ottenuto sul piano economico). Nella figura 1 (a pag. 28) è indicata la diffusione dei litotrittori in Italia, dall'introduzione fino al 1991.

le, infine, è stato il contributo dato dai lunghi tempi procedurali per l'acquisto di litotrittori da parte delle strutture pubbliche (non inferiori a due anni). Il processo di diffusione dei litotrittori in Italia è quindi un tipico esempio di sviluppo dell'offerta guidato dall'azione « trascinante » dalla domanda e dall'impulso del mercato. Si tratta di una situazione in cui il ruolo pubblico di indirizzo, coordinamento e controllo appare estremamente carente: l'introduzione e la diffusione della litotriattia extracorporea non sono state guidate da valutazioni analitiche dell'effetto che avrebbero generato sull'allocazione delle risorse sanitarie. Ugualmente, non è stato svolto un adeguato approfondimento sulla variabilità dell'impatto economico-sanitario della litotriattia ESWL in rapporto alle condizioni operative e organizzative che ne caratterizzano l'utilizzo.

Tutti gli aspetti di analisi appena descritti sono stati trattati nel corso

* **Franco Sassi** è ricercatore presso il Cergas, Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria dell'Università Bicconi di Milano.

di una ricerca svolta nel corso del 1991 e terminata all'inizio del 1992, dal Cergas di Milano e dal Crstbs di Trieste, con riferimento a entrambe le patologie che rappresentano l'indicazione all'utilizzo della litotrisia extracorporea (litiasi biliare e urinaria). La ricerca aveva la finalità di sviluppare una valutazione integrata (tecnica, clinica ed economica), di alcune grandi tecnologie sanitarie tra cui, appunto, il litotritore.

Il corpo centrale della valutazione economica è costituito dall'analisi costo-efficacia con cui sono state confrontate le alternative terapeutiche per il trattamento delle due patologie.

L'analisi, evidentemente, costituisce un'astrazione rispetto alla realtà, e trae le proprie conclusioni sulla base di assunzioni di fondo che pos-

sono essere oggetto di revisione e critica senza che questo infici la validità del modello complessivo di valutazione. Quando si prospettano due o più alternative in un processo decisionale clinico, difficilmente si configura una perfetta sostituibilità, ma i margini di discrezionalità del decisore nell'orientare il trattamento verso l'una o l'altra opzione rimangono molto ampi e rivela necessario guidare la scelta anche con indicazioni relative alle conseguenze economiche.

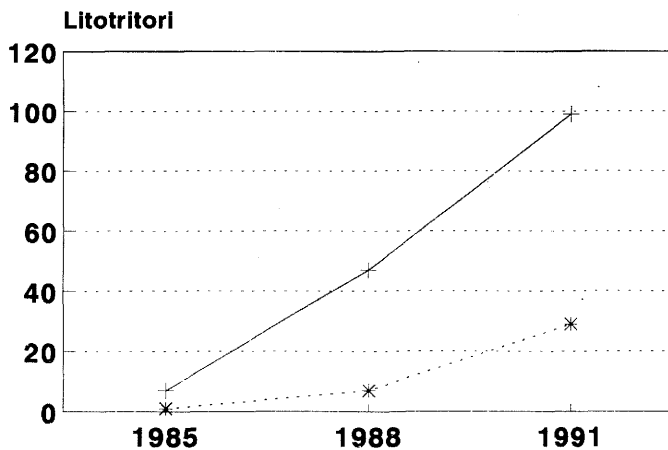
La percezione degli effetti destinati a svilupparsi da una semplice scelta terapeutica è particolarmente difficile in una prospettiva di breve periodo, quando il medico ha la sensazione che le strutture del Servizio sanitario nazionale siano comunque

pronte a erogare la prestazione richiesta senza sacrificio di altri trattamenti destinati ad altri pazienti. Eppure, anche le decisioni di breve periodo producono un impatto significativo sulla distribuzione delle risorse sanitarie, specie nei casi in cui esista una prospettiva di medio lungo termine che indichi la possibilità di sostituire un'opzione diagnostica o terapeutica con altra più efficace e sicura. È certamente vero che gran parte delle risorse utilizzate in un trattamento sanitario sono disponibili indipendentemente dal volume di attività, quindi rappresentano oneri fissi per il S.s.n. Tuttavia la sommatoria di singole decisioni cliniche che privilegino una forma di trattamento a scapito di un'altra ugualmente disponibile nel breve periodo, determina uno spostamento significativo della domanda di servizi sanitari. E se anche non si produce alcun effetto immediato, per l'azione di efficaci valvole di sfogo come le liste d'attesa o l'assistenza privata, certamente in prospettiva di più lungo periodo le singole decisioni cliniche si rivelano determinanti nell'indirizzare gli investimenti sanitari. Le strutture che erogano i servizi privilegiati dalla domanda godono di un tendenziale potenziamento, le altre sono ridimensionate e si avviano a ricoprire un ruolo marginale.

La valutazione economica comparativa tra differenti approcci terapeutici ha l'obiettivo essenziale di stimolare un'allocazione efficiente delle risorse sanitarie, attraverso un supporto quantitativo alle decisioni gestionali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Dati e metodologia

L'analisi costo-efficacia è stata condotta superando l'usuale approccio, semplicistico e fuorviante, che tende a limitare il confronto alle pre-



	1985	1988	1991
Totale	7	47	99
Strutture pubbliche	1	7	29

Anno

+ Totale * Strutture pubbliche

Figura 1 - Diffusione dei litotritori in Italia dal 1985 al 1991, totale e pubblici

stazioni centrali di ogni alternativa di trattamento. Nel caso specifico non si tratta di svolgere una valutazione comparativa della seduta di litotrissia rispetto all'intervento chirurgico di colecistectomia o di pieltomia, oppure all'intervento laparoscopico o percutaneo. Si tratta, invece, di concentrare l'attenzione sul prodotto finale dell'attività sanitaria, cioè sul trattamento del caso clinico di litiasi biliare e del caso clinico di litiasi urinaria. La valutazione comparativa deve essere effettuata sulle alternative di processo, vale a dire sulle diverse modalità produttive che permettono di ottenere lo stesso risultato.

L'oggetto di costo si identifica quindi nel trattamento che il Servizio sanitario nazionale offre per le due patologie di riferimento. Il processo sul quale si rileva il consumo di risorse sanitarie ha origine alla conclusione della fase diagnostica, quando il clinico deve effettuare una scelta tra le diverse opzioni terapeutiche. La conclusione del processo si determina solo nel momento in cui si ottiene la soluzione del problema clinico. Tutte le fasi intermedie, condizionate da nodi probabilistici, devono essere tenute in considerazione nell'analisi dei costi di processo.

Il nodo decisionale che si presenta all'inizio del percorso clinico funziona da linea di spartiacque tra le diverse alternative di trattamento. L'analisi dei costi deve spingersi ad asserire il diverso consumo di risorse sanitarie che si determina seguendo i percorsi alternativi, a partire dalla scelta iniziale e fino alla soluzione del problema clinico. In pratica si definisce il « costo atteso » di ogni modalità di trattamento, dato l'esito dell'alternativa posta al primo nodo decisionale. Un orientamento analogo si ritrova anche in alcuni studi di particolare interesse riportati in letteratura [Hatziandreu, 1990].

Le modalità alternative di processo che permettono di conseguire lo stesso risultato sanitario (trattamento della litiasi biliare o urinaria), non solo determinano un differente consumo di risorse, ma inducono anche una diversa distribuzione degli oneri tra i soggetti coinvolti.

La componente più rilevante dei costi di trattamento è a carico del S.s.n., ma esiste un'altra componente non trascurabile che rimane a carico dei pazienti e delle loro famiglie (partecipazione alla spesa sanitaria o impiego di risorse proprie nel trattamento). Altri oneri non sono direttamente attribuibili ad alcuno dei due soggetti, ma risultano comunque a carico della società nel proprio insieme.

L'utilizzo dell'analisi costo-efficacia come strumento pratico a supporto delle decisioni del clinico e del responsabile della programmazione sanitaria, non permette di sommare pedissequamente le diverse componenti di costo. Ne risulterebbe un'indicazione non significativa e certamente fuorviante. Al contrario è opportuno classificare distintamente gli oneri a carico di ciascun soggetto, in modo che la programmazione sanitaria possa essere orientata in una direzione compatibile con gli obiettivi distributivi generali, e in modo che il clinico si renda consapevole non solo degli effetti economici che la propria decisione terapeutica produrrà sul Servizio sanitario nazionale, ma anche di quelli che produrrà sullo stesso paziente.

Si possono registrare alternative di trattamento che presentino un analogo onere sociale complessivo. Ma se quest'ultimo si ripartisce in modo diverso tra i soggetti coinvolti, risulta inibita l'affermazione di equivalenza delle alternative. Il trattamento che minimizza il costo a carico del S.s.n. permette di destinare le risorse risparmiate ad altri trattamenti, ma non è necessariamente coe-

rente con il disegno politico di fondo del responsabile della programmazione economica. L'analisi costo-efficacia non offre soluzioni, bensì un supporto quantitativo a decisioni che possono prendere le mosse solo da giudizi di valore.

Un ulteriore aspetto metodologico merita una breve spiegazione: la configurazione di costo adottata. Quest'ultima corrisponde al costo pieno, che tipicamente si presta a orientare le decisioni di impiego delle risorse sanitarie nel lungo periodo.

Avendo a disposizione un ampio orizzonte decisionale, il responsabile della programmazione sanitaria può agire su tutte le leve necessarie per approntare la capacità di offerta di servizi sanitari. Non si tratta di stabilire il migliore impiego di strutture già definite e non modificabili, si tratta invece di progettare le stesse strutture e di predisporre la relativa dotazione tecnologica, in modo che rispondano agli orientamenti diagnostici e, in questo caso, terapeutici che si è deciso di privilegiare.

Non solo i consumi variabili di risorse risultano modificabili nel lungo termine, ma anche le dotazioni strumentali per litotrissia, endoscopiche o di sala operatoria, e il personale presente in pianta organica. Per questo motivo il costo espressivo dell'onere legato a una procedura terapeutica deve essere stimato in tutte le sue componenti: ogni risorsa utilizzata in una procedura non sarebbe stata disponibile se l'orientamento clinico o di programmazione sanitaria avessero privilegiato il trattamento con altra procedura.

Allo stesso modo risultano adattabili nel lungo periodo i costi della macrostruttura in cui è inserita la divisione che eroga le prestazioni: le spese amministrative, quelle per la manutenzione degli immobili, i consumi di energia elettrica e di carburante per riscaldamento, le spese di pulizia dei locali e tutti gli altri costi

legati alla presenza di una struttura e non solo al volume di attività che la stessa struttura produce.

I costi imputabili alla diagnosi della patologia non sono stati valutati, per la definizione prescelta dell'oggetto di costo che include esclusivamente le fasi del processo intercorrenti tra il termine della procedura diagnostica e la soluzione del problema clinico.

I dati di costo utilizzati nell'applicazione del modello di analisi derivano dalle condizioni attuali dei mercati dei fattori produttivi, e sono stati rilevati direttamente presso alcune unità campione giudicate rappresentative. La sintesi di indicazioni di costo generalizzabili è stata svolta con l'ausilio di precedenti studi italiani [De Mercato, 1991], e stranieri. I percorsi diagnostico-terapeutici e le modalità specifiche con cui si svolge ciascuna fase del complesso iter di trattamento, che concorrono a determinare il costo atteso di ogni alternativa di intervento sanitario, sono stati ricostruiti attraverso i giudizi di singoli componenti di un panel clinico appositamente costituito per supportare la ricerca. Il modello, peraltro, non ha alcuna pretesa di oggettività né di universale condivisibilità. Si tratta di una base di riferimento realistica, che poggia su riscontri significativi, e che deve essere adattata alle caratteristiche particolari del contesto in cui si assume la decisione.

I risultati ottenuti con l'analisi costo-efficacia, infatti, rappresentano un'indicazione statica, che ancora poco si presta all'impiego per le decisioni di gestione delle tecnologie, perché vincolata da ipotesi di fondo non necessariamente corrispondenti alle specifiche condizioni operative in cui si utilizza la tecnologia oppure all'orientamento del soggetto che si avvale della valutazione economica come supporto quantitativo alle proprie decisioni.

Complemento indispensabile del-

l'analisi costo-efficacia, quindi, è una approfondita analisi multivariata di sensibilità che permetta di valutare lo spostamento dei rapporti di convenienza tra le alternative di trattamento in relazione a diversi possibili valori assunti dalle variabili considerate più significative. Questa ulteriore indagine è stata svolta in base a ipotesi differenziate riguardo due parametri: il volume di attività di ogni singolo litotritore e il numero di ritrattamenti necessari per la soluzione del problema clinico.

Anche quest'ultima sezione della valutazione economica non deve essere considerata esaustiva e vincolante. È il modello logico di valutazione che costituisce la guida e il supporto alle decisioni di programmazione sanitaria, non le singole valutazioni effettuate in forma astratta e rappresentative solo di condizioni operative medie.

Il trattamento della litiasi biliare

La litiasi biliare (colecistica o delle vie biliari), è una patologia ampiamente diffusa in Italia. Attraverso le indicazioni della letteratura clinica si può stimare un tasso di prevalenza pari a 16,5% nella popolazione generale, e un tasso di incidenza pari a 0,4% per anno. Tuttavia, solo un quinto del totale dei casi presenta sintomi specifici e tutti i casi rimanenti non richiedono necessariamente un trattamento.

La litotrissia extracorporea con onde d'urto ha potuto godere, fino a oggi, di scarsa predilezione nel trattamento della calcolosi biliare. Il motivo risiede nella limitata applicabilità della metodica: il suo impiego risulta indicato nei casi di calcolosi colecistica non complicata, con presenza di un massimo di 3 calcoli di dimensioni globali non superiori a 3 cm, di natura colesterinica o co-

munque con presenza di sottile orletto o nucleo calcifico, con colecisti funzionante e dotto cistico pervio (20-25% delle calcolosi colecistiche), e risulta inoltre indicato nei casi di calcolosi delle vie biliari complicata, con calcoli non rimuovibili per via endoscopica (10% delle calcolosi delle vie biliari).

Nei casi in cui venga utilizzata la tecnica ESWL si registra una percentuale di successo (stone-free) pari a 23% dopo tre mesi dal primo trattamento. La percentuale sale a 50% dopo sei mesi e a 75% dopo un anno dal primo trattamento.

È stata formulata un'ipotesi semplificata di albero probabilistico-decisionale (figura 2), che rappresenta il processo di assistenza sanitaria corrispondente alla patologia in oggetto, limitatamente ai casi eligibili per trattamento ESWL. Sono state considerate tre alternative di prima istanza: colecistectomia chirurgica con eventuale intervento sulle vie biliari, colecistectomia laparoscopica, litotrissia extracorporea. L'albero è descritto graficamente (nella figura alla pagina seguente).

Non è stata presa in considerazione la terapia con Metiliterbutiletere (MTBE), in quanto scarsamente diffusa in Italia. La terapia medica non è stata considerata da sola (poiché si presta al trattamento di un numero molto limitato di casi), ma in associazione alla terapia con litotrissia ESWL. La terapia endoscopica transduodenale, infine, è stata considerata solo come terapia di seconda istanza in quanto non adeguatamente sostitutiva del trattamento ESWL e delle altre modalità considerate (non è applicata, ad esempio, nei casi di litiasi colecistica, che sono in numero maggioritario).

Il percorso (A) prende avvio dall'esecuzione di una colecistectomia con eventuale intervento sulle vie biliari per l'estrazione di calcoli residui. L'intervento può registrare un

successo completo oppure richiedere un ulteriore trattamento di natura endoscopica transduodenale (papiliosfinterotomia), un trattamento ESWL, oppure un nuovo intervento chirurgico. Si tratta della modalità più tradizionale e tuttora più diffusa per il trattamento della litiasi biliare.

Il percorso (C), che prevede l'esecuzione di una colecistectomia laparoscopica, è stato inserito per l'estrema importanza che riveste in prospettiva. Infatti non ha ancora conseguito, allo stato attuale, un livello di diffusione e di consolidamento delle tecniche sufficiente per farlo assurgere al rango di reale alternativa di trattamento per la litiasi biliare. La valutazione economica dei costi che si formano lungo il percorso di trattamento ha risentito inevitabilmente dell'incertezza e variabilità dei protocolli, tuttavia la stima si può ritenere ampiamente indicativa dei rapporti di « convenienza » economica rispetto alle metodiche alternative di trattamento.

Il percorso (B), infine, rappresenta un iter tipico di trattamento con litotrissia extracorporea. Prevede l'eventualità di ripetizione delle sessioni ESWL secondo le esigenze del caso specifico (è stata ipotizzata una media di 2 sessioni per raggiungere lo stato stone-free). È stato previsto, inoltre, il ricorso al trattamento chirurgico qualora la litotrissia non permetta di raggiungere il risultato atteso.

L'albero probabilistico-decisionale è stato definito in modo da rendere analogo l'esito di ognuno dei tre percorsi principali e poter agevolmente confrontare le alternative di trattamento sul piano del rapporto costo/efficacia. Tuttavia bisogna tenere presente almeno due elementi di rilievo che differenziano gli esiti dei diversi percorsi: da un lato i tassi di mortalità e complicanze, d'altro lato le possibilità di recidiva a distanza.

Il primo elemento influisce negativamente, in particolare, sulla valutazione di efficacia del percorso (A), quest'ultimo infatti registra un tasso di moralià pari a 0,6% per colecistectomia e pari a 4,4% per colecistectomia con intervento sulle vie biliari. Per i percorsi (B) e (C) si possono stimare tassi di mortalità e complicanze sensibilmente inferiori rispetto all'alternativa precedente.

Il secondo elemento, invece, riguarda quasi esclusivamente il percorso (B) qualora venga praticata la sola litotrissia ESWL; in questo caso, non essendo asportata la colecisti, esiste una probabilità di recidiva compresa tra 60% e 75% a dieci anni dal trattamento. Seguendo il percorso (A) o (C) la probabilità di recidiva è molto più scarsa.

Non è risultato opportuno approfondire oltre l'analisi di efficacia in quanto il differenziale residuo, do-

po aver definito i percorsi alternativi includendo tutte le procedure che portano al conseguimento del risultato sanitario (soluzione del problema clinico di litiasi biliare), è di entità poco significativa in rapporto al differenziale che si manifesta nel consumo di risorse.

Le procedure relative agli interventi che rappresentano il nucleo di ogni modalità alternativa di trattamento per la patologia in esame sono state descritte contemperando diversi orientamenti che emergono nella pratica terapeutica, e si ritengono rappresentative di condizioni medie di trattamento.

Nella tab. 1 (p. 32) sono raggruppati e descritti i costi relativi a ciascuna procedura. Elaborazioni riportate in letteratura hanno supportato e offerto riscontro alle valutazioni condotte [Matthews, 1989; Podda, 1989; Rotshild, 1990; Weistein, 1990].

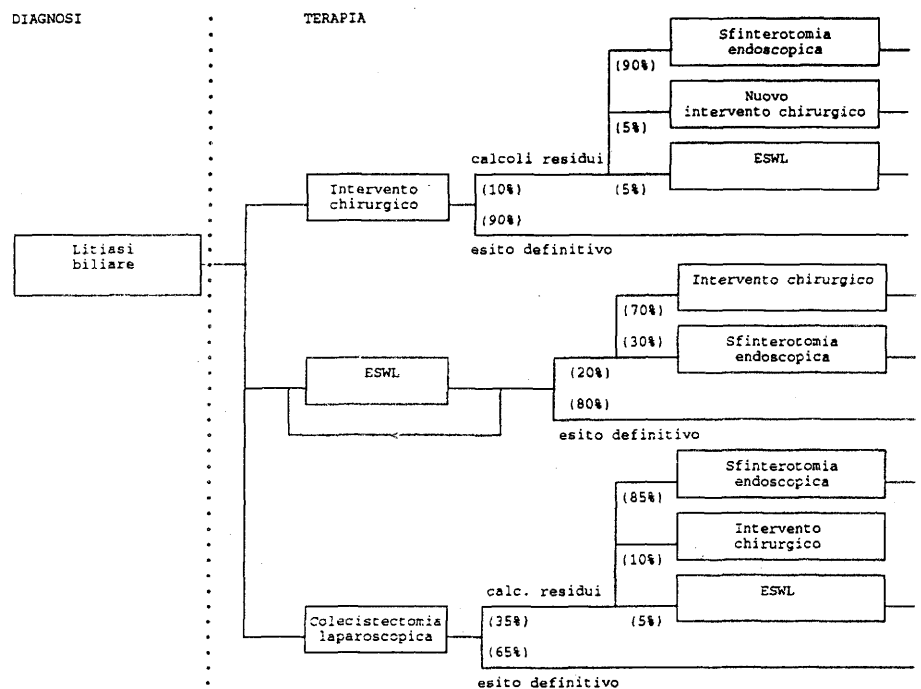


Figura 2 - Albero probabilistico-decisionale che esprime le alternative di trattamento per la litiasi biliare

Tabella 1 - ESWL = singola procedura di litotrissia extracorporea; Laparoscopia = intervento di colecistectomia laparoscopica; Endoscopia = intervento di papillosfinterotomia; Chirurgia = intervento chirurgico di colecistectomia con eventuale esplorazione delle vie biliari per estrazione di calcoli residui (ipotesi 30% dei casi)

LITIASI BILIARE	ESWL	LAPAROSCOPIA	ENDOSCOPIA	CHIRURGIA
Consumi variabili	438.500	293.000	299.000	381.000
Anestesia	—	160.000	—	160.000
Esami strumentali e di laboratorio	507.500	266.500	37.000	278.000
Uso sala radiologica	—	—	103.500	—
Degenza ospedaliera	531.000	1.233.000	147.000	2.045.000
Costi per personale	266.000	975.500	435.500	1.022.000
Attrezzature speciiche	920.500	375.000	374.500	359.000
Totale costi a carico del S.s.n. ...	2.663.500	3.302.500	1.396.500	4.245.000
Costi a carico dei pazienti	517.500	160.000	140.000	293.250
Costi per perdita di tempo lavorativo	386.000	1.328.000	249.000	2.075.000

Nell'ottica del S.s.n., la realzione tra costo economico ed efficacia clinica indica che le tre alternative di trattamento producono un impatto profondamente diverso sull'allocazione delle risorse sanitarie: hanno esiti diversi riguardo il consumo di risorse e la razionalità nell'utilizzo della capacità di offerta di servizi sanitari.

Con riferimento ai percorsi terapeutici definiti e rappresentati graficamente nell'albero probabilistico decisionale per la terapia della litiasi biliare, la scelta di trattamento si può indirizzare verso il percorso (A) (che rappresenta l'opzione chirurgica), al primo nodo decisionale, con un costo atteso pari a lire 4.416.000 a carico del S.s.n., lire 310.000 a carico del paziente e lire 2.112.000 per perdita di tempo lavorativo. Altrimenti può indirizzarsi verso il percorso (B) (opzione ESWL), con un costo atteso pari a lire 5.470.000 a carico del S.s.n., lire 550.000 a carico del paziente e lire 1.077.000 per perdita di tempo lavorativo. Infine, la scelta può indirizzarsi verso il percorso (C) (opzione laparoscopica), con un costo atteso pari a lire 3.950.000 a carico del S.s.n., lire 220.000 a carico del paziente e lire 1.492.000 per perdita di tempo lavorativo. Nella figura 3 sono rappresentati i costi

delle tre alternative di trattamento, con la ripartizione in base al soggetto che ne tollera l'onere.

Il costo atteso di ciascuna opzio-

ne terapeutica esprime un valore medio tra i diversi esiti che scaturiscono da ogni nodo probabilistico dell'albero decisionale. Tutti i percorsi identificati permettono di conseguire la soluzione del problema clinico. L'efficacia delle tre modalità alternative di trattamento si può considerare paragonabile, tenendo presenti le considerazioni già svolte circa i tassi di mortalità e complicanze e la possibilità che il paziente sviluppi una recidiva.

Limitando la valutazione agli importi complessivi si evince chiaramente come la litotrissia ESWL, intesa come scelta di prima istanza, sia la tecnica di trattamento che prevede il costo atteso superiore, sia per il S.s.n. che per il paziente. Il giudizio sulla convenienza economica della litotrissia rispetto alle tecniche alter-

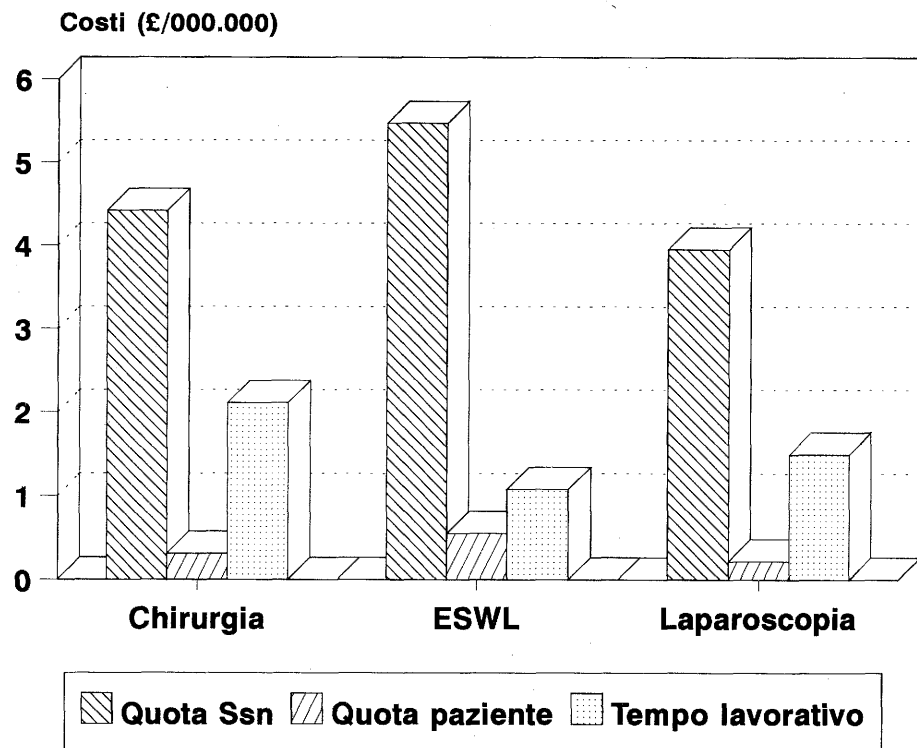


Figura 3 - Costo atteso al termine di ciascuno dei percorsi alternativi dell'albero descritto in figura 2 per il trattamento della litiasi biliare

native per il trattamento della litiasi biliare si appesantisce ulteriormente se si considera la possibilità di incorrere in una recidiva (quantificata con un tasso compreso tra 60% e 75% a dieci anni dal trattamento ESWL). Anche la considerazione del minore disagio per il paziente con la stesa litotrissia, della minore mortalità e della minore incidenza di complicanze, non è probabilmente sufficiente a compensare il divario illustrato in precedenza.

Il trattamento della litiasi urinaria

Anche la litiasi urinaria (renale o delle vie urinarie), è una patologia ampiamente diffusa in Italia, ma non raggiunge il livello della litiasi biliare. Attraverso le indicazioni della letteratura clinica si può stimare un tasso di prevalenza pari a 13,5% nella popolazione generale, e un tasso di incidenza pari a 0,25% per anno. Tuttavia, solo una quota che si può indicativamente stimare in un quinto del totale dei casi presenta sintomi specifici e tutti i casi rimanenti non richiedono necessariamente un trattamento.

Contrariamente a quanto accade per la calcolosi biliare, la litotrissia extracorporea con onde d'urto è stata largamente applicata, dagli esordi e fino ad oggi, nel trattamento della calcolosi urinaria. Il motivo risiede nella vasta applicabilità della metodica: il suo impiego risulta indicato nei casi di calcolosi renale, ureterale e vescicale non complicata, qualsiasi sia la natura, la dimensione e il numero dei calcoli, purché la via escretrice non sia ostruita e si abbia un parenchima normale.

Nei casi in cui venga utilizzata la tecnica ESWL si registra una percentuale di successo (stone-free) pari a 75% dopo tre mesi dal primo trattamento. La percentuale sale a 95%

dopo sei mesi e rimane sostanzialmente analoga dopo un anno dal primo trattamento.

Un'ipotesi semplificata di albero probabilistico-decisionale, che rappresenta il processo di assistenza sanitaria corrispondente alla patologia in oggetto e limitatamente ai casi eligibili per trattamento ESWL, è illustrata in figura 4. Sono state considerate tre alternative di prima istanza: intervento chirurgico, litotrissia percutanea, litotrissia extracorporea.

Non è stata presa in considerazione la terapia medica in quanto si presta al trattamento di un numero molto limitato di casi. Ugualmente sono state trascurate altre metodiche utilizzate solo in casi sporadici (es. ureterolitomi o piccole manovre strumentali, come il cateterismo, eseguite in via esclusiva).

Il percorso (A) prende avvio dall'esecuzione di un intervento chirurgico di pielolitomia o nefrolitotomia in caso di litiasi renale, e di ureterolitomia in caso di litiasi ureterale. L'intervento può registrare un successo completo oppure richiedere il passaggio al trattamento ESWL qualora si riveli difficile o impossibile rimuovere i calcoli dalla propria sede. Si tratta della modalità tradi-

zionalmente adottata in epoca precedente all'introduzione della litotrissia, oggi la sua diffusione si è ampiamente ridotta (probabilmente, in Italia, non oltre il 20% dei casi di litiasi urinaria viene sottoposto a intervento chirurgico).

Il percorso (B), che prevede il ricorso alla litotrissia percutanea è stato inserito nella rappresentazione grafica dell'albero probabilistico-decisionale, tuttavia non è stata svolta una valutazione analitica dei costi relativi. La scelta deriva da alcune considerazioni in merito alla pratica di questa metodica in Italia: si tratta di una modalità di trattamento scarsamente diffusa, per la quale non si registra una sufficiente omogeneità dei protocolli, e che genera, in aggiunta, importanti complicanze per il paziente trattato. Per i motivi descritti si è deciso di non approfondire la valutazione e di raccogliere le indicazioni della letteratura statunitense, che permettono di stimare il costo del trattamento con litotrissia percutanea come paragonabile a quello del trattamento con litotrissia extracorporea riferito a un volume di attività del litotritore pari a 800-1000 procedure all'anno.

Il percorso (C), infine, rappresen-

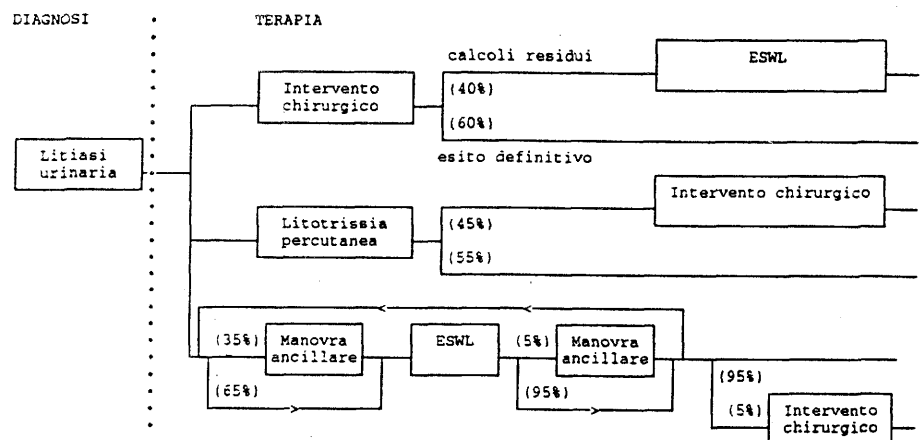


Figura 4 - Albero probabilistico-decisionale che esprime le alternative di trattamento per la litiasi urinaria

Tabella 2 - ESWL = singola procedura di litotrissia extracorporea; Chirurgia = intervento chirurgico di pielolitomia (60% dei casi), oppure nefrolitomia (15%), oppure ureterolitomia (25%)

LITIASI URINARIA	ESWL	CHIRURGIA
Consumi variabili	257.000	485.000
Anestesia	—	182.000
Esami strumentali e di laboratorio	505.500	340.000
Degenza ospedaliera	463.000	2.520.500
Costi per personale	241.500	1.257.500
Attrezzature specifiche	920.500	359.000
Totale costi a carico del S.s.n.	2.387.500	5.144.000
Costi a carico dei pazienti	355.000	317.500
Costi per perdita di tempo lavorativo	361.000	2.266.000

ta un iter tipico di trattamento con litotrissia extracorporea. Prevede l'eventualità di ripetizione delle sessioni ESWL secondo le esigenze del caso specifico (è stata ipotizzata una media di 1,5 sessioni per raggiungere lo stato stone-free). La sessione di litotrissia può essere preceduta oppure seguita da una « manovra ancillare » (es. cateterismo o citoscopia), volta ad agevolare strumentalmente la fuoriuscita dei frammenti di calcolo. È stato previsto, infine, il ricorso al trattamento chirurgico qualora la litotrissia non permetta di raggiungere il risultato atteso.

Come già per la litiasi biliare, bisogna tenere presente almeno due elementi di rilievo che differenziano gli esiti dei diversi percorsi: da un lato i tassi di mortalità e complicanze, d'altro lato le possibilità di recidiva a distanza.

Mortalità e complicanze influiscono negativamente, in particolare, sulla valutazione di efficacia dei percorsi (A) e (B), il primo presenta un significativo incremento di entrambi i tassi rispetto al percorso (C), mentre il secondo, come si è accennato, comporta un'elevata incidenza di complicanze.

Riguardo la possibilità di recidive, invece, si può affermare che la

differenza tra i diversi percorsi sia di limitata entità (per la litotrissia ESWL si ha un tasso compreso tra 60% e 75% a dieci anni dal trattamento).

Non è risultato opportuno approfondire oltre l'analisi di efficacia in quanto il differenziale residuo, dopo aver definito i percorsi alternativi includendo tutte le procedure che portano al conseguimento del risultato sanitario (soluzione del problema clinico di litiasi urinaria), è di entità poco significativa in rapporto al differenziale che si manifesta nel consumo di risorse, come già rilevato per la litiasi biliare.

Nella tabella 2 sono esposti i costi calcolati per ciascuna delle procedure che costituiscono il nucleo di ogni modalità alternativa di trattamento. Anche in questo caso è valso il supporto e il riscontro di elaborazioni riportate in letteratura [Aronne, 1988; Lingeman, 1986; Viens-Bikter, 1989].

Come già riscontrato per il trattamento della litiasi biliare, la relazione tra costo economico ed efficacia clinica indica che le tre alternative terapeutiche producono un impatto profondamente diverso sull'allocazione delle risorse sanitarie.

Con riferimento ai percorsi terapeutici definiti e rappresentati grafi-

camente nell'albero probabilistico decisionale per la terapia della litiasi urinaria, la scelta di trattamento si può indirizzare verso il percorso (A) (che rappresenta l'opzione chirurgica), al primo nodo decisionale, con un costo atteso pari a lire 6.536.000 a carico del S.s.n., lire 468.000 a carico del paziente e lire 2.548.000 per perdita di tempo lavorativo. Altrimenti può indirizzarsi verso il percorso (B) (opzione PCT), con un costo atteso pari a lire 5.795.000 a carico del S.s.n., lire 518.000 a carico del paziente e lire 1.740.000 per perdita di tempo lavorativo. Infine, la scelta può indirizzarsi verso il percorso (C) (opzione ESWL), con un costo atteso pari a lire 3.737.000 a carico del S.s.n., lire 390.000 a carico del paziente e lire 833.000 per perdita di tempo lavorativo.

Nella figura 5 (pag. 36) sono rappresentati i costi delle tre alternative di trattamento, con la ripartizione in base al soggetto che ne tollera l'onere.

Si evince chiaramente come litotrissia ESWL, intesa come scelta di prima istanza, sia la tecnica di trattamento che prevede il costo atteso inferiore, sia per il S.s.n. che per il paziente. Il giudizio sulla convenienza economica della litotrissia rispetto alle tecniche alternative per il trattamento della litiasi biliare risulta ulteriormente favorevole qualora si consideri la non invasività della metodica, che rende minimo il disagio per il paziente, la mortalità e l'incidenza delle complicanze. Lo stesso giudizio non risulta inficiato da una eventuale maggiore incidenza di recidive rispetto alle modalità alternative di trattamento.

Analisi di sensibilità

I rapporti di convenienza comparata tra le diverse alternative di trattamento per la litiasi biliare e urina-

ria, che sembrano indicare l'inopportunità dell'impiego della litotriassia nel primo caso e la forte opportunità nel secondo, sono in realtà soggetti ad ampi mutamenti in relazione al variare delle ipotesi formulate riguardo alcuni parametri significativi. Tra i parametri relativi alla litotriassia che possono mutare i risultati dell'analisi costo-efficacia si devono considerare:

— il volume di attività dei singoli litotrittori (ipotizzato pari a 1000 procedure per anno nel capitolo precedente);

— il numero di procedure necessarie per portare a termine il trattamento (ipotizzato in media pari a 2 per la litiasi biliare e 1,5 per la litiasi urinaria);

— la durata della vita utile dell'apparecchiatura (considerata pari a 4 anni);

— il tasso di ammortamento della stessa apparecchiatura (considerato pari a 8%);

— la quota di pazienti che richiede ricovero ospedaliero per l'esecuzione del trattamento (ipotizzata pari a 55% nel caso della litiasi biliare e 45% nel caso della litiasi urinaria);

— la durata media della degenza ospedaliera (ipotizzata pari a 4 giornate);

— le modalità della terapia farmacologica associata (con particolare riferimento all'impiego di acidi biliari, in termini di durata e dosi).

Naturalmente la lista dei parametri significativi non si esaurisce a quelli descritti, molti altri si potrebbero citare per la litotriassia e altri ancora per le terapie alternative. In questa sede l'analisi è stata approfondita solo in relazione al variare delle ipotesi formulate per i primi due parametri della lista, che si considerano i più rilevanti.

Con riferimento al volume di attività dei litotrittori è stato necessario svolgere un'analisi sul grado di variabilità dei costi indotti dal loro im-

piego, in modo da individuare quali componenti siano da considerare collegate all'esecuzione di ogni singola procedura e quali componenti, invece, siano sostenute dalla struttura sanitaria che eroga il trattamento indipendentemente dal volume di attività.

Un'attenta analisi delle condizioni operative dei centri di litotriassia ha portato a stimare come costi fissi solo quelli relativi al personale e alle attrezzature (quota annua equivalente per il litotritore, le attrezzature ausiliarie, le opere edilizie e il contratto di manutenzione). Tutti gli altri costi, compresi quelli per esami strumentali e di laboratorio e i costi di degenza, sono stati considerati variabili in quanto non si è ritenuto opportuno attribuire all'attività di litotriassia oneri fissi pertinenti ad altre divisioni o servizi.

Ancora sulla base del volume di attività, si è approfondita l'analisi distinguendo le due patologie e valutando per ciascuna i rapporti di convenienza della litotriassia ESWL rispetto alle modalità alternative di trattamento. Il costo medio di tutte le terapie alternative è stato considerato fisso rispetto al variare del numero di trattamenti da eseguire. Questa assunzione è legittimata dal fatto che il trattamento della litiasi biliare e urinaria rappresenta una quota relativamente piccola dell'attività delle strutture che erogano i trattamenti alternativi alla litotriassia ESWL. La quota di costi fissi attribuibile a ciascuna procedura, quindi, si può considerare con buona approssimazione costante rispetto al numero di prestazioni erogate per il trattamento delle litiasi.

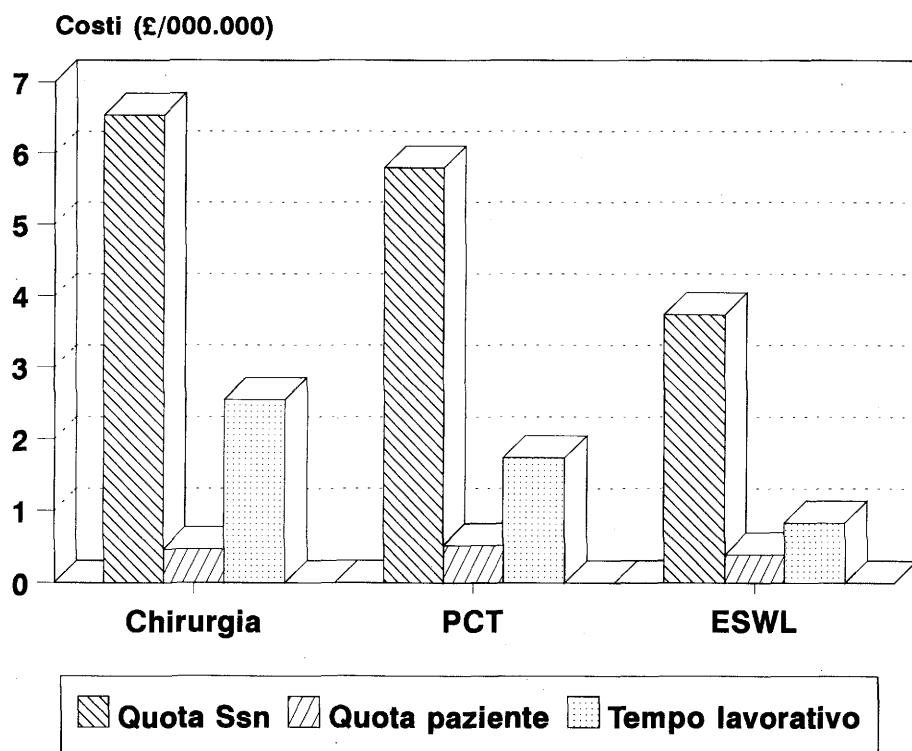


Figura 5 - Costo atteso al termine di ciascuno dei percorsi alternativi dell'albero descritto in figura 2 per il trattamento della litiasi urinaria

Con riferimento alla litiasi biliare si è rilevato che il trattamento con litotrissia extracorporea diviene conveniente rispetto a quello chirurgico qualora il volume di attività raggiunga le 1820 procedure per anno. Rispetto al trattamento laparoscopico, invece, la litotrissia diviene conveniente solo eseguendo 2850 procedure per anno. Si vedrà in seguito come i due volumi di attività, seppure conseguibili in particolari condizioni, non sono affatto realistici per la situazione italiana.

Molto diversi sono, invece, i risultati della stessa analisi condotta per la litiasi urinaria. In questo caso era stata dapprima evidenziata una netta convenienza economica, ora invece si può segnalare come la convenienza venga meno rispetto al trat-

tamento chirurgico qualora il litotritone non effettui almeno 380 procedure per anno e anche rispetto al trattamento percutaneo qualora il volume di attività scenda al di sotto delle 450 procedure per anno. Si tratta, in realtà, di numeri molto piccoli, tuttavia esistono diverse strutture in Italia che non riescono ad erogare quel volume di prestazioni.

Il secondo parametro utilizzato per l'analisi di sensibilità dei rapporti di convenienza economica è il numero medio di procedure necessarie per il trattamento di un paziente. L'ipotesi assunta nello svolgimento dell'analisi costo-efficacia è di 2 per la litiasi biliare e 1,5 per la litiasi urinaria.

Nel caso della litiasi biliare, il numero medio di procedure per tratta-

mento che rende equivalenti i costi della litotrissia con quelli della chirurgia è pari a 1,56. Al contrario, affinché la litotrissia divenga conveniente nei confronti della laparoscopia si dovrebbe poter effettuare un trattamento con una media di non più di 1,37 procedure. Evidentemente, allo stato attuale della tecnologia disponibile, si tratta di standard non facilmente conseguibili nel trattamento della litiasi biliare.

Ancora una volta diversa si presenta la situazione per il trattamento della litiasi urinaria. Rispetto alla situazione di convenienza evidenziata con un numero medio di procedure pari a 1,5 per trattamento, la situazione si potrebbe capovolgere nei confronti della chirurgia solo se divenisse necessaria una media di 2,71 procedure. Si capovolgerebbe anche nei confronti del trattamento percutaneo se la media superasse le 2,39 procedure. Esistono valide indicazioni che mostrano come gli standard citati siano ampiamente alla portata delle attuali tecnologie.

Conclusioni

Alcune conclusioni significative sono state già descritte in relazione agli esiti dell'analisi costo-efficacia per le due patologie trattate. Sono conclusioni di estremo rilievo, anche se derivano dall'applicazione di un modello di analisi statico e relativamente astratto, che pongono le basi per valutare le politiche sanitarie pubbliche implementabili per l'introduzione, il mantenimento o lo sviluppo della litotrissia ESWL nelle diverse aree geografiche d'Italia.

La misurazione quantitativa e la descrizione qualitativa dell'impatto economico-sanitario della litotrissia extracorporea in Italia dalla sua introduzione a oggi, nonché l'individuazione delle formule di sviluppo che consentano di migliorarne l'im-

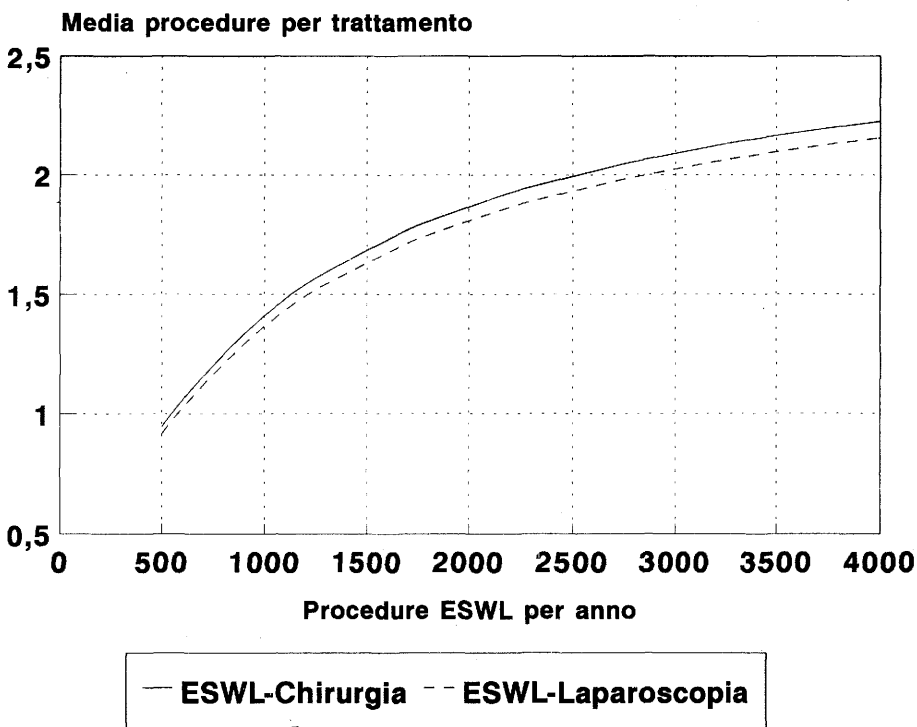


Figura 6 - Le curve esprimono le combinazioni dei due parametri prescelti (numero di procedure/anno e numero di procedure per trattamento), che rendono equivalenti i rapporti costo-efficacia delle modalità alternative di trattamento della litiasi biliare. Nell'area sottostante alle curve la litotrissia si presenta come la modalità conveniente, viceversa nell'area sovrastante.

patto nel futuro, saranno oggetto di uno specifico approfondimento della ricerca compiuta. Tuttavia, con le elaborazioni svolte si possono già avanzare due ulteriori conclusioni:

1) Un utile strumento gestionale si può ottenere da un'analisi di sensibilità multivariata in relazione agli esiti dell'analisi costo-efficacia, che contempi una contemporanea variazione dei due parametri descritti.

Nella sezione risultati sono descritte due analisi monovariate, svolte sulla base dei due parametri giudicati più significativi, mantenendo valide in ciascuno dei casi le assunzioni di fondo circa l'altro parametro (media di 2 e 1,5 procedure per trattamento nella prima analisi sui volumi di attività, e volume di attività pari a 1000 procedure/anno nella seconda analisi sul numero medio di procedure per trattamento).

Le funzioni che derivano dall'analisi multivariata, calcolate per ciascuno dei rapporti di convenienza fra trattamenti alternativi, dove X rappresenta il numero di procedure/anno e N il numero di procedure per trattamento, sono le seguenti:

a) Per la litiasi biliare rispetto alla chirurgia:

$$(1.226.000 + 1.170.000.000/X) * N = 3.738.000$$

Per la litiasi biliare rispetto alla laparoscopia:

$$(1.226.000 + 1.170.000.000/X) * N = 3.272.000$$

b) Per la litiasi urinaria rispetto alla chirurgia:

$$(1.090.000 + 1.170.000.000/X) * N = 6.284.000$$

Per la litiasi urinaria rispetto al trattamento percutaneo:

$$(1.090.000 + 1.170.000.000/X) * N = 5.543.000$$

Le figure 6 e 7 rappresentano l'andamento delle curve corrispondenti alle funzioni descritte.

Avendo a disposizione un parametro di natura organizzativa (procedure per anno), e un parametro di natura tecnologica (procedure per trattamento), il soggetto decisore può derivare dalle due curve indicazioni su entrambi i fronti: può individuare quale volume di attività deve sostenere il litotritore affinché il trattamento ESWL risulti conveniente in particolari condizioni tecnologiche (procedure per trattamento come variabile indipendente), oppure può individuare quale media procedure per trattamento deve mantenere il litotritore, quindi quale tipo di tecnologia è opportuno acquistare in presenza di un particolare ammontare

complessivo della domanda di prestazioni (procedure per anno come variabile indipendente).

2) Pur senza aver effettuato un'approfondita analisi sulle politiche di convenzionamento del Servizio sanitario nazionale con le strutture private che erogano trattamenti ESWL (peraltro oggetto dell'articolo che segue n.d.r.), si possono trarre significative conclusioni anche sulla diversa convenienza dell'acquisto all'esterno dei trattamenti di litotrissia rispetto alla gestione diretta del litotritore in una struttura pubblica. Il rapporto di convenienza, ancora una volta, cambia sensibilmente al variare del volume di attività previsto per il litotritore. La figura 8 illustra i punti di « break-even » in ipotesi di acquisto della singola presta-

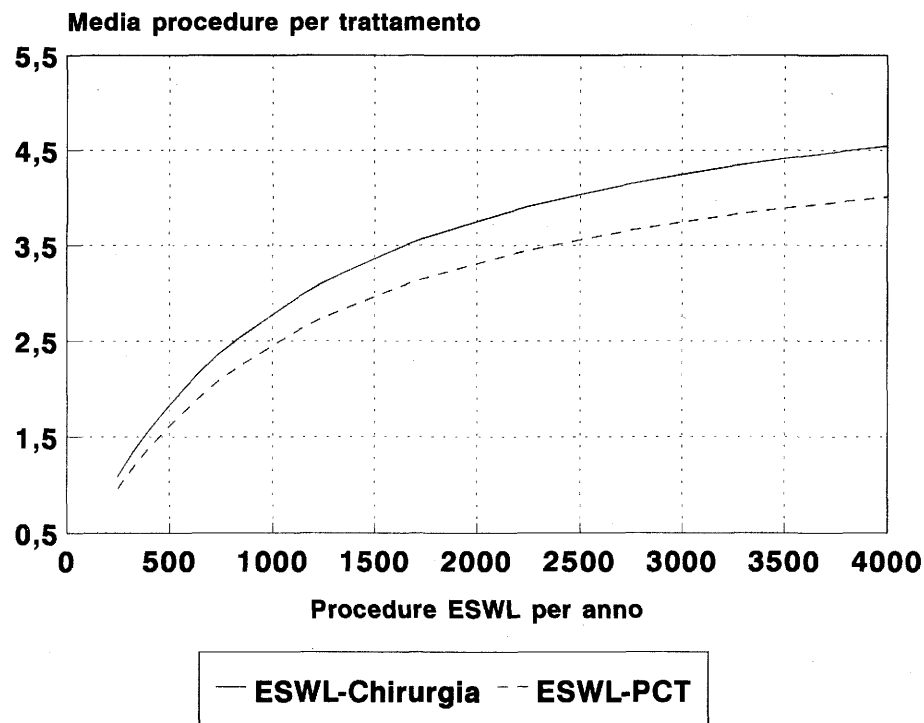


Figura 7 - Le curve esprimono le combinazioni dei due parametri prescelti (numero di procedure/anno e numero di procedure per trattamento), che rendono equivalenti i rapporti costo-efficacia delle modalità alternative di trattamento della litiasi urinaria. Nell'area sottostante alle curve la litotrissia si presenta come la modalità conveniente, viceversa nell'area sovrastante

zione a lire 800.000, lire 1.600.000 e lire 2.400.000.

Le conclusioni non sono generalizzabili in quanto le convenzioni possono assumere modalità estremamente differenziate, tuttavia possono essere una guida molto utile per assumere decisioni di programmazione sanitaria stanti le condizioni organizzative e tecnologiche attuali.

BIBLIOGRAFIA

[ARONNE, 1988] L.J. Aronne, R.L. Braham, R. Riehle Jr., E. Darracott Vaughan Jr., H.S. Ruchlin, *Cost-effectiveness of extracorporeal shock-wave lithotripsy*. Urology 1988; 31, 3: 225-230.
 [DE MERCATO, 1991] G. De Mercato, F. Clemente, R. Castaldo, M. Bracale, *Analisi dei costi di un servizio di lito-*

tripsia ESWL in amministrazioni pubbliche e private. Isis News 1991; 12.
 [HATZIANDEU, 1990] E.E. Hatziandeu, K. Carlson, A.G. Mulley Jr., M.C. Weinstein, *Cost-effectiveness study of the extracorporeal shock-wave lithotripter*. Inti J of Technology Assessment in Health Care 1990; 623-632.
 [LINGEMAN, 1986] J.E. Lingeman, R.M. Saywell, J.R. Woods, D.M. Newman, *Cost analysis of extracorporeal shock wave lithotripsy relative to other surgical and non surgical treatment alternative to urolithiasis*. Med Care 1986; 24: 1151-1160.
 [MATTHEWS, 1989] G. Matthews, *Gall bladder lithotripsy. Investment decisions require sound evidence*. BMJ 1989; 299: 1060-1061.
 [PODDA, 1989] M. Podda, M. Zuin, R.H. Dowling, L. Barbara, H. Fromm, G. Salen, *Extracorporeal lithotripsy of gall-bladder stones: results, cost-effectiveness, future perspectives*. Gastroenterology International 1989; 2: 107-110.
 [ROTHSCHILD, 1990] J.G. Rothschild, R.F. Holbrook, R.B. Reinhold, *Gallstone lithotripsy vs cholecistectomy. A preliminary cost-benefit analysis*. Arch Surg 1990; 125: 710-714.
 [VIENS-BITKER, 1989] C. Viens-Bitker, G. de Pouvourville, D. Poulin, E. Morgon, C. Blum-Boisgard, *Evolution des indications de la lithotripsie extracorporelle et impact du mode d'organisation sur les indications*. Ann Urol 1989; 23, 6: 470-475.
 [WEINSTEIN 1990] D.F. Weinstein, J.A. Brink, J.M. Richter, *Nonsurgical treatment of cholelithiasis. An analysis of clinical opportunity*. Intl J of Technology Assessment in Health Care 1990; 643-654.
 S. BELLENTANI, C. ANNOIDA, P. MARCHEGIANO, *La prevenzione secondaria della colelitiasi*.
 F. TEBOUL, Y. MATILLON, *L'evaluation de la lithotritie extracorporelle vesiculare*. CNEH.
Diffusion of medical technologies in Europe. EEC Workshop, London 7 giugno 1989.
Lithotripter results in biliary and urinary lithotripsy. 5th Symposium on shock wave lithotripsy, Indianapolis 10-12 marzo 1989.

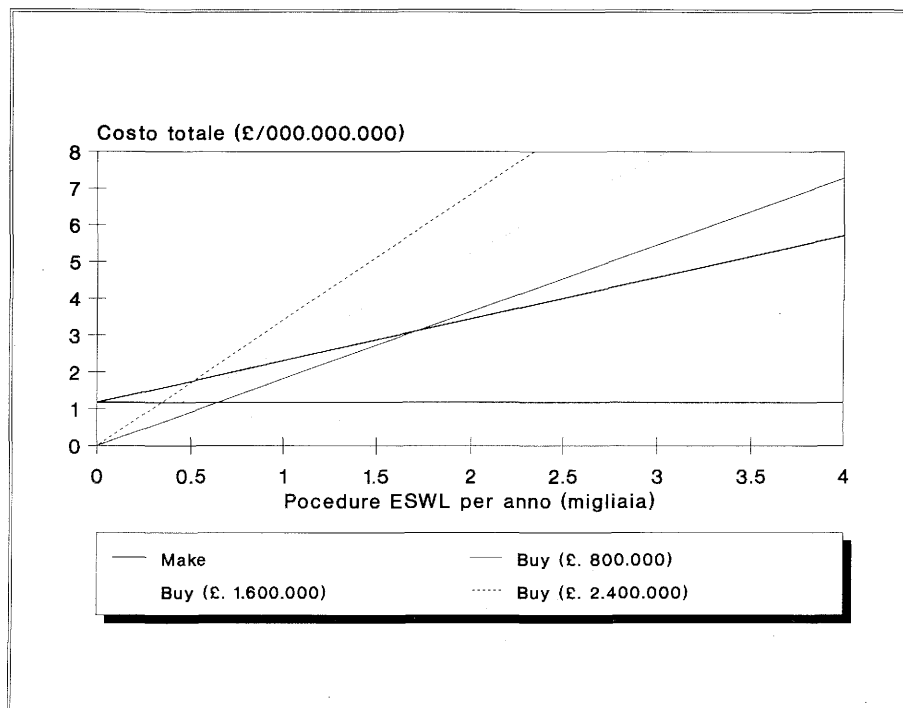


Figura 8 - L'incrocio tra le curve che rappresentano l'alternativa buy (a diversi livelli di costo), e la curva che rappresenta l'alternativa make, permette di individuare il numero di procedure/anno che rende equivalenti le due alternative. Per volumi superiori la litotripsy diviene l'alternativa conveniente.

