

Comitato scientifico

Emidio Di Giambattista (coordinatore)
Procuratore generale della Corte dei conti

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Elio Borgonovi
Ordinario di economia delle 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

Marco Meneguzzo

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

Boston: **Gustav Schacter** Department of economy Nord Eastern University - Boston

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77

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

Redazione

20136 MILANO - Via Balilla, 18

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

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:

Sez. 1^a - Saggi e ricerche

6 **L'Italia, la sanità e l'Europa**
di Elio Borgonovi

10 **La determinazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria: alcune questioni preliminari**
di Nerina Dirindin

16 **Pubblico e privato in sanità**
di Tiziano Carradori - Eugenio Di Ruscio - Arnaldo Oneto

Sez. 2^a - Documenti e commenti

26 **La Regione fulcro del sistema di sanità pubblica**
di Antonello Zangrandi - Alessandro Tonti - Federica Bandini

34 **Gli atti della regione Marche**

41 **Qualità ed efficienza per la rete ospedaliera della Lombardia**

43 **Progetto di ristrutturazione della rete ospedaliera lombarda**

56 **Gli atti della regione Emilia-Romagna in attuazione alla legge n. 412/91**

Sez. 3^a - Esperienze innovative

64 **Uno strumento di comunicazione integrata per il monitoraggio dei processi di erogazione**
di Valeria Rappini e Renato Ruffini

76 **Il miglioramento della qualità del servizio in una U.s.l.**
di Atos Miozzo

Sez. 4^a - Notizie dal mondo

86 **La sanità in Polonia**
di Katarzyna Tymowoska e Marian Wisniewski

93 **L'assistenza infermieristica nel Regno Unito: rischi e opportunità**
di Lois Crooke e Malcom Lowe-Lauri

Sez. 5^a - Sanità e impresa

100 **Logica e applicazioni della valutazione economica nel settore farmaceutico**
di Francesco Bertolini

Sez. 6^a - Biblioteca

106 **Schede bibliografiche**

108 **Novità bibliografiche**

111 **Spoglio riviste**

114 **Bibliografia monotematica**

121 **Tesi di laurea**

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

Nel fascicolo n. 1 - Gennaio-marzo 1992

Editoriale

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

Sez. 1^a - Saggi e ricerche

Dall'amministratore straordinario al direttore generale
di Elio Borgonovi

**La valutazione delle tecnologie biomediche e sanitarie: che cosa è, a cosa
può servire**

di Mario Del Vecchio

Un modello di analisi costo-efficacia per la litotrissia ESWL in Italia
di Franco Sassi

Convenzioni, rimborsi in forma indiretta e costi della litotrissia extracorporea
di Francesca Vanara

Sez. 2^a - Documenti e commenti

È possibile gestire la sanità in modo manageriale?

Livelli uniformi di assistenza sanitaria

Livelli assistenziali e standard organizzativi

Esiste una politica di responsabilizzazione per le Regioni?

di Elio Borgonovi ed Antonello Zangrandi

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

Sez. 3^a - Esperienze innovative

**Il ruolo delle « esperienze » nella diffusione della cultura manageriale in
sanità**

di Francesco Zavattaro

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

di Arnaldo Oneto

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

**Prospettive di sviluppo per la gestione dell'assistenza sanitaria nell'ex Unione
Sovietica**

di Vladimir B. Kolchanov

Le problematiche manageriali nel sistema sanitario in Brasile

di Maria do Carmo Guimaraes Araujo

Sez. 5^a - Biblioteca

Schede bibliografiche

Segnalazioni nuovi libri

Spoglio riviste

Bibliografia monotematica

Tesi di laurea

Sez. 6^a - Sanità e impresa

Il marketing all'acquisto nella Unità sanitaria locale

di Giorgio Fiorentini

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

Nel fascicolo n. 2 - Aprile-giugno 1992

Editoriale

Quale sanità nella nuova « era »?
di Luigi D'Elia ed Elio Borgonovi

Sez. 1^a - Saggi e ricerche

**Verso il governo regionale della sanità: i rischi di una politica sanitaria senza
una strategia organizzativa**

di Elio Borgonovi

Il costo di un malato di Aids: il punto sulla letteratura

di Nerina Dirindin e Guido Calleri

**Elementi per una definizione dei costi sanitari della broncopneumopatia
cronico-ostruttiva**

di Attilio Gugiatti e Francesco Bertolini

Sez. 2^a - Documenti e commenti

**Soccorso ed emergenze nella sanità pubblica: basta un decreto per organizzare
un valido servizio?**

di Antonello Zangrandi

Intervista con Franco Ferraro e Marco Braida

Intervista a Fiandri e Gattinoni

Criteri organizzativi delle emergenze e delle urgenze in campo sanitario

Un nuovo orizzonte nella gestione dell'emergenza sanitaria

di R. Becchi, P. Rotondi e A. Zappi

Sez. 3^a - Esperienze innovative

**L'assistenza domiciliare nelle U.s.l.: il modello sperimentale della regione
Lazio**

di Maria Carla Claudì ed Elda Melaragno

Assistenza a domicilio: tre esperienze a confronto

di Francesco Longo

Sez. 4^a - Notizie dal mondo

**La creazione dei « trust » come variabile chiave di cambiamento per il
National health service britannico**

di Marco Meneguzzo

**La modernizzazione tramite il ricorso ai meccanismi di mercato: il caso dei
nuovi strumenti di gestione ospedaliera**

di D. Fixari e D. Tonneau

Sez. 5^a - Sanità e impresa

L'assistenza domiciliare in Gran Bretagna

di Sarah Watkins

L'assistenza domiciliare in Italia

Gruppo Baxter Italia

Sez. 6^a - Biblioteca

Schede bibliografiche

Segnalazione nuovi libri

Bibliografia monotematica

Spoglio riviste

Tesi di laurea

**PER PRENOTARE LA NUOVA RIVISTA A PREZZO DI LANCIO
CHIAMA SUBITO LO 06/8073368 O INVIA FAX ALLO 06/8085817**

Management ed economia sanitaria

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

Nel fascicolo n. 3 - Luglio-settembre 1992

Sez. 1^a - Saggi e ricerche

- 6 **Dalla sanità di Stato allo stato per la salute dei cittadini**
di Elio Borgonovi
- 13 **La valutazione delle tecnologie biomediche e sanitarie: che cosa è, a cosa può servire**
di Mario Del Vecchio
- 19 **Il governo della sanità nei paesi industrializzati: modelli a confronto**
di Eugenio Anessi

Sez. 2^a - Documenti e commenti

- 44 **Reclutamento del personale e riconoscimento di carriera: due problemi irrisolti**
di Antonello Zangrandi e Federica Bandini
- 46 **Adeguati « percorsi di carriera » e un sistema di incentivazione più motivante per migliorare la gestione del personale in sanità - Interviste ad operatori**
commento di Silvana Dragonetti
- 54 **Il decreto ministeriale n. 458 del 21 ottobre 1991**
- 57 **Gli indirizzi applicativi del decreto interministeriale n. 458/1991, riguardante la riserva di posti per il personale appartenente al comparto sanità**
- 62 **Direzione del personale nell'U.s.l.: mito o realtà?**
di Giorgio Fiorentini
- 69 **Si può cercare l'efficienza e la qualità attraverso il controllo di legittimità sugli atti?**
di Antonello Zangrandi

Sez. 3^a - Esperienze innovative

- 74 **Le politiche regionali per l'acquisto di beni e servizi: il caso del Friuli-Venezia Giulia**
di Franco Sassi e Paola Basaglia

Sez. 4^a - Notizie dal mondo

- 84 **Il sistema sanitario statunitense: innovazioni e crisi del modello di mercato**
di Giovanni Fattore
- 96 **Politiche di contenimento della spesa farmaceutica extraospedaliera: il caso del Regno Unito**
di Anna De Benedetti
- 103 **La formazione dei manager dell'ospedale: l'approccio britannico**
di Michael Schofield
- 107 **Una formazione a tutto tondo**
di John Watters

Sez. 5^a - Sanità e impresa

- 110 **L'U.s.l. acquista servizi: sí grazie!! (Direttiva 92/50/C.E.)**
di Giorgio Fiorentini
- 116 **La gara come « casa di vetro »: un regolamento può aiutare**
di Giuseppe Molignini
- 119 **Schema di regolamento in merito all'applicazione della legge n. 241/1990**
- 125 **Evoluzione dei servizi alberghieri in ospedale**
di Andrea Guerra

Sez. 6^a - Biblioteca

- 130 **Schede bibliografiche**
- 134 **Novità bibliografiche**
- 137 **Spoglio riviste**
- 140 **Bibliografia monotematica**
- 146 **Tesi di laurea**

RAGIUSAN

Rassegna giuridica della sanità

Collana « **La legge delega** »

La legge delega per la razionalizzazione e la revisione del Servizio sanitario nazionale

Prodromi, riferimenti normativi e problemi applicativi
della Legge n. 421 del 23 ottobre 1992

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

L'ITALIA, LA SANITÀ E L'EUROPA

di Elio Borgonovi

Quando il numero della Rivista che include questo articolo sarà pubblicato, probabilmente saranno cambiate alcune condizioni di quadro generale da cui esso è partito in quanto le prospettive di entrata dell'Italia nell'Unione monetaria europea e di realizzazione di una reale integrazione economica (e nel più lungo periodo politico) europea saranno un po' più chiare (che è auspicabile) o un po' più oscure (come si può temere).

Le considerazioni che intendo svolgere in un certo senso chiudono il « quadrifoglio » del primo anno di vita di Mecosan (auspicio di fortuna), anno nel quale sono stati trattati in sequenza le problematiche a livello Unità sanitarie locali (numero 1), a livello regionale (numero 2), del livello statale (numero 3) e ora a livello sovranazionale.

Parto da una constatazione: il collegamento tra sanità ed Europa è stato finora nel nostro Paese prevalentemente di tipo economico e con enfasi negativa. Infatti il dato che ha dominato la scena dei commenti è stato il seguente: la sanità è uno dei settori che hanno causato, e stanno causando, il deficit pubblico (affer-

mazione questa che se anche considerata come postulato non discutibile da molti commentatori, non appare del tutto corretta alla luce dei confronti internazionali sulla spesa sanitaria, dell'analisi sulle varie defiscalizzazioni degli oneri sociali, della crisi del debito pubblico italiano nella quale è presente una elevata quota di evasione fiscale), che agli attuali livelli crea un serio ostacolo all'entrata del nostro Paese nell'Europa.

Pertanto — continuano i commentatori — per superare questa difficoltà e raggiungere l'obiettivo di integrazione europea risulta necessaria, anche se dolorosa, la riduzione della spesa sanitaria nazionale (insieme alla riduzione della spesa pensionistica, alle privatizzazioni, ecc.).

In sostanza il miglioramento assume come centrali i problemi della produzione, della competitività internazionale della ripresa italiana, dello sviluppo economico e subordina le politiche della sanità (e di alcuni altri settori) alla loro soluzione, sulla base del presupposto che in questo settore « si annidano » grandi inefficienze e sprechi e siano perciò presenti rilevanti spazi di re-

cupero.

Si dimenticano però due aspetti molto importanti:

— esistono anche i problemi della sanità da risolvere entrando in Europa;

— se non si risolveranno correttamente tali problemi che cosa se ne farà la gente di una maggiore ricchezza, di un maggiore benessere economico se non potrà tradurlo in una maggiore qualità di vita, in un maggiore benessere personale e sociale a causa del degrado del Servizio sanitario?

Non è un caso che il capitolo delle politiche sociali sia uno dei più ardui e spinosi da affrontare, uno di quelli dove sono stati necessari maggiori compromessi e, perché non dirlo, maggiori ambiguità, capitolo sul quale esistono ancora forti remore e forti riserve della Gran Bretagna e che forse è stato una delle maggiori cause del « no » danese al trattato di Maastricht.

Le prospettive dell'integrazione europea, alcune delle quali si sono realizzate il 1° gennaio 1993, sono importanti perché determinano i seguenti effetti:

1) rottura della logica del « sistema chiuso » che si è consolidato in settori sociali da sempre considerati legati alle caratteristiche e ai modelli di vita nazionali (quando non regionali);

— possibilità di un confronto diretto tra le strutture e le modalità di offerta dei servizi;

— spinte all'uniformità di alcune condizioni (modalità degli operatori, riconoscimento nei Paesi della comunità dei titoli di studio, ecc.);

— rottura di situazioni di monopolio su certe attività (ad esempio quello delle strutture pubbliche o di quelle convenzionate con il S.S.N.) o di monopolio di tipo culturale, ad esempio l'approccio al paziente o il tipo di concezione della qualità dei servizi.

Ovviamente si tratta di effetti non immediati, che si manifestano con una diversa gradualità, ma sono effetti strutturalmente conseguenti al processo di integrazione.

Il primo di tali effetti è quello del confronto e della competizione che spesso viene usata come argomento nei confronti dei dirigenti e degli amministratori delle strutture pubbliche che, si afferma, saranno messe in crisi sul piano dell'efficienza. Quella che vede l'integrazione europea come convinzione-stimolo capace di « fare in qualche modo piazza pulita » delle inefficienze pubbliche, degli ospedali pubblici e di tutte le altre strutture pubbliche inefficienti è visione ottimistica del futuro che sottovaluta gli interessi che ruotano intorno alla presenza di un ospedale o di una struttura sanitaria e i meccanismi di difesa tipici del pubblico.

Il confronto e la competizione è fenomeno destinato a colpire per primo il settore privato (del resto la concorrenza è tipico fenomeno del mercato), e a mettere in crisi le strutture private meno efficienti, quelle che saranno strette da un lato dalla riduzione delle convenzioni (a causa

del contenimento della spesa pubblica) e dall'altro della loro incapacità di sostenere il confronto sul piano dei costi e della qualità dei servizi con gruppi e catene di offerta che operano in tutta Europa.

È probabile che la crescente « pressione » sul fronte del privato spinga le strutture private di casa nostra a cercare di recuperare nei confronti del settore pubblico le quote di mercato private (prestazioni direttamente pagate dal paziente) o assicurativo.

Quindi è molto probabile che in un primo momento la pressione dell'integrazione europea, da un lato accentui le critiche nei confronti delle strutture pubbliche per facilitare la ritirata delle strutture private su terreni protetti, il che accresce la conflittualità pubblico-privato, e dall'altro spinge gli operatori privati a cercare « captive market » nella forma di convenzioni o in altre forme.

Sottolineo che in questo passaggio non intendo in alcun modo esprimere giudizi che appaiano come critica o censura nei confronti degli ipotizzati comportamenti dei privati. Intendo solo mettere in evidenza, da semplice analista e osservatore della realtà, che la concorrenza è sfida e compito difficile e che appare del tutto « naturale » che, mentre le strutture private forti del nostro Paese accetteranno (come è auspicabile) di cercare il loro sviluppo sul fronte dell'innovazione, del progresso tecnologico o scientifico, della qualità delle prestazioni, quelle più deboli e inefficienti, prima di capitolare, cercheranno le condizioni della loro sopravvivenza, la loro linea del Piave, sul fronte considerato debole, quello della concorrenza nei confronti delle strutture pubbliche.

Per quanto riguarda la mobilità dei pazienti alla ricerca di prestazioni e servizi di più elevata qualità si può osservare:

1) essa già esiste, è pagata con fondi pubblici ed è già fonte di notevoli

polemiche in quanto alcune Regioni rimborsano tutte le spese mediche sostenute all'estero per trattamenti vari ed alcune, addirittura, rimborsano anche le spese di soggiorno per l'accompagnatore, mentre altre Regioni sono molto più restrittive e rimborsano le spese solo per quei tipi di assistenza per i quali non esistono strutture specializzate nella Regione o in Italia e non rimborsano affatto le spese per trattamenti ritenuti non necessari o comunque aventi una efficacia non dimostrata.

Ciò è causa già ora di una serie di considerazioni critiche circa il differente trattamento di cittadini dello stesso Paese e di conflitti tra le Regioni, crescenti da quando il Fondo sanitario nazionale è stato trasformato in Fondo sanitario interregionale, in quanto quelle « importatrici » nette di pazienti chiedono non solo il riconoscimento di un « aggiustamento » delle quote regionali sulla base dei dati di mobilità, ma richiedono l'evoluzione verso un sistema che riconosca i costi effettivi dei trattamenti che in genere sono relativi a patologie complesse.

La domanda implicita o esplicita sottostante a queste richieste è la seguente: perché a strutture estere deve essere riconosciuto, tramite rimborso ai pazienti, il costo pieno dei trattamenti, mentre a quelle di altre Regioni italiane vengono riconosciuti trasferimenti finanziari correlati al costo dei trattamenti, valori in genere assai più bassi dei costi effettivi?

2) Certamente con l'integrazione europea vi potrà essere una certa spinta all'aumento della mobilità italiana verso le strutture di altri Paesi ritenute, non sempre a ragione, migliori di quelle italiane: infatti anche nella sanità esiste un certo atteggiamento di esterofilia che porta a privilegiare strutture estere che in alcuni casi meritano effettivamente il giudizio di superiorità sul piano organizzativo e di funzionalità se non an-

che su quello tecnico-specialistico, mentre in altri casi possono sfruttare solo l'effetto immagine.

Tuttavia si tratterà di una maggiore spinta condizionata dalla soluzione del problema del « pagatore ».

Non è infatti ragionevole pensare di arrivare in tempi brevi ad un Sistema sanitario europeo né ad un sistema fortemente integrato dato che si parte da modelli completamente diversi quali il Servizio sanitario nazionale (Gran Bretagna, Italia, Danimarca), il modello mutualistico (Germania, Francia), il modello con forti elementi di mercato (Olanda). Non è pensabile peraltro che i Paesi « importatori » di pazienti possano in alcun modo accettare trasferimenti inferiori ai costi dei trattamenti accollandosi parte di essi e sono note le tendenze « restrittive » al riguardo dell'assistenza a residenti di altri Paesi esistenti in Gran Bretagna, tradizionale « paradiso sanitario », che offriva assistenza gratuita anche agli stranieri.

3) È inoltre evidente che una accentuata mobilità di pazienti, specie di quelli che necessitano trattamenti molto onerosi, diventerebbe in breve tempo insopportabile sul piano finanziario dai Paesi « esportatori » netti che diventerebbero finanziatori dello sviluppo dei Paesi importatori.

Si creerebbe un fenomeno di aree deboli e arretrate, sottoposte a crescenti vincoli e tensioni finanziarie, finanziatrici dello sviluppo di strutture sanitarie avanzate in altre aree, e che difficilmente sarebbe sopportabile nel lungo periodo sul piano economico, oltre che sociale.

4) È invece più probabile l'accentuarsi di dinamiche di mobilità dal lato dell'offerta. È difficile valutare le possibili dimensioni del fenomeno per quanto riguarda gli individui, ossia il medico di base e lo specialista che apre l'ambulatorio in un altro Paese della comunità, in quanto decisioni di questo tipo sono condizio-

nati dalla lingua, dalla cultura, dal diverso modo in cui è inteso il rapporto medico-paziente.

È molto facile prevedere un accentuata dinamica che porterà alla creazione di grandi network di offerta a livello europeo (reti sul day hospital o multicentri, ad esempio di tipo diagnostico, per riabilitazione, ecc.). Sono prevedibili nel settore privato concentrazioni attraverso le forme classiche di acquisizioni e incorporazioni, fusioni, accordi stabili di collaborazione che in alcuni Paesi, tra i quali sicuramente il nostro, potranno darsi carico oltre che della gestione di strutture private, anche della gestione di ospedali e strutture pubbliche.

Tali reti potranno diventare nelle forme previste dalle diverse legislazioni nazionali (ad esempio, in Italia ipotesi di concessione a privati, convenzioni, ecc.), interlocutori forti e professionali delle diverse « autorità pubbliche ». Del resto alcune « grandi manovre » in queste direzioni sono in atto, grandi manovre che includono anche la costituzione di « teste di ponte » in Europa di gruppi e catene multihospital « made in U.S.A ».

Tale evoluzione dell'offerta richiederà che vi sia una parallela forte espansione delle assicurazioni nella forma pura che copre l'intero rischio sanitario o nella forma di assicurazioni integrative nei Paesi che vorranno garantire la logica del servizio pubblico tramite la copertura generalizzata di corti livelli assistenziali o delle mutue volontarie e/o obbligatorie.

Il prossimo decennio dovrebbe vedere in Europa la progressiva evoluzione dei sistemi, di cui è difficile prevedere la rapidità, sulle seguenti linee alternative:

— separazione tra finanziamento e creazione di responsabilità sul controllo della domanda (affidata a mutue, assicurazioni, autorità regionali

o locali) e responsabilità sull'offerta (che rimarrà affidata in parte ad ospedali e a strutture pubbliche secondo le « tradizioni locali », ma che in misura crescente sarà attribuita a reti multiservizi di grandi dimensioni operanti su tutto il territorio europeo);

— creazione di « sistemi locali » del tipo H.M.O. (Health Maintenance Organization) che si danno carico, tramite erogazione di servizi in forma diretta o tramite acquisto di servizi all'esterno, della salute della popolazione che aderisce: essi rappresentano una forma evoluta del concetto di mutualità.

Tale evoluzione fa prevedere alcuni « effetti strutturali » che possono essere così sintetizzati:

— un più elevato livello di « decentramento » delle responsabilità di governo della domanda che consenta un adattamento alle specificità locali e quindi il pieno riconoscimento delle esigenze di differenziazione;

— un più elevato livello di concentrazione dell'offerta alla ricerca di « economie dimensionali generiche » o di « economie di specializzazioni » che sono peraltro possibili solo se presente una forte capacità di attrazione di tipologie selezionate di pazienti;

— una spinta all'uniformità e all'omogeneizzazione dei livelli assistenziali dal lato dell'offerta in quanto le reti multiservizi tenderanno ad applicare e a diffondere standard base uniformi di trattamento in tutte le realtà in cui operano, seppure con tutti gli « optional » o « servizi aggiuntivi e collaterali » richiesti dalle tradizioni locali.

Merita di essere sottolineato il fatto che la ristrutturazione del sistema di offerta probabilmente produrrà l'effetto di omogeneizzazione della qualità dei servizi e delle prestazioni che non è stato possibile realizzare con le « politiche sanitarie ».

Uniformità di trattamenti stimo-

lata dal « calcolo di convenienza » (in quanto la standardizzazione serve ad abbattere i costi, e la qualità garantita serve a tenere alta l'immagine e ad ottenere la fiducia dei pazienti-clienti) e non da scelte politiche o ideologiche che sono sempre difficili da realizzare.

Tuttavia non si deve confondere la spinta alla omogenizzazione e all'uniformità delle prestazioni e dei servizi, con la garanzia di « livelli assistenziali », ossia di rapporto tra bisogni e quantità-qualità di servizi. Infatti i livelli assistenziali dipenderanno dall'entità e dalla modalità di finanziamento di ogni Paese, o di ogni area regionale o locale o di ogni mutua (ad esempio mutua o assicurazione integrativa per i dipendenti di aziende multinazionali o transnazionali operanti su tutto il territorio della C.E.) e dalla professionalità con la quale tali fondi saranno gestiti, che include la capacità di negoziare « al meglio » l'acquisto di servizi.

Anzi, più che una uniformità di livelli assistenziali, si andrà verso l'accentuazione di livelli assistenziali « differenziati » tra le diverse aree, o le diverse mutue, o le diverse reti di assicurazione in un contesto però:

— in cui la differenziazione sarà dovuta a scelte individuali realizzate con maggiori gradi di libertà e non sarà dovuta, come accade ora nel nostro Paese, a errate politiche sanitarie o alla incapacità di governo del sistema da parte di organismi politici;

— in cui la differenziazione non potrà essere troppo elevata in relazione al fatto che il « gioco competitivo » tra i sistemi di sicurezza da un lato e sistemi di offerta di servizi dall'altro porterà ad una convergenza di condizioni offerte ai pazienti.

In questo quadro esiste il rischio di un nuovo spostamento del *focus*

dell'attenzione verso l'area di assistenza rivolta « ad individui » con crescenti difficoltà della « medicina della comunità » che dovrà essere difesa e supportata da idonee politiche nazionali e/o comunitarie.

Nonostante le riserve e le resistenze di molti Paesi nei riguardi delle politiche sociali comunitarie (valga per tutti il rifiuto della Gran Bretagna di adesione a questa parte dei trattati comunitari), si può prevedere per il settore sanitario un graduale generalizzato orientamento verso meccanismi di mercato (seppure con precise regolamentazioni riguardanti la qualità, condizioni di sicurezza e altri), nelle aree delle prestazioni e dei servizi individuali (con l'intermediazione di mutue, assicurazioni o « autorità locali » di gestione dei fondi pubblici destinate alla sanità) e la focalizzazione delle politiche comunitarie e nazionali sul sostegno dei servizi di « medicina di comunità » e sui programmi di « tutela della salute a livello collettivo ».

Si tratta anche di un suggerimento per gli organi competenti che dovranno evitare la preoccupazione di elaborare indirizzi e politiche complessive e globali per il settore sanitario e dovranno invece concentrare energie, intelligenze e sforzi proprio nei settori di maggiore debolezza strutturale.

Pertanto non si dovrà dimenticare che l'integrazione dei sistemi sociali è molto più difficile e complessa dell'integrazione economica.

Ciò in quanto occorre superare barriere storiche e culturali e barriere legate ai comportamenti che sono più rigidi rispetto a quelle delle abitudini collegate all'uso della maggior parte dei beni di consumo.

Perciò una politica di integrazione dovrà essere perseguita senza ri-

gide imposizioni dall'alto e con un percorso che preveda un'ampia partecipazione delle popolazioni e il progressivo superamento di barriere culturali e di comportamento.

Un percorso che dovrà essere disegnato in modo completamente diverso da quello previsto dal trattato di Maastricht sull'Unione monetaria caratterizzato (o almeno presentato) all'inizio da tappe e da indicatori precisi e rigidi, pena il fallimento dell'Europa sociale.

Mi ricordo quanto dissero alcuni responsabili del Servizio sanitario danese ad un congresso del 1989 a Rotterdam avente come oggetto il confronto dei sistemi sanitari dei Paesi C.E. nella prospettiva di una maggiore integrazione: « siamo convinti dei grandi vantaggi che derivano alla Danimarca dall'appartenenza alla C.E. e siamo anche convinti che dovremo cambiare qualcosa nel nostro Servizio sanitario, di cui siamo soddisfatti guardando alla spesa e alla qualità dell'assistenza, a partire dal 1993: ma consentiteci di cambiare con gradualità e non costringeteci ad orientarci verso sistemi, come quello olandese fondato sull'idea di base di un largo spazio e meccanismi di mercato, che non condividiamo e che non appartengono alla nostra storia ».

Forse, e senza forse, sul « no » danese alla rettifica del trattato di Maastricht ha influito la mancata considerazione di queste esigenze di gradualità o il timore che certi toni imperiosi e dirigisti potessero estendersi dal campo monetario a quello sociale, terreno molto delicato nei Paesi dove la democrazia vuole essere non una parola vuota, ma rispetto delle idee delle esigenze e degli interessi di tutti e non solo di chi in un dato periodo storico ha maggiore potere di influenza.

LA DETERMINAZIONE DEI LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA SANITARIA: ALCUNE QUESTIONI PRELIMINARI

di Nerina Dirindin*

SOMMARIO: Premessa - Cinque questioni preliminari - La delimitazione dell'area di copertura - Sistemi di compartecipazione alla spesa.

La legge finanziaria 1992, riprendendo un'idea contenuta nelle proposte di riforma del Servizio sanitario nazionale (S.s.n.), demanda al Governo il compito di individuare, su proposta del Ministero della sanità e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni, i « livelli di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale » (legge n. 412 del 1991, art. 4, comma 1). La determinazione dei livelli assistenziali risponde a due specifici obiettivi: il primo di garanzia di uniformità di trattamento a tutti i cittadini, il secondo di precisazione dei diritti degli assistiti (1). Il presupposto della nuova impostazione sta nella responsabilizzazione finanziaria delle Regioni, responsabilizzazione che comporta il ricorso, da parte delle Regioni con spesa superiore a quella definita in base ai livelli uniformi di assistenza, a mezzi finanziari propri attraverso l'autonoma capacità impositiva e le misure previste dalla legge n. 41 del 1986 (erogazione dell'assistenza in forma indiretta, aumento delle quote di compartecipazione alla spesa, eliminazione di alcune prestazioni). La definizione dei livelli di assistenza (e degli standard organizzativi e di attività che consentono operativamente il raggiungimento di tali livelli) costituisce quindi un punto qualificante e cruciale del progetto di riordino del Servizio sanitario nazionale. Il dibattito in corso pare peraltro ancora piuttosto insufficiente.

Premessa

Prima di entrare nel merito delle questioni di carattere concettuale si ritiene opportuno proporre alcune riflessioni di ordine generale.

Il dibattito sui livelli assistenziali si colloca in un contesto in cui le dimensioni della spesa sanitaria italiana sono giudicate, agli inizi degli anni '90, sostanzialmente in linea con quelle dei paesi sviluppati. Le difficoltà in cui opera il bilancio del S.s.n. sono riconducibili più alla mancata riforma (ipotizzata già dalla legge n. 833 del 1978) dei meccanismi di finanziamento del Fondo sanitario nazionale (e al conseguen-

te progressivo divario fra entrate e spese) che alla crescita della spesa stessa. Al di là di situazioni di spreco sicuramente da superare, il raggiungimento di più elevati livelli di efficienza e di efficacia comporta quindi, più che una riduzione della spesa complessiva, una sua *riallocazione* verso prestazioni e situazioni giudicate *essenziali* per la salute degli individui.