CONVENZIONI, RIMBORSI IN FORMA INDIRETTA E COSTI DELLA LITOTRISSIA EXTRACORPOREA

di Francesca Vanara *

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Le convenzioni e i rimborsi in forma indiretta previsti in alcune Regioni italiane - 3. Analisi delle disposizioni regionali in materia di convenzioni e di rimborsi - 4. La valutazione economica e il costo dei trattamenti - 5. Conclusioni e spunti per il futuro.

In the Italian national health service (S.s.n., Servizio sanitario nazionale), the private sector must develop a complementary function providing services to the general public either directly paid for by the S.s.n. or paid for the patients and reimbursed to them by the S.s.n. in a variable percentages. The paper studies the policies followed by 7 Italian regions for lithotripsy.

Only one region established agreements with private units, while all the 7 regions offered reimbursements; the amount of the reimbursement varied, in most of cases, from 2,000 and 5,500 dollars and the criteria adopted varied widely (depending on the patient's income, the seriousness of the case, etc.). Available studies about the lithotripsy's economic evaluation show an average cost of treatment variable between 1,700 and 4,800 dollars, depending particularly on the volume of activity of the machine, its life span and the length of hospitalization.

Introduzione

Il settore privato assolve, nell'ambito del S.s.n. istituito con la legge n. 833/1978, una funzione di integrazione della rete assistenziale pubblica attraverso, l'istituto della convenzione (1); il legislatore nazionale ha, poi, espressamente riconosciuto alla Regione il potere di disciplinare, con propria legge, la materia dell'autorizzazione e della vigilanza sulle strutture private.

La legge n. 595/1985 recita all'art. 3: « Le prestazioni sanitarie sono erogate, di norma, in forma diretta attraverso le strutture pubbliche o convenzionate. Le leggi regionali e provinciali stabiliscono quali fra dette prestazioni possono essere erogate anche in forma indiretta, nel caso in cui le strutture pubbliche o convenzionate siano nell'impossibilità di erogarle tempestivamente in forma di-

retta. Le medesime leggi stabiliscono pure le modalità per accedere alle prestazioni e per ottenere il concorso nella spesa sostenuta (...) ».

Il presente lavoro esamina le convenzioni e i rimborsi in forma indiretta previsti per una particolare tecnologia (2), il litotritore (3), che ha profondamente mutato il comportamento del medico di fronte al paziente portatore di calcoli e, nonostante l'ingente investimento iniziale, ha avuto, anche in Italia, una notevole e incontrollata diffusione.

I litotrittori sono stati acquistati in gran numero da strutture private (l'offerta è stata, per così dire, « guidata » dal settore privato); il S.s.n. è limitato ad acquistare le singole prestazioni attraverso politiche di convenzionamento o a prevedere rimborsi in forma indiretta.

Si è generata una consistente pressione nei confronti del sistema sani-

tario da parte della domanda (dato il carattere incruento e non invasivo della tecnica), pressione che ha ulteriormente favorito l'adozione di politiche di convenzionamento e di assistenza indiretta.

Il presente articolo contiene un'analisi delle disposizioni di alcune Regioni in materia di convenzioni e rimborsi in forma indiretta per i trattamenti effettuati con il litotritore nelle strutture private; confronta, inoltre, i risultati di tre diverse ricerche sui costi della litotriassia e li pone in relazione con le tariffe e i rimborsi previsti.

* **Francesca Vanara** ricercatrice presso il Cresa di Torino, dove si occupa di economia sanitaria. Segue il filone delle tecnologie (ha pubblicato il volume « Aspetti economici della dialisi », Angeli, 1990) e collabora ad una ricerca sugli indicatori per la valutazione del sistema sanitario regionale e locale.

Le convenzioni e i rimborsi in forma indiretta previsti in alcune Regioni italiane.

L'indagine sulle convenzioni e i rimborsi in forma indiretta è stata effettuata su sette Regioni italiane, scelte sostanzialmente in base all'importanza socio-economica e alla dotazione di litotrittori.

Il Piemonte non ha convenzioni con strutture private per le prestazioni di litotrissia; prevede, invece, rimborsi in forma indiretta.

Le disposizioni in materia di assistenza sanitaria indiretta si collocano all'interno di quanto dettato dal Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1990-1992, che stabilisce: « È confermata la possibilità del ricorso all'assistenza in forma indiretta, con rimborso parziale o totale delle spese sostenute da cittadini residenti in Piemonte per prestazioni effettuate in Italia od all'estero ». E successivamente precisa « importi e modalità relativi verranno annualmente determinati dalla Giunta regionale con specifico provvedimento settoriale » (Allegato I, punto 8.6).

La regione Piemonte prevede un rimborso in forma indiretta, per interventi di calcolosi renale e biliare mediante litotrissia extracorporea, pari a un importo massimo di 4.000.000 di lire (D.G.R. n. 107-39030, 10 luglio 1990).

La Valle d'Aosta è recentemente passata da un'assistenza in regime convenzionale (autorizzata con D.G.R. n. 217, 10 gennaio 1986) a un'assistenza in forma indiretta.

La regione Valle d'Aosta fissa nella misura massima di 4.000.000 di lire il rimborso in forma indiretta per interventi di calcolosi mediante litotrissia (D.G.R. n. 10791, 7 dicembre 1990).

Nel 1990, la Lombardia ha avviato un processo di rigorosa regolamentazione del rapporto pubblico-privato. La legge regionale n. 7 del 6 febbraio 1990 introduce importanti innovazioni in tema di convenzionamento (tra cui quelle che riguardano la « valorizzazione » della retta di degenza e le relative modalità di compenso) e prevede che vengano remunerate a parte, in aggiunta alla retta di degenza, le prestazioni relative a servizi aggiuntivi ad alto costo o a interventi di particolare complessità, tra cui, appunto, le prestazioni specialistiche di litotrissia urinaria e biliare (art. 19).

Per la determinazione delle tariffe aggiuntive è stato istituito un gruppo di lavoro che ha elaborato un documento tecnico contenente un'analisi puntuale dei costi (D.G.R. n. V/5268, 12 febbraio 1991; vd. par. 4).

Per quanto riguarda i rimborsi in forma indiretta, non sono previste apposite disposizioni per i trattamenti di litotrissia e ci si rifà alla D.G.R. n. IV/54385 del 17 aprile 1990.

La regione Lombardia prevede che le prestazioni di litotrissia effettuate in strutture convenzionate vengano remunerate a parte, in aggiunta alla retta di degenza, secondo una tariffa massima di:

— litotrissia urinaria
caso semplice . L. 2.940.000
caso complesso L. 3.990.000
 — litotrissia biliare L. 2.835.000
 (D.G.R. V/5268 12 febbraio 1991).

Il rimborso che l'U.s.l. effettua a favore dei soggetti autorizzati a ricoverarsi in strutture altamente specializzate e qualificate, non convenzionate, in Italia, per forme morbose di particolare gravità clinica, è fissato nella misura dell'80% delle spese sostenute, per un importo massimo di 22.000.000 di lire (D.G.R. n. IV/54385, 17 aprile 1990).

L'Emilia-Romagna non ha convenzioni con strutture private. È previsto, invece, il rimborso in forma indiretta, ma solo per gli interventi di calcolosi renale.

La regione Emilia-Romagna prevede per gli interventi di calcolosi renale mediante litotrissia extracorporea un rimborso base di 3.500.000 lire, più una percentuale, da applicarsi sull'eccedenza, pari all'80%, con un rimborso massimo fissato in 4.600.000 lire (D.G.R. n. 1482, 14 maggio 1991).

Nel Lazio non è mai esistito alcun rapporto convenzionale con strutture idonee ad erogare i trattamenti con litotritore; considerato, però, che il servizio pubblico, è assolutamente insufficiente a soddisfare la domanda, viene garantita, con D.G.R. dell'ottobre 1991, un'assistenza in forma indiretta.

La regione Lazio prevede un rimborso pari ad un valore massimo corrispondente al 70% delle seguenti quote:

— litotrissia renale
per calcolosi renale monolaterale L. 5.000.000
per calcolosi renale bilaterale L. 9.000.000
per calcolosi ureterale L. 5.500.000
 — litotrissia biliare
per calcolosi endocolecistica L. 5.500.000
per calcolosi del coledoco L. 6.500.000
 (D.G.R. n. 9228, 29 ottobre 1991)

La Campania non ha convenzioni con strutture private per i trattamenti di litotrissia; prevede, invece, rimborsi in forma indiretta, in quanto i trattamenti con litotritore rientrano nelle disposizioni generali per le

cure effettuate presso strutture private non convenzionate con il S.s.n.

È attualmente in fase di preparazione un tariffario per le prestazioni relative a servizi aggiuntivi ad alto costo o a interventi di particolare complessità.

La regione Campania stabilisce un rimborso in forma indiretta pari al 100% delle spese sostenute (L.r. n. 46, 27 ottobre 1978 e L.r. n. 12, 8 marzo 1985).

La Sicilia prevede rimborsi in indiretta, il cui importo è stato determinato in base alle indicazioni fornite dalle commissioni di esperti appositamente costituite (4).

Anche in Sicilia non sono previste convenzioni per i trattamenti di litotrissia.

La regione Sicilia prevede un rimborso massimo per il trattamento di litotrissia renale pari a 3.450.000 lire e per quello di litotrissia biliare pari a 2.359.100 lire. Il rimborso è stabilito in base al reddito dell'assistito: 100%, per reddito sino a 60 milioni di lire; 60%, per reddito compreso tra 60 e 70 milioni di lire; nessun rimborso per reddito superiore a 70 milioni di lire (D.A. n. 85900, 15 ottobre 1990 e D.A. n. 92646, 20 maggio 1991).

Analisi delle disposizioni regionali in materia di convenzioni e rimborsi

Le normative regionali in materia di convenzioni e di assistenza indiretta per i trattamenti di litotrissia dispongono, in conformità alle direttive nazionali, il ricorso alle strutture private nei casi di insufficiente possibilità di trattamento nelle strutture pubbliche.

La delibera del Piemonte indica

che il provvedimento « mira a soddisfare, sia pure in misura parziale, esigenze assistenziali relative a casi di particolare gravosità, anche economica, a volte non trattabili tempestivamente presso presidi pubblici o privati convenzionati » (D.G.R. n. 107-39030, 10 luglio 1990). In Piemonte, infatti, esiste un solo litotritore nelle strutture pubbliche e due sono in case di cura private non convenzionate.

La Lombardia ha deliberato un provvedimento che stabilisce il fabbisogno e la distribuzione tra settore pubblico e convenzionato dei servizi specialistici e delle apparecchiature scientifiche di elevato contenuto tecnologico. In Lombardia sono presenti 5 litotritori in strutture pubbliche (rivolti al trattamento dei calcoli urinari) e 4 in strutture private convenzionate (2 convenzionati per la calcolosi urinaria, 1 per la calcolosi biliare e 1 per entrambe) (D.C.R. n. IV/1961, 21 marzo 1990 e D.G.R. V/5968, 19 febbraio 1991).

Va però detto che le informazioni relative ai litotritori disponibili sul territorio nazionale non sono purtroppo molto attendibili (i flussi informativi del Ministero della sanità sulle 8 grandi apparecchiature contengono numerosi errori e imprecisioni) (5).

Una sola Regione (Lombardia) prevede convenzioni con strutture private e, in particolare, stabilisce che le prestazioni di litotrissia vengano remunerate a parte, in aggiunta alla retta di degenza. Sono fissate tariffe diverse secondo il tipo di litotrissia e la gravità del caso.

L'assistenza in forma indiretta per i trattamenti di litotrissia è, invece, prevista in tutte le Regioni esaminate (anche la Valle d'Aosta, che aveva fino al novembre 1990 una convenzione con una casa di cura del Piemonte, prevede ora l'assistenza indiretta).

Emergono, tuttavia, alcune peculiarità:

— la Campania e la Lombardia (in quest'ultima Regione, però, l'offerta pubblica e convenzionata è ampiamente in grado di soddisfare la domanda) non stabiliscono disposizioni particolari per la litotrissia e ci si rifà, quindi, alle disposizioni generali per i ricoveri fruiti in regime di assistenza indiretta;

— l'Emilia-Romagna prevede rimborsi solo per il trattamento della calcolosi urinaria (non per quella biliare).

Le quote da rimborsare (in indiretta) sono, in genere, comprensive di tutti i trattamenti necessari alla completa eliminazione della calcolosi, delle eventuali prestazioni professionali aggiuntive o collaterali, della degenza e delle prestazioni impreviste e indispensabili durante il trattamento e/o la degenza.

Il Lazio pone espliciti limiti all'effettuazione di ulteriori trattamenti: il paziente non può essere autorizzato a eseguire altro intervento per lo stesso calcolo, né per altri calcoli nel medesimo organo, prima di 18 mesi dall'ultimo intervento.

Così, la Sicilia prevede, per la calcolosi urinaria, che nel caso di programmazione di trattamenti multipli il primo venga rimborsato a tariffa intera e i successivi con una riduzione del 20%; in caso di complicanze può essere autorizzato un ulteriore periodo di ricovero da contabilizzare a parte, secondo le tariffe in vigore per case di cura convenzionate in fascia A.

Per quanto riguarda l'entità del rimborso, la normativa delle varie Regioni è molto differenziata: si passa da zero lire (nel caso di individui ad alto reddito della Sicilia) al sostanziale rimborso a pie' di lista della Campania. Nella maggior parte dei casi, peraltro, il rimborso è compreso fra 2,4 e 6,3 milioni di lire. Tutte le Regioni, tranne la Campania, fissano un tetto massimo di rimborso.

Due Regioni (Lazio e Sicilia) prevedono un rimborso diversificato per i due tipi di litotrissia, urinaria e biliare, e una (Lazio) stabilisce tariffe ulteriormente diversificate in base alla gravità della calcolosi. Una sola Regione (Sicilia) pone il rimborso in relazione con il reddito dell'assistito.

Per la determinazione degli importi (delle convenzioni e dei rimborsi in indiretta), le Regioni hanno tenuto conto dei costi effettivi rilevati presso gli ospedali pubblici (in particolare, la Lombardia e la Sicilia hanno costituito commissioni di esperti per l'analisi dettagliata dei costi); hanno, inoltre, cercato di stabilire uniformità di trattamento rispetto al carattere, alla gravità clinica ed all'onere assistenziale delle varie patologie, tenendo presenti le esigenze che si presentano via via nel panorama assistenziale e la necessità di adeguare la propria risposta assistenziale a quella delle altre Regioni.

L'iter da seguire per ottenere autorizzazioni e liquidazioni è simile fra le varie realtà.

I trattamenti, sia in convenzione sia in indiretta, devono essere preventivamente autorizzati dall'U.s.l. di residenza dell'assistito; l'autorizzazione è rilasciata solo in presenza di specifica richiesta medica (che metta in evidenza la diagnosi e la tipologia della prestazione necessaria) e la certificazione prodotta deve essere valutata dal responsabile dell'U.s.l.

I trattamenti possono essere fruiti solo in strutture dotate della necessaria attrezzatura e in regola con la normativa in vigore; l'ufficio competente dell'U.s.l. deve accertare l'esistenza dei requisiti necessari.

La liquidazione del rimborso dovuto agli utenti è disposta dalla loro U.s.l. di residenza, dietro presentazione di specifica documentazione.

In conclusione, le Regioni esaminate mettono in luce situazioni molto differenziate, sia per la presenza/assenza di convenzioni e rimbor-

si, sia per l'entità dei rimborsi e dei criteri in base ai quali sono definiti; lo stesso impegno delle singole amministrazioni regionali appare assai eterogeneo.

La valutazione economica e il costo dei trattamenti

Gli studi italiani pubblicati sui costi della litotrissia sono tre. Si tratta di valutazioni pilota, che risentono ampiamente delle ipotesi di base assunte e i cui risultati vanno, pertanto, interpretati con cautela.

Il primo studio esaminato è quello di Sassi (1992), una complessa e articolata analisi costi-efficacia (6) che confronta tre diversi percorsi di cura, contraddistinti da tre alternative di prima istanza (per la calcolosi urinaria, oltre alla litotrissia, l'intervento chirurgico e la percutanea; per la litiasi biliare, oltre alla litotrissia, l'intervento chirurgico e la colecistectomia laparoscopica).

L'analisi costituisce un'astrazione dalla realtà: le procedure sono definite temperando diversi orientamenti della pratica terapeutica e si riferiscono a condizioni medie di trattamento.

La tabella 1 riporta i risultati dei costi di un intervento con il litotritore.

Il costo complessivo di tutto il percorso terapeutico (che inizia con la litotrissia e comprende, ad esempio,

eventuali ritrattamenti) è pari a 3.700.000 lire per la calcolosi urinaria ed a 5.500.000 lire per quella biliare (7).

Rivestono particolare importanza le seguenti ipotesi di base, che influenzano notevolmente i risultati ottenuti:

— il volume di attività e la durata della vita utile dell'apparecchiatura (considerati pari a 1.000 trattamenti/anno e a 4 anni);

— il numero di procedure necessarie per portare a termine il trattamento (ipotizzato in media pari a 1,5 per la litiasi urinaria e a 2 per la litiasi biliare);

— la quota di pazienti che necessitano di ricovero ospedaliero (45% nella litiasi urinaria e 55% nella litiasi biliare) e la durata media della degenza (4 giornate).

Il secondo studio considerato [Dirindin, Vanara, 1992] è un'analisi puntuale, effettuata su un singolo centro (l'Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista e della città di Torino, sede Molinette, dotato di un litotritore Sonolith 3000), per un caso semplice di calcolosi urinaria.

Il metodo adottato per la valutazione dei costi di un singolo trattamento segue in parte il criterio della spesa effettiva (considerando come dato di partenza la spesa reale a carico dell'U.s.l.) e in parte il criterio del costo standard (stimando a priori, in base a parametri standard, le risorse impiegate).

Tabella 1 - Costi litotrissia (ESWL) urinaria e biliare (1991)

Voci di costo	ESWL urinaria	ESWL biliare
Consumi variabili	260.000	440.000
Esami strumentali e di laboratorio	510.000	510.000
Degenza ospedaliera	460.000	530.000
Personale	240.000	270.000
Attrezzature per litotrissia	920.000	920.000
Totale	2.390.000	2.670.000

Fonte: Sassi, 1992.

La tabella 2 riporta i risultati dell'analisi della spesa: un trattamento costa in media 1,1 milioni di lire.

Il costo per caso risolto varia da un minimo di 1.400.000 a un massimo di 2.100.000 lire; i divari dipendono da ipotesi circa il numero di trattamenti per paziente (compreso fra 1,1 e 1,5) e la percentuale di casi risolti (compresa fra l'80% e il 90%).

Il lavoro considera 1.200 trattamenti/anno e una durata della vita utile dell'apparecchiatura pari a 8 anni; il trattamento è di norma effettuato in regime di day hospital e senza anestesia generale.

Il terzo studio (tabella 3) è l'analisi finanziaria (6) sui costi dei trattamenti effettuata dal gruppo di lavoro istituito in Lombardia per stabilire le tariffe aggiuntive alla retta di degenza per le prestazioni relative a servizi ad alto costo o ad interventi di particolare complessità (D.G.R. n. V/5268, 12 febbraio 1991) (8).

Lo studio considera 750 trattamenti/anno e una vita utile dell'apparecchiatura pari a 4 anni.

Al costo del trattamento di litotrissia, va aggiunta la retta di degenza, variabile in base alla fascia funzionale di appartenenza della struttura privata e stimabile pari in media a 200.000 lire; ipotizzando una degenza di tre giorni per tutti i pazienti (la degenza massima « è fissata in tre giorni, con la possibilità di superare tale limite in caso di accertata necessità e previa autorizzazione rilasciata dall'U.s.l. competente per territorio », D.G.R. V/5268, 12 febbraio 1991), il costo complessivo del trattamento è pari, per la litotrissia urinaria, a 3.400.000 lire nel caso semplice ed a 4.300.000 nel caso complesso, per la biliare a 3.300.000.

In sintesi, dai tre studi analizzati emerge un costo medio della litotrissia urinaria sostanzialmente compreso fra 1,4 e 4,3 milioni di lire: i risulta-

ti sono influenzati, in particolare, dalle ipotesi assunte riguardo al volume di attività (750-1.200 trattamenti/anno), alla vita utile dell'apparecchiatura (4-8 anni) e alla degenza ospedaliera (0-3 giorni).

Il costo della litotrissia biliare varia fra 3,3 e 5,5 milioni di lire (il valore più elevato prevede due procedure per la risoluzione del caso e un percorso terapeutico complesso).

Conclusioni e punti per il futuro

Il lavoro ha preso in esame, per un'attrezzatura che ha ormai raggiunto ampia diffusione (il litotritore), le disposizioni adottate da sette Regioni italiane in tema di convenzioni e di assistenza in forma indiretta.

È emersa la seguente situazione:

— le convenzioni sono previste solo dalla Lombardia, mentre tutte le altre Regioni erogano l'assistenza in forma indiretta;

— il rimborso varia, nella maggior parte delle Regioni, fra 2,4 e 6,3 milioni di lire, con valori limite che vanno da zero lire al pie' di lista;

— i criteri di applicazione sono molto differenziati (in relazione al reddito dell'assistito, alla gravità dei casi, alla posizione dei calcoli, ...).

Gli studi disponibili sulla valutazione economica della litotrissia indicano un costo effettivo del trattamento variabile fra 1,4 e 5,5 milioni di lire (sensibile, in particolare, alle ipotesi di base riguardo al volume di attività, alla vita utile dell'apparecchiatura e alla degenza ospedaliera).

L'intervallo all'interno del quale si collocano le tariffe e i rimborsi stabiliti dalle varie Regioni è compatibile con i costi stimati. L'intervallo è, tuttavia, ampio e le quote previste molto differenziate; è necessario precisare meglio i criteri in base ai quali sono definite e dovrebbe essere lasciato minor spazio alle com-

Tabella 2 - Costo di un trattamento di litotrissia urinaria (1990)

Voci di costo	Valore assoluto	Percentuale
Ammortamento litotritore	230.000	20
Manutenzione litotritore	170.000	15
Personale	280.000	24
Esami di laboratorio e strumentali	440.000	38
Farmaci e altro	30.000	3
Totale	1.150.000	100

Fonte: Dirindin, Vanara, 1992.

Tabella 3 - Tariffe litotrissia (ESWL) urinaria e biliare (1990) (9)

	ESWL urinaria		ESWL biliare
	caso semplice	caso complesso	
Quota ammortamento attrezzatura	560.000	730.000	560.000
Quota ammortamento installazione	10.000	30.000	10.000
Remunerazione capitale	240.000	320.000	237.000
Manutenzione	160.000	270.000	160.000
Personale	830.000	930.000	830.000
Farmaci e materiale sanitario	100.000	400.000	100.000
Spese generali	130.000	200.000	130.000
Esami e visite cliniche	740.000	840.000	650.000
Totale	2.770.000	3.720.000	2.680.000

Fonte: elaborazione da regione Lombardia D.G.R. n. V/5268, 12 febbraio 1991.

ponenti discrezionali, anche promuovendo iniziative per la valutazione della litotrissia affinché siano disponibili maggiori e più dettagliate informazioni, che consentono di meglio precisare criteri e parametri di valenza generale.

Le situazioni delle varie realtà in materia di convenzioni con il S.s.n. e di rimborsi in indiretta sono molto differenziate.

I propositi e i tentativi di alcune Regioni di prevedere momenti di coordinamento e di confronto delle rispettive disposizioni (oltre che di diffusione dei propri studi) non hanno trovato concreta traduzione nella realtà. Il problema è molto complesso: da una parte, le competenze assai ampie delle Regioni sono esercitate in assenza di linea guida di coordinamento del Governo centrale; dall'altra, le realtà, essendo differenti, possono trovarsi nell'esigenza di affrontare necessità diverse con disposizioni diverse.

Per prendere decisioni su quali specialità (e strutture) convenzionare e sugli interventi per i quali concedere rimborsi, bisogna disporre di informazioni complete e aggiornate sulla capacità del settore pubblico di soddisfare la domanda; non viene, invece, posta sufficiente attenzione a questo aspetto ai vari livelli di governo. La situazione sembra, tuttavia, avviata al miglioramento (nel dicembre 1991 il Ministero della sanità ha pubblicato — in via preliminare per favorire l'opera di verifica e di controllo da parte delle U.s.l. — i dati del modello HSP.14, relativi alle grandi apparecchiature) (5).

La determinazione dell'entità di convenzioni e rimborsi è un aspetto importante, tanto più in un sistema di contrattazione pubblica (caratterizzato da profonde asimmetrie informative) in cui il livello dell'importo tende ad essere maggiormente sensibile alla distribuzione del potere fra le parti (dunque, al potere del-

l'offerta), che non a considerazioni di efficienza.

La valutazione del costo effettivo del trattamento è una tappa basilare per giungere alla determinazione degli importi di tariffe e convenzioni. In questo filone rientrano gli studi recentemente svolti dalla Lombardia (D.G.R. V/5268, 12 febbraio 1991), dalla Sicilia (D.A. n. 85900, 15 ottobre 1990 e D.A. n. 92646, 20 maggio 1991) e dal Ministero [Sassi, 1992], i quali si collocano in un panorama nazionale con gravi lacune (colmate, a volte, da ricerche di singoli studiosi) in tema di valutazioni economiche delle tecnologie mediche.

Una tecnica utile per valutare il rapporto di convenienza tra l'acquisto all'esterno e la produzione diretta dei trattamenti in una struttura pubblica è l'analisi del « punto di equilibrio » (punto di break-even). Poiché la spesa cambia sensibilmente al variare del volume di attività, è necessario individuare la quantità minima di interventi oltre la quale è conveniente la produzione in proprio delle prestazioni.

Le convenzioni e i rimborsi in forma indiretta hanno notevoli effetti sull'offerta delle strutture private e sulla domanda degli utenti. Il decisore deve tener conto delle dimensioni e della portata di questi effetti e dell'ampia problematica connessa; nel seguito, vengono richiamati alcuni aspetti importanti, che possono costituire oggetto di approfondimenti futuri.

L'analisi dell'elasticità (sensibilità) della domanda rispetto al prezzo permette di prevedere l'andamento della quantità di trattamenti richiesti al variare del livello dei rimborsi. La regione Valle d'Aosta potrebbe fornire prime indicazioni in proposito, essendo passata dal regime convenzionale all'assistenza indiretta (cioè, da un sistema totalmente gratuito per l'assistito ad un sistema di compartecipazione dell'utente alla spesa).

È interessante valutare le conseguenze sulla domanda dell'introduzione di fasce di reddito alle quali legare i rimborsi (il sistema è adottato in Sicilia). Il criterio potrebbe introdurre elementi di equità distributiva dell'onere complessivo a carico del settore pubblico, peraltro difficilmente valutabili, anche per la presenza di un sistema fiscale con ancora ampi margini di evasione all'obbligo contributivo.

Non bisogna dimenticare che, indipendentemente dalle modalità con cui avviene il finanziamento, la gestione del sistema sanitario è fortemente influenzata dal medico, che svolge la funzione di agente del paziente (a causa del divario di informazioni esistente fra sanitario e utente) e si trova a operare nel mercato dal lato sia della domanda sia dell'offerta.

Anche il ruolo giocato dalle assicurazioni private di malattia, che hanno recentemente registrato uno sviluppo notevole, è un ulteriore elemento di sicura importanza.

Il livello delle convenzioni e dei rimborsi influisce sull'offerta di prestazioni da parte delle strutture private, che spesso (ed è il caso del litotritore) introducono e diffondono le tecnologie mediche (anche per rafforzare la propria posizione di mercato), « guidano » l'offerta di prestazioni e sono « trainanti » nel formare la domanda (spingendo il settore pubblico a superare la sua innata inerzia, ma frustando ogni serio tentativo di contenimento della domanda ai casi di effettiva necessità).

Il controllo della diffusione di tecnologie mediche nel settore privato si colloca all'interno del dibattito in corso sul rapporto pubblico-privato. La crescente « voglia di privato » in sanità si scontra con la confusione sulle possibili strade da seguire, che vanno da un rapporto basato su regole di libero mercato (con i rischi

di duplicazione dei servizi, di concorrenza limitata a determinate prestazioni, di spostamento del settore pubblico verso aree non appetibili) ad una programmazione dell'offerta, con spazi definiti per il settore privato.

L'autrice ringrazia gli Assessorati alla sanità, l'Aiop e l'Aras per le informazioni trasmesse e la dott.ssa N. Dirindin per aver letto successive stesure dell'articolo fornendo consigli preziosi.

(1) Per una semplice e sintetica illustrazione dei rapporti che intercorrono fra il S.s.n. e le istituzioni sanitarie private, vd. Quaranta, 1985, cap. 7. Un'aggiornata raccolta, organica e coordinata, delle numerosissime disposizioni (legislative, regolamentari ed amministrative) che disciplinano i diversi aspetti dell'attività delle istituzioni private di ricovero e cura è reperibile in Bonanno, Greco, 1991; in particolare, il titolo IV contiene le « Norme sulle convenzioni con il Servizio sanitario nazionale ».

(2) Per una chiara e completa definizione di « tecnologia medica » vd. Cresa, 1992, cap. 1.

(3) La litotrissia extracorporea è una tecnica che utilizza onde d'urto, trasmesse attraverso un bagno d'acqua, per frantumare i calcoli (urinari e biliari) in parti tanto piccole da essere espulse spontaneamente; la litotrissia extracorporea gode di scarsa predilezione nel trattamento della calcolosi biliare (oggi sempre più

trattata con la moderna laparoscopia) ed è, invece, largamente impiegata nel trattamento della calcolosi urinaria.

(4) I documenti della regione Sicilia contenenti la stima dei costi non sono pervenuti prima della chiusura del lavoro; saranno oggetto di analisi in una successiva fase di studio.

(5) Un censimento dei litotrittori operanti sul territorio nazionale e un'analisi della loro distribuzione territoriale e fra strutture pubbliche e private saranno oggetto di studio in una successiva fase di lavoro.

(6) Per l'analisi costi-benefici si veda Drummond, 1987; per una sintetica esposizione critica, in lingua italiana, della valutazione economica e di quella finanziaria delle tecnologie mediche si veda Cresa, 1992, cap. 9.

(7) Il risultato del percorso terapeutico che inizia con il litotritore, confrontato con quelli degli altri percorsi considerati nello studio, indica la forte opportunità dell'impiego della litotrissia per la calcolosi urinaria e l'inopportunità nel caso di quella biliare; i risultati sono, però, soggetti ad ampi mutamenti in relazione al variare delle ipotesi formulate riguardo ad alcuni parametri significativi.

(8) Il documento contenente la proposta che il gruppo di lavoro licenziò per l'esame presso la Giunta regionale è stato pubblicato, a cura dell'Assessorato alla sanità della regione Lombardia, su « Isis News » (1990).

(9) Il caso complesso comprende tutte le calcolosi ureterali e le calcolosi renali che presentano almeno una delle seguenti caratteristiche: infetta, cistinica,

in rene unico, ecc. Le tariffe indicate sono applicate fino a un massimo di 1.000 prestazioni complessive annue; al di sopra di tale numero le tariffe vengono diminuite del 25% (l'abbattimento percentuale della tariffa è in relazione alla distribuzione dei costi fissi su un maggior numero di prestazioni). Per l'anno 1991, si è ipotizzato un aumento di circa il 5% delle tariffe determinate per il 1990.

BIBLIOGRAFIA

- ASSESSORATO ALLA SANITÀ DELLA REGIONE LOMBARDIA (a cura di), *Legge regionale 6 febbraio 1990 n. 7: « Case di cura private: disciplina dell'autorizzazione e della vigilanza - Convenzioni »*. Isis News 1990; V, 7/8: 1-23.
- F. BONANNO, M. GRECO, *Codice dell'ospitalità privata*. Edizioni SECuP 1991.
- CRESA, *Il controllo della spesa per le tecnologie mediche*. Ricerca svolta per il Ministero del tesoro, Commissione tecnica per la spesa pubblica, 1992.
- N. DIRINDIN, F. VANARA, *La litotrissia extracorporea (ESWL): analisi dei costi e implicazioni di politica sanitaria*. L'Ospedale 1992; XLV, 1-2: 11-16.
- M.F. DRUMMOND, G.L. STODDART, G.W. TORRANCE, *Methods for the Economic evaluation of health care programmes*. Oxford U.P. 1987.
- A. QUARANTA, *Il sistema di assistenza sanitaria*. Giuffrè 1985.
- F. SASSI, *Un modello di analisi costo-efficacia per la litotrissia ESWL in Italia*. Mecosan 1992; I, 1: 27-38.

Garanti

Emidio Di Giambattista

Procuratore generale della Corte dei conti

Umberto Cazzuola

Capo di Gabinetto del Ministro per il bilancio e la programm. economica

Comitato scientifico

Luca Anselmi

Straordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Elio Borgonovi

Ordinario di economia delle aziende pubbliche
Università Bocconi di Milano

Sabino Cassese

Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini

Ordinario di economia - Università di Torino

Antonio Pedone

Ordinario di scienze delle finanze
Università La Sapienza di Roma

Fabio Roversi Monaco

Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia

Amministratore Straordinario - U.s.l. RM/10

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi

Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

Assistente alla direzione e coordinatore operativo

Franco Sassi

Redattori capi sezione

Giorgio Fiorentini

George France

Antonello Zangrandi

Francesco Zavattaro

Redattori

Giorgio Casati

Mario Del Vecchio

Andrea Garlatti

Alessandra Massei

Corrispondenti esteri

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

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

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77

Tel. 06/8073368 - 8073386

Fax 06/8085817

Redazione

20136 MILANO - Via Balilla, 18

Tel. 02/58363132 - 58363136

Fax 02/89404523

Società editoriale



MECOSAN

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

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Le pagine di Mecosan sono aperte al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari. I contributi devono essere originali e avere contenuto innovativo, ma soprattutto devono essere in grado di favorire la diffusione della cultura economica e manageriale nella sanità italiana, migliorando le capacità gestionali di coloro che operano sul campo e offrendo nuove indicazioni per le attività di ricerca e sperimentazione.

Gli autori sono tenuti a rispettare le seguenti norme editoriali nella preparazione e nell'invio dei contributi:

A) Per la sezione SAGGI E RICERCHE: sono previsti articoli di lunghezza variabile tra 15 e 30 cartelle.

Deve essere allegato un abstract in lingua inglese, di lunghezza non superiore a 200 parole, che illustri i principali contenuti dell'articolo e ne anticipi le conclusioni.

L'autore deve indicare almeno tre e non più di cinque parole chiare per la classificazione del proprio contributo.

I resoconti di indagini e ricerche devono essere articolati secondo la scansione tradizionale: obiettivi, dati e metodologia, risultati, conclusioni.

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

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

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

C) Per tutte le sezioni: si sollecita l'uso di schemi, rappresentazioni grafiche e tabelle. Questi devono essere richiamati nel corso dell'articolo con riferimenti puntuali, e devono essere corredati di una didascalia analitica che permetta di comprenderne il significato senza ricorrere alla lettura del testo.

*I richiami bibliografici si devono effettuare con il sistema autore-data (non con numeri progressivi). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo secondo le modalità descritte nell'esempio che segue:
per i testi [Clerico, 1984] G. Clerico: Economia della salute. Franco Angeli 1984.
per gli articoli [Volpatto, 1990] O, Volpatto: la privatizzazione dei servizi pubblici. Azienda pubblica 1990; 2:243-252.*

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

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

I contributi devono essere consegnati in tre copie (oppure su un singolo disco magnetico), e preceduti da una prima pagina che indichi: nome e cognome di tutti gli autori (il primo sarà l'autore principale); istituzioni di appartenenza; indirizzo completo, numero di telefono e di telefax dell'autore principale; titolo suggerito; notizie sugli autori da riportare in nota; sezione per la quale si intende proporre il contributo.

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

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

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

Qualora risultasse mancante alcuno degli elementi descritti in queste istruzioni il contributo potrà essere scartato oppure integrato dalla redazione senza richiesta di consenso all'autore.

Documenti e commenti

Sezione 2^a

È POSSIBILE GESTIRE LA SANITÀ IN MODO MANAGERIALE?

Si punta molto sulla managerialità per risolvere i problemi di efficienza e qualità dei servizi sanitari. Ma si può davvero parlare di managerialità? È possibile gestire la sanità con criteri di efficienza? **MECOSAN** ha riunito 5 amministratori straordinari provenienti da varie Regioni italiane per discutere su questo tema. La scelta è caduta su cinque amministratori che fino al momento della nomina non appartenevano al mondo della sanità. **MECOSAN** riporta le loro impressioni dopo alcuni mesi di direzione manageriale.

Partecipano al Forum:

Antonello Zangrandi

Responsabile dell'area amministrazioni pubbliche della S.d.a. Bocconi

Giuseppe Berger

Amministratore straordinario U.s.l. 75/6 di Milano. Proviene dal settore della stampa quotidiana e periodica dove ha ricoperto la carica di amministratore delegato e direttore generale in diverse società e gruppi editoriali

Roberto Trani

Amministratore straordinario U.s.l. Alto Chiascio (Pg). Ha un passato tutto nel privato, dove ha ricoperto ruoli direzionali in diverse aziende e in organizzazioni di dirigenti, docente di marketing all'Università di Ferrara, svolge attività di Head Hunting con una propria società di consulenza

Armando Giacalone

Amministratore straordinario U.s.l. Catania. Dirigente del comune di Catania per 22 anni, dapprima alla nettezza urbana, poi alla direzione del personale, quindi all'anagrafe

Luciano Locci

Amministratore straordinario U.s.l. 7 di Savona. Commercialista e consulente aziendale, ha avuto una esperienza precedente come assessore al comune di Savona

Gerardo Menegazzi

Amministratore straordinario U.s.l. 28 di Legnago (Vr). Docente di economia e politica dei trasporti all'università degli studi di Verona, ha diretto aziende municipalizzate di trasporti pubblici a Verona e a Venezia

Zangrandi. *Per iniziare il confronto è utile focalizzare l'attenzione sulle possibilità di cambiamento. È vero che è possibile cambiare?*

Per favorire il cambiamento si punta su nuove regole del gioco ma soprattutto su una professionalità definita « manageriale », sulla capacità di decidere secondo criteri di efficienza, promuovendo la qualità dei servizi. Gli amministratori straordinari delle U.s.l. sono una prima risposta a questa esigenza. Dalle esperienze di questi mesi si potranno trarre utili indicazioni.

Cominciamo a capire dove sono nascosti gli spazi per il cambiamento.

Berger. Devo dire che parlerò abbastanza male della sanità, pur essendo molto stimolato da questa esperienza che è per me la prima nel settore pubblico. Probabilmente ne parlerò con qualche imprecisione perché è impossibile conoscere a fondo in pochi mesi un mondo così complesso.

Non è pensabile che una legge come la 111 cambi la sanità. La legge è fatta molto male, anche negli aspetti più

banali. Fin dalla sua entrata in vigore sono sorti molti punti interrogativi, equivoci sull'attribuzione dei ruoli e delle competenze tra amministratori straordinari, garanti e uffici di direzione, ancora oggi irrisolti, a 8 mesi dall'entrata in vigore.

Queste non sono banalità, e dicono tutto di una legge che ipotizza di cambiare la sanità semplicemente mettendo una persona al vertice delle U.s.l..

La mia esperienza è addirittura drammatica. Dobbiamo gestire il budget senza neppure conoscerne la dimensione. Ho avuto lo stanziamento definitivo per il '91 al 27 di dicembre. Un po' tardi per poter programmare. Ho dovuto decidere in pochi giorni sul migliore utilizzo dei fondi, che altrimenti sarebbero stati prescritti.

Confrontando la mia esperienza di manager della U.s.l. con quella precedente nel privato, non posso dire che il privato sia necessariamente meglio del pubblico. Onestà e disonestà sono fisiologiche ovunque. Però non esistono nel privato trappole burocratiche, e questo fa la differenza.

Un esempio per chiarire: i medici

del Sumai in Italia hanno sostanzialmente un rapporto di lavoro privato perché contrattano il loro tempo con l'amministrazione. Però sono praticamente inamovibili, se qualcuno gli chiede di rendere conto del proprio operato si rivolgono immediatamente all'apposita commissione. Così si devono tenere competenti e incompetenti.

Questo dà una misura dell'impossibilità reale di gestire. Di spazi per il cambiamento ce ne sono, e neppure tanto nascosti. Però è necessaria una forte volontà politica, protesa verso questo obiettivo. Francamente non mi pare di coglierne il segno in questo momento storico.

Locci. Innanzitutto il cambiamento richiede una riforma a livello strutturale, e oggi non siamo in grado di realizzarla.

Oggi possiamo solo utilizzare degli accorgimenti aspettando la riforma, che probabilmente consentirà cambiamenti più profondi.

Questi accorgimenti sono dettati dall'esperienza professionale, dai rapporti umani, ma possono portare risultati concreti e visibili dagli utenti. Un aspetto su cui intervenire è l'orario dei medici, dei turnisti. Si può risparmiare anche il 5% delle spese del personale sui turni.

Con i medici bisogna essere decisi, occorre anche qui un grande cambiamento. Bisogna incidere sul rapporto di lavoro. Potendo avere un contratto privatistico con i medici si risolverebbero tanti problemi.

Occorre in generale cambiare mentalità. Nella mia U.s.l., in 11 anni, non sono mai stati presi provvedimenti contro i dipendenti. Io ho voluto dare due sospensioni cautelari che chiaramente hanno causato la reazione dei sindacati, ma era importante dare un segno di cambiamento. Deve essere accolta l'idea che tutti quelli che hanno rapporti diretti con il pubblico devono essere gen-

tili e orientati alle esigenze dell'utente.

I miglioramenti si fanno attraverso le strutture ma anche attraverso il personale. Queste sono comunque piccole cose, per ottenere dei risultati occorre una grande determinazione a tutti i livelli.

Per esempio, ha iniziato a responsabilizzare i primari ospedalieri sull'ammontare di risorse disponibili, indicando a ciascuno di loro un budget. Il consenso non si è fatto attendere. Gli spazi di cambiamento, in generale, sono ben nascosti, anche perché il nostro tempo per programmare interventi è limitato. La scadenza del mandato incombe.

Menegazzi. Io posso confrontare l'azienda municipalizzata che ho diretto prima rispetto a questa U.s.l., che conta 1.600 dipendenti e tre ospedali. Qui emerge chiaramente una mancanza di cultura manageriale e moderna nella gestione. Una totale incomunicabilità fra settore e settore, forse un po' accentuata nella mia U.s.l.. Chi gestiva prima di me decideva tutto da solo e frammentava le attività affidandole a persone diverse, perché solo lui potesse avere una visione d'insieme. Quindi sono in una U.s.l. che vive a compartimenti stagni, dal primario all'ultimo inserviente.

La mia attenzione si è concentrata sul cambiamento interno, cioè sul cambiamento della mentalità, per abituare i primari e i capi settore a fare un lavoro di equipe, lavorare con gli altri settori, cioè creare una nuova mentalità.

Per me c'è una grande esigenza di cambiamento. Si può insegnare, educare, abituare gli operatori al coinvolgimento nelle decisioni, alla partecipazione, a un nuovo modo di gestire.

Giacalone. Sono convinto che dovendo essere testimoni del passaggio alla nuova organizzazione sanitaria

a noi spetti di cambiare le piccole cose. Il cambiamento, come si è già detto, è questione di mentalità. Innanzitutto il servizio va visto dalla parte del cittadino. In questo senso si è sempre orientato il mio stile di direzione.

Mi sono chiesto: come posso dare un servizio migliore? Dove sono nascoste, perciò, le possibilità di cambiamento? La risposta più plausibile è: ovunque. Ci sono cose che non funzionano e cose che funzionano e devono essere valorizzate. Gli spazi per il cambiamento sono ampi, ma non si può pretendere di conquistarli subito. Occorre tempo. È necessario coinvolgere il personale, creare circoli di qualità.

Trani. Spazi di azione e cambiamento ci sono, basta volerli sfruttare. Però siamo bloccati da leggi, vincoli, lacci, laccioli, e quindi è molto difficile riuscire a cambiare in maniera radicale. Ci possono essere cambiamenti in maniera radicale. Si possono innescare cambiamenti nei vari settori, particolarmente in quello sociale. Più difficile è il dialogo con gli apicali.

I grandi cambiamenti ci potranno essere solo se si modificheranno le leggi. Innanzitutto con il passaggio a un contratto privatistico per il personale. Oggi non si può neppure spostare un ausiliario da un piano all'altro. Bisogna creare una mentalità diversa. In altre parole, non è possibile ragionare sulle possibilità di soluzione dei problemi con i funzionari degli enti pubblici, si parla solo di leggi, articoli e commi. Ho chiesto a tutti i miei collaboratori di proporre delle soluzioni, questo è un modo di cambiare.

Zangrandi. *Mi pare di capire che gli spazi di cambiamento ci siano, e sono nascosti nelle piccole cose concrete. Occorre cambiare mentalità ma la mentalità si cambia con cose con-*

crete con un forte orientamento all'utente, al paziente. Peraltro mi pare idea comune che sia necessario modificare alcune regole del gioco per dare concrete possibilità di cambiamento.

Berger. La 111 aveva anche lo scopo di incentivare il passaggio di manager del settore privato alla sanità. Dopo essere stato nominato, io ho ricevuto una lettera con la richiesta di dedicare in modo esclusivo la mia attività alla U.s.l., e questo mi pare comprensibile. Perciò ho dovuto dimettermi dall'azienda dove lavoravo prima. Pochi giorni fa mi è arrivata una circolare che spiega l'opportunità di chiedere un periodo di aspettativa. Mi sembra piuttosto originale il solo pensiero che l'amministratore delegato e direttore generale di un'industria possa chiedere un'aspettativa di un anno. Mi sembra che tutto questo possa solo allontanare i manager privati dalla sanità.

Poi c'è un'anomalia quasi esclusivamente milanese: le U.s.l. non gestiscono ospedali. Questo è sicuramente un limite perché gli ospedali, avendo una secolare tradizione di amministrazione e di gestione con vincoli di necessità abbastanza rigorosi, sono un'isola felice rispetto al territorio. Le U.s.l. sono nate poco più di dieci anni fa, non hanno ancora sviluppato una vera cultura gestionale, si vedono solo i residui della vecchia Inam. Sono stato fortunato con i dirigenti. Non ho deciso io con chi lavorare, ma se avessi dovuto farlo avrei scelto lo stesso staff. Ai livelli medio-bassi della gerarchia, invece, regna la mediocrità. C'è una grande conoscenza dei diritti e una scarsissima consapevolezza dei doveri.

Locci. Durante la precedente gestione in ospedale non hanno mai visto il presidente. Io ho introdotto la pratica di fare continue visite nel-

le strutture, al mattino, al pomeriggio. Devo dire che l'iniziativa ha avuto successo perché cambia il rapporto con i dipendenti delle U.s.l.

Giacalone. A me capita di andare a qualsiasi ora del giorno in qualunque luogo della U.s.l., senza però controllare il personale. Devo dire che il mio comportamento viene apprezzato, chiunque in questo modo può sottopormi i propri problemi.

Trani. Come uomo proveniente da esperienze di marketing ho cercato di esaminare i dati interni aziendali per rendermi conto della situazione. Dopodiché era necessario evidenziare i centri di potere a tutti i livelli, perché nessuno aveva capito quali fossero i confini entro i quali operare.

Un esempio. Sono stati istituiti dei circoli di qualità nei servizi e poi, dopo 6 mesi, sono stati fatti naufragare. Io li sto ricostruendo perché ritengo che sia utile e necessario che anche i paramedici diano dei suggerimenti. Non si possono sentire solo i primari.

Zangrandi. *Da questa vostra esperienza si potrebbe dire che le grandi dimensioni sono in contraddizione con l'esigenza di mostrare una presenza continua nelle strutture operative. Quindi l'idea di ampliare i bacini d'utenza, presente nella proposta di riordinamento del S.s.n., può non essere opportuna.*

Berger. Credo che difficilmente la mia U.s.l. potrebbe essere più grande. Eppure penso di essere presente in tutte le situazioni in cui è opportuno che ci sia.

Menegazzi. Sicuramente i vantaggi dell'accorpamento sarebbero superiori agli svantaggi. Quando una U.s.l. serve una popolazione di 40 o 50 mila abitanti è una struttura che costa troppo rispetto all'utenza.

Bisognerebbe dimensionare tutto in modo più equilibrato.

Berger. Io credo che sia un problema di razionalizzazione piuttosto che di dimensione. Milano vive una situazione assurda, non è pensabile che esistano 6 U.s.l. in un solo Comune (se poi pensiamo alla periferia è ancora peggio). Io incontro una volta alla settimana gli altri amministratori in un apposito comitato che ha il limite di essere volontario. Si lavora con difficoltà e si litiga spesso, non c'è sempre un atteggiamento costruttivo. Non so se la conflittualità si potrebbe risolvere facendo una sola U.s.l., o creando un super amministratore.

Zangrandi. *Chi ostacola e chi favorisce il processo di cambiamento? Occorre capire chi « tira » verso un obiettivo e chi ostacola questo sforzo perché il cambiamento si realizza sempre con un indirizzo ben definito ma anche con tanti, tantissimi piccoli passi dell'organizzazione. Chi è dunque per il cambiamento, chi opera in questa direzione?*

Trani. In gran parte sono i medici a ostacolare il cambiamento, soprattutto i primari. Qualche apicale non vuole comprendere il concetto di cambiamento inteso come migliore soddisfacimento dei bisogni dell'utenza, non come limitazione del potere. Io parto sempre dal bisogno del mercato per poi cercare di risolvere il problema. Questo approccio non trova un grande riscontro nelle U.s.l.

Ciascuno si è creato il proprio orticello, la propria nicchia, e ha cercato di creare dei modelli organizzativi fatti su misura. Non si sente la necessità di capire che cosa vuole l'utente, come vuole essere servito, non ci si preoccupa per esempio di sapere quando l'ufficio prenotazioni resta aperto e magari, se si tratta di

una U.s.l. di montagna, non ci si informa se l'orario è compatibile con quello dei mezzi pubblici.

Questi sono concetti che in termini di marketing sono molto evidenti. Con il marketing il soddisfacimento dei bisogni porta generalmente un buon fatturato e un utile per l'azienda. Ci sono 650 dipendenti, una spesa di quasi 100 miliardi all'anno, due ospedali con un'attrezzatura di alta specializzazione, ma l'orientamento all'utente non c'è.

Giacalone. Il processo di cambiamento è ostacolato dalla cultura che domina nel pubblico. Non si può calare una mentalità di tipo privatistico nella gestione del pubblico. Fare il dirigente in una struttura pubblica è difficile, forse più che in una impresa.

Zangrandi. *E il controllo di legittimità? Anche quello sembrerebbe opporsi al cambiamento. Però, da quando la 412 lo ha abolito, non sono pochi gli orfani del controllo. Questo è un sintomo che il ruolo del Comitato di controllo garantiva una tutela psicologica, ancora prima che giuridica.*

Locci. Credo di essere l'unico amministratore straordinario d'Italia che non ha mai mandato alcun provvedimento al controllo. Ho scritto a tutti documentando non in base alla futura legge ma a quella vigente, che non era necessario mandare gli atti al controllo. Ho litigato con l'assessore regionale, l'ho fatto per un mese, poi mi sono accorto che la Liguria aveva emanato una propria delibera. Sulle aberrazioni del controllo non ci sono limiti.

Berger. Chi ostacola il cambiamento? Apparentemente nessuno. Sostanzialmente tutti. Non sottovaluto il cambiamento nelle piccole cose, infatti dedico la quasi totalità del mio

tempo a questo. Non combatto e non voglio combattere contro i mulini a vento, ma ogni giorno intervengo su qualche piccola cosa da cambiare.

In questo settore la legittimità è molto più importante dei risultati. Chi ostacola i processi di cambiamento siamo tutti noi, la mentalità di questo Paese, i tentativi di proteggere un'infinità di piccoli interessi, tra i quali quelli dei primari sono solo la punta dell'icebergo ma non sono certo gli unici. Dai tecnici di laboratorio agli assistenti sociali tutti hanno piccoli interessi da difendere con i denti.

Menegazzi. Sono tanti i comportamenti che ostacolano il cambiamento.

Chi è chiuso, chi è ancorato al passato, chi dice che comunque si è sempre fatto così e quindi perché cambiare, chi ha paura del salto nel buio, chi rammenta che non bisogna lasciare la strada vecchia per quella nuova, chi teme che vengano intaccati i propri interessi.

Chi favorisce il cambiamento? Chi non ne ha paura.

Berger. Forse si rischia di dare un giudizio troppo drastico sul personale. Tra tante cose negative devo dire che ho avuto anche delle straordinarie esperienze positive. La mediocrità è all'ordine del giorno, ma esiste tanta gente che dedica la propria giornata a malati terminali di Aids, handicappati gravi, tossicodipendenti, situazioni di drammatica disgregazione sociale.

Questo mi ha permesso di conoscere persone straordinarie. Rimango pessimista nel quadro d'insieme, ma entusiasta nel particolare. E credo che ci sia un futuro per la sanità perché di forze veramente impegnate ce ne sono tantissime, e tutte valide.

Zangrandi. *La Regione nomina gli*

amministratori straordinari, distribuisce le risorse, legifera e pone ulteriori vincoli alla gestione. Dove lascia troppa autonomia alle U.s.l. e dove troppo poca?

Al contempo può presentarsi come il fulcro del rinnovamento del S.s.n.. La Regione può realmente svolgere un ruolo di promotore del cambiamento?

Menegazzi. Mi aspetto che la programmazione e l'elaborazione dei piani non si facciano negli uffici della Regione. Le U.s.l. devono essere consultate, non devono vedersi calare dall'alto le decisioni. Ma non basta, c'è bisogno di maggiore snellezza e velocità di risposta alle nostre richieste. Questo anche nelle piccole cose come le nomine dei commissari di concorso.

Noi stiamo avviando il controllo di gestione ma abbiamo bisogno di strumenti, di informazione. Vorremmo che la Regione ci fornisse questi strumenti e che non pretendesse solo risultati sicuri. Come è stato fatto per gli acquisti, quando la Regione ha realizzato un osservatorio prezzi che riferisce le condizioni di fornitura delle varie U.s.l..

Zangrandi. *A proposito di questo, mi sembra che ci sia una contraddizione. Le U.s.l. chiedono un ombrello di protezione per essere tutelate negli acquisti. D'altra parte, dove qualche Regione ha avviato una politica di coordinamento degli acquisti, si è registrata una forte resistenza proprio da parte delle U.s.l., che vedevano ridotti i propri margini di autonomia.*

Locci. Io apprezzo lo spirito di queste iniziative, però quando una Regione non ha i mezzi deve rinunciare. Con gli acquisti unificati ci sono apparecchiature che impiegano anni ad essere installate. Stiamo aspettando da quattro anni l'assen-

so della commissione regionale sugli acquisti per una attrezzatura chirurgica.

Mi aspetto dalla Regione che non diventi una brutta copia dello Stato. Noi abbiamo creduto nelle Regioni perché ritenevamo che potessero permettere di snellire i procedimenti amministrativi.

Non si pretende che la Regione svolga un ruolo di guida e di controllo. Ma non si vuole neppure che ritardi tutta l'attività amministrativa. Non è possibile che il Veneto, l'Emilia Romagna, il Friuli abbiano già introdotto il controllo di gestione, e non la Liguria.

Berger. A mio parere il controllo di gestione rischia di diventare un alibi. Quando si ha un bilancio talmente rigido per cui se si avanzano 50 milioni in una unità psichiatrica non si possono spostare verso un'altra unità psichiatrica, non è un problema di controllo di gestione, ma di buon senso.

Con la Regione vorrei avere un rapporto più diretto per discutere concretamente. Non ho ancora avuto ufficialmente nessun incontro personale con l'assessore, nel quale definire un quadro di obiettivi e di strumenti per raggiungerli, ma solo brevi contatti a margine di convegni.

Ci sono stati incontri con tutti gli amministratori straordinari della Lombardia, ma in queste occasioni non emergono i problemi reali, si mostra piuttosto il lato deteriore della lottizzazione. La Regione, in generale, dovrebbe svolgere il ruolo che svolge l'azionista in un'azienda.

Trani. Ho la fortuna di avere un assessore intelligente e preparato. È un politico con doti manageriali. I dirigenti regionali non sono abituati a risolvere i problemi di gestione. Sono più legati alle leggi e al bilancio.

Giacalone. Devo dire che l'asses-

sore ci aiuta molto a mantenere i rapporti di collaborazione. È una persona attenta, che ha fatto propri i problemi della sanità. Certo, i problemi ci sono, per esempio quando si parla di informatizzazione. Una delle cose che mancano in una U.s.l. come la 35 di Catania, così vasta e con 4 presidi ospedalieri da gestire, è proprio la rete informatica. Questo accade perché l'amministrazione regionale pretende di intervenire direttamente anche in questo ambito. Quindi una Regione che esercita il proprio potere di controllo in modo molto attento dove forse dovrebbe lasciare più autonomia.

È anche vero, però, che molti di noi si sentono orfani del controllo, oggi che è venuto a mancare. Io non sono certo tra questi, a me il controllo non è mai piaciuto, mi ha sempre dato fastidio sia nella forma attiva che in quella passiva.

Zangrandi. *Un tema molto importante soprattutto in vista della riforma è il rapporto tra dirigente e garanti. Dalla vostra esperienza che conclusioni si possono trarre? Sono utili i garanti? Raggiungono gli obiettivi previsti?*

Giacalone. Personalmente mi posso considerare fortunato, nella mia U.s.l. sono state nominate persone attente e preparate. In generale non condivido il metodo di nomina: i garanti sono spesso le stesse persone che siedono nei precedenti Comitati di gestione. Nel mio caso uno solo è stato rimpiazzato e il presidente del comitato è l'ex presidente della U.s.l.. Si creano, evidentemente, difficoltà e conflittualità di carattere psicologico in molti dipendenti, che vedono ancora oggi il vecchio presidente come una presenza che aleggia all'interno della struttura.

Peraltro, non tutti hanno compreso bene quale sia il ruolo dei garanti: qualcuno ha ritenuto addirittura

che il comitato dei garanti potesse deliberare anche un regolamento dei rapporti tra l'amministratore straordinario e lo stesso comitato. I garanti non hanno alcun potere deliberante, tantomeno in materia regolamentare. Equivoci di questo genere devono essere chiariti a fondo e subito.

Se le Regioni possono esercitare un controllo di merito su quegli atti dell'amministratore straordinario che danno l'indirizzo alla gestione, come prevede la 412, il comitato dei garanti può anche venire meno. Tutti gli atti fondamentali della gestione sarebbero comunque passati al vaglio: bilanci di previsione, variazioni delle piante organiche, convenzioni, spese pluriennali, applicazione dei contratti collettivi di lavoro.

Trani. Anche nel mio caso i garanti sono le persone che già reggevano la U.s.l.. L'arrivo di un manager non è stato accolto con grande favore. I garanti vivono male l'esclusione dal potere che era parcellizzato, ciascuno si era creato un'area d'influenza.

I garanti oggi possono dare le linee strategiche, articolandole in una proposta di programmazione o in una scala di priorità. Ma è l'amministratore straordinario che deve valutare se gli indirizzi possono essere perseguiti con i mezzi a disposizione.

Locci. Appena ho assunto la mia carica ho voluto definire con grande chiarezza soprattutto due cose. Innanzitutto il rapporto con il Co.re.co.: ho voluto che nessun atto fosse inviato per il controllo. In secondo luogo il rapporto tra amministratore e garanti e la funzione che spetta a questi ultimi.

I garanti non devono avere una presenza fissa nella U.s.l. e neppure negli ospedali. Può essere presente il presidente, che li rappresenta, ma gli altri devono limitarsi a parteci-

pare alle riunioni del comitato. Ho dato loro gli spazi necessari, una segretaria al presidente, e ho stabilito con chiarezza i ruoli. Devo dire che oggi a Savona le cose funzionano.

Non altrettanto invece potrei dire della situazione di alcuni colleghi, che ai tempi sostennero che la mia non fosse una mossa diplomatica. Specie dove il presidente del Comitato di gestione è diventato presidente dei garanti, l'amministrazione straordinaria è stato relegato in un ruolo marginale. Talvolta non dispone neppure delle strutture e dei mezzi per svolgere il proprio lavoro. In quelle U.s.l. tutto continua come prima. I primari telefonano al presidente dei garanti chiamandolo presidente, questo concede interviste ai giornali come presidente della U.s.l., e così via. Il compito dei garanti di oggi e del consiglio di amministrazione di domani è lo stesso del consiglio di amministrazione di una società per azioni: dare le linee di indirizzo e fare le grandi scelte. La gestione spetta al manager.

Zangrandi. *Questo è vero solo perché i garanti non vi hanno eletto.*

Locci. Certo, la mia designazione deriva da un accordo politico. I garanti si sono limitati a inserirmi nella rosa dei tre nomi da proporre alla Regione, e per questo oggi mantengo la mia autonomia. Comunque credo che si propenderà per la nomina del direttore generale da parte delle Regioni, pur con un consiglio di amministrazione eletto dai Comuni. Altrimenti sarà impensabile avere una gestione veramente autonoma.

Menegazzi. Sono perfettamente d'accordo. Ho avuto esperienza nel-

le aziende municipalizzate, dove la nomina viene dal consiglio di amministrazione. L'autonomia è estremamente sacrificata.

Berger. Data la mia situazione, per me è piuttosto difficile trattare questo tema, che ha forti implicazioni politiche e partitiche. Ho l'impressione che il comitato dei garanti sia vittima dell'ambiguità della legge e del fatto che, comunque, una legge non risolve i problemi.

I garanti sono perfettamente consapevoli di non avere una funzione, o comunque di avere una funzione che non possono esercitare. E il loro lavoro ne risente direttamente. Le riunioni hanno un contenuto quasi sempre generico, spesso manca il numero legale, non c'è stimolo a risolvere la conflittualità interna.

In definitiva, oggi il comitato dei garanti è un organo superfluo.

Io ho sempre lavorato con un consiglio di amministrazione che programmava e poi mi attribuiva la responsabilità di gestire, perché è il manager che possiede gli strumenti per realizzare gli obiettivi. La gestione può essere buona o meno, ma il manager deve renderne conto solo alla fine.

Non ha senso vedere i garanti ogni settimana, come faccio oggi. Non posso fare l'amministratore delegato, come i garanti non possono fare il consiglio di amministrazione. Ci sono troppi vincoli.

Menegazzi. Anche nel mio caso, come per Locci, è stato utile chiarire fin dall'inizio la suddivisione dei ruoli. Forse sono stato fin troppo rigido.

Comunque mi pare che i garanti tendano a interessarsi dei problemi

spiccioli, e io non mi intrometto nella loro attività.

Non ho mai partecipato a una commissione di concorso, non ho mai presieduto una gara d'appalto. Ho applicato strettamente la legge. Sono intervenuto, invece, per indirizzare la loro attività più verso il sociale: handicappati, anziani.

Di contrasti particolari non ne sono sorti perché l'orientamento politico è uniforme ma soprattutto perché i garanti sono perfettamente consapevoli che lo spazio offerto dalla legge è minimo e puramente formale.

I garanti vorrebbero avere la responsabilità di dare i grandi indirizzi alla gestione, e io ho tentato di coinvolgerli in questo senso. Loro si sono dimostrati interessati, ma le possibilità di fare programmazione sono ancora molto lontane.

Berger. È proprio questo il punto centrale. La legge 111 prevede un ruolo assurdo per i garanti. Non si può chiedere di fare programmazione a delle persone che vengono gettate nella mischia a cavallo di due esercizi, dei quali vedono solo una metà, e senza fornire loro uno strumento tecnico. Questo significa prendere in giro i cittadini, l'amministratore straordinario e gli stessi garanti.

Trani. Questo per me è un falso problema. Se l'amministratore straordinario è un manager con una spiccata personalità, che è stato abituato a dirigere aziende, non avrà difficoltà a imporre la propria autonomia rispetto agli altri organi. Gli ex che girano nelle altre U.s.l., da me non si sono mai fatti vedere. Semmai li vedo fuori, ma hanno capito loro stessi che il tono della musica è cambiato.

LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA SANITARIA

Si riproduce in questa la parte centrale del documento « Soggetti assistiti, livelli uniformi di assistenza sanitaria e standard di organizzazione e attività del S.s.n. » (versione del 9 gennaio 1992).

Il documento nella parte pubblicata indica i livelli di assistenza proposti per tutto il territorio nazionale e che dovrebbero trovare copertura nel finanziamento del S.s.n. da parte dello Stato.

Le altre prestazioni dovrebbero invece essere finanziate direttamente dalle Regioni.

PREVENZIONE COLLETTIVA

Il livello uniforme di assistenza sanitaria da assicurare nel settore della prevenzione collettiva a cura dei servizi della U.s.l., dei presidi e servizi multizonali di prevenzione collettiva e con la collaborazione degli istituti zooprofilattici sperimentali è costituito dalle sottoindicate prestazioni, nel tipo qualitativo e nelle quantità rapportate a oggettive situazioni locali demografiche e ambientali come di seguito indicato:

Popolazione umana

a) Vaccinazioni:

- vaccinazioni anti-difterica e anti-polio: 100 per cento dei nuovi nati;
- vaccinazione anti-tetanica:
 - * 100 per cento dei nuovi nati;
 - * 100 per cento dei lavoratori appartenenti alle categorie esposte a maggiore rischio;
 - * 100 per cento degli sportivi all'atto dell'affiliazione al CONI;
- vaccinazione anti-tubercolare: 100 per cento dei cutinegativi appartenenti alle categorie esposte a maggior rischio;
- vaccinazione anti-epatite B:
 - * 100 per cento dei nuovi nati;
 - * 100 per cento dei dodicenni non prece-

dentemente sottoposti a vaccinazione;

- * offerta gratuita di vaccinazione alle categorie a rischio di cui al D.M. XXXXX;
- vaccinazione antitifica:
 - * 100 per cento degli alimentaristi addetti alla produzione e alla manipolazione di sostanze alimentari;
 - * 100 per cento dei militari;
 - * 100 per cento delle persone a rischio previste dal D.C.G. 2 dicembre 1926.

b) Analisi:

- esecuzione del saggio tubercolinico:
 - * 100 per cento dei soggetti appartenenti alle categorie esposte a rischio;
 - * 100 per cento degli allievi della 1^a e 4^a elementare e della 3^a media.

Popolazione animale

a) Vaccinazioni:

- vaccinazione anti-rabbia, anti-peste suina classica e anti-carbonchio: 100 per cento dei capi per anno limitatamente alle zone endemiche (legge n. 34 del 1968);
- vaccinazione anti-brucellosica: 100 per cento delle specie ovino-caprine di età fra tre e sette mesi per anno.

b) Visite:

— 100 per cento dei capi ovis, caprini e bovini presenti negli allevamenti controllati secondo i piani di risanamento per la brucellosi;

— 100 per cento dei capi bovini presenti negli allevamenti controllati secondo i piani di risanamento contro la tbc e la leucosi bovina;

— un campione non inferiore al 10 per cento dei capi bovini, suini e ovi-caprini presenti negli allevamenti controllati ai fini della vigilanza veterinaria permanente;

— un campione non inferiore al 35 per cento delle partite di animali e relativi prodotti in entrata dall'estero.

c) Controlli - ispezioni:

— 3 controlli per ciascun allevamento di bovini per anno nell'ambito dei piani di risanamento per tbc, brucellosi e leucosi bovina;

— 1 controllo per ciascun allevamento infetto di bovini per anno;

— 2 controlli per ciascun allevamento di ovi-caprini per anno nell'ambito dei piani di risanamento per brucellosi;

— 1 controllo per ciascun allevamento infetto di ovi-caprini per anno;

— 2 controlli per ciascun allevamento di bovini e suini per mese ai fini della vigilanza veterinaria permanente;

— 1 controllo per ciascun allevamento di ovi-caprini per mese ai fini della vigilanza veterinaria permanente;

— controllo cartolare del 100 per cento delle partite di animali e relativi prodotti in entrata dall'estero.

d) Analisi:

— effettuazione di analisi sul 100 per cento dei capi bovini per allevamento controllato nell'ambito dei piani di risanamento per tbc, brucellosi e leucosi bovina;

— effettuazione di analisi sul 100 per cento dei capi ovi-caprini per ciascun allevamento controllato nell'ambito dei piani di risanamento per brucellosi;

— effettuazione di analisi su un campione non inferiore al 2 per cento dei capi bovini e suini per allevamento controllato ai fini della vigilanza veterinaria permanente;

— effettuazione di analisi in un campione non inferiore al 10 per cento dei capi ovi-caprini per allevamento controllato ai fini della vigilanza veterinaria permanente;

— effettuazione di analisi in un campione non inferiore al 6 per cento delle partite di animali e relativi prodotti in entrata dall'estero.

Ambienti esterni

a) Controlli-ispezioni:

— controllo del 100 per cento dei punti di emissione industriale (D.P.R. 203/88; D.M. 12 luglio 1990);

— controllo per la formulazione del parere sugli impianti di attività temporanea ai fini del controllo dell'inquinamento da rumore (D.P.C.M. 1 marzo 1991);

— controlli sistematici su tutte le sorgenti di radiazioni ionizzanti installate e/o utilizzate negli ambienti di lavoro, controllo sui lavoratori esposti, sugli scarichi e sulle matrici ambientali (D.P.R. 185/64; L. 833/78; Circ. M.s. 3 febbraio 1987);

— controlli sistematici sullo smaltimento dei rifiuti (D.P.R. 915/82);

— controllo sul 100% dei punti di campionamento per le acque di balneazione, definiti dal D.P.R. 470/82;

— una ispezione mensile per ciascuna piscina; un controllo mensile di 22 parametri per ciascuna piscina.

b) Analisi:

— installazione di una stazione di rilevamento dell'inquinamento atmosferico ogni 100.000 abitanti per il controllo degli inquinanti previsti dal D.P.C.M. 28 marzo 1983;

— determinazione analitica degli inquinanti specifici per ciascun punto di emissione industriale (D.P.R. 203/88; D.M. 12 luglio 1990);

— un rilevamento al giorno della rumorosità ambientale ogni 100.000 abitanti, controllando sia il livello assoluto che il livello differenziale (D.P.C.M. 1 marzo 1991);

— effettuazione di trenta campionamenti al mese relativamente all'inquinamento da radiazioni ionizzanti da parte di ciascun laboratorio di riferimento;

— effettuazione delle analisi previste dal D.P.R. 515/82 su tutte le risorse idriche superficiali e delle analisi previste dal D.M. 26 marzo 1991 su tutte le risorse idriche sotterranee;

— effettuazione delle analisi previste dal D.P.R. 236/88 nella rete di distribuzione delle acque potabili;

— effettuazione di venticinque analisi per anno delle acque minerali e termali per ciascun impianto di imbottigliamento e/o termale (circ. M.s. 13 settembre 1991; racc. C.s.s. 14 dicembre 1990);

— effettuazione di dodici analisi per ciascun punto di campionamento delle acque di balneazione nel periodo previsto dal D.P.R. n. 470 del 1982; effettuazione di analisi suppletive in proporzione non inferiore al 10 per cento del totale;

— effettuazione di una analisi per mese relativa all'accertamento della potabilità dell'acqua non di acquedotto per ciascuna piscina;

— effettuazione di due campionamenti all'anno degli scarichi civili in acque superficiali o fognature in ciascun Comune (D.P.R. n. 319 del 1976);

— effettuazione di una analisi chimica ogni 5 addetti e di una analisi microbiologica ogni 100 addetti su scarichi industriali (D.P.R. n. 650 del 1979).

Ambienti di vita interna

a) Controlli - ispezioni:

— controllo della sussistenza del rischio da amianto in tutti gli ambienti ospedalieri e scolastici;

— controllo annuo delle condizioni di sicurezza e di igiene su un campione non inferiore al 30 per cento dei locali degli istituti di istruzione;

— controllo campionario delle condizioni igienico-sanitarie nelle Comunità;

— controllo delle condizioni di sicurezza ed igiene nel 100% dei locali di pubblico spettacolo per anno;

— controllo nel 75 per cento degli impianti pericolosi negli ambienti di vita collettiva per anno.

b) Analisi:

— una determinazione analitica dell'amianto in tutti i locali ospedalieri e scolastici;

— almeno tre determinazioni analitiche aggiuntive (due intermedie ed una finale) dell'amianto nei locali ospedalieri o scolastici da sottoporre a bonifica.

Ambienti di lavoro

a) Visite:

— visite preventive e periodiche per il 100

per cento dei lavoratori di età inferiore a 18 anni;

— visite preventive e periodiche per il 100 per cento dei lavoratori di età inferiore a 21 anni che esercitino le attività a rischio previste dalla legislazione vigente.

b) Controlli - ispezioni:

— controlli campionari delle sostanze e dei preparati pericolosi da immettere sul mercato;

— controlli campionari sulle attività produttive che comportino la utilizzazione di biotecnologie;

— controllo annuale su un campione non inferiore al 10 per cento delle aziende industriali ed artigiane;

— controllo ispettivo nel 100 per cento dei casi di infortuni sul lavoro mortali e gravi (prognosi > 30 giorni);

— controllo sulle modalità di effettuazione delle visite mediche preventive e periodiche nel 100 per cento delle attività produttive sottoposte all'obbligo previsto dalla legislazione vigente;

— controllo annuale sul 100 per cento delle macchine, apparecchi, impianti a elevato contenuto di rischio;

— controllo finalizzato alla formulazione del parere preventivo sull'impatto ambientale di tutti i piani di insediamento industriale e di tutti i progetti di nuovi impianti;

— controllo campionario delle attività agricole, forestali e della pesca.

Alimenti e bevande

Controlli - ispezioni:

— controllo pre-macellazione e post-mortem del 100 per cento dei capi destinati all'alimentazione umana;

— un controllo al giorno per ciascun laboratorio di sezionamento;

— un controllo settimanale per ciascun laboratorio o deposito destinato alla lavorazione di carni e/o al deposito delle stesse (L. 1073/1971);

— un controllo annuo, finalizzato alla verifica delle strutture di produzione, per ciascun allevamento di produzione del latte (D.M. 184/81; D.M. 185/81);

— 5 controlli annui, finalizzati alla verifica dei requisiti igienico-sanitari e nutrizionali, per ciascun allevamento di produzione del latte;

- controllo del 100 per cento delle partite di pesce presso mercati all'ingrosso;
- un controllo annuale per ciascuna struttura destinata alla commercializzazione e distribuzione di carni, latte, pesce e miele;
- un controllo annuale per la verifica dei requisiti autorizzativi in macellerie, pescherie, supermarket, esercizi di ristorazione;
- due controlli annui per la verifica delle condizioni igienico-sanitarie in ciascuna struttura destinata alla produzione di integratori semplici e integratori medicati per mangimi (L. 399/63).

b) **Analisi:**

**ASSISTENZA
EXTRA-OSPEDALIERA**

Il livello uniforme di assistenza sanitaria da assicurare nel settore extra-ospedaliero a cura dei servizi delle Unità sanitarie locali, direttamente o attraverso professionisti e istituzioni convenzionati, è costituito dalle sottoindicate prestazioni, nel tipo qualitativo, nelle quantità e con le discipline di erogazione di seguito indicati:

Medicina generale, pediatria, guardia medica (assistenza sanitaria di base):

- visite mediche ambulatoriali;
- visite mediche domiciliari in caso di impossibilità dell'assistito ad accedere all'ambulatorio del medico curante;
- visite occasionali in caso di necessità in località diversa da quella di residenza;
- consulto del medico curante con il medico specialista;
- rilascio della certificazione medica obbligatoria;
- prestazioni di natura specialistica effettuabili dal medico curante, nei limiti qualitativi e quantitativi di cui all'allegato D dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale;
- prescrizione di farmaci e di prestazioni di assistenza integrativa, nei limiti qualitativi e quantitativi di cui al rispettivo livello assistenziale;
- richiesta di visite specialistiche, di accertamenti di diagnostica strumentale e di laboratorio e di altre prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale;
- proposte di ricovero in strutture di degenza e di ammissione a regime di ospedalità a ciclo diurno;

- effettuazione di 5 prelievi annui in ciascun allevamento di produzione del latte;
- effettuazione di determinazioni analitiche in proporzione non inferiore allo 0.1 per cento sulla campionatura del 4 per cento degli alimenti distribuiti;
- analisi campionarie su materiali prelevati presso allevamenti e macelli allo scopo di ricercare i residui di cui alla direttiva della Comunità europea n. 86/469;
- effettuazione di determinazioni analitiche in proporzione non inferiore allo 0.1 per cento sulla campionatura del 2 per cento degli alimenti di origine vegetale e sulle bevande in fase di distribuzione.

- proposta di invio a cure termali;
- assistenza medica programmata a soggetti non deambulanti;
- rispetto da parte dei cittadini e dei medici di medicina generale delle obbligazioni specifiche del tipo di assistenza (limitazioni prescrittive, gratuita delle prestazioni, prescrizioni in esenzione dal ticket limitate rigorosamente ai soggetti aventi titolo), con la conseguente sottoposizione ai controlli e alle sanzioni previste dalle leggi vigenti per la repressione degli abusi e delle frodi in danno del S.s.n.;
- copertura assistenziale durante le ore notturne (20-8) e nei giorni festivi e prefestivi a cura dei medici addetti al servizio di guardia medica;
- per gli assistibili fino al 14° anno, le stesse prestazioni erogabili da pediatri convenzionati di libera scelta.

Assistenza farmaceutica:

- n. 8, 5 ricette/anno in media regionale a cittadino;
- assoggettamento alle compartecipazioni di spesa, entro la concorrenza massima per ricetta, previste dalle leggi vigenti;
- esenzioni per patologia e per reddito definite dalle leggi vigenti, nel rispetto di rapporti corretti, in media regionale, tra consumo totale di farmaci e consumo di farmaci in esenzione dal ticket;
- garanzia di fornitura gratuita dei farmaci « salvavita » definiti da apposito elenco ufficiale;
- onere a carico del S.s.n. — fatte salve le compartecipazioni alla spesa sopra indicate — per le specialità medicinali inserite

nel prontuario terapeutico nazionale e per i galenici;

— fornitura dei farmaci in via normale attraverso la rete delle farmacie convenzionate o, in casi particolari previsti da specifiche normative, attraverso presidi e servizi delle U.s.l. appositamente abilitati;

— limitazioni prescrittive a carico del medico prescrittore (numero di pezzi per ricetta, obbligo di relazione, uso di ricettari a lettura ottica, ecc.) previste dalle norme vigenti;

— osservanza del regime di funzionamento della rete farmaceutica di distribuzione (orari diurni e notturni, turni di servizio e di chiusura, modalità di prelievo, ordinazioni programmate in caso di mancanza temporanea del farmaco, ecc.) previsto dalle normative generali e locali;

— rispetto da parte dei cittadini e dei medici prescrittori delle obbligazioni specifiche del tipo di assistenza (uso personale delle esenzioni, conservazione del farmaco nel luogo di assunzione, divieto di prescrizione e di uso del farmaco per scopi diversi dalla cura personale, ecc.), con la conseguente sottoposizione ai controlli e alle sanzioni previsti dalle leggi vigenti per la repressione degli abusi e delle frodi in danno al S.s.n..

Assistenza specialistica:

— le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio previste dal « Nomenclatore-tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali » del S.s.n. vigente, entro i seguenti rapporti di prestazione per 1.000 abitanti in media regionale, comprensivi dei programmi pubblici di prevenzione:

a) specialità cliniche: da 2.000 a 2.700 prestazioni/anno;

b) diagnostica strumentale: da 4.500 a 5.500 esami/anno;

c) terapia strumentale: da 1.500 a 2.200 prestazioni/anno;

— indicazioni e limitazioni in materia di accesso e di campo di applicazione previste dal nomenclatore-tariffario o derivanti dagli accordi di lavoro convenzionato;

— assoggettamento alle compartecipazioni di spesa, entro la concorrenza massima per ricetta e per branca specialistica, previste dalle leggi vigenti;

— esenzioni per patologie e per reddito definite dalle leggi vigenti, nel rispetto di

corretti rapporti, in media regionale, tra totale delle prestazioni e prestazioni erogate in esenzione dal ticket;

— rispetto delle obbligazioni specifiche del tipo di assistenza (uso personale delle esenzioni, completamento dei cicli di cura, ritiro del referto, prenotazione — ove esistente — tramite il centro unificato di prenotazione, ecc.) e conseguente sottoposizione ai controlli e alle sanzioni previsti dalle leggi vigenti per la repressione degli abusi e delle frodi in danno del S.s.n..

— Nel settore specifico della medicina dei servizi, il livello uniforme di assistenza sanitaria da assicurare comprende le seguenti prestazioni minime:

a) medicina scolastica: almeno 4 visite per alunno entro il periodo di compimento della scuola dell'obbligo, di cui la prima all'inizio della frequenza scolastica di qualsiasi tipo (asilo nido, scuola materna, scuola primaria);

b) medicina sportiva: 1 controllo/anno per praticante di attività sportiva agonistica (non professionista) ai fini del rilascio del certificato di idoneità;

c) medicina legale (oltre alle visite d'obbligo e al rilascio delle certificazioni obbligatorie):

— controlli campionari sistematici sulle denunce di decesso extraospedaliero, con eventuale riscontro autoptico;

— indagini sanitarie obbligatorie in tutti i casi di decesso per parto domiciliare, e campionario in altre evenienze in cui il decesso è per definizione evitabile.

Altra assistenza

a) Settore della riabilitazione:

— le prestazioni di assistenza riabilitativa, ambulatoriale, semiresidenziale e in istituzioni specializzate di ricovero, contemplate dagli schemi di convenzione di cui all'art. 26 della legge 833/78, nonché le prestazioni, le protesi e gli ausili tecnici previsti dal vigente nomenclatore-tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e nomenclatore-tariffario delle protesi per il recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali, con le indicazioni e le limitazioni in essi contemplate;

— con le compartecipazioni alla spesa e con il regime di esenzioni dal ticket vigenti.

b) Settore dell'assistenza termale:

— le prestazioni di assistenza termale previste dalla convenzione in atto, con le indicazioni e le limitazioni ivi contemplate, con le compartecipazioni alla spesa e il regime di esenzioni dal ticket previsti dalle leggi vigenti.

Il livello uniforme di assistenza sanitaria, da assicurare nel settore ospedaliero attraverso gli ospedali delle Unità sanitarie locali e le istituzioni pubbliche e private convenzionate con il S.s.n., è costituito dalle seguenti prestazioni:

— ricoveri di urgenza e ricoveri di elezione programmati;

— in stanze di degenza di dimensioni diverse in rapporto alla intensità assistenziale;

— con possibilità di fruire di sistemazione alberghiera differenziata e di servizi opzionali, a pagamento;

— con possibilità di scegliere, in libera professione intramuraria, il medico curante, a pagamento;

— con diritto all'informazione, sia per quanto riguarda le condizioni di salute, sia per quanto riguarda le regole di vita nel presidio di ricovero;

— con garanzia di accesso alla struttura di ricovero da parte dei familiari, nelle ore

c) Settore dell'assistenza integrativa:

— i prodotti dietetici e i presidi sanitari, con le indicazioni e i limiti di cui ai decreti ministeriali dell'8 febbraio e dell'1 luglio 1982 ed alla legge 16 marzo 1987, n. 115.

consentite, e del medico di famiglia e del pediatra di base per i minori, nel quadro della continuità assistenziale;

— il rilascio di relazioni e consigli terapeutici all'atto della dimissione;

— l'assistenza religiosa;

— per i degenti di età inferiore a quindici anni, la presenza e l'assistenza continuata dal genitore o di altro familiare;

— i ricoveri in strutture private non convenzionate con il Servizio sanitario nazionale non possono essere posti a carico, neppure parzialmente, del Fondo sanitario nazionale;

— i ricoveri in assistenza indiretta presso centri di altissima specializzazione all'estero, preventivamente autorizzati in conformità ai criteri stabiliti nell'articolo 3, comma 5, della legge 595/85, possono essere posti a carico del F.s.n. esclusivamente entro i limiti stabiliti dallo stesso articolo di legge.

**ASSISTENZA
OSPEDALIERA**

**FORME PARTICOLARI
DI ASSISTENZA
SANITARIA PREVISTE
DA LEGGI SPECIALI,
ATTI DI INDIRIZZO
E COORDINAMENTO
PROGRAMMI
DI PIANO SANITARIO
NAZIONALE
E REGIONALE**

a) Principio generale

Tutte le forme particolari di assistenza sanitaria, riguardanti categorie circoscritte di cittadini con bisogni assistenziali specifici, previste da leggi, atti di indirizzo e coordinamento o da programmi di piano sanitario, nazionale o regionale, costituiscono « priorità » all'interno dell'attuazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria. Tali forme assistenziali, ai sensi della legge 595/85, non danno titolo a finanziamenti integrativi ma costituiscono impegno a destinare risorse vincolate alle priorità stesse all'interno del finanziamento parametrico dei singoli livelli assistenziali.

Nell'attuazione dei livelli va reso operativo il principio base della programmazione sanitaria che prescrive di organizzare i servizi sulla base dei bisogni reali della popolazione, secondo scale di priorità riferite alla gravità e alla intensità dei bisogni da soddisfare, nel rispetto della entità delle risorse disponibili, privilegiando gli impieghi con

il più vantaggioso rapporto tra i costi a carico del S.s.n. e i benefici alla popolazione.

b) Discipline particolari ricadenti sotto il principio generale

Ricadono sotto la vigenza del principio enunciato:

— i regimi di esenzione dal ticket previsti dalla leggi vigenti;

— le coperture assistenziali differenziali previste per categorie specifiche di cittadini affetti da patologie particolari (quali ad esempio: malati di Aids, tossicodipendenti, malati di mente, diabetici);

— le coperture assistenziali particolari previste da programmi di piano sanitario a favore di cittadini in condizioni ritenute meritevoli di tutela sanitaria specifica (anziani e disabili non autosufficienti, dializzati cronici, affetti da malattie cardiocircolatorie o da tumori, donne in età fertile e minori). Ricade altresì sotto l'enunciato principio generale l'indicazione che ai minori, almeno

fino al 15° anno di età, ma tendenzialmente fino a 18 anni, l'assistenza sanitaria sia fornita da personale medico, infermieristico e tecnico specificamente formato e competente per assistere soggetti in età evolutiva, in spazi strutture disegnate nel rispetto delle esigenze psicofisiche proprie dell'età evolutiva, in forme che favoriscano l'integrazione fra le diverse competenze;

— le campagne di prevenzione collettiva o individuale, organizzate dalle Unità sanitarie locali e dai servizi multizonali di prevenzione;

— le coperture sanitarie assicurate in strutture residenziali, sia che si tratti di residenze sanitarie assistenziali (dove la copertura sanitaria, riguardando persone non autosufficienti, anziani, handicappati o disabili psichici, costituisce una priorità ad adeguato livello di intensità), sia che si tratti di residenze sociali di vario tipo (dove la copertura sanitaria medica, infermieristica, farmaceutica, specialistica, è l'equivalente di quella assicurata a tutti i cittadini che vivono in residenze proprie e non collettive). In entrambi i generi di residenze, gli oneri concernenti l'aspetto residenziale vanno posti, in tutto o in parte, a carico dei cittadini dotati di reddito personale, o delle loro famiglie, in rapporto al reddito posseduto, se-

condo quanto previsto dalle leggi regionali.

Per le persone non abbienti, l'onere va posto a carico degli enti locali. In ogni caso è fatto obbligo di evidenziare contabilmente le spese per il mantenimento degli ospiti e quelle per i servizi sociali resi, sotto la personale responsabilità di ottemperanza degli amministratori straordinari;

— le forme assistenziali particolari, sostitutive di altre forme tradizionali di copertura assistenziale, come:

* l'accoglienza in R.S.A., sostitutiva dei ricoveri impropri in ospedali per acuti o dei ricoveri che si prolunghino oltre la durata media di 50 giorni di degenza, sia presso le relative unità operative ospedaliere sia presso le case di cura convenzionate per assolvere queste specifiche funzioni;

* l'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) a persone non deambulanti o a malati terminali, che raggruppa in un solo tipo di prestazione, disciplinata da specifici protocolli, prestazioni separate erogate in via normale da servizi e presidi diversi o, in degenza da strutture di ricovero per acuti;

* la spedalizzazione domiciliare (s.d.), la spedalizzazione a ciclo diurno (day hospital), la chirurgia a ciclo breve (day surgery) che sono forme alternative di trattamento di patologie acute normalmente spedalizzate.

LIVELLI ASSISTENZIALI E STANDARD ORGANIZZATIVI

UNO STIMOLO AL CAMBIAMENTO O UN PROVVEDIMENTO DANNOSO?

Il provvedimento sui livelli assistenziali, per ora sospeso in attesa di un accordo sull'ammontare delle riserve da destinare alla sanità per il 1992, rappresenta oggettivamente un dato innovativo nel panorama della programmazione sanitaria in Italia. È naturale chiedersi quali conseguenze avrà l'adozione di questo provvedimento, a quali obiettivi vuole rispondere, come si può configurare il rapporto Stato-Regioni. Abbiamo interpellato Nicola Falcitelli, segretario del Consiglio sanitario nazionale, Pier Giorgio Serventi, della regione Emilia-Romagna, Antonio Maraschi della regione Lombardia, ed Elio Guzzanti della regione Lazio. Elio Borgonovi e Antonello Zangrandi, infine, hanno cercato di indicare una politica regionale rivolta a ottenere un'efficace responsabilizzazione.

MECOSAN. A che punto è il provvedimento sui livelli assistenziali? Come si è arrivati alla situazione attuale?

Falcitelli. L'idea dei livelli di assistenza nasce dal disegno di legge sul riordino del Servizio sanitario nazionale. Al Senato fu introdotto un articolo che imponeva un Piano sanitario nazionale più snello rispetto al passato, che si limitasse a definire alcune situazioni specifiche. Il disegno di legge prevedeva che il piano indicasse il livello minimo (di base) di prestazioni garantite in tutta Italia. E da questi livelli di assistenza che deriva l'ammontare del fondo da ripartire tra le Regioni.

La legge 412/91 ha ripreso lo stesso concetto per il solo 1992, anche al fine di individuare chiari criteri di riparto della spesa. Le Regioni con i livelli di assistenza superiori dovrebbero, secondo lo spirito della legge, provvedere in modo autonomo al finanziamento della relativa spesa aggiuntiva.

Il provvedimento sui livelli minimi e sugli standards è stato predisposto e presentato alla conferenza Stato-Regioni, che lo ha esaminato sia a livello tecnico che a livello politico.

Dal punto di vista tecnico sono state sollevate alcune osservazioni che si stanno recependo. Ma i problemi più rilevanti derivano dal forte divario tra la stima delle Regioni e la disponibilità dello Stato riguardo l'ammontare del finanziamento.

Non trovando, di fatto, un accordo si è deciso di procedere con la ripartizione della metà del fondo per il 1992 (I° semestre), facendo riferimento alla disponibilità dello Stato. A metà anno ci sarà una verifica della spesa per evidenziarne l'entità. Infine sarà emanato il decreto sui livelli assistenziali e sugli standards.

MECOSAN. Quali erano gli obiettivi che si volevano concretamente raggiungere con il provvedimento, e quale livello di consenso si è manifestato su questi obiettivi?

Falcitelli. La definizione dei livelli assistenziali risponde a due precisi obiettivi. Il primo è garantire a tutti i cittadini livelli uniformi di prestazioni. Il secondo far conoscere al cittadino ciò cui ha diritto, cosa può chiedere al Servizio sanitario nazionale. Su questi elementi credo che ci sia un sostanziale accordo tra Stato e Regioni.

Gli standards organizzativi nascono per tutt'altra esigenza. Occorre chiedersi quali risorse sono necessarie per raggiungere i livelli di assistenza fissati, quindi l'ammontare del fondo e la ripartizione tra le varie Regioni. Per calcolare i mezzi finanziari necessari occorre comprendere quali standards organizzativi e di attività permettono di ottenere i livelli di assistenza individuati. Fissati gli standards è agevole determinare il fondo.

Sia chiaro però che gli standards non sono un vincolo. Sono, in un certo senso, un passaggio obbligato per determinare il fondo. Le Regioni possono aderire agli standards,

possono aumentarli, diminuirli, rettificarli, sempre però garantendo i livelli assistenziali previsti.

Anche su questo passaggio credo ci fosse un accordo globale. Il punto di contrasto è l'ammontare del fondo. Le Regioni sanno che quando assumono maggiori poteri sulla sanità hanno minori possibilità di chiedere soldi allo Stato, da qui la necessità di partire da uno zoccolo realistico.

MECOSAN. Un elemento centrale di tutta la manovra sulla sanità è quello di una forte responsabilizzazione delle Regioni. Lei crede che le Regioni possano essere realmente responsabili della spesa sanitaria?

Falcitelli. La responsabilizzazione delle Regioni è il metodo vincente. Per cambiare davvero, la sanità ha bisogno di regole chiare e certe: occorre un quadro di stabilità entro cui migliorare i servizi e la qualità delle prestazioni.

L'avvio è stato molto difficile perché il finanziamento era un dato della finanziaria e non scaturiva dal Piano sanitario nazionale. Comunque occorre continuare in questa direzione.

Le Regioni hanno la capacità per controllare la spesa sanitaria e la legislazione si sta muovendo per favorirle: la partecipazione delle Regioni alla contrattazione e la nomina degli amministratori straordinari danno concreti strumenti per intervenire.

In questa direzione va anche l'abolizione del controllo di legittimità da parte dei Comitati regionali di controllo e l'introduzione di controlli di merito da parte delle Giunte regionali.

Alcune Regioni difettano forse di capacità organizzative che oggi invece risultano centrali per governare la spesa sanitaria. È assolutamente necessario che queste Regioni recuperino presto il dislivello.

Oggi non sono previsti interventi sostitutivi dello Stato o da parte della conferenza Stato-Regioni, cosa che invece era presente nel disegno di legge sul riordino del Servizio sanitario nazionale.

MECOSAN. La conferenza Stato-Regioni è il luogo adatto per prendere queste decisioni?

Falcitelli. Oggi è l'unica modalità esistente e credo che sia adeguata. Occorre forse apportare alcuni correttivi ai metodi di lavoro. Ad esempio, si dovrebbe dare più spazio alla sua funzione tecnica. Oggi in sede di conferenza i problemi tecnici sono secondari, è enfatizzato il ruolo politico. Esistono gruppi tecnici, ma non sono stabili e non riescono a trasferire la propria posizione alla conferenza. È necessario anche un maggior coordinamento all'interno delle Giunte regionali tra presidenti e assessorati.

MECOSAN. Il Consiglio sanitario nazionale può svolgere questo ruolo tecnico?

Falcitelli. Il ruolo del Consiglio sanitario nazionale può essere considerato già oggi un supporto tecnico alla conferenza Stato-Regioni.

* * *

MECOSAN. Come giudica l'idea del provvedimento sui livelli assistenziali così come è maturato concretamente?

Serventi. Sono favorevole, dal punto di vista concettuale, se il meccanismo è costruito per favorire il riequilibrio nord-sud. Il problema su cui discutere non è la natura del provvedimento e la sua utilità quanto piuttosto il rapporto con il fondo sanitario.

Il fondo si determina in conseguen-

za dei livelli assistenziali, cosa del tutto accettabile, oppure si deve considerare un dato non modificabile, un vincolo per il sistema? Questo è il problema centrale che si è posto anche a livello di conferenza Stato-Regioni. La situazione sembra molto confusa e la discussione caotica e velleitaria.

Da una parte si tende a definire i livelli di assistenza come obiettivo di programmazione sanitaria. D'altra parte si quantificano le risorse in modo improprio, altrimenti i vincoli della finanziaria sarebbero saltati. Le Regioni hanno assistito tentativi di truccare i conti (ad esempio sul costo degli infermieri professionali), o di abbassare gli standards in modo irragionevole. In realtà, le risorse finanziarie sono una variabile indipendente.

Le Regioni convengono che esistono vincoli finanziari e quindi che sia concreta la possibilità di interventi regionali con fondi propri, però gli interventi devono essere programmati in modo realistico. Si prospetta invece una situazione in cui è impossibile agire concretamente per il contenimento della spesa sanitaria e anche raccogliere risorse a livello regionale.

La regione Emilia, rispetto ai conti della conferenza Stato-Regioni, avrebbe da finanziare circa 2000 miliardi. Non è possibile concretamente ipotizzare azioni di taglio di queste dimensioni, e tantomeno raccolte tributarie, con la legislazione attuale.

Il governo propone interventi impossibili in quanto non ci sono gli strumenti, anche tecnici, per conseguire gli obiettivi posti. Prendiamo ad esempio il personale. Con gli standards ipotizzati dal provvedimento si avrebbe un esubero di 15 mila unità. Ogni anno si hanno circa 2500 cessazioni di lavoro nella sanità emiliana romagnola: anche ipotizzando un blocco totale del turn over (pe-

raltro impossibile per alcune figure professionali, altrimenti non sarebbero garantiti neppure gli standards minimi), si è ben lontani dall'ipotesi del provvedimento.

In definitiva, il provvedimento non è realistico, anche se l'obiettivo di operare il riequilibrio è assolutamente condivisibile. L'unica via di uscita a questa situazione era il rinvio e così è stato fatto.

MECOSAN. Cosa propone la regione Emilia Romagna per proseguire in questo dibattito?

Serventi. Forse non ci si è confrontati a fondo perché tutto si è concentrato sugli aspetti finanziari. In Emilia Romagna abbiamo fatto una riflessione e abbiamo proposto a tutte le Regioni di spostare il dibattito dalle opinioni, dalle filosofie, dalle assunzioni culturali, alle concrete esperienze, ai livelli assistenziali di fatto, alle modalità organizzative reali.

Noi eravamo disponibili a discutere di questo per poi valutare le necessità finanziarie e così mettere in atto un piano di riequilibrio a livello nazionale. Questo approccio purtroppo non è passato.

MECOSAN. La conferenza Stato-Regioni è il momento adeguato per prendere le decisioni di questa portata?

Serventi. Il metodo è senza dubbio inadeguato. Non esiste un supporto tecnico sufficiente per fornire informazioni in modo organico. Questo produce equivoci tra le stesse Regioni. La conferenza è senz'altro utile sotto il profilo decisionale, ma è del tutto inadatta sotto il profilo tecnico. I problemi si affrontano costituendo gruppi misti (Regione con vari ministeri), che hanno vita brevissima e non sempre chiara. In questo modo non giungono tutti gli elementi

utili sul tavolo delle decisioni, l'istruttoria tecnica è insufficiente.

Forse alcune Regioni non hanno ancora ben chiare le conseguenze della regionalizzazione sul piano dei servizi e del finanziamento della spesa. Il problema nel rapporto con le Regioni non è quindi solo politico istituzionale ma anche tecnico.

MECOSAN. Quali indicazioni finanziarie ha dato la regione Emilia Romagna alle U.s.l. per la redazione dei bilanci?

Serventi. Abbiamo preso atto che non esiste un fondo e che l'assegnazione fatta è praticamente uno « stanziamento di cassa ». La regione Emilia si è assunta la responsabilità di autorizzare uno stanziamento per ciascuna U.s.l. per tutto il 1992.

I criteri utilizzati sono stati realisticamente individuati sulla base delle nostre politiche. Ci siamo basati sul rendiconto del 1991 che è già espressione di risorse negoziate con le U.s.l. sulla base di programmi specifici. Abbiamo poi considerato la dinamica delle varie classi di spesa e il tasso di inflazione programmato. Sulla base di tutte queste analisi abbiamo autorizzato ciascuna U.s.l. a iscriverne uno stanziamento legato al trasferimento regionale.

* * *

MECOSAN. A cosa sta puntando il Governo con il documento sui livelli uniformi di assistenza e gli standards di organizzazione e di attività? E le Regioni, cosa si aspettano?

Guzzanti. Sbaglia chi si aspetta che gli standards possano funzionare fino dall'inizio di quest'anno. È un'eventualità da escludere. Si sta lavorando per favorire la programmazione in ambito regionale e, quindi, per offrire un quadro preciso di riferimento in futuro. Lo stesso vale

per i livelli uniformi di assistenza. Sarebbe assurdo formulare una sorta di « carta dei diritti dei cittadini » con promesse che, a breve termine, lo Stato non può mantenere. Non possiamo permetterci di fare questo regalo ai tanti critici, per non dire accusatori, del Servizio sanitario nazionale.

La filosofia del documento rispecchia la forte tentazione, da sempre presente, di dare un sistema di obiettivi e di metodi per conseguirli. Il problema non sta negli standards, che sono perfettibili per definizione, ma soprattutto nella quantificazione economica.

MECOSAN. La posizione delle Regioni sembra discostarsi parecchio da quella del Governo su questo punto.

Guzzanti. Come sempre la verità è nel mezzo. Probabilmente non basteranno gli 82.000 miliardi, ma non sarà neppure necessario aggiungerne 17.000. Ne dovrebbero bastare 6 o 7 mila in più. Il conflitto è emerso soprattutto sulla quota capitaria che è stata proposta in forma indifferenziata, senza tenere conto delle fasce di età che comportano il fabbisogno più elevato.

MECOSAN. Dunque è vero che le stime del Governo sono inadeguate?

Guzzanti. È pur vero che applicando da subito il nuovo modello organizzativo si potrebbero ottenere i livelli di assistenza indicati con un fondo di finanziamento analogo a quello stimato. Ma bisognerebbe partire da zero, come se si potesse annullare tutta la struttura del sistema sanitario esistente.

Qualunque razionalizzazione che parta dall'idea di comprimere i servizi non si potrà realizzare nel giro di pochi anni. Basti pensare al numero di medici che operano nel S.s.n. Come si fa a governare un cambia-

mento rapido in un sistema con 288 mila medici?

Il difetto, evidentemente, sta alla base: nell'accesso alla formazione universitaria, per esempio, con la mancanza del numero programmato che già è stato introdotto in Francia, dove pure i medici sono molti di meno che in Italia. Il problema, d'altra parte, risulta capovolto per gli infermieri. Il rapporto tra medici e infermieri in Italia è assolutamente anomalo rispetto a qualsiasi paese europeo. Abbiamo un esercito di generali con pochi soldati.

In definitiva, stiamo costruendo il passaggio a un nuovo modello organizzativo rivolto a contenere la spesa, tenendo conto della struttura esistente del Servizio sanitario nazionale e dell'impegno che il cambiamento richiede.

MECOSAN. Qualcuno si chiede se la conferenza Stato-Regioni sia lo strumento più adatto per definire questo tipo di questioni.

Guzzanti. La conferenza Stato-Regioni è estremamente funzionale sotto il profilo tecnico in quanto permette l'incontro degli esperti dei due ambiti istituzionali. E trova espressione politica rappresentativa nella conferenza dei presidenti delle Regioni.

Il suo ruolo è necessario. Ci sono problemi che superano il livello regionale e non possono essere affrontati localmente. C'è però da augurarsi che anche gli assessori regiona-

li alla sanità siano partecipi delle decisioni.

MECOSAN. Che contributo hanno dato le Regioni alla stesura del documento?

Guzzanti. Il Governo ha definito un tetto di finanziamento per la sanità relativo al 1992. Poi si è posta l'esigenza di definire dei livelli uniformi di assistenza per tutto il territorio nazionale e i relativi standards di organizzazione e di attività.

È l'art. 4 della Finanziaria '92 che stabilisce che i livelli di assistenza e standards debbano essere definiti insieme dallo Stato e dalle Regioni.

La preparazione della bozza di documento da parte del governo ha rappresentato un modo come un altro per cominciare, ma il contributo delle regioni è stato significativo anche in quella fase.

Le Regioni, d'altra parte, non potevano accettare di accogliere a scatola chiusa i livelli di assistenza. Non potevano assumersi la responsabilità di sottoscrivere proposte anche valide nei contenuti, ma non necessariamente praticabili dal punto di vista finanziario.

In effetti, le difficoltà maggiori si presentano proprio quando si tenta di tradurre in cifre le proposte sull'attività. Bisogna dire che questa volta è stato fatto un lavoro pregevole, dal 1978 non si facevano calcoli sul costo delle manovre sanitarie.

MECOSAN. Cosa succederà alle

Regioni che hanno attualmente gli standards di assistenza più elevati?

Guzzanti. Le Regioni con gli standards più elevati, che sono poi quelle con la popolazione più anziana, saranno inevitabilmente penalizzate dalla quota capitaria. Per converso, ci saranno Regioni che ne trarranno vantaggio, in particolare quelle meridionali. Con la stima attuale del fondo, comunque, tutte le Regioni soffriranno (qualcuna di più, qualcuna di meno). Solo se il fondo di riequilibrio sarà incrementato si potrà dare loro un po' di sollievo, posto che comunque una frenata è necessaria.

MECOSAN. Si intravedono soluzioni per attenuare nell'immediato l'impatto del provvedimento?

Guzzanti. La soluzione è una sola. Una maggiore partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria, eventualmente con piani assicurativi integrativi.

MECOSAN. Non c'è piuttosto il rischio che il provvedimento si areni definitivamente?

Guzzanti. Lo escluderei, siamo obbligati a portare avanti questo provvedimento, ed è da prevedere per la seconda parte dell'anno un'accesa vertenza sui problemi della sanità in cui si affronteranno tutti i temi di cui abbiamo parlato.

ESISTE UNA POLITICA DI RESPONSABILIZZAZIONE PER LE REGIONI?

di Elio Borgonovi
e Antonello Zangrandi

Le responsabilità della Regione

I crescenti vincoli di finanza pubblica, resi più forti in vista dell'integrazione europea, le modifiche del modello istituzionale del S.s.n. già introdotte, l'individuazione di livelli assistenziali con definizione di un fondo finanziario certo. Tutti questi elementi portano verso una effettiva responsabilizzazione delle Regioni nella sfera sanitaria.

La responsabilizzazione deriva da:

- introduzione del fondo interregionale, che impone alla Regione di coprire con mezzi propri (del proprio bilancio), eventuali disavanzi della gestione della sanità;

- nomina diretta da parte della Giunta regionale degli amministratori straordinari, dotati di autonomi poteri di gestione rispetto ai comitati di garanti e quindi in grado di seguire le direttive generali;

- flessibilità dei modelli organizzativi e gestionali che possono essere adattati alle specifiche realtà regionali e alla specificità dei rapporti tra Regione e U.s.l.;

- stimolo alla sperimentazione di modalità innovative di governo del si-

stema, come ad esempio sperimentazioni di sistemi di gestione delle U.s.l. e di modalità di pagamento dei servizi « a convenzione ».

Come la Regione si può porre per responsabilizzarsi

Si possono individuare più modalità di comportamento regionale:

- la politica del vincolo;
- la politica dello sviluppo o del sotto sviluppo;
- la politica dell'ottimo.

La politica del vincolo consiste nell'individuare alcuni elementi « organizzativi » come ad esempio gli standards organizzativi previsti dal provvedimento sui livelli assistenziali, e porli come vincolo alle U.s.l..

La dirigenza della U.s.l. vede quindi imposti dalla Regione vincoli veri. Il rispetto di vincoli viene poi gestito per ciascun caso in modo variabile facendo così aumentare il potere regionale (e dei funzionari regionali), e d'altro lato le mediazioni politiche esterne al sistema istituzionale.

Di fatto la politica dei vincoli deresponsabilizza le U.s.l. e mette sotto

pressione la Regione, aumenta il potere negoziale degli assessorati e produce una responsabilizzazione sulla spesa a livello complessivo regionale che è valida se poi è rispettato di fatto il vincolo di bilancio.

La politica dello sviluppo o sotto sviluppo consiste nell'individuazione di obiettivi assistenziali lontani che prevedano incrementi significativi di strutture, personale, attrezzature o viceversa la riduzione del livello di servizio con le chiusure di ospedali, la riduzione del personale e così via.

Sono queste politiche che difficilmente si traducono in realtà sia perché forti interessi si contrappongono sia perché la mancanza di risorse non permette poi di proseguire nei piani di azione disegnati.

Il tutto si traduce molto spesso in un non controllo di fatto delle dinamiche finanziarie, in una deresponsabilizzazione generalizzata.

Il problema assume rilevanza politica. La « volontà politica » diviene unico elemento determinante, che poi spesso non si concretizza per l'evidente difficoltà di modificare situazioni consolidate.

La politica dell'ottimo differisce

dalle precedenti per il peso assunto da consulenti o uffici studi nella determinazione di standards ottimali, di servizi ottimali, di degenze medie ottimali. È la ricerca di una razionalità non umana che solitamente non riesce a diffondersi per evidenti contrasti con la realtà. L'affermarsi di questa visione comporta necessariamente la scoperta di non fattibilità di questi interventi.

Spesso è proprio da questi fallimenti, che si invoca la privatizzazione del sistema, dimenticando che i fallimenti derivano da ben altri fattori. Può essere questo il modo per invocare la salvezza del privato contro l'impossibilità a cambiare del pubblico.

Una politica realistica per la responsabilizzazione e per il governo della sanità

Il nuovo ruolo delle Regioni potrà realizzarsi e consolidarsi solo tramite un approccio realistico capace di superare lo schematismo tipicamente presente nei sistemi politico-istituzionali.

La complessità del sistema sanitario impone di assumere un approccio che si può sintetizzare nei seguenti elementi.

— In presenza di molteplici poteri decisionali autonomi (ad esempio autonomia professionale dei medici), e di competenze istituzionali non sempre chiare e non sempre separate, l'equilibrio non si può imporre con strumenti formali, rigidi e gerarchici, ma si persegue realizzando condizioni idonee a orientare i comportamenti di tutte le U.s.l. e le decisioni dei vari livelli decisionali verso l'equilibrio voluto.

— Ogni persona, ogni organo e ogni ente può essere responsabilizzato solo per i fattori da esso controllabili e non per quelli non controllabili.

— Il recupero della governabilità del sistema dipende da interventi che hanno effetti nel breve periodo e da interventi che hanno effetti solo in periodi più lunghi: politiche che non tenessero conto di questo dato strutturale presupponendo, ad esempio, di ottenere modificazioni radicali dei comportamenti di operatori, utenti, dirigenti, U.s.l., in tempi brevi sarebbero destinate inevitabilmente al fallimento e al velleitarismo.

— È necessario supportare le politiche con adeguati strumenti di misurazione, di analisi. Senza questi strumenti utilizzabili non solo dalle Regioni ma soprattutto dalle U.s.l. i giudizi divengono del tutto arbitrari e la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi è soggetta al solo dibattito politico.

— Orientarsi verso comportamenti coerenti con le politiche regionali è possibile in presenza di un chiaro sistema premiante in grado di conferire autorevolezza e concretezza agli obiettivi della Regione.

I fronti dell'azione regionale

Tre sono i fronti sui quali la Regione dovrà impegnarsi attivamente nel prossimo futuro al fine di interpretare in modo innovativo il proprio ruolo e la propria funzione.

Un primo fronte è quello dei rapporti con lo Stato. Il punto critico di questo fronte sta nella richiesta di una congruenza tra entità del fondo stanziato annualmente (meglio se definita con una prospettiva pluriennale, in una ottica programmatica), livelli assistenziali, leve decisionali da lasciare alle Regioni (per esempio l'autonomia nel definire prontuari per farmaci o nel definire i contenuti delle convenzioni, o dei rapporti di lavoro).

Infatti, di fronte ad una incongruenza strutturale di questi elementi (sottostima strutturale del fondo),

qualsiasi azione della Regione si rivelerebbe inefficace con riguardo all'obiettivo di pareggiare i conti.

Si tratta di un fronte assai delicato in quanto pone aspetti di confronto Stato-Regioni e di confronto-conflitto tra le Regioni circa i criteri di riparto.

Un secondo fronte è quello dei rapporti con le U.s.l., rispetto alle quali la Regione deve assumere il ruolo di capogruppo di aziende dotate di autonomia gestionale. È da riprovare il modello amministrativo, come già la realtà indica: le U.s.l. sono aziende complesse, non governabili con rigidi vincoli a priori, ma solo con dirigenti capaci dotati di strumenti manageriali.

Il ruolo della Regione potrà essere efficace solo se esso evolverà da un intervento di tipo amministrativo e settoriale verso l'applicazione di criteri di finanziamento responsabilizzanti, di sistemi di confronto dei costi, di parametri di valutazione dell'efficienza complessiva della gestione. Si tratta di costruire un sistema di pochi, significativi, qualificanti indicatori, espressivi della qualità della gestione dell'azienda U.s.l. o dell'azienda ospedale sulla base dei quali formulare politiche, distribuire finanziamenti, verificare e valutare i risultati in termini di livelli assistenziali e di spesa.

Su questo fronte le Regioni dovranno assumere strutturalmente il ruolo di capogruppo delle U.s.l. e degli ospedali in modo da stimolare la razionalizzazione della loro gestione.

Nell'esercizio di questo ruolo la Regione deve assumere una filosofia di costruzione di regole capaci di attivare comportamenti orientati all'efficienza e alla qualità dei servizi.

L'intervento, anche attraverso il cambiamento degli uomini (dirigenti), deve essere possibile, così da evidenziare un preciso orientamento strategico di lungo periodo.

Un terzo fronte è quello degli interventi regionali a supporto e della diffusione dei sistemi di gestione delle U.s.l. e degli ospedali che sono aziende prive in larga misura di conoscenze e di professionalità sui criteri e sui metodi di gestione aziendale.

Se nelle aziende sanitarie non aumenterà l'efficienza, di fronte alla pressione di esigenze sempre crescenti si scaricherà sulla Regione una richiesta di risorse che difficilmente potrà essere ricondotta nei limiti delle compatibilità generali regionali.

Proprio per questo la Regione deve promuovere e sostenere progetti di sviluppo e di applicazione di sistemi gestionali nelle U.s.l. e negli ospedali. Non solo per razionalizzare la gestione ma anche per sviluppare piani di orientamento strategico, per migliorare il rapporto con l'utente del servizio, per ricercare una maggiore qualità nelle prestazioni e così via.