Il processo di definizione dei livelli uniformi di assistenza richiede quindi in primo luogo, pena l'aumento delle incoerenze interne del sistema, una chiara separazione delle questioni *contingenti*, legate ai problemi attuali della finanza pub-

blica e che comportano interventi di carattere straordinario, dalle questioni legate alla precisazione del *quadro di riferimento* entro il quale si ritiene debba procedere il riordino del Servizio sanitario nazionale.

In tal senso, le riflessioni devono essere articolate su due diversi livelli di analisi. Il primo si propone di riflettere sui *livelli di assistenza* in grado di garantire la tutela del diritto fondamentale alla salute (a prescindere da ogni considerazione di

* **Nerina Dirindin** è ricercatrice presso l'Istituto di economia politica, Facoltà di economia e commercio, Università di Torino.

carattere contingente). Il secondo si propone di verificare la *compatibilità* di tali livelli con le *attuali* esigenze della finanza pubblica e di suggerire gli ambiti all'interno dei quali è possibile prevedere l'erogazione delle prestazioni a parziale (o totale) carico dei cittadini.

Va infine precisato che la definizione dei livelli di assistenza deve essere fatta con riguardo non solo alle *single* tipologie di prestazioni ma anche alle condizioni che ne giustificano il consumo. La convinzione è che, salvo alcune eccezioni, sia necessario precisare non solo *quali* prestazioni rientrano nei livelli garantiti ma altresì (e soprattutto) *quando* debbano essere garantite (ovvero in presenza di quali condizioni o esigenze sanitarie). In tal senso si ritiene che la strada da percorrere sia quella della precisazione di « profili di appropriatezza » delle richieste di prestazioni, profili che dovrebbero rispondere a due obiettivi: assicurare a tutti i cittadini (in condizioni di uniformità) le prestazioni che rispondono a *specifiche e reali* esigenze sanitarie, e rendere più trasparente e chiaro il rapporto con l'utente informandolo circa le prestazioni cui ha diritto e le condizioni di accesso ai servizi a carico della collettività (Cresa, 1992).

Dopo tali brevi riflessioni di carattere generale ci si sofferma su alcune questioni preliminari alla definizione dei livelli di assistenza, questioni rispetto alle quali è opportuno uno sforzo di chiarezza terminologica e concettuale.

Cinque questioni preliminari

Livelli obbligatori: un minimo o un massimo?

In primo luogo si tratta di chiarire il significato di *livelli obbligatori uniformi* di assistenza sanitaria.

Con riguardo all'aggettivo « obbligatori » le interpretazioni possibili sono in linea di massima tre:

1) obbligatorio nel senso di livello « minimo » irrinunciabile, da garantire a tutti gli aventi diritto nella generalità dei casi;

2) obbligatorio nel senso di « standard di riferimento », ovvero minimo da raggiungere e al tempo massimo da non oltrepassare;

3) obbligatorio nel senso di livello « massimo » oltre il quale non è prevista la protezione a carico della collettività.

Nel primo caso si tratta di livelli che obbligatoriamente (a garanzia della tutela della salute della collettività) non possono scendere al di sotto di un minimo, ma che possono (o, in molti casi, debbono) essere ampiamente superati.

Nel secondo caso si tratta di veri e propri « standard di riferimento » verso i quali tendere sia che si parta dal basso sia che si parta dall'alto.

Nel terzo caso si tratta di « tetti » che, per ragioni economiche (vincoli finanziarie e interventi di controllo dal lato dell'offerta di prestazioni sanitarie) e di opportunità politica (con riguardo al carattere per così dire « voluttuario » della domanda), non devono essere erogati a carico del Servizio sanitario nazionale.

Si noti che la prima interpretazione comporta un intervento solo nelle realtà deficitarie, la terza solo nelle realtà eccedentarie.

Nei documenti ministeriali disponibili sono presenti tutte e tre le diverse interpretazioni; in molti casi le precisazioni riguardano livelli minimi irrinunciabili, in altri sembra prevalere la seconda interpretazione: i livelli obbligatori sono dei veri e propri « standards di riferimento » (2).

Si noti inoltre che le due interpretazioni estreme si ispirano (ancorché in modo del tutto generale) a due diversi modelli di sanità.

Il primo costituisce un'evoluzione

(sostanzialmente in senso estensivo) di un sistema di tipo « residuale », in cui il servizio sanitario ha principalmente il compito di garantire i servizi fondamentali, in quantità e qualità sufficienti a rispondere a bisogni riconosciuti e degni di attenzione.

Il secondo si ispira più chiaramente a un sistema « universalistico », ma introduce correttivi di tipo selettivo (vincoli quali-quantitativi sulle prestazioni da erogare) che si propongono di modificare gli attuali precari equilibri fra solidarietà e efficienza spostando l'attenzione soprattutto sugli aspetti dell'efficienza.

Livelli uniformi: rispetto a chi?

Il secondo problema interpretativo riguarda l'aggettivo « uniforme »: rispetto a che cosa (a quale oggetto e a quali soggetti) deve essere garantita l'uniformità dei livelli di assistenza sanitaria?

Gli aspetti da considerare sono almeno tre.

Il primo riguarda i « soggetti » rispetto ai quali i livelli assistenziali devono essere uniformi.

Dal punto di vista degli *aventi diritto*, l'uniformità può essere garantita: *a)* fra singoli individui o *b)* fra gruppi di individui (ad esempio, fra individui appartenenti a determinate aree territoriali).

Alcuni obiettivi possono essere definiti con riferimento ai *singoli* individui (nel campo, ad esempio, delle vaccinazioni l'obiettivo da raggiungere comporta l'erogazione ad *ogni* soggetto a rischio), altri sono valori *medi* da realizzare con riferimento a un gruppo di soggetti assistibili (o assistiti) nelle diverse unità operative, nelle U.s.l., nelle Regioni.

In altri termini, l'uniformità può essere garantita *singolarmente* (fra individui) o *mediamente* (fra distretti, presidi, U.s.l., Regioni, ...).

La scelta non dipende soltanto dal tipo di prestazione da erogare ma anche dai livelli di dispersione (attorno ai valori medi) che si è disposti ad accettare nei diversi casi.

A tale proposito non è superfluo ricordare che, stante la notevole diversa dimensione demografica delle Regioni italiane, il rispetto di standard medi definiti a livello regionale è di fatto compatibile con squilibri fra le diverse sub-aree (interne alle Regioni più grandi) ben maggiori di quelli rilevabili (e spesso sopravvalutati) fra le Regioni minori.

La precisazione di livelli uniformi su scala regionale garantisce infatti *uniformità* fra gli assistibili delle diverse Regioni ma impone di fatto vincoli *difformi* (in tema di tutela della salute) fra le Regioni con più o meno ampia dimensione demografica.

Livelli uniformi: rispetto a che cosa?

Il secondo aspetto riguarda l'« oggetto » dell'uniformità: desideriamo garantire una distribuzione « uniforme » a) delle risorse, b) delle attività o c) dei benefici?

La legge n. 412/1991 precisa che il Governo determina i livelli uniformi di assistenza da utilizzare per il calcolo del parametro capitaro di finanziamento. La determinazione di livelli uniformi di « attività » sembra quindi essere il punto di partenza per la precisazione dei livelli di *risorse* (quota capitaria) da impiegare nelle diverse realtà.

Un approccio alternativo potrebbe peraltro essere quello del documento Ardigò (Ardigò, 1992, pag. 8) che suggerisce il passaggio da « standard di prestazioni » a una gestione « per obiettivi » e indica nei 38 obiettivi dell'Organizzazione mondiale della sanità il riferimento rispetto al quale potrebbero essere (al-

meno in parte) precisati i « livelli » di cui alla legge n. 412/1991.

In tal senso l'uniformità sarebbe garantita rispetto ai risultati sanitari (o ai benefici) e non, più semplicemente, rispetto alle risorse impiegate o alle attività svolte.

Va infine precisato che, secondo una impostazione che tende a privilegiare il rafforzamento del diritto di scelta dei cittadini, i livelli assistenziali potrebbero essere definiti in termini di *uguali opportunità di accesso*. Il superamento delle disuguaglianze (fra classi sociali, prima ancora che fra aree geografiche) comporterebbe innanzitutto livelli uniformi di *informazione* circa le alternative disponibili (i loro costi e i loro effetti). L'obiettivo è, fra l'altro, quello di evitare che un eccesso di attenzione alle disuguaglianze in termini di meri tassi di utilizzo delle prestazioni possa generare, in assenza di incentivi ad un uso efficiente delle risorse, una spinta al livellamento verso l'alto dei modelli di consumo e una lievitazione della domanda complessiva.

Uniformità ed efficienza

Il terzo aspetto riguarda la relazione fra uniformità ed efficienza.

Se l'unico criterio da rispettare fosse quello dell'uniformità, sarebbe paradossalmente giudicata soddisfacente l'erogazione di prestazioni non efficaci e inefficienti, purché effettuata in modo uniforme fra tutta la popolazione.

L'uniformità non implica, di per sé, né l'efficienza né l'efficacia.

I livelli uniformi di assistenza devono quindi essere definiti previa valutazione dei costi e dei benefici connessi alle diverse situazioni.

La normativa esistente sembra risolvere il problema prevedendo la precisazione di livelli uniformi non solo di « prestazioni » ma anche di

« organizzazione e di attività », o — in qualche modo — di efficienza.

Il tema è peraltro trattato con esclusivo riferimento all'attività ospedaliera, in quanto funzione che assorbe la maggior parte delle risorse del S.s.n. (3).

Non si può tuttavia nascondere la presenza di rilevanti inefficienze anche nelle funzioni extra-ospedaliere.

Il tema solleva due problemi (che ci si limita a richiamare). Il primo riguarda i criteri di allocazione delle risorse finanziarie (fra le diverse unità operative) e di responsabilizzazione dei gestori. Il secondo fa riferimento alle ricadute dell'approccio all'uniformità sull'assetto istituzionale e sui ruoli (di impulso, coordinamento, indirizzo e controllo) che si intendono assegnare allo Stato, alle Regioni e alle aziende sanitarie con la riforma sanitaria (Balma, 1988; Balma et al., 1989).

Uniformità e diversità

L'ultimo aspetto ha a che fare con la nozione di « equità verticale ».

I livelli uniformi di assistenza garantiscono il raggiungimento della « equità orizzontale »: a esigenze *uguali* gli individui trovano risposte *uniformi* su tutto il territorio nazionale.

Esiste peraltro anche un problema di « equità verticale »: a esigenze diverse bisogna rispondere in modo diverso.

I livelli assistenziali devono pertanto essere definiti in modo differenziato.

Sorge allora il problema di precisare le variabili rispetto alle quali gli individui devono essere considerati diversi (o uguali).

In termini generali le variabili possono fare riferimento a (l'elenco è puramente indicativo):

a) le condizioni di salute: diagnostici, gravità della condizione mor-

bosa, prognosi, effetti esterni (contagiosità, ...), sofferenze prodotte, livelli di inabilità, ...

b) le caratteristiche degli individui: età, sesso, stato civile, condizione professionale, reddito, ricchezza, disponibilità a pagare, posizione assicurativa e contributiva, stile di vita, luogo di residenza, ...

Si noti che una riflessione sulle variabili rispetto alle quali possono essere considerati uguali (o diversi) gli individui costituisce un primo importante passo per l'individuazione dei criteri in base ai quali è possibile operare una delimitazione delle aree di copertura assistenziale.

La delimitazione dell'area di copertura

In presenza di risorse scarse, la determinazione dei confini dell'area di copertura sanitaria comporta quindi l'individuazione di una pluralità di limiti:

1) soglie « minime », in grado di delimitare dal basso i confini dell'intervento del S.s.n.;

2) tetti « massimi », in modo da circoscrivere dall'alto le prestazioni garantite a carico della collettività;

3) sbarramenti « laterali », al fine di consentire il rispetto, all'interno dell'area garantita (compresa fra i minimi e i massimi), delle priorità pre-definite.

Le soglie minime potrebbero essere espresse soprattutto in termini di obiettivi sanitari minimi da raggiungere e, di conseguenza, di tipologie di attività. Particolare attenzione dovrebbe inoltre essere dedicata alla precisazione, da un lato, di livelli minimi di qualità tecnica delle prestazioni e, dall'altro, di condizioni minime di accesso.

I tetti massimi potrebbero essere definiti in modo da escludere prestazioni (o componenti delle prestazioni) di dubbia o nulla efficacia sa-

nitaria (il tema è peraltro ampiamente dibattuto e richiede un qualificato e concreto contributo di clinici e farmacologi). Particolari limiti dovrebbero essere previsti per le prestazioni efficaci ma estremamente costose soprattutto quando sostituibili con interventi alternativi meno costosi (è il terreno della « appropriatezza » delle prestazioni).

Gli sbarramenti laterali potrebbero essere definiti in modo da favorire, una volta soddisfatti i livelli minimi irrinunciabili, l'allocazione delle risorse residue a favore delle funzioni ritenute prioritarie. La delimitazione di quest'area prevede un'attenta strutturazione delle partecipazioni alla spesa (ticket), l'introduzione di meccanismi volti al controllo dei costi e alla responsabilizzazione di operatori e di utenti. I limiti potrebbero essere espressi soprattutto in termini di efficienza con riguardo non solo a semplici (e peraltro difficilmente quantificabili) standard di personale e di spesa ma piuttosto a protocolli di attività (a loro volta definibili sia sul versante degli input sia su quello dei risultati).

Tenuto conto di tali considerazioni è possibile delineare una prima suddivisione delle prestazioni sanitarie.

Una prima categoria comprende le prestazioni in grado di rispondere a *esigenze sanitarie di interesse collettivo*, prestazioni che hanno la caratteristica di beni pubblici puri e il cui consumo è in grado di produrre rilevanti effetti esterni a favore dell'intera collettività. Comprende attività volte a rispondere a esigenze di prevenzione collettiva, di educazione e formazione (degli utenti e degli operatori) e di ricerca finalizzata. Tali prestazioni costituiscono l'ossatura delle « soglie minime » dei livelli assistenziali, e devono essere garantite obbligatoriamente e in modo uniforme a tutti gli assistibili. I livelli minimi possono essere preci-

sati con riferimento ai singoli individui (es. vaccinazioni), alle singole unità produttive (es. ispezioni), o ai valori medi di U.s.l. e di regione (nel qual caso è opportuna l'indicazione di *obiettivi minimi* da raggiungere piuttosto che di *livelli minimi di attività* da erogare).

Una seconda categoria comprende prestazioni volte a fronteggiare i « grandi rischi », ovvero prestazioni a domanda individuale atte al trattamento di patologie considerate « catastrofiche » dal punto di vista economico (perché relative a eventi poco probabili ma comportanti perdite monetarie di rilevante entità) e dal punto di vista sanitario (in particolare, handicap fisici e mentali, malattie a lenta risoluzione, situazioni a rischio di vita, malattie terminali, ...). Anche tali prestazioni dovrebbero rientrare fra i livelli minimi garantiti in modo uniforme a tutta la popolazione. Dovrebbero peraltro essere previsti vincoli e « tetti massimi » al fine di evitare abusi, prescrizioni inefficaci o inappropriate, sostituzione di prescrizioni fra individui, ecc...

La terza categoria comprende prestazioni a domanda individuale, meritevoli di attenzione da parte dell'operatore pubblico perché in grado di consentire il tempestivo recupero delle condizioni di salute e/o di impedirne l'ulteriore deterioramento. Fronteggiano rischi (sanitari ed economici) relativamente diffusi fra la popolazione ma di modesta entità (assistenza medico generica e infermieristica di base, assistenza medico-infermieristica specialistica, assistenza farmaceutica in convenzione) o situazioni più gravi ma in generale non a rischio (attività diagnostico terapeutica erogata in regime ambulatoriale e di ricovero ospedaliero). Si tratta di prestazioni nei confronti delle quali dovrebbe essere adottata un'attenta delimitazione dell'area di copertura.

La quarta categoria comprende le prestazioni non erogate a carico del Servizio sanitario nazionale perché non in grado di rispondere a reali esigenze sanitarie o perché inefficaci o perché troppo costose rispetto a interventi alternativi garantiti obbligatoriamente.

La delimitazione dei livelli di assistenza è disegnata quindi seguendo il criterio dell'« essenzialità » a fini sanitari delle prestazioni: sono garantite tutte le prestazioni in grado di rispondere a esigenze essenziali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute di un individuo.

L'« essenzialità » è definita in base alle *esigenze* della popolazione e all'*efficacia* delle prestazioni.

Si ritiene che la delimitazione delle prestazioni coperte debba essere fatta, in parte, in termini *assoluti*, ovvero escludendo a priori tutte quelle prestazioni ritenute non in grado di rispondere a reali esigenze sanitarie della popolazione, e, in parte (e soprattutto), in termini *relativi*, prevedendo « *profili di appropriatezza delle richieste* » che assicurino un corretto (nei tempi, nei modi e nella quantità) accesso ai servizi.

L'obiettivo è quello di garantire l'accesso alle prestazioni essenziali *quando la necessità* è sufficientemente documentata e di disciplinarne l'utilizzo nelle situazioni più facilmente oggetto di domanda impropria (Cresa, 1992).

Le modalità operative per la precisazione delle condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale sono definite in termini di *uguali opportunità di accesso e pari onere*.

Sistemi di compartecipazione alla spesa

Una volta definiti i livelli di assistenza da garantire a tutta la popolazione in condizione di uniformità

il passo successivo comporta la verifica della sostenibilità della spesa a carico della finanza pubblica (tenuto conto degli attuali vincoli stringenti).

A tale proposito, uno dei tempi più dibattuti, sul quale ci si sofferma rapidamente, è quello relativo alla definizione della struttura delle compartecipazioni alla spesa da parte dell'utente (Muraro, 1992).

L'orientamento generale sembra essere a favore di una *generalizzazione* dei ticket: ticket di modesta entità, in linea di massima differenziati in base al costo delle prestazioni, su tutte le prestazioni e a carico di tutti gli utenti.

L'estensione della compartecipazione a *tutte le prestazioni* ha lo scopo di impedire fenomeni di sostituzione della domanda *fra prestazioni* (da quelle soggette al concorso degli utenti a quelle esenti).

L'estensione della compartecipazione a *tutti gli utenti* ha lo scopo di impedire fenomeni di sostituzione della domanda *fra individui* (da quelli soggetti a quelli esenti).

I ticket potrebbero essere strutturati in modo da poter essere amministrati e riscossi secondo *procedure agili ed economiche*. A tal fine si ritiene preferibile un maggior ricorso a ticket *forfettari* (per ricetta, per blocchi di prescrizioni, ...), di importi modesti e arrotondati, da riscuotere in occasione del primo atto connesso alla richiesta della prestazione (e non in occasione del suo completamento).

Per i ricoveri ospedalieri potrebbe essere previsto un ticket di ingresso e un ticket giornaliero. Il primo (per il quale sono prevedibili esenzioni per ragioni sanitarie) ha funzione di compartecipazione alla spesa sanitaria; il secondo (per il quale non sono previste esenzioni) ha funzione di compartecipazione alla spesa per la sola componente alberghiera.

Particolare attenzione dovrebbe in-

fine essere dedicata al regime delle esenzioni, attualmente fonte di iniquità e distorsioni perché rispondente in molti casi più a logiche assistenziali e di tacitazione delle istanze di gruppi di pressione che a reali esigenze di tutela del diritto alla salute delle categorie più esposte.

(1) Si vedano in proposito le dichiarazioni di Falcitelli N., direttore generale della programmazione sanitaria, riportate nel documento « Livelli assistenziali e standard organizzativi », Mecosan n. 1, 1992, pp. 61-62.

(2) Si pensi alla contrapposizione fra l'indicazione (definibile di « minimo ») sulle vaccinazioni della popolazione umana o sulle ispezioni negli allevamenti, l'indicazione (di « massimo ») che « i ricoveri in strutture private non convenzionate non possono essere posti a carico, neppure parziale, del F.s.n. » (Documento di lavoro 9 gennaio 1992 « Soggetti assistiti, livelli di uniformi di assistenza sanitaria e standard di organizzazione e di attività del S.s.n. », pag. 33) e, infine, l'indicazione di « minimo-massimo » del tasso di spedalizzazione della popolazione del 160 per 1.000 (L. n. 412/1991).

(3) Si vedano, ad esempio, le numerose indicazioni circa gli indicatori di funzionalità degli ospedali, con riguardo in particolare ai livelli minimi del tasso di occupazione dei posti letto (L. n. 595/1985, L. n. 412/1991), e la normativa sulla determinazione degli standard del personale ospedaliero (D.M. 13 settembre 1988).

BIBLIOGRAFIA

- ARDIGÒ A., *Riflessioni introduttive e riepilogative sulle nuove direttive di programmazione sanitaria contenute nel pacchetto di misure iscritte nella legge n. 412 del 30 dicembre 1991* », in Consiglio sanitario nazionale, 1992, verbale 8 aprile 1992.
- BALMA R. (a cura di), *Appunti su D.d.L. concernente modifiche all'ordinamento del S.s.n.* Papers Cresa, n. 8, febbraio 1988.

- BALMA R., DOGLIANI M. e REY M. (a cura di), *Appunti sulle modifiche all'ordinamento del Servizio sanitario nazionale prospettate dal D.L. n. 111/1989*. Papers Cresa, n. 9, maggio 1989.
- CAVICCHI I., *Dai livelli di assistenza alla dipartimentalizzazione: un cammino lineare*. Isis, n. 29, 1992, pp. 18-20.
- CONSIGLIO SANITARIO NAZIONALE, III Sezione, « Programmazione e relazione Stato sanitario », *Dossier di osservazioni e proposte sui livelli di assistenza sanitaria*. Roma, luglio 1992 (a cura di Alario M.G., Cardea R., De Virgiliis R.).
- CRESA, *La determinazione dei livelli assistenziali*. Documento di lavoro del gruppo di studio LIMA, dattiloscritto, Torino 1992.
- MECOSAN, *Livelli uniformi di assistenza sanitaria*. Mecosan n. 1, 1992, Sez. 2, Documenti e commenti, pp. 54-60.
- MECOSAN, *Livelli assistenziali e standard organizzativi. Uno stimolo al cambiamento o un provvedimento dannoso?* Mecosan n. 1, 1992, Sez. 2, Documenti e commenti, pp. 61-64.
- MURARO G., *Osservazioni sugli aspetti finanziari del D.d.L. delega sulla sanità (14 luglio 1992)*. Dattiloscritto, Padova, agosto 1992.
- WILLIAMS A., CULYER A.J. and McTURK L., *Equity and efficiency: what do health economists think?* Letter to HESG Members, York, April 1992, pp. 1-7.
- W.H.O., *The concepts and principles of equity and health*. W.H.O., Regional office for Europe, European health for all series, n. 1, 1985 Copenhagen.

PUBBLICO E PRIVATO IN SANITÀ

di Tiziano Carradori*
Eugenio Di Ruscio**
Arnaldo Oneto***

SOMMARIO: Rapporto tra pubblico e privato nella legge n. 833/78 - Proposta di revisione normativa del rapporto pubblico/privato.

Anche in materia sanitaria sono trasferibili i concetti generali di pubblico e privato per cui, con il primo aggettivo ci si riferisce ad un assetto organizzativo che vede nello Stato la titolarità della proprietà, del finanziamento, della gestione, della produzione e della regolamentazione dei servizi in termini di diritto e modalità di accesso. Per contro il termine « privato » qualifica una situazione in cui « il libero imprenditore » detiene la titolarità della proprietà, del finanziamento, della gestione e della produzione dei servizi. La regolamentazione dell'accesso è demandata, invece, in quest'ultimo caso, alle leggi del mercato inteso come regolatore imparziale tra acquirente ed erogatore. Nella realtà delle cose tali due modelli teorici non si verificano mai compiutamente. In concreto la realtà si manifesta con riferimento ad articolazioni particolari aventi elementi costitutivi che di volta in volta possono essere pubblici o privati. Inoltre, all'interno di questi stessi elementi, sono possibili ulteriori scomposizioni in termini di processo o di struttura, anch'essi suscettibili dell'una o dell'altra delle due opzioni. In ogni caso appare evidente come a giocare il ruolo di discriminante ideologica fondamentale siano le modalità di regolamentazione dell'accesso. Infatti, mentre un sistema pubblico riconosce tale funzione tra quelle esercitate dal sistema stesso, quello privato la delega al mercato. Stante la Costituzione della repubblica italiana agli autori pare che il problema della regolamentazione dell'accesso, in termini generali, sia risolto dall'art. 32, laddove si definisce come diritto dell'individuo e interesse della collettività la tutela della salute del cittadino. Tuttavia il dettato costituzionale, a parte il richiamo alla gratuità per gli indigenti, non specifica i modi e le forme con cui viene assicurata detta tutela. Appaiono pertanto compatibili con l'affermazione di principio espressa dalla Costituzione le più varie articolazioni di rapporto tra pubblico e privato. Ognuna di queste attività deve tuttavia essere ricondotta all'interno della funzione di regolazione che la Costituzione riconosce allo Stato e che, per esplicarsi efficacemente, in modo cioè da rendere sostanziale il principio formale espresso dalla norma Costituzionale, deve articolarsi nelle seguenti opzioni: 1) definizione di cosa dare; 2) suddivisione territoriale delle risorse disponibili: quanto e dove; 3) definizione, in base alle due precedenti decisioni, delle modalità di erogazione: il come e il quando; 4) definizione del soggetto erogatore, scegliendo tra pubblico e privato quelle strutture che hanno i requisiti idonei a fornire servizi sanitari.

Rapporto tra pubblico e privato nella legge n. 833/78

Passando ad esaminare la situazione italiana quale si è determinata negli anni successivi alla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale è indiscutibile che questa presenti delle caratteristiche del tutto peculiari:

— la situazione si caratterizza per un servizio pubblico che può optare per diverse forme erogative (produzione con risorse umane e strutturali di proprietà, produzione con risorse strutturali di proprietà e risorse uma-

ne acquistate, acquisto del prodotto finito);

— presenza di produttori che, pur caratterizzati da statuto privato, sfuggono, nella quasi totalità dei casi, al premio ed alla punizione del mercato, in virtù del rapporto preferenziale instaurato con l'ente pubblico.

Il quadro normativo definito dalla legge n. 833 delinea, infatti, un assetto organizzativo in cui il pubblico assume un ruolo tendenzialmente autosufficiente nel quale *per il privato* vengono individuate o *specifiche aree di riserva* (medicina di base, farmacie,

termalismo...) oppure una possibilità di *coesistenza pubblico-privato* con una *funzione del privato* sostanzialmente *vicariante*. Nel primo caso, di fatto, il « privato » opera in una situazione protetta caratterizzata da meccanismi di quasi monopolio.

* Tiziano Carradori, Direzione sanitaria Usl 39, Ospedale Bufalini, Cesena.

** Eugenio Di Ruscio, Direzione sanitaria Usl 39, Ospedale Bufalini, Cesena.

*** Arnaldo Oneto, Servizio Assistenza di base, Assessorato regionale sanità della regione Emilia-Romagna.

Il secondo caso è invece caratterizzato da instabilità dei rapporti che, in quanto tale, ha accentuato la loro caratteristica di « marginalità ».

Quest'ultima, frequentemente accompagnata da una sottoremunerazione delle prestazioni, ha favorito la connotazione sostanzialmente parassitaria del ruolo gestito dal privato anche per l'esercizio di controlli meramente formali del tutto privi di riscontro sulla pertinenza e sulla qualità delle prestazioni rese.

La legge n. 833, pur partendo da una tendenziale totale assunzione dell'assistenza sanitaria da parte dello Stato, lasciava poi ai « privati » consistenti quote di « mercato », nella maggior parte dei casi individuate attraverso quella serie di rapporti contrattuali atipici, ricompresi sotto il termine di convenzioni. In tali condizioni, pertanto, veniva a mancare una delle caratteristiche fondamentali per far sì che questi soggetti esterni cui vengono delegate alcune funzioni fossero propriamente privati: il rischio d'impresa legato alle preferenze del consumatore.

In altre parole, il particolare rapporto con il pubblico fa sì che non sia riconoscibile, se non in situazioni del tutto marginali, e pertanto sostanzialmente anomale, una qualificazione del soggetto erogatore come puramente « privato » nell'accezione chiarita all'inizio.

Gli elementi sopraccitati, accompagnati da una inadeguatezza della normativa che regola i rapporti convenzionali, ha tra l'altro impedito che il *privato* assumesse il ruolo di « *strumento operativo* » del servizio pubblico come naturale conseguenza della delega ad esso attribuita dall'essere titolare di un rapporto contrattuale con il Servizio sanitario nazionale.

A ciò si aggiunge un altro elemento che ha caratterizzato l'esperienza del Servizio sanitario italiano: la tutela della salute come diritto del cit-

tadino è stata tradotta nell'assicurazione allo stesso di un insieme di prestazioni variabile a seconda delle situazioni territoriali in modo del tutto indipendente dalle reali esigenze e possibilità operative in esse presenti, rese, a seconda dei casi, da fornitori pubblici o privati, o da una combinazione degli stessi. Tuttavia nessuna scelta nel merito riguardo l'economicità di un « fornitore » rispetto all'altro, o della migliore combinazione dei « fornitori », è stata compiuta.

Tutto ciò può essere ricondotto alla *debolezza dell'azione di Governo*, o azione pianificatoria sull'offerta di servizi (cosa, dove e quanto) e al mancato sviluppo della funzione di regolazione e valutazione (come, quando, da chi), cui poco più sopra si è accennato.