La Regione può e deve promuovere un piano organico di progetti sperimentali che, opportunamente monitorati, potranno mettere in evidenza i vantaggi e gli svantaggi, i punti di forza e di debolezza di differenti approcci a problemi di gestione così complessi. Su questo fronte la Regione deve dapprima stimolare e premiare, e poi valutare le concrete sperimentazioni gestionali.

Conclusioni

Gli standards di dotazione non devono divenire criterio da applicare nelle politiche regionali, pena la non governabilità del sistema. Questa conclusione deve essere sempre presente a tutti i livelli:

— i responsabili nazionali non devono pensare che con standards omogenei si ottengano livelli assistenziali simili: ciò avviene per le macchine

e non per le organizzazioni;

— i responsabili regionali non devono pensare di responsabilizzare gli attori del sistema attraverso gli standards perché in realtà ciò genera più spese o immobilismo;

— i dirigenti delle Unità sanitarie locali non devono ricercare le applicazioni degli standards ma ricercare le migliori modalità per ottenere i servizi voluti.

Gli standards rischiano di divenire un boomerang per il sistema e non già un modo per responsabilizzare. Nel sistema sanitario, così complesso e con grandi interessi individuali e di gruppi, perché una manovra come quella dei livelli assistenziali sia uno stimolo al cambiamento e non già un provvedimento deresponsabilizzante è necessario che ognuno sia consapevole che la responsabilità del cambiamento non passa solo da altri ma investe un po' tutti.

PREPARARSI A CONTENERE LA SPESA CON NUOVE REGOLE DEL GIOCO

di Ernesto Veronesi

Continuando nella tecnica legislativa di separare il provvedimento di legge finanziaria dai provvedimenti di accompagnamento, alla fine dello scorso dicembre sono state, tra l'altro, approvate le leggi 31 dicembre 1991, n. 415 « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (finanziaria 1992) », e 30 dicembre 1991, n. 412 « Disposizioni in materia di finanza pubblica ». Con la prima, tabella C, viene determinato l'ammontare del F.s.n., di parte corrente e in conto capitale, per il triennio 1992/1994, la seconda, al capo II, art. 4, reca disposizioni in materia di assistenza sanitaria.

Gli aspetti dell'autorizzazione ad agire al Servizio sanitario nazionale in termini finanziari sono presto detti:

a) quota del F.s.n. destinata alla spesa corrente:

anno 1992: 82.870 miliardi (nella legge finanziaria per il 1991 per il medesimo anno: 85.500 miliardi),

anno 1993: 88.420 miliardi (nella legge finanziaria per il 1991 per il medesimo anno: 92.250 miliardi),;

anno 1994: 88.328 miliardi;

b) quota del F.s.n. destinata alla spesa in conto capitale:

anno 1992: 1.500 miliardi (1), mediante ricorso all'indebitamento finanziario a medio termine delle Regioni (nella legge finanziaria per il 1991 per il medesimo anno: 1.500 miliardi),

anno 1993: 1.560 miliardi (nella legge finanziaria per il 1991 per il medesimo anno: 1.700 miliardi),

anno 1994: 1.570 miliardi.

Alle cifre sopraindicate, per individuare il limite di spesa generale definito con la manovra per l'anno 1992, devono essere aggiunte le risorse proprie (entrate dirette) che vengono determinate Regione per Regione. Non è scopo di questo articolo analizzare i motivi che portano a questa determinazione, anche se desta perplessità, per la certezza della programmazione finanziaria del S.s.n., prevedere una diminuzione della previsione triennale in corso di attuazione del piano stesso, pur se non si può escludere a priori tale eventualità. Se ne dovrebbe comunque dedurre che il finanziamento del Servizio sanitario nazionale segue la logica del contenimento reale, oltre che corrente, della spesa. Ciò presuppone essere operante un contenimento nell'allocazione dei fattori operativi da parte del sistema che fi-

no ad oggi non trova riscontri nella realtà (2).

Peraltro potrebbe essere affermato che i provvedimenti collegati alla finanziaria per l'anno 1991 abbiano apportato i benefici previsti e che in presenza di nuove necessità del settore della spesa pubblica anche per l'anno 1992 si è provveduto ad un ulteriore inasprimento dell'autorizzazione di bilancio o razionalizzazione del processo produttivo. Non bisogna neppure dimenticare che l'anno 1991 è stato un anno particolare per il S.s.n., nel quale da un lato per due volte la legge di riforma dello stesso è stata sul punto di essere realizzata e dall'altro la norma sullo scioglimento degli organi volitivi delle U.s.l., sostituiti da un organo monocratico transitorio: l'amministratore straordinario, ha prodotto i suoi effetti, in particolare una sorta di « condizione di non ritorno » circa l'organizzazione istituzionale ed amministrativa precedente.

Si può concludere che i provvedimenti in materia sanitaria contenuti nella legge 412/91 vanno al di là del significato che può essere attribuito agli stanziamenti previsti per il triennio 1991/1994. Ci troviamo di fronte

ad un provvedimento composito, che aggrega in maniera non sempre omogenea diverse esigenze e necessità tecniche e politiche. Si reputa pertanto opportuna, per una più acconcia comprensione, una riclassificazione distinguendo tra:

a) disposizioni modificative della precedente legge 833/78;

b) disposizioni di organizzazione nell'ambito della normativa vigente;

c) tariffazione;

d) rapporto di lavoro;

e) miscellanea.

In base alla predetta classificazione si può proporre la seguente riorganizzazione dell'articolo:

— disposizioni modificative della precedente legge 833/78: commi 1, 2, 4, 5, 6, 8, 11, 13, 16;

— disposizioni organizzative nell'ambito della normativa vigente: commi 3, 17, 18;

— tariffazione: commi 4, 10;

— rapporto di lavoro: commi 7, 9;

— miscellanea: commi 12, 14, 15.

Si avverte chiaramente la valenza trasformatrice del provvedimento. Se ciò sia un bene od un male, rispetto a un possibile provvedimento specifico e organico su tutta la materia, al momento attuale non è dato di sapere. Certamente l'attuale S.s.n., dopo il D.L. 6 febbraio 1991, n. 35 e la legge 412/91 non è più, concettualmente, quello che era all'alba dell'1 gennaio 1991. Sono stati trasformati:

a) il rapporto Stato-Regioni circa la responsabilità dell'equilibrio finanziario del sistema;

b) il rapporto Regioni-enti locali-U.s.l. circa il governo degli obiettivi, la gestione delle attività del S.s.n., il controllo degli atti;

c) le regole circa la determinazione dell'ammontare delle risorse trasferite dal bilancio dello Stato ai bilanci regionali e la sua formula allocativa;

d) ultimo, ma non ultimo, il

rapporto che lega gli operatori al sistema sanitario.

Chiamare, come comunemente avviene, l'art. 4 della legge 412/91 la « finanziaria per il S.s.n. » a parte l'errore legislativo, peraltro ininfluenza sul contenuto, significa dare una valutazione limitativa di questo articolo. Siamo in presenza di un provvedimento che anticipa, in maniera probabilmente non organica, la riforma del S.s.n..

Prima di affrontare gli aspetti modificativi appare opportuno per chiarezza sgombrare il campo dalle disposizioni di cui al comma 4, che di per se è un autonomo provvedimento legislativo, ricondotto ad un unico comma per esigenze di approvazione parlamentare. Si prevede:

a) a modificare il regime dei ticket nei confronti dell'assistenza farmaceutica, diagnostica e specialistica ambulatoriale. Le dimensioni del ticket sono tali che sarebbe più opportuno parlare di tariffa. Comunque una diminuzione di oneri per le U.s.l. relativamente alla spesa convenzionata ed un aumento di entrate per le altre attività tariffate e prodotte direttamente dalle U.s.l.;

b) a diminuire i prezzi di alcune specialità medicinali e a non ammettere nel prontuario, per il 1992, nuove specialità che rappresentino modifiche di specialità già presenti nel prontuario e che comportino un aumento di costo per il ciclo terapeutico;

c) a rinnovare e in parte modificare le tecniche di controllo per le prescrizioni farmaceutiche, tra l'altro, con particolare riferimento alle prescrizioni verso esenti da ticket, provvedendo a forme di pubblicizzazione, fino ad ora mai attivate, circa gli indicatori di consumo di farmaci in esenzione per cittadino e di consumo di farmaci per giornata di degenza per distinte unità operative ospedaliere; a riorganizzare le farmacie ospedaliere e procedere agli

acquisti di farmaci solo attraverso normali gare di appalto; ad adottare la numerazione progressiva sui bolli autoadesivi ed effettuare all'interno dell'osservatorio dei prezzi e delle tecnologie il controllo incrociato tra i dati delle forniture farmaceutiche industriali ed i dati di liquidazione alle farmacie;

d) a porre in capo alle Regioni la responsabilità degli ulteriori ritardi per l'adozione generalizzata della lettura ottica delle prescrizioni farmaceutiche e la mancata attivazione delle commissioni professionali di verifica.

Si tratta di norme non molto coordinate tra di loro dove accanto a provvedimenti finalizzati direttamente a maggiori introiti o minori spese (tariffazione), ne esistono altri di difficile attuazione anche se estremamente interessanti (la quadratura tra il fatturato industriale ed il fatturato assistenziale per l'assistenza farmaceutica), di dubbia utilità (acquisti di farmaci solo attraverso normali gare di appalto), di scena (pubblicizzazione dei consumi farmaceutici in esenzione di ticket ed ospedaliere). Non attengono, comunque, alla riorganizzazione ma sono, prevalentemente, di ordine congiunturale. Salvo le tariffe non apporteranno grandi modificazioni alla gestione.

Più interessante appare quella parte dell'articolo che incide, talvolta profondamente, sull'organizzazione del sistema.

La modificazione più significativa è senz'altro quella con la quale il Governo, determinando con un D.P.R. d'intesa con la conferenza Stato-Regioni, i livelli di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale nonché gli standards organizzativi e di attività da utilizzare per il calcolo del parametro di finanziamento di ciascun livello assistenziale per l'anno 1992, lega il livello di finanziamento capitaro alla popolazione

residente, con una compensazione in sede nazionale della mobilità sanitaria interregionale (comma 1). Per una diluizione delle conseguenze di tale decisione viene previsto un fondo di riequilibrio per il sostegno delle Regioni con standards eccedenti, l'erogazione comunque gratuita dei farmaci salva vita e il regime delle esenzioni già in essere. Fino a questo punto il provvedimento potrebbe essere considerato come modificativo della precedente formula allocativa. Ma a questo comma devono essere collegati il quinto ed il sedicesimo.

Ne risulta un quadro di sostanziale modificazione del sistema istituzionale, relativamente alla responsabilità dell'equilibrio finanziario del S.s.n., delineato con la legge 833/78 e con le successive modifiche, in particolare quella conseguente alla legge 595/85. In breve sintesi occorre ricordare che nella originaria stesura della legge 833/78 l'equilibrio finanziario era garantito dal succedersi degli art. 2, 53 e 51. Nel quadro della programmazione economica nazionale, sentite le Regioni, veniva definito l'ammontare delle risorse da destinare al S.s.n. (art. 3), in questo ambito il Governo proponeva all'approvazione del Parlamento il Piano sanitario nazionale (P.s.n.) contenente, tra l'altro, indirizzi per l'impiego pluriennale delle risorse (art. 53), la legge di bilancio annuale definiva l'operatività, esercizio per esercizio, delle risorse medesime (art. 51). Purtroppo come è a tutti noto il sistema istituzionale italiano non ha ancora trovato le « regole del gioco » per poter portare a compimento provvedimenti pianificatori di carattere generale e l'approvazione del P.s.n. non è sfuggita a questa regola. La conseguenza è stata la divaricazione tra programmazione sanitaria e programmazione delle risorse sanitarie, quest'ultima trasferita alla legge finanziaria. Ma la trasformazione non aveva riguardato fino ad oggi la sogget-

tività dell'onere dell'equilibrio finanziario del S.s.n. che era rimasto sempre attribuito al livello di Governo centrale (3).

Oggi, con il comma 5, si afferma che in caso di spesa superiore a quella parametrica correlata ai livelli obbligatori uniformi di assistenza le Regioni decidono il ricorso all'autonomia e propria capacità impositiva in alternativa (« ovvero ») alle misure di cui al ricordato art. 29 della legge 41/86. Esiste una limitata via di uscita che nasce dalla combinazione tra verifica degli andamenti della spesa, per Regione, entro il 31 luglio 1992 (comma 16) ed impiego del fondo di riequilibrio per le Regioni eccedentarie la quota capitaria (lettera d, comma 1). La norma in se stessa appare coerente con le linee di evoluzione del sistema che si sono venute delineando negli ultimi anni. Se nel S.s.n. è in corso un'operazione di aziendalizzazione e di verticalizzazione in capo alle Regioni appare coerente che l'equilibrio finanziario conseguente all'azione organizzativa non possa che fare capo a queste ed è anche credibile che in caso di soggettiva responsabilità, circa l'efficienza dei processi produttivi applicati nel sistema, o di decisioni che comportano il superamento dei livelli uniformi di prestazioni, le Regioni siano chiamate ad attuare gli opportuni provvedimenti di riequilibrio finanziario. Suscita, peraltro, qualche perplessità il concetto di « proprie ed autonome capacità impositive » in presenza di una mancata riforma fiscale che attribuisca alle Regioni vere capacità impositive, tali non essendo le addizionali su cespiti impositivi di limitato gettito oggi gestibili. Ma la norma appare completa circa le regole di comportamento non sulla sua fattibilità. Si afferma che il S.s.n. deve erogare univoci livelli di prestazione in condizione, è da supporre, di efficienza produttiva, s'individuano i provve-

dimenti per ridurre e rendere più efficiente la spesa, si allocano le risorse capitarmente per standard di prestazioni e mobilità sanitaria, si rendono responsabili le Regioni, titolari del Governo dei sottosistemi regionali, dell'equilibrio complessivo. Appre un circuito virtuoso.

La domanda che sorge spontanea è la seguente: quante sono le risorse disponibili dati gli obiettivi (livelli omogenei di prestazioni)? È evidente che stabilita l'omogeneità delle prestazioni prodotte ad un pari livello di efficienza, l'ammontare delle risorse necessarie dipende dai processi produttivi impiegati. Potranno essere richiesti ulteriori sforzi di efficienza, nei limiti di una loro reale fattibilità, ma l'ammontare delle risorse finanziarie necessarie sarà sempre correlata al prodotto della quantità dei fattori operativi impiegati per il loro prezzo, dati i livelli di assistenza. In altri termini, empiricamente, considerato che:

$$Q = f(\text{Pr} \times e) \quad (1)$$

avremo,

$$R = f(Q \times P) \quad (2)$$

dove:

- Q quantità complessiva dei fattori operativi;
- Pr processi produttivi applicati;
- e efficienza dei processi produttivi applicati;
- R risorse finanziarie;
- P prezzo dei fattori operativi.

Questo vincolo non pare rispettato perché l'ammontare delle risorse è iscritto nella finanziaria (4), indipendentemente dal risultato che deriva dalla (2), date le condizioni della (1). Ciò determina una dissociazione per cui:

$$R = f(Q \times P) \quad (3)$$

Considerando che la soggettività della determinazione delle risorse disponibili (R) è, nei fatti, dell'autori-

tà del tesoro (legge finanziaria) mentre quella della determinazione delle risorse necessarie (Q x P) è un connubio tra autorità sanitarie centrali e regionali (comma 1), nasce spontanea la domanda circa il soggetto responsabilizzato alla realizzazione dell'equilibrio. Nella legge 412/91 non esiste questa ipotesi ricorrendo solo quella di una spesa sanitaria superiore alla parametrica correlata ai livelli obbligatori uniformi, per la quale viene prevista la piena responsabilità regionale. Non è dato di sapere quale sarà lo sviluppo di questo elemento d'incertezza. Se venisse applicato il disposto del comma 5 più volte ricordato ci troveremmo nella condizione di rendere responsabili le Regioni non tanto dei processi produttivi e, soprattutto, dell'efficienza degli stessi, ma dell'incoerenza tra previsione finanziaria e gestionale. Formalmente, in sede previsionale, l'incoerenza ci si propone di risolverla semplicemente finanziando i parametri capitari per ciascun livello di assistenza con riferimento alle risorse disponibili e non a quelle necessarie semplicemente affermando l'eguaglianza:

$$\text{risorse disponibili} = \text{risorse necessarie}$$

In questo modo il valore del parametro capitario per ciascun livello di assistenza, nella realtà funzione delle risorse disponibili, diviene condizione di efficienza circa le risorse necessarie. Chiaramente un controsenso. Peraltro molte delle disposizioni dell'art. 4 più volte ricordate sono state assunte al fine del contenimento della spesa sanitaria. Qualora le conseguenze di questi provvedimenti fossero in grado d'incidere sulla seconda parte della (2), allora la diseguaglianza della (3) tornerebbe ad essere eguaglianza per un differente valore assunto dall'efficienza (e) dei diversi processi produttivi (Pr).

Vediamo se le disposizioni possono rendere fattibile l'obiettivo della legge finanziaria per il 1992. Le azioni previste non hanno tutte identica funzione, tempo di realizzazione e conseguenze sulla spesa. Possono es-

sere distinte funzioni: contenitive della spesa, organizzative del processo aziendale, comportamentali, di relazione tra i diversi soggetti del sistema, aumentative delle entrate. Ne deriva il seguente quadro sinottico:

Tabella

Azione	Funzione	Tempo di attiv.	Spesa regionale	NOTE
Denuncia convenzioni: spec. conv.ta est. case di cura	Organizzativa Contenitiva	da rescissione	min.	Il risultato finale netto è uguale a: minori spese convenzionate meno (maggiori spese correnti pubbliche per traslazione della domanda più necessità di investimenti per adeguamento struttura pubblica alla maggiore domanda). È percorribile politicamente la chiusura dei rapporti convenzionati?
Nuovo assetto funzionale rete ospedaliera pubblica: chiusura ospedali	Organizzativa	da chiusura	magg.	Incremento di spesa per fondi di riorganizzazione presidi alternativi e mobilità personale contenitiva da chiusura min. pari ad economie di gestione sui fattori variabili (riscald. manutenzioni, sp. generali) ed economie di scala per eventuale maggiore produttività dei fattori utilizzati. Il risultato finale non modifica la spesa complessiva, a parità di domanda che si trasla e di fattori storici impiegati.
	Contenitiva	da chiusura	min.	
Assetto funzionale	Organizzativa	da realizzaz.	magg. min.	Nell'immediato. Risorse per la riorganizzazione nel futuro in relazione al minor incremento di risorse umane per assistenza
Farmacie ospedaliere	Contenitiva	da realizzaz.	inifl.	Minore solo nelle condizioni di pratiche fraudolente od accettando indiscriminatamente il principio che nell'attuale comportamento sanitario c'è spreco.
Sperimentazioni gestionali	Organizzativa	da risultato positivo	magg. min.	Nell'immediato risorse per la realizzazione del processo nel futuro se l'esperimento ha successo in relazione a quote di fattori risparmiate (maggiore produttività).
Unicità rapporto di lavoro	Organizzativa	da 1993	magg.	Oneri per il passaggio da tempo definito a tempo pieno e per la creazione di spazi per attività libero professionale nella struttura pubblica.

segue **Tabella**

Azione	Funzione	Tempo di attiv.	Spesa regionale	NOTE
Responsabilità contrattuale regionale rinnovi contrattuali	Relazionale	???	???	Non incide nella spesa 1992
Controlli: lettura automatica prescrizione, obbligo ricetta a lettura automatica, adozione codice fiscale come distintivo dell'assistito	Organizzativa	da realizzaz.	dipende	Se a lettura segue monitoraggio e provvedimenti conseguenti in relazione a prescrizioni eccessive, se è possibile definire quantitativamente la dimensione dell'eccessività o del comportamento fraudolento nell'ambito di un comportamento sanitario, maggiori costi di gestione e per attrezzature e cambio codice distintivo
Commissioni professionali VRQ	Comportam.	indef.	ininfl.	Attiene alla qualità del sistema e può dar luogo ad incremento di spesa (migliore qualità ricercata).
Specifiche prescrizioni e targatura bollini autoadesivi applicazione pene per soggetti scorretti	Organizzativa Comportam.	??? immediata	dipende dipende	Se il comportamento sottoposto a controllo è inficiato da comportamenti fraudolenti o di malpratica Solo se esiste comportamento fraudolento od inficiato da malpratica
Attivazione flussi informativi e statistici	Organizzativa	indef.	indiretta	L'utilizzo delle conoscenze per la gestione comporta una modifica nella cultura della gestione. Raggiunto ciò una riduzione della spesa è vincolata alla presenza di malpratica
Potenziamento servizi di gestione dell'assistenza farmaceutica	Organizzativa	da realizzaz.	magg.	Consequente alle maggiori risorse umane da impiegare. Possibile compensazione con riduzione area di malpratica o comportamenti fraudolenti.
Publicizzazione indicatori consumi elenchi pubblici esensi da ticket	Organizzativa Comportam.	1 anno 1 anno	indiretta indiretta	Si tratta di provvedimenti che riguardano la possibilità del controllo sociale di modificare comportamenti di malpratica
Ticket: sui farmaci, sulle prestazioni specialistiche	Contentitiva Contentitiva	1.1.92 1.1.92	min. min. magg.	Se il mix prescrittivo non cambia incremento entrate a parità attività
Riduzione prezzo farmaci, riduzione aggio farmacie	Contentitiva	15 gg. post. provv. CIP	min.	
Variatione tariffe profilassi e controllo	Aumentativa	da realizzaz.	magg. entrate	
Altre entrate assegnate alla spesa corrente U.s.l.	Aumentativa	da 1.1.92	ininfl.	Norma reiterata da altri provvedimenti di legge già operativi

LEGGENDA MIN. = diminuisce la spesa
MAGG = aumenta la spesa
MAGG. ENTRATE = aumentano le entrate a parità di spesa
ININFL = azione ininfluyente per la spesa
INDIRETTA = l'azione di contenimento può essere una conseguenza
DIPENDE = l'azione non ha risultati univoci ma correlati al contesto nel quale si applica.

Si ha l'impressione che le azioni previste non siano in grado di raggiungere l'obiettivo del contenimento della spesa. D'altra parte le profonde divergenze in sede di conferenza Stato-Regioni ne sono un'allarmante spia.

Ma se l'incoerenza non sarà superata si riavvia, anche per l'anno 1992 quel circuito vizioso in relazione al quale le risorse oggettivamente carenti dati i livelli di prestazione garantiti e la quantità di fattori operativi (risorse umane comprese) obbligate per legge non consentono il rispetto delle regole, senza regole rispettabili le secche d'inefficienza del sistema permangono e possono addirittura rinvigorirsi, l'inefficienza induce una spesa che supera ampiamente il livello prefissato, il comportamento improprio spinge alla proposta di nuove regole, ritenute opportune sulla base di un'analisi acritica dei risultati, che garantisca quella compatibilità finanziaria del sistema decisa senza la sua partecipazione alla decisione stessa, tornando alla definizione nel nuovo anno, di risorse oggettivamente carenti pur nel rispetto della forma.

La novità di quest'anno, che d'altra parte anticipa la riforma del sistema di finanziamento prevista nel D.d.L. di aggiornamento del Servizio sanitario nazionale, non approvato per lo spirare del termine legislativo, sta nel passaggio di mano circa l'obbligo di quadratura finale delle risorse disponibili rispetto ai fattori operativi comunque impiegati: dal livello centrale al livello regionale, attraverso l'impiego del comma 5 per una fattispecie che, formalmente non è prevista, ma che ha aleggiato ed aleggia su tutto il dibattito che ha portato all'approvazione ed all'esecuzione della legge 412/91.

Il processo che conduce alla responsabilità regionale può essere rappresentato con le tre figure allegate.

Detto dell'aspetto più fortemente innovativo, le cui conseguenze finali potranno essere apprezzate solo nel futuro, due altre innovazioni meritano una particolare attenzione: l'inizio della trasformazione del rapporto di lavoro (comma 7) e la possibilità di sperimentazioni gestionali (comma 6). Questo non deve far dimenticare gli altri aspetti, tra cui la revisione del rapporto convenzionale, la riorganizzazione dell'attività di assistenza farmaceutica, l'abolizione del controllo sugli atti da parte del Co.re.co., la diversa composizione della delegazione di parte pubblica nei rinnovi contrattuali. Tuttavia i due punti specificatamente citati presentano caratteristiche d'innovazione al di fuori delle regole fin qui conosciute ed applicate dal sistema.

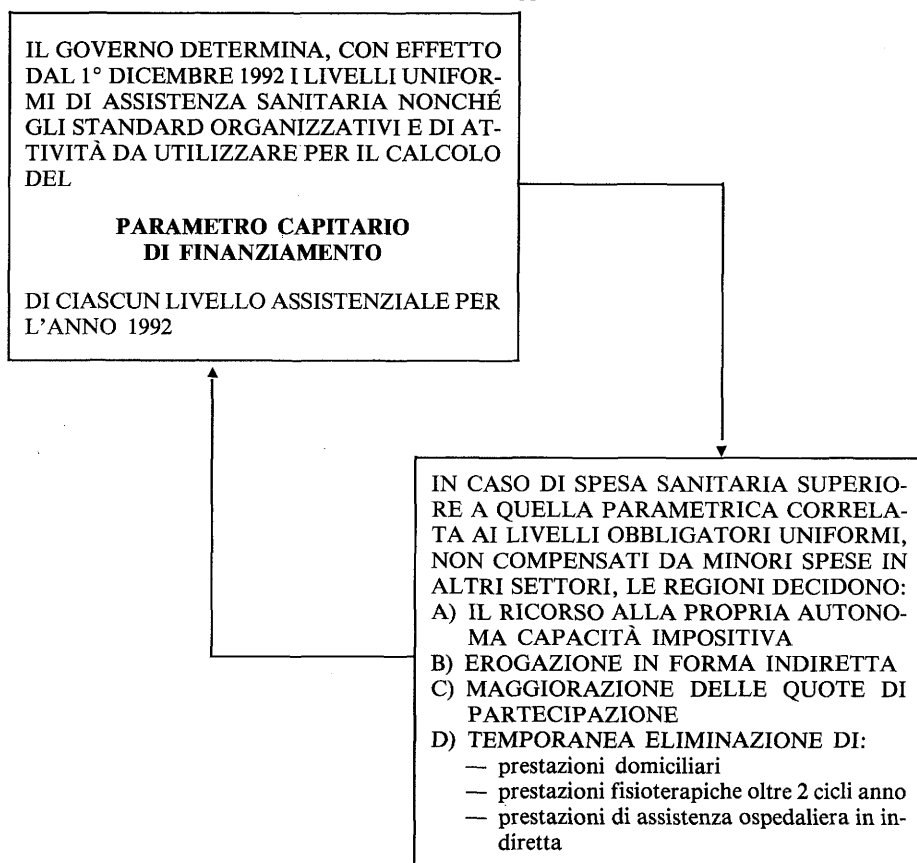
Da tempo quasi immemorabile il S.s.n. cerca di uscire dall'ambiguità del rapporto con i propri operatori medici ed assimilati che sono concorrenti di se stessi e del servizio. Si afferma che con il S.s.n. può intercorrere un unico rapporto di lavoro, incompatibile ogni altra condizione, fatta salva l'attività libero professionale espletata fuori dell'orario di lavoro, all'interno delle strutture sanitarie o all'esterno delle stesse con esclusione di quelle convenzionate con il S.s.n.. Pur con la riserva dell'attuazione entro il 31 dicembre 1992 sulla base di un accertamento che compete all'amministratore straordinario delle U.s.l. (5), la norma farà con tutta probabilità discutere animatamente. Dal punto di vista organizzativo pare evidente l'affermazione di un principio, non scritto nei contratti, ma vivo in particolare nel rapporto tra manager ed azienda, che i primi non possono fare concorrenza all'azienda che dirigono. Pare un concetto ovvio ma tale non era per l'azienda sanità e deve essere accolto senz'altro con favore. Le conseguenze operative nell'immediato saranno, peraltro, di incremen-

to della spesa, sia per il passaggio a tempo pieno di medici ora a tempo definito, sia per la necessità di organizzare strutturalmente l'attività libero professionale. In un futuro se l'attuale stimata azione di concorrenza sarà modificata si avrà la possibilità di una riduzione della spesa. È comunque molto più importante la chiarezza della nuova regola che le conseguenze economiche che ne potrebbero derivare. Probabilmente quando per il rapporto di dirigenza sarà prevista anche una scadenza, sia pure pluriennale, sarà compiuto un vero passo verso la trasformazione aziendale dell'attuale sistema.

L'altra innovazione potrà essere ancora più foriera di trasformazioni oggi non immaginabili. Infatti, « in deroga alla normativa vigente sono

consentite sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni fornite da soggetti singoli, istituzioni ed associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi ». La norma è amplissima, infatti: « sono consentite... ivi comprese » consente d'interpretare le « sperimentazioni gestionali » nel senso più ampio. Il legislatore dimostra una particolare attenzione ad alcune modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi (la notula, il pagamento prospettico tra le più note, ma anche modalità legate al raggiungimento di un risultato od alla presa in carico di oneri di servizio aggiuntivi, ecc...), nonché alla fornitura di servizi e pre-

Figura 1 - La manovra di contenimento (art. 4 legge 30 dicembre 1991, n. 412)



stazioni da parte del volontariato, di consorzi e società di servizi. Si può pensare che di fronte alla ricerca di una maggiore efficienza si stia optando, peraltro in una forma ancora da riempire di contenuti, ad una distinzione tra erogazione delle prestazioni e produzione dei servizi necessari, la prima comunque pubblica, la seconda pubblica o privata in relazione all'efficienza dimostrata nel realizzare il processo produttivo.

In questi termini potrebbero trovare spazio quei tentativi, oggi ancora allo stadio di ragionamenti teorici, di creazione di momenti virtuali di mercato, quindi di concorrenza, tra diversi produttori dello stesso servizio. D'altra parte possono essere ipotizzati interessanti spazi evolutivi, solo che si voglia considerare, ad esempio, la possibilità di acquistare da terzi servizi di laboratorio di ricerche cliniche o la gestione delle prenotazioni di atti sanitari od, ancora, l'impiego congiunto e coordinato di disponibilità di fattori operativi (risorse umane, strumentali, di

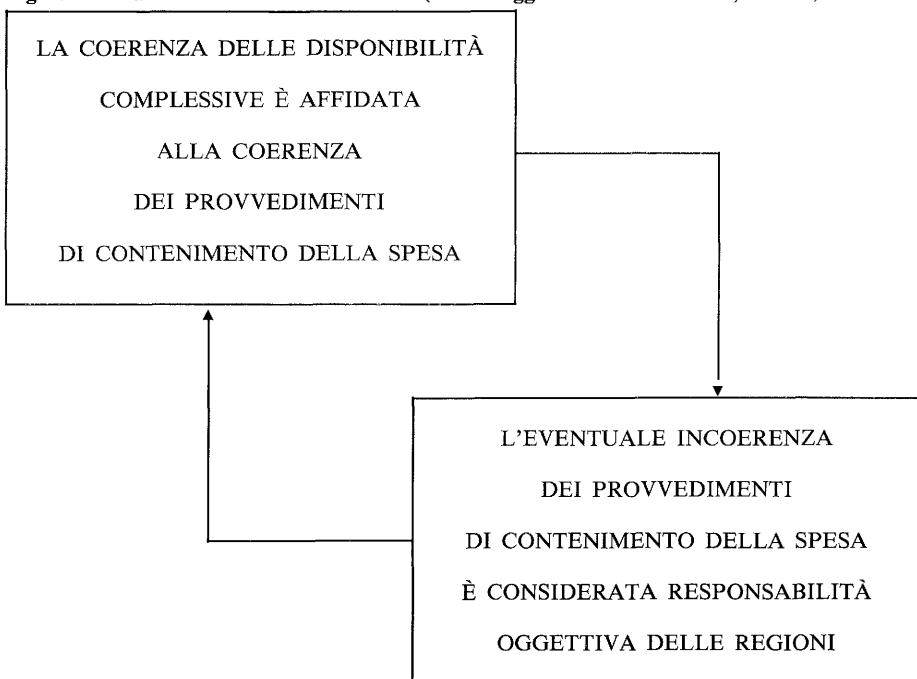
consumo, ecc.) di proprietà pubblica e privata (6). Ma è, soprattutto, interessante la facoltà « in deroga alla normativa vigente ». Forse solo un'affermazione di principio, forse la volontà vera del legislatore di consentire reali innovazioni. Certamente c'è da domandarsi fino a che punto può essere derogata la normativa vigente. Il tema, si ritiene, comunque che debba essere affrontato prima nei suoi aspetti istituzionali e giuridici e, quindi, esula dalle presenti considerazioni. Tuttavia se le condizioni di fattibilità potessero consentire anche un, sia pur provvisorio, diverso rapporto di lavoro si potrebbero, veramente, sperimentare forme nuove di gestione dei processi produttivi ma, soprattutto, iniziare ad agire per obiettivi che, a giudizio di chi scrive, risulta ancora essere la vera evoluzione, prima che scientifica, concettuale, di un qualsiasi sistema sanitario che intende affrontare l'inevitabile lievitazione del costo dei fattori impiegati nonché della gestione sempre più complessa e

vincolata da comportamenti sistemici attraverso una maggiore efficienza dei processi produttivi, al fine di fermare la scalata, da parte della spesa sanitaria, al P.i.l. che in un lungo periodo di costante reale aumento di questo non crea rilevanti problemi ma che pone il sistema sanitario, noto per la rigidità dei fattori impiegati, al di fuori di ogni possibilità di governo nel malaugurato caso il trend positivo del P.i.l. non dovesse continuare nei prossimi anni.

Al di là dell'ammontare della spesa sanitaria, la cui variazione da un anno all'altro agisce sostanzialmente di conserva con le variazioni del P.i.l., riducendo quindi il significato, da più autori affermato (7), della variazione più che proporzionale di questa rispetto alla variazione del reddito pro-capite, il rischio che il sistema deve affrontare e, se possibile, depotenziare è proprio quello di una correlazione troppo diretta con il P.i.l. in assenza di strumenti che consentano l'elasticità del suo comportamento rispetto a possibili situazioni di crisi. L'art. 4 della legge 412/91 non appare, quindi, tanto importante come strumento per la riduzione della spesa sanitaria, per la quale sarebbero necessarie ben più tragiche scelte, quanto per aver avviato, dopo il D.L. 35/91 di sostituzione degli organi di gestione della U.s.l., la modificazione delle regole per il governo e la gestione del sistema. Un'ultima osservazione: è la seconda volta, la prima fu con il D.L. 8 luglio 1974, n. 264, che in un momento di crisi del sistema sanitario, il suo governo viene affidato totalmente alle Regioni.

Qualche considerazione al riguardo dovrà pur essere fatta, almeno sulla dimensione territoriale e di governo che appare la più idonea allo scopo. Per chi ha già vissuto la trasformazione del sistema mutualistico al S.s.n., questo art. 4 può essere assimilato alla funzione della legge

Figura 2 - La manovra di contenimento (art. 4 legge 30 dicembre 1991, n. 412)



29 giugno 1977, n. 349. A questo punto l'agenzia regionale per la gestione del sistema sanitario regionale appare una scelta se non dovuta almeno da privilegiare, comunque da valutare con attenzione.

(1) Devono essere aggiunti 100 miliardi di autonomo indebitamento, agli stessi fini, per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e per gli istituti zoonofili.

(2) Da ultimo il D.L. di rifinanziamento della spesa corrente del S.s.n. per l'anno 1991 per 5.600 miliardi.

(3) Per la verità già con la legge 26 febbraio 1986, n. 41, art. 29, erano stati disposti interventi a carico regionale. Si trattava, tuttavia, di interventi di limitata portata.

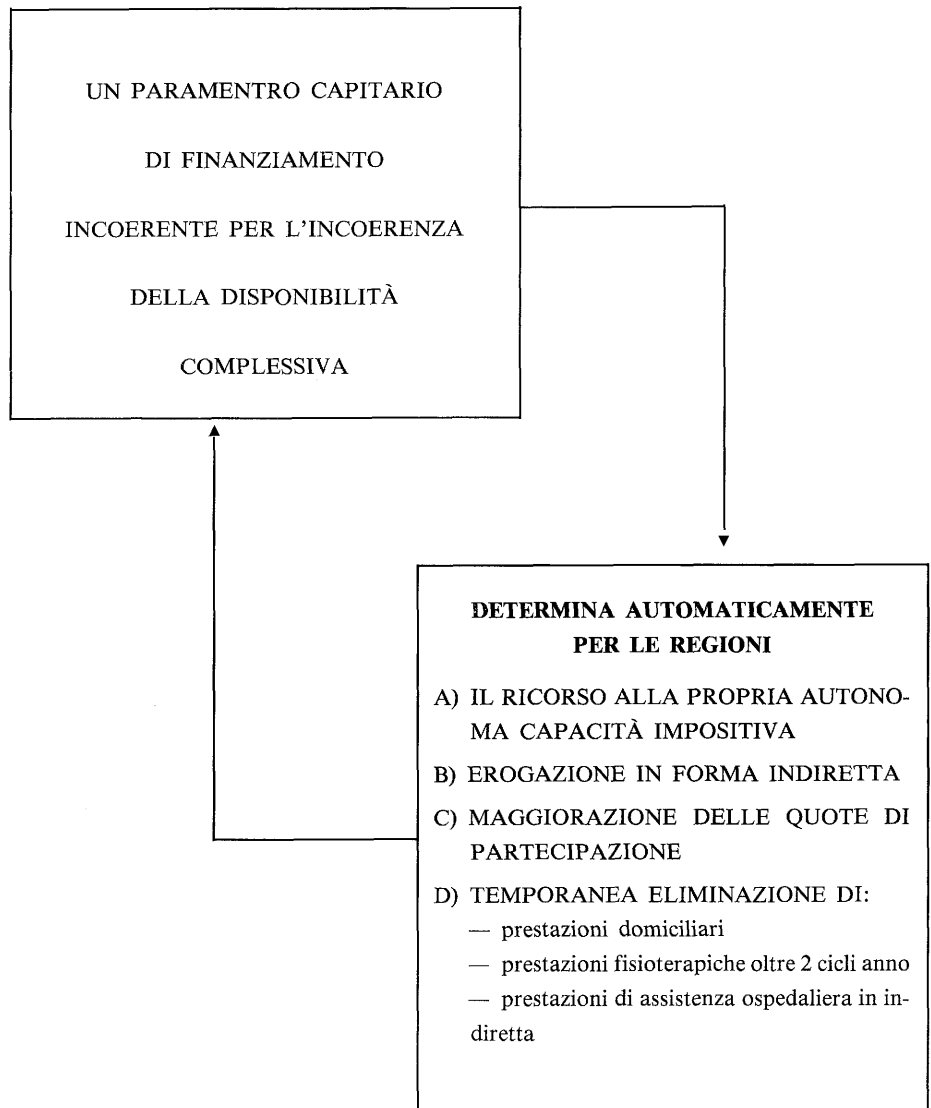
(4) Alla previsione della legge finanziaria deve aggiungersi annualmente la previsione dell'ammontare delle entrate dirette (tariffe, ticket, prestazioni a pagamento), previsione peraltro non superiore al 2-4% della spesa corrente complessiva.

(5) E se l'amministratore straordinario non provvede all'accertamento, cosa succede?

(6) Si pensi alla disponibilità privata alla costituzione di un pool di risorse tecnologiche per prestazioni di altissima specializzazione, collegata alla disponibilità pubblica di risorse umane con la professionalità opportuna, da impiegare nel contesto tecnologico così costituito.

(7) Per tutti S. Fischer, R. Dornbusch, « Economia », Hoepli 1986, pag. 109.

Figura 3 - La manovra di contenimento (art. 4 legge 30 dicembre 1991, n. 412)



Garanti

Emidio Di Giambattista

Procuratore generale della Corte dei conti

Umberto Cazzuola

Capo di Gabinetto del Ministro per il bilancio e la programm. economica

Comitato scientifico

Luca Anselmi

Straordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Elio Borgonovi

Ordinario di economia delle aziende pubbliche
Università Bocconi di Milano

Sabino Cassese

Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini

Ordinario di economia - Università di Torino

Antonio Pedone

Ordinario di scienze delle finanze
Università La Sapienza di Roma

Fabio Roversi Monaco

Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia

Amministratore Straordinario - U.s.l. RM/10

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi

Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

Assistente alla direzione e coordinatore operativo

Franco Sassi

Redattori capi sezione

Giorgio Fiorentini

George France

Antonello Zangrandi

Francesco Zavattaro

Redattori

Giorgio Casati

Mario Del Vecchio

Andrea Garlatti

Alessandra Massei

Corrispondenti esteri

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

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

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77

Tel. 06/8073368 - 8073386

Fax 06/8085817

Redazione

20136 MILANO - Via Balilla, 18

Tel. 02/58363132 - 58363136

Fax 02/89404523

Società editoriale



MECOSAN

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

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Le pagine di Mecosan sono aperte al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari. I contributi devono essere originali e avere contenuto innovativo, ma soprattutto devono essere in grado di favorire la diffusione della cultura economica e manageriale nella sanità italiana, migliorando le capacità gestionali di coloro che operano sul campo e offrendo nuove indicazioni per le attività di ricerca e sperimentazione.

Gli autori sono tenuti a rispettare le seguenti norme editoriali nella preparazione e nell'invio dei contributi:

A) Per la sezione SAGGI E RICERCHE: sono previsti articoli di lunghezza variabile tra 15 e 30 cartelle.

Deve essere allegato un abstract in lingua inglese, di lunghezza non superiore a 200 parole, che illustri i principali contenuti dell'articolo e ne anticipi le conclusioni.

L'autore deve indicare almeno tre e non più di cinque parole chiare per la classificazione del proprio contributo.

I resoconti di indagini e ricerche devono essere articolati secondo la scansione tradizionale: obiettivi, dati e metodologia, risultati, conclusioni.

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

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

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

C) Per tutte le sezioni: si sollecita l'uso di schemi, rappresentazioni grafiche e tabelle. Questi devono essere richiamati nel corso dell'articolo con riferimenti puntuali, e devono essere corredati di una didascalia analitica che permetta di comprenderne il significato senza ricorrere alla lettura del testo.

I richiami bibliografici si devono effettuare con il sistema autore-data (non con numeri progressivi). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo secondo le modalità descritte nell'esempio che segue: per i testi [Clerico, 1984] G. Clerico: Economia della salute. Franco Angeli 1984. per gli articoli [Volpatto, 1990] O. Volpatto: la privatizzazione dei servizi pubblici. Azienda pubblica 1990; 2:243-252.

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

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

I contributi devono essere consegnati in tre copie (oppure su un singolo disco magnetico), e preceduti da una prima pagina che indichi: nome e cognome di tutti gli autori (il primo sarà l'autore principale); istituzioni di appartenenza; indirizzo completo, numero di telefono e di telefax dell'autore principale; titolo suggerito; notizie sugli autori da riportare in nota; sezione per la quale si intende proporre il contributo.

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

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

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

Qualora risultasse mancante alcuno degli elementi descritti in queste istruzioni il contributo potrà essere scartato oppure integrato dalla redazione senza richiesta di consenso all'autore.



Esperienze innovative

Sezione 3^a

IL RUOLO DELLE "ESPERIENZE" NELLA DIFFUSIONE DELLA CULTURA MANAGERIALE IN SANITÀ

di Francesco Zavattaro*

Negli ultimi anni si è fatto sempre più acceso il dibattito sul ruolo del management nella soluzione dei molti problemi che affliggono il nostro sistema sanitario.

Un sintomo evidente di questo è rintracciabile sia nella pubblicazione di nuove riviste, sia nella crescente attenzione data alle problematiche di tipo economico, gestionale ed organizzativo all'interno delle tradizionali riviste specializzate, anche in quelle a forte orientamento clinico.

Analogamente si assiste a un proliferare di convegni, congressi e tavole rotonde in cui spesso l'atteggiamento di chi partecipa è rivolto alla ricerca di « ricette » più o meno elaborate per la soluzione dei problemi connessi all'esercizio della sua funzione decisionale.

L'origine di tutto questo è senza dubbio da ricercarsi:

— nelle nuove e crescenti difficoltà in cui versano le strutture deputate all'erogazione dei servizi sanitari, correlate alla nascita di nuovi e sempre più sofisticati bisogni da soddisfare a fronte di una progressiva contrazione delle risorse reali a disposizione;

— nella crescente pressione a cui tali strutture sono sottoposte da parte dell'opinione pubblica, che è in grado di favorire in modo sempre più determinante la tutela dei propri interessi (si pensi al ruolo che i mass-media stanno svolgendo in questi ultimi anni nonché alla nascita di associazioni varie degli utenti);

— nell'evoluzione del contesto istituzionale che, se pure in modo discontinuo e disordinato, sta tuttavia chiaramente spingendo il sistema verso livelli maggiori di responsabilizzazione dei ruoli decisionali preminenti. Il prevalere nell'ambito pubblico di una cultura garantista-legalista associato a modelli di amministrazione a forte impronta burocratico-formale aumenta tuttavia il rischio che la « responsabilizzazione » si trasformi in « colpevolizzazione ».

Tale contesto crea legittime preoccupazioni in chi deve assumere le decisioni. Infatti:

— risulta evidente da una parte l'inadeguatezza delle logiche e degli strumenti tradizionali per il governo del sistema sanitario, dall'altra la mancanza di alternative condivise nel-

la teoria e nella prassi;

— risulta sempre più evidente che la ricerca di soluzioni « formalmente corrette » ai problemi connessi alla gestione dei servizi non garantisce anche l'individuazione di soluzioni « sostanzialmente efficaci ».

È naturale, quindi, che si manifesti tra gli operatori un forte bisogno di confrontarsi con esperienze reali al duplice scopo di trovare conferme ai propri comportamenti e alle proprie scelte e di trarre « indicazioni sperimentate » per la gestione del nuovo.

Proprio in questo senso si giustifica l'inserimento di una sezione dedicata alle esperienze all'interno di questa rivista, fortemente orientata a fornire contributi reali agli operatori che a vario titolo concorrono al governo del sistema sanitario.

Tuttavia, a giudizio di chi scrive, interpretazioni molto diverse fra loro possono essere date al tema del

* **Francesco Zavattaro** è dal 1987 Professore a contratto presso alcune Facoltà di economia e commercio, nonché docente ufficiale della Scuola di Direzione aziendale dell'Università Bocconi.

confronto tramite esperienze e quindi molto diversi risultano i possibili approcci di coloro che vorranno fornire contributi da pubblicare, le attese dei potenziali lettori che ci auguriamo possano, con il loro gradimento, concorrere a determinare il successo di questa iniziativa, i criteri adottati da chi, con responsabilità redazionali, dovrà ricercare e garantire uniformità e coerenza nell'impostazione « di fondo » della rivista, pur nel rispetto della libertà di pensiero di ognuno.

In particolare due approcci, qualora dovessero risultare preminenti o ancor peggio esclusivi, sembrano contrastare con le finalità che qui si intendono perseguire:

— da un lato l'approccio, che potrebbe essere denominato storicistico a soli fini evocativi, secondo il quale, nel descrivere e nel commentare una esperienza, ci si pone nelle vesti dell'osservatore neutrale e distaccato che ha il solo dovere di ricostruire nel modo più analitico e preciso possibile la catena di eventi, temporalmente ordinati, che hanno portato da una situazione di partenza, eventualmente problematica, a un'altra caratterizzata da gradi maggiori o minori (o da aspetti semplicemente diversi) di problematicità;

— dall'altro l'approccio, che sempre a fini evocativi si potrebbe definire di ricerca dell'eccellenza, secondo il quale degne di nota sono solo le situazioni « di successo » o le iniziative ad esito nettamente positivo; le impostazioni e le soluzioni adottate possono quindi essere raccontate al fine di favorirne la diffusione in altre realtà con la presunzione di risultati sicuramente soddisfacenti.

Non si vuole evidentemente sostenere che i due approcci precedenti, come molti altri possibili e qui trascurati, non sono adeguati a favorire la diffusione delle conoscenze e lo sviluppo della cultura manageriale in un settore, quale quello sanita-

rio, in cui molto, se non proprio tutto, è ancora da fare. Non di meno, si vuole porre l'accento su alcune considerazioni critiche.

In un primo aspetto è indiscutibile che il management debba necessariamente potersi avvalere del contributo di una molteplicità di discipline (economia — nelle sue molteplici manifestazioni di economia politica, economia d'azienda, economia sanitaria — matematica e statistica, ma anche sociologia, psicologia e diritto costituiscono un serbatoio indispensabile di schemi interpretativi della realtà e delle sue dinamiche), ognuna delle quali si caratterizza per propri contenuti, per l'adozione di diverse angolature nella descrizione dei fenomeni reali, per un proprio metodo di indagine.

Pur nella convinzione, quindi, della necessità di un approccio interdisciplinare, la nostra attenzione è rivolta soprattutto agli aspetti di natura organizzativa e gestionale che direttamente incidono sulla funzionalità delle strutture sanitarie (efficienza, efficacia dell'azione sanitaria, economicità generale del sistema); l'angolatura prevalente è quella di chi, investito di una specifica responsabilità, è chiamato a compiere scelte concrete in grado di condizionare più o meno direttamente la qualità e quantità dei servizi resi alla popolazione definendo strategie, selezionando i bisogni prioritari, allocando le risorse, fissando obiettivi di vario orizzonte temporale, orientando i comportamenti delle persone, favorendo crescita professionale e sviluppo tecnologico, definendo meccanismi organizzativi e gestionali. Coerentemente il metodo di indagine vuole focalizzare la capacità:

— di diagnosi dei problemi di funzionalità dei sistemi complessi;

— di analisi delle condizioni che possono favorire, ma parimenti ostacolare, i processi di cambiamento,

l'implementazione delle strategie o in generale la realizzazione di un progetto;

— di scelta degli strumenti, informativi e gestionali, che possono meglio supportare il decisore nella sua difficile opera di selezione tra alternative di azione e di lettura delle implicazioni economiche delle decisioni.

In un secondo aspetto, che scrive è convinto della necessaria valenza positiva e normativa che il management deve avere e quindi della possibilità di definire schemi e modelli interpretativi direttamente utilizzabili per la soluzione dei problemi di funzionamento delle organizzazioni.

Tuttavia si è consapevoli della natura « contingente » di molti problemi di funzionamento delle strutture complesse e parallelamente delle soluzioni adottate. Le esperienze sono di conseguenza utili nella misura in cui consentono di apprezzare non solo l'esito delle azioni intraprese e delle soluzioni adottate ma anche e soprattutto delle particolari condizioni che caratterizzano una data realtà. È infatti la valutazione di queste che concorre a motivare le scelte effettuate e che quindi fa di quel « caso » un unicum difficilmente ripetibile se non attraverso gli opportuni adattamenti a mutate condizioni di contesto e di ambiente.

Di conseguenza, per quanto fin qui detto, fonte di crescita e di diffusione di una corretta cultura manageriale non sono solo i casi « di successo » ma in generale qualsiasi esperienza correttamente ed adeguatamente documentata.

Occorre quindi, in chi scrive e in chi legge, un atteggiamento non neutrale di fronte alle situazioni prospettate, bensì orientate a fornire o a trarre tutte e sole le indicazioni necessarie e rilevanti ad apprezzare gli aspetti positivi e negativi di cui far tesoro, giudizio quest'ultimo su

cui proprio si gioca quella managerialità che tanto, da più parti, viene invocata e ricercata.

L'approccio sopra descritto, schematizzato in figura 1, sintetizza la necessaria coesistenza dialettica tra il ruolo di chi studia la realtà a fini di ricerca scientifica e il ruolo di chi invece con la realtà si deve confron-

tare quotidianamente per governarla e modificarla.

Preme quindi sottolineare che la responsabilità di garantire il completamento del processo di creazione e diffusione della conoscenza non può essere affidata né al « teorico », né al « pratico » singolarmente presi. Conseguentemente, il ruolo della ri-

vista è di costituire, tramite le diverse sezioni e quindi nella sua globalità, un ponte tra il mondo della « ricerca manageriale » e il mondo del « management applicato » in sanità.

In quest'ambito, i lavori pubblicati nella sezione dedicata alle esperienze non devono, singolarmente presi, soddisfare necessariamente l'esigenza di esplicitazione:

- dei modelli interpretativi di riferimento per le analisi;
- degli aspetti di generalizzabilità delle soluzioni;
- delle implicazioni in termini di revisione dei modelli interpretativi di riferimento.

Proprio in questo senso sul piano redazionale si ritiene essenziale che nei singoli contributi siano chiaramente distinguibili da un lato la descrizione il più possibile oggettiva della realtà, delle sue problematiche, delle soluzioni ipotizzate, delle difficoltà incontrate, dall'altro le considerazioni e le valutazioni personali dell'autore. Sarà infatti responsabilità redazionale cogliere dalle diverse esperienze presentate gli spunti per attivare riflessioni di carattere più generale o nell'ambito di questa sezione o nell'ambito di altre sezioni della rivista.

Sicuri di poter attingere a numerosissime opportunità per attivare un dibattito sui problemi reali della sanità e su come affrontarli, ci auguriamo di saper svolgere nel migliore dei modi quale ruota di un più complesso ingranaggio, l'ambizioso disegno sopra delineato.

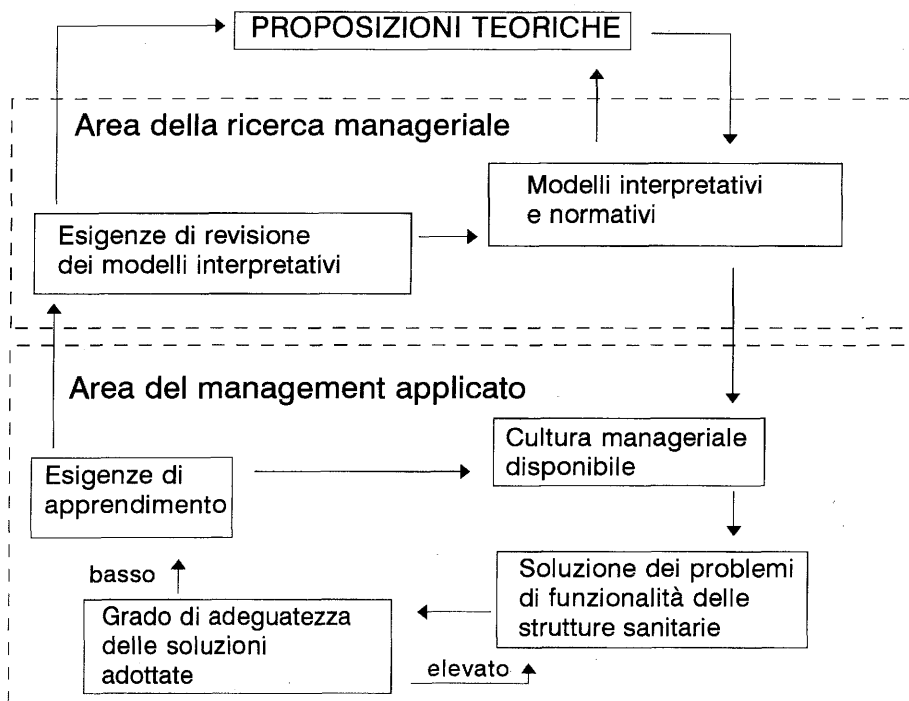


Figura 1 - Schematizzazione del processo di creazione e diffusione della conoscenza nell'area del management

LA MEDICINA SPORTIVA TRA PUBBLICO E PRIVATO: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

di Arnaldo Oneto*

Già dal 1980 la regione Emilia Romagna ha regolamentato la tutela sanitaria delle attività sportive, che la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale demanda alle Unità sanitarie locali.

La legge regionale disegnava un quadro organico per definire l'assetto organizzativo della medicina sportiva. E stabiliva che questa attività sanitaria dovesse essere svolta in maniera esclusiva costituendo una rete di servizi direttamente organizzata e gestita dal sistema delle U.s.l. Queste, infatti, avrebbero dovuto predisporre i servizi di medicina sportiva avvalendosi di personale dipendente oppure legato da rapporto di convenzione, ma comunque operante all'interno dell'organizzazione logistica di ogni singola U.s.l. che in definitiva resta l'unico soggetto espressamente abilitato a emettere certificati di idoneità individuale per praticare le diverse attività sportive a livello agonistico. Tutte le certificazioni eventualmente emesse da soggetti diversi, anche se medici muniti del prescritto titolo di specializzazione, erano e sono tuttora da ritenersi viziate per mancata corrispondenza

a un requisito formale espressamente previsto dalla legge.

Dopo oltre 10 anni, l'obiettivo organizzativo posto dalla legge regionale 32/80 può dirsi sostanzialmente raggiunto. Infatti, nell'ambito delle 41 U.s.l. della Regione operano attualmente 35 servizi di medicina sportiva, organizzati in 86 ambulatori collocati prevalentemente a livello territoriale (solo 6 sono in ambito ospedaliero). I servizi di medicina sportiva impiegano 57 medici sportivi, 12 dei quali legati da rapporto di lavoro dipendente e 45 operanti in regime di convenzione con la U.s.l., per un complesso di 1.050 ore settimanali di attività dedicate alla funzione.

Nel corso del 1990 questa complessa organizzazione ha rilasciato 92.378 certificati a persone che esercitano attività sportive a livello agonistico. Si tratta di una mole ragguardevole di attività che ha comportato un impegno finanziario quantificabile, per il solo personale medico, intorno a 5 miliardi. I dati relativi al 1991, attualmente in corso di elaborazione, saranno pressoché sovrapponibili.