Le conseguenze di tale situazione sono così riassumibili:

A) la mancata azione regolatrice, esercitata attraverso gli strumenti della programmazione, non solo non ha stimolato il pieno sviluppo delle funzioni periferiche di gestione e valutazione, ma, per contro lo ha indirettamente impedito. Tale condizione ha reso particolarmente deboli le strutture direzionali delle articolazioni territoriali dell'assistenza sanitaria pubblica che si è limitata a verificare la congruità delle fattispecie presenti sul territorio di competenza secondo criteri di legittimità burocratica degli atti, anziché di funzionalità ed efficienza delle scelte. A sua volta ciò ha provocato una grave ricaduta in termini di mancata verifica della qualità delle prestazioni, di pertinenza, opportunità economica, efficacia e distribuzione territoriale (accessibilità).

B) duplicazione dei servizi non giustificata da reali esigenze di produzione, ma a volte stranamente in opposizione alle stesse, al punto tale da consentire se non addirittura favorire situazioni di insufficiente uti-

lizzazione dei fattori produttivi. Peraltro anche tale fattore ha poi, a sua volta, generato altre condizioni negative, quali un'anomala crescita della domanda (in particolare in condizioni di conflittualità tra gli erogatori non risoltesi spontaneamente o non regolate dal management della struttura pubblica che stipulava le convenzioni) e una mancanza del controllo dei costi. Tale mancato controllo del pubblico ha orientato l'azione privata verso l'inefficienza, il parassitismo e, spesso, il malpractice; come ad esempio, la pratica di prolungare la degenza indipendentemente dalle situazioni cliniche dei pazienti, invece che indirizzarla verso interventi tali da far coincidere la pubblica utilità con il profitto d'impresa.

Nel pubblico è meno riconoscibile una tendenza dominante, nel senso che si può parlare di più tendenze, ognuna prevalente in un determinato ambito territoriale. È comunque lecito affermare che anche le migliori realtà sanitarie pubbliche hanno prevalentemente lavorato sull'elefantismo tecnologico (vedasi ad esempio la distribuzione di tecnologie « pesanti ») convinte che ad un miglioramento della tecnologia impiegata, corrispondesse il miglioramento della qualità del prodotto, ignorando, non è possibile sapere fino a che punto volutamente, che la dotazione tecnologica è solo uno degli aspetti della qualità della struttura.

Inoltre, se essa non viene governata, è perlomeno azzardato affermare che duplicazioni e inefficienze nel senso proprio (cioè sottoutilizzazioni o cattive utilizzazioni) costituiscano un innalzamento della qualità complessiva del sistema, mentre è vero che sottraggono risorse per il mantenimento o soddisfacimento di prestazioni essenziali.

In un contesto caratterizzato dagli elementi prima descritti la tanto in-

vocata privatizzazione, se non caratterizzata dalla definizione puntuale dei singoli elementi che costituiscono il processo, non solo non rappresenta la panacea dei mali della sanità, ma rischia seriamente di accentuare, dilatandoli ed estendendoli, gli aspetti di consumismo, parassitismo e inefficienza che, nel tempo, hanno caratterizzato il sistema. D'altra parte, il mantenimento della situazione attuale, dogmaticamente e impropriamente definita pubblica, appare insostenibile in presenza di risorse sempre più scarse e di una sistematica introduzione di norme nazionali che, apparentemente tese alla salvaguardia del sistema pubblico, in maniera disorganica ed in via surrettizia, introducono sempre più palesi elementi di uso privatistico delle risorse pubbliche senza che ciò determini un visibile innalzamento del livello qualitativo del sistema nei suoi aspetti organizzativi ed erogativi.

Se si aggiunge il venir meno della *certezza circa il limite e le modalità di erogazione* delle prestazioni, come si era venuta assestando, in via di fatto, pur o proprio a causa della mancanza di un chiaro quadro di riferimento normativo e la sistematica esasperazione della conflittualità alimentata sia dal contesto generale che da residui ideologici, si può delineare per l'immediato futuro uno scenario sconcertante.

È opportuno esplorare *possibili percorsi* che, nell'intento di mantenere e migliorare l'efficienza del sistema di sicurezza sociale, ridefiniscano i termini di collaborazione tra i soggetti cui la legge riconosce la possibilità di erogare prestazioni sanitarie.

Una delle possibili strategie deve tendere a finalizzare a interesse generale le risorse private. Ciò comporta due operazioni: da una parte occorre rendere « appetibile » l'offerta di collaborazione nei termini classici dell'impresa che in quanto

tale ha tra i propri fini quello di lucro. Dall'altro è necessaria l'acquisizione da parte del sistema pubblico delle capacità e delle prerogative proprie della funzione di programmazione e di gestione complessiva, ivi compresa la funzione di controllo e valutazione del prodotto erogato anche tramite soggetti estranei all'organizzazione diretta.

Ciò determina una ridefinizione del quadro all'interno del quale pubblico e privato operano, con una articolazione ben definita dei rispettivi ruoli. In questo senso è necessario che si stabilisca in termini inequivocabili quali siano le funzioni e le attribuzioni proprie del sistema pubblico e quali quelle proprie del privato che voglia operare nel contesto organizzativo pubblico. Il sistema sanitario pubblico è e dovrà rimanere titolare:

- dell'individuazione del fabbisogno da soddisfare;

- della facoltà di scegliere tra i diversi strumenti pubblici e privati, quello più opportuno e conveniente;

- della distribuzione territoriale dei servizi;

- della determinazione dei requisiti logistici e organizzativi delle strutture;

- dell'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo sull'espletamento delle attività;

- della predeterminabilità annuale dei contenuti economici dei rapporti instaurati.

Il privato operante per conto del Servizio sanitario dovrà a sua volta:

- organizzare l'attività o adeguarla alla esigenze rappresentate dal sistema pubblico;

- operare in un rapporto di stretta collaborazione con il sistema pubblico, in quanto « strumento operativo » dello stesso;

- assumere il vincolo di gestire la propria attività all'interno di un budget predeterminato, rinunciando ad alcune delle proprie prerogative

imprenditoriali in quanto si trova ad operare in un contesto pubblico, e come tale soggetto a vincoli di bilancio;

- accettare e collaborare a controlli sulla qualità delle prestazioni e sulla congruità tra la tipologia e la quantità delle stesse rispetto alla propria dotazione strumentale e organizzativa.

Se estesa a tutto campo, la traduzione dei principi appena illustrati, implica un profondo rimodellamento sia delle procedure e delle tecniche di pianificazione necessarie alla traduzione degli obiettivi e delle strategie generali di politica sanitaria in programmi operativi, sia dei ruoli assunti dai diversi soggetti istituzionali che, a vario titolo, intervengono nel processo di Governo e di gestione del sistema. Da tale revisione deve scaturire un contesto nel quale alle Unità sanitarie locali, fermi restando i vincoli di natura finanziaria e/o di attività definiti in sede di pianificazione, venga attribuita la piena responsabilità riguardo la scelta della o delle strategie produttive che, tra le possibili nei rispettivi ambiti di intervento, si dimostrino le più idonee ad ottimizzare il rapporto tra risorse assegnate e servizi resi.

Evidentemente, un simile intervento non può trovare attuazione senza tener in considerazione la situazione data che vede ben altrimenti definiti i ruoli istituzionali, soprattutto tenendo conto che il momento tattico è profondamente assunto nell'attività di piano e che il momento operativo trova fortissimi vincoli nell'inerzia strutturale ed organizzativa che caratterizzano il sistema così come attualmente configurato.

Ciò nonostante, la necessità di cambiamento può realizzarsi in quelle aree di attività, settori e/o procedure organizzative delle stesse, nelle quali:

- l'interazione pubblico/privato si caratterizza per la contestuale pre-

senza di elementi di inefficienza, di conflittualità manifesta o latente, di qualità complessiva del prodotto non corrispondente alle potenzialità dello sforzo economico-finanziario sostenuto, direttamente o indirettamente, dal sistema (attività di ricovero, specialistica ambulatoriale con particolare riferimento alla diagnostica strumentale di laboratorio e alle prestazioni di riabilitazione);

— oppure l'assenza di detta interazione riduce l'efficienza potenziale del sistema stessa (pianificazione delle tecnologie pesanti e servizi di supporto). Inoltre, la limitazione dell'intervento nel senso sopra descritto, se lo rende compatibile con le attuali competenze istituzionali e modalità programmatiche, fa anche sì che sia possibile la sperimentazione di un « range » articolato di forme contrattuali e modalità decisionali i cui risultati potrebbero costituire la base valutativa per la definizione delle modalità di transizione su larga scala.

Se si concorda coi principi ispiratori del presente saggio non si potrà che convenire sulla necessità che la sperimentazione delineata sia opportunamente *governata* da linee guida che prevedano l'adozione di strumenti di valutazione tecnica e di definizione normativa capaci di garantire i soggetti coinvolti (privati, servizio pubblico, utenza) circa la tutela degli interessi di cui sono legittimi portatori e il rispetto degli obiettivi di efficacia ed efficienza del sistema.

In primo luogo va salvaguardata la tipologia e la distribuzione dei servizi in modo adeguato e corrispondente ai bisogni riconosciuti sul territorio e tale da offrire la migliore combinazione fra equità, accessibilità ed economicità.

Da un certo punto di vista la garanzia di cui sopra può essere ricondotta ad un sottoinsieme degli aspetti che compongono la qualità dell'assistenza sanitaria. Infatti, essi si rife-

riscono alla appropriatezza dell'erogazione di prestazioni nella consapevolezza che anche un'assistenza sanitaria resa in eccesso costituisce cattiva qualità, sia per i possibili effetti iatrogeni, che per la certezza di sottrazione di risorse altrimenti destinabili. Peraltro, è necessario sottolineare che la qualità riconosce anche altre componenti inerenti sia la struttura che il processo. Per gli scopi del presente saggio è sufficiente sottolineare la necessità di dare *garanzie* da parte di qualsiasi erogatore di prestazioni circa il rispetto di *standard minimi* sia in termini di adeguatezza edilizia, di risorse umane e tecnologiche (qualità di struttura) che di tecniche, metodi e procedure adottate per la produzione delle specifiche categorie di prestazioni (qualità di processo).

Una volta definito come per il pubblico sia conveniente avvalersi della collaborazione dell'imprenditorialità privata per la realizzazione di fini specifici e temporalmente stabiliti, ai fini della piena realizzazione sia di detta imprenditorialità (soprattutto sotto l'aspetto dell'opportunità di investimento economico-finanziario e di effettiva collaborazione) che del preteso ruolo di Governo da parte del pubblico, e coerentemente al presupposto di opportunità economica che ha determinato la scelta, andranno evitate inutili sovrapposizioni e competizioni, per definizione anti-economiche. In parallelo va evitato il perpetuarsi di quella situazione che vede tempi inammissibili di pagamento delle prestazioni acquistate.

In altre parole, il pubblico, una volta definito il rapporto di collaborazione si impegna a stabilizzare il rapporto e a non intervenire, se non nel caso in cui il monitoraggio dell'efficacia e/o dell'efficienza evidenzi degli scostamenti inaccettabili e non suscettibili di modificazione, rispetto agli obiettivi e ai vincoli contenuti negli accordi stipulati, così co-

me a rispettare i tempi di pagamento concordati.

Le garanzie del pubblico sono sostanzialmente riconducibili allo sviluppo e mantenimento di un effettivo ruolo di Governo del sistema che si esplica nel determinare il contenuto degli accordi, così come l'attività da essi derivante, sia in termini «micro» che «macro». Nel primo caso ci si riferisce al contenuto (tipologie, modalità e «prezzo») dei singoli accordi; nel secondo, ci si riferisce al controllo degli aspetti più generali (caratteristiche distributive del mercato, eventuali concentrazioni e situazioni di monopolio, monitoraggio dei costi e mantenimento delle condizioni di opportunità economica) del sistema, risultanti indirettamente dai singoli accordi stipulati.

Operativamente, le garanzie appena citate potrebbero essere assicurate attraverso l'appropriazione da parte delle Regioni di una effettiva possibilità e capacità di Governo dei processi esterni. Le Regioni, in tal senso, dovrebbero avere tra i propri compiti, organizzativamente distinti, la strutturazione (a livello regionale e periferico) di tecniche di valutazione e l'elaborazione di dispositivi giuridici idonei a fornire strumenti di Governo e di gestione sia nella fase di selezione degli interventi che in quella di monitoraggio di quelli selezionati. Ciò dovrebbe rendere possibili due tipologie di interventi: l'una di natura progettuale, l'altra esecutiva.

Per quanto attiene l'aspetto progettuale:

— disponibilità di flussi informativi non mirati ad una strutturazione per servizi ma ad una strutturazione per aree di rilevanza sanitaria e/o economica;

— ridefinizione dell'assetto organizzativo delle U.s.l. per la produzione e la gestione delle informazioni di cui sopra;

— definizione dei criteri e delle

linee generali che guidano la scelta degli specifici interventi.

Per quanto attiene l'aspetto esecutivo:

— funzione di « tesaurizzazione » delle esperienze fatte a livello periferico per la loro riproposizione in altre situazioni periferiche che dimostrino caratteristiche simili;

— funzione di centro di riferimento per problematiche periferiche particolarmente complesse;

— monitoraggio economico dell'andamento delle collaborazioni tra pubblico e privato in modo da poter riconoscere in tempo utile eventuali formazioni di aggregazioni private le cui dimensioni rendano oggettivamente ingovernabile il sistema così come delineato.

Proposta di revisione normativa del rapporto pubblico/privato

Nell'ambito del contesto generale le cui linee direttrici sono state prima evidenziate, una particolare attenzione andrebbe posta sulle caratteristiche anche formali degli strumenti contrattuali per trasformarli o, in molti casi, riformularli così da renderli funzionali agli obiettivi propri dell'assetto organizzativo ed erogativo proposto.

In questo senso appare quanto mai necessario l'avvio di una fase di « sperimentazioni » ampiamente monitorate tali da consentire l'acquisizione al sistema di esperienze indispensabili soprattutto sul piano della formazione e dell'innalzamento culturale della dirigenza che, il più delle volte, è appiattita sulla ripetizione acritica di atti vissuti in termini prevalentemente burocratici e comunque espressione di esperienze parziali in quanto quasi sempre afferenti o solo ad aspetti di tecnica sanitaria o solo a quelli giuridico-amministrativi.

L'approccio della sperimentazione

appare tanto più essenziale ove si tenga conto della valenza prevalentemente « professionale » dei servizi di cui il sistema sanitario dovrebbe approvvigionarsi.

Il rispetto degli aspetti deontologici più o meno colorati da quelle caratteristiche corporative proprie di buona parte della normativa riguardante le *professioni intellettuali*, rende infatti del tutto peculiare e per molti versi atipica la connotazione dei contenuti dei contratti attraverso i quali il sistema sanitario può acquisire « servizi » e/o prestazioni rese da soggetti esercenti professioni « protette ».

Pur nella coscienza delle difficoltà e dei problemi evidenziati, esistono tuttavia ampi margini per affrontare in termini sostanzialmente diversi i contenuti e le modalità di rapporto tra interlocutore pubblico ed interlocutore privato, in particolare ove ci si riferisca a quelle *imprese sanitarie* recentemente ed in via definitiva — dopo anni di contenzioso — abilitate all'organizzazione ed all'erogazione di servizi sanitari dalla legge finanziaria 1992 (la legge n. 412/91).

L'individuazione delle aree e degli spazi da riservare al possibile apporto privato potrà far riferimento a strumenti contrattuali diversi a seconda che il fabbisogno da soddisfare riguardi attività e prestazioni da erogare direttamente ed in via obbligatoria, oppure attività e prestazioni erogabili con oneri a carico dei richiedenti.

Nel primo caso si tratterebbe di intervenire su quelle funzioni attualmente riservate al sistema delle « convenzioni » che, ereditato in termini acritici dal sistema mutualistico, è stato trasfuso in blocco, spesso con l'inserimento di ulteriori ed esasperati elementi di garantismo, nel sistema della 833.

Nel secondo il sistema pubblico dovrebbe assolvere al ruolo di « ga-

rante » nei confronti dell'utenza, assicurando e controllando l'idoneità dell'organizzazione privata ad assolvere alle funzioni ad essa demandate, attraverso un procedimento di « *accreditamento* ».

Si tratta, in quest'ultimo caso, di avviare diverse (e per molti versi nuove) forme di collaborazione tra pubblico e privato, tra l'altro con l'obiettivo indiretto posto dalla opportunità di decongestionare il sistema pubblico depurandolo da una serie di funzioni e compiti il cui espletamento da parte di soggetti privati, liberando risorse pubbliche, consentirebbe un migliore e socialmente più valido loro impiego in settori che per loro natura o per la loro scarsa remuneratività non esercitano particolare attrazione sul privato.

Lo strumento dell'« *accreditamento* », andrebbe utilizzato relativamente ad interventi in settori particolari quali la tutela sanitaria delle attività agonistiche in materia di medicina dello sport, o, nel campo della medicina del lavoro, per i controlli periodici ai lavoratori, o infine, in settori specifici relativi alla vasta tematica dei controlli chimici in materia ambientale, alimentare e sulla composizione dei prodotti industriali prima della loro commercializzazione. Naturalmente l'« *accreditamento* » dovrebbe essere accompagnato dall'introduzione di un puntuale sistema di controlli sulla qualità in ordine all'affidabilità dei risultati testati, con previsione di sanzioni severe e severi controlli epletati tramite un'organizzazione pubblica dotata di idonei strumenti, adeguato potere e notevole livello tecnologico e culturale.

Diverso è il discorso della rivisitazione critica di quella vasta area relativa alla fornitura di prestazioni sanitarie attualmente erogate tramite personale o strutture convenzionate. Il problema va affrontato in termini diversi, a seconda delle aree e delle funzioni cui ci si voglia riferire.

Una prima vasta area riguarda l'analisi delle convenzioni per l'*assistenza specialistica*. La materia, secondo la legge n. 833, avrebbe dovuto essere suddivisa in due aree ben distinte con strumenti normativi e contrattuali profondamente diversi.

Mentre, infatti, come accenno, le prestazioni rese da « personale » convenzionato devono sottostare alla disciplina propria delle professioni « protette », quelle offerte da istituzioni sanitarie pubbliche hanno, già sul piano della normativa generale, una loro diversa disciplina.

Di questa sostanziale ed evidente differenza non si è tenuto conto per il passato e da ciò sicuramente derivano buona parte delle difficoltà di rapporto e dei conflitti che hanno caratterizzato il settore: l'assimilazione di realtà profondamente tra loro diverse e l'assoggettamento alla medesima disciplina contrattuale è, infatti, un assurdo sia sul piano giuridico che su quello operativo.

Quali elementi strutturali, organizzativi e, per molti versi professionali hanno infatti in comune l'attività resa nello studio professionale di uno specialista, eventualmente ubicato nell'appartamento adibito ad abitazione privata, rispetto alla medesima funzione collocata nel contesto organizzativo di una casa di cura o di un centro polispecialistico?

Eppure le convenzioni dal 1980 in poi hanno effettuato una completa sovrapposizione di tali realtà.

La ricerca delle motivazioni e delle cause storiche sono intuitive in quanto solo negli ultimi decenni l'attività professionale del medico — in particolare specialista (e non per tutte le specialità nella medesima misura) — ha assunto connotazioni profondamente diverse rispetto al complesso di quelle professionali « liberali » che, per secoli, hanno accomunato in un'unica regolamentazione tutte le professioni « intellettuali ».

In realtà, mentre nel primo caso è corretto affermare che l'attività professionale deve sottostare al complesso della normativa riguardante quello che viene definito « lo statuto » del lavoratore intellettuale, anche ove la prestazione sia « acquistata » dal servizio sanitario, nel secondo, la prevalenza degli aspetti imprenditoriali collegati alla prestazione comporta una diversificazione del rapporto tra professionista ed impresa, rispetto a quello esistente tra impresa e servizio sanitario.

Ai fini che qui interessano, i rapporti del servizio sanitario nazionale con le imprese private (che trovano la loro fonte giuridica negli articoli 43 e 44 della legge n. 833) potrebbero assumere una duplice valenza, variabile a seconda dell'oggetto del contratto.

Infatti i contratti potrebbero avere ad oggetto:

— o l'acquisto di prestazioni preindividuate nella quantità e qualità, con un prezzo unitario moderato dall'introduzione del principio dell'economia di scala;

— oppure l'organizzazione e la gestione di un'attività (o anche di una serie di attività) specialistiche che il privato effettuerebbe, per un budget prestabilito relativo al complesso delle attività o delle funzioni, in nome e per conto del sistema pubblico, sia in *ambiti* territoriali preindividuati, sia, in alcuni casi, nello stesso *contesto organizzativo pubblico*.

In termini giuridici, nel primo caso ci si troverebbe in presenza di un contratto per la fornitura di servizi, nel secondo di fronte ad una vera e propria concessione di servizi.

Una volta delineati, in termini necessariamente sintetici e macroscopici, i possibili strumenti giuridici, si tratterebbe, con riferimento al quadro generale delineato nella prima parte del presente lavoro, di dar corso ad alcune prime esperienze anche

utilizzando gli spazi consentiti dalla norma di cui al sesto comma dell'art. 4, della legge n. 412/91 in tema di « sperimentazioni ».

Le « sperimentazioni » potrebbero riguardare realtà geografiche con strutture ospedaliere da convertire in strutture ambulatoriali.

Utile, in tale contesto, potrebbe essere l'avvio, in parallelo, di *esperienze* di monitoraggio e *confronto* complessivo in termini economici, gestionali e funzionali, tra possibili diverse tipologie di gestione di strutture poliambulatoriali, l'una con *personale medico dipendente*, l'altra con personale medico a *rapporto convenzionale orario*, l'altra, infine, relativa a gestioni attraverso un soggetto privato a ciò disponibile (se possibile reperito tra quelli attualmente convenzionati), delle medesime attività e funzioni specialistiche, da realizzarsi per un periodo preindividuato.

Funzionale al perseguimento degli obiettivi delineati è, ancora una volta, l'art. 4 della legge n. 412/91.

La norma posta dal secondo comma circa lo sconvenzionamento costituisce, infatti, un'occasione da non perdere per introdurre nell'area dell'assistenza specialistica convenzionata chiarezza dei ruoli, stabilizzazione dei rapporti per definire nuove modalità d'essere in termini programmatici del rapporto pubblico/privato, cui si è, più volte, fatto riferimento nel corso delle pagine che precedono.

Il provvedimento dovrebbe riguardare in via generale il superamento di tutti i rapporti di convenzione per l'assistenza specialistica che, tuttavia, sul piano della efficacia subordina il materiale superamento dei rapporti stessi alla verifica, da parte della U.s.l., dell'effettiva necessità di conferma.

Tale necessità di conferma dovrebbe, a sua volta essere subordinata alla verifica, in ciascuna struttura

o presidio, del possesso dei requisiti logistici, organizzativi e strumentali stabiliti dal medesimo provvedimento in termini generali e, quindi, trasparenti.

L'esito delle verifiche condotte localmente dovrebbe portare alla formulazione, da parte di ciascuna U.s.l., delle proposte di riconvenzionamento o di esclusione da assumere, successivamente, da parte della Regione in un provvedimento generale di riconvenzionamento per tutti i soggetti che abbiano superato tali verifiche.

In tale contesto si potrebbe dare avvio ad alcune tra le « sperimentazioni » ipotizzate finalizzandole anche a ridisegnare l'assetto organizzativo di settori o aree caratterizzate da particolari difficoltà o tensioni.

Si allude in particolare *al laboratorio, alla fisiokinesiterapia e alla diagnostica per immagini* non tradizionale.

In particolare:

La recente possibilità, legittimata prima sul piano giurisdizionale, poi su quello legislativo (D.M. 7 novembre 1991) di analizzare, per un laboratorio, campioni provenienti da altri laboratori, evidenzia come ormai indifferibile l'adozione di provvedimenti che ridefiniscano l'intero assetto organizzativo, sia nel pubblico che nel privato convenzionato.

L'analisi dei costi di gestione e la graduale generalizzazione dei controlli di qualità sulla intera rete laboratoristica porta a ritenere ammissibile la progressiva trasformazione dei laboratori meno dotati in termini di potenzialità tecnologica, in punti di prelievo aggregati a laboratori meglio dotati. Il perseguimento di tale obiettivo potrebbe essere incentivato attraverso l'impegno a consentire l'eventuale successivo ripristino della situazione preesistente, oppure concordando una manovra di « accreditamento » dei laboratori disposti a convertirsi per ana-

lisi chimiche nell'area della tutela ambientale e dei controlli alimentari.

Se l'attività laboratoristica è oggettivamente da ricondurre entro i limiti accennati, spazi nuovi e per molti versi stimolanti si aprono sul versante della *diagnostica per immagini*, anche in forza della norma della legge n. 412 del 1991 in materia di sperimentazione di nuove forme di gestione. Un'analisi oggettiva dei costi e dei tempi d'attesa potrebbe, in questo campo, portare ad evidenziare aree e funzioni da demandare prevalentemente al privato convenzionato; aree e funzioni, invece, da riservare all'intervento pubblico.

In presenza di una eventuale disponibilità ad individuare forme di remunerazione diverse rispetto a quelle tradizionali, la norma sulle sperimentazioni potrebbe consentire, inoltre, l'avvio di forme particolari di collaborazione pubblico/privato anche in materia di investimenti per prestazioni ad alta tecnologia o a notevole incidenza quantitativa, specie se relativamente ad interventi e campagne di prevenzione.

Nel campo terapeutico, in particolare *riabilitativo*, andrebbe valutata, in concreto, la possibilità di gestire direttamente le prestazioni a maggior impegno assistenziale collegate con le patologie a maggior rischio, prevedendo, invece, un graduale potenziamento delle gestioni indirette, e quindi in convenzione, per gli interventi fisochinesiterapici in particolare rivolti alla popolazione anziana aventi prevalente significato sintomatico, sperimentando, anche in questo campo, forme diverse di remunerazione rapportate non alle singole prestazioni, ma a tipologie specificate di trattamento riferite a gruppi di patologie e/o sintomatologie.

I medesimi principi dovrebbero caratterizzare la rivisitazione dei criteri che caratterizzano i *rapporti con*

la casa di cura operati in regime di convenzione.

Anche in questa area tuttavia, pur all'interno del quadro delineato in termini generali nelle pagine che precedono, si reputa necessario tener conto, nell'ambito del generale disegno della legge n. 833, della possibilità di erogare *l'assistenza* sia in forma *diretta* che *in quella indiretta* demandando l'opzione tra i diversi tipi di assistenza ad una autonoma valutazione del cittadino; tenendo conto della necessità di salvaguardare tale diritto e dell'entità delle quote di rimborso previste, la conseguenza derivante dalla manovra di sconvenzionamento potrebbe essere non un decremento della spesa, ma una sua lievitazione.

Infatti, ove non si riesca — allo stato attuale ciò non appare legittimo — a limitare il diritto alla libera scelta del luogo di cura (attualmente l'intervento della U.s.l. è limitato esclusivamente ad una valutazione circa le esigenze di carattere sanitario), poiché gli oneri derivanti dall'assistenza indiretta, sono collegati all'entità della retta di degenza per la fascia c) e, per alcune patologie, addirittura superiore alla stessa, ne scaturirebbe un onere complessivo più elevato rispetto a quello sostenuto per l'assistenza in convenzione.

Anche in questo campo sarebbe opportuno ricorrere, invece, con mente scevra da pregiudizi, a forme di « sperimentazione » profondamente innovative.

In particolare sembra il caso di superare l'ottica della convenzione per posto letto e andare ad una convenzione complessiva per numero annuo predeterminata di giornate di degenza con riferimento, quanto alla durata, ai valori medi per patologie similari emersi dalla esperienza dei D.R.G.

In questo modo si avrebbero i seguenti risultati:

— predeterminabilità della spesa;

— innalzamento del suo livello di efficienza;

— possibilità di creare una sinergia tra pubblico e privato evitando doppioni inutili e concentrando sulle case di cura patologie preindviduate perché o più conveniente sul piano economico, o perché funzionale a destinare i letti pubblici per risolvere problemi emergenti.

Si tratta, evidentemente, di avviare alcune esperienze al fine di acquisire elementi per reimpostare il rapporto con il mondo privato, avviando, anche in questo caso, una manovra tendente a finalizzare ad interesse generale le risorse della imprenditoria privata.

Le prestazioni rese per il tramite di personale medico attualmente reperito attraverso le *convenzioni per la medicina generale e la guardia medica* andrebbero ricondotte in capo ad una unica categoria professionale attraverso uno strumento contrattuale caratterizzato da aspetti profondamente innovativi.

L'attuale assetto ha provocato notevoli livelli di *deresponsabilizzazione* in gran parte derivanti dal sistema forfettizzato di remunerazione (quota capitaria) e dalla mancanza assoluta di adeguate forme incentivanti o disincentivanti collegate alla spesa indotta.

La remunerazione forfettaria, d'altra parte, è l'unico strumento che consente una previsione annuale della spesa attraverso il calcolo di una quota predeterminata calcolata con riferimento alla popolazione da servire.

Nel tempo il sistema a quota capitaria ha subito integrazioni con l'inserimento di forme di remunerazione aggiuntiva collegate all'esecuzione o meno di determinate funzioni o attività, oppure al possesso di determinati requisiti da accertare attraverso controlli dei comportamenti individuali con strumenti aventi quasi esclusiva valenza burocrati-

ca. Il che, oltre ad essere oltremodo oneroso sul piano operativo, non ha prodotto, come era ovvio, alcun effetto concreto.

Le ipotesi alternative periodicamente ventilate, alla luce dell'esperienza acquisita nel corso del sistema mutualistico, non appaiono risolutive. Infatti:

1) *L'assistenza indiretta* comporta: — il superamento del rapporto tra sistema sanitario e medico e quindi la privatizzazione della funzione;

— l'impossibilità di ricondurre, in capo al medico, la gestione di un ruolo preciso;

— l'impossibilità, se non sul piano deontologico o penale, di chiamare il medico a rispondere per comportamenti « anomali »;

— l'impossibilità di una previsione della spesa, accompagnata dalla trasformazione del sistema delle U.s.l. in « sportello bancario ».