Nonostante l'apparato organizza-

tivo e la grande quantità di lavoro svolto, tuttavia, l'impegno profuso non sembra sufficiente a soddisfare l'effettivo fabbisogno della popolazione regionale. Da rilevazioni attendibili e da segnalazioni del Coni e di altri enti di promozione delle attività sportive, sembra che i servizi offerti dalle U.s.l. siano stati in grado di far fronte solo a circa un terzo del fabbisogno reale.

Da tutto quanto è stato detto risulterebbe, quindi, che circa 200 mila persone che praticano attività sportive a livello agonistico sono stati ammessi in maniera irregolare. O non hanno alcun certificato medico legale che li abiliti alla pratica sportiva oppure sono muniti di certificazioni che non rispondono, formalmente, ai requisiti previsti dalla legge.

C'è di più. Da un'analisi delle attività di medicina sportiva svolte nel corso del 1990 emerge un costo medio, per la sola remunerazione del

* **Arnaldo Oneto** è responsabile del Servizio medicina di base e specialistica dell'Assessorato alla sanità della regione Emilia-Romagna del 1981.

personale, superiore a 90 mila lire per certificato. A questo si deve aggiungere il costo che deriva dall'esecuzione degli esami diagnostici di routine previsti per tutti gli sport dal decreto ministeriale del 1982, i costi di gestione degli immobili, l'ammortamento delle attrezzature e il costo del materiale di consumo.

Volendo soddisfare l'intera domanda le U.s.l. della regione Emilia Romagna dovrebbero sopportare un ulteriore rilevante aumento dell'impegno finanziario.

Emerge chiaramente l'opportunità di rivedere il quadro delineato in precedenza. È necessario adeguare l'organizzazione del servizio da un lato alle esigenze reali degli utenti, d'altro lato alla recente evoluzione organizzativa del Servizio sanitario nazionale nel suo complesso. Dal punto di vista formale, la legge regionale 32/80 stabiliva che gli interventi di medicina sportiva fossero svolti attraverso:

1) i medici specialisti o diplomati in medicina dello sport previsti nella pianta organica delle U.s.l. e quelli, anch'essi specialisti, convenzionati ai sensi dell'art. 48 della legge 833/78;

2) i medici scolastici;

3) la collaborazione dei medici specialisti non compresi fra quelli di cui al precedente punto (1) ai sensi dell'art. 48 della L. 833/78 nell'ambito di programmi predisposti dal servizio per il coordinamento dell'assistenza medica di base.

L'assetto organizzativo attuale è stato costruito utilizzando esclusivamente il personale medico di cui al punto (1), mentre sono state del tutto ignorate le possibilità offerte al punto (3).

La formula che offre la possibilità di utilizzare la collaborazione di medici specialisti senza un rapporto diretto con le U.s.l. si presta ad agevolare sensibilmente la soluzione del problema senza che ciò costituisca

un aggravio economico per il sistema sanitario.

A partire da questa semplice considerazione la regione Emilia Romagna sta formulando un nuovo assetto organizzativo per i servizi di medicina sportiva, che tenga conto della possibilità di dare un ruolo a strutture private senza che sia vanificata la natura pubblica del servizio.

In particolare, si considera che la collaborazione all'interno di programmi concordati può consistere in un procedimento amministrativo di accreditamento di strutture riscontrate idonee a rilasciare le certificazioni. Adottando questa soluzione, l'attribuzione della competenza a emettere certificati per il riconoscimento dell'idoneità non comporta l'instaurazione di un rapporto contrattuale con la U.s.l. e, pertanto, l'accredimento non darà luogo a pretese economiche.

L'attività dei soggetti accreditati, quindi, è previsto che sia espletata con oneri a carico dei richiedenti, persone o società sportive, sulla base di tariffe pre-concordate e differenziate per tipologia di sport. L'accesso alle strutture accreditate, poiché deriva da una scelta autonoma degli interessati che comunque potrebbero accedere in alternativa ai servizi delle U.s.l., non darà luogo neppure a pretese economiche da parte dell'utente. Quest'ultimo è comunque garantito dall'accredimento pubblico della struttura, che sarà sottoposta a un controllo preliminare e nel corso dell'esercizio da parte del servizio della U.s.l..

Dal punto di vista procedurale, si prevede che l'accredimento abbia luogo a partire da una domanda dell'interessato alla U.s.l. competente e all'assessorato regionale alla sanità, con documentazione che attesti la disponibilità di una struttura autorizzata all'esercizio di una attività ambulatoriale polispecialistica relativa a tutte le funzioni specialistiche

necessarie: medicina dello sport, cardiologia, otorinolaringoiatria, oculistica, neurologia. Naturalmente la struttura deve essere dotata di tutte le attrezzature necessarie per l'esecuzione delle indagini diagnostiche previste per ciascuna tipologia di sport dal decreto ministeriale del 1982.

La Regione, acquisito il parere del servizio di medicina dello sport territorialmente competente, inserisce il presidio in un apposito registro regionale dei presidi accreditati per il rilascio di certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica. Il registro sarà aggiornabile annualmente o con cadenza biennale.

L'accredimento dovrebbe essere riconosciuto solo alle strutture in grado di rendere con proprio personale e con proprie attrezzature la certificazione per tutti i tipi di sport.

Attraverso l'abilitazione delle strutture accreditate ad emettere certificati, il sistema regionale preposto alla tutela sanitaria delle attività sportive può assumere una configurazione molto diversa da quella attuale, con diversa attribuzione di ruoli e compiti.

Se la nuova formula organizzativa sarà pienamente sviluppata, per ottenere il rilascio di un certificato gli sportivi dell'Emilia Romagna potranno rivolgersi:

— ai servizi ambulatoriali gestiti dalle U.s.l.;

— ai presidi privati per la medicina dello sport riconosciuti idonei attraverso l'accredimento pubblico a rilasciare certificati di I° livello;

— all'istituto di medicina dello sport di Bologna (Lubich).

Invece, gli esami di approfondimento eventualmente richiesti per i casi dubbi saranno comunque consentiti solo alle U.s.l. competenti per territorio. A questi presidi accreditati dovranno quindi essere indirizzati gli atleti, motivando la richiesta e corredandola di una copia di tutti

i precedenti esami. In questo caso la certificazione di idoneità ricade nell'ambito di competenza esclusiva dei servizi della U.s.l..

Tutti i casi in cui l'idoneità non sia riconosciuta, provenienti da strutture pubbliche o accreditate, devono essere trasmessi all'assessorato regionale alla sanità per consentire l'aggiornamento dell'anagrafe dei non idonei. L'assessorato provvede poi a notificare l'elenco a tutti i servizi per una gestione coordinata delle non-idoneità.

La nuova formula organizzativa prevede che i servizi pubblici di medicina dello sport esercitino un controllo sistematico sulla qualità del servizio reso dai centri accreditati, in aggiunta ai controlli di carattere generale che i servizi di igiene pubblica esercitano nell'ambito del proprio potere di vigilanza.

In questa prospettiva, ai servizi pubblici di medicina dello sport spetta anche il compito di organizzare le iniziative di coordinamento, tra cui quelle di aggiornamento annuale del personale medico, da rendere obbligatorio per tutti i servizi privati, pena la sospensione dell'accreditamento.

Le U.s.l., liberate di una parte del lavoro di certificazione, si potranno impegnare per promuovere adeguate iniziative di educazione sanitaria motoria e sportiva, come prevede la legge, in collaborazione con le università, la federazione medico sportiva italiana, il Coni e gli altri enti di promozione sportiva.

Il modello ipotizzato delinea un sistema misto di intervento in un settore sicuramente marginale nell'ambito dell'organizzazione complessiva della sanità, ma che potrebbe essere suscettibile di applicazioni estensive in molti altri ambiti.

Il problema che qui si vuole sollevare non va visto esclusivamente sotto l'aspetto economico, che comunque non è irrilevante.

Un'analisi oggettiva e responsabile, svolta nell'attuale contesto economico-sociale di riferimento, porta inevitabilmente alla necessità di rivedere una serie di concetti e di punti dati per acquisti, specialmente se si vuole mantenere in vita un sistema di tutela della salute visto non come problema individuale, ma come fenomeno di interesse collettivo.

È arrivato il momento di operare delle scelte, ed è evidente che ogni scelta implica la necessità di una rinuncia.

Tornando al problema della tutela sanitaria delle attività sportive. È vero, anche sul piano della esegesi giuridica, che l'attribuzione della « tutela » comporti la fornitura gratuita del servizio? O non è invece possibile tener distinto il momento della organizzazione di una attività o di una funzione, rispetto al momento dell'erogazione del servizio, specie se riferito esclusivamente alla individuazione del soggetto che deve accollarsi determinati oneri?

Se questa fosse l'eccezione corretta ne scaturirebbe, come logica conseguenza, l'opportunità di una gestione mista in cui pubblica dovrebbe essere non più l'organizzazione diretta del sistema preposto alla tutela sanitaria delle attività sportive, ma il controllo, il coordinamento, la vigilanza sulle strutture preposte alla funzione.

Alcune riflessioni generali.

Il caso della medicina sportiva si può inserire nel più ampio dibattito sui rapporti tra pubblico e privato in un sistema sanitario che soffre sempre più della carenza di risorse ed è sempre meno capace di soddisfare la domanda di salute dei cittadini.

Se, abbandonando il principio della autosufficienza pubblica che ha caratterizzato quest'ultimo decennio

della sanità italiana, si passasse ad affermare che pubblico non è ciò che è organizzato direttamente dal pubblico, ma ciò che è finalizzato all'interesse pubblico, si aprirebbe lo spazio per una serie di riflessioni estremamente stimolanti. Si potrebbe delineare una profonda modificazione, oltre che sul piano organizzativo anche e soprattutto su quello culturale.

Infatti, ciò comporta la necessità di affermare in concreto l'abitudine a una programmazione reale e non più solo di principio. Il che implica l'individuazione in via prioritaria delle aree e delle funzioni di esclusiva pertinenza pubblica, o perché riguardanti la tutela della salute collettiva o perché relative a quegli interventi indispensabili ma sicuramente in « perdita », o perché infine, collegati all'esercizio di potestà autoritative in quanto relative al sistema dei controlli, della vigilanza, delle autorizzazioni.

Relativamente alle altre aree, invece, il criterio dovrebbe sempre più collegarsi e discendere da una attenta e obiettiva analisi costi-benefici, per stabilire la tipologia di prestazioni e l'individuazione delle aree geografiche di appannaggio dell'organizzazione pubblica e quelle, invece, demandate alla gestione di soggetti diversi rispetto al pubblico.

La realizzazione di tale obiettivo passa attraverso la rivisitazione delle regole del gioco.

Indispensabile, infatti, diventa l'attivazione di un ferreo sistema di controlli:

- sull'autorizzazione all'esercizio;
- sulle attività svolte;
- sulla qualità del servizio e sulla congruità dell'organizzazione rispetto alla qualità e quantità delle prestazioni offerte.

Non ultima, infine, la modificazione degli strumenti contrattuali in atto tra sistema sanitario e soggetti che erogano le prestazioni sanitarie.

Dalle attuali convenzioni si dovrebbe

be, infatti, pervenire all'utilizzazione di istituti contrattuali più chiari che comunque salvaguardino alcuni principi fondamentali, quali:

- la scelta del contraente;
- la predeterminabilità dei contenuti economici del contratto;
- l'eliminazione di forme varie di commistione di interessi;
- la presenza di strumenti appropriati di verifica dei risultati e dei casi di risoluzione dei contratti.

I servizi di medicina sportiva organizzati dalle U.s.l. dell'Emilia-Romagna. Su 41 U.s.l. presenti nella Regione 6 ne sono prive

Province	Popolazione	Certificati rilasciati	Ambulatori	Medici ore/settimana	Paramedici ore/settimana	Amministratori ore/settimana
Piacenza	168.953	6.417	3	30	36	36
Parma	243.962	7.552	6	143	250	—
Reggio Emilia	259.247	15.409	7	85	238	72
Modena	383.601	12.424	13	260	277	110
Bologna	569.094	23.150	17	274	262	11
Ferrara	242.149	8.517	11	163	153	72
Ravenna	228.552	8.855	6	178	106	3
Forlì	386.518	8.496	11	223	156	42

LA GESTIONE DI UN GRANDE PROGETTO D'INFORMAZIONE IN UNA UNITÀ SANITARIA LOCALE

di Claudio Caccia e Mario Del Vecchio*

SOMMARIO: 1. La U.s.l. 68 di Rho - 2. Il progetto: l'iter tecnico-istituzionale e i contenuti - 3. Le aree critiche - 4. Costi e attuali realizzazioni del sistema.

La U.s.l. 68 di Rho

Prima di proporre l'esperienza di automazione del sistema informativo della U.s.l. 68 della Lombardia è opportuno mettere in evidenza alcune caratteristiche « strutturali » del contesto dove si è sviluppata.

La U.s.l. 68 (150 mila abitanti circa) fa capo a una associazione di 9 Comuni dell'area a nord-ovest di Milano. I Comuni hanno una popolazione residente variabile da 5 a 50 mila abitanti. L'analisi dei dati demografici dell'ultimo decennio permette di individuare alcune caratteristiche:

- la costante crescita negli anni della densità demografica;
- una natalità che si è stabilizzata sui livelli provinciali e regionali;
- un aumento della popolazione adulta, anche se la Unità sanitaria locale 68 appare tra le Unità sanitarie locali più giovani nelle stime demografiche.

Al problema del consistente e continuo aumento della densità abitativa è parallelamente collegata l'alta densità di insediamenti lavorativi, tra cui poli ad alto rischio industriale (Pero).

Dal punto di vista organizzativo (macro-struttura) la U.s.l. 68 è arti-

colata nei sei servizi previsti dalla normativa lombarda:

- 1) servizio di igiene pubblica ambientale e tutela della salute nei luoghi di lavoro;
- 2) servizio di assistenza sanitaria di base;
- 3) servizio di assistenza sanitaria specialistica intra ed extra-ospedaliera, articolato in 3 sedi poliambulatoriali (di cui una ospedaliera) e dotato di un presidio ospedaliero distribuito in due sedi geograficamente distinte;
- 4) servizio di assistenza veterinaria;
- 5) servizio di assistenza sociale;
- 6) servizio amministrativo, a sua volta articolato in 6 unità operative.

Il personale dipendente della U.s.l. 68 è di circa 1.500 unità e il bilancio preventivo 1991 di parte corrente ammonta a circa 130 miliardi. Per quanto concerne le attività è opportuno segnalare che la rete poliambulatoriale eroga annualmente circa 1.560.000 prestazioni, mentre la struttura ospedaliera, che dispone di circa 800 posti letto, registra un carico di 21.000 ricoveri annui cui corrisponde un tasso di occupazione del 71,61%.

Nella U.s.l. 68 sono stati inoltre isti-

tuiti i distretti socio-sanitari di base che geograficamente corrispondono agli ambiti territoriali delle municipalità associate. Nei distretti opera una équipe di base multidisciplinare, normalmente composta da: medico scolastico, pediatra, ginecologo, psicologo, assistente sociale, personale infermieristico diplomato, personale amministrativo. L'équipe di base è frequentemente completata da alcune figure di medicina specialistica come il cardiologo, il geriatra, l'ortopedico. Tale rete distrettuale ha erogato nello scorso anno circa 200.000 prestazioni.

Si tratta, in estrema sintesi di una U.s.l. di dimensioni medio grandi, in cui, pur permanendo una certa centralità del « sistema ospedale », si è raggiunto un notevole grado di capacità di offerta su base territoriale. Il punto importante da sottolineare è che l'aumentato grado di differenziazione ha imposto uno sforzo di integrazione, in cui un ruolo importante è stato assegnato alla rea-

* **Claudio Caccia** è responsabile dell'Ufficio sistemi informativi dell'U.s.l. 68 Rho (MI).

Per **Mario Del Vecchio** cfr. pag. 20.

lizzazione di un sistema informativo socio-sanitario automatizzato.

In particolare tra gli obiettivi specifici assegnati al sistema informativo di U.s.l. vanno citati:

— la ricomposizione della storia socio-sanitaria del singolo cittadino/cliente (come « spinta forte » all'integrazione) e la ricomposizione omogenea e leggibile delle informazioni ambientali;

— la possibilità di mettere a disposizione degli operatori socio-sanitari informazioni in grado di supportare più adeguatamente il proprio lavoro e nel contempo di offrire servizi più efficienti (sistema informativo di gestione);

— la disponibilità per i diversi livelli decisionali di informazioni in grado di supportare adeguatamente i processi di pianificazione e i processi di programmazione e controllo (sistema informativo di governo);

— la disponibilità, per i singoli cittadini e per le forze sociali, di informazioni a fini di controllo dello sviluppo del sistema socio-sanitario locale (sistema di feed-back).

Il progetto: l'iter tecnico-costituzionale e i contenuti

L'importanza e la criticità di poter disporre di informazioni per il raggiungimento degli obiettivi appena citati risulta essere stato oggetto di attenzione sin dalla istituzione, nel lontano 1981, della U.s.l.. Il primo progetto per l'automazione del sistema informativo veniva presentato all'assessorato regionale igiene e sanità nell'agosto 1982 (collaborarono alla realizzazione del progetto gli attuali vertici amministrativi). Tale progetto, che avrebbe dovuto essere esteso alle U.s.l. 68, 69 e 74, prevedeva la creazione di un sistema informativo di U.s.l. integrato e quindi rivolto sia all'area sanitaria, sia all'area amministrativo-contabile. Il pro-

getto, che avrebbe dovuto essere realizzato nel triennio 82/84, non venne autorizzato dai competenti organismi regionali.

Inoltre la Regione, attraverso l'emanazione della circolare 2016/85, vincolava l'automazione della U.s.l. alla realizzazione di poli sovrazionali di informatica. Tale disposizione che nelle intenzioni mirava comprensibilmente a un coordinamento degli investimenti informatici nella sanità, di fatto ha prodotto:

a) dapprima un iniziale blocco e un conseguente ritardo nella diffusione di una tecnologia innovativa, come quella informatica, che, soprattutto in alcuni settori, avrebbe prodotto, come si è poi dimostrato, maggior efficienza;

b) in seguito, il tentativo, in parte riuscito, da parte delle U.s.l. di trovare meccanismi (finanziari e giuridici) di elusione del blocco con la conseguenza che gli investimenti si sono realizzati in modo disordinato e disomogeneo in assenza di indicazioni e di standards.

Nel corso del 1986 e 1987 la U.s.l., tramite l'ufficio sistema informativo, che nel frattempo era stato creato ai fini di coordinamento e gestione del sistema informativo socio-sanitario locale, continuò a ricercare ipotesi e soluzioni che consentissero di dare continuità al progetto già presentato, ovviamente riproponendolo in base a criteri tecnologici più sofisticati, che il mercato aveva nel frattempo maturato.

Nel 1988, dopo una serie di incontri con i competenti funzionari regionali, venne assunta una deliberazione contenente un progetto di massimo per lo sviluppo di iniziative informatiche nell'area socio-sanitaria. Contrariamente a quanto era avvenuto nel passato, tale deliberazione fu approvata dal Co.re.co. e dalla Giunta regionale.

A seguito di tale approvazione fu predisposto un dettagliato progetto

di automazione del sistema informativo socio-sanitario con la supervisione di alcuni consulenti esterni. La delibera di recepimento del progetto ottenne la debita autorizzazione del competente assessorato regionale, che autorizzò altresì la locazione della tecnologia informatica necessaria alla realizzazione del progetto stesso.

Per quanto riguarda i contenuti veniva prevista la realizzazione di un sistema informativo automatizzato per l'area socio-sanitaria basato su sistemi dipartimentali in rete costituito da: 15 sistemi dipartimentali geograficamente distribuiti, 19 reti Lan, 12 reti Wan, 80 personal computer in rete, 200 utenti finali.

L'automazione riguardava le seguenti aree:

— igiene pubblica: vaccinazioni, mortalità, potabilità acqua, aziende;

— uffici centrali dell'assistenza di base e dell'assistenza sociale;

— assistenza specialistica: Cup, laboratorio, radiologia, accettazione, pronto soccorso, automazione cartella clinica, dipartimento immagini;

— assistenza veterinaria.

Come si nota è del tutto assente l'area amministrativo-contabile in parte per ragioni legate al permanere del vincolo regionale.

L'arco temporale previsto per la realizzazione era quello di un triennio, mentre i costi complessivi, comprendendo hardware, software, rete e manutenzione, erano stimati in 4.500 milioni, pari a circa 1% del bilancio.

Le aree critiche

Ripercorrendo dal punto di vista logico le fasi che hanno caratterizzato la pianificazione e la realizzazione del progetto di sistema informativo automatizzato della U.s.l. 68, riteniamo possibile evidenziare alcune aree critiche che, a nostro parere, necessitano di essere presidiate at-

tentamente in qualunque progetto di questo genere, anche se ciò non significa necessariamente adottare le nostre stesse soluzioni.

Le strutture organizzative per la realizzazione del progetto

Costruire un sistema informativo, in particolare nel comparto sanitario pubblico, significa, da una parte affrontare problemi anche complessi di natura tecnica e dall'altra doversi confrontare con tipici problemi di natura organizzativa (distribuzione del potere aziendale, aree di resistenza al cambiamento, ecc.). Ciò pone quindi immediatamente un problema di collocazione organizzativa della conduzione del progetto, sia rispetto alle competenze professionali necessarie, sia in relazione alla necessità di garantirsi un livello adeguato di attenzione e focalizzazione al progetto in grado di superare le resistenze organizzative.

La scelta della Unità sanitaria locale 68, a tale proposito, è stata quella di istituire una « task force » in staff all'ufficio di direzione, cui è stata delegata la funzione di gestione complessiva del sistema informativo della Unità sanitaria locale, ivi comprendendo lo sviluppo informatico. Tale scelta, che riteniamo coerente con una moderna concezione dei sistemi informativi aziendali, ha consentito, tra l'altro, di riportare all'interno della struttura pubblica le fasi di pianificazione e controllo dell'implementazione del progetto e di creare una struttura in grado di occuparsi complessivamente del sistema informativo aziendale, evitando inutili e improduttive frammentazioni. Il punto di forza dell'ufficio di staff rimane comunque il suo essere prevalentemente concentrato sul progetto, senza essere costretto a difficili arbitraggi rispetto ad altri compiti.

La stessa scelta ha parallelamente comportato, e tuttora comporta, la necessità di reperire personale adeguato. Il divario esistente tra le diverse posizioni retributive di analoghi professionalità nel settore pubblico e nel settore privato non consentono di acquisire figure professionali dal mercato privato. Per lo stesso motivo (mercato privato come polo di attrazione), esiste una costante difficoltà nel mantenere presso la pubblica amministrazione elementi professionalmente validi.

Nel caso specifico il reperimento del personale per l'ufficio è avvenuto su base prevalentemente interna, cercando di reperire « nelle pieghe dell'organizzazione » soggetti ad alta potenzialità per il compito specifico (motivazione e orientamento professionale) sostanzialmente sottoutilizzati nei compiti precedenti. La presenza di tali requisiti e il supporto fornito da precisi percorsi formativi hanno consentito di dotare di competenze professionali adeguate un ufficio di staff articolato in 3 aree funzionali: organizzazione e sistema informativo, statistica ed epidemiologia, infocenter e sistema informatico.

Va peraltro precisato che l'impossibilità di creare profili professionali adeguati a livello contrattuale e la mancanza di percorsi di carriera sono elementi che rendono, fin da ora, non del tutto stabile l'acquisizione per la Unità sanitaria locale degli attuali livelli di professionalità, vista l'attrazione esercitata dal mercato privato.

Il ruolo della pianificazione interna del prodotto

In questi anni nella pubblica amministrazione, e in particolare nella sanità, si è assistito a una decisa crescita delle risorse informatiche utilizzate. Come molti autori sottolineano, tale crescita, gestita preva-

lentemente con logiche quasi esclusivamente tecniche, ha provocato due fondamentali problemi:

— una « delusione informatica », vale a dire una profonda contraddizione tra diffusione accentuata di sistemi di elaborazione dati a fronte della limitatezza dei risultati relativi al miglioramento della funzionalità dell'organizzazione nel suo complesso;

— una caduta di attenzione sul problema del sistema informativo socio-sanitario che, al contrario, rappresenta la cornice di riferimento e di inquadramento di eventuali sviluppi informatici.

In questo contesto appare rilevante la necessità di dedicare particolare attenzione alla pianificazione del sistema informativo socio-sanitario. Introdurre tale concetto non significa tralasciare la necessità di offrire una risposta tecnica alle molteplici e complesse esigenze informatiche contingenti; significa piuttosto tenere conto di una serie di aspetti per il raggiungimento di un equilibrio tra processo di sviluppo del sistema informativo e cambiamento organizzativo.

Coerentemente con l'impostazione descritta una prima fase è stata dedicata ad una analisi organizzativa, seppur a « maglia larga », sia della U.S.I. nel suo insieme che dei servizi coinvolti dai processi di automazione. A tale intervento ha fatto seguito una rilevazione dei flussi e dei processi informativi ritenuti rilevanti per la costruzione del sistema informativo, che ha prodotto una prima ipotesi di architettura informativa (sintetizzata nella figura 1, a pag. 90).

A posteriori e nonostante gli sforzi compiuti in tale direzione, è necessario constatare che l'attenzione dedicata alla fase di pianificazione del sistema risulta spesso insufficiente e che tali carenze vengono poi duramente scontate nella fase attuativa.

Architettura, standards e rapporti col fornitore

Per quanto riguarda l'architettura del sistema informativo automatizzato, un dato di partenza obbligato è la constatazione che l'attuale struttura organizzativa della U.s.l. è rigidamente suddivisa per « funzioni » (i servizi). Si è cercato perciò di rispettare le peculiarità (grado di dif-

ferenziazione) delle varie funzioni, ma nel contempo di incentivare un maggior grado di integrazione fra le stesse.

Di qui la scelta di un sistema informativo automatizzato basato su una logica dipartimentale in rete e l'utilizzo di tecnologia che consente, da un lato ad ogni unità operativa una « crescita informatica » attraverso la qualificazione dei processi ge-

stionali (un lavoro maggiormente qualificato per gli operatori e maggiormente gradito ai clienti), dall'altro di produrre informazioni che siano di ausilio al « governo » della U.s.l. nel suo complesso e che diano la possibilità di conoscere le dinamiche ed i problemi del proprio « mercato » di riferimento.

Queste necessità hanno imposto un modello di soluzione basato su un utilizzo di sistemi aperti e articolato su una serie di dipartimenti in rete. Tale modello consente autonomie organizzative e funzionali e nel contempo una visibilità di tutte le informazioni della rete (subordinata naturalmente al rispetto dei diritti di accesso assegnati). Esso si caratterizza inoltre come multivendor, riesce a offrire benefici di elasticità e di crescita modulare e risulta coerente con lo stato dell'arte dell'innovazione tecnologica.

Per quanto concerne il problema degli standards, bisogna sottolineare che l'adozione di sistemi basati su standards tecnologici riconosciuti e certificati a livello internazionale consente una tutela degli investimenti effettuati, garantendo in particolare:

- la coerenza con lo stato dell'arte dell'evoluzione tecnologica internazionale;
- l'integrazione tra sistemi informativi diversi;
- la portabilità delle applicazioni software;
- l'indipendenza dal fornitore inserendo il committente in un mercato multivendor nel quale viene sostanzialmente modificato il rapporto tra cliente e fornitore.

Sono proprio questi vantaggi che hanno spinto il mercato informatico nel suo complesso a ridurre gli acquisti di hardware non standards e a incrementare quelli di sistemi basati su standards ed in particolare su sistemi UNIX (+28%).

Peraltro le stesse indicazioni sono rintracciabili nelle circolari del Mi-

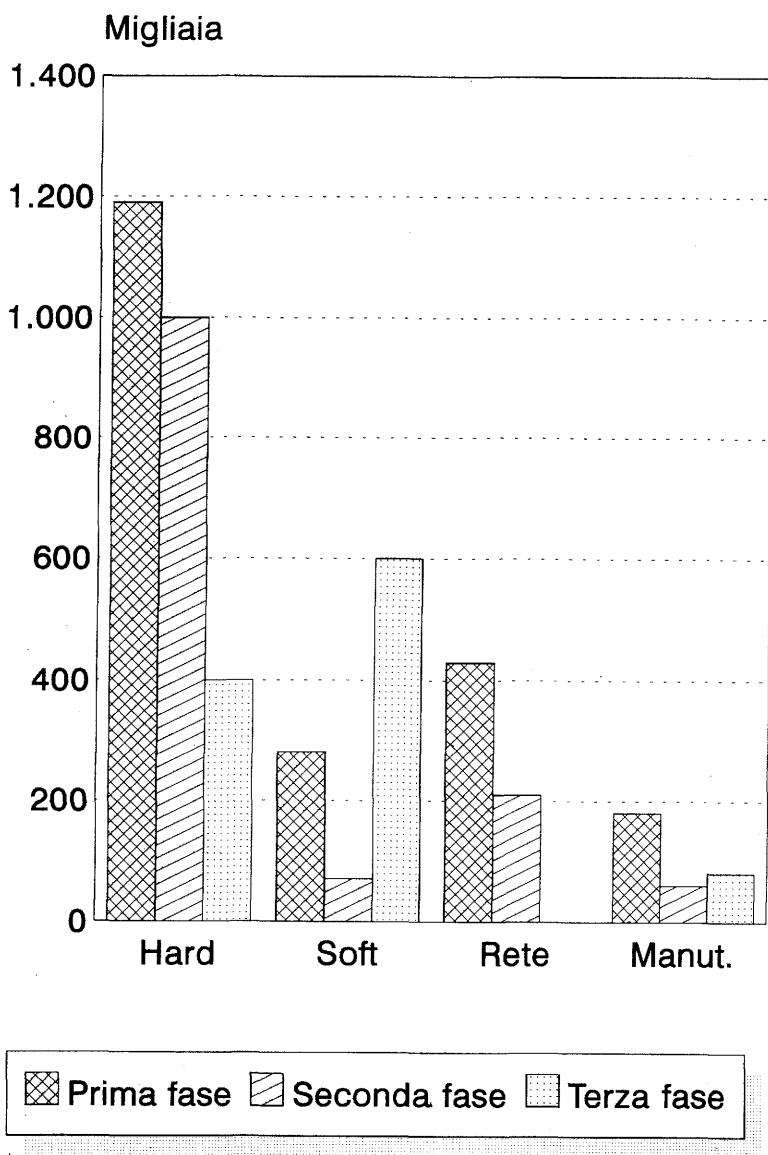


Fig. 1

nistro funzione pubblica n. 36928 del 4 agosto 1989, n. 51223 del 21 maggio 1990, n. 74652 del 6 maggio 1991.

La figura 2 seguente evidenzia lo stato di coerenza degli standards adottati nel progetto della U.s.l. 68 rispetto agli standards proposti dal dipartimento della funzione pubblica.

Architettura e standards del sistema circoscrivono, ma non risolvono il problema critico della scelta del fornitore. Quest'ultima, unitamente alla capacità di instaurare un rapporto professionale produttivo, costituiscono l'elemento determinante ai fini del raggiungimento di risultati significativi in termini di:

- qualità dei prodotti;
- rispetto dei tempi di realizzazione previsti e concordati;
- rispetto dei costi preventivati.

Oltre alla convenienza economica dell'offerta presentata, la nostra scelta si è basata su una serie di elementi quali:

- il livello di « investimenti » che una società fornitrice sta effettuando nell'ambito dei sistemi informativi nel settore sanitario;
- l'effettiva capacità di fornire tecnologia informatica la cui coerenza con gli standards in precedenza evidenziati sia certificata;
- la reale disponibilità ad instaurare un rapporto di partnership nel quale la società fornitrice accetta l'impostazione metodologica ed informatica che la U.s.l. ha adottato e consente (in termini di disponibilità, ma soprattutto in termini di strumenti tecnici resi disponibili all'acquirente) l'effettuazione di verifiche periodiche.

A tutela di quest'ultima condizione si è proceduto a formalizzare con la società fornitrice un accordo che prevedeva per ogni realizzazione relativamente autonoma del progetto il seguente schema di lavoro:

1) elaborazione di un documento di specifiche funzionali a carico della U.s.l.;

2) elaborazione di un documento di specifiche informatiche a carico della società fornitrice;

3) elaborazione di un documento di accettazione/variazione delle specifiche informatiche a carico della U.s.l.;

4) produzione software, installazione e primo collaudo a carico della società fornitrice;

5) fase di utilizzo provvisorio da concordare in modo formalizzato a seconda della complessità della procedura software attivata;

6) collaudo congiunto del software su check list concordata;

7) produzione documento di accettazione/variazione procedura in relazione agli esiti del collaudo effettuato.

Seppure la nostra esperienza sia stata sostanzialmente positiva, non va sottovalutato il problema della tutela dei diritti dell'acquirente nei confronti del fornitore. Per affrontare preventivamente tale problema è possibile:

— prevedere nei costi di progetto, concordandolo con la società fornitrice, un consulente super partes, quindi una sorta di arbitrato informatico concordato ex-ante;

— inserire a livello contrattuale, ai sensi del decreto del Ministero del

tesoro dell'8 febbraio 1986, forme di fidejussione o di penali pecuniarie;

— concordare con la società fornitrice determinate modalità di intervento del gruppo di lavoro del fornitore in modo da migliorare il grado di coerenza tra questo e le esigenze dell'acquirente (nel caso specifico, ad esempio, è stata richiesta una modificazione nelle modalità organizzative del fornitore).

L'orientamento ai clienti del sistema informativo

Se si ritiene che l'inserimento consistente di nuove tecnologie informatiche debba comportare la modificazione non solo di compiti gestionali, ma dei comportamenti e della motivazione degli individui nello svolgimento delle proprie funzioni, l'analisi dettagliata e la valorizzazione delle istanze dei clienti (utenti) del sistema, pur inserita in un disegno più complesso di sistema informativo, rappresenta un elemento fondamentale. Tale approccio dovrebbe altresì consentire di ridurre sensibilmente una certa fisiologica resistenza al cambiamento che spesso determina il non utilizzo delle nuove tecnologie.

STANDARDS UTILIZZATI		
Indicazioni dipartimento funzione pubblica		
	STANDARDS INDICATI	STANDARDS UTILIZZATI
Sistemi operativi	DOS, OS/2, UNIX	DOS e UNIX
Database	RDBMS	RDBMS Oracle 6.3
Reti	ISO/OSI 7 livelli	ISO/OSI 7 livelli
Reti LAN	Ethernet IEEE 802.3	Ethernet IEEE 802.3
Reti WAN	CDN CDA Sip	CDN CDA Sip
Codice d'accesso	Codice fiscale	Cod. fisc. + tess. san.

Fig. 2

In questo contesto devono essere previsti:

— processi di coinvolgimento degli utenti finali in fase di predisposizione delle soluzioni informatiche;

— adeguati percorsi di formazione che consentano agli stessi di possedere conoscenze sufficienti per seguire in modo attivo le fasi di sviluppo del sistema;

— forme di verifica della adeguatezza del sistema informativo automatizzato alle esigenze dei clienti del sistema stesso (rilevazioni di qualità percepita, metodologie di check up di sistema).

In concreto sono stati realizzati:

— un approccio dal basso in fase di pianificazione delle soluzioni informatiche, coinvolgendo in gruppo gli utenti finali del sistema;

— un percorso formativo articolato in tre fasi:

1 corso sulle problematiche relative alle sinergie tra sistema organizzativo e sistema informativo per i quadri direzionali ed intermedi dei settori coinvolti (30 utenti);

2 corsi di alfabetizzazione informatica e di utilizzo del personal computer per tutti gli operatori coinvolti nei processi di automazione (150 utenti);

3 corsi relativi all'apprendimento di procedure specifiche per il proprio settore rivolte a tutti i profes-

sionisti coinvolti nel progetto (200/250 utenti);

— un sistema di verifica dell'adeguatezza del sistema informativo automatizzato alle esigenze dei professionisti che lo utilizzano tramite la somministrazione di un questionario articolato su quattro aree di valutazione (grado di coinvolgimento in fase di pianificazione, qualità dei processi formativi e di assistenza, adeguatezza dei supporti informatici, coerenza del sistema in relazione alle esigenze del proprio lavoro).

Questo tipo di approccio, anche se non garantisce automaticamente un quadro di assoluta soddisfazione dei clienti, ha il pregio di limitare l'impatto organizzativo dovuto ad una sostanziale modificazione dei processi lavorativi ed ha generalmente consentito l'instaurarsi di un clima di collaborazione nel quale l'utente ha potuto seguire le varie fasi di sviluppo del sistema in modo attivo, percependo una reale presa in carico delle proprie istanze.

Costi e attuali realizzazioni del sistema

Come previsto il sistema informativo automatizzato per l'area socio-sanitaria della Unità sanitaria locale 68 è attualmente composto da: 15

sistemi dipartimentali, 19 reti LAN, 12 reti geografiche, 80 PC in rete e coinvolge circa 200 utenti finali.

I tempi di realizzazione delle varie fasi di implementazione del progetto sono coerenti con le previsioni. Le prime installazioni hardware e di rete risalgono al giugno 1990 e riteniamo si concluderanno con qualche mese di anticipo rispetto al giugno 1993. I costi complessivi rispettano quanto preventivato e gli importi articolati per voci relativi ai tre anni del progetto sono presentati nella successiva tabella 1 e nella figura 3 a pag. 93.

Nell'ultimo anno a disposizione per il completamento del progetto sono stati pianificati i seguenti interventi:

— avvio della sperimentazione dell'automazione della cartella clinica automatizzata di reparto;

— attivazione del dipartimento immagini consistente nella gestione multimediale ed archiviazione su dischetti ottici di documentazione clinica ed amministrativa cartacea;

— standardizzazione delle procedure in uso con particolare attenzione all'interfaccia utente;

— collegamento a banche dati esterne.

In conclusione tramite l'ausilio di alcune schede, vengono di seguito schematicamente presentate le attuali realizzazioni del sistema.

Tabella 1 - Costi sistema informativo automatizzato

	PRIMA FASE		SECONDA FASE		TERZA FASE		TOTALE	
	val. ass.	%	val. ass.	%	val. ass.	%	val. ass.	%
HARDWARE	1.182.727	57.18	1.032.999	77.03	403.880	37.57	2.619.606	58.41
SOFTWARE	270.486	13.08	70.281	5.24	591.380	55.01	932.147	20.79
RETE	443.758	21.45	180.682	13.47	4.740	0.44	629.180	14.03
MANUTENZIONE ...	171.504	8.29	57.156	4.26	75.000	6.98	303.660	6.77
TOTALE	2.068.475	100.00	1.341.118	100.00	1.075.000	100.00	4.484.593	100.00

**POLO DI VIGILANZA
IGIENICO-SANITARIA**

- a Dipartimento IPA-TSLL.
- a1 Gestione stato vaccinale per tutti i residenti.
- a2 Gestione mortalità per tutti i residenti con elaborazione statistica dei dati inseriti.
- a3 Anagrafe aziende.

Consiste in una serie di procedure che consentono l'archiviazione e l'elaborazione statistica di dati finalizzati a una reale attività di monitoraggio ambientale. Le procedure in uso sono le seguenti:

- anagrafe generale aziende;
- gestione aziende settore alimentare;
- gestione settore scarichi;
- gestione settore gas tossici;
- gestione settore emissioni in atmosfera;
- gestione settore radioprotezione;
- gestione settore smaltimento rifiuti;
- gestione attività di controllo e vigilanza.

- b Dipartimento veterinario.
- b1 Anagrafi generali per azienda, per proprietario, per automezzi, per veterinario.
- b2 Gestione autorizzazioni.
- b3 Gestione profilassi animale (archiviazione dei capi animali e dell'attività vaccinale espletata).
- b4 Gestione registro macellazione.
- b5 Gestione registro delle importazioni.
- b6 Gestione attività di vigilanza e controllo.

**POLO DEI SERVIZI
SOCIO-SANITARI DI BASE**

- a Dipartimenti dei distretti socio-sanitari. L'attivazione del sistema informativo socio-sanitario automatizzato consente:
 - di avere unquadro conoscitivo preciso del case mix dell'utenza che utilizza tali strutture;

- di avere un quadro conoscitivo preciso delle attività svolte;
- di avere una ricomposizione di tutte le attività che vengono svolte nel distretto su un singolo cittadino da professionisti diversi, e quindi di favorire l'integrazione tra operatori socio-sanitari e socio-assistenziali;
- di fornire ai diversi professionisti del distretto uno strumento a supporto della propria attività. Il sistema si basa sulla predisposi-

zione di una cartella socio-sanitaria per il singolo cittadino, composta da tre moduli:

- una scheda socio-economica (ad accesso generalizzato) che rileva le caratteristiche anagrafiche e socio-economiche del cittadino;
- una serie di schede orientate agli interventi che ogni singolo professionista di distretto può effettuare (es. scheda ginecologo, infermiere, psicologo...) dove ogni professionista segnala gli inter-

**ARCHITETTURA DEL SISTEMA
INFORMATIVO USL 68**

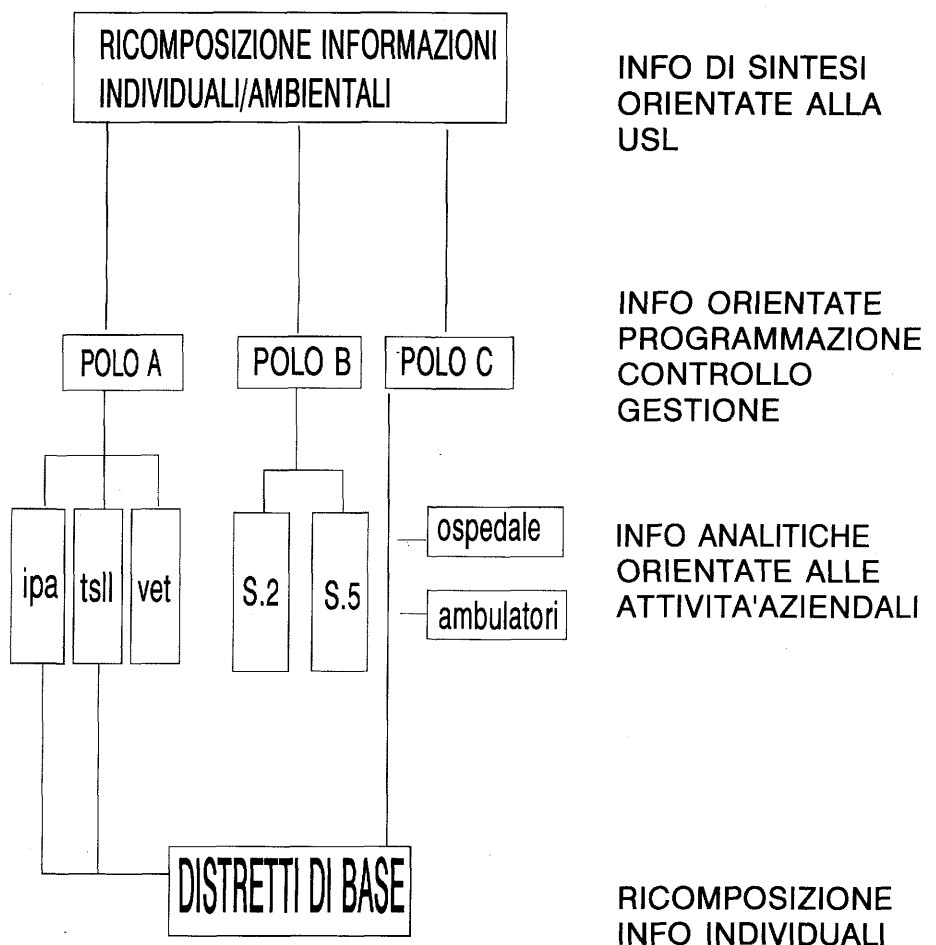


Fig. 3

venti effettuati. Tale modulo è ad accesso riservato. Ogni professionista possiede una propria e univoca parola di riconoscimento (tipo Bancomat);

- una scheda di sintesi che ricompone gli accessi/interventi di ogni cittadino presso il distretto. Tale modulo, ad accesso generalizzato, consente di conoscere in tempo reale se il cittadino è già seguito dal distretto e da quali operatori.
- b Dipartimento centrale dei servizi numero 2 e numero 5.
- b1 Servizio di assistenza sanitaria di base:
 - gestione Not e ambulatorio Aids;
 - gestione guardia medica e medicina dei servizi.
- b2 Servizio sociale:
 - gestione anagrafe dinamica handicap;
 - gestione famiglie multiproblematiche;
 - gestione attività di vigilanza.

POLO SERVIZI SANITARI SPECIALISTICI

È stata predisposta l'automazione di alcuni servizi specialistici e la loro interconnessione al centro unico di prenotazione (Cup). Più precisamente sono stati automatizzati:

- il servizio di accettazione e dimissione;
- il servizio di radiologia nelle due sedi ospedaliere di Rho e Passignano;
- il servizio di laboratorio chimico-clinico, microbiologia e di anatomia patologica.

La procedura Cup, che come tutte le altre opera in ambiente Unix Oracle, può essere utilizzata da 14 stazioni di prenotazione geograficamente distribuite in tutti i distretti socio-sanitari, nelle sedi ospedaliere e poliambulatoriali della U.s.l.. Essa consentirebbe, oltre alle prenotazioni di tutte le attività specialistiche erogate dalla U.s.l., la gestione dei medici di base (scelta/revoca), la gestione delle esenzioni dai ticket, la produzione dei registri Iva, la gestione dell'incentivazione di produttività in tempo reale.

Nonostante la sua piena funzionalità da un punto di vista tecnico (hardware, software, e rete di comunicazione) per il mancato reperimento di tre operatori (su 1.500 dipendenti) da adibire a tale funzione.

POLO DI SUPERVISIONE DEL SISTEMA E DI RICOMPOSIZIONE DELLE INFORMAZIONI INDIVIDUALI E AMBIENTALI

Rappresenta la parte più sofisticata e complessa del sistema. Consente tramite l'utilizzo della rete informatica:

- l'anagrafe degli assistiti;
- la ricomposizione sintetica degli interventi/accessi che sono stati effettuati da ogni singolo cittadino presso i vari servizi della U.s.l. 68 (ricomposizione, storia socio-sanitaria). Le informazioni dettagliate al contrario restano archiviate nei vari sistemi dipartimentali, il cui accesso è tutelato da un sistema di password a cascata;

- il collegamento con banche dati esterne al fine del completamento delle informazioni sopraccitate (ad esempio collegamento con la banca dati regionale relativa ai ricoveri dei cittadini residenti nella Unità sanitaria locale 68 negli ospedali della regione Lombardia);
- la sintesi delle informazioni di carattere igienico-sanitario e ambientale;
- la produzione di informazioni di supporto decisionale per l'alta direzione;
- la gestione e la supervisione del sistema operativo automatizzato, del traffico di rete e delle varie utilities per la gestione dei controlli di accesso.

Particolare attenzione è stata prestata al problema degli accessi. Sono stati inseriti quattro livelli di password:

- Livello 1 password sulle procedure: non tutti gli operatori possono accedere alle stesse procedure.
- Livello 2 password sui data base: operatori di uno stesso servizio possono accedere alle stesse procedure, ma non a tutte le informazioni contenute negli archivi.
- Livello 3 password per accedere all'ambiente e alle funzioni Oracle.
- Livello 4 password per accedere alle funzioni Unix.

Il terzo e il quarto livello sono attualmente riservati all'ufficio sistema informativo. I diritti di accesso sono stati definiti dall'ufficio di direzione della U.s.l.

Notizie dal mondo

Sezione 4^a

PROSPETTIVE DI SVILUPPO PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA NELL'EX UNIONE SOVIETICA

di Vladimir B. Kolchanov

Traduzione dall'inglese e adattamento a cura di Luca Brusati

Introduzione

Nel 1991 la situazione politica ed economica dell'ex Unione Sovietica ha raggiunto uno stadio di tensione permanente. L'inefficienza e l'inefficienza del sistema sono state a lungo celate da un impiego estensivo delle risorse disponibili: ma questo modello di sviluppo non è più in grado di autosostentarsi. I problemi economici dell'ex Unione Sovietica hanno una palese contropartita politica. Gli interventi di politica economica, in particolare, sembrano essere maggiormente orientati alla liberalizzazione dell'economia che alla risoluzione dei molteplici problemi sociali che affliggono la vita quotidiana della popolazione.

L'assistenza sanitaria, nella sua natura di servizio sociale, è pesantemente influenzata da questa situazione, ed affronta seri problemi sia in termini di erogazione che di finanziamento. L'enorme deficit di bilancio ha portato ad una riduzione, in termini relativi, della spesa sanitaria complessiva: se negli anni settanta la percentuale del P.n.l. spesa

per servizi sanitari era del 7-8 per cento, attualmente tale cifra è al di sotto del 3 per cento. Questo significa che la spesa sanitaria pro-capite per il 1991 è stata pari a 117 rubli all'anno, vale a dire molto al di sotto non solo degli standard correnti in tutti i Paesi industrializzati, ma anche di quelli stabiliti dallo stesso Ministero della sanità sovietico, pari a 300 rubli all'anno.

Bassa qualità dei servizi sanitari, lunghe file d'attesa nei policlinici, elevati livelli di mortalità infantile: sono questi i problemi di maggior rilievo che affliggono il sistema, per menzionarne solo alcuni.

A ciò si aggiunga che il livello delle remunerazioni in campo sanitario è inferiore del 35 per cento a quello nei settori industriali dell'economia.

Queste note esaminano le prospettive del sistema sanitario ex-sovietico, mirando a mettere in luce, in un'ottica comparativa su base internazionale, la situazione attuale, le opportunità esistenti e le dinamiche tendenziali nella gestione dell'assistenza.

Il sistema sanitario ex-sovietico: verso un sistema di assicurazione sanitaria

L'assistenza sanitaria è un settore decisamente peculiare. Per un verso, essa avanza con buone ragioni la pretesa di essere l'area di attività di maggiori dimensioni al mondo; per contro, le condizioni settoriali risultano profondamente diverse tra un Paese ed un altro. È significativo che esistano più di cinquanta forme di imposte, di assicurazioni sociali, di modalità di addebito ai pazienti delle spese sanitarie, di strutture ospedaliere private o pubbliche, e così via.

Nell'ex Unione Sovietica, l'assistenza è generalmente finanziata con entrate tributarie, ed erogata da personale salariato, all'interno di organizzazioni direttamente gestite dallo Stato. Le decisioni relative alla pianificazione ed al finanziamento sono prese a livello (si veda appendice 5) centrale, solitamente in base al numero di assistiti di ciascuna organizzazione. Dal punto di vista operativo, il processo prevede che in

una prima fase le unità locali facciano pervenire il dettaglio di quanto necessitano al Comitato centrale della pianificazione, che ha sede presso il Ministero della sanità. Quest'organo considera le richieste pervenute e, in base alla capacità produttiva delle imprese che controlla, determina la misura in cui ciascuna esigenza viene soddisfatta. Tale modalità gestionale non prende in considerazione i reali bisogni ed i reali desideri degli utenti, mirando piuttosto ad una distribuzione uguale per tutti delle risorse stanziare.

La normativa esistente, inoltre, pone vincoli molto stretti alla possibilità che le organizzazioni sanitarie offrano servizi addizionali a pagamento. La politica degli incentivi non è in grado di indurre il personale amministrativo e sanitario ad intensificare i propri sforzi al fine di soddisfare le esigenze dei pazienti e di misurare l'output del proprio lavoro, in quanto la struttura organizzativa del sistema sanitario nazionale ex-sovietico resta fortemente gerarchizzata. Si stima che le spese di amministrazione costituiscano quasi il 15% della spesa sanitaria totale.

Nel 1989, in via sperimentale, si tentò di concentrare gli sforzi sul miglioramento della struttura organizzativa del sistema, dando maggiore libertà d'azione ai principali fornitori di assistenza sanitaria. I dipartimenti locali di sanità vennero eliminati, mentre gli ospedali materno-infantili ed i policlinici (tanto per gli adulti che per i bambini) furono affiancati, in modo da dar vita ai cosiddetti complessi medici territoriali. Questa decisione non ebbe effetti rilevanti né sulle logiche di erogazione dei fondi da parte dello Stato, né sulla qualità e sull'efficienza del servizio: comportò solo una differente distribuzione della spesa all'interno di un sistema sostanzialmente immutato.

Risulta sempre più evidente che

il sistema di assistenza sanitaria nazionale ex-sovietico necessita di una riforma radicale. Da questo punto di vista, la legislazione delle Repubbliche appare più avanzata di quella che esisteva a livello centrale. Nel giugno 1991, ad esempio, il Parlamento russo ha varato una legge sull'assicurazione sanitaria, prevedendone l'introduzione nel 1993. In base a questa legge, esisteranno tre forme principali di assicurazione sanitaria (si veda appendice 7).

L'assicurazione sanitaria per i lavoratori dipendenti e per i familiari a loro carico dovrebbe essere obbligatoria, e « comprata » dai datori di lavoro (ovvero dalle imprese). Le imprese provvederanno a tale assicurazione per mezzo di appositi « fondi di malattia », costituiti trattando contributi previdenziali ad hoc dagli stipendi dei dipendenti.

Il secondo principale « assicuratore » sarà il governo russo. I pensionati, gli anziani e gli invalidi riceveranno la copertura assicurativa grazie ad un programma statale finalizzato a tale scopo. Tanto l'assicurazione sanitaria ottenuta tramite i « fondi di malattia », quanto quella finanziata con i fondi pubblici garantiranno solo il minimo livello indispensabile di assistenza.

L'assicurazione su base volontaria verrà pagata direttamente dagli utenti, e garantirà l'erogazione di servizi sanitari addizionali e di migliori condizioni di trattamento negli ospedali.

Nelle aspettative c'è un aumento del numero di ospedali e di medici privati, anche se l'assistenza sanitaria dovrebbe continuare ad essere offerta per la maggior parte da ospedali, policlinici e medici pubblici.

In pratica, il mix tra pubblico e privato in corso di realizzazione in Russia dovrebbe caratterizzarsi per la presenza di alcuni elementi tratti da tutti i principali modelli esistenti al mondo: quello britannico, quello

tedesco e soprattutto quello statunitense. Di conseguenza, termini quali « mercato », « concorrenza », « profitto » e « management », ben difficili da sentire negli anni passati, assumono ora una particolare rilevanza per il sistema sanitario nazionale ex-sovietico.

Lo sviluppo manageriale in ambito sanitario

Una versione ampia del concetto di gestione dei servizi sanitari comprende al suo interno tanto l'attività specialistica di gestione dell'erogazione dei servizi, quanto tematiche ad ampio raggio, quali la formulazione delle politiche e delle strategie dell'organizzazione di appartenenza. Questo concetto è di particolare importanza per i dirigenti del sistema sanitario ex-sovietico, per la maggior parte reclutati tra medici privi di qualsiasi educazione « imprenditoriale » e le cui attività manageriali sono state rigidamente limitate dalla necessità di operare in un contesto di strutture organizzative fortemente gerarchizzate. Di conseguenza, la mentalità diffusa tra i soggetti al vertice del sistema sanitario ex-sovietico è ben lontana dal riconoscere la necessità di gestire un'attività di natura imprenditoriale. Molti di essi, specialmente quelli più anziani, rifiutano ogni tentativo di considerarli responsabili per quello che fanno, o di trattare loro come venditori ed i loro pazienti come clienti. La conseguenza è molto semplice: il sistema sanitario risente di un'eccessiva attività di amministrazione e di una insufficiente attività di management. Esentati dall'obbedire alle leggi del mercato, gli offerenti di servizi sanitari (così come i consumatori) non si rendono conto di che cosa significhi operare in un contesto in cui la concorrenza, l'output, il controllo dei costi, le decisioni di natura econo-

Appendice 1 - P.n.I. 1990

PAESI	Totale \$ M.l.d.	pro-capite migliaia di \$
Stati Uniti	5.466	22
Germania	1.153	15
Cecoslovacchia	124	8
Ungheria	63	8
Unione Sovietica	1.480	5,1
Polonia	149	3,9
Albania	4	1

Appendice 2 - P.n.I. 1990

PAESI	pro-capite in migliaia di \$
Russia	5,8
Ucraina	4,6
Bielorussia	5,3
Armenia	5,9
Kazakistan	4,5
Azerbaigian	2,8
Uzbekistan	2,8
Tazkistan	2,55
Estonia	7,0
Lettonia	6,65
Lituania	6,15

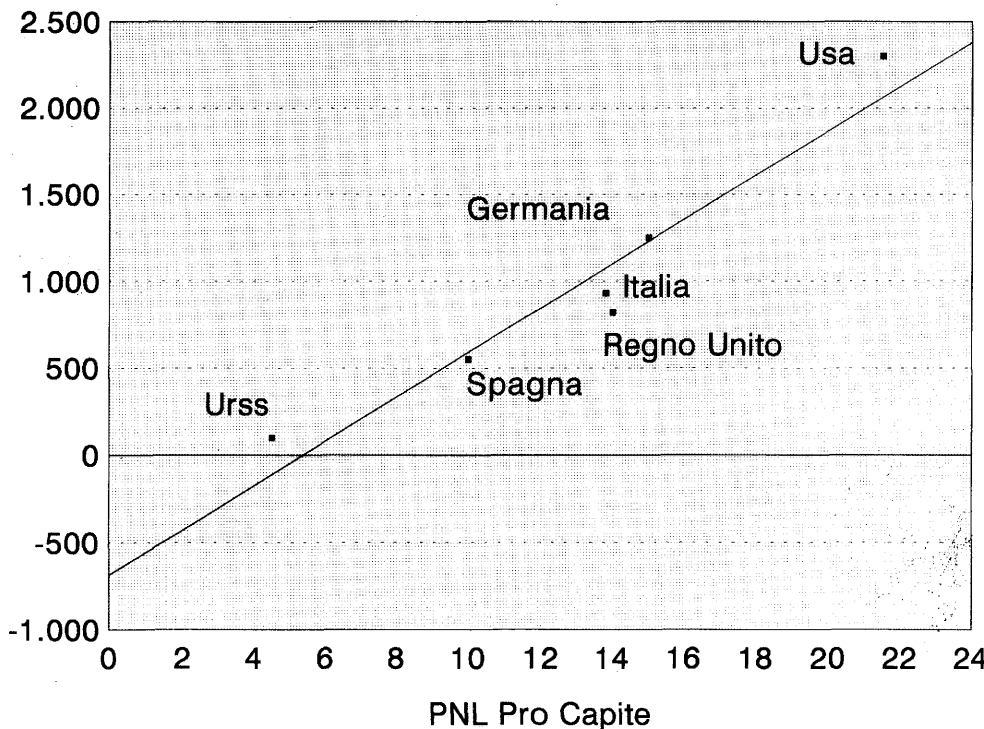
mica e in generale le relazioni di mercato sono elementi imprescindibili. Allo stesso tempo, l'esperienza operativa dei pochi policlinici e centri diagnostici indipendenti offre una buona misura dell'importanza attribuibile al trattare i pazienti con una consapevole attenzione agli (e conoscenza degli) effetti delle proprie azioni. Questi centri ottengono profitti elevati grazie alla superiore qualità dei servizi che erogano, all'equilibrata determinazione dei prezzi e ad un'accurata strategia di comunicazione pubblicitaria. In alcuni casi, però, il loro successo è reso possibile dalla presenza di speciali esenzioni di cui tali centri beneficiano, rispetto alla normativa vigente: la clinica del famoso prof. Fiodorov, ad esempio, grazie ad una speciale deroga concessale dal governo Rhyzkov gode già da tempo del diritto di curare pazienti occidentali e di spendere in modo autonomo la valuta pregiata che questi apportano.

Le esperienze di questo genere, peraltro, sono di dimensioni troppo limitate e mirano a un segmento di mercato troppo ristretto per costituire l'unica base di esperienza su cui contare per l'introduzione di una logica gestionale moderna all'interno del sistema sanitario ex-sovietico. Il passaggio ad un modello di assistenza basato sull'assicurazione sanitaria richiede urgentemente la creazione di un sistema per la formazione manageriale.

Oggi il successo dei manager in ambito sanitario dipende, a tutti i livelli, dalle capacità dirigenziali su cui essi possono fare affidamento. Per i manager di medio e di alto livello, queste capacità vengono solitamente ricomprese entro le seguenti categorie:

- 1) capacità analitiche (utilizzare tecniche e strumenti quantitativi);
- 2) capacità di concettualizzazione sintetica (cogliere il quadro d'insieme dei problemi);

Spesa Sanitaria Pro Capite



Appendice 3

3) capacità decisionali (selezionare l'alternativa migliore);

4) capacità amministrative (svolgere correttamente le procedure organizzative);

5) capacità relazionali (trattare in modo efficace con gli altri);

6) capacità comunicative (trasmettere idee agli altri);

7) capacità tecniche specifiche.

Lo sviluppo delle competenze ora elencate esige programmi di formazione ben strutturati e su base permanente, imperniati su metodologie d'insegnamento avanzate, e richiede pertanto l'istituzione di un sistema di business school (o, meglio, di management school) post-laurea altamente specializzate per i manager della sanità.

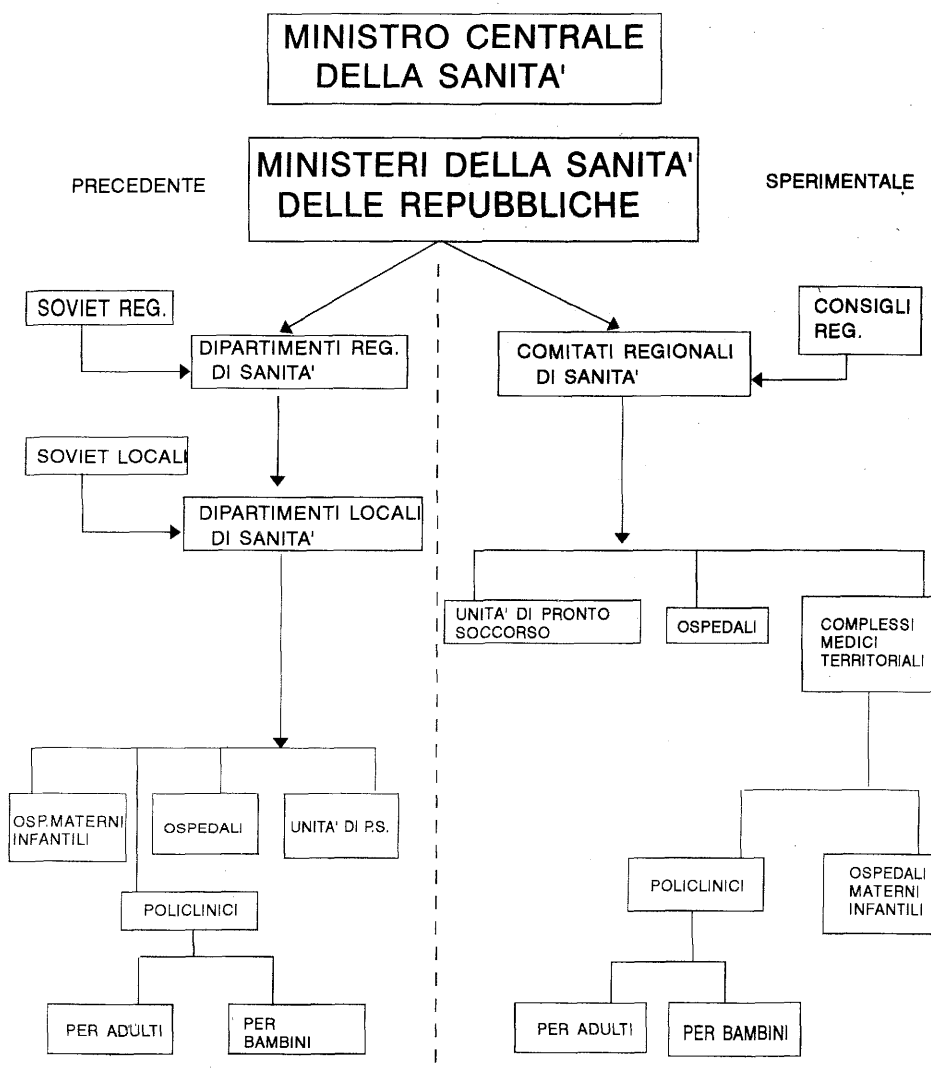
Di fatto, però, ad oggi solo due organizzazioni statali offrono in forma istituzionale corsi specializzati per la dirigenza di medio e di alto livello. L'Istituto medico di Stato per la formazione post-laurea di San Pietroburgo, ad esempio, cerca di migliorare la preparazione dei manager di tutte le specializzazioni mediche, nonché dei massimi vertici e del personale delle autorità sanitarie organizzando per loro corsi speciali della durata di due settimane (si veda appendice 8). Il programma contempla lezioni di general management, teoria delle decisioni, micro e macroeconomia e sistemi informativi. Purtroppo, però, la metodologia d'insegnamento prevede soprattutto lezioni di tipo tradizionale, con un ricorso modesto alle simulazioni al calcolatore ed ai business game. Corsi analoghi vengono offerti dall'Istituto medico centrale per la formazione post-laurea di Mosca. L'output complessivo non raggiunge le mille persone all'anno, cifra ben lontana dall'essere sufficiente. Dai programmi, inoltre, mancano materie fondamentali, quali il marketing, la statistica, le dinamiche organizzative, la contabilità, la finanza, e molte al-

Appendice 4 - Indicatori relativi all'assistenza sanitaria, 1989

PAESI	Spesa sanitaria in % del P.n.l.	Medici ogni 10.000 abitanti	Posti letto ogni 10.000 abitanti	Probabilità dovuta alla nascita		Mortalità infantile su 1000 nati vivi
				maschi	femmine	
Stati Uniti	11,8	23	55	71,5	78,5	9,7
Giappone	6,7	16	152	75,9	81,8	4,6
Germania	8,2	30	115	71,8	78,5	7,5
Gran Bretagna .	5,8	14	75	72,5	78,1	8,4
Unione Sovietica	2,9	45	134	69,0		22,0

Appendice 5 - Il sistema sanitario nazionale dell'ex Unione Sovietica

IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE DELL'EX UNIONE SOVIETICA



tre. Anche i seminari internazionali vengono organizzati in modo assolutamente discontinuo, e coinvolgono un numero insignificante di partecipanti.

La sfida dell'internazionalizzazione

Come anticipato, il sistema sanitario del futuro, quantomeno in Russia, avrà molto in comune con le linee di fondo dei principali modelli di assistenza sanitaria esistenti. Molti altri Paesi, in realtà, stanno orientandosi verso un modello basato sulla combinazione di forme di assicurazione sociale e di concorrenza « gestita » tra le istituzioni che offrono assistenza sanitaria: ma la specificità della situazione attuale in Russia sta nel carattere di assoluta novità che tale approccio presenta per gli interessati. Questa condizione dà la possibilità di esaminare l'esperienza degli altri Paesi, tributando la dovuta attenzione ai loro successi ed ai loro fallimenti, e genera una sostenuta domanda di internazionalizzazione dei programmi di sviluppo manageriale. L'internazionalizzazione della formazione manageriale in questo campo appare infatti di particolare interesse ed importanza.

L'International Management Institute di San Pietroburgo (Imisp), una delle primissime business school internazionali costituite nell'ex Unione Sovietica, sta attuando una strategia di « azione combinata » nel progettare e gestire programmi di formazione speciali per la dirigenza. L'approfondita conoscenza della situazione economica del Paese garantita dal team di docenti locali, congiunta alle avanzate ed innovative metodologie d'insegnamento ed all'approccio orientato al mercato offerti dal team di docenti italiani stanno producendo notevolissimi effetti sinergici. L'attenzione è ora focaliz-

zata sullo sviluppo di nuovi modelli di formazione per la dirigenza sanitaria dell'ex Unione Sovietica. Sono allo studio alcune nuove idee interessanti, quali la selezione dei laureati in medicina interessati a svolgere attività manageriale in ambiti specifici e la loro preparazione in-

tensiva tramite corsi ad hoc. Nei piani a lungo termine dell'Imisp c'è un obiettivo ambizioso: l'organizzazione di corsi internazionali sistematici per i manager dell'assistenza sanitaria, che dovrebbero apportare benefici sia ai partecipanti locali che a quelli stranieri.

Appendice 6 - Centri di assistenza sanitaria non statali ed a pagamento

1. Cooperative di medici:
 - indipendenti
 - soggette all'autorità di istituzioni statali
2. Policlinici e centri diagnostici indipendenti
3. Medici privati

Appendice 7 - Modello di assicurazione sanitaria adottato dal Parlamento russo (in vigore dal 1993)

1. Assistenza minima indispensabile:
 - > assicurazione sociale obbligatoria
 - a) pagata dallo Stato
 - con appositi stanziamenti di bilancio per pensionati, disoccupati, invalidi
 - b) pagata dalle imprese
 - con appositi fondi trattenuti dai salari per lavoratori dipendenti
2. Servizi sanitari addizionali e migliori condizioni negli ospedali:
 - > assicurazione volontaria finanziata dagli interessati con i propri redditi

Appendice 8 - Istituto medico di Stato per la formazione post-laurea

Chi studia:

1. Medici con differenti specializzazioni
2. Dirigenti del sistema sanitario
3. Contabili ed economisti

Chi insegna:

Membri del Dipartimento di economia e management sanitario

Quali opportunità:

1. Serie di lezioni di 72 ore complessive
2. Serie di lezioni di 120 ore complessive

Materie fondamentali:

1. General management
2. Economia
3. Sistemi informativi
4. Teoria delle decisioni
5. Attività economiche delle organizzazioni sanitarie

Metodi d'insegnamento:

1. Lezioni tradizionali (70% del tempo)
2. Seminari e business games (30% del tempo)

Appendice 9 - Le ragioni dell'internazionalizzazione

1. Poter contare su un maggior numero di docenti (per avvicinare l'offerta alla domanda).
2. Poter ottenere le esperienze migliori (per non ripetere gli errori già commessi in altri Paesi).
3. Fronteggiare l'assoluta novità di un sistema basato sull'assicurazione sanitaria e sulla concorrenza « gestita ».
4. Adottare metodi d'insegnamento avanzati ed innovativi.
5. Avviare programmi di sviluppo congiunto.
6. Condurre iniziative di ricerca congiunta.

LE PROBLEMATICHE MANAGERIALI NEL SISTEMA SANITARIO IN BRASILE

di Maria do Carmo Guimaraes Araujo*

Introduzione

Il sistema sanitario brasiliano è recentemente diventato oggetto di numerosi studi e progetti di organizzazione dei servizi, molti dei quali sono il risultato di conflitti intervenuti in un settore di notevole importanza, quale è la sanità, per il miglioramento delle complessive condizioni di vita della popolazione.

Queste proposte, finalizzate ad una più incisiva razionalizzazione amministrativa e finanziaria ed alla modifica nelle logiche di offerta di servizi sanitari pubblici alla popolazione, sono oggi inserite nella nuova Costituzione, approvata dal Congresso nazionale alla fine del 1988.

La Corte costituzionale definisce la salute come diritto per tutti i cittadini e dovere dello Stato, e garantisce il soddisfacimento dei bisogni di salute, identificando come priorità la prevenzione e la partecipazione della comunità nella gestione del sistema sanitario unico (SUS - Sistema Unico de Saude).

Questo sistema è stato introdotto con la legge organica sulla sanità (legge 8080/90) e dovrà essere realizza-

to « attraverso risorse finanziarie provenienti dal sistema di sicurezza sociale, dai bilanci del Governo federale, dagli Stati, dai municipi e da altri centri » (1).

L'assetto istituzionale del sistema previsto poggia su una rete nazionale di centri di offerta di servizi sanitari, attribuendo una importanza strategica alla attivazione dei Silos o sistemi sanitari locali o distretti sanitari (2).

Le caratteristiche dei Silos sono ancora oggetto di discussione all'interno delle istituzioni che offrono servizi sanitari in Brasile, così come delle istituzioni scientifiche ed universitarie, responsabili della formazione delle risorse umane per la sanità.

Secondo l'approccio concettuale maggiormente diffuso e conosciuto « i Silos (o i distretti) sono le unità amministrative ed operative di base del sistema sanitario, definite con criteri territoriali, demografici, epidemiologici, organizzativi e politici, dove si allocano e si concentrano risorse pubbliche e private, che vengono combinate ed utilizzate attraverso un insieme di meccanismi politici ed istituzionali, con la partecipazione del

sistema sociale e della popolazione, organizzati al fine di sviluppare "azioni sanitarie integrate" (2) ».

Questa definizione, pur presente nella maggior parte dei documenti ufficiali del Brasile, non sembra essere stata ancora accettata da parte dei diversi settori sociali, coinvolti nel sistema sanitario.

In questa situazione si sono sviluppate e diffuse altre impostazioni concettuali per la progettazione dei Silos, in un certo senso più ampie di quella originaria, come ad esempio « l'essere i Silos uno spazio operativo, di localizzazione, identificazione, esplicitazione ed intervento di determinate problematiche e dove si

* **Maria do Carmo Guimaraes Araujo** è professoressa di Igiene e salute pubblica all'Università Federale di Bahia. Consulente della Cooperazione sanitaria italiana.

Questo articolo è il risultato di una riflessione collettiva del gruppo di lavoro a cui è affidata la gestione del progetto di cooperazione italiana « Coordinamento dei progetti sanitari in Brasile ». Traduzione ed adattamento dal portoghese del dott. Marco Meneguzzo.

instaurano specifiche relazioni tra istituzioni sanitarie pubbliche e private, definite in base a principi di tipo organizzativo ed assistenziale e riferite ad uno specifico ambito territoriale. I distretti sanitari diventano processi sociali di cambiamento della offerta e della gestione dei servizi sanitari, governati da criteri quali efficienza, efficacia, equità e democrazia (3).

Questa concezione implica una comprensione sul fatto che « il processo di distrettualizzazione è un processo politico-istituzionale, organizzato ed operativo, finalizzato alla costruzione delle fondamenta del sistema sanitario unico, spazio, dove, nella fase di transizione, si sviluppa la tensione e lo scontro per la trasformazione delle relazioni tra popolazione e il sistema sanitario, o meglio, tra la società civile organizzata e lo Stato (4) ».

Queste politiche di riassetto del sistema sanitario, che hanno caratterizzato, nell'ultimo decennio, la situazione brasiliana, sono poi parte di un processo più generale di riorganizzazione del settore sanitario in America Latina.

In questa ottica, il processo di diffusione di determinati modelli istituzionali e gestionali per il settore sanitario nei Caraibi ed in tutta l'America Latina, vede, come principale soggetto promotore, la OPS (Organizzazione panamericana per la sanità).

Le notevoli differenze che permangono in Sud America, quanto ai profili storico e socio-politico, rendono molto difficile un trasferimento « automatico » e rigido dei modelli organizzativi proposti dall'OPS, nelle singole realtà nazionali.

In questo quadro l'OPS ha affermato, in una conferenza che ha visto coinvolti i diversi paesi latino-americani, che « la definizione dei Silos è un compito che non può es-

ser certo subito in modo uniforme, ma che va pensato, nazione per nazione, regione per regione, area urbana o area rurale (5) ».

La costruzione dei Silos, nella realtà concreta dei servizi sanitari dei diversi paesi, ed in particolare del Brasile, va quindi inserita in questa « consapevolezza della diversità ». La logica guida che sovrintende la strategia volta alla costruzione del nuovo sistema sanitario brasiliano trova quindi nella decentralizzazione una importante componente, a cui è strettamente integrata la proposta di « municipalizzazione » dei servizi sanitari.

« L'idea fondamentale su cui si appoggia la proposta dei Silos è la decentralizzazione, intesa come processo di redistribuzione del potere e di divisione del lavoro nel settore sanitario e nella società nel suo insieme » (6).

Diventa quindi sempre più forte la necessità di una riflessione sulla concezione dei Silos, intesi come modello organizzativo gestionale di risorse/servizi sanitari in un dato ambito territoriale, con particolare attenzione alla definizione delle modalità di gestione della rete di servizi sanitari esistenti. Questo perché i Silos/distretti sono orientati alla gestione di una rete di servizi, tra loro molto eterogenei, con un differente grado di complessità e che sono complementari e concorrenti. I Silos/distretti si basano quindi sul criterio guida di intervento coordinato di molti servizi (7).

Questa problematica, seppur richiamata ancora in modo sintetico, è quella attorno alla quale si sviluppano le riflessioni presentate in questo articolo con particolare riferimento alla identificazione dei principali problemi organizzativi e gestionali ed alla conseguente definizione dei profili di management per i futuri responsabili dei Silos.

I principali problemi organizzativi e gestionali dei Silos/distretti sanitari

La nuova concezione gestionale proposta per il sistema sanitario brasiliano prevede una articolazione su diverse aree di attività, il che implica il superamento delle fittizie divisioni esistenti tra informazione, decisione, esecuzione e controllo così come tra focalizzazione medico epidemiologica rispetto a quella amministrativa burocratica.

L'identificazione di queste aree di attività e dei problemi connessi alla « messa in opera » dei Silos sono ritenuti fondamentali per la costruzione di un nuovo sistema di offerta di servizi sanitari, che richiede un deciso miglioramento organizzativo del settore pubblico.

I quadri dirigenti dei sistemi sanitari locali in Brasile hanno finora evidenziato in numerosi momenti di discussione e formazione, i seguenti problemi di management e gestione (8).

Sistema informativo

a) assenza di un quadro concettuale di riferimento per la rilevazione e l'elaborazione dei dati e delle informazioni relative al sistema sanitario;

b) pluralità dei punti di vista, utilizzabili per l'analisi delle informazioni disponibili;

c) inadeguatezza e non coordinamento dei sistemi di raccolta ed elaborazione delle informazioni a livello locale;

d) centralizzazione eccessiva dei processi di analisi delle informazioni e di predisposizione dei rapporti di sintesi, con un conseguente ritardo quanto alla effettiva utilizzazione di questi ultimi a livello locale (unità organizzative dei Silos);

e) scarsa o nulla partecipazione de-

gli utenti e degli operatori nei processi di « produzione » ed analisi dei dati.

Processo decisionale

La progettazione di sistemi di gestionali « mirati » alle specificità dei Silos richiede il superamento di una serie di limiti e difficoltà, riconducibili da un lato all'insufficiente livello di « istituzionalizzazione » di queste organizzazioni nell'attuale contesto brasiliano e dall'altro lato alla non piena convinzione del ruolo manageriale e di consapevolezza sulle sfide del cambiamento da parte dei responsabili ai vari livelli.

I quadri dirigenti del sistema sanitario pubblico hanno segnalato sulla base delle esperienze più recenti, i seguenti punti critici:

a) non chiara identificazione del ruolo occupato dai Silos/distretti all'interno della struttura politico amministrativa del sistema sanitario;

b) insufficiente definizione della struttura organizzativa e dei sistemi di gestione dei Silos a livello di funzioni, competenze, dotazione, quali-quantitativa di personale;

c) debole formalizzazione giuridico-normativa dei Silos e limitata chiarificazione della loro « missione istituzionale »;

d) inadeguato processo di pianificazione, programmazione e controllo delle condizioni organizzative ed operative volte a riportare le differenti « modalità di offerta dei servizi » nell'ambito dei Silos.

Controllo e gestione delle risorse

Questa dimensione tecnica e « razionale » implica una particolare attenzione ad aspetti quali il decentramento e la delega di funzioni, le modalità di utilizzo delle risorse, l'organizzazione del lavoro, il controllo.

Con riferimento a questi aspetti sono stati « messi a fuoco » i seguenti punti:

a) eccessiva centralizzazione nella gestione delle risorse umane, finanziarie e logistiche, centralizzazione burocratica che impedisce e frena la flessibilità richiesta da una rete di servizi sanitari sul territorio;

b) debole definizione delle modalità di acquisizione e di utilizzo delle risorse finanziarie a livello locale;

c) esasperata burocratizzazione e rigidità delle procedure tecnico amministrative;

d) debole sviluppo dei processi amministrativi a livello delle singole unità/strutture d'offerta (centri sanitari di base, ospedali...) e fragili relazioni interorganizzative tra le strutture stesse (ad esempio il processo di invio degli utenti dai servizi di base a quelli specialistici);

e) insufficiente controllo dei processi di offerta dei servizi e di organizzazione del personale sanitario ed amministrativo, con forte impatto negativo di cui sono indicatori l'insoddisfazione degli utenti, la bassa qualità dei servizi e una generalizzata inefficienza.

Questa diagnosi delle problematiche organizzative e gestionali dei Silos/distretti in Brasile assegna agli operatori ed ai quadri, che si collocano nella prospettiva di trasformare questa realtà, un insieme di compiti e funzioni, il cui risultato sarà valutato in base alla capacità di riuscire a fornire servizi con modalità diverse, rispetto a quanto accaduto in passato.

I responsabili dei Silos diventano quindi agenti di cambiamento in questa situazione e dovranno essere « sensibilizzati » e formati in questa prospettiva (9); questi operatori devono quindi possedere capacità tecniche e relazionali, adeguate per fronteggiare e gestire un settore, quale quello sanitario, ad elevata complessità ed a forte tasso di cambiamento.

« In questa realtà in cui opereranno i responsabili gestionali dei Silos,

occorre progettare profili professionali, del tutto peculiari e di non semplice descrizione: un punto fondamentale è dato dalla capacità di considerare una parte, anche piccola, del processo gestionale, come centro di una rete di relazioni.

Il processo decisionale dovrà essere svolto in condizioni di incertezza, convivere con situazioni poco definite e parzialmente irrazionali, e basarsi su informazioni incomplete; il responsabile dovrà quindi essere consapevole che non esistono soluzioni ottimali e generali, ma soltanto soluzioni particolari, che dovranno essere combinate al fine di avvicinarsi ad una possibile soluzione generale (10).

Lo sviluppo gestionale ed organizzativo dei Silos in Brasile

Alcune recenti esperienze di realizzazione dei Silos/distretti che si stanno sviluppando in Brasile (11) sono riconducibili alla strategia di consolidamento tecnico professionale delle équipes gestionali ed amministrative che operano all'interno di queste strutture.

Questa strategia si basa sulla priorità del management e dei sistemi gestionali prima presentata e sulla concezione del management come sistema di relazioni e non come attività « isolata » e gestita individualmente dal singolo responsabile.

In questa prospettiva, il processo di sviluppo gestionale dei Silos evidenzia una crescente necessità di miglioramento specialistico e professionale che si concretizza in metodologie operative, destinate al maggior numero possibile di operatori sanitari che devono saper rapportarsi efficacemente alla logica di offerta dei servizi sanitari, richiesta dal nuovo « sistema sanitario unico ».

In questa esperienza di sviluppo gestionale, occorre sperimentare una

pratica di analisi continua dei sistemi gestionali, con la possibilità di una revisione delle logiche e delle tecniche utilizzate per la valutazione delle condizioni sanitarie ed epidemiologiche ed alla identificazione dei problemi relativi alla ricerca di un adattamento tra bisogni sanitari, domanda ed offerta di servizi sanitari, efficienza ed efficacia delle azioni e delle attività sviluppate nell'ambito dei Silos/distretti sanitari.

Seguendo la stessa impostazione, istituzioni formative specializzate, nella gestione dei servizi sanitari in Brasile, come la fondazione « Osvaldo Cruz » (12), stanno riformulando la loro offerta di formazione nel senso di sviluppare e consolidare capacità professionali, adeguate per far muovere il modello assistenziale proposto per il Sus brasiliano, che dedica particolare attenzione agli aspetti di igiene e vigilanza sanitaria ed epidemiologica ed alla pianificazione e che deve essere in grado di affrontare con successo la situazione di squilibrio e disuguaglianza epidemiologica del Brasile.

Queste iniziative ed altre in corso di sviluppo, evidenziano una scelta strategica che presuppone uno stretto legame tra sviluppo gestionale e sviluppo del potere tecnico, amministrativo e politico dei « gerenti » responsabili dei Silos.

L'essere queste figure i veri e propri agenti di cambiamento e trasformazione del sistema, ribadisce una volta ancora la necessità di fornire a queste figure strumenti e tecniche.

Questo rafforzamento tecnico richiede, e questa è la vera sfida per il futuro che può prevedere contributi specifici da parte della cooperazione italiana, la formulazione di una strategia di sviluppo gestionale, all'interno di un processo di cambiamento dell'offerta di servizi sanita-

ri; l'articolazione operativa di questa strategia sarà rappresentata dalla messa a disposizione di strumenti specifici, in aree quali sistema informativo, decisione, azione, valutazione e controllo, strumenti che dovranno essere utilizzati all'interno di un processo di apprendimento collettivo, che riconosce e sfrutta conoscenze e competenze multiple per la soluzione dei problemi sanitari.

In conclusione si può quindi affermare che l'analisi delle problematiche gestionali dei sistemi sanitari locali nel contesto brasiliano è di fondamentale importanza per il processo di costruzione del nuovo sistema sanitario.

Esistono quindi una serie di tematiche chiave che devono essere affrontate simultaneamente, dalla progettazione e disegno di un nuovo sistema sanitario che assicura il rispetto dei principi di equità, universalità ed assistenza integrale, contenuti nella legge sanitaria organica (legge 8080/90) fino alla riproposizione di una cultura dell'amministrazione pubblica, che implica la ripresa del valore del servizio pubblico come diritto della popolazione.

Appare necessario il rafforzamento di una logica « ampia » di gestione, che contiene le dimensioni tecnica, amministrativa, politica ed etica; tale operazione implica l'apporto di conoscenze multidisciplinari, il superamento della distinzione tra politica ed amministrazione, tra pianificazione ed attuazione e la presa di coscienza di nuovi stili di management da parte degli operatori sanitari ed amministrativi.

BIBLIOGRAFIA

(1) Governo federale del Brasile - Legge sanitaria organica 8080/90.

(2) Ministero della previdenza ed assistenza sociale - Il distretto sanitario. Contributi per un nuovo modello di offerta dei servizi sanitari.

(3) Mendes E.V. - *Implantacao de Distritos sanitarios no Brasil*, 1991.

(4) Cardoso de Araujo E. Teixeira C.F. - *Distritalizacao do setor saude na Bahia; momentos, problemas e perspectivas*, 1988.

(5) O.p.s./O.m.s. - *El hospital y la red de los sistemas locales de salud (Silos)*, 1987.

(6) Obreon S., Montilva L. - *La planificacion situacional en los sistemas locales de salud. O.p.s./O.m.s.*, 1987.

(7) Borgonovi E. - *A problematica gerencial dos Silos*. Salvador, 1990.

(8) Motta P.R. - *Gestao contemporanea: a ciencia e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro, Record 1991.

(9) Mello C. - *Sobre os principios da multiplicidade, flexibilidade, incerteza e estrategia. Tendencias para pensar o gerenciamento na saude*. Salvador, 1992.

(10) La diagnosi è stata effettuata dagli stessi dirigenti e «gerenti» dei Silos in Brasile all'interno di un corso « sulla gestione dei Silos » ed è stata sostanzialmente confermata a seguito della valutazione della esperienza del Municipio di San Paolo, che è stata seguita in modo sistematico dai tecnici e dagli esperti del progetto di cooperazione tecnica italo-brasiliano «Coordinamento dei progetti sanitari».

(11) In tal senso un significativo esempio è rappresentato dalla esperienza in corso di attuazione presso il Municipio di San Paolo, con il supporto della cooperazione italiana, a partire dal dicembre 1990; questo processo di sviluppo gestionale dei Silos si realizza per il tramite di consulenze « mirate » e di processo. Si veda anche Guimaraes M.C., Meana F, Foccoli E., Teixeira C., A. *Cooperacao italiana no Brasil e o Desenvolvimento gerencial dos sistemas locais de saude*. Salvador, 1991.

(12) Opinione espressa da P. Marchiori, direttore della « Escola nacional de saude publica da Fundacao Osvaldo Cruz ». Rio de Janeiro, 1991.

Biblioteca

Sezione 5^a

SCHEDE BIBLIOGRAFICHE



BERT SEIDMAN
NPA Committee on New American Realities
Curing U.S. Health Care Ills, National Planning Association
Washington D.C., 1991

Anche il Sistema sanitario statunitense è malato. Questi sono i più evidenti sintomi di una crisi annunciata:

- a) dal 1960 ad oggi, il saggio di crescita della spesa sanitaria è sempre stato superiore all'incremento del prodotto nazionale lordo e al tasso d'inflazione;
- b) da 31 a 40 milioni di cittadini statunitensi (a seconda dei metodi di stima) non hanno copertura sanitaria e almeno altrettante l'hanno inadeguata;
- c) la qualità del servizio è scadente, ma non si sono ancora trovati metodi adeguati per una sua valutazione;
- d) le spese sanitarie, distribuite in maniera disomogenea tra le imprese, pesano sulla competitività dell'industria statunitense;
- e) i metodi di cura per lungodegenti sono eccessivamente costosi e ciononostante sono inadeguati ai bisogni.

La riforma sanitaria, invocata dall'opinione pubblica, non sembra prossima ad una concreta attuazione per almeno due ragioni: in primo luogo, il « dualismo politico », presidente repubblicano e congresso democratico, che permarrà almeno fino al 1993, rende controversa una decisione unanime soprattutto su iniziative di così grande portata sociale. In secondo luogo, un programma di riforma richiederebbe, almeno in fase di avvio, un ulteriore aumento delle spese pubbliche dirette o adeguati incentivi fiscali ai privati, improponibili dato l'attuale livello del deficit pubblico.

In molti Stati federali, specifiche commissioni di studio stanno lavorando su progetti di riforma sanitaria che diano risposte soddisfacenti alle debolezze dell'attuale sistema sanitario. Fra di esse, i membri della commissione New american realities (N.a.r.) propongono i seguenti obiettivi come elementi essenziali di una riforma del Sistema sanitario nazionale:

a) copertura assicurativa globale. Il programma sanitario dovrebbe includere misure specifiche per tutelare i non assicurati, siano essi occupati o non occupati.

Secondo la commissione l'obiettivo potrebbe essere raggiunto adottando un programma « play or pay ». Con questo approccio, il datore di lavoro avrebbe due alternative: fornire direttamente benefits sanitari ai propri dipendenti oppure finanziare un programma pubblico che vi provveda. I non occupati dovrebbero presumibilmente essere coperti dallo stesso fondo pubblico;

b) determinazione di un livello base di benefits globali. Per la commissione, la « globalità » deve includere: prevenzione, cure mediche nelle apposite strutture, ospedalizzazione, assistenza domiciliare o residenziale per lungodegenti;

c) introduzione di un sistema di controllo dei costi strutturato a più livelli. Si ipotizza la fissazione di un tetto della spesa sanitaria complessiva a livello nazionale correlato ad altre misure specifiche per rendere operativo tale vincolo:

definizione di tariffari, creazione di un sistema di determinazione dei rimborsi ospedalieri, programmazione degli investimenti in tecnologia, controllo delle spese in conto capitale, negoziazione di pagamenti uniformi ai fornitori e introduzione di strumenti per minimizzare i costi amministrativi;

d) miglioramento della qualità del servizio. Si propone una commissione di « controllo qualità » che si occupi di incoraggiare la qualità in ogni settore della sanità, con fondi pubblici espressamente « dedicati » a questo obiettivo;

e) focalizzazione sulla lungodegenza. La riforma dovrebbe investire aspetti legati ai servizi sanitari per pazienti cronici, secondo un approccio globale: assistenza domiciliare e in strutture sanitarie con finanziamenti pubblici, attraverso Medicare e tassazione, oppure con copertura assicurativa privata (con adeguati incentivi);

f) miglioramento della competitività delle imprese statunitensi sui mercati interni ed internazionali.

Il programma « pay or play » dovrebbe evitare l'« iniquo vantaggio » che le imprese che non pagano i contributi sanitari hanno sulle imprese che invece sostengono tali costi.

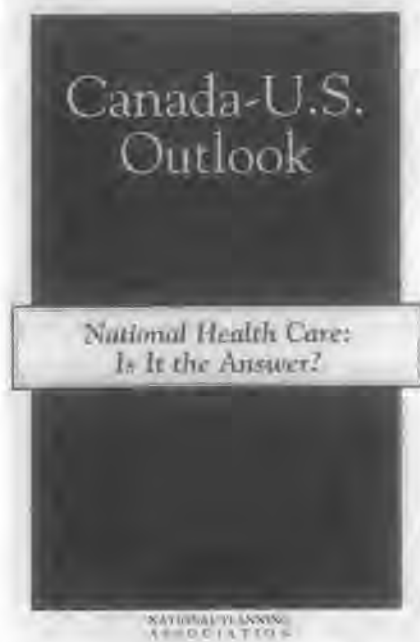
Inoltre, l'introduzione di una marcata componente di controllo dei costi dovrebbe migliorare la competitività delle imprese sui mercati esteri.

Perché la riforma venga effettivamente adottata è necessario che ottenga un generale consenso e supporto. Esperienze passate dimostrano che l'opinione pubblica statunitense diventa forza trainante per le riforme solo se legge una continuità tra il cammino già percorso e la meta prospettata.

Messaggio forte che ne deriva è quindi che qualsiasi riforma del sistema sanitario attuale deve poggiarsi sui principi e le tradizioni americane.

La proposta della commissione N.a.r., incentrandosi su aspetti quali la partecipazione pubblica e privata, la libera determinazione, la qualità, la convenienza e l'equità, sembra in linea con questo obiettivo.

**CONKLIN DAVID, DEDER RAISA,
NEUSCHLER EDWARD, SPERDUTO PAUL**
National health care: is it the answer?
Canada-U.S. Outlook, vol. 2, n. 4



Il confronto tra le modalità alternative di erogazione dei servizi sanitari è il tema del numero di settembre 1991 della serie di monografie pubblicate trimestralmente dalla statunitense *National Planning Association*. Vantaggi e svantaggi del ricorso al mercato o ad un servizio sanitario nazionale sono discussi comparando la situazione statunitense a quella canadese. L'analisi è di particolare interesse, poiché nessun paese avanzato impiega tali meccanismi in forma più pura: se gli U.s.a. sono il Paese che più confida nelle assicurazioni private per soddisfare la domanda di servizi sanitari, il sistema vigente in Canada, ben descritto da Deber, si distingue per:

- a) assenza di qualsiasi forma di contribuzione diretta da parte degli assistiti;
- b) divieto al settore privato di offrire servizi in concorrenza con quelli offerti dal settore pubblico.

L'eventualità di implementare un sistema analogo è stata affrontata a più riprese dalla stampa statunitense. È un dato di fatto che il *Medicare* canadese rappresenta un programma statale di grande successo; non altrettanto pacifico, però, è che tale sistema garantisca un risparmio di risorse, come molti suoi fautori sostengono, in base alla dinamica del rapporto tra spesa sanitaria e P.n.I. Neuschler è molto convincente nell'evidenziare come la crescita della spesa sanitaria *pro capite* canadese sia stata in realtà identica a quella statunitense, e che l'andamento del rapporto anzidetto sia attribuibile alla superiore crescita economica registrata in Canada negli ultimi venti anni.

La diversità delle posizioni difese dai quattro autori non impedisce di cogliere pregi e limiti di ciascun meccanismo di regolazione. La situazione degli U.s.a. è stata discussa nelle pagine precedenti. Anche in Canada, però, sono sempre più evidenti gli ostacoli alla conservazione di un sistema progettato in una fase di *boom*, che deve ora fronteggiare una più ridotta disponibilità di risorse senza scontentare gli utenti, abituati a considerare un diritto la gratuità dell'assistenza sanitaria. In questo contesto, la pressione si riversa sugli operatori, che devono agire in condizioni di aspettative crescenti e risorse reali sempre più scarse. Da questo punto di vista, la situazione è analoga a quella italiana, manifestando:

a) seri limiti al finanziamento della ricerca e degli investimenti in tecnologia o in nuovi complessi ospedalieri;

b) problemi di sovraffollamento, lunghe attese per ottenere trattamenti specialistici, decessi causati da impossibilità di ottenere interventi di emergenza.

Si noti che l'assenza di operatori privati è in realtà mitigata dalla possibilità di ricorrere ai servizi offerti negli U.s.a., dove il tasso di occupazione degli ospedali è molto minore. In alcuni casi tali servizi sono rimborsati dal *Medicare* canadese, il che allenta la pressione verso il cambiamento del sistema attuale.

In entrambe i Paesi, comunque, la dinamica della spesa è ancora più accentuata che in Italia. Negli Stati Uniti, la determinante è triplice:

a) crescita dei risarcimenti stabiliti dai tribunali in caso di *malpractice*, che porta i medici a prescrivere un numero di esami superiore o interventi più costosi del necessario;

b) diffusione di forme assicurative basate su un pagamento di tipo *fee for service*, che induce a prescrivere più spesso il ricorso all'assistenza sanitaria;

c) necessità di estendere la copertura sanitaria alla popolazione priva di assicurazione o sottoassicurata.

Nel Canada, per contro, il problema principale è l'impossibilità politica di addebitare agli assistiti una quota anche modesta del costo del servizio, che porta alla luce un volume notevolissimo di domanda marginale: questa, spesso, non avendo particolare urgenza, non si autoesclude nemmeno a causa dei lunghi tempi di attesa, che in tal modo danneggiano solo chi davvero necessita di assistenza.

Resta aperta la speculazione sulle dinamiche che interesseranno i due sistemi negli anni a venire. Il dibattito è acceso, come indica il saggio di Sperduto, che valuta le conseguenze (rispetto a vari parametri: costo, qualità, possibilità di accesso, ecc.) di *quindici* proposte oggi sul tappeto. È prevedibile che entrambi i Paesi si orienteranno verso modelli misti pubblico/privato: questo in quanto, se è vero che i confronti internazionali concordano nel segnalare la loro maggiore onerosità, essi consentono per contro di perseguire obiettivi tanto di efficienza, quanto di equità. In assenza di una soluzione che garantisca entrambi, è comunque chiaro che la scelta in merito alla configurazione effettiva di tali modelli dipenderà dagli orientamenti « ideologici » dell'elettorato.

LIVIO GARATTINI

Il S.s.n.: organizzazione, servizi, finanziamento

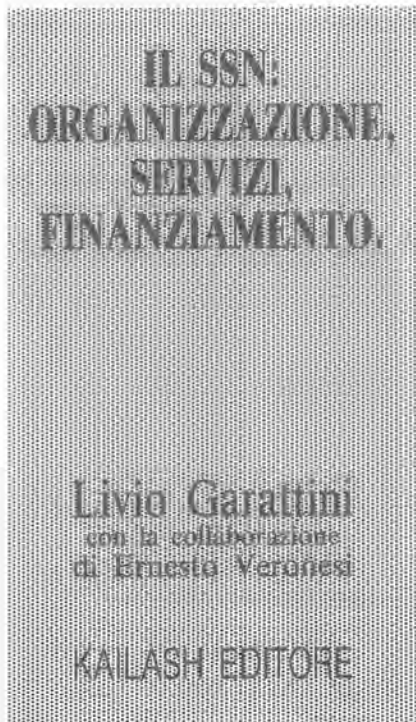
Kailash, Milano (via Pacini, 22), 1991, 120 p. L. 25.000

A poco più di un decennio dalla sua istituzione, il Servizio sanitario nazionale è più che mai oggetto di discussione. Gli operatori, gli studiosi, e anche i pazienti, alimentano il dibattito e lo rendono estremamente vivace.

Il libro si colloca in questo contesto, con l'obiettivo esplicito di delineare un bilancio sul funzionamento del S.s.n. e di fornire spunti di riflessione in vista di una sostanziale riforma del sistema.

Un'efficace descrizione dell'assetto istituzionale previsto dalla legge n. 833/1978, che ha introdotto il S.s.n., è al centro della prima parte.

Vengono esplicitate tutte le articolazioni formali del sistema ai tre livelli



di governo: Ministero e organi di supporto a livello centrale, Regioni a livello intermedio, U.s.l., Comuni e associazioni di Comuni a livello locale.

Vengono anche indicati ed esaminati i problemi relativi al carente funzionamento dei servizi e descritti i punti salienti del progetto di « riforma della riforma », anche se su quest'ultimo tema, evidentemente, è piuttosto difficile per un libro tenere il passo con la cronaca.

L'esame del S.s.n. si sposta poi dal punto di vista formale a quello operativo. Vengono analizzati in dettaglio i principali servizi erogati dal servizio sanitario: medicina di base, assistenza specialistica ambulatoriale, servizi ospedalieri.

Per la medicina di base l'attenzione viene puntata, senza risparmio di accenti polemici, sul complesso rapporto con i medici convenzionati di medicina generale. Non manca un approfondimento sul tema del controllo e del governo della spesa farmaceutica, che investe i servizi di medicina di base, e che Garattini aveva già trattato in una precedente pubblicazione. Per l'assistenza specialistica ambulatoriale il testo si sofferma sulle diverse modalità di erogazione e sulle conseguenti modalità di pagamento dei soggetti coinvolti. Per quella ospedaliera, infine, si può sottolineare la dettagliata descrizione delle tipologie di strutture esistenti e un'analisi quantitativa dell'attività di assistenza ospedaliera in rapporto ad alcuni indicatori significativi. Non è certamente semplice descrivere un quadro generale dei servizi in un paese caratterizzato da forti squilibri territoriali. Il testo, comunque, contiene indicazioni per ricostruire le principali differenze tra le diverse macro-aree e tra le diverse Regioni.

La descrizione del sistema sanitario si conclude con un'analisi della gestione finanziaria, svolta seguendo i flussi di fondi che alimentano il funzionamento del S.s.n. Dapprima vengono illustrate le fonti di entrata, poi i criteri e le modalità di ripartizione delle risorse a livello territoriale, infine la dinamica della spesa nelle sue diverse articolazioni.

La cattiva gestione finanziaria del sistema, troppo influenzata dalla situazione politico-istituzionale secondo la tesi di Garattini, ha danneggiato prevalentemente la distribuzione del territorio. La negoziazione politica, unico vero criterio di riparto delle risorse, ha avuto come perverso risultato finale quello di favorire le Regioni dove le U.s.l. hanno deliberatamente tralasciato di assumere comportamenti finalizzati al controllo della spesa, e di penalizzare quelle che si sono sforzate di far rispettare i fondi loro assegnati.

Viene sottolineato, comunque, come nel confronto internazionale la spesa sanitaria italiana risulti piuttosto contenuta, nonostante l'assenza di responsabilità finanziaria a livello locale.

L'analisi si completa con due allegati. Uno, a cura di Ernesto Veronesi, descrive il sistema sanitario italiano del periodo antecedente alla riforma del 1978. Il secondo, a cura di Carlo Lavecchia e Alessandra Tavani, fornisce dati epidemiologici sullo stato di salute della popolazione, quindi sulla domanda di servizi sanitari. Il libro si può considerare uno strumento di lavoro per tutti coloro che necessitano di informazioni sul S.s.n.: utenti, operatori, esperti, studenti. Raggiunge lo scopo di descrivere in modo organico la complessa realtà sanitaria evidenziandone le numerose incongruenze, a sostegno della tesi che in Italia si verifica spesso uno scollamento tra disegno legislativo e realizzazioni pratiche, e non solo in sanità.

All'analisi segue un tentativo, ambizioso ma non necessariamente velleitario, di suggerire indicazioni per una soluzione delle principali questioni aperte: la presenza invadente dei politici nella gestione, l'assenza di capacità manageriali all'interno del sistema, i criteri inadeguati di riparto delle risorse finanziarie.

Il contributo al dibattito sulla riforma della riforma si può leggere anche nelle proposte per superare i punti di debolezza del sistema, ma senza pensare che venga messa in discussione la filosofia di fondo della 833. Il libro sembra esprimere la chiara convinzione che un sistema pubblico offra comunque migliori garanzie rispetto a uno privato nel perseguire il vero fine dell'assistenza sanitaria: la salute della popolazione.

SEGNALAZIONI NUOVI LIBRI



LUCIONI C.

L'automedicazione in Italia. Problemi e prospettive

Istituto di Econ. sanitaria, Franco Angeli, 1991, pag. 132, lire 20.000

Sulla base di ricerche e indagini condotte nell'ultimo decennio, il libro analizza la situazione italiana dell'automedicazione, fornendo un quadro ampio e articolato sulla materia. L'automedicazione può rappresentare una gestione più matura dei problemi « non gravi » della salute, e parallelamente comportare salutarissimi effetti sull'efficienza del sistema sanitario nazionale.

RANCI ORTIGOSA E. (a cura di)

L'umanizzazione dell'intervento sanitario

Franco Angeli, 1991, pag. 240, lire 35.000

Umanizzare significa tenere presenti nell'intervento sanitario le molteplici dimensioni della persona, per cogliere i problemi che il paziente incontra nell'affrontare la malattia. Diversi autori trattano l'umanizzazione nei suoi fondamenti etici e culturali, proponendo modalità di promozione e protezione dei diritti e degli interessi degli utenti dei servizi ospedalieri e territoriali.



CARBOGNIN (a cura di)

Organizzazione e qualità nei servizi sociosanitari

Franco Angeli, 1991, pag. 198, lire 25.000

Il degrado delle strutture sanitarie, e il fallimento della riforma si possono attribuire, secondo le ricerche riportate nel libro, a tre cause principali: la mancata costruzione di un rapporto tra poteri locali (Comuni e U.s.l.), le difficoltà nell'affrontare il disegno organizzativo del servizio sanitario, la sottovalutazione della qualità dei servizi definita a partire dalle richieste degli utenti.



CENSIS MATERIALE DI RICERCA
Competere per crescere
Franco Angeli, 1991, lire 30.000

L'esame della domanda e dell'offerta di ospedalità privata in Italia si colloca nel quadro delle trasformazioni socio-culturali che hanno accompagnato l'introduzione del Servizio sanitario nazionale nel nostro paese. Alla luce di questo scenario, il libro fa il punto della situazione a partire da due ricerche nate dalla collaborazione tra il Censis e l'Aiop (Associazione italiana ospedalità privata).

GHETTI V. (a cura di)
Il sistema sanitario europeo senza frontiere
Franco Angeli, 1991, pag. 104, lire 15.000

Con il 1993 decollerà un unico sistema sanitario tra i paesi della C.E.E. I problemi sollevati dall'unificazione rendono inevitabili alcune scelte di fondo, una delle più importanti è quella di decidere se l'Europa dei dodici intenda avere un S.s.n. a carattere prevalentemente pubblico, oppure se si vuole optare per un servizio sanitario di tipo assicurativo prevalentemente privato. Uno dei nodi più difficili da sciogliere sarà quello relativo alla natura del sistema sanitario: prevalentemente pubblico, sullo stampo di servizi sanitari nazionali, oppure prevalentemente privato, con un sistema di finanziamento di tipo assicurativo.



RANCI C., DE AMBROGIO U., PASQUINELLI S.
Identità e servizio
Il Mulino, Bologna 1991, pag. 240, lire 30.000

Entrato a pieno titolo nel dibattito sulle politiche sociali in Italia, il volontariato rimane un soggetto di cui ancora non ha una conoscenza empirica adeguata. Questo libro, frutto di una ricerca svolta dall'Istituto per la ricerca sociale (I.r.s.) di Milano, concentra l'attenzione sulle dinamiche attraverso cui l'azione volontaria si costituisce e si orienta.

BRITISH MEDICAL JOURNAL
Il medico manager 3
Il pensiero scientifico editore, Spoleto 1991, pag. 177, lire 35.000

Il medico può affrontare e risolvere in modo brillante i problemi gestionali e organizzativi che si presentano nell'attività di ogni ospedale e di ogni divisione. Il libro fornisce la descrizione di alcuni semplici ma efficaci strumenti manageriali che da tempo trovano applicazione nelle strutture sanitarie, e fornisce anche la possibilità di gettare uno sguardo non convenzionale sul mondo medico anglosassone.





FLORIO M.
La valutazione degli investimenti pubblici
Il Mulino, Bologna 1991, pag. 276, lire 26.000

Principi, strumenti ed esperienze relativi alla valutazione dei programmi di investimento nel pubblico. La presentazione delle applicazioni settoriali comprende l'istruzione, la sanità, i trasporti, l'energia, la promozione dello sviluppo agricolo e industriale.

BORGONOV E. (a cura di)
Il controllo economico nelle aziende sanitarie
E.G.E.A., Milano 1990, p. 375, lire 45.000

I concetti di azienda e di gestione aziendale vanno sempre più affermandosi anche con riferimento al settore pubblico in generale e al settore della sanità in particolare. Questo libro intende dare un contributo a tale processo trattando di uno dei temi critici della gestione aziendale: il controllo economico.



NORMANN R.
La gestione strategica dei servizi
Etaslibri, 1991, pag. 224, lire 30.000

Il libro si concentra sui temi cruciali della gestione strategica delle aziende di servizi. Normann propone una formula di interpretazione del modo di generare un pacchetto integrato di servizi, intesa come filosofia che permette alla struttura di affrontare con efficienza i momenti di contatto tra le risorse interne dell'azienda e il suo pubblico.

REBORA G., MENEGUZZO M.
Strategia delle amministrazioni pubbliche
Utet, Torino 1990, vol. 5, p. 374, lire 65.000

Il concetto di analisi e di gestione strategica viene definito e sviluppato con riferimento alle amministrazioni pubbliche nella loro qualità di istituti rivolti a soddisfare bisogni collettivi mediante forme di produzione « non di mercato ».





AA.VV.

Lineamenti di organizzazione sanitaria

Giuffrè Editore, Milano 1991, pag. 337, lire 30.000

Il libro nasce dalla collaborazione tra la Cattedra di diritto amministrativo dell'Università di Firenze e le amministrazioni di alcune Unità sanitarie locali del Friuli-Venezia Giulia, con lo scopo di colmare una carenza formativa determinata dall'assenza di iniziative che trattino in maniera unitaria i complessi problemi dell'organizzazione sanitaria e del suo ordinamento.

LAURIA F.

Appalti pubblici e mercato unico europeo

Utet, Torino 1990, pag. 349, lire 68.000

La Comunità europea, nella prospettiva di completare il grande mercato interno, ha emanato una serie di direttive volte ad aprire gli appalti pubblici alla concorrenza comunitaria. Il libro riporta l'intera disciplina comunitaria della materia, sia quella attualmente in vigore, sia quella di prossima emanazione.



PERELLI M., ERCOLINI

Guida alla busta-paga del medico ospedaliero

OEMF, Milano 1991, pag. 302, lire 59.000

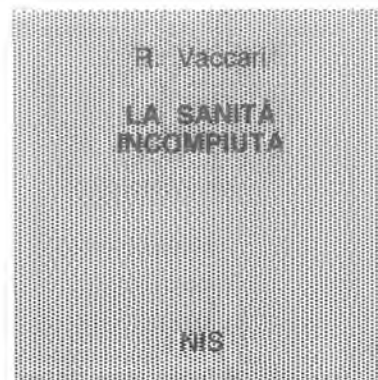
La busta-paga è il documento che permette al lavoratore di controllare tutte le operazioni relative alla propria retribuzione. Nella busta-paga dovrebbero essere elencate analiticamente le spettanze da un lato e le detrazioni dall'altro, e riportati i contributi a carico del datore di lavoro versati per il dipendente. Il libro illustra le singole voci che concorrono alla retribuzione dei medici ospedalieri.

VACCARI R.

La sanità incompiuta

NIS, Roma 1991, pag. 211, lire 39.000

Le logiche e i modelli per progettare strutture e comportamenti organizzativi congruenti con le finalità dei sistemi sanitari. Tutti i modelli suggeriti sono convalidati da sperimentazioni concretamente applicate in campo sanitario, a riprova dell'attualità di alcune forme di progettazione organizzativa.



SPOGLIO RIVISTE

SPECIALE ISSUE

Health Care in the EC Member States - Health Policy, February 1992; 20(1+2)

MASSARI V., FAGNANI F., LANDAMAN R., VALLERON A.J.
Prevalence of HIV infection and cost of medical follow-up for asymptomatic seropositive patients followed in general practice in France - Health Policy, December 1991; 19(2+3): 159-166

DELAHAYE F., LANDRIVON G., ECOCHARD R., COLIN C.
Meta-analysis - Health Policy, 1991; 19(2+3): 185-196

SVENSSON M., EDEBALK G.P., PERSSON U.
Home service costs: the Swedish experience - Health Policy, 1991; 19(2+3): 197-209

MACKENBACH J.P.
Health care expenditure and mortality from amenable conditions in the European Community - Health Policy, 1991; 19(2+3): 245-255

European group for health measurement and quality of life assessment: HUNT S.M., ALONSO J., BUCQUET D., NIERO M., WIKLUND I., MCKENNA S.
Cross-cultural adaptation of health measures - Health Policy, 1991; 19(1): 33-44

FALCONE D., BOLDA E., CRAWFORD LEAK S.
Waiting for placement: an exploratory analysis of determinants of delayed discharges of elderly hospital patients - Health Services Research, August 1991; 26(3): 339-374

ASHOMOS P.D., McDANIEL R.R. jr.
Physician participation in hospital strategic decision making: the effect of hospital strategy and decision content - Health Services Research, August 1991; 26(3): 375-401

FEINGLASS J., MARTIN J.G., SEN A.
The financial effect of physician practice style on hospital resource use - Health Services Research, June 1991; 26(2): 183-205

WOUTERS A.V.
Disaggregated annual health services expenditure: their predictability and role as predictors - Health Services Research, June 1991; 26(2): 247-272

SALKEVER D.S., STEINWACHS D.M.
Hospital admission, length of stay and case-mix impacts of per case payment: the Maryland experience - NBER, 1986

DURANT G.

La mesure et l'évaluation de la performance a l'hospital - Nauwelaerts, Bruxell, 1979

GRIFFITH J.R.

Quantitative techniques for hospital planning and control - Lexington Books, 1972

ROWE R.G., BREWER W.

Hospitality activity analysis - Butterworth, London, 1972

McGUIRE T.G.

Physician response to fee changes with multiple payers - Journal of Health Economics, 1991; 10(4): 385-410

WOLFE J.R., GODDEERIS J.H.

Adverse selection, moral hazard, and wealth effects in the Medigap insurance market - Journal of Health Economics, 1991; 10(4): 433-459

JOHANNESON M., JONSSON B.

Willingness to pay for antihypertensive therapy-results of a Swedish pilot study - Journal of Health Economics, 1991; 10(4): 461-474

FAREBROTHER M., ASBRIDGE J., MILES C., PATTERSON L.

Involving Health Professions in Management: a transatlantic comparison - Journal of Management in Medicine, 1991; 5(4): 20-26

WISTOW G., HARDY B.

Joint management in community care - Journal of Management in Medicine, 1991; 5(4): 40-48

ANDERSON G.M., BROOK R., WILLIAMS A.

A comparison of cost-sharing versus free care in children: effectson the demand for office-based medical care - Medical Care, 1991; 29(9): 899-910

GAFNI A., STEPHEN B.