Ciò senza contare i riflessi sul piano sociale.

2) Anche la riproposizione del sistema a *notula* avrebbe una serie di riflessi negativi già vissuti, peraltro, nel periodo mutualistico.

Il pagamento di ogni singola prestazione eseguita dal medico e addebitata al sistema sanitario produrrebbe una serie di effetti negativi, tra i quali si evidenzia:

— il possibile gonfiamento del numero delle notule;

— la necessità di controlli sistematici che dovrebbero coinvolgere anche i cittadini;

— l'imprevedibilità degli oneri finanziari necessari, in quanto la spesa sarebbe soggetta ad una serie di variabili non suscettibili di controllo alcuno.

3) L'ipotesi di superamento del sistema convenzionato in vista di una gestione attraverso *personale dipendente* comporterebbe un notevolissi-

mo incremento del numero dei medici addetti, con evidenti conseguenze sul piano economico derivanti soprattutto dalla copertura degli oneri connessi a:

— ferie;

— malattia;

— liquidazione di fine servizio;

— dotazione e organizzazione degli ambulatori;

— rimborso spese per visite domiciliari.

Come si vede, ove non si vada ad un superamento della funzione di medicina generale, il sistema di pagamento forfettizzato relativo all'affidamento al medico di una serie di funzioni preindviduate, non appare facilmente superabile.

Si tratta, invece, di meglio regolamentare l'organizzazione della funzione e di intervenire, in maniera per alcuni versi radicale, sull'attuale assetto della medicina generale, anche in questo caso, procedendo per gradi e utilizzando lo strumento delle « sperimentazioni » di cui alla legge n. 412/91.

L'obiettivo dovrebbe tendere a:

— recuperare, quanto meno in termini di responsabilità, l'unitarietà dell'intervento medico superando la frantumazione tra interventi diurni e interventi notturni e/o festivi;

— introdurre, sul piano economico, correttivi per responsabilizzare la categoria sia relativamente agli aspetti riguardanti il rapporto con i singoli cittadini, che relativamente a quelli connessi alla spesa indotta in quanto derivante dalla prescrizione di prestazioni, in particolare farmaceutiche e/o specialistiche.

Anche in questo caso, partendo dai medici che hanno ritenuto di praticare la « medicina di gruppo » o da medici operanti in Comuni di piccole dimensioni, si potrebbero avviare alcune *sperimentazioni* aventi ad oggetto entrambi gli aspetti evidenziati.

In concreto, tenendo conto del da-

to statistico relativo al costo medio di ogni visita effettuata dai medici di guardia (circa lire 150.000 desunte dal costo delle retribuzioni diviso per il numero medio delle visite), si potrebbe affidare al gruppo oppure ai medici operanti in un Comune la responsabilità dell'assistenza ambulatoriale e domiciliare diurna, notturna e festiva da effettuare direttamente o anche avvalendosi della collaborazione di medici reperiti autonomamente, purché in possesso di requisiti predeterminati.

La retribuzione potrebbe essere data dal complesso delle quote capitarie della popolazione facente capo all'ambulatorio del gruppo o resi-

dente nel Comune, maggiorata di un quota pari ai costi di uno o più medici di guardia medica (oneri che andrebbero sottratti dal punto di guardia medica dell'Unità sanitaria locale), a seconda della popolazione servita.

I compensi così quantificati andrebbero corrisposti con cadenza temporale da concordare e sarebbero suscettibili di conguaglia positivo o negativo a seconda dei risultati collegati ad una valutazione, a consuntivo, della spesa indotta per altre forme di assistenza (farmaceutica, specialistica, ospedaliera, ecc.) rapportata al costo medio pro-capite sostenuto dal sistema per un cam-

pione di popolazione avente le medesime caratteristiche da un punto di vista anagrafico ed epidemiologico.

La sperimentazione andrebbe condotta *sotto il patrocinio e con la collaborazione degli ordini dei medici garanti*, da un punto di vista deontologico e qualitativo, dell'assistenza resa.

Presupposto per la sperimentazione sarebbe la presenza, nel territorio, di un sistema informativo tale da consentire la conoscenza analitica, da un punto di vista qualitativo e quantitativo, dell'assistenza « indotta » resa ai cittadini del campione.

Documenti e commenti

Sezione 2^a

LA REGIONE FULCRO DEL SISTEMA DI SANITÀ PUBBLICA

di Antonello Zangrandi, Alessandro Tonti* e Federica Bandini (a cura)

SOMMARIO: — Presentazione.

- Intervista all'Assessore alla sanità della regione Marche **Aldo Tesei**.
- Stralcio delle proposte di legge in cui si articola la manovra della regione Marche in attuazione della legge delega n. 412/91.
- Intervista all'Assessore alla sanità della regione Lombardia **Patrizia Toja** (realizzata nel novembre 1992).
- Progetto di ristrutturazione della rete ospedaliera lombarda.
- Delibere della Giunta della regione Emilia-Romagna in attuazione della legge delega.

Le politiche regionali per il controllo della spesa sanitaria e per la qualità del servizio stanno assumendo un ruolo sempre più importante. La legge delegata vede nella Regione il fulcro del sistema di sanità pubblica.

Le conseguenze più rilevanti di questa politica sono:

— la responsabilità del servizio sanitario e del relativo finanziamento è collegata alle decisioni regionali sia sotto il profilo dei costi, sia sotto il profilo delle entrate;

— molte variabili di azione oggi in mano allo Stato diverranno di *diretta* responsabilità delle Regioni.

Molti sono concordi nel rilevare i rischi di questa scelta: la realizzazione di 21 sistemi sanitari diversi, con costi diversi, con qualità dei servizi diversi.

È ovvio che a questo pericolo sono contrapposti gli standard minimi di prestazioni e i relativi finanziamenti, ma alcuni primi osservatori mettono in evidenza grandi difficoltà in alcune Regioni italiane.

Il ruolo delle Regioni diventando

strategico nello sviluppo del sistema sanitario abbisogna di alcune condizioni fondamentali per potersi realmente realizzare, tra le quali è possibile individuare: la capacità di ricercare l'equilibrio finanziario, la capacità di gestione delle entrate, la capacità di programmare, la capacità di innovazione, la capacità di controllo della gestione, la capacità di realizzare « sistemi premianti » i comportamenti desiderati.

Per rendere queste capacità concrete è necessario che all'interno della Regione crescano professionalità di altissimo livello che sappiano interpretare positivamente i nuovi compiti.

È perciò su questa capacità delle Regioni che si deve sviluppare una seria riflessione per comprendere due aspetti fondamentali:

— quali interventi possono essere gestiti a livello regionale per il controllo della spesa sanitaria, per l'equilibrio finanziario e per lo sviluppo della qualità delle prestazioni;

— quali strumenti e quali meccanismi è opportuno realizzare al fine di permettere alla Regione di svolge-

re in modo propositivo il suo ruolo.

Di seguito sono presentate le azioni predisposte nel mese di luglio-agosto da tre Regioni italiane, Marche, Lombardia, Emilia Romagna, che bene testimoniano da un lato gli sforzi fatti e dall'altro le concrete possibilità di azione su vari aspetti: dalla chiusura degli ospedali al controllo della spesa farmaceutica convenzionata. Ciò che risulta evidente è che i provvedimenti dimostrano la forte volontà da parte di queste Regioni di sviluppare una presenza determinante e quindi capace di governare il Servizio sanitario regionale.

Le Regioni dovranno usare molti strumenti di intervento per il governo della sanità pubblica che troveranno reale applicazione nella misura in cui ci sarà (si saprà far accettare) la volontà di portare avanti azioni impopolari, ma che nel medio pe-

* **Alessandro Tonti** è ricercatore presso il Cergas, Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria, nonché docente della Scuola di direzione aziendale, SDA, dell'Università Bocconi di Milano.

riodo consentano di sviluppare interventi efficaci ed efficienti.

Le tre esperienze illustrate nelle pagine seguenti mettono in rilievo i molteplici spazi di intervento regionale, i risultati di queste azioni dovranno però essere valutati tra qualche mese: infatti, la applicazione di alcuni provvedimenti potrebbe risultare alquanto complessa se non addirittura non perseguibile nel breve periodo.

Il secondo fattore a cui si è fatto cenno, le capacità organizzative, diverranno elementi sempre più determinanti per i risultati delle azioni.

In un prossimo numero di MECOSAN analizzeremo come stanno rispondendo alle nuove sfide le Regioni italiane. Peraltro queste « capacità organizzative » sono il frutto di investimenti, di progetti che necessitano di investimenti rilevanti sul piano della professionalità.

Una chiave di lettura per interpretare i provvedimenti qui pubblicati insieme al commento dell'Assessore alla sanità è proprio quello di capire quali condizioni organizzative necessitano, quale professionalità sono necessarie. Provvedimenti che incidono realisticamente sulla

spesa, sulla offerta di servizi, necessitano dirigenti nelle aziende sanitarie di alto livello in grado di considerare le indicazioni regionali come obiettivi da raggiungere e che quindi operino, in grande libertà, per raggiungere gli obiettivi indicati. Perché questo si realizzi occorre perciò disporre di un quadro dirigenti di elevatissima capacità e fortemente motivati a perseguire gli interessi delineati a livello « politico regionale ».

Il sistema sanitario si baserà sempre di più su un sistema organizzativo con elevata professionalità manageriale.

RICONVERTIRE PER QUALIFICARE: LA PROPOSTA DELLA REGIONE MARCHE

Intervista con:

Aldo Tesei

Assessore alla sanità
della regione Marche

MECOSAN. La regione Marche ed il suo assessorato si sono mossi per fronteggiare e per « governare » il sistema complesso della Sanità. Ci può tracciare il quadro istituzionale entro cui si pongono anche i provvedimenti legislativi proposti?

Tesei. Per meglio inquadrare tali provvedimenti va fatta una premessa: una sostanziale comprensione per le preoccupazioni delle comunità locali che si sentono « minacciate » e penalizzate, ad esempio dalla disattivazione di alcuni presidi ospedalieri.

Va altresì precisato che le attuali prestazioni erogate nei citati presidi sono da riconvertire in quanto non sono più rispondenti alle reali necessità dell'utenza.

Questa premessa è doverosa anche perché solo in questo modo si comprende la logica ed i criteri che stanno informando la definizione del 2° Piano sanitario regionale. Logica e criteri che presuppongono la presa di decisioni e di misure che se non venissero adottate oggi creerebbero ulteriori disagi domani: la regione Marche, come forse altre Regioni, correrebbe il gravissimo pericolo di non poter ottenere risorse aggiuntive a ripiano dei disavanzi accumulati. Pertanto non vogliamo in nessun modo che da tale situazione vengano ulteriormente penalizzate, con maggiori prelievi fiscali, le stesse popolazioni marchigiane.

La Regione ha così ritenuto opportuno adottare una serie di misure che pur con tutti i limiti « strutturali » del sistema sanità (finanziamento inadeguato, gravità dell'indebitamento pubblico, ecc.) intende in primo luogo razionalizzare e realizzare azioni organizzative in grado di raggiungere obiettivi di efficacia ed efficienza.

Deve essere chiaro però che tali cambiamenti vanno ad intaccare i comportamenti e gli elementi strutturali dell'organizzazione e pertanto non possono mutare che gradualmente in un orizzonte temporale di medio-lungo periodo.

Le singole misure, in molti casi dovute perché espressamente previste dalla 412/91, intendono costituire una vera e propria « strumentazione » per conseguire gli obiettivi programmati. È il caso della trasformazione di ospedali con meno di 120 posti letto o della disattivazione dei posti letto che non vengono utilizzati (ovviamente garantendo comunque una funzione ospedaliera nelle zone più disagiate della Regione), il rilancio dell'attività di prevenzione esprimendo così una maggiore attenzione alla salute più che alla malattia, l'impegno alla realizzazione di sportelli informativi e Cup, ecc. In definitiva un'architettura del nuovo sistema che si propone di costruire una rete

qualificata di ospedali di medie dimensioni riorganizzati nel proprio interno per aree funzionali omogenee.

MECOSAN. Come si articola, di fatto, la manovra?

Tesei. La proposta della Giunta in attuazione della manovra sul sistema sanitario regionale ed in attuazione dell'articolo 4 della 412/91 si articola su quattro livelli d'intervento:

- un atto programmatico che riassume i vari provvedimenti assunti o proposti dalla Giunta che costituiscono il programma a stralcio di cui al comma 2 del citato art. 4;
- atti della Giunta già esecutivi o deliberati in contemporanea con il programma;
- delibere amministrative di competenza del Consiglio regionale;
- progetti di legge a carattere istituzionale ed organizzativo.

Le elenco soltanto i provvedimenti del programma più significativi: la proposta al Consiglio regionale di rideterminare il fabbisogno di attività convenzionate necessarie, la proposta di adottare una legge per l'istituzione di un servizio ispettivo sulla gestione sanitaria e finanziaria delle U.s.l., avviare la consultazione con gli Enti locali sulla proposta di legge, presentata nel luglio scorso, di ridefinire gli ambiti territoriali delle U.s.l., l'istituzione dell'Osservatorio dei prezzi e delle tecnologie, la riorganizzazione della rete ospedaliera attraverso un preciso piano d'intervento per la verifica della validità di specifiche funzioni ospedaliere.

MECOSAN. Quali sono i risultati attesi dal punto di vista « finanziario »?

Tesei. L'insieme delle misure dovranno ridurre sensibilmente il disavanzo (che viene generato ogni anno) e per effetto della manovra nel 1992 è previsto un disavanzo di circa 500 miliardi e nel 1995 lo stesso disavanzo si potrà ridurre a 250 miliardi, mentre in assenza di manovra si prevede un disavanzo per il 1992 di oltre 600 miliardi e per il 1995 intorno ai 770 miliardi. (Si veda a proposito anche lo stralcio di relazione a pag. 32)

MECOSAN. Qual'è lo stato di attuazione delle proposte di legge approvate nello scorso mese di luglio dalla Giunta regionale?

Tesei. Per quanto riguarda la proposta di legge che affrontava uno tra i problemi più spinosi della nostra Regione, quello della riconversione di ben 15 strutture ospedaliere possiamo dire di essere a buon punto.

Infatti, fatta eccezione per tre strutture (Ofida, Corridonia e Castelfidardo che peraltro hanno l'esigenza di essere « integrate » in altre strutture ospedaliere esistenti più grandi nelle quali essere assorbite) le rimanenti sono state riconvertite come previsto dal provvedimento da lei citato.

Procede, inoltre, la restante normativa ad esempio come quella relativa alla proposta di legge della Giunta regionale concernente la riduzione del numero delle U.s.l. attraverso una « delimitazione dei nuovi ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali » che porterebbe le stesse ad un numero di 13, contro le attuali 24.

Abbiamo inviato tale proposta alla consultazione dei Comuni (non solo per ottenere il parere previsto dalla legge ma soprattutto per coinvolgerli attivamente nel processo) che ad oggi stanno ancora facendo pervenire il loro parere; in linea di massima si può già intravedere un orientamento maggioritario nei confronti della proposta stessa, anche se si tratta di una « maggioranza relativa ». Si potrà ovviamente essere più precisi quando avremo ricevuto le rimanenti risposte.

Per la verità occorre anche dire che è in corso tra le forze politiche regionali

un dibattito circa l'opportunità di ridurre ulteriormente il numero delle U.s.l. (da 13 a 5 ovvero una per provincia + due per la città di Ancona) anche se tale orientamento dovrà conciliarsi con l'individuazione di un livello organizzativo ottimale, pur dovendo considerare le misure restrittive approvate recentemente dal Governo come la 412 e tutti i provvedimenti in essa contenuti.

Va infine ricordato che la proposta di territorializzazione si attesta su una media di 110mila abitanti, media su cui pesano le U.s.l. montane, dimensionate su ambiti di popolazione minore.

MECOSAN. Quanto ai tempi di tale riassetto territoriale?

Tesei. Ritengo che la nostra Regione si atterrà, quanto ai tempi di approvazione dei provvedimenti, alle scadenze previste a livello nazionale. Peraltro possiamo, a pieno titolo, ritenerci tra le prime Regioni che insieme a poche altre, ha presentato un programma organico comprendente diversi provvedimenti di razionalizzazione di carattere generale in linea come si diceva pocanzi con le linee della 412. La nostra manovra va a toccare diversi punti tra i quali oltre all'assetto territoriale vi è l'istituzione del servizio ispettivo, la riduzione dei posti letto laddove esisteva un tasso di utilizzazione inferiore al 75%, ulteriore ipotesi di riconversione di altri nove presidi ospedalieri, ecc. In definitiva una manovra basata su diversi punti e con un'ottica non esclusivamente di breve periodo.

MECOSAN. Possiamo dire, in altre parole, che la 412 ha un po' stravolto il « piano strategico » da Voi ipotizzato o rimane sostanzialmente in linea con il vostro piano sanitario regionale?

Tesei. Senza dubbio rimane il punto fermo che l'organizzazione dei servizi sanitari tenga conto delle esigenze primarie della società, senza così smantellare lo « stato sociale », semmai si può parlare di riorganizzare o meglio di razionalizzazione per meglio garantire l'erogazione dei servizi e per garantire le categorie più deboli senza cadere nel garantismo dovunque e comunque.

In altre parole si può dire che è una modifica « logistica », nell'ubicazione dell'assistenza e speriamo non della qualità che si spera possa migliorare rispetto a quella attuale.

MECOSAN. Quale impatto ritiene che potrà avere la manovra di riordino sulla struttura occupazionale della Sua Regione?

Tesei. Indubbiamente tale impatto si avrà e dagli attuali 21.000 unità (dipendenti del servizio pubblico) si passerà alle 17.000 unità occupate nel 1995.

Tra le azioni già in atto si può citare la non autorizzazione a superare il 20% del turn-over (su 2200 pensionamenti sono state concesse circa 500 deroghe alle assunzioni).

In secondo luogo si prevede come prossima la revisione del regime di convenzionamento esterno (attualmente svolto da più di 1500 operatori): il nostro obiettivo non è certamente quello penalizzare la convenzionata bensì quello di evitare sprechi o doppioni di servizi in particolare laddove il servizio pubblico già espleta un proprio ruolo preciso e risponde già in modo efficiente alle esigenze dell'utenza.

MECOSAN. Quali esperienze gestionali innovative ritiene utile introdurre per il miglioramento dell'efficienza e per il contenimento della spesa?

Tesei. L'esperienza dell'introduzione della contabilità direzionale all'interno delle nostre realtà, seppure all'inizio, l'esperienza recente dell'Osservatorio e l'importanza che sempre di più, a mio avviso, riveste il contributo della selezione, della formazione e dello sviluppo

della risorsa personale, rappresentano alcuni tra i fattori su cui investire e su cui poter sperare nel medio-lungo periodo per un miglioramento dell'efficienza e per un contenimento della spesa.

Anche perché secondo la logica vista le risorse a disposizione potrebbero essere concepite non soltanto come « costi da sostenere » bensì anche come « investimento su cui puntare ».

MECOSAN. Quali miglioramenti pensa di poter ottenere grazie alle novità introdotte ed alle specificazioni aggiunte all'attività ispettiva sulla gestione sanitaria e finanziaria delle U.s.l.?

Tesei. Un primo obiettivo sicuramente dovrebbe essere quello di una più adeguata redistribuzione dei servizi: non più « sbilanciati » o addirittura svolti esclusivamente, all'interno dei presidi ospedalieri, a danno delle attività territoriali.

Presidi ospedalieri che d'ora in poi sempre più dovranno assicurare l'assistenza per quei casi e quelle patologie specifiche che interessano (il presidio) e nei tempi strettamente necessari (giornate di degenza) così da evitare ricoveri impropri che caratterizzano molti presidi ad oggi « intasati » da tali degenze e che causano inoltre code o attese non tollerabili.

Ci proponiamo di attivare, in luogo di inefficienti presidi ospedalieri, strutture territoriali polivalenti e flessibili che accolgano attività poliambulatoriali specialistiche e di diagnostica strumentale.

Contestualmente vengono localizzate nel presidio disattivato le residenze sanitarie assistenziali, per l'accoglienza degli anziani (ad oggi nelle Marche gli ultrasessantatreenni sono circa 250.000) e dei disabili.

Per concludere con questo piano si è cercato di tenere in debita considerazione sia l'esigenza di qualità del servizio sanitario recependo la richiesta dei cittadini di ottenere servizi sempre più qualificati, sia l'esigenza di contenere le spese attraverso una qualificazione del servizio.

Forse si poteva fare di più, forse si poteva fare meglio: è una prima risposta del governo regionale per raggiungere un obiettivo ben preciso: riconvertire per qualificare.

RISULTATI ATTESI CON LE MISURE ADOTTATE NELLA REGIONE MARCHE

*Dalla relazione
dell'Assessore
alla sanità*

La manovra per il contenimento della spesa sanitaria si compone di una serie di atti volti al contenimento delle singole voci. In questo quadro la riorganizzazione dei plessi ospedalieri e l'accorpamento delle U.s.l. sono atti essenziali per favorire il processo di rientro della spesa e di ottimizzazione gestionale. È bene chiarire che la necessità di organizzare e gestire i servizi sanitari su scala più ampia rispetto a quella delle attuali U.s.l. non determina di per se un miglioramento dei servizi ed immediati risultati in termini economici.

In questa ottica la organizzazione amministrativa delle Aziende sanitarie rappresenta lo strumento per l'ottimizzazione funzionale del servizio e non l'obiettivo. Rappresenta il tassello di un piano organico di intervento, capace di rendere fruttuoso un processo riorganizzativo della sanità marchigiana in una ottica di contenimento della spesa che non può perdere di vista i livelli di erogazione del servizio.

L'insieme delle azioni adottate sono volte a determinare un incremento delle entrate ed a contenere la spesa nelle singole voci, con l'obiettivo di un decremento di spesa di circa 5 punti % annui che modifichi in maniera determinante il trend di incremento del deficit fino a ridurre ragionevolmente lo scarto tra la spesa ed i trasferimenti nazionali (cfr. fig. 1).

Le manovre adottate dalla Giunta investono la farmaceutica, il blocco del turnover del personale (al 10%), la creazione di un sistema informativo sanitario che consenta il controllo sulla spesa, l'osservatorio sui prezzi e sulle tecnologie. Sulla base di precedenti esperienze l'Osservatorio, se bene operante, può comportare una riduzione della spesa fino a contenerla nei limiti del processo inflattivo, contrastando il naturale incremento che esso presenta se lasciato a se stesso.

I provvedimenti che vengono proposti in questo atto sono funzionali alla realizzazione di tali azioni.

In particolare la dismissione delle strutture ospedaliere co meno di 120 posti letto consente:

1. - un immediato, seppur contenuto risparmio sulle spese gestionali dirette.

Questa voce consente risparmi solo parziali in quanto la gran parte dei plessi resterà aperta per ospitare strutture alternative; verranno tuttavia dismessi il servizio alberghiero (esclusa una minima parte destinata al day-hospital e, laddove previ-

sta, all'istanteria) e molti turni notturni. Bisogna inoltre considerare che questo tipo di strutture presentano una quota di ricoveri impropri stimabili nell'ordine del 40-50%. Si dovrebbe avere quindi come primo risultato una riduzione del numero dei ricoveri con una diminuzione del fenomeno dei ricoveri impropri, mentre la

quota di ricoveri che risulterà trasferita su altre strutture potrà essere gestita con criteri di più elevata razionalità e funzionalità, determinando un miglior tasso di utilizzo dei posti letto, delle risorse umane e delle apparecchiature diagnostiche, nonché realizzando economie di scala sulle spese alberghiere e sui servizi generali. Del resto la introduzione dei livelli omogenei di assistenza comporterà nei prossimi anni un livellamento della spesa nelle diverse strutture finendo per annullare i vantaggi economici della gestione « semi-familiare » delle strutture periferiche;

2. - la possibilità di porre in mobilità una ampia quota di personale.

Questa voce consente di applicare al personale del settore un indice di copertura del turn-over pari al 10% senza determinare scompensi nella organizzazione del servizio nelle strutture che resteranno operative. La portata di questa manovra può

essere quantificata tenendo conto che il personale della sanità presenta un indice di pensionamento del 5-6% su base annua. Si può quindi prevedere che verranno collocati a riposo circa 1.000 dipendenti nel 1992, 3.800 da qui al '95. Nei 24 ospedali da dismettere operano oggi circa 1.500 unità. Una parte di queste continuerà ad operare nella stessa struttura in funzioni alternative, mentre le rimanenti saranno poste in mobilità. Un turn-over al 10% consentirà in 4 anni di assumere 380 unità su 3.800 cessazioni, puntando sulle figure professionali essenziali; mentre circa 1.000 unità in mobilità consentiranno di ammorbidire gli effetti della riduzione di personale, il cui turn-over risulterà quindi coperto di fatto al 36,5%. La consistente riduzione del personale (da 20.000 a 16.500 unità) consentirà una minore spesa di 196 miliardi di lire ogni anno ai valori attuali.

GLI ATTI DELLA REGIONE MARCHE

L. 412/1991 - Riconversione dei presidi disattivati e riorganizzazione della rete ospedaliera a stralcio del Piano sanitario regionale

Il Consiglio regionale

VISTA la L.R. 37/82 che stabilisce la chiusura e riconversione di alcuni presidi ospedalieri periferici;

VISTO l'articolo 4, comma 3 della legge 412 del 30 dicembre 1991, che ridetermina i parametri standard di cui all'articolo 10 della legge 595/85 in materia di organizzazione degli ospedali prevedendo l'utilizzazione dei posti letto ad un tasso non inferiore al 75% in media annua, la dotazione complessiva di 6 posti letto per mille abitanti, di cui lo 0,5 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza postacuzie, con un tasso di spedalizzazione del 160 per mille, nonché la necessità di riconvertire gli ospedali che non raggiungono lo standard minimo di 120 posti letto, operando le trasformazioni di destinazione, gli accorpamenti e le disattivazioni necessarie per conseguire il raggiungimento dei parametri stessi;

ATTESO CHE il citato articolo stabilisce che il finanziamento del livello assistenziale corrispondente tiene conto solo dei posti letto e del tasso di utilizzazione prescritti e che per gli effetti la regione Marche, con una popolazione di 1.435.000 abitanti avrà titolo ad essere finanziata, a regime, per un totale di 8.610 posti letto, di cui 7.892 per acuti (5,5 per mille) e 718 (0,5 per mille) per riabilitazione e lungodegenza postacuzie, tutti occupati a non meno del 75% in media annua;

CONSIDERATO CHE nelle Marche sono a tutt'oggi dichiarati disponibili 11.211 posti letto, distribuiti come in appresso indicato:

a) per patologie prevalentemente acute:	p.l.	10.227
di cui:		
— in 54 presidi pubblici	p.l.	9.339
— in 10 case di cura convenzionate		888
b) per patologie di riabilitazione e lungodegenza:	p.l.	984
di cui:		
— in 3 case di cura convenzionate	p.l.	177
— in 8 centri di riabilitazione	p.l.	807

e che, pertanto, n. 2061 posti letto complessivi sono da considerare eccedentari e, in quanto tali, da disattivare come posti letto ospedalieri;

RILEVATO tuttavia che una parte consistente delle degenze nelle strutture ospedaliere sono costituite da ricoveri impropri, relativi a degenti totalmente o parzialmente non autosufficienti e stabilizzati, che vengono ricoverati in ospedale per mancanza di alternative residenziali in famiglia o in altre istituzioni dedicate, e che la legge 67/88 e il DPCM del 22 dicembre 1989 hanno stanziato risorse di investimento e definito tipologicamente e dimensionalmente le strutture extraospedaliere deputate all'accoglienza di tali persone (le residenze Sanitarie assistenziali), sollevando la rete ospedaliera dalle funzioni di supplenza finora svolte;

CONSIDERATO che la riconversione voluta dalla legge 412/91 per i presidi ospedalieri con meno di 120 posti-letto, utilizzati allo standard minimo del 75%, si rende necessaria non solo per motivi economici e per rispetto degli standard nazionali, ma anche e soprattutto per inidoneità dei presidi stessi a fornire alla popolazione assistenza qualificata, supportata da adeguate tecnologie e dall'integrazione polidisciplinare che il trattamento delle patologie acute richiede;

RILEVATO che le riconversioni dei presidi con meno di 120 posti-letto utilizzati interessano:

a) tutti i presidi per cui il 1° Piano socio-sanitario regionale prevedeva la riconversione nel triennio 1982/85;

b) tutti i presidi per cui lo stesso Piano prevedeva la riconversione in una seconda fase;

c) i presidi di Novafeltria, Sassocorvaro, Cagli, S. Elpidio a Mare e Amandola, dove la necessità delle riconversioni è indicata solo dalla legge 412/91;

RILEVATO che gli ospedali di Recanati e Chiaravalle, risultando al limite dei 120 posti letto standardizzati al 75%, non sono al momento interessati al processo di disattivazione;

PRESO ATTO che alla disattivazione della funzione ospedaliera nei presidi con meno di 120 posti letto, la cui trasformazione era stata già stabilita dal 1° Piano socio sanitario regionale per il triennio 1982/1985, ha provveduto la Giunta regionale con deliberazione disponendo la riconversione di tali presidi in « strutture sanitarie di rilievo territoriale » operanti a ciclo diurno (distretti, poliambulatori, day hospital extraospedalieri, punti periferici di riferimento del sistema di emergenza, servizio territoriale di riabili-

tazione) o in « residenze Sanitarie assistenziali » per anziani e disabili non autosufficienti, che costituiscono una risposta più adeguata e più articolata rispetto alle reali necessità della popolazione residente, assegnando alla riconversione un carattere di « urgenza strategica » ai fini della eliminazione dei ricoveri ospedalieri impropri (ad alto costo) e della loro sostituzione con prestazioni ambulatoriali e accoglienza in RSA, a costi di gestione notevolmente inferiori e con risposte assistenziali più pertinenti e adeguate alla condizione degli ospiti;