Equity considerations in utility-based measures of health outcomes in economic appraisals: an adjustment algorithm - Journal of Health Economics, 1991; 10(3): 329-342

WESLEY M.L., EASTERLING A.

Improving clinical care through projet management - Nursing Administration Quarterly, Summer 1991; 15(4): 22-28

MAYBERRY A.

Productivity and cost-effectiveness measures: Factors in decision making - Nursing Administration Quarterly, Summer 1991; 15(4): 29-35

O'MALLEY J., CUMMINGS S., SERPICO D.

Pragmatic strategies for product-line management - Nursing Administration Quaterly, Winter 1991; 15(2): 9-15

PIEROG L.J.

Case management: a product line - Nursing Administration Quaterly, Winter 1991; 15(2): 16-20

PINK G.H., LEATT P.

Are managers compensated for hospital financial performance? - Health Care Management Review, Summer 1991; 16(3): 37-46

GAPENSKI L.C., LANGLAND-ORBAN B.

Leasing capital assets and durable goods: opinions and practices in Florida hospitals - Health Care Management Review, Summer 1991; 16(3): 37-46

KEPPEY G.M.

Understing the effects of PPS on medicare home health use - INQUIRY-the Journal of Health Care Organization, Provision and Financing, Summer 1991; 28(2): 129-139

WELCH P.W.

Defining geographic areas to adjust payments to phisicians, hospital, and HMOs - INQUIRY, Summer 1991; 28(2):151-160

GOODMAN A.C., HOLDER D.H., NISHIURA E.

Alcoholism treatment offset effects: a cost model - INQUIRY, Summer 1991; 28(2):168-178

SAMUELS S., CUNNIGHAM J.P., CHOI C.

The impact of hospital closures on travel time to hospitals - INQUIRY, Summer 1991; 28(2):194-199

HELLINGER F.J.

Forecasting the medical care costs of HIV epidemic: 1991-1994 - INQUIRY, Fall 1991; 28(3): 213-225

McKAY N.L., PHILLIPS K.M.

An economic evaluation of mandatory premarital testing for HIV - INQUIRY, Fall 1991; 28(3): 236-248

LECRERCQ B.

L'évaluation à l'hospital point de vue d'un cadre de direction - Journal d'Economie Medicale, Aout-Novembre 1991; 9(6/7): 289-298

CAGAN G., HOUËE J.

Le comitè d'évaluation de la diffusion des innovations technologiques de l'assistance publique-hopitaux de Paris: organisation et financement des évaluations - Journal d'Economie Medicale, Aout-Novembre 1991; 9(6/7): 335-342

PROST A., JANCLOES M.

Choix et prise de décisions en santé publique. Le role de l'épidèmiologie - Journal d'Economie Medicale, Mai-Juin 1991; 9(3): 131-144

DODSON C.

The marketing planning process: a strategic model (part three) - Health Marketing Quaterly, 1991; 8(3-4): 1-22

CLEARY P.D., EPSTEIN A.M., OSTER G., MORRISSEY G.S., STASON W.B., DEBUSSEY S., PLACHETKA J., ZIMMERMAN M.

Health-related quality of life among patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty - Medical Care, October 1991; 29(10): 939-951

FLINKER M.D., WIRTSCHAFTER D.D.

Cost-effectivness and obstetric services - Medical Care, October 1991; 29(10): 951-963

HADORN D.C., HAYS R.D.

Multitrait-multimethod analysis of health-related quality-of-life measures - Medical Care, September 1991; 29(9): 829-840

- ANDERSON G.M., BROOK R., WILLIAMS A.
A comparison of cost-sharing versus free care in children: effects on the demand for office-based medical care - Medical Care, September 1991; 29(9): 890-898
- BRODY B., WRAY N., BAME S., ASHTON C., PETERSON N., HARWARD M.
The impact of economic considerations on clinical decision making: the case of thrombolytic therapy - Medical Care, September 1991; 29(9): 899-910
- POOL J.
Hospital management: integrating the dual hierarchy? - Health Planning and Management, Jul-Sep 1991; 6(3): 193-207
- KERNOHAN G., TRAINOR B., MOLAN R., Normand C.
Cost of treatment of congenital dislocation of the hip - Health Planning and Management, Jul-Sep 1991; 6(3): 229-233
- D'AUNNO T., HOOIJBERG R., MUNSON F.C.
Decision making, goal consensus, and effectiveness in university hospitals - Health Planning and Management, Winter 1991; 36(4): 505-523
- HAMES D.S.
Productivity-enhancing work innovations: remedies for what ails hospitals? - Health Planning and Management, Winter 1991; 36(4): 545-558
- ROSENSTEIN A.H.
Health economics and resource management: a model for hospital efficiency - Health Planning and Management, Fall 1991, 36(3): 313-330
- BIGELOW B., ARNDT M.
Ambulatory care centers: are a competitive advantage? - Health Planning and Management, Fall 1991, 36(3): 351-364
- BOOTH M.B., LUDKE R.L., WAKEFIELD D.S., KERN D.C., DU MOND C.E.
Relationship between inappropriate admission and days of care: implications for utilization management - Health Planning and Management, Fall 1991; 36(3): 421-438
- MEYER R.H., MANNIX M.N., COSTELLO F.T.
Nursing recruitment: do health care managers gear strategies to the appropriate audience? - Health Planning and Management, Fall 1991; 36(3): 447-454
- CASSELS A., JANOVSKY K.
Management development for primary health care: a framework for analysis - Health Planning and Management, Apr-Jun 1991; 6(2): 109-124
- BOUFFORD J.I.
Managing the unmanageable: public hospital system - Health Planning and Management, Apr-Jun 1991; 6(2): 143-154
- BLACK N., PETTICREW M., GINZLER M., FLOOD A., SMITH J., WILLIAMS G., DAVIES J., DOLL H., McPHERSON K.
Do doctors and patients agree? Views of the outcome of transurethral resection of the prostate - International Journal of Technology Assessment in Health Care, Fall 1991; 7(4): 533-544
- DRUMMOND M.F., DAVIES L.
Economic analysis alongside clinical trials: revisiting the methodological issues - International Journal of Technology Assessment in Health Care, Fall 1991; 7(4): 561-573

GODDARD M., HUTTON J.

Economic Evaluation of trends in cancer therapy: marginal or average costs?
- International Journal of Technology Assessment in Health Care, Fall 1991;
7(4): 594-603

HATZIANDREU E.J., HATZAKIS A., HATZIYANNIS S., KANE M.A.,
WEINSTEIN M.C.

*Cost-effectiveness of hepatitis-B vaccine in Greece: a country of intermediate
HBV endemicity* - International Journal of Technology Assessment in Health
Care, Summer 1991; 7(3): 256-262

JONSSON B., HORISBERGER B., BRUGUERA M., MATTER L.

*Cost-benefit analysis of hepatitis-B vaccination: a computerized decision model
for Spain* - International Journal of Technology Assessment in Health Care,
Summer 1991; 3: 379-402

FANTINO B., TUBERT P., DURU G., AURAY J.P., EVREUX J.C.,
MABRIEX J.C., PHAM E., VIAL T.

Proposition pour l'évaluation du système public de pharmacovigilance en France
- Journal d'Economie Médicale, Mai-Aout 1991; 9(4): 205-221

D'ALCHE M.J., LECOUTOUR X., SOUFARAPIS H.

Le coût direct de la cholecystectomie au CHU de Caen en 1989 - Journal
d'Economie Médicale, Mai-Aout 1991; 9(4-5): 223-238

Special issue pursuit of health system Reform - Health Affairs, Fall 1991

DESHARNAIS S., McMAHON L.F. jr., WROBLEWSKI R.

Measuring outcomes of hospital care using multiple riskadjusted indexes - Health
Services Research, 1991; 26(4): 425-446

FLEISHMAN J.A., MOR V., PIETTE J.

AIDS case management the client's perspective - Health Services Research, 1991;
26(4): 447-470

GAZELL J.A., PUGH D.L.

*La teoria amministrativa e le grandi organizzazioni del futuro: qual'è il destino
della burocrazia?* - Problemi di Amministrazione Pubblica, 1991; 4: 629-662

BRETSCHNEIDER S.

*Sistemi informativi gestionali nelle organizzazioni pubbliche e private: un test
empirico* - Problemi di Amministrazione Pubblica, 1991; 4: 663-92

SILANO E.

Riorganizzazione del sistema sanitario e cambiamento della società -
Organizzazione Sanitaria, Sett-Ott 1991; 5: 47-52

COSTANZA N.

*L'unità sanitaria locale da struttura operativa del Comune ad azienda pubblica
di servizi sanitari* - Organizzazione Sanitaria, Nov-Dic 1991; 6: 3-40

ARGIRO F., NIGRO R.

L'ospedalizzazione dell'anziano a domicilio - Organizzazione Sanitaria, Nov-Dic
1991; 6: 41-58

CECCHERINI S., FABBRINI E., SERGI L.

*La manutenzione in ambito U.s.l. Andamento della spesa in rapporto alle
caratteristiche dimensionali* - Sanità Pubblica, Nov-Dic 1991; 11/12: 1415-1450

TARANTINO F.

Leasing operativo: un contratto ancora da scoprire per le U.s.l. dell'Emilia-Romagna - Sanità Pubblica, Npv-Dic 1991; 11/12: 1451-1460

GAMMAROTA E.G.

Gli anziani tra assistenza e sanità: un problema da risolvere - Sanità Pubblica, Ago-Set 1991; 8/9: 1085-1140

BALASSONE F.

Efficienza nelle gare d'appalto delle opere pubbliche - Economia Pubblica, 1991; 12: 659-670

LUCIONI C.

Il costo dell'assistenza farmaceutica pubblica: problemi e prospettive - Economia Pubblica, 1991; 1/2: 45-50

DRUMMOND M.F., DAVIES L.

Economic analysis alongside clinical trials - International Journal of Technology Assessment in Health Care, 1991; 7(4): 561-573

I trial clinici controllati sono riconosciuti come la fonte migliore di dati sull'efficacia di interventi e tecnologie per la cura della salute. Poiché la valutazione economica dipende dalla qualità delle ipotesi sottostanti, i trial vengono sempre più considerati un veicolo naturale per l'analisi economica. Tuttavia, la relazione stretta fra la ricerca economica e clinica apre molte questioni metodologiche. L'articolo tratta della progettazione del trial, della raccolta di dati sull'uso delle risorse e sui risultati clinici della loro interpretazione ed estrapolazione. Vengono suggerite alcune tracce per gli analisti economici che desiderano effettuare valutazioni nel corso di trial clinici.

CASSELS A., JANOVSKY K.

Management development for primary health care: a framework for analysis - International Journal of Health Planning and Management, 1991; 6: 109-124

Il rafforzamento della funzione manageriale è stato ampiamente promosso come componente critica di qualsiasi strategia volta a sviluppare la Primary Health Care (PHC). I programmi di sviluppo del management, sono tuttavia soggetti a richieste contraddittorie e aspettative divergenti. La situazione è resa confusa dall'ampia diversità delle strategie, e dal disorientamento creato dalla terminologia corrente. Questo articolo presenta un semplice quadro concettuale in grado di guidare l'analisi e aiutare a rivedere le opzioni, le opportunità e i limiti dei programmi di sviluppo del management. Il quadro presentato esamina lo sviluppo del management da tre diverse prospettive: l'approccio adottato, gli esiti previsti e il processo di espansione, estensione e adattamento. La nostra analisi delle strategie di sviluppo del management ci permette di arrivare ad alcune conclusioni in campi dove c'è un certo consenso. Nei paesi dove le strategie per la PHC non sono coerenti rispetto alla struttura organizzativa attraverso cui dovrebbero essere implementate, lo sviluppo della funzione manageriale, può giocare un ruolo di rilievo. La possibilità che abbia effettivamente un ruolo è condizionata da potenti forze sociali, economiche ed organizzative. Quindi la capacità di analizzare criticamente il contesto in cui è pianificato il cambiamento risulta un elemento chiave nella progettazione del programma. Non c'è approccio migliore allo sviluppo del management, e la progettazione delle strategie sarà adattata rispetto ai diversi fattori contingenti. Si riconferma, tuttavia, l'opinione che dove le strutture organizzative e le circostanze non sostengano l'attuazione delle strategie della PHC, l'intervento di sola formazione si rivela inadeguato. Per risultare efficace è richiesto un programma globale. Infine l'articolo indica un certo numero di casi irrisolti in campi dove c'è controversia, mancanza di chiarezza o esperienza limitata.

DIAGNOSIS RELATED GROUP E AMBULATORY VISIT GROUPS

LE ORIGINI DEI DRGs da Robert B. Fetter

Da « DRGs. Their design
and development ».
Health Administration Press.
Ann Arbor, Michigan 1991

Nel 1967 un gruppo di medici dell'ospedale universitario locale chiese aiuto per un problema di « utilization review ». A quel tempo, due anni dopo l'avvio del programma Medicare, tutti gli ospedali dovevano adottare procedure di « utilization review » e di verifica della qualità come condizione per ricevere i fondi di Medicare. I medici si chiesero se i metodi di controllo dei costi e della qualità adottati nelle imprese industriali si potessero adattare e applicare anche agli ospedali. Così cominciò un processo ventennale, che continua ancora oggi, rivolto a misurare la produzione ospedaliera come mezzo per valutare quello che accade nell'ospedale. Questo processo si focalizza sulla misurazione e valutazione dell'attività nelle istituzioni come strumento di valutazione delle prestazioni. La capacità di valutare permette ai manager delle imprese industriali di svolgere il proprio lavoro: di comprendere le relazioni multidimensionali tra il costo di produzione di beni e servizi e la qualità del prodotto. Nella progettazione ingegneristica la misurazione è necessaria alla comprensione dei fenomeni. Il problema che doveva essere innanzitutto affrontato era semplicemente come misurare l'attività produttiva in ospedale. La produzione ospedaliera non è la stessa di una fabbrica, dove ci sono espliciti standard e criteri che regolano l'utilizzazione dei materiali, del lavoro e delle attrezzature. Nella produzione manifatturiera la qualità del prodotto e della confezione e l'efficienza sono soggetti al continuo monitoraggio, misurazione, aggiustamento del processo di produzione. I medici dell'ospedale locale ci chiesero, in definitiva, come avviare procedure di misurazione e valutazione che servissero a migliorare il processo produttivo e consentissero contemporaneamente un'utilizzazione efficiente ed efficace delle risorse. Uno strumento per misurare le prestazioni permette lo sviluppo di un sistema per conoscere, prevedere e, in definitiva, controllare. Il controllo manageriale prevede la comprensione e il miglioramento del processo produttivo piuttosto che una sua limitazione. L'idea di applicare strumenti e metodologie delle imprese industriali agli ospedali non era nuova già negli anni '60. L'idea è stata riproposta più volte nel corso del secolo ma non ha mai incontrato un ampio supporto. Così era raro trovare « blueprints » e descrizioni dettagliate nei reparti ospedalieri che gestivano la produzione di importanti servizi. All'inizio del 1990, Eugene Codman, un chirurgo del Massachusetts General Hospital di Boston tentò di convincere gli ospedali a concentrarsi sui processi di assistenza al paziente piuttosto che sui servizi di supporto. In una comunicazione alla Philadelphia County Medical Society nel 1913, Codman affermò: « Si potrebbe supporre che nei report annuali degli

ospedali si possa trovare qualche rendiconto di ciò che hanno prodotto. Fino a un certo punto questo è vero, ma molto spesso la maggior parte dei dati contenuti in un report annuale non è altro che una lista delle somme in entrata e di quelle che proporzionalmente vengono spese nei diversi dipartimenti... Il vero problema degli ospedali poggia su una domanda: cosa succede ai pazienti?... Dobbiamo formulare nuove metodologie di reporting per gli ospedali che mostrino nel modo più verosimile quali sono i risultati dei trattamenti erogati presso diverse istituzioni. Questa forma di report può essere prodotta e pubblicata da ciascuno ospedale in modo uniforme, così da rendere possibile il confronto. Con un simile report come punto di partenza, coloro che sono interessati potranno cominciare a sollecitare il management e l'efficienza ».

Codman sollecitò gli ospedali a concentrarsi sui casi individuali, oggetto della loro attività, piuttosto che sui servizi complessivi. Egli suggerì la formulazione di un metodo per comparare il trattamento ricevuto dai pazienti in diversi ospedali affinché si potessero cominciare a porre domande sul management e sull'efficienza. Il dr. Codman non era molto popolare tra gli operatori della sanità. Nel 1916 gli fu chiesto di rassegnare le dimissioni dal Dipartimento di chirurgia del Massachusetts General Hospital e dalla facoltà della Harvard Medical School. Codman decise di aprire un proprio ospedale per mettere in pratica quello che chiamò « end result sistem ». Ai medici fu richiesto di descrivere in dettaglio le cure prestate ai pazienti (inclusi gli errori), di registrare tutti i costi e di seguire i pazienti che lasciavano l'ospedale. Riuscì ad attrarre pochi medici, ma tutti molto bravi. Nella prefazione del suo libro sulle malattie della spalla, Codman incluse una matrice di classificazione simile ai DRGs, che organizzava i trattamenti per differenti parti del corpo. Agli inizi degli anni '20 Codman non fu più in grado di portare avanti il proprio progetto. Era estremamente difficile avviare un sistema di controllo in assenza di un valido sistema di misurazione. Nel 1969 l'anno del primo serio tentativo di classificazione dei pazienti, fatto a Yale, ci mancava anche un sistema basilare per interpretare i dati clinici. Ancora due anni furono necessari per sviluppare la tecnologia che ci avrebbe permesso di analizzare centinaia di migliaia di cartelle di pazienti registrati che avevamo a disposizione. Questa tecnologia ci consentì all'inizio degli anni '70 di rivedere queste cartelle sia dal punto di vista statistico che da quello clinico e di definire processi di assistenza relativamente omogenei. Inizialmente riunimmo un panel di medici e chiedemmo loro di descrivere i processi di assistenza sulla base delle loro caratteristiche di rilievo. Né emersero molte migliaia di tipologie di pazienti. A un certo livello ogni paziente è unico, proprio come è unico ogni prodotto di una fabbrica. Tuttavia, il problema è identificare le somiglianze piuttosto che sottolineare le differenze. Ciò che è necessario è scoprire il legame tra le cose, la struttura sottostante che ci permette di misurare e valutare le attività che hanno luogo in ospedale. Il problema è identificare l'ordinario, il consueto, la routine, e poi applicare le tecniche del processo statistico di controllo, filtrare ed esaminare i casi che escono dall'ordinario per comprendere le cause dell'anomalia.

GESTIRE CON I DRGs

Lo scopo di raggruppare i pazienti era di permettere ai manager di condurre gli ospedali in modo più efficace attraverso la definizione di un prodotto come base per la misurazione e la valutazione. L'avvio del Prospective Payment System aiutò questo sforzo rendendo i dati dei DRGs prontamente utilizzabili dagli amministratori.

I DRGs hanno determinato un profondo cambiamento nello stile di direzione degli ospedali, incoraggiando i manager a osservare l'utilizzo e il costo dei servizi ospedalieri lungo linee di prodotto basate su singoli DRGs o su gruppi di DRGs omogenei dal punto di vista clinico. I DRGs permettono la raccolta di informazioni sui costi e sulle risorse impiegate a diversi livelli. L'utilizzo e lo scopo delle analisi con i DRGs varia da ospedale a ospedale secondo le esigenze del caso. L'adozione dell'approccio « per linea di prodotto » richiede una nuova struttura organizzativa per il personale sanitario e amministrativo.

Una struttura a « matrice clinica » comprende il concetto di management per linea di prodotto in termini operativi; i responsabili del dipartimento supervisionano l'impiego degli imput per una data linea di prodotto, mentre i medici gestiscono l'organizzazione di questi risultati intermedi. Si può sviluppare una matrice per assegnare la responsabilità a coloro che rispondono delle cure fornite ai pazienti, dove il management viene responsabilizzato per un'erogazione efficiente dei prodotti intermedi e i medici per l'efficace utilizzo degli stessi prodotti.

Nel definire un prodotto, i DRGs facilitano l'uso di sistemi di contabilità dei costi basati sul prodotto (sul singolo caso) analoghi a quelli utilizzati nelle imprese industriali per misurare i costi e l'utilizzo delle risorse.

Si possono effettuare comparazioni di costi tra DRGs, tra servizi intermedi, tra gruppi di DRGs, tra periodi temporali e tra ospedali. Un'analisi della varianza evidenzia le fonti delle differenze di costo che risultano da cambiamenti in:

- prezzo dei fattori produttivi (lavoro, materiali)
- volume di attività (numero di pazienti trattati)
- case mix (tipo di pazienti trattati)
- efficienza (uso dei fattori produttivi)
- efficacia del trattamento (variazioni nella pratica medica).

Si possono anche progettare dei report che permettono ai manager degli ospedali di esaminare le variazioni tra i costi previsti e quelli reali di anno in anno.

L'analisi attraverso DRGs può essere estesa ad altre aree dalla produzione ospedaliera: selezione delle prestazioni, selezione dei processi, dislocazione delle strutture e controllo di qualità.

L'analisi è in grado di indirizzare simultaneamente le scelte amministrative dei manager di dipartimento e le scelte cliniche di chi eroga i servizi.

Questa combinazione dovrebbe permettere un dialogo costruttivo tra manager e clinici. Il monitoraggio e la responsabilizzazione per linee di prodotto hanno un'importanza critica nel sistema di pagamento degli ospedali basato sui DRGs. In questo sistema è chiaramente importante per la gestione finanziaria dell'ospedale avere accurate informazioni sui costi di trattamento dei diversi tipi di casi. Quando gli amministratori e i medici acquisiscono dimestichezza con i DRGs e la loro applicazione alla gestione dell'ospedale, diviene possibile realizzare i benefici degli stessi DRGs, sia nel contenimento dei costi che nel miglioramento della qualità.

LION J., ALTMAN S.

Case-mix differences between hospital outpatient departments and private practice. Health Care Financing Review, 1982; 4:89

OTA (Office of technology assessment of the congress of U.s.a.)

Diagnosis related groups (DRGs) and medicare program: implication for medical technology a technical memorandum. Ota, Washington, 1983

NEW YORK COUNTY SERVICE REVIEW ORGANIZATION

Data quality and DRGs an assessment of the reliability of federal beneficiary discharge data in selected Manhattan Hospital. NYCHSRO, New York, 1984

FETTER R.B., AVERILL R.F., LICHTENSTEIN J.L., FREEMAN J.L.

A framework for measuring productivity in ambulatory care. Health Serv Res 1984; 19: 415-37

LION J., FRIEDMAN R., HENDERSON M., MALBON A.

A comparison of hospital outpatient departments and private practices. Health Care Financing Review, 1985; 6: 69

GRIMALDI P., MICHELETTI J.A.

Prospective payment the definitive guide to reimbursement. Pluribus Press, 1985

ZIEGENFUSS J.T. jr.

DRGs and hospital impact on organization system analysis. Mc Graw Hill, New York, 1985

LION J., HENDERSON M., BERGMAN A., MALBON A.

Hospital information systems for case mix management. John Wiley & Sons, 1986

SCHNEIDER K.C., LICHTENSTEIN L., FETTER R.B., FREEMAN J.L., NEWBOLD R.C.

The New ICD-9-CM ambulatory visit groups classification scheme. Definitions Manual. Yale Univ. School of Organization and Management, 1986

ROTONDI P.

Il case-mix come strumento per programmare e controllare l'attività ospedaliera. Come, supplemento al n. 3, 1986

STIMSON D.H., CHARLES G., ROGERSON C.L.

Ambulatory care classification system. Health Service Research, 1986; 20: 683-703

LION J., MALBON A., BERGMAN A.

Ambulatory visit groups: implications for hospital outpatient departments. Journal Ambulatory Care Management, 1987; 2: 22

Ambulatory visit groups: how they perform for oncology outpatient. Department of Cancer Program Management, 1987; 2: 22

FETTER R.B., SCHNEIDER K.C.

Development of an ambulatory patient classification system, final report. Yale Univ. School of organization and Management, 1987

GOLD M.

Common sense on extending DRG concepts to pay for ambulatory care. INQUIRY, 1988; 25(2): 281-9

- Mc CARTHY C.M.
DRGs-5 years later. N. Engl. J. Med., 1988; 318: 1683-86
- RICH M.W., FREEDLAND K.E.
Effect of DRGs on three-month readmission rate of geriatric patients with congestive heart failure. AJPH, June 1988, 78(6): 680
- ANDERSON C.M., CHAMBERS S., CLAMP M., DUNN I.A., MCGHEE M.F., SUMNER K.R., WOOD A.M.
Can Audit improve patient care? Effects of studying use of digoxin in general practice. SMJ, 1988; 297:113-4
- JENCKS S.F., BOBULA J.D.
Does receiving referral and transfer patients make hospitals expensive. Medical Care, October 1988; 26(10)
- BRETLAND M.P., FRCR
Costing imaging procedures. The British Journal of Radiology, 1988; 61:54-61
- L.M.D. HUCKABAY
Allocation of resources and identification of issues in determining the cost of nursing services. Nurs Admin Q, 1988; 13(1): 72-82
- THORPE K.E.
The use of regression analysis to determine hospital payment: the case of medicare's indirect teaching adjustment. Inquiry, Summer 1988; 25: 219-231
- MUNOZ E.
Financial risk, hospital cost, and complications and comorbidities in medical non-complications and comorbidity-stratified diagnosis-related groups. The American Journal of Medicine, May 1988; 84: 933-39
- Els DRGs, le PMSI, et l'expérience DRG dans le monde.* Annals de Medicina, 1988; 74(6): 30-34
- CATTERALL J., FETTER R.B., SCOTT T.
Doing it with DRGs. The Health Service Journal, September 1988; 1089-91
- McMAHON L.F., BILLI J.E.
The measurement of severity of illness and the medicare prospective payment system: state of the art and future directions. Journal of General Internal Medicine, 1988; 3(5): 482-90
- McMAHON L.F., SHAPIRO L.R., WEISSFELD L.A., BILLI J.E.
Prior hospitalization characteristics of DRG outlier versus inlier patients. Medical Care, 1988; 29(4): 423-29
- MURTAUGH C.M., COONEY L.M., DerSIMONIAN R.R., SMITS H.L., FETTER R.B.
Nursing home reimbursement and the allocation of rehabilitation therapy resources. Health Services Research, 1988; 23(4): 468-93
- SCHENEIDER K.C., LICHETENSTEIN J.L., FREEMAN J.L., NEWBOLD R.C., FETTER R.B., GOTTLIEB L., LEAF P.J., PORTLOCK C.S.
Ambulatory visit groups: an outpatient classification system. Journal of Ambulatory Care Management, 1988; 11(3): 1-12

- THOMPSON J.D.
DRG prepayment: its purpose and performance. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 1988; 64(1): 25-51
- SECRETARY'S COMMISSION ON NURSING
Interim Report. Washington, D.C.: Secretary's Commission on Nursing, 1988
- CORCORAN L.
Nursing intensity in the surgical ICU masters's thesis. Yale University School of Nursing, 1988
- PRESCOTT P.A., PHILIPS C.Y.
Gauging nursing intensity to bring costs to light. Nursing and Health Care, 1988; 9(1): 17-22
- SCHERUBEL J.C.
Patients and purse strings II. New York: National League for Nursing, 1988
- SOVIE M.
Variable costs of nursing care hospitals. Annual Review of nursing research. New York: Springer Publishing Company, 1988; 131-50
- HALLORAN E.
Incidence and outcomes of urinary incontinence among hospitalized patients paper presented at the Yale University Hospital. Administration Alumni Association, 1988
- FLOOD S.D., DIERS D.
Nurse staffing, patient outcome and cost. Nursing Management, 1988; 19(5): 34-46
- SOVIE M.
Establishing a nursing minimum dataset as a part of the data requirements of DRGs. The Nursing Minimum Data Set, ed H.H. Werley, Lang N., New York: Springer Publishing Company, 1988
- AA.VV.
Sanità e risorse: un sistema di indicatori. F. Angeli, 1988
- BARALDI G., ZANETTI M.
La valutazione del « prodotto » dell'ospedale. Gli ospedali della vita, 1988; n. 1
- RODRIGUES J.M.
Overview of european DRG developments. The Management and Financing of Hospital Services: Proceedings of the Second International Conference, New Haven, CT: Yale University, 1988
- URBANO J., HINDLE D.
Grupos de diagnosticos homogeneos: DRGs in Portugal. The Management and Financing of Hospital Services: Proceedings of the Second International Conference on DRGs, New Haven, CT: Yale University, 1988
- WILEY M.M.
The management and financing of hospital services: ireland. The Manag, and Finan. of Hospital Services: Proceedings of the Second International Conference on DRGs, New Haven, CT; Yale University, 1988
- RODRIGES J.M.
Computerization of medical data in hospital services including university hospitals. Strasbourg: Council of Europe, 1988

National Association of Health Authorities (NAHA). Financing the national health service, London: NAHA, 1988

SCHIEBER G.J., POULLIER J.P.
International health spending and utilization trends. Health Affairs, 1988; 7(4): 105-12

PALMER G.R.
International comparisons of hospital usage and costs based on DRGs. The Manag. and Finan. of Hospital Services: Proceedings of the Second International Conference on DRGs, New Haven, CT: Yale University, 1988

TENAN P.M., FILLMORE H.H., CARESS B., KELLY W.P., NELSON H., GRAZIANO D., JOHNSON S.C.
« PACs: classifying ambulatory care patients and services for clinical and financial management ». Journal of Ambulatory Care Management, 1988; 11: 36-53

MURTAUGH M.C., COONEY M.L., DerSIMONIAN R.R., SMITS H.L., FETTER R.B.
Nursing home reimbursement and the allocation of rehabilitation therapy resources. Health Services Research, 1988; 23(4): 468-93

SCHENEIDER D., FRIES E.B., FOLEY W., DESMOND M., GORMLEY W.J.
Case mix measurement for nursing home payment: Resource utilization groups (RUG-II). Health Care Financing Review (supplement) 1988; 39-52

BARALDI G., BONOLDI A.P.
Analisi delle diagnosi di dimissione da un reparto universitario italiano di chirurgia generale, mediante il sistema DRG. QA, n. 3-4; 1989

PACCAUD F., SCHENKER L. (a cura di)
DRGs (diagnostic related groups sistem) perspectives d'utilisation. Univ. Lyon, 1989

REGIONE EMILIA-ROMAGNA, convegno 20-30 novembre 1988, Bologna
L'informazione per la valutazione dell'attività ospedaliera. Regione Emilia-Romagna, 1990

AA.VV.
DRG e protocolli diagnostici terapeutici come strumento per la valutazione dei servizi sanitari nel processo di programmazione. Convegno dell'Istituto Scientifico H. San Raffaele, Milano 1990

FETTEV R.B., BVANOL D.A., GANACHE D.
DRGs Their designe and development. Health Administration Ress, Michigan 1991

TESI DI LAUREA

“PROSPETTIVE DI RIFORMA DELLA RIFORMA SANITARIA”

di Adriana Feltrin

Tesi di laurea presentata alla Facoltà di Economia e Commercio dell'Università degli Studi Ca' Foscari di Venezia, Corso di laurea di Economia Aziendale, A.A. 1991-1992, Relatore: Giuseppe Marcon

In « Prospettive di riforma della riforma sanitaria » si individuano alcune delle ragioni che hanno reso particolarmente presente la necessità di riformare il Servizio sanitario nazionale istituito con la legge 23 dicembre 1978, n. 833.

L'attenzione è rivolta in particolar modo verso la cellula operativa del S.s.n.: l'Unità sanitaria locale.

La differenziazione delle attività svolte e la necessità di una adeguata integrazione di tipo verticale di fasi logicamente successive del processo assistenziale hanno certamente contribuito ad aumentare il grado di complessità delle decisioni che questa istituzione sanitaria deve assumere per gestire la produzione e l'erogazione dei diversi servizi di prevenzione, cura e riabilitazione.

Ecco perché si parla con insistenza della necessità di individuare una modalità di gestione dell'Unità sanitaria locale di tipo aziendale che sia in grado di perseguire un continuo adattamento ai cambiamenti che si manifestano nell'ambiente territoriale e sociale in cui essa opera, in relazione alle diverse caratteristiche delle persone e delle condizioni materiali di cui dispone, pena il mancato conseguimento degli obiettivi che si propone di raggiungere.

Parlare di « aziendalizzazione » per l'U.s.l. non significa adottare prefigurati modelli di funzionamento, ma significa perseguire una combinazione dei fattori e delle condizioni produttive atte a realizzare i massimi livelli di efficacia e di efficienza dei servizi sanitari.

Ciò è possibile garantendo a ciascuna U.s.l. autonomia economica, decisionale, patrimoniale ed organizzativa, accompagnate dal potenziamento degli strumenti propri della programmazione e del controllo di gestione, intesi come meccanismi attraverso i quali anche l'U.s.l. può essere condotta verso un concreto recupero di efficienza e di efficacia gestionale, presupposto sostanziale per un vero cambiamento del sistema sanitario, agendo contemporaneamente e gradualmente sia sul processo decisionale, sia sulla struttura organizzativa, sia sui sistemi tecnico-contabili di supporto.

I processi di programmazione e di controllo di gestione garantiscono, infatti, che in modo sistematico e continuativo vengano fissati gli obiettivi da perseguire, individuate le attività da svolgere per il loro conseguimento, stimate le risorse necessarie per svolgere l'attività, allocate le risorse tra i centri di responsabilità secondo criteri di priorità legati a valutazioni tecnico-organizzative ed economico-gestionali, gestite le risorse verificando sistematicamente il grado di conseguimento degli obiettivi ed attivando gli eventuali interventi correttivi. Tutto ciò contestualmente allo svolgersi delle attività di produzione e di erogazione dell'Unità sanitaria locale ed interagendo con esse.

Il d.d.l. 2375/90 che indica misure per il riordinamento del S.s.n. ed il contenimento della spesa sanitaria, si è proposto di offrire delle soluzioni concrete in merito a queste problematiche avendo compreso quanto sia necessario cambiare l'attuale sistema di gestione del S.s.n. Va ricordato, comunque, che è illusorio pensare di combattere la cattiva gestione del nostro sistema sanitario solo attraverso una legge. O meglio, la legge può essere solo un primo passo.

« Cambiare, cioè riformare, significa anzitutto creare i presupposti perché questo processo si avvii e si radichi socialmente e non tentare velleitariamente di saltarlo per via legislativa ». È perciò indispensabile che le persone che sono chiamate ad occupare i nuovi ruoli di responsabilità, in base al futuro assetto del S.s.n., abbandonino l'attuale atteggiamento rivolto prevalentemente all'attuazione e al controllo sugli atti per assumere, invece, un ruolo di veri agenti di cambiamento nel funzionamento delle istituzioni sanitarie, ruolo che comporta una maggiore responsabilizzazione in merito al raggiungimento di obiettivi e risultati.

“LE RETI DI AZIENDE COME MODELLO PER LA RIPROGETTAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO PUBBLICO”

di **Nicola Saraceni**

Tesi di laurea presentata all'Università commerciale « L. Bocconi », corso di laurea in Economia Aziendale. A.A. 1991-92, Relatore: Elio Borgonovi.

È ormai dato acquisito che la prospettiva economico-aziendale sia particolarmente idonea per l'osservazione e l'intervento sulla realtà sanitaria.

Quest'ultima, oltre a fornire indispensabili strumenti di controllo e contenimento dei costi (ci si riferisce ai DRG, ai budget, al controllo di gestione), consente di affrontare il momento di progettazione e di cambiamento organizzativo del sistema di aziende sanitarie, avendo come obiettivi l'efficacia, l'efficienza e, in definitiva, l'economicità duratura d'impresa. La legge 833 del 1978, che ha istituito il S.s.n., non ha realizzato completamente gli obiettivi per i quali era stata introdotta, in particolare quello di costituire un unico sistema che realizzasse l'integrazione tra interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, in precedenza distinti completamente, o coordinati in modo scarso. In effetti accade generalmente che pur in presenza di strutture medico-sanitarie caratterizzate da elevata qualificazione professionale e scientifica, la mancanza di programmazione, l'inefficienza della gestione, e l'assenza di un effettivo adeguamento delle strutture organizzative alla mutata realtà ambientale determinino una inefficienza funzionale che si ripercuote negativamente sull'efficacia degli interventi assistenziali.

L'organizzazione delle unità sanitarie, prevista dalla 833 si è rivelata nella prassi inadeguata a gestire l'attuale dinamica ambientale. Questa organizzazione rigida e poco flessibile si trova ad operare in un ambiente altamente complesso ed incerto che richiederebbe strutture organizzative e strumenti operativi molto flessibili. In effetti complessità ed innovazione sono caratteristiche strutturali della pratica medica e del sistema sanitario. Ci si riferisce non soltanto alla varietà ed alla variabilità dei servizi da produrre, ma anche alla differenziazione dei bisogni e delle necessità da soddisfare con riguardo all'evoluzione epidemiologica, demografica e tecnologica.

Ancora, lo sviluppo delle patologie, parallelo a quella delle conoscenze scientifiche e tecnologiche, ha scomposto la professionalità medica in numerose attività specialistiche, in un processo di differenziazione cui non ha corrisposto un'organizzazione capace di opporre adeguati meccanismi di integrazione. In altre parole, l'atto medico si è trasformato da operazione relativamente semplice e compiuta, in un « processo diagnostico terapeutico », gestito da unità operative specializzate, tecnologicamente differenziate, che necessitano di un elevato grado di integrazione dell'attività. La gestione di tale processo evidenzia la centralità della funzione « organizzazione » ai fini della produzione dei risultati dell'attività medica. Attraverso tale funzione si può intervenire per ricostituire l'unitarietà dei singoli atti specialistici con la progettazione del processo globale e integrato sul paziente.

Il modello di rete fornisce una soluzione di integrazione organizzativa, attraverso la definizione di un « percorso » razionalizzato tra le diverse strutture e funzioni sanitarie sul territorio. L'integrazione di queste ultime avviene in relazione alle diverse fasi del processo di diagnosi cura e riabilitazione. In tal modo l'organizzazione può definire dei progetti o percorsi di gruppi di pazienti, omogenei rispetto al bisogno manifestato, attraverso la rete delle strutture e funzioni, che sfruttino la complementarietà e i contributi specialistici di ciascun polo all'interno della rete. La forza della struttura a rete risiede proprio in questa capacità di rendere condivisibili le conoscenze e le informazioni (attraver-

so l'elaborazione di codici e la predisposizione di linguaggi comuni), tra tutti i poli che la costituiscono, e di concentrarsi sul bisogno sanitario del paziente, integrando le diverse capacità specialistiche in un processo globale diagnostico-terapeutico.

“MODELLI INNOVATIVI DI GESTIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI: IL CASO ISTITUTO ONCOLOGICO ROMAGNOLO”

di **Federica Bandini**

Tesi di laurea presentata all'Università commerciale « L. Bocconi », corso di laurea in economia aziendale. A.A. 1991-1992. Relatore: Elio Borgonovi.

Il S.s.n. deve necessariamente avere una « visione pubblica » di certe funzioni per la peculiarità stessa del bene salute; tali funzioni possono opportunamente essere gestite secondo logiche di azienda.

Abbiamo valutato come la struttura organizzativa del nostro sistema possa adattarsi a simili logiche, che comportano una rivalutazione della funzione di indirizzo centrale, ma al tempo stesso uno sviluppo della capacità di disaggregare il compito di gestione in diverse unità aziendali; fino alla possibilità di esternalizzare alcuni servizi a organizzazioni ed enti privati in grado di espletarli in maniera più efficiente ed efficace. Si è visto come la possibilità di rapporti tra amministrazione pubblica e soggetto privato siano molteplici e si siano anche evolute nel corso degli anni. La globalità dell'intervento sanitario su un determinato territorio nell'intento della legge 833/78, istitutiva del Sistema sanitario nazionale, prevedeva la centralità dell'utente come cittadino, molto spesso però a causa dei limiti oggettivi dell'intervento pubblico e a causa di inefficienze e disservizi, il cittadino si è allontanato dal Servizio sanitario nazionale; è stato calcolato che nel 1990 la spesa sanitaria privata ammontasse a 24.400 miliardi di lire.

Per anni, per rispondere a tali inefficienze, ci si è trovati di fronte a sostenitori di due opposte tendenze: sostenitori del « tutto ciò che è sociale è pubblico » e sostenitori di un modello con una forte componente provata, eventualmente sostenuto da un sistema assicurativo. Esiste invece, per rispondere alla richiesta di « meno stato e più servizi e beni prodotti dal privato convenzionato » e più « mercato protetto », la strada che i suoi sostenitori chiamano della riforma plurale: è il progetto di un mix di pubblico, privato sociale e privato imprenditoriale che possono integrarsi secondo precisi criteri programmatori. Si sono esaminati i legami tra pubblico e privato in sanità, sia attraverso l'analisi della legge 833/78, che riconosce al privato uno specifico spazio in ragione del modello culturale e politico di tipo pluralistico del nostro paese, che attraverso la ricerca di nuovi modelli logici di funzionamento, di soluzioni istituzionali e di politiche di intervento pubblico finalizzate a favorire nuovi equilibri e, tramite ciò, a recuperare più elevati livelli di soddisfazione.

Si è spiegato il perché di una gestione pubblica dell'assistenza e si è rilevato che i sistemi pubblici sono « strutturalmente » più efficaci nel garantire una più ampia copertura assistenziale (negli U.S.A. si ha un sistema capace di garantire tempestive ed efficienti prestazioni, ma circa il 15% della popolazione è priva di assistenza sanitaria), anche se sono meno efficaci nel mantenere « equilibri parziali » tra domanda e offerta di singole prestazioni. Per quanto riguarda i nuovi modelli logici di funzionamento si sono individuate diverse proposte, in particolare l'inserimento o l'accentuazione di stimoli competitivi nel sistema, tra cui è rilevante il nuovo ruolo attribuito all'apporto del « privato », sia di quello con dirette finalità economiche, che di quello senza dirette finalità economiche (cosiddetto privato sociale). Ciò detto si concretizza in diversi modi, tra cui:

1) la privatizzazione di una serie di servizi non sanitari (lavanderie, mense, ecc.) tramite forme di contracting out degli stessi;

2) nuove forme di regolamentazione, di programmazione, di finanziamento finalizzate in un certo senso « a mettere sullo stesso piano » le strutture direttamente gestite dal S.s.n. (tramite le U.s.l.-aziende) e quelle gestite appunto da imprese private (con o senza finalità economiche);

3) sperimentazione di forme di collaborazione pubblico-privato nella gestione di alcuni servizi.

Si tratta di attuare una modalità di rapporto che non vanifichi le scelte politiche di pluralismo e partecipazione, ovvero di realizzare idonee forme di integrazione e collaborazione, tali da non sacrificare né le esigenze di autonomia del privato, né i requisiti di sistematicità, diffusione e controllabilità rilevanti per lo svolgimento di funzioni pubbliche. In pratica il rapporto pubblico-privato deve prevedere la complementarietà del servizio e la eventuale cogestione delle strutture e non una drastica alternativa.

Si osserva anche come, in particolare, il settore volontario svolga una serie di compiti diversi e ben difficilmente attuabili dall'operatore pubblico. Si tratta di una funzione di advocacy a tutela degli utenti dei servizi pubblici. Di un'azione cioè di stimolo verso gli stessi servizi nel senso di una maggiore efficienza e umanizzazione, di un ruolo di imprenditorialità (pioneering) nel ricercare prodotti e processi innovativi. È stato analizzato infine un caso concreto, il caso dell'Istituto Oncologico Romagnolo (IOR), che rappresenta una sintesi delle diverse possibilità di rapporto tra ente pubblico e soggetto privato (volontario).

Si tratta in sostanza di dare concretezza alle teorie considerate nella realizzazione di un migliore sistema socio-sanitario attraverso la definizione di ruoli, funzioni e competenze da attribuire rispettivamente ai soggetti istituzionali e a quelli non istituzionali, insieme alla esplicitazione degli strumenti più idonei al raggiungimento dei fini che abbiamo considerato comuni. La modalità di rapporto che si realizza tra IOR ed ente pubblico non consiste in una delle « forme di decentralizzazione di servizi pubblici » non essendo la gestione strategica, intesa come pianificazione, finanziamento e controllo, totalmente in mano al pubblico, ma costituisce una vera e propria « strategia collaborativa », ovvero una gestione strategica dei servizi coordinata tra i due enti. In sostanza si arriva all'organizzazione di un modello sperimentale integrato (U.s.l.-IOR).

Sanità e impresa

Sezione 6^a

IL MARKETING ALL'ACQUISTO NELLA UNITÀ SANITARIA LOCALE

di Giorgio Fiorentini*

SOMMARIO: 1. Perché il marketing all'acquisto dell'U.s.l. - 2. La politica di comunicazione verso il mercato d'acquisto - 3. Politica di domanda e di invito ai fornitori sul mercato d'acquisto - 4. Analisi del fornitore - 5. Politica dell'offerta economicamente più vantaggiosa - 6. Conclusioni.

Perché il marketing all'acquisto dell'U.s.l.

Nell'ambito dell'attività economico-finanziaria dell'Unità sanitaria locale (U.s.l.), gli stanziamenti destinati agli acquisti di beni e servizi sono fra i pochi ove è possibile fare una politica di spesa e comunque gestire la funzione con qualche valenza di discrezionalità. Ovviamente l'uso del potere discrezionale presuppone che tutte le attività d'acquisto siano finalizzate al buon funzionamento dell'U.s.l. e, in ultima istanza, perseguano l'obiettivo di offrire servizi sanitari più efficaci e coerenti con la domanda della popolazione di riferimento. Quest'affermazione si basa sul concetto che la combinazione dei fattori acquistati (in termini di quantità, qualità, economicità) determina la quantità e la qualità della produzione e dell'erogazione dei servizi ed ha un risvolto operativo nella politica d'acquisto dell'U.s.l.

Uno dei metodi per gestire una politica d'acquisto è quello di fare marketing all'acquisto pur collocandolo nell'ambito della normativa vigente (legge 113/81 e Direttiva C.E.E. sulle forniture alla pubblica amministra-

zione 88/295 assunta dal decreto legislativo 15 gennaio 1992 n. 48).

L'adozione operativa del marketing all'acquisto si basa sulla constatazione che anche gli enti pubblici dovrebbero orientarsi verso un assetto di marketing integrato inteso come:

— capacità di analizzare i bisogni della popolazione di riferimento (nello specifico dell'U.s.l.), segmentare la domanda di servizi sanitari ed erogarli

nella logica di perseguire il bene comune e della collettività (marketing della cessione dei servizi);

— capacità di approvvigionarsi, sul mercato d'acquisto, del fabbisogno idoneo a soddisfare la domanda di servizi sanitari (marketing all'acquisto).

* **Giorgio Fiorentini** è professore a contratto nell'Università L. Bocconi e docente senior SDA Bocconi.

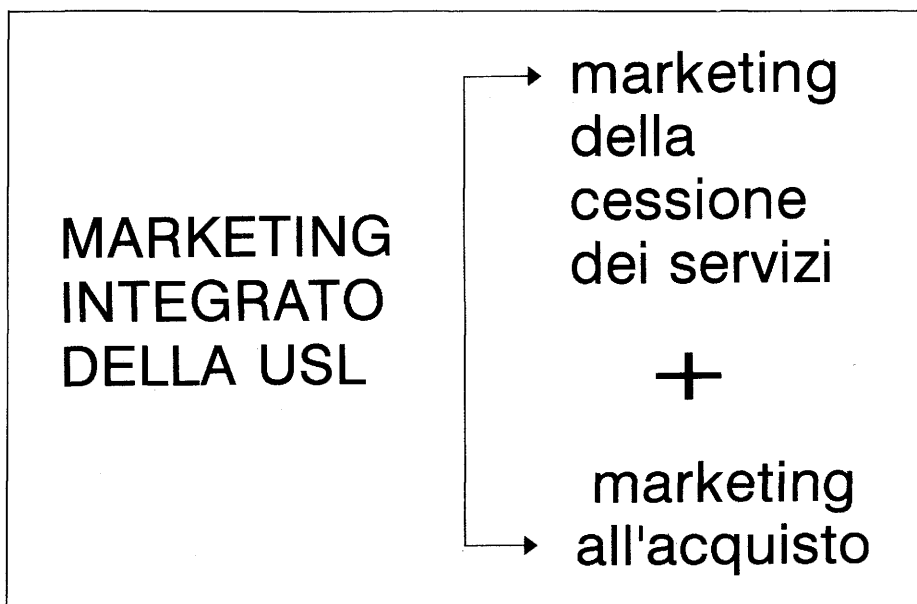


Fig. 1

Quindi una visione di marketing per l'U.s.l. si basa sull'integrazione del marketing della cessione dei servizi ed all'acquisto.

In questa logica alla politica di servizio perseguita dalla U.s.l. ed intesa come capacità di disegnare un portafoglio di servizi adeguato alla domanda della popolazione, si collega la politica delle fonti di approvvigionamento che identifica segmenti di fornitori ideali, sviluppando le capacità di ricerca e selezione di fornitori e atte a equilibrare e rendere compatibili le fonti di approvvigionamento e la domanda di servizi.

Il raccordo con le tipologie di gara è evidente: infatti adottando la licitazione privata o l'appalto concorso (procedura ristretta in linguaggio C.E.E.) si seleziona l'offerta accogliendo soltanto quelle delle imprese invitate e di cui si sono richiesti elementi informativi inerenti la capacità finanziaria e la capacità tecnica; qualora si rientri in una delle situazioni per le quali è possibile adottare la trattativa privata (procedura negoziata in linguaggio C.E.E.) si consultano fornitori di propria scelta e si negoziano i termini del contratto con uno o alcuni di essi.

La politica di spesa inerente gli acquisti (per le imprese private la denominazione è politica di prezzo) è l'insieme di azioni che mediano la situazione di mercato e la razionalizzazione dei costi all'interno dell'U.s.l. Anche in questo caso l'aver comunicato un valore presunto d'appalto calcolato in modo coerente con la qualità e la quantità del/i bene/i oggetto della fornitura, comporta la selezione e la scelta di un fornitore anche sulla base del prezzo reale e non velleitario che rappresenta le esigenze concrete dell'U.s.l.

Concettualmente assistiamo al passaggio da una visione burocratica degli acquisti ad una gestione che tende all'ottimo (relativo) finalizzata all'efficacia della politica d'acquisto.

Il marketing all'acquisto dell'U.s.l. si basa sui seguenti elementi:

- politica di comunicazione verso il mercato d'acquisto;
- politica di domanda e di invito ai fornitori sul mercato d'acquisto;
- analisi del fornitore;
- politica dell'offerta economicamente più vantaggiosa.

La politica di comunicazione verso il mercato d'acquisto

La capacità informativa e di comunicazione dell'U.s.l. come ente che acquista, aumenta il livello di immagine e di interesse per i fornitori. Essi, in alcuni casi, possono trarre

un vantaggio d'immagine per se stessi rispetto alla quantità ed alla qualità della fornitura, fruire di know-how tecnico da offrire ad altri enti e creare le condizioni per economie di scala (si pensi alla differenza in termini di potere contrattuale sul mercato delle derrate alimentari qualora un fornitore di servizi di ristorazione per U.s.l. possa vantare una capacità di assorbimento di prodotti per gestire 25.000.000 di pasti annui rispetto ad un altro che gestisce 2.500.000 di pasti annui).

La comunicazione, come strumento per aumentare il livello di notorietà e d'immagine dell'U.s.l. sul mercato d'acquisto, si basa sulla capacità di:

Visione
Da: burocratica degli
acquisti nella UsI



A: **politica degli**
acquisti
della usl

Fig. 2

— informare alcuni segmenti di fornitori sulla valenza quantitativa e qualitativa dei servizi dell'U.s.l. nonché sulle modalità d'acquisto adottate, sulle caratteristiche generali della politica d'acquisto e sulla gestione amministrativa *ex-post* (si veda pagamenti). Il primo tipo d'informazione serve per aiutare i fornitori più qualificati (che saranno invitati qualora l'U.s.l. adotti la procedura ristretta) ad elaborare offerte personalizzate rispetto al cliente U.s.l. Per alcuni tipi di prodotti non si possono dare specifiche tecniche molto puntuali perché altrimenti non si rispetterebbe la *par condicio* dei fornitori; nel concreto, qualora il fornitore avesse un portafoglio di prodotti variegato (con un prezzo in un « intorno » compatibile a quello di base d'asta) e fosse a conoscenza della specificità e della qualità dei servizi sanitari dell'U.s.l. che acquista, potrebbe modulare la propria offerta in sintonia con le reali esigenze del cliente U.s.l., innescando il circolo virtuoso formato dalla logica incrementale per cui i servizi in ter-

mini quali/quantitativi dipendono dalla combinazione quali/quantitativa delle risorse impiegate (fra le quali ovviamente i beni acquistati). Il secondo tipo d'informazione, che può essere gestito con campagne di informazione *una tantum* che prescindono dalla singola gara ove per legge si devono comunicare i termini generali e specifici delle modalità d'acquisto, sono utili per accreditare il ruolo di cliente pubblico nei confronti dei vari segmenti di fornitori con vantaggi di preselezione e di indirizzo riguardo alle risposte delle imprese invitate o delle imprese in generale qualora si adotti la procedura aperta (che è la « traduzione » dell'asta pubblica in linguaggio C.E.E.).

Le U.s.l., in prospettiva, potrebbero avere minori possibilità di adottare la procedura ristretta perché essa è intesa come deroga (ed al fine di rispettare l'equilibrio fra il valore dell'appalto ed il costo della procedura o in ragione della natura specifica dei prodotti richiesti dall'U.s.l.) alla regola generale rappresentata dal-

la procedura aperta in una logica di mercato comunitario e tale da non porre alcuna barriera alla partecipazione alle gare dei possibili fornitori di nazioni appartenenti alla C.E.E. (art. 6 direttiva 88/295/C.E.E.). In questa situazione l'informazione sulle politiche d'acquisto dell'U.s.l. creerebbe una preselezione basata sulla comunicazione che potrebbe arginare la partecipazione indistinta ed in massa dei fornitori a livello C.E.E. e, comunque, accrediterebbe il cliente U.s.l. come degno di attenzione anche per le imprese C.E.E. di alta qualificazione;

— comunicare l'immagine dell'U.s.l. ove si intende rendere evidenti gli aspetti qualitativi dell'attività. Ciò consente all'impresa di valutare che la fornitura ad una U.s.l. può assumere un effetto « alone » nei confronti di altre U.s.l. e quindi espandere la propria capacità di penetrazione in determinate aree geografiche o in enti che hanno le stesse particolari specificità di servizi sanitari offerti rispetto all'U.s.l. di cui si è diventati fornitore. Solitamente questo incrocio di interessi si concretizza in offerte da parte dei fornitori in cui i prezzi sono di minore entità rispetto a quelli normalmente praticati perché considerano i vantaggi futuri indotti dall'accreditamento come fornitore di una istituzione pubblica che gode di fama positiva.