RITENUTO fondamentale, ai fini di un equilibrato svolgimento del processo di riordinamento dei servizi sanitari, procedere:

a) alla disattivazione degli altri posti-letto eccedenti lo standard;

— individuando i letti non adibiti a funzioni ospedaliere nelle altre strutture con meno di 120 posti-letto utilizzati complessivamente,

— riorganizzando le restanti strutture ospedaliere nel rispetto degli standard nazionali, nel senso di:

* istituire o potenziare le attività di « day hospital » e di « day surgery » per contenere la durata media della degenza e potenziarne anche in tal modo la recettività per far fronte alla parte di assistenza propriamente ospedaliera svolta dagli ospedali disattivati,

* organizzare le attività di degenza per « aree omogenee », con particolare riferimento alle strutture ospedaliere localizzate in Ancona, superando il sistema organizzativo delle divisioni ospedaliere, onde agevolare l'interscambio multidisciplinare e l'uso in comune di posti-letto, attrezzature e personale,

* realizzare la chiusura definitiva dell'ospedale Umberto 1° di Ancona ed il trasferimento delle attività ospedaliere presso il presidio localizzato a Torrette, non appena questo sarà completato,

* valorizzare all'interno delle aree omogenee le attività specialistiche che si prestano ad essere funzionalmente autonome, ferme restando le attribuzioni primarie,

* eliminare i restanti posti-letto utilizzati a meno del 75%;

* qualificare le strutture stesse istituendo o potenziando le attività specialistiche carenti, localizzando presidi di alta specialità per la Pediatria e la Cardiocirurgia ad Ancona e per la Ematologia a Pesaro;

b) alla rideterminazione del fabbisogno di attività convenzionate necessarie per assicurare i livelli obbligatori uniformi di assistenza ai sensi dell'art. 4, comma 2 della legge 412/1991;

RILEVATO che ciò, insieme agli altri provvedimenti attuativi della legge 412/91, consente agli organi regionali di partecipare positivamente alle verifiche nazionali previste dalla legge stessa e alla integrazione degli stanziamenti del F.s.n.;

RITENUTO di dover verificare la validità della funzione ospedaliera svolta nei presidi di Pergola, Cingoli, Matelica, Sassoferrato, Loreto, Treia, Montegranaro, Montegiorgio e P.to S. Giorgio — per cui la legge regionale 37/82 prevede la riconversione in una seconda fase — in relazione alla ristrutturazione della complessiva rete ospedaliera, da predi-

porre con il provvedimento programmatico di carattere generale di cui al comma 2 dell'articolo 4 della legge 412/91;

RITENUTO inoltre di dover mantenere la funzione ospedaliera nei presidi di Novafeltria, Sassocorvaro, Cagli, S. Elpidio a Mare e Amandola fino all'attuazione di quanto previsto per gli altri presidi con meno di 120 posti-letto e di dover definire le funzioni assistenziali dei presidi ora citati in sede di predisposizione del provvedimento di riorganizzazione della complessiva rete ospedaliera ed in riferimento alla ridefinizione degli ambiti territoriali delle U.s.l.;

CONSIDERATA la esigenza di avviare immediatamente il processo di riorganizzazione della rete dei servizi sanitari, definendone i contenuti e gli obiettivi in coerenza anche con le indicazioni del Piano sanitario nazionale approvato dal Consiglio dei ministri nella seduta del 30 settembre 1991 e a stralcio del 2° Piano sanitario regionale;

PRESO ATTO che la compiuta attuazione del processo va adeguatamente preparata e organizzata con i necessari tempi tecnici, in stretta collaborazione con gli Amministratori straordinari e in relazione con il compimento anche di lavori di adeguamento delle strutture edilizie; per cui si rende necessario:

a) assegnare priorità ai lavori di riadattamento delle strutture esistenti e alla realizzazione delle RSA, all'uso utilizzando le risorse vincolate del piano straordinario di investimenti di cui all'art. 20 della legge 67/88 e ogni altra possibile opportunità di accelerazione dei lavori, anche ai sensi del comma 6 del citato articolo 4 della legge 412/91;

b) utilizzare il personale operante nelle strutture ospedaliere in disattivazione per lo svolgimento delle attività sanitarie sostitutive e/o di RSA allocate nel presidio stesso, o per la funzione ospedaliera presso altri presidi, anche attraverso il ricorso all'istituto della mobilità disciplinato dall'accordo che sarà sottoscritto con le OO.SS. maggiormente rappresentative così come stabilito dall'art. 4, comma 3 della legge 412/91;

c) di dare incarico alla Giunta:

* di sovrintendere al processo di attuazione, verificando in particolare la capacità della rete ospedaliera di sopprimere ai livelli assistenziali tutt'ora erogati dai presidi da riconvertire e concordando con le U.s.l. interessate i tempi tecnici necessari per la riconversione, da concludere in ogni caso entro il corrente anno per i presidi disattivati,

* di raccordare il processo di attuazione alla gestione stralcio delle situazioni differenziali che sarà istituita a livello nazionale sull'apposito fondo di riequilibrio, ai sensi dell'art. 4 comma 16 della L. 412/91 e

* di rivedere, in connessione, il programma straordinario degli investimenti ex art. 20 della L. 67/88, armonizzando al processo di attuazione anche il programma degli investimenti ordinari in conto capitale;

VISTO l'articolo 21 dello Statuto regionale;

Ad unanimità di voti espressi nei modi e termini di legge

DELIBERA

1) di dare mandato alla Giunta regionale di verificare

la validità della funzione ospedaliera svolta nei presidi di Pergola, Cingoli, Matelica, Sassoferrato, Loreto, Treia, Montegranaro, Montegiorgio e P.to S. Giorgio — per cui la legge regionale 37/82 prevede la riconversione in una seconda fase — in relazione alla ristrutturazione della complessiva rete ospedaliera, da predisporre con il provvedimento programmatico di carattere generale di cui al comma 2 dell'articolo 4 della legge 412/91; negli stessi presidi i letti disponibili vengono rideterminati secondo le indicazioni riportate nell'Allegato « A », parte integrante e sostanziale del presente atto;

2) di mantenere la funzione ospedaliera nei presidi di Novafeltria, Sessocorvaro, Cagli, S. Elpidio a Mare e Amandola fino all'attuazione di quanto previsto per gli altri presidi con meno di 120 posti-letto e di definire le funzioni assistenziali dei presidi ora citati in sede di predisposizione del provvedimento di riorganizzazione della complessiva rete ospedaliera ed in riferimento alla ridefinizione degli ambiti territoriali delle U.s.l.;

3) di far propria e approvare la proposta di massima per la riconversione di cui all'allegato « B », parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, che nei presidi disattivati indica la istituzione di servizi di rilievo territoriale a ciclo diurno (distretto, poliambulatorio, day hospital extraospedaliero, polo periferico di emergenza, servizio territoriale di riabilitazione) o in « Residenze Sanitarie Assistenziali » per anziani e disabili non autosufficienti, assegnando alla riconversione in questione un carattere di « urgenza strategica » per i motivi indicati in premessa;

4) di utilizzare il personale operante nelle strutture ospedaliere in disattivazione per lo svolgimento delle attività sanitarie sostitutive, previste nell'allegata proposta di riconversione, o per la funzione ospedaliera presso presidi non disattivati, anche attraverso il ricorso all'istituto della mobilità disciplinato dall'accordo che sarà sottoscritto con le OO.SS. maggiormente rappresentative;

5) di dare mandato alla Giunta:

— di sovrintendere al processo di attuazione, concordando con le U.s.l. interessate i tempi tecnici necessari per la riconversione, da concludere in ogni caso entro il corrente anno,

— di raccordare il processo di attuazione alla gestione stralcio delle situazioni differenziali che sarà istituita a livello nazionale sull'apposito fondo di riequilibrio, ai sensi dell'art. 4 comma 16 della L. 412/91,

— di rivedere, in connessione, il programma straordinario degli investimenti ex art. 20 della L. 67/88, armonizzando al processo di attuazione anche il programma degli investimenti ordinari in conto capitale;

6) di far propria la proposta di disattivazione dal 1° settembre 1992, nell'ambito della riorganizzazione per « aree omogenee », di 1.025 posti letto pubblici e convenzionati

di singole unità operative utilizzate a meno del 75%, per qualificare l'assistenza ospedaliera istituendo o potenziando l'attività specialistica carente, per un totale complessivo comunque non superiore a 8.610 posti-letto utilizzati al 75%, ivi compresa la disponibilità di posti-letto per acuti e di riabilitazione convenzionati, da ridefinire ai sensi del comma 2, art. 4 della legge 412/1991; alla individuazione dei posti letto pubblici da disattivare e delle convenzioni da rideterminare per ogni singola area funzionale, stante la necessità di valutare la domanda di ricovero ospedaliero che non può più essere soddisfatta dai presidi disattivati, si provvederà con atto successivo, secondo la ipotesi di rideterminazione complessiva dei posti-letto prospettata nell'allegato « C », parte integrante della presente deliberazione.

ALLEGATO « A »

Presidi ospedalieri con meno di 120 p.l. la cui riconversione è prevista in una seconda fase del 1° Piano socio-sanitario regionale. Ipotesi di riduzione minima dei posti-letto al Tasso di Utilizzazione minimo del 75% ed in surplus rispetto allo standard di 6 posti-letto ogni mille abitanti.

U.s.l.	Presidio	Posti-letto istituiti	Posti-letto rideterminati
7	Pergola	90	82
10	Cingoli	109	47
11	Matelica	128	99
	Sassoferrato	108	75
14	Loreto	141	115
15	Treia	86	53
17	Montegranaro	89	68
21	Montegiorgio	89	75
	P. San Giorgio	77	89
	TOTALE	917	703

ALLEGATO « B »

Quadro delle attività previste in sostituzione della funzione ospedaliera nei presidi da disattivare

U.s.l.	Presidio	Funzioni previste (*)	
2	Macerata Feltria	D.S. + POL RSA	PPE
4	Mondolfo	D.S. + POL RSA	
5	Urbania	D.S. + POL RSA	PPE
8	Corinaldo	D.S. + POL RSA	DHE + PPE
	Ostra	D.S. + POL RSA	EMODIALISI + DHE
	Arcevia	D.S. + POL RSA	PPE
10	Cupramontana	D.S. + POL RSA	
	Filottrano	D.S. + POL RSA	PPE
	Montecarotto	D.S. + POL RSA	
13	Castelfidardo	D.S. + POL RSA	
15	Corridonia	D.S. + POL RSA	
19	Sarnano	D.S. + POL RSA	
22	Montefiore Aso	D.S. + POL RSA	
	Ripatransone	D.S. + POL RSA	PPE
24	Offida	D.S. + POL RSA	PPE

(*) FUNZIONI ALTERNATIVE PREVISTE (tipologia di massima):

1 - D.S. = Distretto sanitario;

2 - POL = Moduli di attività ambulatoriale polispecialistica;

3 - PPE = Polo periferico di emergenza (o ET = Emergenza Territoriale);

4 - DHE = Dau Hospital Extraospedaliero;

5 - RSA = Residenza sanitaria assistenziale.

La determinazione delle funzioni indicate è desunta dai vigenti atti regionali di programmazione, da adeguare e completare in base alle indicazioni del II Piano sanitario regionale, o di apposito atto a stralcio.

ALLEGATO « C »

Rideterminazione complessiva dei posti-letto ai sensi dell'art. 4 della legge 412/91. Prima ipotesi

Presidi	Posti letto istituiti	Pl stand. al T.U. = >75%	Pl non occupati	Ipotesi di riduzione	P.l. previsti al 6x1000
NOVAFELTRIA	130	92	38	40	90
SASSOCORVARO	195	111	84	65 *	130
PESARO	662	624	38	32	630
FANO	479	413	66	59 *	420
URBINO	295	238	57	5 *	290
FOSSOMBRONE	170	162	8	20	150
CAGLI	160	113	47	20	140
SENIGALLIA	337	330	7	0 *	337
CHIARAVALLE	134	121	13	14	120
JESI	497	480	17	7 *	490
FABRIANO	185	131	54	25	160
ANCONA	1054	1021	33	24	1030
OSIMO	171	135	36	11 *	160
RECANATI	169	120	49	9	160
MACERATA	541	455	86	31 *	510
CIVITANOVA	227	208	19	0 *	227
S. ELPIDIO A MARE	105	97	8	5	100
SAN SEVERINO	209	209	0	29	180
TOLENTINO	205	161	44	55	150
CAMERINO	214	144	70	64	150
FERMO	318	281	37	18	300
S. BENEDETTO	342	318	24	0 *	342
AMANDOLA	95	83	12	15	80
ASCOLI PICENO	498	473	25	8 *	490
INRCA (Ancona, Appignano, Fermo)	371	311	60	101 **	270
Case di cura	1065	1065	0	130 ***	935
Istituti di riabilitazione convenzionati	807	807	0	238 **	569
TOTALE	9635	8703	932	1025	8610

* Presidio interessato dalla disattivazione di struttura vicinore.

** Le strutture dell'Inrca di Appignano e Fermo e gli Istituti di riabilitazione convenzionati operano in regime di ricovero anche per non acuti, perciò nella ipotesi di riduzione dei p.l. si considera la derubricazione di queste attività da quelle ospedaliere.

*** Tutte le case di cura convenz. sono al limite o aldisotto dei 120 p.l. per presidio; le case di cura neurologiche nella generalità non sono da considerare tra i presidi per acuti.

Atto di coordinamento nei confronti delle U.s.l. in materia di disattivazione, presso alcuni presidi sanitari nella regione Marche, della funzione di assistenza ospedaliera

La Giunta (...) delibera (*omissis*)

— gli Amministratori straordinari delle U.s.l. procedono alla disattivazione della funzione ospedaliera presso i presidi di cui all'allegato D, parte integrante e sostanziale della presente delibera;

— alla stessa disattivazione si procede nei tempi sottoindicati:

a) dal 1° agosto 1992 cessa l'accettazione dei ricoveri per acuti,

b) dal 1° settembre 1992 cessa la funzione di degenza ospedaliera per acuti e di conseguenza vanno trasferiti i degenti acuti nelle divisioni attive dell'ospedale maggiore della U.s.l.,

c) dal 1° settembre 1992 viene attivata, ove prevista, la funzione di ricovero in R.S.A. Nelle more della ristrutturazione dei presidi in R.S.A. permangono nelle strutture stesse le funzioni di assistenza per pazienti stabilizzati di cui al punto F2 del D.M. del 13 settembre 1988 ed il personale necessario;

— il personale operante nelle strutture ospedaliere in disattivazione è utilizzato per lo svolgimento delle attività sanitarie sostitutive allocate nel presidio stesso, o per la funzione ospedaliera presso altri presidi, anche attraverso il ricorso all'istituto della mobilità, disciplinato dall'accordo che sarà sottoscritto con le OO.SS. maggiormente rappresentative, così come stabilito dall'art. 4, comma 3 della legge 412/91;

— alla riconversione degli stessi presidi ed alla riorganiz-

zazione della restante rete ospedaliera ai sensi dell'art. 4, comma 2 della legge 412/1991, si provvede in accordo con le determinazioni che saranno assunte dal Consiglio regionale, cui viene sottoposto il relativo disegno di atto amministrativo approvato contestualmente alla presente deliberazione.

ALLEGATO « D »

Presidi ospedalieri da disattivare ex L. 412/91

U.s.l.	Presidio	Posti-letto istituiti	Posti-letto standardizzati
2	Macerata Feltria	100	50
4	Mondolfo	20	14
5	Urbania	26	33
8	Corinaldo	67	45
	Ostra	64	34
	Arcevia	34	20
10	Cupramontana	18	15
	Filottrano	16	15
	Montecarotto	20	15
13	Castelfidardo	50	40
15	Corridonia	85	59
19	Sarnano	21	6
22	Montefiore Aso	31	12
	Ripatransone	41	25
24	Offida	66	29
	TOTALE	659	412

Proposta di legge ad iniziativa della Giunta regionale concernente: « Disciplina dell'attività ispettiva sulla gestione sanitaria e finanziaria delle Unità sanitarie locali »

Art. 1

Finalità

1. - La presente legge disciplina, in conformità a quanto stabilito dall'articolo 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181 e dall'articolo 34, comma 5, lettere a) e b), e comma 6 della legge regionale 26 aprile 1990, n. 30, l'esercizio delle funzioni di verifica e controllo, sotto l'aspetto sanitario e finanziario, delle attività assistenziali delle Unità sanitarie locali e della gestione dei fondi alle stesse assegnati.

2. - Le funzioni di cui al comma 1 sono svolte in forma ispettiva dal servizio di cui all'allegato B, punto 18/bis, della legge regionale n. 30/1990 e successive modificazioni e integrazioni attraverso rilevazioni, accertamenti ed eventualmente indagini ed inchieste dirette ad accertare fatti specifici.

Art. 2

Oggetto dell'attività ispettiva

1. - L'attività ispettiva è volta ad accertare, in particolare:

a) la conformità alle norme di legge e di regolamento vigenti e la coerenza con le indicazioni contenute nel piano

socio-sanitario regionale dell'attività delle Unità sanitarie locali;

b) la corretta erogazione delle prestazioni, nonché il regolare funzionamento, l'efficienza e la produttività dei servizi e presidi sanitari;

c) la rispondenza alla normativa vigente dell'attività economico-finanziaria delle Unità sanitarie locali, nonché la regolare e uniforme tenuta delle scritture contabili.

Art. 3

Verifiche e controlli

1. - Le verifiche e controlli sulla gestione delle Unità sanitarie locali sono effettuati periodicamente secondo un programma relativo ai vari settori, salvo casi di urgenza o per esigenze specifiche, e possono riguardare l'intera attività delle Unità sanitarie locali ovvero singoli atti e procedimenti.

2. - Le Unità sanitarie locali, tramite i propri servizi e uffici, collaborano con il servizio ispettivo nello svolgimento delle verifiche e dei controlli e forniscono, su richiesta del servizio stesso, gli atti e i documenti necessari e ogni notizia che possa essere utile all'espletamento della funzione di verifica e di controllo.

Art. 4

Verbale e relazione

1. - Al termine della verifica viene redatto un verbale che evidenzia l'esito dei riscontri effettuati e le eventuali istruzioni provvisorie impartite dal dirigente del servizio ispettivo.

2. - Il verbale viene firmato dal dirigente del servizio ispettivo e dall'amministratore straordinario dell'Unità sanitaria locale, il quale può chiedere l'inserimento in calce di osservazioni, annotazioni o integrazioni.

3. - Su ciascuna verifica viene redatta una relazione scritta che illustri le operazioni compiute, le eventuali carenze riscontrate nella gestione, nonché i fatti che possono dar luogo a rilievi sotto il profilo della legittimità.

4. - Ove non si tratti di verifiche su un singolo atto o procedimento, la relazione dovrà anche contenere una valutazione complessiva sull'attività.

5. - La relazione deve essere inoltrata alla Giunta regionale entro trenta giorni dal termine delle operazioni di verifica.

6. - Qualora, nel corso della verifica, vengono accertati fatti ritenuti di particolare gravità ovvero venga riscontrato un disavanzo nella gestione, deve esserne data immediata comunicazione alla Giunta regionale. Tale comunicazione non esonera dall'obbligo della relazione.

Proposta di legge ad iniziativa della Giunta regionale concernente: « Istituzione dell'Osservatorio regionale dei prezzi e delle tecnologie »

Art. 1

1. - Presso il servizio sanità della Giunta regionale è istituito l'Osservatorio regionale dei prezzi e delle tecnologie,, di seguito denominato « Osservatorio ».

2. - L'Osservatorio acquisisce i dati tecnici ed economico-finanziari relativi:

a) alle tecnologie, infrastrutture, beni e servizi di interesse sanitario;

b) alle imprese fornitrici delle tecnologie, infrastrutture, beni e servizi prodotti;

c) alle modalità di aggiudicazione dei contratti e ai contenuti degli stessi;

d) ai flussi finanziari ed economici del sistema sanitario.

3. - L'Osservatorio esercita altresì i compiti di cui all'articolo 4, commi 4 e 8, della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

4. - Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale provvede alla costituzione dell'Osservatorio con le modalità di cui all'articolo 27 della legge regionale 26 aprile 1990, n. 30.

Art. 2

1. - Gli amministratori straordinari delle Unità sanitarie locali comunicano all'Osservatorio, entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno, l'elenco dei contratti stipulati nel semestre con l'indicazione:

Art. 5

Utilizzo del personale per lo svolgimento delle attività ispettive

1. - Al servizio ispettivo può essere assegnato personale comandato dalle Unità sanitarie locali.

2. - Nell'espletamento dell'attività ispettiva, il personale può essere affiancato, di volta in volta, da personale delle Unità sanitarie locali, a condizione che esso rivesta la qualifica apicale nel proprio settore e che le verifiche non riguardino l'Unità sanitaria locale di appartenenza.

3. - Le ore impiegate dal personale delle Unità sanitarie locali utilizzato ai sensi del comma 2 vengono considerate, a tutti gli effetti, rese in costanza di servizio e vengono rimborsate dalla Regione alle Unità sanitarie locali unitamente alle missioni effettuate.

4. - L'individuazione del personale utilizzato per la singola ispezione viene effettuata dalla Giunta regionale, sentita l'Unità sanitaria locale interessata e il personale medesimo.

5. - Il presidente della Giunta regionale può disporre che il servizio ispettivo si avvalga, quale supporto operativo per l'esercizio delle proprie funzioni, di personale appartenente ad altri servizi della Giunta regionale.

a) del valore e dell'oggetto del contratto;

b) della procedura di aggiudicazione prescelta;

c) del numero, della denominazione e della sede dei soggetti che hanno presentato offerte;

d) della denominazione e della sede dell'aggiudicatario;

e) dell'eventuale parte di appalto che l'aggiudicatario intende subappaltare a terzi;

f) nel caso si sia fatto luogo a trattativa privata, delle norme che l'hanno consentita;

g) dei prezzi unitari per ciascuna categoria dei beni e servizi oggetto del contratto.

2. - Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale, su proposta del dirigente del servizio sanità, approva i moduli per la raccolta dei dati di cui al presente articolo.

3. - La mancata rimessione dei dati nei termini prescritti comporta, nei confronti dell'Unità sanitaria locale inadempiente, la sospensione da parte della Giunta regionale della liquidazione della quota del fondo sanitario regionale.

4. - Qualora l'Osservatorio verifichi che i prezzi unitari di cui al comma 1, lettera g), sono superiori a quelli normalmente praticati sul mercato o rilevi irregolarità nell'aggiudicazione dei contratti, ne dà immediata comunicazione al presidente della Giunta regionale e al dirigente del servizio sanità, al fine anche dell'attivazione dell'attività ispettiva.

5. - Le Unità sanitarie locali debbono fornire all'Osservatorio tutti gli altri dati richiesti per le finalità di cui all'articolo 1.

Proposta di legge ad iniziativa della Giunta regionale concernente: « Delimitazione dei nuovi ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali ». - Richiesta parere agli enti locali

Art. 1

Ambiti territoriali

1. - L'articolo 2 della legge regionale 3 novembre 1978, n. 21, è sostituito dal seguente:

« 2. Gli ambiti territoriali per la gestione dei servizi sociali e sanitari di cui all'articolo 1 sono così definiti:

N. 1 Casteldelci, Colibordolo, Gabicce Mare, Gradara, Maiolo, Mombaroccio, Monteciccardo, Montelabbate, Novafeltria, Pennabilli, Pesaro, San Leo, Sant'Agata Feltria, Sant'Angelo in Lizzola, Talamello, Tavullia.

N. 2 Acqualagna, Apecchio, Auditore, Belforte all'Isauro, Borgo Pace, Cagli, Cantiano, Carpegna, Fermignano, Frontino, Frontone, lunano, Macerata Feltria, Mercatello sul Metauro, Mercatino Conca, Montecalvo in Foglia, Monte Cerignone, Montecopiolo, Montegrimano, Peglio, Petriano, Piandimeleto, Pietrarubbia, Piobbio, Sant'Angelo in Vado, Sassocorvaro, Sassofeltrio, Tavoletto, Urbania, Urbino.

N. 3 Barchi, Cartoceto, Fano, Fossombrone, Fratte Rosa, Isola del Piano, Mondavio, Mondolfo, Montefelcino, Montemaggiore al Metauro, Monte Porzio, Orciano di Pesaro, Pergola, Piagge, Saltara, San Costanzo, San Giorgio di Pesaro, San Lorenzo in Campo, Sant'Ippolito, Serra Sant'Abbondio, Serrungarina.

N. 4 Arcevia, Barbara, Castel Colonna, Castelleone di Suasa, Corinaldo, Montemarciano, Monterado, Monte San Vito, Ostra, Ostra Vetere, Ripe, Senigallia, Sera de' Conti.

N. 5 Belvedere Ostrense, Castelbellino, Castelplanio, Cupramontana, Filottrano, Jesi, Maiolati Spontini, Mergo, Monsano, Montecarotto, Monte Roberto, Morro d'Alba, Poggio San Marcello, Rosora, San Marcello, San Paolo di Jesi, Santa Maria Nuova, Staffolo.

N. 6 Cerreto d'Esi, Fabriano, Genga, Sassoferrato, Serra San Quirico.

N. 7 Agugliano, Ancona, Camerano, Camerata Picena, Castelfidardo, Chiaravalle, Falconara Marittima, Loreto, Nu-

mana, Offagna, Osimo Polverigi, Sirolo.

N. 8 Civitanova Marche, Montecosaro, Montefano, Montelupone, Monte San Giusto, Morrovalle, Porto Recanati, Potenza Picena, Recanati.

N. 9 Apiro, Appignano, Cingoli, Colmurano, Corridonia, Gualdo, Loro Piceno, Macerata, Mogliano, Montecasiano, Monte San Martino, Penna San Giovanni, Petriolo, Poggio San Vicino, Pollenza, Ripe San Ginesio, San Ginesio, Sant'Angelo in Pontano, Sarnano, Treia, Urbisaglia.

N. 10 Acquacanina, Belforte del Chienti, Bolognola, Caldarola, Camerino, Camporotondo Fiastrone, Castelraimondo, Castelsantangelo sul Nera, Cessapalomo, Esanatoglia, Fiastra, Fiordimonte, Fiuminata, Gagliole, Matelica, Monte Cavallo, Muccia, Pievebovigliana, Pieve Torina, Pioraco, San Severino Marche, Sefro, Serrapetrona, Serravalle di Chienti, Tolentino, Ussita, Visso.

N. 11 Altidona, Belmonte Piceno, Falerone, Fermo, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsanpietro Morico, Montappone, Monte Giberto, Montegiorgio, Montegranaro, Monteleone di Fermo, Monte Rinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Urano, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montottone, Moresco, Ortezzano, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto SanGiorgio, Porto Sant'Elpidio, Rapagnano, Sant'Elpidio a Mare, Servigliano, Torre San Patrizio.

N. 12 Acquaviva Picena, Campofilone, Carassai, Cossignano, Cupra Marittima, Grottammare, Massignano, Monsampolo del Tronto, Montalto delle Marche, Montefiore dell'Aso, Monteprandone, Pedaso, Ripatransone, San Benedetto del Tronto, Spineto.

N. 13 Acquasanta Terme, Amandola, Appignano del Tronto, Arquata del Tronto, Ascoli Piceno, Castel di Lama, Castignano, Castorano, Colli del Tronto, Comunanza, Folignano, Force, Maltignano, Montedinove, Montefalcone Appennino, Montefortino, Montegallo, Montelparo, Montemonaco, Offida, Palmiano, Roccafluvione, Rotella, Santa Vittoria in Matenano, Smerillo, Venarotta.

QUALITÀ ED EFFICIENZA PER LA RETE OSPEDALIERA DELLA LOMBARDIA

Intervista a: *MECOSAN. In quale modo la regione Lombardia e il suo assessorato si sono mossi per fronteggiare e per « Governare » il sistema complesso della sanità?*
Patrizia Toja

Assessore alla sanità
della regione Lombardia
carica ricoperta
nel novembre '92,
quando è stata rilasciata
l'intervista

Toja. L'intervento che si vuole realizzare in Lombardia (*progetto predisposto dalla Giunta regionale ma non ancora approvato dal Consiglio regionale*) intende incidere in modo rilevante sulla programmazione della rete ospedaliera attraverso una sua specifica qualificazione.

L'azione ha agito su più elementi:

- la razionalizzazione dell'utilizzo degli ospedali;
- l'individuazione degli aspetti organizzativi rilevanti;
- l'abbassamento degli indici di utilizzo previsti dalla legislazione nazionale.

Il progetto ha riguardato l'organizzazione della rete ospedaliera, ma non ha dimenticato il resto del Servizio sanitario regionale ed una particolare attenzione è stata rivolta ai distretti e ai servizi di igiene pubblica. In particolare nessun « taglio » è stato previsto nel settore della prevenzione.

La sperimentazione gestionale è un altro elemento importante e caratterizzante che richiede da un lato idee ed accordi programmatici, ma anche riferimenti legislativi certi entro cui procedere così da non creare situazioni poi difficilmente gestibili. In questa direzione è forse necessaria maggiore chiarezza a livello di legislazione regionale che indichi il contesto giuridico entro cui far rientrare le specifiche sperimentazioni.