Al contenuto della comunicazione si deve aggiungere la gestione corretta dei media ove far apparire i bandi delle gare. Al di là dell'uso della Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e della Comunità europea, la scelta dei quotidiani o delle riviste (ed il posizionamento al loro interno) e la creazione di un editing che sia nel contempo chiaro e leggibile per i potenziali fornitori aumenta il livello di efficacia della comunicazione, comporta una maggiore trasparenza, trasmette chiaramente alcuni criteri che in parte hanno una

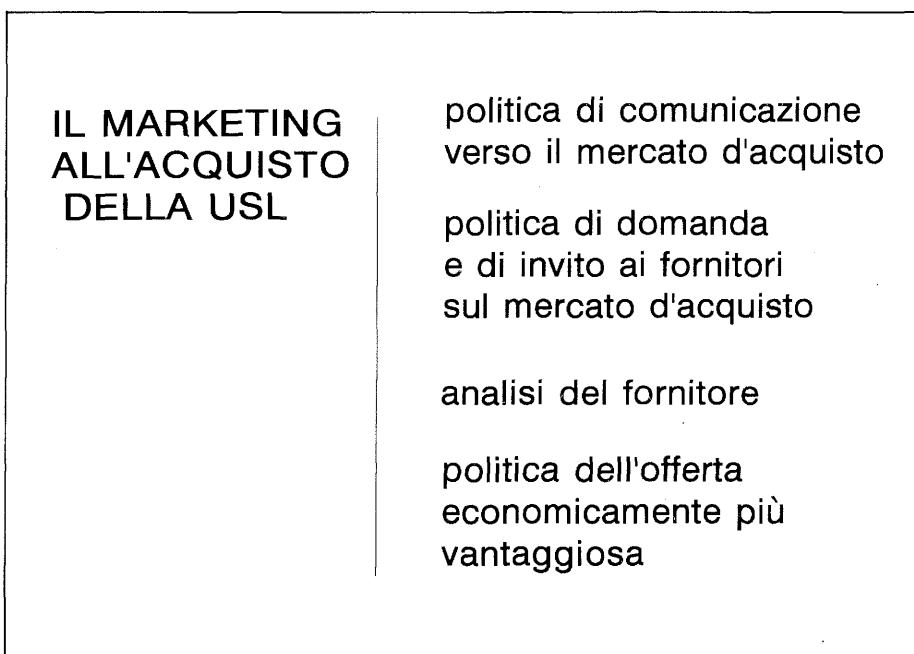


Fig. 3

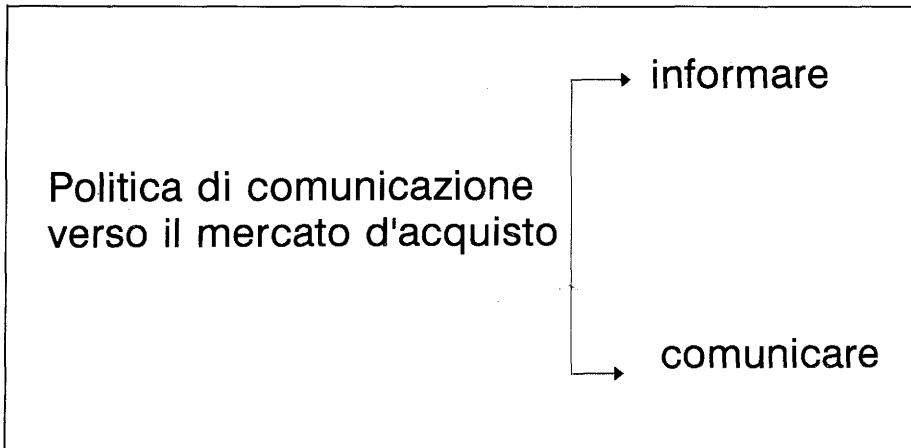


Fig. 4

funzione di preselezione ed innesca un processo di competitività fra i fornitori basato su informazioni certe, chiare e tali da scoraggiare la partecipazione alla gara di imprese che non hanno le caratteristiche adeguate. Pur con il rischio di essere interpretati come elementi « cosmetici » della domanda di beni/servizi, nel rapporto con i fornitori, l'U.s.l. deve usare tutti gli accorgimenti che rendono la proposta valida oltreché per il valore intrinseco anche per l'immagine che fanno percepire, per la chiarezza e l'organicità della richiesta. Qualora le U.s.l., pur nel rispetto della normativa vigente degli acquisti, sostituissero ai messaggi tradizionali dei messaggi innovativi in termini non solo di beni/servizi con caratteristiche innovative, ma anche con modalità di comunicazione che danno un quadro di richiesta più coerente con il linguaggio tipico dei fornitori e trasmettendo anche i vantaggi indiretti che l'aggiudicazione di una gara può comportare, ciò significherebbe una maggiore efficacia in termini di negoziazione. Peraltro le imprese che partecipano a gare dell'U.s.l. curano molto il lay-out dell'offerta, l'organicità delle varie parti dell'offerta e si distinguono anche rispetto a questi elementi le offerte di imprese di caratura locale, nazio-

nale o internazionale. Spesso questi elementi sono indicatori di imprese con alti livelli di curve d'esperienza, di « know-how » sedimentato e di confidenzialità acquisita tramite esperienze consolidate (fermo restando l'analisi della capacità tecnica richiesta nell'invito alla gara).

Politica di domanda e di invito ai fornitori sul mercato d'acquisto

Questa leva di marketing all'acquisto si distingue in:

— politica di domanda: ove si intende la capacità dell'U.s.l. di aver analizzato il mercato della fornitura anticipatamente rispetto alla formulazione del bando di gara e quindi di formulare nei tempi e nelle fasi congiunturali più favorevoli la richiesta di beni/servizi nonché di adeguare la domanda di beni/servizi rispetto alle potenzialità reali ed alla innovatività del mercato. La politica della domanda è collegata alla capacità di aiutare i fornitori a comprendere *ex ante* le esigenze dell'U.s.l. in termini sia qualitativi/quantitativi sia di compatibilità organizzativa e di gestione dei beni/servizi che in futuro potrebbero essere acquistati. Inoltre essa è connessa all'informazione proveniente dal mercato, ma sollecitata e recepita dall'U.s.l. in termini di:

- * proposte di nuovi tipi di beni/servizi non ancora usati dall'ente; ciò introdurrebbe nuove formule di gestione operativa, migliorerebbe il contenuto dei servizi sanitari offerti, ridurrebbe gli sprechi e così via;
- * analisi di beni/servizi innovativi già in uso presso altre U.s.l.; ciò comporterebbe un adeguamento della nostra U.s.l. rispetto all'offerta di servizi sanitari più efficaci;

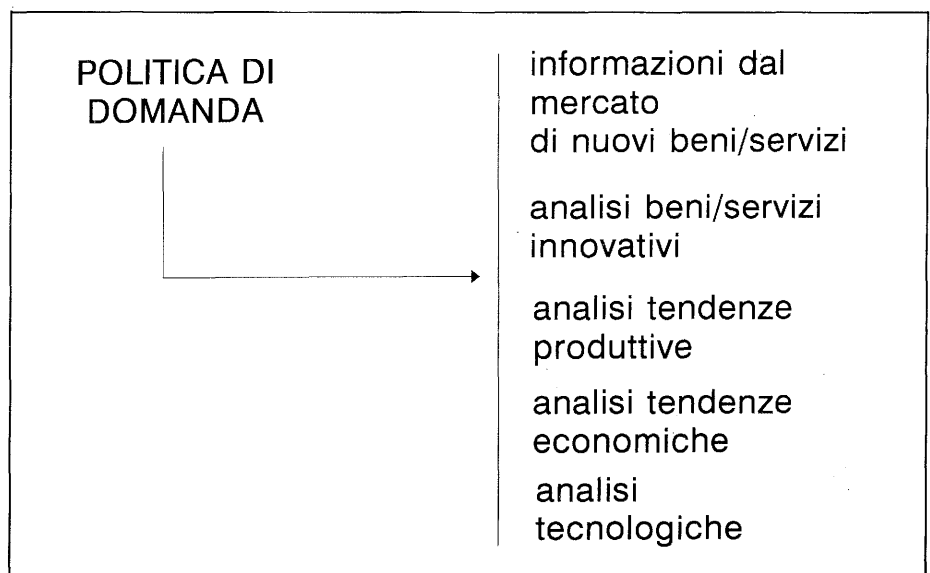


Fig. 5

* analisi delle tendenze produttive riguardo ai volumi di beni/servizi; i vantaggi perseguibili sono:

1) in caso di incremento significativo dell'offerta la possibilità di programmare la domanda dell'U.s.l. in tempi ove i prezzi di un determinato fornitore o di un settore di fornitori dovrebbero essere in fase calante considerando l'abbondante offerta;

2) in caso di aumento in volumi dell'offerta del bene A si potrebbero avere ripercussioni sui prezzi del bene B che è succedaneo di A;

* analisi delle tendenze economiche a breve e medio periodo di un settore di forniture al fine di ridurre le scorte qualora si preveda una diminuzione dei prezzi o un aumento delle scorte in previsione di aumento dei prezzi (si veda la politica del « quinto d'obbligo » in aumento o in decremento in una fornitura già acquisita);

* analisi delle tecnologie che concorrono alla riduzione dei costi.

Qualora le U.s.l. non adottassero questi comportamenti informativi e di analisi si potrebbe verificare che:

* le imprese, solitamente le più professionali e le più accreditate, saranno meno interessate ad essere annoverate fra i fornitori dell'U.s.l.;

* i rapporti di collaborazione fra U.s.l. e fornitore, in termini di aggiornamento tecnologico e di know-how, si attenuano;

* le analisi sui prezzi e sulla base d'asta da formulare per gare future avranno punti di riferimento informativi sempre meno attendibili con conseguenze in termini di qualità dei beni/servizi acquistati;

* la non conoscenza delle tendenze del mercato non permetterà di fare politiche di ampliamento o diminuzione dei livelli di richiesta *in itinere* rispetto ad una fornitura già in atto o di attivare procedure negoziate che possono far acquisire beni/servizi in situazione di prezzi calanti (con motivazione d'urgenza).

L'analisi di mercato (in modo salutare o permanente) può essere correlata a tipologie di beni/servizi a consumo ed acquisto ipotetico ricorrente od occasionale ed al loro valore unitario (basso o elevato).

Sistematizzando in una matrice

questa correlazione possiamo affermare che per beni/servizi a consumo ed acquisto ipotetico ricorrente con basso valore unitario (grandi consumi di « commodity »: garze, cerotti, provette, siringhe e così via) l'analisi di mercato può essere effettuata annualmente ed in occasione dell'espletamento delle gare; per beni/servizi a basso consumo ed a valore unitario basso non è necessario effettuare analisi di mercato (penne, cancelleria di basso consumo e così via); per beni/servizi a consumo ed acquisto ipotetico ricorrente con alto valore unitario (consumi significativi di « specialty »: pacemakers, protesi di materiale e tecnologia di alto livello, ecc.) è necessario attivare una procedura permanente ed aggiornata di analisi del mercato; per beni/servizi a consumo ed acquisto occasionale ma con alto valore unitario (per esempio: tac, attrezzature elettro-medicali, ecc.) è necessario porre in essere una procedura ad hoc e quando si origina il bisogno.

— politica di invito: ove si intende la formalizzazione, nel momento dell'indizione della gara, di tutte le caratteristiche della fornitura (capitolato generale, capitolato speciale e così via) che risentiranno di tutte le mancate attività di rapporto con i fornitori in momenti antecedenti la gara stessa. Anche la richiesta dei parametri di costo per l'analisi della spesa, contenuta nella lettera d'invito, rischia di essere non adeguata al mercato qualora non vi sia simmetria d'informazione con i fornitori più rappresentativi del settore di beni/servizi richiesti. A volte si corre anche il rischio di indire una gara che non suscita alcuna offerta sul mercato per evidente distonia fra domanda e potenziale offerta e ciò comporta un prolungamento dei tempi di approvvigionamento con danni economici rilevanti qualora si debba acquisire, con urgenza, beni/servizi sul mercato intermedio dei grossisti

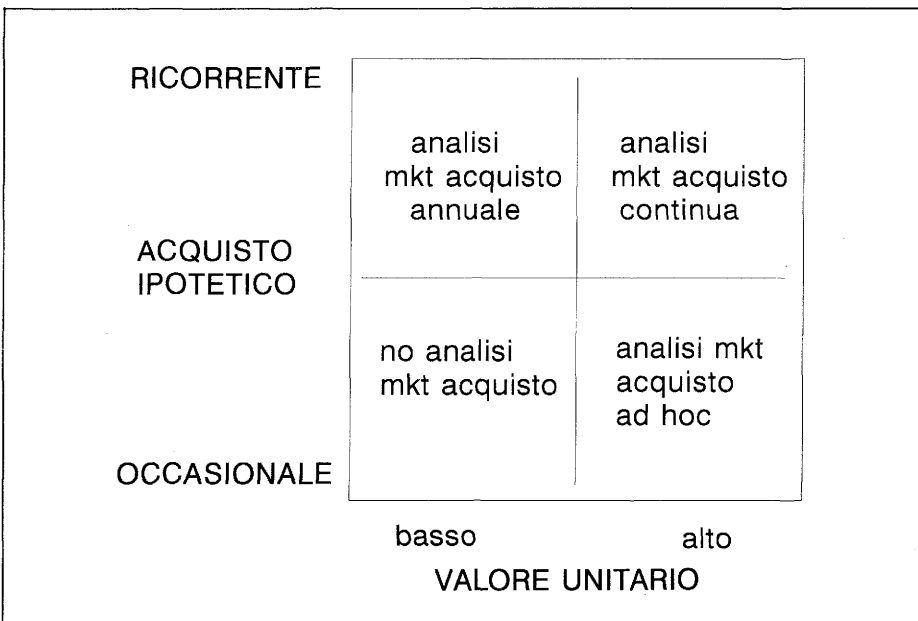


Fig. 6

che solitamente hanno dei prezzi superiori rispetto ai produttori.

La politica di domanda e d'invito ha riflessi anche sulla suddivisione in lotti delle richieste di beni/servizi e sulla loro omogeneità; ciò comporta una serie di difficoltà di rapporto fra U.s.l. e fornitore qualora questi debba rispondere ad una sola parte del lotto a causa della disomogeneità evidente fra i beni/servizi richiesti.

Sul versante interno la politica di domanda e d'invito si basa sulla capacità di ascolto della funzione approvvigionamento rispetto alle richieste dei vari attori (comunque i più significativi) coinvolti nel processo di erogazione dei servizi sanitari; il rapporto configurabile è di tipo negoziale rispetto alla qualità, alla marca dei beni mentre è di tipo consulenziale e maieutico rispetto alle modalità d'acquisto più coerenti alle caratteristiche dei beni richiesti.

All'interno dell'U.s.l. si configura, per alcuni beni/servizi ad acquisto rilevante in termini di quantità/qualità, un rapporto negoziale fra servizio provveditorato/economato e « centro di richiesta » che è l'insieme dei ruoli interni all'U.s.l. che sono coinvolti nel processo di richiesta d'acquisto di beni/servizi e si svolge in tempi antecedenti l'indizione della gara.

Esso è costituito da un utilizzatore, un influenzatore e un controllore che hanno le seguenti caratteristiche operative:

— utilizzatore: è colui che conosce a fondo le applicazioni di un bene o le finalità di un servizio; dà le specifiche tecniche e gestionali alla luce dell'esperienza d'uso del bene/servizio (propria o di altri utilizzatori) e lo colloca nel tessuto operativo dell'U.s.l.;

— influenzatore: è colui che direttamente o indirettamente offre la sua esperienza d'uso del bene/servizio e non è l'utilizzatore coinvolto

nella richiesta d'acquisto. Questa figura può essere interna o esterna rispetto all'U.s.l. ed assume una valenza importante specialmente negli acquisti effettuati per la prima volta o i cui prodotti sono stati modificati rispetto al passato;

— controllore: è solitamente colui che deve verificare la compatibilità della richiesta del bene/servizio rispetto alla disponibilità finanziaria dell'U.s.l. Oltre al controllo amministrativo sulla base del rapporto risorse/impegni si sta sviluppando anche il controllo di gestione inerente il rapporto fra costi/benefici al fine di verificare l'efficacia operativa degli acquisti in termini di risultati del servizio sanitario offerto.

La politica di domanda e d'invito si basa anche sull'analisi del bene/servizio che può essere classificato in prima istanza in termini di prezzo unitario, di previsione complessiva dell'ammontare di richiesta (prezzo per quantità), di analisi ABC rispetto alla criticità per la funzionalità dell'U.s.l. A questi elementi si dovrebbero aggiungere parametri inerenti la qualità, l'affidabilità, le previsioni di consegna ed il contributo che viene dato al funzionamento essenziale ed all'affidabilità globale dell'U.s.l. Per « contributo al funzionamento essenziale » si intende l'insieme delle funzioni primarie e se-

condarie che un bene/servizio offre all'U.s.l.

La funzione primaria è intesa come l'operazione elementare a cui deve assolvere il bene/servizio; qualora ciò non avvenisse il suo valore economico si annulla perché non è di alcuna utilità per l'U.s.l.

Le funzioni secondarie sono quelle componenti che rendono più che proporzionale i risultati operativi e di gestione rispetto all'investimento effettuato oppure possono essere così integrate alla funzione primaria che senza di esse si annulla l'operazione elementare stessa (si pensi per esempio all'appalto di una ristrutturazione della mensa e della conseguente fornitura del servizio mensa dell'ospedale senza la possibilità, da parte del fornitore, di offrire pasti caldi nel periodo in cui si effettuano i lavori strutturali; ciò comporta che i partecipanti alla gara abbiano delle unità produttive vicine alla mensa da ristrutturare per far fronte al periodo di « black-out » operativo).

Per « contributo all'affidabilità globale » si intende l'insieme delle prestazioni che ipoteticamente potrebbero essere richieste per il mantenimento operativo della funzione primaria. L'analisi del bene/servizio, sotto quest'aspetto, implica la capacità da parte dell'U.s.l. di verificare *ex-ante* l'attendibilità reale delle of-

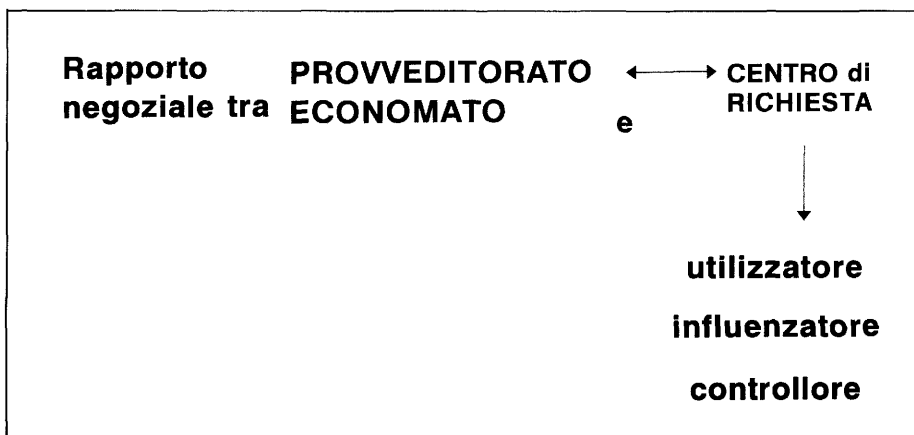


Fig. 7

ferte di servizi accessori dei vari fornitori. Pur cautelandosi tramite penali finanziarie da erogare all'U.s.l. qualora il fornitore non ottemperi all'offerta effettuata in gara, sarebbe di notevole disagio operativo la sospensione dell'attività di un servizio per inadempienza contrattuale e, comunque, obbligherebbe a trovare

soluzioni affrettate e difficili da gestire in situazione d'emergenza con un danno ormai già verificatosi.

Analisi del fornitore

Nell'ambito del rapporto di scambio fra U.s.l. e fornitore esiste una

reciprocità di conoscenza e di analisi che aiuta i due attori della transazione a svolgere meglio il proprio ruolo. Dall'equilibrio fra la domanda e l'offerta di beni/servizi scaturisce il migliore acquisto e la migliore vendita possibile. L'U.s.l., in una logica di marketing all'acquisto, deve identificare i fornitori tramite un'attività di analisi delle caratteristiche e la qualificazione rispetto al mercato.

Ciò permette di scegliere i fornitori (almeno per l'invito alla procedura ristretta o alla procedura negoziata) valutando opportunamente sia i livelli di qualità sia la congruenza dei beni/servizi del fornitore con le reali esigenze dell'U.s.l. Inoltre l'analisi dei fornitori può essere dettata da esigenze di rinnovo di quelli già esistenti, dal fatto che nascono nuovi bisogni oppure il fornitore si sta diversificando e sta abbandonando il mercato pubblico. La caratterizzazione si basa su:

— elementi generali identificabili in via approssimativa nel ruolo giocato dal fornitore in esame e l'assetto dei concorrenti del settore; nella quota di mercato presunta dei vari fornitori rispetto ad un determinato bene/servizio; nell'analisi delle statistiche ufficiali, degli annuari di categoria, dei cataloghi delle fiere e mostre e delle riviste specializzate per aggiornare il profilo dei fornitori e per verificare eventuali ampliamenti del « portfolio » di beni/servizi del settore; nel creare una rete di fonti informative basate sulle considerazioni degli esperti del settore merceologico e degli altri approvvigionatori delle U.s.l., degli eventuali clienti privati;

— elementi specifici identificabili nelle caratteristiche proprie del fornitore e tali da creare un « identikit » specifico basato su:

* ubicazione geografica intesa come sede principale e sedi periferiche per verificare l'accessibilità in ca-

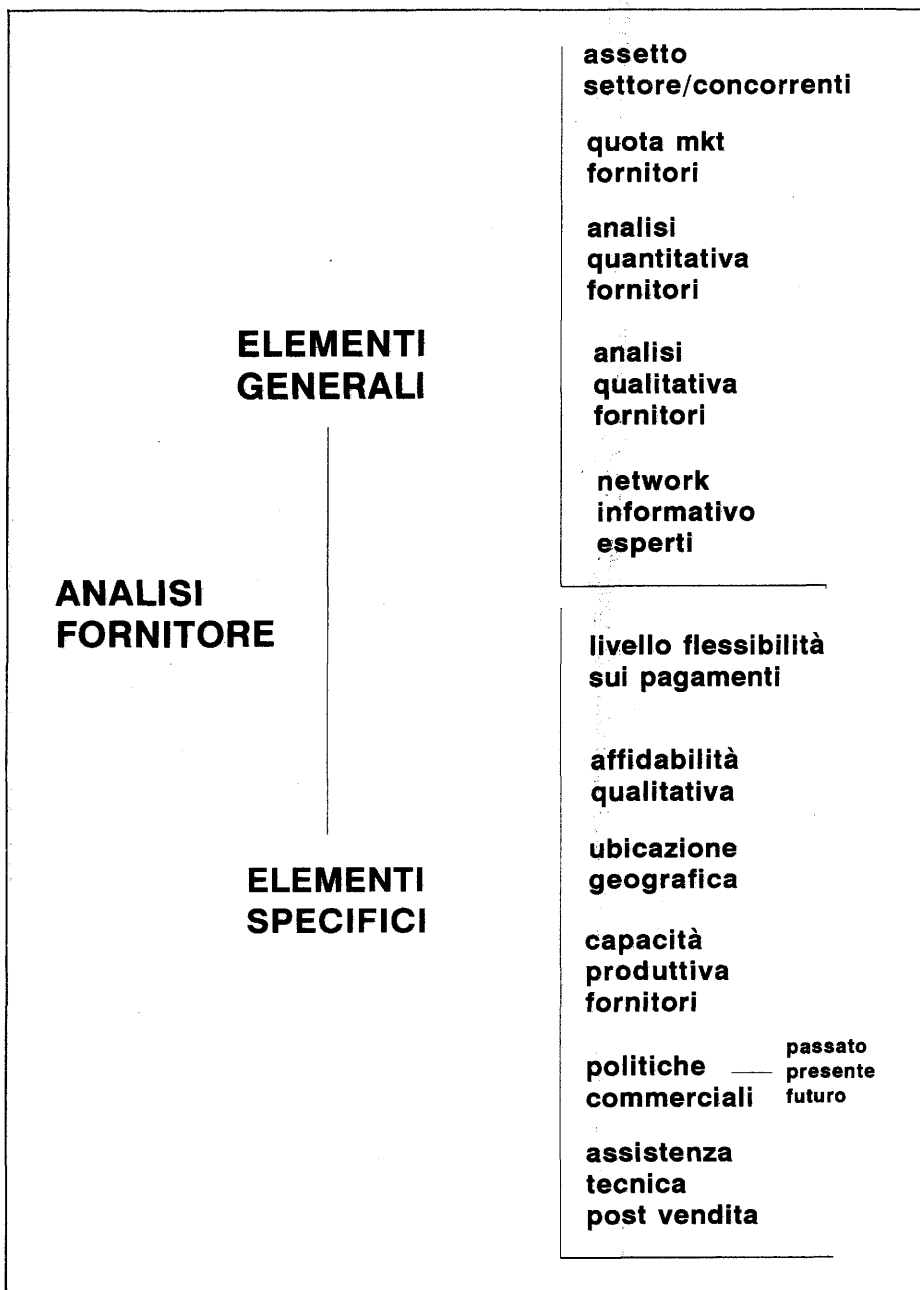


Fig. 8

so di urgenze oppure per ipotizzare una facile ed immediata capacità d'intervento del fornitore qualora sorgesse la necessità;

* capacità produttiva intesa come rapporto fra quantità di produzione, numero di dipendenti, tipologia e qualità delle attrezzature installate; questa informazione è molto importante specialmente nel settore dei servizi per comprendere il livello potenziale del servizio erogato. Infatti se per esempio dovessimo analizzare varie proposte di fornitura di servizi mensa, in presenza di un differenziale elevato fra le varie offerte in termini di numero di persone impiegate nella preparazione dei pasti, nella distribuzione e nella veicolazione dei carrelli, sorgerebbe il legittimo dubbio che la proposta con il minore numero di persone è di

più basso livello a parità di tecnologia oppure ad alto livello di produttività; viceversa per quella con più alto numero di persone addette. Ovviamente tutto ciò si ripercuote sul prezzo di offerta dei pasti;

* politiche commerciali del passato, del presente e del futuro al fine di comprendere se esistono dei margini di vantaggio da recuperare a favore dell'U.s.l. in concomitanza con politiche commerciali di espansione e come tali con agevolazioni nei confronti dei clienti;

* assistenza tecnica post vendita ben organizzata e di pronto intervento;

* livello di notorietà ed immagine presso le altre U.s.l.;

* affidabilità qualitativa delle consegne ripartite e mantenimento degli standard concordati; analisi del-

le forniture effettuate presso altri enti;

* livello di flessibilità temporale sui pagamenti e sulla prassi di messa in mora in caso di ritardati pagamenti.

Da questi elementi deriva la possibilità di creare un « rating » del fornitore ponendo a confronto rispetto alle prestazioni dei vari fornitori la percentuale ottimale e la percentuale standard.

L'elenco delle prestazioni individuate può essere comune a tutte le categorie di fornitori oppure può variare individuando categorie di fornitori con specifiche prestazioni oppure con le stesse prestazioni, ma con pesi diversi rispetto alla percentuale ottimale. Il rating del fornitore è calcolato tramite la formula $(100-X)/100$ e quanto più alto è il punteggio da mettere al posto di X tanto più si incrementa il valore del fornitore. Sostanzialmente la percentuale standard si avvicina alla percentuale ottimale.

% ottimale	rating del fornitore rispetto ad una linea di beni/servizi (ad un bene/serv)	% standard del fornitore in esame
.....	* capacità produttiva
.....	* livello di qualità del bene/servizio
.....	* ubicazione del fornitore
.....	* servizio post vendita
.....	* garanzia
.....	* solidità finanziaria
.....	* livello servizi di manutenzione
.....	* professionalità degli addetti
.....	* prezzo
100	TOTALE	50

Fig. 9

$$\text{RATING DEL FORNITORE} = \frac{100 - X}{100}$$

Fig. 10

Altro elemento di analisi del fornitore è il giudizio inerente il comportamento storico del fornitore riguardo a:

— costo di contrattazione e acquisto/importo della fornitura;

— penalità per mancata erogazione di servizi/importo della fornitura.

Politica dell'offerta economicamente più vantaggiosa

Questa leva di marketing all'acquisto della U.s.l. si fonda sulla interpretazione del concetto di aggiudicazione in base alla lettera b) dell'art. 15 della legge 113/81 che così

recita: « Le forniture previste dalla presente legge sono aggiudicate in base ad uno dei seguenti criteri: a)...; b) a favore dell'offerta economicamente più vantaggiosa, valutabile in base ad elementi diversi, variabili a seconda della natura della prestazione, quali il prezzo, il termine di esecuzione o di consegna, il costo di utilizzazione, il rendimento, la qualità, il carattere estetico e funzionale, il valore tecnico, il servizio successivo alla vendita e l'assistenza tecnica... ». Da questa legge si evince che è necessario, prima di formulare il bando e le eventuali lettere d'invito, domandarsi quali sono le caratteristiche più significative e funzionali da valutarsi per la fornitura di beni/servizi.

Ciò è possibile farlo con cognizione di causa e con forte approssimazione incrementale verso l'ottimalità

se il mercato di riferimento è conosciuto e se i fornitori di alta affidabilità sono stati catalogati in funzione dei loro punti di forza. Tutti i criteri citati nell'articolo sopraindicato hanno in sé la potenzialità di essere articolati in vari altri criteri e sottocriteri, in modo flessibile e coerente con la politica d'acquisto di cui l'Unità sanitaria locale si vuole dotare. Pertanto il prezzo che ha sempre vincolato in modo decisivo l'acquisto di beni/servizi spesso mortificando la qualità in un settore, come quello sanitario, ove essa è di estrema importanza, ora è considerato come uno dei criteri che può essere valutato con un coefficiente superiore, uguale o inferiore rispetto agli altri criteri. L'imputazione variegata dei coefficienti ai vari criteri di aggiudicazione sarà un altro specchio dell'impostazione in chiave di

« marketing all'acquisto » dell'Unità sanitaria locale.

Conclusioni

L'U.s.l. può adottare una politica d'acquisto sulla base di un approccio di marketing all'acquisto.

Esso si articola in politica di comunicazione verso il mercato, politica di domanda e d'invito, analisi del fornitore e politica dell'offerta economicamente più vantaggiosa.

Da queste considerazioni si deduce che è possibile, pur ottemperando ai vincoli della normativa, creare i presupposti per aumentare il livello di efficacia dell'attività d'acquisto nella logica economico aziendale che stabilisce l'importanza della combinazione delle risorse acquisite che si ripercuote sui livelli di qualità dei servizi sanitari offerti.

LA SPESA DELL'U.S.L. CON RIFERIMENTO AGLI APPROVVIGIONAMENTI DI BENI E SERVIZI

di Giuseppe Molignini*

SOMMARIO: 1. Tipologia di spesa - 2. Modalità di spesa - 3. Le procedure per la selezione del contraente - 4. Le spese in economia - 5. I regolamenti nella spesa dell'U.s.l.

Tipologia di spesa

L'U.s.l., come ogni ente o azienda, per il raggiungimento dei fini che la legge le attribuisce, ha necessità di approvvigionarsi di beni e servizi; intendendo per beni tutte quelle entità che servono a soddisfare direttamente bisogni, mediati o immediati, dell'U.s.l. e dei suoi utenti e per servizi la varia combinazione di beni e opera dell'uomo. Il tema della distinzione fra beni e servizi sarà approfondita in prosieguo, anche alla luce e con l'ausilio di alcune direttive della C.E.E. Quello che importa qui è di definire la spesa dell'U.s.l., sia sotto l'aspetto della tipologia che della modalità di attuazione.

Leggendo un bilancio, che è il documento fondamentale per la gestione dell'U.s.l., si notano, nella parte « uscite » (per non soffermarsi che brevemente su questa problematica, facendo totale rinvio al D.P.R. 14 luglio 1980 n. 595), fondamentalmente tre tipi di spesa: la spesa corrente, quella per movimento capitale o per investimento e quella per partite di giro. La spesa corrente, a sua volta, si articola in diverse categorie: spesa per gli organi dell'U.s.l., per il personale, per l'acquisto di beni e servizi, per trasferimenti ad altri enti, interessi passivi, poste correttive dell'entrata, per liti, arbitrati, risarcimenti, ecc.;

la spesa per investimenti, si ripartisce in: spesa per l'acquisto o la costruzione di immobili, per l'acquisto di impianti ed attrezzature, per l'adattamento, la trasformazione, la ristrutturazione ed altri interventi di manutenzione straordinaria di immobili, di attrezzature ed altri beni mobili. Le spese per partite di giro o per conto di terzi, sono quelle che l'U.s.l. sostiene ma che non subisce a suo carico, perché effettuate per conto di altri: spese per ritenute previdenziali ed assistenziali al personale, per ritenute erariali, per premi di riscatto ad enti previdenziali, per altre ritenute al personale per conto terzi, depositi cauzionali, anticipazioni di fondi per servizi di economato, altre spese per conto di terzi, ecc. Quanto fin qui esposto è volto a dare un'idea della tipologia di spesa, non già a spiegare la configurazione del bilancio preventivo o del conto consuntivo. Proprio perché non ci si sta occupando né di bilancio né di finanziamento dell'U.s.l. non si toccherà il vasto problema del finanziamento delle predette tipologie di spesa e della dicotomia rispetto al finanziamento delle spese relative alle aziende private. Nel caso del finanziamento delle spese degli enti pubblici, come è noto, ci si trova di fronte ad una netta separazione fra fonti di finanziamento delle spese correnti e fonti di finanziamento delle

spese di investimento, con una diversità anche nelle cadenze di erogazione; netta separazione che fa pensare persino alla distrazione di fondi, se delle somme destinate per uno scopo vengono utilizzate per un altro! Ciò sta bene se si perseguita l'utilizzo di fondi destinati agli investimenti a favore della spesa corrente, ma non viceversa. Soprattutto se si considera che, dal 1981 al 1990, per gli investimenti, è stato destinato nemmeno il 3% del valore della spesa corrente (anche tenuto conto dei finanziamenti per la costruzione di immobili, per gli ospedali di alcune U.s.l.), con effetti distorsivi sul patrimonio delle U.s.l. e sulla gestione delle stesse che, come detto sopra, non è qui il caso di approfondire. Si badi bene che la normativa contabile e finanziaria dei disciolti enti ospedalieri prevedeva la possibilità che si investisse fino al 4% della spesa corrente, da porre a carico della retta che, lo si ricorda, costituiva la fonte di finanziamento dell'ente ospedaliero. Qui di seguito si espone, in sintesi, la composizione, espressa in percentuale, della spesa corrente, riferita ad un gruppo di U.s.l. osservato dallo scrivente e relative all'esercizio 1990.

* **Giuseppe Molignini** è coordinatore amministrativo della U.s.l. 66 di Cinisello Balsamo (MI).

Voce di spesa	%
— Personale dipendente.....	51,00
— Convenzionata.....	20,70
— Beni e servizi.....	24,00
— Altre	4,30

Modalità di spesa

Nell'U.s.l., come in ogni altro ente pubblico, si annotano quattro modalità di spesa. La prima può essere definita fissa, *obbligatoria*, continuativa, ecc. Costituiscono esempi di questa modalità di spesa, gli stipendi ai dipendenti, le imposte, gli oneri derivanti da sentenze, ecc.; la seconda modalità attiene alla spesa appositamente e *preventivamente autorizzata* e solitamente gestita tramite *contratto*, per la quale, per individuare l'altro contraente, è stata espletata apposita gara; la terza modalità di spesa riguarda la cosiddetta *spesa in economia*, in cui l'ente si approvvigiona da un fornitore, senza che con lo stesso abbia stipulato un contratto e senza che sia stata espletata una gara per individuarlo; la quarta modalità è rappresentata dalle *minute spese economiche*: una sorta di spesa in economia ma di dimensione più ridotta. È una modalità, quest'ultima, che è volta ad approvvigionare l'U.s.l. dei beni o di servizi più svariati, in maniera immediata. Di seguito si tratterà della seconda e della terza modalità di spesa. Per brevità si accennerà alla quarta e si trascurerà la prima.

Le spese preventivamente autorizzate e gestite tramite contratto sono quelle cui si annette più importanza e ciò sia in relazione al fatto che le regole che presidono alla loro gestione sono meno codificate (si pensi, ad esempio, a come lo sono invece quelle che presidono alla selezione ed assunzione del personale dipendente), sia in relazione all'entità del singolo contratto (spesso si tratta di miliardi) ed alla conseguente responsabilità che ricade su chi la gestisce.

Si sta parlando naturalmente di

contratti passivi per l'U.s.l. e di diritto privato (diversi dai contratti aventi oggetto di diritto pubblico, quali ad esempio le convenzioni fra U.s.l. e istituzioni sanitarie pubbliche o private; i contratti di pubblico impiego dei dipendenti dell'U.s.l., ecc.), di quei contratti in cui l'U.s.l. opera nel campo della capacità di diritto privato quale: la compravendita (art. 1470 del c.c.), la locazione (art. 1607 del c.c.), la somministrazione (art. 1559 del c.c.) e l'appalto (art. 1655 del c.c.). La preventiva autorizzazione alla spesa e la stipula del contratto nella pubblica amministrazione e nell'U.s.l. devono costituire la regola; il riconoscimento di debito l'eccezione, che interviene comunque in corrispondenza del divieto, anche per la pubblica amministrazione, dell'indebito arricchimento.

Si è detto che il secondo tipo di spesa è, solitamente, gestita tramite contratto, perché non sempre ne viene stipulato uno; sempre, però, per questa modalità di spesa, viene « formata » un'autorizzazione *ad hoc*, che precede la sua ordinazione. Sia che si abbia la stipula di un contratto, sia che non si addivenga a tale sottoscrizione (in questo caso l'ordine, la corrispondenza commerciale, ecc., sostituiscono il contratto). In omaggio al principio della trasparenza, della legalità, dell'equità, della convenienza per l'U.s.l. (sempre da dover dimostrare) e della *par condicio* di tutti quelli che trattano con la pubblica amministrazione, occorre che la controparte dell'U.s.l. sia scelta con una particolare procedura detta gara. L'U.s.l. quindi agisce sì nel campo della sua capacità di diritto privato, ma sotto l'influsso del diritto amministrativo. Il contratto dell'U.s.l. quindi è disciplinato da due categorie di norme giuridiche: quelle di diritto amministrativo e quelle di diritto civile. Le norme di diritto amministrativo fissano le procedure che l'U.s.l. deve rispettare, per esercitare la sua facoltà contrattuale e producono effetto anche nei confronti del pri-

vato contraente. Le spese dell'U.s.l., oggetto di contratto, o di autorizzazione preventiva, possono riguardare l'acquisto di beni, l'acquisto di servizi e la realizzazione di opere (i cosiddetti lavori pubblici).

Le procedure per la selezione del contraente

Il sistema delle fonti normative è delineato dalle direttive del Consiglio della C.E.E., dalle leggi nazionali e, attraverso l'art. 50 della legge 23 dicembre 1978 n. 833 — istituzione del Servizio sanitario nazionale — dalle leggi emanate dalle Regioni (non si entra nel merito della disputa: se le Regioni hanno o no potestà legislativa in materia di contratti), in osservanza comunque dei principi contenuti in altre disposizioni statali e segnatamente nel R.D. 23 maggio 1924 n. 827.

In base al predetto sistema delle fonti normative, nella U.s.l., si hanno i seguenti tipi di gara:

a) per appalti pubblici di fornitura di beni ed eventualmente installazione, per importo pari o superiore all'equivalente di 200.000 Ecu (alla fine del 1991 lire 303.114.000), si applica la direttiva del Consiglio delle C.E.E. 77/62 e successive modificazioni, nonché la legge italiana di recepimento, del 30 marzo 1981 n. 113;

b) per gli acquisti di beni al di sotto di 200.000 Ecu si applica la legge nazionale e quella regionale, ispirata quest'ultima, come detto sopra, al R.D. 827/24. Anche se le norme di principio contenute nella predetta legge 113/81 si devono comunque intendere applicabili;

c) per gli appalti pubblici di servizi si applicano le sole leggi nazionali o regionali, in quanto la direttiva C.E.E. in materia di servizi non è ancora in vigore;

d) per gli appalti di lavori pubblici, di importi pari o superiori a 5.000.000 di Ecu (al 31 dicembre 1991 lire 7.577.850.000), si applica la diret-

tiva C.E.E. 71/305 e successive modificazioni, recepita con legge 8 agosto 1977 n. 584;

e) per gli appalti di lavori di importo inferiore alla cifra di cui al precedente punto si applicano le norme nazionali: R.D. 827/24, la legge 14/73, ecc. e le norme regionali. Va chiarito che il valore dell'Ecu da prendere a base per la determinazione dei limiti di valore sopra accennati: 200.000 e 5.000.000 di Ecu, non è quello giornaliero, ma la media delle quotazioni giornaliere dei 24 mesi precedenti. Come si è detto sopra, fino al 31 dicembre 1991, il valore medio dell'Ecu era di lire 1.515,57.

Occorre ora fare due precisazioni: la prima per spiegare cosa si intende per fornitura. La normativa nazionale non chiarisce questo concetto, mentre la direttiva 77/62, così come modificata dalla 88/295 (quest'ultima, che doveva essere recepita dall'Italia entro il 1° gennaio 1989, è stata recepita solo in data 15 gennaio 1992, con decreto legislativo n. 48), ne dà una definizione precisa: contratto a titolo oneroso, avente per oggetto l'acquisto, il leasing, la locazione, l'acquisto a riscatto, con o senza opzione per l'acquisto, compresi i lavori di installazione. Fra l'altro questa direttiva dà la possibilità di includere nelle disposizioni giuridiche la nozione di leasing che tanto spaventa taluni amministratori o dirigenti di U.s.l.; la seconda per chiarire quando si è in presenza di appalto per servizio. È ormai acquisito il fatto che si è in presenza di appalto di servizio quando il valore della mano d'opera, incorporato nel servizio, supera il valore dei beni. In presenza di un appalto di fornitura si applicano obbligatoriamente le disposizioni contenute nella direttiva 77/62 o, se si vuole, la legge 113/81, con tutto quello che comporta, in tema di pubblicità della gara, di criteri per la preselezione e di aggiudicazione. Ma, atteso il costante ritardo con cui l'Italia recepisce le direttive C.E.E., non solo nel campo che si sta trattando, che valore hanno le direttive medesi-

me, nelle more del recepimento? Fin dal 1984, la Corte cost. ha chiarito che esse vanno applicate sia dalla pubblica amministrazione che, direttamente, dal giudice. E non solo: anche dopo il recepimento, in caso di contrasto fra la norma italiana e quella comunitaria, prevale quella comunitaria. Esempi di contrasto e di errato recepimento in Italia se ne sono avuti, con conseguenze di non poco conto.

Così come, attraverso la diffusione del contenuto delle direttive C.E.E. sopra menzionate, è stato definito il concetto di fornitura ed è stato stabilito quando si deve parlare di fornitura e quando di servizio (per inciso la normativa comunitaria definisce genericamente servizio anche i lavori), è stato definito il criterio in base al quale si determina il limite di valore fissato dalla C.E.E. e di conseguenza dal legislatore nazionale in sede di recepimento. Con la direttiva 88/295 infatti e con il suo recente recepimento (decreto legislativo 15 gennaio 1992 n. 48, già citato) è stata sancita con chiarezza la modalità di calcolo del valore da prendere a base per stabilire se si applica o no la direttiva, se si eguagliano i 200.000 Ecu; sia per i contratti a durata determinata sia per quelli di durata indeterminata (ove consentito dalla legge, perché, come si sa, il contratto in Italia, di norma, deve avere scadenza certa e non può superare i nove anni di durata. Molte leggi regionali destinate alle U.s.l. hanno ristretto questo limite), in cui si prende a base il valore mensile moltiplicato per 48; in caso di forniture ripartibili in lotti, si prende il valore di tutti i lotti; in caso di locazione finanziaria o di acquisto a riscatto, si tiene conto anche del valore residuo; quando una fornitura prevede opzioni (o migliorie più costose rispetto alla proposta di capitolato speciale, sempre possibile, se ben specificato nella lettera di invito alla gara o nel bando), si conteggiano anche queste; non è possibile frazionare artificiosamente la fornitura per evadere la direttiva; nel caso in cui non sia certo il va-

lore a base d'asta, si prendono a riferimento i dati statistici dei periodi precedenti a quello nel quale avrà valore l'appalto in corso di espletamento. Va da sé che non sono accettabili le frasi generiche che annunciano che il valore a base d'asta è puramente indicativo, perché il valore « puramente indicativo » trova il suo limite nel cosiddetto quinto d'obbligo, di cui all'art. 11 del R.D. 2440/1923.

Sulla base del sopra esposto sistema normativo, risultano definite le procedure da seguire per la scelta del contraente:

si parla perciò di *procedura aperta*, equivalente al pubblico incanto (o asta pubblica), con la quale, attraverso un bando, ci si rivolge alla pluralità di persone o imprese le quali, se in possesso dei requisiti richiesti nel bando, presentano offerta scritta, con le formalità previste nello stesso bando e di legge;

di *procedura ristretta*, equivalente alla licitazione privata ed all'appalto concorso, con la quale ci si rivolge ad un numero preselezionato di persone, ditte o imprese che, previa consultazione di apposito bando pubblicato dall'U.s.l., hanno fatto domanda per essere invitate a formulare offerte;

di *procedura negoziata*, equivalente alla trattativa privata.

Anche per questa procedura è previsto un bando (è questa la novità rispetto alla trattativa privata già in uso in Italia) e ci si rivolge ad un numero ristretto di persone o imprese scelte dall'amministrazione. Una volta la trattativa privata si svolgeva senza alcun vincolo, purché ne fosse stata giustificata la ragione dell'indizione nella delibera cosiddetta a contrattare, che è il primo atto che l'U.s.l. deve compiere sulla via della complessa procedura di gara.

I termini appena sopra usati sono quelli che vengono riportati dalle direttive C.E.E. e dalle leggi nazionali. Per la prima volta il legislatore nazionale, nel decreto legislativo più volte citato 48/92, che recepisce la direttiva 88/295, usa tutti e due le termino-

logie: quella comunitaria e quella italiana. Per la verità, se egli avesse abbandonato la vecchia dicitura nazionale (pubblico incanto, licitazione privata, appalto concorso, trattativa privata), avrebbe dato un contributo di chiarezza che in questo campo si sarebbe fatto apprezzare sicuramente. Non si comprende infatti per quale ragione è stato mantenuto in vita l'appalto concorso, dal momento che nulla vieta che in una gara espletata con procedura aperta o ristretta si chieda al fornitore (detto, in fase di domanda di partecipazione, richiedente e, in fase di offerta, offerente) la redazione del progetto e dal momento che, sia la procedura aperta che quella ristretta, prevedono i due criteri di aggiudicazione: unicamente al prezzo più basso o a favore dell'offerta economicamente più vantaggiosa, in base a diversi elementi di valutazione a seconda dell'appalto di cui trattasi: quali il prezzo, il termine di consegna, il costo di utilizzazione, il rendimento, la qualità, il carattere estetico e funzionale, il valore tecnico, il servizio successivo alla vendita e l'assistenza. Che cosa si può chiedere in più con l'appalto concorso, che giustifichi il rischio di confusione e di mancanza di trasparenza? Non sono poche le amministrazioni pubbliche le quali sostengono ancora che la licitazione privata equivale alla procedura ristretta, con il criterio di aggiudicazione che tiene conto del solo prezzo più basso, mentre l'appalto concorso equivarrebbe alla procedura ristretta, con criterio di aggiudicazione che tenga conto del prezzo e dei diversi altri elementi sopra citati. Ma queste interpretazioni sono completamente errate. A cosa si dovrebbe paragonare la procedura aperta che contempli il criterio di aggiudicazione riferito non solo al prezzo più basso, ma all'offerta complessivamente ed economicamente più vantaggiosa?

Le cose fin qui evidenziate costituiscono le novità più salienti introdotte dalle direttive C.E.E. e della normati-

va nazionale di recepimento, rispetto alla precedente normativa nazionale e regionale di riferimento, unitamente alle norme sulla pubblicità (tre quotidiani, la G.U. della Repubblica italiana e la G.U. della C.E.E.) ed alle norme sulla preselezione, totalmente assenti nelle disposizioni legislative italiane precedenti. Per il resto, fatta qualche altra puntualizzazione sui tempi, sull'avviso, entro tempi stabiliti, agli aggiudicatari (primo e secondo classificato), si può fare rinvio al R.D. 827/24: seggio di gara, commissione di aggiudicazione, ufficiale rogante, ecc. Un doveroso cenno va fatto al contenuto della legge 8 giugno 1990 n. 142 ed al contenuto del D.L. 6 febbraio 1990 n. 35, convertito in legge 4 aprile 1990 n. 111, in materia di presidenza delle commissioni di gara che, come è noto, competono a funzionari e non più ad amministratori.

Le spese in economia

Questa modalità di spesa (la terza fra quelle elencate, annotate nel secondo paragrafo di questo scritto) tratta di quelle acquisizioni in cui, la pubblica amministrazione (o la U.s.l.), senza alcuna autorizzazione preventiva (salvo che non si voglia considerare tale il regolamento di cui si discorrerà nel successivo paragrafo), senza gara e senza alcun contratto, si rivolge di volta in volta ad un fornitore e gli ordina il bene o il servizio che le necessita. Dovrebbe costituire l'eccezione, rispetto alla regola rappresentata dalla gara e dal successivo contratto. Purtroppo, allo stato attuale, la spesa in economia rappresenta, per molte U.s.l., una percentuale molto alta di incidenza rispetto alla spesa complessiva. Si parla del 6/7%. Se si considera che, della spesa complessiva, oltre il 50% è riservato al personale, il 20,70% alla convenzionata in generale (medicina generale, specialistica convenzionata interna, specialistica convenzionata esterna, case di cura), ci si rende conto che buona parte dei beni

e servizi viene acquistata con questa forma, con grave nocimento, se non all'economicità della gestione, al principio della trasparenza ed alla legalità.

Detto questo e dopo aver auspicato che l'entità di questa spesa si riduca drasticamente, sostituendola con quella preventivamente autorizzata e coperta da contratto, occorre qui dire con che modalità la spesa in economia viene effettuata. In primo luogo va detto che essa può essere effettuata direttamente dall'organo deliberante (ora dall'amministratore straordinario), con propri provvedimenti, di volta in volta proposti dall'ufficio addetto agli acquisti dell'U.s.l. o attraverso un funzionario delegato. Quest'ultima figura è stata mutuata dallo Stato il quale, non potendo essere presente con tutti i suoi organi centrali sull'intero territorio di influenza, delega propri funzionari ad effettuare alcune spese. Il funzionario delegato può ordinare soltanto la spesa; può ordinarla, liquidarla e pagarla; oppure può soltanto pagarla. Nel caso in cui egli deve pagare, avrà dei fondi accreditati su di un conto presso una banca o ufficio postale, ai quali attingere per effettuare i pagamenti in questione e dei quali deve rendere conto nelle modalità previste nel regolamento. Le spese in economia traggono origini dal campo dei lavori pubblici. Spesso, in questo settore, si realizzavano opere, utilizzando le risorse a disposizione: operai, materiali, ecc., evitando l'intervento dell'imprenditore, con conseguente risparmio, in quanto non si retribuiva l'utile dello stesso. Questo era uno dei vantaggi, l'altro era rappresentato dal fatto che si eliminavano i formalismi e le lungaggini procedurali. Lo svantaggio era rappresentato dal fatto che impegnava l'apparato dell'ente in campi in cui era meno esperto dell'imprenditore. Si è comunque detto che la spesa in economia deve rappresentare l'eccezione. La regola deve essere rappresentata dal contratto ed è necessario che essa sia regolamentata in tutti i suoi aspetti.

I regolamenti nella spesa dell'U.s.l.

Quando una materia è diventata oggetto di una pluralità di disposizioni normative, allo scopo di mantenerla sotto controllo, di avere un comportamento lineare rispetto ai problemi che la investono e darle il massimo della trasparenza, è necessario che essa sia coordinata da un regolamento.

La gestione della spesa nell'U.s.l., dovendo ricercare la conformità addirittura rispetto a tre livelli di norme: la comunitaria (non a caso viene elencata per prima), la nazionale e la regionale, è la tipica materia che deve essere sistematicizzata con un regolamento.

Nel recente passato, presso l'U.s.l., si è reso necessario avere, ad esempio, il regolamento per gli acquisti in economia o servizi in economia, per dirla con Massimo Severo Giannini. In esso si elencavano i casi per i quali si era autorizzati ad accedere a questa modalità di acquisto (da non confonderli con quelli per i quali era ed è consentito accedere alla trattativa privata, ora procedura negoziata, perché questa è comunque una procedura di gara che autorizza preventivamente una spesa alla quale autorizzazione, spesso, segue un contratto. Con la trattativa privata la spesa in economia ha alcune analogie: la spesa in economia contiene comunque una trattativa privata. La trattativa privata non sempre sfocia in una spesa in economia); i beni o i servizi che si potevano acquisire in economia, la cifra che non bisognava superare per singola spesa; la cifra mensile entro la quale occorreva contenerla; la cifra annua; il nome e il cognome del funzionario preposto o delegato; le modalità di rendicontazione; il tipo di responsabilità cui andava incontro il funzionario, ecc.

Altro esempio di documento complesso, regolante materia omogenea, è rappresentato dal capitolato generale d'appalto per le opere di competenza del Ministero dei lavori pubbli-

ci, emanato con D.P.R. 16 luglio 1962 n. 1063, imposto anche alle U.s.l., per la realizzazione di opere pubbliche. Proprio questo capitolato generale ha stimolato in molti l'idea di emanare capitolati generali, da affiancare al capitolato speciale riguardante la singola gara.

La legge 142/90 già citata, all'art. 59, proprio in materia di contratti per i Comuni, richiede un regolamento, così come obbliga l'ente locale ad approvare il proprio statuto. La legge 241/90, prevede anche essa, in omaggio alla trasparenza ed all'efficienza della pubblica amministrazione, l'emanazione di un regolamento per la gestione di ogni procedimento amministrativo.

Sulla base delle considerazioni di cui appena sopra, si rende indispensabile che l'U.s.l. si doti di un documento per la gestione della spesa ed in ossequio al principio dell'economia degli atti, può essere, nella fattispecie dell'U.s.l., unico. Il corpo complessivo riguarderà il più vasto campo del procedimento amministrativo, con l'individuazione del responsabile dello stesso; l'individuazione di tutti i partecipanti; la regolamentazione per l'accesso, da parte degli interni e degli esterni all'U.s.l.; la tempistica e le modalità con le quali l'U.s.l. deve dare risposte concrete e puntuali a chi le si rivolge (con l'indicazione della persona fisica responsabile di qualsivoglia procedimento o documento), sia a livello individuale (compreso l'eventuale dipendente dell'U.s.l.) che a livello di associazione portatrice di più vasti interessi. Una sezione di questo regolamento, ex legge 241/90, può essere dedicato alla materia oggetto di questo scritto: la gestione degli approvvigionamenti.

In questa sezione si individueranno *i principi generali; le funzioni e le competenze* (organi elettivi, ufficiale rogante, commissioni di gara); *la progettazione, gli studi di fattibilità, il capitolato speciale, gli incarichi professionali; le procedure di scelta del*

contraente (delibera a contrattare; approvazione del progetto; forme di contrattazione; le procedure aperte, ristrette, negoziate e, nell'ambito di queste, il bando di gara, l'estratto, la lettera di invito ove prevista, di mancato invito, di comunicazione all'aggiudicatario ed al secondo in graduatoria); *il contratto* (documentazione antimafia; deposito cauzionale; registrazione; diritti di rogito; interpretazione del contratto, ecc.); *l'esecuzione del contratto* (subappalto; pagamento di anticipazione; consegna lavori, variazione all'opera; modalità di pagamento, anche ai sensi dell'art. 5 della legge 407/90; revisione prezzi; contabilità dei lavori; collaudo; responsabilità. Quanto alla responsabilità sulle procedure di gara, non va trascurato il fatto che recentemente la Comunità economica europea ha stabilito gravi sanzioni a carico di chi determina, erroneamente, l'esclusione di un fornitore da una gara d'appalto); *norme transitorie*.

Per la rilevanza che la materia ha assunto, alla luce del sistema normativo sopra delineato, è necessario sia istituito un ufficio contratti al quale affidare il coordinamento e la programmazione di tutta l'attività concernente le procedure di gara, d'intesa con i responsabili di servizio e di altre unità operative amministrative.

Nel regolamento in questione, al punto commissioni, occorrerà precisare la modalità di individuazione del presidente.

Stante la dizione « di norma » contenuta nel decreto legge n. 35 del 1991, convertito in legge n. 111 del 1991, l'amministratore straordinario (per ora, o l'amministratore dell'Unità sanitaria locale in generale, dopo la riforma), può presiedere la commissione di gara, purché l'atto deliberativo relativo contenga le motivazioni. Le presidenze dei funzionari è bene siano affidate ad apicali ed a rotazione.

Il responsabile dell'ufficio contratti dovrebbe far parte di diritto delle suddette commissioni.

COSTO DELL'ABBONAMENTO PER L'ANNO 1992: L. 120.000

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **MECOSAN** Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e dà diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla soc. 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 30 marzo dell'anno a quello cui la conferma si riferisce, la soc. editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 aprile 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% (duepercento) mensile, sul prezzo di abbonamento. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuare il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento dell'abbonamento, per essere considerato immediatamente liberatorio, dovrà essere effettuato con versamento sul:

c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** - Viale Parioli, 77 - 00197 ROMA

Il prezzo di abbonamento per l'anno 1992 è fissato in:

L. 120.000 per l'abbonamento ordinario

In caso di **abbonamento plurimo** (+ 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 gg. dall'ultimo giorno del trimestre di riferimento del fascicolo; la soc. 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. 35.000).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla soc. editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Le richieste di mutamento di indirizzo vanno accompagnate da L. 1.000 in francobolli.

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali d'impresa.

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 1992
- fotocomposta da **Giuseppe Fratini**, v.lo Empolitana, 2/a, Tivoli, Tel. 0774/330259, Fax 0774/330260
- stampata dalla **Grafica Ripoli**, v.lo Empolitana, 2, Tivoli, Tel. 0774/22775, Fax 0774/22775
- spedita in abbon. postale gruppo IV/70% - Aut. P.T. Roma
- prezzo di una copia: L. 35.000
- associata all' 

Proprietà letteraria riservata

Gli articoli firmati esprimono l'opinione dei singoli autori e non della direzione della rivista. La rivista non assume alcuna responsabilità per le notizie di cui è citata la fonte.

Le riviste in cambio e le opere per recensione (queste ultime in triplice copia) vanno inviate alla direzione della rivista.

La direzione è grata a tutti coloro, che ritengono utile collaborare con la redazione della rivista. I manoscritti non si restituiscono anche se non pubblicati.

Gli articoli sono protetti dalle norme sui diritti di autore. Ne è vietata la riproduzione sotto qualsiasi forma.

Modalità di abbonamento:

Per abbonarsi per l'anno 1992 versare l'importo di L. 120.000 mediante c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** - Roma o inviare assegno circolare o bancario, non trasferibile, intestato a **SIPIS** - 00197 Roma - Viale Parioli, 77.

L'abbonato ha diritto — dietro rimborso delle spese postali e di fotocopie — di richiedere, entro 60 giorni dall'ultimo giorno del mese, individuando il fascicolo, gli « articolati » delle proposte di legge presentate in Parlamento, eventuali « allegati » a leggi, rapporti, pareri, che **MECOSAN**, per ragioni di spazio, è costretta a pubblicare solo in parte. L'abbonato potrà, anche mediante fax, richiedere notizie sul corso di provvedimenti legislativi regionali.

Pubblicità:

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