Le politiche nazionali di sottostima del fondo e la necessità di continui ripiani porta grande difficoltà nella gestione delle risorse: così la individuazione dei livelli minimi di assistenza da un lato e la quota capitaria dall'altro consentono trasparenza che sarà foriera di responsabilizzazione a livello regionale.

La Giunta regionale della Regione ha portato in evidenza in questi ultimi mesi una chiara linea politica: cambiare la gestione, investire sulla ricerca di qualità e di efficienza. L'introduzione di strumenti gestionali come la contabilità dei centri di costi e del budget sono orientati a promuovere concreti miglioramenti in questo campo.

Occorre premiare chi opera positivamente attraverso tutti gli strumenti opportuni; occorre pensare ad un sistema di finanziamento che incentivi concretamente chi opera in modo opportuno: l'amministratore che risparmia dovrà vedersi riconosciuta una parte dei risparmi realizzati.

MECOSAN. Ci può tracciare il quadro istituzionale entro cui si pongono i provvedimenti proposti? Come si articola, di fatto, la manovra?

Toja. L'esistenza di un Progetto siffatto, seppur sotto la forma di proposta formalmente non compiuta, costituisce un'utile indicazione per assumere i provvedimenti di « ordinaria gestione », consentendo di utilizzare la discrezionalità degli atti amministrativi secondo una linea guida di governo. Il nucleo principale del Progetto è costituito dalla necessità di predisporre piani per ognuna delle 34 aree individuate nel territorio della Lombardia, assumendo gli standard del Progetto come vincolo entro il quale collocare le proposte di riorganizzazione dei servizi sanitari dell'area stessa.

Come noto, il Progetto ha suscitato proteste in merito ad alcune scelte concernenti gli ospedali sottodimensionati (con meno di 120 posti letto), soggetti ad una parziale o totale riconversione. Tali proteste io credo abbiano assunto sugli organi di stampa un rilievo eccessivo rispetto all'entità dei problemi contenuti. Ciò che non traspare sulla stampa e che invece ha un significato importante nella prospettiva di governo del sistema sanitario sono le iniziative di sviluppo e di approfondimento assunte a seguito della presentazione del Progetto stesso. Voglio dire che una delle caratteristiche principali del Piano di ristrutturazione è costituita dalla metodologia di processo. Tale metodologia che lo contraddistingue comporta il fatto che al Progetto farà seguito tutta una serie di provvedimenti locali. Esso traccia le linee all'interno delle quali collocare il disegno di razionalizzazione degli ospedali, ma la figura di ristrutturazione della rete ospedaliera scaturisce da disposizioni più specifiche, da progetti che saranno richiesti, area per area, agli amministratori locali. Per questo si dice che il Progetto è caratterizzato da una metodologia di processo. Ed è importante che tale specificità, rispettosa dunque delle autonomie locali perché non si sovrappone ma ha bisogno della collaborazione di queste, abbia incominciato a manifestare efficacia già nella fase di provvisorietà del Progetto - provvisorietà dovuta appunto al fatto che il Consiglio regionale non l'ha ancora approvato. È certo comunque che la Regione con questo provvedimento, quando il Consiglio con le eventuali modifiche lo approverà, disporrà di uno strumento utile per governare la spesa sanitaria.

MECOSAN. Qual è lo stato di attuazione delle proposte approvate nello scorso mese di settembre dalla Giunta regionale?

Toja. Le deliberazioni che riguardano l'organizzazione dei Distretti socio-sanitari di base, approvati dalla Giunta lo scorso luglio, sono esecutive e sono pertanto in corso di attuazione da parte della Regione.

Il progetto di ristrutturazione della rete ospedaliera invece, approvato in Giunta nel mese di settembre, deve appunto passare al vaglio del Consiglio regionale per diventare esecutivo. Un'approvazione da parte del Consiglio che sta subendo un certo ritardo, dovuto indubbiamente alla crisi che in questo momento la Regione si trova ad attraversare.

MECOSAN. Quali sono i tempi necessari al riassetto territoriale?

Toja. Formalmente il provvedimento prevede un'attuazione nell'arco di un triennio. Ma occorre tenere presente che, come ho ricordato più sopra, il Progetto si caratterizza quale atto di programmazione - processo e non come piano definito « tout court », una volta per tutte: ciò comporta il fatto che il riassetto territoriale degli ospedali della nostra Regione consiste in una serie di provvedimenti di attuazione, coordinati tra loro, tesi al raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal Progetto complessivo. Il Piano di ristrutturazione fornisce gli obiettivi generali, i passi per attuarli sono dati da disposizioni locali e questo potrebbe allungare i tempi di attuazione del Progetto stesso.

Inoltre è da tener presente che le recenti e anche profonde innovazioni, introdotte con la legge 421 del 1992 di delega al Governo in materia di sanità e con il Decreto delegato, condizioneranno sicuramente le proposte avanzate a livello regionale. Occorrerà perciò introdurre alcune modifiche, riguardanti, ad esempio, la definizione dei territori delle nuove U.s.l. E anche a seguito di tali modifiche il triennio di cui parla il Progetto di ristrutturazione potrebbe allungarsi.

PROGETTO DI RISTRUTTURAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA LOMBARDA

Il quadro in evoluzione

Nell'attuale fase di transizione dal vecchio assetto del sistema sanitario a quello che si definirà per effetto della legge delega, secondo il programma del Governo, alcuni punti assumono, in ogni caso, riferimento di certezza:

— il ruolo crescente delle Regioni sotto il profilo della responsabilità finanziaria e della funzione programmatoria e, in futuro, di un maggiore spazio di responsabilità in ordine ai fattori di spesa (contratto del personale, convenzioni, farmaci, ecc.);

— l'esigenza di collegare la determinazione del fabbisogno finanziario per la salute con la definizione di « livelli di assistenza uniformi » con standards e indicatori di attività, in modo tale da collegare sempre più spesa e servizi, gestione e programmazione, finanziamento e capacità di produttività;

— la necessità di governare a tutti i livelli, regionale e locale, le risorse finanziarie e il funzionamento del sistema.

In questa prospettiva di crescente impegno della Regione vanno orientate le scelte e le azioni conseguenti di razionalizzazione, ma anche di sviluppo.

Le iniziative oggi indispensabili, anche per rispondere agli adempimenti della legge n. 412 (finanziaria) e alle altre indicazioni nazionali, si articolano su più piani ma pongono in evidenza l'esigenza di una legge per la sanità anche a livello regionale sugli aspetti programmatori e finanziari che sia l'impianto di riferimento.

La legge consentirà di operare la saldatura tra leva finanziaria e principali strumenti di politica sanitaria formalizzati in un disegno (il Piano) che sia la linea guida di riferimento per far muovere in sintonia le tre componenti strutturali più rilevanti del sistema, la rete dei servizi (per ora prioritariamente la rete ospedaliera), il personale dipendente e le tecnologie sanitarie economicamente più significative. Conseguentemente a tutto ciò, di seguito si presentano un progetto di piano « progetto di ristrutturazione » e una proposta di legge di riordino del funzionamento del sistema.

In questa fase vi è assoluto bisogno di costruire certezze e punti fermi e chiari nel quadro in evoluzione della sanità sciogliendo alcuni nodi ormai ben identificati.

Un punto significativo va ancora affrontato ed è quello dell'integrazione che ha operato in passato nelle scelte della Lombardia lungo due linee:

— integrazione tra i diversi settori della sanità (rete del territorio/presidi ospedalieri - prevenzione/cura/riabilitazione);

— integrazione tra gli ambiti della sanità e dell'assistenza per « ricucire » e saldare gli interventi di confine e contigui affinché l'unicità della persona trovi riscontro fedele nel sistema dei servizi socio-sanitari.

Entrambe queste linee, che hanno dato luogo a scelte istituzionali programmatiche ed organizzative, sono qui ribadite e troveranno nello sviluppo progressivo del Piano il loro riscontro.

Ciò vale in particolare per l'assistenza sanitaria primaria, fondamentale sia per il cittadino che deve trovare nei servizi diffusi il primo soddisfacimento ai suoi bisogni e sia per il sistema perché è una rete strategica anche per la spesa sanitaria che può generare.

La giunta ha infatti già approvato un « atto di indirizzo sui servizi sanitari di base » e le « linee operative per i distretti socio-sanitaria » che costituiscono la cornice organizzativa di una rete che il futuro completamento delle piante organiche troverà già costituita e pronta a raccordarsi con gli altri servizi delle U.s.l., con gli altri presidi sanitari e sociali per svolgere le molteplici attività e funzioni che l'assistenza sanitaria di base deve, più compiutamente di quanto avvenga oggi, fornire.

In questa logica si inserisce il documento presente con la sua specifica e limitata portata, ma anche con l'avvertenza ai successivi sviluppi ed ai collegamenti di integrazione con le altre molteplici reti di servizi sanitari e sociali.

Dal piano ospedaliero molto trarrà spunto l'azione di raccordo con l'università per l'aggiornamento delle convenzioni e dei protocolli d'intesa. È infatti imminente l'avvio dell'attività della commissione paritetica Regione-Università al riguardo.

(omissis)

Gli ospedali pubblici in Lombardia: caratteristiche e tendenze

Le caratteristiche dei ricoveri negli ospedali pubblici (compresi i convenzionati obbligatori: ospedali classificati e I.r.c.c.s. pubblici e privati) al 31 dicembre 1991 sono riportate in tabella A.

Tale situazione si è determinata attraverso un fenomeno di progressivo « aggiustamento » negli ultimi 11 anni (1981-1991), che si può così sintetizzare:

- i posti letto sono diminuiti del 20%;
- il numero di ricoveri si mantiene sostanzialmente costante (attorno a 1.400.000/anno);
- le giornate di degenza si riducono del 19%;
- la degenza media passa da 10.8 a 8.6 (—20%);
- la saturazione non mostra particolari variazioni attestandosi attorno al 73% (figura 1).

Questo andamento complessivo si riproduce sostanzialmente per le principali specialità con una riduzione generalizzata, eccetto che per la cardiologia, del numero di posti letto, delle giornate di degenza e della degenza media.

Il numero complessivo di ospedali pubblici si mantiene costante nel periodo 1981-1991 (137 strutture attive), ma c'è una tendenza alla riduzione della dimensione (nel 1981 erano il 58% gli ospedali con meno di 300 p.l. e il 9.4% quelli con più di 1000, mentre nel 1991 le corrispondenti quote sono il 66% e il 5.8%) (figura 2).

Se dall'analisi dell'andamento delle caratteristiche di « offerta » del servizio ospedaliero non si evidenziano modifiche sostanziali, è im-

portante segnalare come, pur nel periodo relativamente breve di un decennio, si stiano modificando le caratteristiche della « domanda », letta come tipologia dell'utenza e della patologia trattata. Il tasso di ricovero complessivo è costante (tasso standardizzato per età e sesso: 159 per 1000 residenti nel 1978; 156 nel 1988), ma il ricorso al ricovero si modifica in relazione all'età.

In particolare i tassi aumentano nel periodo di quasi il 50% per i bambini di età inferiore a 1 anno e di quasi il 10% per gli adulti più anziani (75+), mentre diminuiscono del 15% nell'età giovanile (14-44 anni).

Le dinamiche sono chiaramente spiegabili per quanto riguarda gli anziani (aumento dell'età media della popolazione e del carico di patologie croniche) ed i giovani (la diminuzione è da attribuire soprattutto al forte calo dei ricoveri femminili per parto e cause ostetriche), mentre per quanto riguarda i ricoveri perinatali la spiegazione è da ricercarsi probabilmente nella bassa saturazione dei reparti di pediatria che determina una maggiore « attenzione » nel confronto dei neonati, fino ad arrivare in alcuni casi ad effettuare il ricovero in pediatria per tutti i nati nell'ospedale.

Il tasso di giornate di degenza diminuisce per tutte le età (in relazione alla contrazione della degenza media) ma poiché proporzionalmente si riduce meno per gli anziani, si determina una situazione di progressiva « occupazione » dell'ospedale per acuti da parte delle fasce di età più avanzata. Se infatti nel 1980 ogni giorno su 100 letti 14 erano occupati dagli ultrasessantacinquenni, nel 1988 tale quota ammonta a ben 24 letti su 100 (figura 3).

Qualche interesse per la valutazione delle

caratteristiche della rete ospedaliera della Lombardia riveste anche l'attrazione che essa esercita sull'utenza extraregionale. È in costante aumento infatti il numero di pazienti provenienti da altre Regioni e tale « migrazione » è spesso motivata dall'offerta di trattamenti qualificati per patologie complesse. È infatti diverso il quadro nosologico offerto dai residenti in Lombardia rispetto agli « immigrati » che presentano anche spesso una degenza media più prolungata. Sempre in relazione all'attrazione è da notare che i flussi di pazienti extra-Lombardia si concentrano in particolare in alcuni ospedali di alta qualificazione o specializzati, per i quali tale utenza arriva a costituire una quota importante della propria casistica (30-40%).

Obiettivi generali

Da tempo si va dicendo che la programmazione sanitaria assume un ruolo non secondario in una strategia di Governo della spesa sanitaria. Questa tesi suona come una rituale declamazione teorica tanto ricca di significati quanto sterile di risultati, come si è ricordato in premessa.

Non si intende pertanto imboccare questa via ma bensì proporre interventi più limitati e meno ambiziosi del P.s.r.; tali interventi sono utili per valutare i problemi di contesto e per definire provvedimenti di razionalizzazione strutturale, per i quali sia ragionevole prevedere effetti positivi a breve-medio termine per quanto riguarda il controllo e la qualificazione della spesa.

Nelle circostanze attuali questa esigenza prevale su altri aspetti, senza peraltro contraddirli, e induce a considerare il settore ospedaliero come obiettivo prioritario, per la rilevanza che assume anche in termini di spesa.

La legge n. 412, come ricordato al punto 1, supporta e in qualche modo induce a operare la scelta del provvedimento a stralcio del P.s.r. concernente il settore ospedaliero.

Il provvedimento non può ovviamente consistere solo in un'applicazione acritica dei parametri prescritti dalla legge n. 412, ma intende indirizzare e orientare le modificazioni « spontanee » del settore verso il raggiungimento di obiettivi specifici esigiti dalla situazione della Lombardia.

I principali derivano dalla sia pure sintetica analisi esposta al punto 2.

— Contenimento nel triennio 92-94 del settore ospedaliero al di sotto dei limiti fissati

dalla legislazione nazionale per due ragioni: in primo luogo perché, come verrà precisato al punto 5, è in atto una tendenza alla riduzione del numero dei posti letto ospedalieri, che è necessario stimare fin d'ora per i riflessi a medio-lungo termine sugli investimenti; in secondo luogo per le inevitabili conseguenze della consistenza della rete ospedaliera sulle spese di gestione gravanti sul fondo sanitario.

— Riequilibrio territoriale degli ospedali e parziale redistribuzione dei posti letto tra le diverse specialità.

— Trasformazioni di destinazione, accorpamenti e disattivazioni di ospedali sottodimensionati.

— Qualificazione complessiva del sistema mediante un'adeguata valorizzazione del day-hospital e organizzazione delle prestazioni ambulatoriali.

— Sviluppo e qualificazione delle componenti ospedaliere più direttamente impegnate per l'assistenza in fase di emergenza (rianimazione, cardiologia) e per l'assistenza oncologica.

Metodologia per la riorganizzazione degli ospedali

4.1. - Le prestazioni ospedaliere per acuti vengono erogate nei presidi ospedalieri attraverso le seguenti 27 specialità e i 19 servizi sanitari speciali di diagnosi e cura.

Le specialità sono raggruppate ai fini organizzativi nelle seguenti aree funzionali omogenee:

— Area terapia intensiva: rianimazione, U.c.c. unità spinale.

— Area chirurgica: chirurgia gen., ortopedia, oculistica, O.r.l., urologia, neurochirurgia, chirurgia plastica, chirurgia vascolare, chirurgia maxillo-facciale, cardiocirurgia, chirurgia toracica, odontoiatria.

— Area medica: medicina, cardiologia, neurologia, malattie infettive, nefrologia, pneumologia, radioterapia, ematologia, dermatologia, endocrinologia, oncologia, geriatria, angiologia, allergologia, medicina del lavoro, gastroenterologia, reumatologia, psichiatria.

— Area materno-infantile: ostetricia-ginecologia, pediatria, patologia neonatale, chirurgia pediatrica, neuropsichiatria infantile.

Le specialità elencate non comprendono distintamente le più numerose discipline che, specie per la ricerca e la didattica, costituiscono articolazioni e originano da specialità ben consolidate.

4.2. - Questa proposta fissa il fabbisogno complessivo di posti letto per acuti nella misura del 5.32, comprensivo del numero dei posti di assistenza diurna. Tale indice si suddivide in 4.99 p.l./1000 ab. del settore pubblico e in 0.33 p.l./1000 ab. del settore privato convenzionato, calcolato applicando il coefficiente ponderale del 50%.

I fabbisogni ospedalieri del settore pubblico sono determinati in base a indicatori specifici di domanda e a livelli territoriali di intervento. (*Omissis...*).

Contenuti del progetto

Il provvedimento intende definire la ristrutturazione della rete ospedaliera lombarda senza espansione della stessa.

La legislazione nazionale già citata e soprattutto le risorse finanziarie carenti esigono inoltre interventi riduttivi, che vanno individuati considerando, oltre ai requisiti tipologici della singola struttura, i fabbisogni valutati con la metodologia indicata al punto 4.

5.1. - Definizione complessiva dei fabbisogni ospedalieri.

La tabella 1 riassume i dati e le quantità complessive regionali, distinte nei due raggruppamenti funzionali (acuti e riabilitazione) e nei due settori di diverso valore programmatico (ospedali pubblici e privati obbligatoriamente convenzionati, case di cura convenzionate).

Si tratta del fabbisogno per il triennio 92-94 rappresentato *nei valori massimi* entro i quali collocare gli interventi di investimenti e di gestione nelle singole situazioni.

In realtà il fabbisogno nel triennio 92-94 è stimato inferiore agli obiettivi teorici indicati nella tabella 1-b per tre ragioni:

a) in primo luogo occorre considerare che la tendenza a ridursi dei posti letto ospedalieri per acuti è tuttora in atto e prevedibilmente continuerà nel prossimo futuro. Questa tesi è confortata dall'evoluzione documentata nello scorso decennio in Lombardia ed è confermata da quanto avviene in proposito nei paesi occidentali economicamente sviluppati, i quali spesso hanno anticipato fenomeni poi accaduti nel nostro paese;

b) in secondo luogo occorre tener conto che, specie per quanto riguarda i nuovi investimenti, gli effetti pratici degli stessi si verificheranno a medio termine;

c) inoltre è da considerare che l'attuale tipologia di offerta dei servizi sanitari e delle prestazioni diagnostico-terapeutiche è molto più

ampia e articolata, rispetto al passato e che quindi il soddisfacimento del bisogno non ha più come riferimento esclusivamente il tradizionale ricovero ospedaliero;

d) infine vanno stimati gli effetti su un miglior utilizzo del ricovero ospedaliero, derivanti da processi di riorganizzazione interna agli ospedali (per es., programmazione dei ricoveri con svolgimento degli accertamenti diagnostici preliminare alla degenza) e da procedure di raccordo più stretto tra medicina extra e *intra* ospedaliera (per es. nel campo della specialistica ambulatoriale).

Perciò nel progetto di piano (tabella 1-c) si è ritenuto realistico contenere gli incrementi che risultano nelle diverse aree applicando gli indici della tabella 2: le previsioni con saldo positivo di cui alla tabella 7 sono quindi ridotte al 30% dei valori indicati come numero totale di p.l. delle specialità di base.

Il fabbisogno totale risulta inferiore di circa 700 p.l. rispetto a quelli esistenti al 31 dicembre 1991.

5.2. - Fabbisogno del settore pubblico

Il settore pubblico, nella tabella 1-c, diminuisce complessivamente di circa 300 p.l.. Agli stessi si dovrà aggiungere in ulteriore diminuzione la quota di p.l. degli ospedali sottodimensionati di cui al punto 5.4., che non sia compensabile dalle riduzioni dei p.l. già previsti dalla tabella 7 e pertanto già calcolate.

Oltre al dato complessivo, alcune variazioni interne agli indici sono degne di nota:

— nei p.l. per acuti la riduzione maggiore delle specialità di base e intermedie (—794 p.l. esclusa la psichiatria) è largamente compensata da un incremento delle specialità regionali;

— i p.l. di riabilitazione sono previsti in aumento di circa 1250.

5.3. - Distribuzione territoriale dei posti letto ospedalieri.

A parte il caso limite di Sondrio (11.88 p.l. per 1000 abitanti), si va da un valore massimo di Pavia (7.89 p.l. per 1000 abitanti) a quelli minimi di Bergamo e Milano (4.21 e 4.29 p.l. per 1000 abitanti) o addirittura, escludendo l'area metropolitana, al valore di 3.64 p.l. per 1000 abitanti della provincia di Milano. Il range di variazioni è troppo ampio, anche considerando la diversità e la priorità delle diverse aree della Regione sia sotto il profilo geomorfologico che della varietà dei bisogni.

Tali differenze derivano dalla spontaneità dello sviluppo della rete ospedaliera e probabilmente costituiscono una delle cause di diseconomia del sistema oltre che contrastare con inderogabili esigenze di equità.

Bisogna comunque considerare che la disomogenea situazione esistente è in parte determinata dalla presenza di alcune realtà ospedaliere particolarmente qualificate (I.r.c.c.s.) con una larga utenza di origine extraregionale.

La graduale riduzione degli squilibri accertati costituisce pertanto un obiettivo concreto di un provvedimento che rientri in una strategia di Governo della spesa sanitaria.

5.4. - Tipologia delle strutture: ospedali sottodimensionati.

Come ricordato al punto 2, uno degli aspetti negativi della rete ospedaliera lombarda è costituito dal progressivo aumento del numero delle strutture sottodimensionate: in Lombardia attualmente un ospedale ogni cinque ha meno di 120 p.l..

Una valutazione più approfondita di questo aspetto ha consentito di verificare che generalmente gli ospedali sottodimensionati sono collocati nelle Province e/o nelle aree con più alto indice di posti letto ospedalieri esistenti.

Tale fatto rende assai problematico adottare in tutti questi casi provvedimenti di riconversione delle strutture mantenendole nel sistema ospedaliero; la vera soluzione a questo problema sembra rappresentata dall'attribuzione di funzioni sanitarie non ospedaliere o di funzioni socio-assistenziali a gran parte di questi presidi.

Si tratta infatti di strutture ospedaliere di tipologia inadeguata, sottodimensionate e/o collocate generalmente in aree sovradotate di posti letto (tabella C).

Il mantenimento del sistema ospedaliero con funzioni assistenziali per acuti è giustificato eccezionalmente in situazioni orografiche e territoriali particolarmente disagiate (per es. Edolo).

Con decorrenza dall'entrata in vigore della L.R. di approvazione del presente progetto si applicano alle strutture elencate nella tabella C le procedure e le prescrizioni di cui al punto 6.3/b.

In pochi casi il proseguimento dell'attività ospedaliera è da considerarsi provvisorio in vista dell'entrata in funzione di un contiguo ospedale nuovo, sostitutivo di strutture destinate a cessare qualsiasi funzione ospedaliera (tabella B).

In altri casi, per lo più in seguito a precedenti provvedimenti regionali, si è già conclusa o è in corso di attuazione la riconversione di ospedali sottodimensionati in strutture con funzioni di riabilitazione ospedaliera (tabella A).

Infine, per alcuni presidi che per tipologia,

dimensione, attività svolta e localizzazione non corrispondono al fabbisogno previsto, si conviene che è necessario un ulteriore approfondimento per individuarne l'attività futura (tabella D).

5.5. - Fabbisogno soddisfatto dal settore privato.

La legge n. 412, comma 2, dell'art. 4, prevede che la Regione possa rideterminare il fabbisogno di attività convenzionate, dichiarando, se del caso, la decadenza delle convenzioni in atto con le case di cura.

Nel contesto del presente provvedimento sembra opportuno utilizzare la facoltà concessa dalla legge prevedendo una riduzione del numero dei posti letto convenzionati all'incirca nella stessa proporzione adottata per il settore pubblico, come risulta dalla tabella 1-c.

La variazione suddetta comporta una riduzione di circa 400 p.l. convenzionati.

Per individuare tali p.l. si terrà conto della dimensione e della tipologia delle varie case di cura, delle specialità e dei servizi presenti rapportati ai fabbisogni valutati su scala regionale, anche in applicazione di quanto previsto dalla L.R. 6 febbraio 1990, n. 7.

Peraltro, in relazione al fabbisogno di p.l. risultante dall'applicazione degli indici previsti dal presente progetto, le strutture private convenzionate in possesso dei requisiti di cui al secondo comma dell'art. 43 della L. n. 833/78, potranno essere riconosciute presidi ospedalieri di riferimento della U.s.l., ai sensi della norma predetta.

Obiettivi specifici e procedure per il raggiungimento degli stessi

L'individuazione degli obiettivi quantificati come sopra costituisce l'elemento principale di un progetto di ristrutturazione della rete ospedaliera regionale.

Un elemento altrettanto importante è rappresentato dagli strumenti e dalle procedure necessarie per tendere al raggiungimento di tali obiettivi.

A questo proposito occorre fare alcune considerazioni:

— gli interventi sono attuati a sistema funzionante, cercando di ridurre al minimo gli inconvenienti in qualche modo connessi alle riorganizzazioni; andrà ad esempio ricercata la massima correlazione possibile tra la dismissione di funzioni in esubero e l'organizzazione delle stesse in altra sede;

— gli strumenti sono quelli resi disponibili

dal quadro normativo statale, arricchiti e integrati dalle norme di procedura adottabili autonomamente dalla Regione entro i limiti delle proprie competenze.

L'attuazione del progetto non potrà che essere conseguita gradualmente mediante un *processo dinamico* che esige alcune condizioni:

— sviluppo e approfondimento dei contenuti del progetto da parte della Regione per quanto riguarda le indicazioni e le prescrizioni di carattere generale e metodologico. Ciò avverrà in successivi e progressivi atti a livello regionale, a partire dalla puntuale indicazione degli obiettivi di piano per ogni area;

— completamento del disegno a livello locale con le necessarie specificazioni, fatti salvi i vincoli e le compatibilità già indicate nel presente progetto e quelle che verranno determinate con gli atti successivi dalla Regione. Tale processo, che vuole assicurare « circolarità » e partecipazione alla programmazione, vedrà coinvolto l'organo istituzionale locale (Comitato dei garanti) a livello di area;

— approvazione delle proposte locali da parte della Regione stessa.

Sono oggetto di provvedimenti delegati della Giunta regionale i seguenti argomenti:

— determinazione della tipologia ottimale delle strutture ospedaliere e della relativa dotazione di servizi;

— determinazione delle soglie minime di posti letto per le unità operative delle diverse specialità;

— attribuzione dei posti letto delle specialità regionali e della riabilitazione agli ospedali pubblici e convenzionati obbligatori, tenendo conto dei valori derivanti dall'applicazione degli indici alla grande area corrispondente e delle soglie minime prefissate per le rispettive unità operative. Le determinazioni della Giunta regionale non potranno in ogni caso superare complessivamente la dotazione totale regionale della tabella 6;

— elaborazione dei progetti-obiettivo e delle azioni programmate considerate prioritarie (p.o. materno-infantile; p.o. anziani; lotta alle malattie neoplastiche; trapianti; emergenza);

— decisioni concernenti la rideterminazione del fabbisogno di attività convenzionate nei limiti e secondo i criteri fissati al punto 5.5.;

— revisione dei piani di investimento già approvati, al fine di renderli coerenti con le prescrizioni contenute nel presente piano;

— determinazione circa la destinazione finale (funzioni sanitarie extraospedaliere o funzioni non sanitarie) dei presidi che dismettono

l'attività ospedaliera.

Il presente progetto costituisce lo strumento a disposizione della Regione per guidare e governare i cambiamenti della rete ospedaliera secondo le linee guida indicate al punto 3.

In concreto tali linee possono essere così precisate:

a) interventi preventivati e riferiti alle aree caratterizzate da *carenza di posti letto* rispetto ai fabbisogni quantificati nella tabella 7, in misura massima del 30 per cento dei posti letto, previsti in aumento per le specialità di base.

Gli interventi relativi agli investimenti per edilizia saranno considerati prioritari per edilizia saranno considerati prioritari nei limiti dei progetti di fattibilità predisposti ai sensi dell'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e del decreto ministeriale n. 321. Gli stessi progetti saranno pertanto sottoposti alla revisione prevista per il secondo triennio al fine di valutarne la compatibilità col presente progetto.

Particolare priorità verrà assegnata agli interventi in conto capitale per l'acquisto di attrezzature e alle attribuzioni di posti di organico e/o di personale dichiarati in soprannumero nella Unità sanitaria locale di provenienza;

b) interventi preventivati e riferiti alle aree caratterizzate da *eccedenza di posti letto* rispetto ai fabbisogni quantificati nelle tabelle 6-7 e in particolare agli ospedali sottodimensionati da riconvertire a funzioni non ospedaliere.

Gli interventi relativi agli investimenti per edilizia saranno riconsiderati come precisato al punto a) per escludere in ogni caso qualsiasi investimento che non comporti un'effettiva riduzione dei posti letto; saranno consentiti investimenti che, nel rispetto di tale condizione, siano finalizzati a miglioramenti funzionali della struttura e/o a processi di riconversione attuativi del presente progetto e delle disposizioni regionali conseguenti.

Non saranno consentiti investimenti, se non ricorrendo a fonti di finanziamento diverse dal fondo sanitario, per le strutture destinate ad essere riconvertite a funzioni non sanitarie, salvo situazioni di assoluta ed inderogabile necessità.

Gli interventi concernenti le piante organiche e il personale in servizio dovranno gradualmente consentire il trasferimento delle dotazioni verso i fabbisogni scoperti, secondo i criteri tecnico-funzionali e le procedure precisate nell'allegato A.

Tabella 1-a - Posti letto esistenti in Lombardia al 31 dicembre 1991

	Ospedali pubblici e conv. obbligatori		Case di cura convenzionate		Totale Regione	
	n.	p. 1 × 1000 ab.	n.	p. 1 × 1000 ab.	n.	p. 1 × 1000 ab.
Totale acuti	42.284	4.73	5.258	0.29	47.542	5.02
Riabilitazione	2.678	0.30	956	0.05	3.634	0.35
Totale letti	44.962	5.03	6.214	0.34	51.176	5.37

Tabella 1-b - Obiettivi teorici

	Ospedali pubblici e conv. obbligatori		Case di cura convenzionate		Totale Regione	
	n.	p. 1 × 1000 ab.	n.	p. 1 × 1000 ab.	n.	p. 1 × 1000 ab.
Totale acuti	42.584	4.76	4.800	0.27	47.384	5.03
Riabilitazione	3.936	0.44	1.000	0.06	4.936	0.50
Totale letti	46.520	5.20	5.800	0.33	52.320	5.53

Tabella 1-c - Progetto di piano

	Ospedali pubblici e conv. obbligatori		Case di cura convenzionate		Totale Regione	
	n.	p. 1 × 1000 ab.	n.	p. 1 × 1000 ab.	n.	p. 1 × 1000 ab.
Totale acuti (**)	40.731	4.55	4.800	0.27	45.531	4.82
Riabilitazione	3.936	0.44	1.000	0.06	4.936	0.50
Totale letti	44.667	4.99	5.800	0.33	50.467	5.32

(*) Indice calcolato al 50%.

(**) Il totale per acuti negli ospedali pubblici comprende solo il 30% dei posti letto previsti in incremento per le specialità di base nelle diverse aree (tabella 7).

Tabella A - Presidi con funzioni di riabilitazione

Presidio	U.s.l.	p.l. attuali
Bozzolo	50/52	81
Cassano d'Adda	59	96
Besana Brianza	61	50
Seregno	62	18

Tabella 2 - Specialità per acuti: posti letto × 1.000 abitanti. Confronto tra situazione attuale e previsioni di piano

Specialità	Posti letto × 1.000 ab.	
	Esistente 31 dicembre 1991	Previsioni Piano
Medicina	1.05	1.00
Chirurgia generale	0.85	0.85
Ostetricia-ginecologia	0.47	0.45
Pediatria	0.23	0.20
Ortopedia	0.50	0.50
Cardiologia	0.11 + 0.03	0.18
Neurologia	0.17	0.15
Oculistica	0.11	0.12
ORL	0.15	0.12
Psichiatria	0.08	0.09
Urologia	0.16	0.15
Mal. infettive	0.07	0.10 (*)
Neurochirurgia	0.06	0.09
Nefrologia	0.04	0.05
Patol. neonatale	0.08	0.06
Chir. plastica	0.04	0.04
Chir. maxillo-facciale	0.01	0.02
Chir. vascolare	0.03	0.04
Pneumologia	0.14	0.09
Radioterapia	0.04	0.05
Cardiochirurgia	0.02	0.04
Chir. pediatrica	0.02	0.03
Ematologia	0.02	0.02
Chir. toracica	0.01	0.02
Dermatologia	0.06	0.06
Endocrinologia	0.01	0.02
Rianimazione	0.05	0.06
Oncologia	0.06	0.08
Geriatria	0.04	0.02
Angiologia	—	0.01
Allergologia	—	0.01
Medicina del lavoro	0.01	0.01
Reumatologia	—	0.01
Neuropsich. infantile	0.01	0.01
Gastroenterologia	0.001	0.01
Diabetologia	0.001	—
Centro trapianti	0.001	—
TOTALE	4.73	4.76

(*) Viene indicato il fabbisogno a breve termine, fermo restando il fabbisogno per la lotta all'A.i.d.s. già determinato con distinti provvedimenti.

Tabella B - Presidi che entro il triennio cessano l'attività ospedaliera all'entrata in funzione del nuovo ospedale

Presidio	U.s.l.	p.l. attuali	Nuovo ospedale
Breno	37	202	Esine
Darfo	37	109	Esine
Ostiglia	48	77	Pieve di Coriano
Casalmaggiore	50/52	125	Casalmaggiore
Viadana	50/52	140	Casalmaggiore

Tabella C - Presidi che cessano l'attività ospedaliera (*)

Ospedale	U.s.l.	1991						1990					
		Tot. letti	% letti riabi.	N. ric.	gg.	D.M.	Sat. %	Tot. letti	% letti riabi.	N. ric.	gg.	D.M.	Sat. %
Menaggio	18	77	0.0	4.212	28.880	6.9	102.8	67	0.0	3.215	26.140	8.1	106.9
Sarnico	31	73	0.0	3.528	22.354	6.3	83.9	65	0.0	3.752	25.257	6.7	106.5
Martinengo	33	30	100.0	505	7.830	15.5	71.5	30	100.0	488	8.042	16.5	73.4
Palazzolo S/O	35	120	0.0	3.543	29.247	8.5	66.8	106	0.0	3.415	29.751	8.7	76.9
Castelgoffredo	45	60	50.0	1.877	16.879	9.0	77.1	60	50.0	1.392	10.799	7.8	49.3
Volta Mantovana	46	65	38.5	2.491	19.754	7.9	83.3	65	38.5	2.073	15.711	7.6	66.2
Poggio Rusco	48	60	0.0	1.663	16.664	10.0	76.1	60	0.0	1.614	16.896	10.5	77.2
Quistello	48	40	0.0	1.611	12.272	7.6	84.1	40	0.0	1.477	11.855	8.0	81.2
Sermide	48	34	100.0	700	9.041	12.9	72.9	34	100.0	794	8.988	11.3	72.4
Rivolta d'Adda	53	110	0.0	1.868	23.902	12.8	59.5	85	0.0	2.032	25.264	12.4	81.4
Soncino	53	30	100.0	145	5.152	35.5	47.1	28	100.0	143	4.051	28.3	39.6
Castelleone	53	30	100.0	331	6.694	20.2	61.1	30	100.0	415	8.081	19.5	73.6
MI-R. Elena	75	109	0.0	5.681	26.355	4.6	66.2	109	0.0	5.520	24.733	4.5	62.2
Mortara-S. Ambrogio ..	78	86	0.0	2.347	19.430	8.3	61.9	160	0.0	3.820	33.476	8.8	57.3
Broni	79	86	0.0	2.792	21.248	7.6	67.7	86	0.0	2.757	22.093	8.0	70.4
Edolo (**)	37	93	0.0	3.884	25.721	6.6	75.8	93	0.0	3.356	23.687	7.1	69.8
Totale	—	1.103	16.2	37.088	291.423	7.9	72.4	1.118	15.8	36.263	294.824	8.1	72.2

(*) I presidi elencati sono riconvertiti a funzioni sanitarie non ospedaliere e/o funzioni socio-assistenziali.

(**) Mantiene le funzioni ospedaliere per acuti per la situazione orografica e territoriale disagiata.

Tabella D - Presidi soggetti a parziale e/o totale riconversione rispetto all'attività svolta

Ospedale	U.s.l.	1991						1990					
		Tot. letti	% letti riabi.	N. ric.	gg.	D.M.	Sat. %	Tot. letti	% letti riabi.	N. ric.	gg.	D.M.	Sat. %
Somma L.	06	135	18.5	3.688	33.709	9.1	68.4	135	18.5	3.574	34.925	9.8	70.9
Bellano	17	126	0.0	3.380	27.511	8.1	59.8	120	0.0	3.693	26.045	7.1	59.5
Tirano (***)	23	201	0.0	3.830	37.941	9.9	51.7	201	0.0	4.104	36.697	8.9	50.0
Gazzaniga	26	140	0.0	4.003	33.028	8.3	64.6	140	0.0	4.124	34.545	8.4	67.6
Trescore B. (*)	30	118	0.0	3.267	25.706	7.9	59.7	113	0.0	3.348	26.220	7.8	63.6
Rovato	34	122	0.0	5.130	39.817	7.8	89.4	134	0.0	4.415	36.986	8.4	75.6
Salò	40	132	0.0	4.986	37.984	7.6	78.8	133	0.0	4.823	36.094	7.5	74.4
Orzinuovi	42	121	0.0	3.923	31.422	8.0	71.1	144	0.0	4.408	32.269	7.3	61.4
Leno	43	194	0.0	7.958	50.765	6.4	71.7	193	0.0	7.475	51.499	6.9	73.1
Soresina (**)	51	95	0.0	2.623	25.746	9.8	74.2	121	0.0	2.771	25.968	9.4	58.8
Casalpusterlengo	54	128	0.0	2.972	33.682	11.3	72.1	125	0.0	3.060	35.151	11.5	77.0
Casorate Primo	77	125	0.0	4.376	31.021	7.1	68.0	125	0.0	3.707	33.531	9.0	73.5
Totale	—	1.637	1.5	50.136	408.332	8.1	68.3	1.684	1.5	49.502	109.930	8.3	66.7

(*) Il presidio è collocato nella tabella D poiché richiede un approfondimento collegato al presidio di Calcinate. Il processo di riconversione totale dei presidi dovrà portare alla cessazione dell'attività ospedaliera per uno di essi.

(**) Il presidio è collocato nella tabella D in quanto il dato riferito ai posti letto è frutto della provvisoria chiusura di un reparto e richiede quindi un ulteriore approfondimento. Se i dati preliminari saranno confermati, dovrà cessare la funzione ospedaliera.

(***) L'indicazione del presidio di Tirano riflette — non tanto la situazione specifica di tale presidio — quanto l'esigenza di una revisione dell'intera rete ospedaliera dell'area, con obiettivi d'integrazione.

Tabella 7 - Differenza tra previsioni e situazione esistente

AREA/ PROV	MED	CMGE	OSTGI	PED	ORTR	CARD	NEUR	OCUL	ORL	TOT	RIAB	PSIC.	URO	INF	NCN	NEFR	PATN	CMLP	CMMX	CNYA	PNE	RXT	CACH	CMPE	EMAT	CMTO	DERM	ENDO	RIAN	TOT		
	Indici										Indici																					
	1.00	0.05	0.45	0.20	0.50	0.18	0.15	0.12	0.12		0.44	0.09	0.15	0.10	0.09	0.05	0.06	0.04	0.02	0.04	0.09	0.05	0.04	0.03	0.02	0.02	0.06	0.02	0.06	PSIC	+	
1	12	-15	-33	-18	-10	16	48	1	-12	-11																						
2	-70	-4	11	-2	45	21	-18	8	6	-3																						
3	-97	-43	-39	-22	-32	10	-6	12	-23	-240																						
4	-11	-14	13	-11	-15	21	-26	-2	-2	-47																						
Varese	-166	-76	-48	-53	-12	68	-2	19	-31	-301																						
5	-39	-26	-36	-21	57	54	15	31	-3	32																						
Como	-39	-26	-36	-31	57	54	15	31	-3	32																						
6	-23	61	15	-16	25	10	-2	15	1	86																						
Lecco	-23	61	15	-16	25	10	-2	15	1	86																						
7	-135	-115	-90	-50	-113	-13	-41	-6	-9	-572																						
Sondrio	-135	-115	-90	-50	-113	-13	-41	-6	-9	-572																						
8	-48	-20	-1	6	-14	24	20	16	16	-1																						
9	195	190	53	34	21	31	-24	17	4	521																						
10	-52	-46	-62	-1	4	12	8	12	8	-125																						
11	-17	-25	9	-8	1	33	27	6	-5	21																						
Bergamo	78	99	-1	31	12	100	23	51	23	416																						
12	3	-13	22	20	8	5	-4	21	0	62																						
13	-41	-6	0	-7	-14	-8	13	11	-4	-56																						
14	55	39	19	9	21	18	15	12	12	200																						
15	-25	9	-11	-7	1	7	23	-2	-7	-12																						
16	-27	-73	-86	-31	-66	-13	-10	0	-34	-340																						
17	-63	-69	-1	9	2	6	19	-3	-31	-131																						
Brescia	-58	-113	-57	-7	-40	15	56	39	-64	-277																						
18	-90	-39	-13	-44	-69	41	-7	-3	-14	238																						
Mantova	-90	-39	-13	-44	-69	41	-7	-3	-14	-238																						
19	75	99	38	18	54	29	6	-1	-6	312																						
20	40	-60	31	-8	22	10	31	25	-5	94																						
21	45	14	18	4	21	25	-7	7	1	120																						
22	167	130	45	26	39	24	9	22	7	469																						
23	109	51	26	-1	58	10	-16	-33	-17	187																						
24	95	112	59	-14	138	67	9	17	-21	462																						
25	-3	10	6	-4	38	-7	23	-4	-2	57																						
26	-3	-16	24	3	-8	-17	-10	-2	-10	-47																						
27	-32	12	-26	-21	-44	4	33	15	-13	-72																						
Milano P.	493	352	221	3	310	153	78	46	-74	1590																						
28	62	230	-99	-21	3	8	-149	-29	11	16																						
Milano C.	62	230	-99	-21	3	8	-149	-29	11	16																						
29	-119	-91	13	-7	-23	-16	-28	-32	-13	-316																						
30	-12	-40	11	-13	11	0	-15	4	-9	-63																						
Cremona	-131	-131	24	-20	-12	-16	-43	-28	-22	-379																						
31	-106	-72	-34	-15	-14	4	-14	5	-11	-257																						
Lodi	-106	-72	-34	-15	-14	4	-14	5	-11	-257																						
32	-231	-107	-52	-15	-15	-10	-100	-27	-63	-655																						
33	-22	-33	9	4	-16	-6	25	-20	8	-59																						
34	-70	-58	-41	-1	-40	26	-8	-1	-3	-196																						
Pavia	-323	-190	-84	-12	-114	10	-83	-48	-66	-910																						
Totale	-478	-20	-202	-225	33	434	-169	92	-259	-794	1.250	102	-61	239	257	63	-169	13	05	70	-431	122	139	69	2	87	25	78	107	797		
0.08	ONCOLOGIA		GERIATRIA		ANGIOLOGIA		ALLERGOL.		MED. LAVORO		GASTROENTER.		REUMATOL.		PSICH. INF.		TOTALE															
	0.02		0.01		0.01		0.01		0.01		0.01		0.01		0.01																	
Lombardia	186		-171		89		89		-7		79		89		-38		316															

ALLEGATO A

NORME DI ATTUAZIONE

Art. 1

Unità operative di ricovero e cura con degenza

1. - A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, tutte le unità operative con degenza dei presidi di cui è prevista la chiusura ai sensi del presente provvedimento, assumono la posizione di sezioni aggregate delle corrispondenti unità operative di presidio ospedaliero della stessa U.s.l. o, in mancanza, di presidio ospedaliero di altra U.s.l. confinante o compresa nel territorio delle Province di appartenenza, individuate dalla G.R. entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

2. - Al verificarsi della vacanza del posto di primario, nonché allorquando si verifichi la vacanza di personale medico in misura tale che, a giudizio e sotto la responsabilità della direzione sanitaria, non sia più garantito il necessario livello assistenziale, le predette unità sono soppresse e trasferite alle unità corrispondenti con provvedimento della Giunta regionale.

Si provvede altresì alla soppressione e al trasferimento allorché le condizioni ambientali e le dotazioni strumentali esistenti non consentano, a giudizio e sotto la responsabilità della direzione sanitaria, la prosecuzione di una sicura assistenza ai ricoverati.

3. - Anche prima del trasferimento, le predette unità sono fisicamente aggregate, con deliberazione dell'amministratore straordinario, alle unità corrispondenti dell'altro presidio ospedaliero allorché quest'ultimo disponga degli spazi idonei all'allocazione del personale e dei degenti mediamente presenti nell'ultimo anno.

4. - Nei presidi ospedalieri di cui è prevista la conversione in attività ospedaliera di riabilitazione secondo le indicazioni della presente legge, una o più unità operative possono essere trasformate in unità di riabilitazione, conservando la denominazione delle specialità originarie. Al verificarsi della vacanza del posto di primario le predette unità assumono la denominazione di « unità operative di recupero e di rieducazione funzionale ». Per le rimanenti unità si applica quanto esposto dai precedenti commi.

Art. 2

Unità operative senza degenza

1. - Alle unità operative senza degenza dei presidi di cui è prevista la chiusura o la conversione si applica quanto previsto dal precedente art. 1, salvo quanto previsto nei successivi commi.

2. - Con delibera della Giunta regionale può essere autorizzato in via eccezionale il mantenimento presso il presidio di talune funzioni ambulatoriali che si rendano necessarie in rapporto ai bisogni della popolazione, oggettivamente documentati.

In tal caso le funzioni sono aggregate alla corrispondente unità operativa ospedaliera o, in mancanza, al servizio di assistenza sanitaria specialistica.

3. - Le modalità di cui al precedente comma si applicano one nel caso di presidi ospedalieri di cui è prevista la conversione in attività di riabilitazione: in tali casi la Giunta regionale può autorizzare il mantenimento di funzioni diagnostiche necessarie a supporto delle attività riabilitative, aggregando le relative funzioni alla corrispondente unità operativa ospedaliera o, in mancanza, al servizio di assistenza sanitaria specialistica.

Art. 3

Organici

1. - I posti d'organico dei presidi ospedalieri di cui è prevista la chiusura si intendono soppressi al verificarsi della loro vacanza, salvo quanto disposto dai successivi commi.

2. - I predetti posti, ad esclusione dei posti di primario, possono essere trasferiti con deliberazione della Giunta regionale ad altre unità operative equipollenti o affini di presidi ospedalieri della Regione nei quali ricorre la necessità di integrare i relativi organici in base agli standards previsti dalla normativa vigente.

3. - In caso di unità operative trasformate in unità di riabilitazione ai sensi del quinto comma del precedente art. 1, i relativi posti, sono trasformati, al verificarsi della loro va-

canza, in posti di unità operative di riabilitazione nei limiti dagli standards previsti dalla normativa vigente.

4. - Nelle ipotesi di cui al secondo e terzo comma dell'art. 2 con lo stesso provvedimento di autorizzazione, la Giunta regionale determina i posti di organico necessari per assicurare il mantenimento delle funzioni ivi previste. Tali posti sono attribuiti alla corrispondente unità operativa ospedaliera o in mancanza, al servizio di assistenza sanitaria specialistica.

Art. 4

Personale

1. - Il personale che ricopra i posti d'organico di cui è prevista la soppressione ai sensi

del precedente art. 3, può essere collocato, con delibera della Giunta regionale, in posti vacanti di unità operative equipollenti od affini di altro ospedale della stessa Unità sanitaria locale o di Unità sanitarie locali confinanti o comprese nel territorio della Provincia di appartenenza.

2. - Negli stessi casi di cui al precedente comma, il personale laureato di posizione apicale può essere trasferito a domanda in corrispondenti posti vacanti di altra U.s.l., a seguito di concorde determinazione delle U.s.l. interessate.

3. - Il personale che non possa essere inquadrato ai sensi del presente articolo può essere collocato in disponibilità ai sensi delle vigenti disposizioni di legge o posto in ruolo transitorio nell'unità operativa di aggregazione con funzioni vicarie e di coadiuvazione dei titolari della stessa.

GLI ATTI DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA IN ATTUAZIONE ALLA LEGGE N. 412/91

Azioni di raffreddamento della spesa sanitaria e revisione delle entrate delle Unità sanitarie locali derivanti dalle prestazioni a pagamento

La giunta della regione Emilia-Romagna delibera:

1a/1) di dare atto che, ai sensi del disposto dell'art. 2, comma 1, del D.L. 11 luglio 1992, n. 333, e fino al 31 dicembre 1992, le Unità sanitarie locali non possono effettuare nuove assunzioni per turn-over di personale cessante o per copertura di altri posti vacanti o in ampliamento, con esclusione di quelle consentite dalle leggi;

1a/2) di autorizzare le Unità sanitarie locali non interessate da interventi di riconversione o superamento di divisioni, servizi o presidi ospedalieri programmati come possibili entro l'anno 1993 individuate sulla base degli elementi indicati in premessa, ai sensi del disposto dell'art. 5, comma 1, della legge 29 dicembre 1988, n. 554, ed in deroga al divieto di cui al precedente punto 1a/1), ad effettuare il turn-over e nuove assunzioni su posti di organico riferiti alla professione infermieristica, nei limiti dei finanziamenti assegnati e previa formale attestazione del loro rispetto;

1a/3) di autorizzare altresì, nei limiti di finanziamento assegnati e previa formale attestazione del loro rispetto per i motivi indicati in premessa e qui integralmente richiamati, le U.s.l. della Regione, sempre ai sensi del disposto dell'art. 5, comma 1, della legge 22 dicembre 1988, n. 554, ad assumere personale sanitario per turn-over limitatamente al servizio ospedaliero. Per le U.s.l. individuate con i criteri di cui in premessa, per le quali è prevista la chiusura o riconversione di presidi o divisioni entro il 1993, e fino a tale evento, l'autorizzazione di cui sopra è limitata ai soli posti di organico previsti in divisioni, servizi o presidi a non riconvertire e nei soli casi in cui il personale necessario a garantire detto turn-over non sia presente all'interno dei presidi o divisioni da riconvertire;

1a/4) di rinviare a successivi provvedimenti della Giunta regionale la valutazione, caso per caso, in ordine alla inderogabile necessità di autorizzare il turn-over su posti di personale apicale. Analogamente per l'assunzione su posti concessi in ampliamento o trasformazione per selezionati inderogabili ed improcrastinabili stralci dei piani attuativi locali applicativi del Piano sanitario regionale;

1a/5) di sospendere temporaneamente le assunzioni in

deroga autorizzate con la deliberazione consiliare del 17 giugno 1992, nonché con le deliberazioni attuative della legge n. 15/90 per i servizi dell'area della prevenzione, rinviando a successivo provvedimento la modifica dell'autorizzazione disposta, in seguito alla ridefinizione dei criteri conseguenti necessari alla riorganizzazione dei bacini di utenza dei SER.T. e dei servizi dell'area della prevenzione;

1a/6) di dare atto che, ... non possono attribuire al personale dipendente incentivi di produttività in misura superiore all'importo globale corrispondente alla somma dei fondi reali 1991, sub 1) e sub 2), ed imputati sul bilancio di competenza dell'anno medesimo;

1a/7) di congelare dall'1 agosto 1992, e fino al 31 dicembre 1992, gli oneri derivanti dall'applicazione dell'istituto della pronta disponibilità ai corrispondenti valori dell'anno 1991, come indicato in premessa.

1b/1) Entro il 15 settembre 1992 la Giunta regionale ridefinisce, tutte le convenzioni per la specialistica esterna e con le cse di cura in atto con le U.s.l. della regione Emilia-Romagna;

1b/2) entro la data del 1 settembre 1992 per le finalità di cui al punto precedente, le U.s.l., tenuti presenti i criteri di priorità e i limiti espressi predisporranno l'elenco, per ciascuna tipologia di prestazioni ambulatoriali, dei soggetti privati (singoli o istituzioni sanitarie) e, per quanto riguarda i ricoveri, delle case di cura private e relative unità funzionali, di cui si ritiene necessario il mantenimento del convenzionamento ad integrazione del sistema direttamente gestito, nell'intesa che, relativamente alle funzioni di ricovero, non riconvenzionate alla data del 15 settembre 1992, restano validi i ricoveri in assistenza diretta in corso alla stessa data, fino alla dimissione dei ricoverati;

1b/3) l'avvio delle sperimentazioni gestionali, da porre in essere entro i limiti e con le modalità illustrate in premessa, è subordinato ad un apposito provvedimento preventivamente assunto dalla Giunta regionale a seguito di analitica proposta motivata avanzata dalla U.s.l. competente per territorio;

1b/4) ai sensi dell'art. 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41, le U.s.l. non potranno riconoscere, a favore di ciascun utente, più di 2 cicli di fisiochinesiterapia ad anno solare.

1c/1) Nel campo della gestione dell'Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali di cui al D.P.R. 28 settembre 1990, n. 316, il blocco generalizzato in ordine all'attribuzione di nuovi incarichi, sia relativamente ad incrementi orari, che alla sostituzione di specialisti il cui incarico dovesse per qualunque causa cessare, nonché infine, all'attivazione di incarichi per attività specialistiche istituite *ex novo*;

1c/2) nel campo dell'organizzazione dei servizi di guardia medica notturna, festiva e prefestiva, l'avvio del processo di ridefinizione dei punti di guardia medica in atto, con riduzione degli stessi, entro il corrente anno, secondo il prospetto allegato che forma parte integrante del presente provvedimento;

1c/3) nel campo dell'assistenza pediatrica, l'avvio della revisione complessiva dell'assetto organizzativo delle funzioni tese alla tutela della popolazione infantile, ed il divieto di incrementare la presenza di pediatri dipendenti o convenzionati ai sensi del richiamato D.P.R. n. 316/90, o con qualunque altra diversa tipologia di rapporto libero-professionale, con particolare riferimento alle realtà territoriali in cui la presenza di pediatri di base soddisfi il rapporto ottimale di 1 pediatra per ogni 600 bambini in età compresa tra 0 e 14 anni;

1c/4) nel campo dell'assistenza indiretta, la temporanea eliminazione del rimborso per ricoveri fruiti in medicina generale, chirurgia generale routinariae psichiatria, ... Sono fatti salvi i ricoveri in corso o già autorizzati alla data di entrata in vigore del presente provvedimento e fino alla dimissione dei ricoverati;

1c/5) a far tempo dall'1 gennaio 1992 le prestazioni rese a favore di cittadini non residenti sul territorio regionale, concernenti degenze, prestazioni specialistiche, assistenza farmaceutica, assistenza termale, assistenza di medicina generale e pediatrica e qualunque altra eventuale tipologia di prestazione, devono essere sistematicamente evidenziate da ciascuna U.s.l. ed i relativi oneri dovranno essere quantificati;

1c/6) di dare mandato alle U.s.l. di assumere ogni utile iniziativa nei confronti dei medici abilitati alla prescrizione farmaceutica con onere a carico del Servizio sanitario nazionale, al fine di razionalizzare e contenere la spesa farmaceutica, anche avvalendosi dei suggerimenti e della collaborazione della Commissione regionale per il farmaco, con riferimento, in particolare, ai farmaci aventi valore terapeutico minore, e a quelli prescritti con indirizzo terapeutico improprio;

1c/7) di invitare gli amministratori straordinari delle U.s.l. individuate sulla base degli elementi indicati (1) a porre in essere ogni utile azione per accelerare il superamento o la riconversione dei presidi, divisioni o servizi ospedalieri individuati ai sensi della legge regionale 9 marzo 1990, n. 15.

1d/1) La direttiva approvata con delibera n. 439 del 5 marzo 1991 è integrata come segue:

— al punto 3, « Individuazione di oneri per prestazioni a rilievo sanitario » aggiungere dopo l'ultimo c.p.v.: « In ogni caso a far data dall'1 settembre 1992 e fino al 31 dicembre 1992, fermi restando i limiti sopra richiamati, gli oneri a rilievo sanitario da corrispondere agli enti gestori e da imputare al Fondo sanitario regionale non possono superare il 39% del costo totale della retta già determinata per l'anno

1992, esclusi gli oneri per l'assistenza sanitaria che devono essere contabilizzati a parte ed imputati, nei limiti indicati in precedenza, integralmente sul Fondo sanitario regionale »;

— al punto 8, « Indicazione specifica per le convenzioni » aggiungere dopo l'ultimo c.p.v.: « Presso l'Assessorato regionale ai servizi sociali è istituito un nucleo per l'analisi ed il controllo dei costi di gestione dei servizi e la verifica dell'effettiva applicazione della direttiva in ordine alla riduzione della retta in corrispondenza dell'entità degli oneri a rilievo sanitario imputati sul Fondo sanitario regionale »;

1d/2) in attesa di un provvedimento più organico che disciplini la materia, da adottarsi con successivo atto e, fatti salvi gli oneri relativi al personale e alle attività che concorrono per parte sanitaria e a rilievo sanitario alla realizzazione del progetto riabilitativo individualizzato, in via temporanea e a far data dall'1 settembre 1992 e fino al 31 dicembre 1992, relativamente alle prestazioni erogate nei confronti dei cittadini disabili non potranno essere posti a carico del fondo sanitario gli oneri relativi alle prestazioni cosiddette alberghiere, nonché gli oneri relativi alle spese di trasporto;

2. - Di approvare, in forza del disposto dell'art. 4, comma 1, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, l'aumento nella misura del 70% delle tariffe vigenti applicate dalle U.s.l., relativamente alle funzioni indicate in premessa, per l'erogazione di prestazioni a pagamento rese nell'interesse dei privati.

ALLEGATO

	Punti attuali	Punti soppressi	Punti autorizzati
U.s.l. 1 - Castel S. Giovanni popolaz. 46.955 densità 185 × kmq	5	—2	3
U.s.l. 2 - Piacenza popolaz. 148.000 densità 119 × kmq	8	—3	5
U.s.l. 3 - Fiorenzuola popolaz. 73.000 densità 90 × kmq	6	—1	5

(1) Per quanto riguarda i ricoveri, si debba far riferimento ad un costo per giornata di degenza, specifico per disciplina calcolato sulla base della contabilità per centri di costo di ciascuna U.s.l.

Per quanto riguarda le prestazioni specialistiche, al nomenclatore tariffario approvato con D.M. 7 novembre 1991.

Per quanto riguarda l'assistenza termale, alle tariffe previste dalle convenzioni annuali.

Per l'assistenza farmaceutica, al prezzo di costo dei singoli farmaci.

Per l'assistenza di medicina generale, all'importo medio della quota capitaria o al rateo della stessa corrispondente al periodo di durata della scelta del medico di medicina generale o del pediatra di base.

Per qualunque altra eventuale tipologia di prestazione, al reintegro degli oneri effettivamente sostenuti da parte dell'U.s.l. erogante la prestazione stessa.

	Punti attuali	Punti soppressi	Punti autorizzati		Punti attuali	Punti soppressi	Punti autorizzati
U.s.l. 4 - Parma popolaz. 237.973 densità 332 × kmq	7	—1	6	U.s.l. 24 - Imola popolaz. 99.486 densità 158 × kmq	3	—	3
U.s.l. 5 - Fidenza popolaz. 91.734 densità 180 × kmq	7	—2	5	U.s.l. 24 - Budrio popolaz. 52.120 densità 118 × kmq	3	—	3
U.s.l. 6 - Borgo Val di Taro popolaz. 40.000 densità 30 × kmq	9	—3	6	U.s.l. 25 - S. Giorgio di Piano popolaz. 70.000 densità 163 × kmq	4	—1	3
U.s.l. 7 - Langhirano popolaz. 24.273 densità 36 × kmq	5	—2	3	U.s.l. 26 - S. Giovanni Persiceto popolaz. 43.706 densità 147 × kmq	2	—	2
U.s.l. 8 - Montecchio Emilia popolaz. 49.000 densità 206 × kmq	3	—	3	U.s.l. 27			
U.s.l. 9 - Reggio Emilia popolaz. 172.808 densità 372 × kmq	5	—1	4	U.s.l. 28 - Bologna			
U.s.l. 10 - Guastalla popolaz. 61.754 densità 196 × kmq	3	—	3	U.s.l. 29			
U.s.l. 11 - Correggio popolaz. 42.000 densità 180 × kmq	2	—	2	popolaz. 495.000 densità 900 × kmq	15	—6	9
U.s.l. 12 - Scandiano popolaz. 59.000 densità 205 × kmq	3	—	3	U.s.l. 30 - Cento popolaz. 48.951 densità 304 × kmq	2	—	2
U.s.l. 13 - Castelnuovo ne' Monti popolaz. 33.000 densità 42 × kmq	7	—3	4	U.s.l. 31 - Ferrara popolaz. 173.248 densità 230 × kmq	8	—2	6
U.s.l. 14 - Carpi popolaz. 70.000 densità 383 × kmq	2	—	2	U.s.l. 32 - Portomaggiore popolaz. 48.100 densità 140 × kmq	3	—	3
U.s.l. 15 - Mirandola popolaz. 76.000 densità 165 × kmq	4	—	4	U.s.l. 33 - Codigoro popolaz. 62.986 densità 87 × kmq	5	—1	4
U.s.l. 16 - Modena popolaz. 267.000 densità 455 × kmq	7	—2	5	U.s.l. 34 - Copparo popolaz. 42.000 densità 100 × kmq	3	—	3
U.s.l. 17 - Sassuolo popolaz. 107.600 densità 252 × kmq	6	—2	4	U.s.l. 35 - Ravenna popolaz. 173.360 densità 221 × kmq	7	—1	6
U.s.l. 18 - Pavullo popolaz. 34.000 densità 50 × kmq	5	—1	4	U.s.l. 36 - Lugo popolaz. 97.034 densità 202 × kmq	5	—1	4
U.s.l. 19 - Vignola popolaz. 49.423 densità 144 × kmq	3	—	3	U.s.l. 37 - Faenza popolaz. 87.000 densità 115 × kmq	7	—2	5
U.s.l. 20 - Casalecchio di Reno popolaz. 122.000 densità 232 × kmq	6	—1	5	U.s.l. 38 - Forlì popolaz. 165.684 densità 151 × kmq	7	—2	5
U.s.l. 21 - Porretta Terme popolaz. 48.249 densità 54 × kmq	5	—1	4	U.s.l. 39 - Cesena popolaz. 177.667 densità 76 × kmq	8	—2	6
U.s.l. 22 - S. Lazzaro di Savena popolaz. 55.997 densità 76 × kmq	3	—	3	U.s.l. 40 - Rimini popolaz. 171.387 densità 1.279 × kmq	6	—2	4
				U.s.l. 41 - Riccione popolaz. 88.166 densità 500 × kmq	5	—1	4
				TOTALI	204	—46	158

Contenimento della spesa « realistico »

La delibera 3771/92 indica alcuni elementi che permettono di proporre un contenimento della spesa realistico. Nelle premesse dell'atto deliberato vengono esposte le seguenti ragioni:

La giunta della regione Emilia Romagna:

— in applicazione del D.L. n. 333/1992, le U.s.l. sono tenute ad attuare misure di contenimento sul versante delle spese per il personale dipendente;

— l'andamento della spesa farmaceutica, riferito ai primi cinque mesi dell'anno in corso, consente di fondatamente prevedere un suo contenimento rispetto ai valori predeterminati in sede di primo riparto e di conseguente redazioni dei bilanci di previsione da parte delle singole U.s.l.;

— l'articolazione dei servizi presenti sul territorio regionale, nonché le scelte di programmazione conseguenti alla applicazione della L.R. n. 15/1990, consentono di ridefinire le modalità di erogazione di alcune tipologie di prestazioni, nonché l'assetto di una serie di funzioni assicurate per il tramite di convenzioni nazionali riferibili agli artt. 44e 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, anche con riferimento a quanto previsto all'art. 4 della legge n. 412/91 in materia di convenzioni per la specialistica esterna e con le case di cura private;

— è possibile, nell'ambito delle iniziative di contenimento della spesa sanitaria, avviare e accelerare politiche di razionalizzazione delle iniziative stesse, già previste dalla normativa di programmazione regionale, ovvero nel documento programmatico presentato dall'assessore alla sanità alla Giunta regionale il 26 luglio 1991;

— è, parimenti, possibile individuare ulteriori interventi di contenimento della spesa in materia di assistenza agli handicappati ed alla popolazione anziana;

— in concomitanza, infine, con l'assegnazione alle U.s.l. di quote vincolate per il finanziamento di interventi a favore di anziani e tossicodipendenti, è possibile recuperare quanto, in via anticipata e per tale titolo, era stato autorizzato in sede di riparto alle U.s.l. stesse a carico della quota parte del F.S. regionale;

Ritenuto, inoltre, possibile avviare una diversa e più proficua gestione della politica delle entrate, con particolare riferimento a prestazioni rese nell'interesse dei privati richiedenti;

Dato atto che il complesso degli adempimenti e delle ulteriori indicazioni di contenimento della spesa e di sviluppo delle entrate, sopra indicate, è stato oggetto di apposito provvedimento, assunto in data odierna con deliberazione n. 3769, immediatamente esecutiva, che assume valore di strumento per conseguire gli obiettivi della presente manovra finanziaria;

Quanto sopra premesso e ritenuto possibile rivedere i limiti di autorizzazione alle U.s.l. dell'Emilia Romagna ad assumere impegni di spesa nell'esercizio 1992, fissati con provvedimento n. 1010 del 24 marzo 1992, sulla scorta della minor spesa complessivamente stimata in lire 252,146 milioni sul totale complessivo, previsto con il provvedimento indicato, di lire 7.780.528.000 (spesa 1991 + 6% + 2%);

Ritenuto, pertanto, di sostanzialmente modificare, alla luce di quanto sopra espresso, i contenuti dell'atto deliberativo

n. 1010 del 24 marzo 1992 citato, nel senso di ridefinire per ciascuna Unità sanitaria locale il limite di autorizzazione ad assumere impegni di spesa per l'esercizio in corso, al netto delle entrate proprie e con le riserve sopra evidenziate, nella misura di cui alla colonna 6 dell'allegata tabella 1;

Dato atto che entro il limite sopraindicato — valutata l'indispensabilità e l'indifferibilità di alcuni selezionati interventi di riequilibrio della spesa sanitaria, ovvero di attuazione a stralcio di obiettivi prioritari della Programmazione sanitaria di cui alla L.R. n. 15/1990 — le nuove autorizzazioni di spesa tengono conto, alla colonna n. 5 dell'allegata tabella n. 1, degli interventi per i quali si fa utilizzo limitato della residua disponibilità del 2%, prevista al punto 2 del dispositivo della deliberazione n. 1010 del 24 marzo 1992;

Ritenuta la necessità di attribuire alla presente deliberazione il carattere dell'urgenza, in relazione a quanto stabilito per l'altro atto assunto in data odierna più sopra richiamato, e per consentire alle U.s.l. di predisporre la conseguente rideterminazione dei bilanci di previsione;

Visto il parere favorevole espresso dalla Commissione consiliare sicurezza sociale nella seduta del 29 luglio 1992;

A voti unanimi e palesi, delibera:

— di rideterminare, in via provvisoria e nelle more dei provvedimenti di cui all'art. 4, comma 1, della legge n. 412/1991, i nuovi limiti di autorizzazione alle Unità sanitarie locali dell'Emilia Romagna ad assumere impegni di spesa nell'esercizio finanziario 1992 di parte corrente — al netto delle entrate proprie e fatto salvo quanto in proposito previsto in premessa — nelle somme indicate alla colonna 6 della tabella 1 (vedi pag. 62), allegata come parte integrante del presente atto;

— di dare atto, altresì, che, ai sensi dell'accordo di programma fra Regione e comune di Bologna e sulla base degli obiettivi di carattere regionale e di riorganizzazione della rete ospedaliera della città, le U.s.l. 27, 28 e 29 della città di Bologna coordineranno la utilizzazione del nuovo incremento autorizzato complessivamente per il territorio comunale, assegnato a colonna 5 dell'allegata tabella 1 alla U.s.l. 28 di Bologna, operando le necessarie compensazioni direttamente fra di loro.

Adozione di iniziative in materia di contenimento della spesa farmaceutica.

La terza delibera adotta alcune iniziative in materia di contenimento della spesa farmaceutica. Nella premessa si legge:

Preso atto che la sistematica lievitazione della spesa farmaceutica registrata in questi ultimi anni impone la necessità di assumere provvedimenti in materia tali da responsabilizzare gli ordinatori di spesa ad orientare le proprie prescrizioni in maniera da contemperare le esigenze terapeutiche dei pazienti con i problemi di controllo e contenimento della spesa medesima;

Preso atto della proposta avanzata in merito dalla citata Commissione che, in vista di una più organica regolamentazione della materia, analizza l'andamento della prescrizione della spesa farmaceutica nel quadriennio 1988-1991, nei termini sotto riportati:

« Il volume globale delle prescrizioni esterne è aumentata negli ultimi 4 anni soltanto del 9%; l'incremento è stato più accentuato soprattutto tra il 1989 e il 1990, mentre nell'ultimo anno è risultato pressoché uguale a quello dell'anno precedente. In quattro anni, invece, la spesa lorda è aumentata del 46% con incrementi apprezzabili di anno in anno.

Se esaminiamo com'è variato il profilo globale delle prescrizioni e della spesa, in termini di ricorso a farmaci con diverso grado di documentazione di efficacia, è facile constatare che il modesto aumento del consumo è pressoché totalmente attribuibile ai farmaci meglio documentati, ma i farmaci con documentazione insufficiente o assente rimangono stabili nel tempo, indicando la difficoltà di incidere con semplici iniziative di denuncia del fenomeno su un impiego di farmaci-conforto, come i cerebroattivi e i neurotrofici, o di farmaci-speranza, come certi immunostimolanti, spesso ingiustificatamente associati a terapie antiinfettive e antineoplastiche. La spesa lorda per farmaci ben documentati è aumentata assai più dei consumi tra il 1988 e il 1990 e ha continuato ad aumentare nel 1991 anche a consumi stabili, in ragione sia della sostituzione di farmaci di uso consolidato con altri più nuovi e costosi, sia del costo particolarmente elevato dei farmaci coadiuvanti.

Volendo paragonare la qualità e il valore terapeutico dei primi trenta farmaci per volume prescrittivo e dei primi trenta farmaci per spesa del 1991, emerge che nella graduatoria per volume prescrittivo ben 25 su 30 sono i farmaci con ampia documentazione di efficacia clinica e, di questi, 19 sono patologia-specifici, 4 sono sintomatici (FANS) e soltanto 2 si prestano ad usi allargati o impropri (ranitidina, lattulosio). Dei restanti, 3 sono coadiuvanti e 2 hanno una documentazione limitata o appena sufficiente. Ben diversa è la situazione presente nella graduatoria per spesa: i farmaci con documentazione ampia di efficacia sono solo poco più della metà (17/30) e, di questi, i farmaci patologia-specifici sono soltanto 10. Questi primi 30 farmaci determinano già il 40% della spesa farmaceutica lorda, nell'ambito della quale le quote spettanti ai farmaci coadiuvanti assommano all'8,6% (cioè più del 20% della spesa destinata ai primi 30 farmaci). Pertanto, si potrebbero ottenere risultati apprezzabili in termini di qualificazione della spesa farmaceutica concentrando un intervento culturale sui primi 30 farmaci della graduatoria per spesa, con l'obiettivo sia del contenimento degli usi allargati e impropri dei farmaci ben documentati, sia del minore uso dei farmaci coadiuvanti ».

Preso atto che in detto contesto la suddetta Commissione propone di intervenire su un gruppo di farmaci definiti come coadiuvanti con rapporto costo-efficacia particolarmente sfavorevole, a tal fine prospettando la possibilità di assumere provvedimenti urgenti in ordine al consumo degli stessi, nei termini sotto indicati:

« Nel quadro sopra indicato, in considerazione della necessità di predisporre provvedimenti urgenti atti ad assicurare un contenimento della spesa già nei restanti mesi del 1992, si rende necessario adottare provvedimenti di limitazione dell'impiego dei farmaci coadiuvanti con rapporto costo-efficacia particolarmente sfavorevole individuati come segue:

1. Coadiuvanti cerebrovascolari, Same
2. Neurotrofici
3. Cardiotrofici
4. Calcitonine per somministrazione nasale
5. Ormoni timici e interferone beta
6. Coadiuvanti antiaterosclerotici
7. Antiinfiammatori non steroidei per uso topico.

I principi attivi relativi a tali categorie sulla base della classificazione Atc sono individuabili come di seguito specificato:

CEREBROATTIVI (riferimento al gruppo ATC NO6BX)

- 84200 CITICOLINA
- 84201 CITICOLINA SODICA
- 155200 FIPEXIDE
- 155201 FIPEXIDE CLORIDRATO
- 277600 ALFA-GLICERILFOSFORILCOLINA
- 282600 OSSITRIPTOFANO
- 292900 DEANOLO SUCCINATO ACIDO
- 310700 PIRACETAM
- 324901 PIRISUDANOLO DIMALEATO
- 369401 PROTIRELINA TARTRATO
- 452600 FOSFATIDILSERINA
- 461700 LEVACECARNINA
- 461701 LEVACECARNINA CLORIDRATO
- 469000 OXIRACETAM
- 605200 CIANOCOBALAMINA + MONOFOSFATOTIAMINA
- 620000 DIIDROERGOTOSSINA + TIORIDAZINA
- 304800 FOSFATIDI DIENCEFALICI
- 17301 ADEMATIONINA SOLFATO TOSILATO

NEUROTROFICI (riferimento al gruppo ATC NO7XA)

- 161400 GANGLIOSIDI
- 462901 MONOSIALOGANGLIOSIDE SODICO
- 492100 GANGLIOSIDI ESTERI INTERNI
- 804600 FOSFATIDI CEREBRALI + CIANOCOBALAMINA

CARDIOTROFICI (riferimento al gruppo ATC C01EB)

- 97800 CREATINOLFOSFATO
- 97801 CREATINOLFOSFATO SODICO
- 158601 FOSFOCREATINA SODICA
- 158701 FOSFOCREATININA SODICA
- 388700 UBIDECARENONE
- 428400 LEVOCARNITINA
- 428401 LEVOCARNITINA CLORIDRATO

CALCITONINE SPRAY NASALI (riferimento al gruppo ATC H05BA)

- 59402 CALCITONINA DI SALMONE
- 436300 ELCATONINA

INTERFERONE BETA PER USO SISTEMICO (riferimento al gruppo ATC J06BA)

- 458600 INTERFERONE BETA

ORMONI TIMICI (riferimento al gruppo ATC J05BX)

363200 TIMOSTIMOLINA
443000 TIMOMODULINA
458300 TIMOPENTINA

ANTIATEROSCLEROTICI (riferimento al gruppo ATC B01AB)

165500 FOSFATIDILCOLINA
166200 SULODEXIDE
228702 MESOGLICANO SODICO
255100 XILANPOLISOLFATO SODICO
352700 SULFOMUCOPOLISACCARIDE
499500 GLUCOSUROGLICANO SOLFATO
852500 SULFOMUCOPOLISACCARIDE + CLOFIBRATO

FARMACI PER USO TOPICO PER DOLORI ARTICOLARI E MUSCOLARI (riferimento al gruppo ATC M02A)

44001 BENZIDAMINA CLORIDRATO
115102 DICLOFENAC DIETILAMINA
142200 ETOFENAMATO
152600 FEPRAZONE
155600 FENTIAZAC
186600 IBUPROXAM
188300 IBUPROFENE
188302 IBUPROFENE (SALE DI LISINA)
203100 KETOPROFENE
203101 KETOPROFENE (SALE DI LISINA)
239700 BUTETISALICILATO DI METILE
250800 NAPROSSENE
250802 NAPROSSENE (SALE DI AMINOBUTAN)
317200 PIROXICAM
317202 PIROXICAM PIVALATO
321701 PROGLUMETACINA MALEATO
337300 RIBONUCLEASI
364500 TIOCOLCHICOSIDE
441100 IMIDAZATO
458000 FLUNOXAPROFENE
458500 PIPROXENE
488700 CINNOXICAM
509800 ACIDO FLUFENAMICO + GLICOLE SALICILATO + MUCOPOL.
596700 CORTECCIA SURRENALE ESTRATTO + MUCOPOL. +
660700 AMINOPROPILONE + GALATTUROGLICANO SOLFATO
747800 NAPROSSENE + GLUCOSURIGLICANO
752600 Na GLUCOPOLISOLFATO + GLICOLE
817500 PRIDINOLO + BENZIDAMINA + CINCOCAINA + IALURONIDASI

Ritenuto che la proposta avanzata da detta Commissione, come sopra riportata, in ragione della autorevolezza dei suoi componenti, sia da recepire integralmente, in quanto altamente qualificata sul piano scientifico ed in grado pertanto di ricevere ampio consenso da parte degli operatori medici

abilitati alla prescrizione, e di produrre, ove recepita, notevoli ricadute sul piano economico, senza con ciò determinare conseguenze negative sulla qualità dell'assistenza fornita ai cittadini;

Richiamato che con Deliberazione n. 3769, assunta in data odierna la Giunta regionale ha, tra l'altro, deliberato di dare mandato alle U.s.l. di assumere ogni utile iniziativa nei confronti dei medici abilitati alla prescrizione farmaceutica con onere a carico del Servizio sanitario nazionale, al fine di razionalizzare e contenere la spesa farmaceutica, anche avvalendosi dei suggerimenti e della collaborazione della Commissione regionale per il farmaco, con riferimento, in particolare, ai farmaci aventi valore terapeutico minore, e a quelli prescritti con indirizzo terapeutico improprio rispetto alle indicazioni della « scheda tecnica »;

Valutato pertanto che la proposta avanzata dalla Commissione regionale sul farmaco si inserisca tra le iniziative di cui alla citata deliberazione n. 5356 del 26 novembre 1991, in quanto la stessa, agendo su un limitato gruppo di farmaci certamente importanti ma, per loro stessa natura non essenziali, può, ove accolta integralmente, comportare un contenimento della spesa, valutabile in termini assoluti in oltre 200 miliardi;

Considerato altresì che con deliberazione n. 6027 del 23 dicembre 1991 si è stabilito di attivare una capillare campagna di informazione ai cittadini per ridurre il fenomeno del consumismo con particolare riferimento ai farmaci e per illustrare i diritti e le procedure per l'accesso a prestazioni e servizi sanitari;

Valutata l'opportunità di avviare, pertanto, una adeguata campagna di sensibilizzazione invitando direttamente i medici abilitati alla prescrizione a carico del Servizio sanitario nazionale a contenere la prescrizione con particolare riferimento ai farmaci inclusi nel gruppo individuato sulla base degli elementi di cui sopra, ciò in quanto è opportuno concentrare in questo momento di grave limitazione delle risorse, le risorse stesse su interventi terapeutici essenziali, anche al fine di evitare che il loro impiego su interventi non primari, quali quelli in esame, pregiudichi la possibilità di far fronte ad esigenze di primaria rilevanza ai fini della salvaguardia della salute individuale;

Valutato inoltre che il presente provvedimento, in quanto inserito nella più generale manovra di contenimento e raffreddamento della spesa sanitaria approvata in data odierna con deliberazioni n. 3769 e n. 3771 assume i medesimi caratteri di urgenza e indifferibilità che caratterizzano quelli sopra richiamati;

Sentito il parere della competente Commissione consiliare in data 29 luglio 1992;

Su proposta dell'Assessore alla sanità, a voti unanimi e palesi « ... » si delibera:

1) di recepire i contenuti del documento programmatico della Commissione regionale sul farmaco, quale orientamento in vista dell'individuazione di specifiche iniziative di competenza regionale, da assumere per il contenimento della spesa farmaceutica così come riportato in premessa;

2) di dare mandato all'Assessore regionale alla sanità

e alle U.s.l. della Regione perché, nell'ambito della spesa sanitaria, individuino ogni utile iniziativa tesa a responsabilizzare le varie categorie di medici abilitati a prescrivere farmaci con oneri a carico del S.s.r., anche fornendo agli stessi gli ausili necessari per consentire una conoscenza dei costi collegati a ciascuna prescrizione, in ordine al rapporto costo/efficacia, sia in via generale che con particolare riferimento, ai farmaci appartenenti al gruppo di cui in premessa;

3) di affidare all'Assessore regionale alla sanità il compito di portare a conoscenza di tutti i medici di cui sopra i contenuti della proposta avanzata dalla citata Commissione tecnico-scientifica sul farmaco, miranti a contenere le prescri-

zioni con particolare riguardo ai farmaci aventi un ruolo terapeutico « minore » ed aventi comunque un rapporto costo/efficacia sfavorevole, e ad avviare forme di responsabilizzazione dei medici prescrittori sperando ogni utile iniziativa al fine di agire d'intesa con la Federazione regionale degli Ordini dei medici e dei singoli ordini provinciali;

4) di dare avvio, per le motivazioni meglio espresse in premessa, ad una puntuale campagna di informazione verso i cittadini, tesa a contenere il fenomeno del consumismo sanitario, a tal fine dando seguito alle procedure di cui alla richiamata deliberazione della Giunta regionale n. 6027 del 23 dicembre 1991.

Tabella 1

U.s.l.	Capitolo 001 (R.N.D. 31-12-1991)	Assegnazione esercizio 1992 del. n. 1010/92	Raffreddamento tendenza incremento spesa esercizio 1992	Ulteriore manovra di decremento	Parziale utilizzo 2 per cento	Totale assegnazione esercizio 1992
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1 Castel San Giovanni	76.022.410.000	80.583.755.000	1.208.756.325	517.645.000	109.200.000	78.966.553.675
2 Piacenza	249.327.240.000	264.286.874.000	3.964.303.110	2.223.721.000	986.500.000	263.085.349.890
3 Fiorenzuola d'Arda	95.416.980.000	101.141.999.000	1.517.129.985	622.501.000	341.500.000	99.343.868.015
4 Parma	515.092.770.000	545.998.336.000	8.189.975.040	4.403.339.000	1.588.000.000	534.993.021.960
5 Fidenza	141.250.070.000	149.725.074.000	2.245.876.110	1.059.933.000	356.000.000	146.775.264.890
6 Borgo Val di Taro	49.395.000.000	52.358.700.000	785.380.500	419.263.000	987.900.000	52.141.956.500
7 Langhirano	29.424.153.000	31.189.602.000	467.844.030	303.113.000	588.400.000	31.007.044.970
8 Montecchio E.	58.328.258.000	61.827.953.000	927.419.295	449.156.000	172.500.000	60.623.877.705
9 Reggio Emilia	355.469.461.000	376.797.629.000	5.651.964.435	3.526.978.000	2.360.800.000	369.979.4486.565
10 Guastalla	84.061.070.000	89.104.734.000	1.336.571.010	567.201.000	1.681.200.000	88.882.161.990
11 Correggio	52.843.780.000	56.014.407.000	840.216.105	289.532.000	154.780.000	55.039.438.895
12 Scandiano	66.518.270.000	70.589.366.000	1.057.640.490	511.114.000	359.000.000	69.299.611.510
13 Castelnovo Monti	51.340.365.000	54.420.787.000	816.311.805	347.728.000	850.200.000	54.106.947.195
14 Carpi	96.172.200.000	101.942.532.000	1.529.137.980	751.781.000	130.200.000	99.791.813.020
15 Mirandola	105.683.280.000	112.024.277.000	1.680.364.155	713.596.000	2.113.500.000	111.743.816.845
16 Modena	499.600.292.000	529.576.310.000	7.943.644.650	4.338.715.000	9.673.000.000	526.966.950.350
17 Sassuolo	110.462.170.000	117.089.900.000	1.756.348.500	1.026.864.000	129.700.000	114.436.387.500
18 Pavullo	55.742.210.000	59.086.743.000	886.301.145	461.285.000	385.700.000	58.124.856.855
19 Vignola	60.855.079.000	64.506.384.000	967.595.760	530.000.000	122.800.000	63.131.588.240
20 Casalecchio di Reno	98.831.000.000	104.760.860.000	1.571.412.900	934.290.000	1.976.600.000	104.231.757.100
21 Porretta Terme	73.580.931.000	77.995.787.000	1.169.936.805	662.191.000	123.400.000	76.287.059.195
22 S. Lazzaro di Savena	50.708.520.000	53.751.031.000	806.265.465	383.970.000	208.500.000	52.769.295.535
23 Imola	224.335.000.000	237.795.100.000	3.566.926.500	1.702.424.000	547.800.000	233.073.549.500

Esperienze innovative

Sezione 3^a

UNO STRUMENTO DI COMUNICAZIONE INTEGRATA PER IL MONITORAGGIO DEI PROCESSI DI EROGAZIONE

di Valeria Rappini*
e Renato Ruffini**

SOMMARIO: L'importanza dell'accesso ai servizi - L'esperienza di una Unità sanitaria locale: il processo di definizione dello strumento - Lo strumento - Conclusioni.

L'esperienza si colloca nell'ambito di un progetto di ricerca-intervento del Ce.R.G.A.S. presso la U.s.l. 36 di Lugo di Romagna. Gli autori ringraziano in particolare la dott.ssa I. Villa, la dott.ssa V. Vanni e il dott. S. Grillo, responsabili dei gruppi di lavoro con i quali è stato realizzato lo strumento, e tutti quanti nella U.s.l. hanno attivamente contribuito.

L'importanza dell'accesso ai servizi

Un'area particolarmente critica nell'ambito della sanità pubblica concerne sicuramente l'organizzazione dei processi di erogazione (se si considera la struttura dell'offerta) o dei processi di accesso (se si considerano i percorsi dell'utente) dei servizi prodotti dalle strutture sanitarie.

In prima approssimazione, l'importanza dei processi di erogazione/accesso è essenzialmente riconducibile sia al fatto che le Unità sanitarie locali al pari di tutte le aziende risultano legittimate nella misura in cui offrono servizi effettivamente utilizzati dagli utenti, sia al fatto che per le Unità sanitarie locali, come per tutte le altre aziende di pubblici servizi, l'accessibilità è strettamente correlata al concetto di equità.

Inoltre, nell'attuale fase di sviluppo dei sistemi sanitari dei Paesi evoluti, caratterizzati da una elevata innovazione tecnologica che traina e specializza l'offerta e da restrizioni finanziarie sempre più forti, pare plausibile l'ipotesi che gli attuali

obiettivi prioritari di riqualificazione e di razionalizzazione possano essere perseguiti anche attraverso una ridefinizione delle modalità di erogazione dei servizi, ovvero, ponendosi nell'ottica di piena valorizzazione di ciò che le U.s.l. sono già in grado di garantire in termini di soddisfacimento dei bisogni sanitari.

Nell'ambito della sanità pubblica, i processi di erogazione delle prestazioni assumono tuttavia caratteristiche del tutto peculiari proprio in relazione alla natura del « bene salute » e rendono particolarmente critica la loro organizzazione, molto più di quanto non avvenga per altre aziende anche di pubblici servizi.

Il problema di fondo è, in sostanza, valutare in che modo e in che misura le U.s.l. possono orientarsi alla domanda ed alle esigenze degli utenti nel momento in cui le loro strutture presentano a tutt'oggi una connotazione tendenzialmente burocratica, ovvero con un alto grado di autoreferenzialità, e dove la natura dell'atto medico rende l'erogatore del servizio sostanzialmente autonomo rispetto all'utente.

Inoltre, rispetto alla problematica dell'accesso una considerazione da sviluppare sicuramente è quella relativa agli elementi di giudizio in possesso degli utenti dei servizi socio-sanitari. Ciò consente infatti di verificare come essi possono di fatto rapportarsi nei confronti delle Unità sanitarie locali e, specularmente, come le Unità sanitarie locali si rapportano o si potrebbero rapportare a loro.

Precisamente, analizzando la natura di tale rapporto si può osservare che:

— gli utenti, per molte tipologie di bisogni di salute, non sono in grado di esplicitare una precisa domanda di prestazioni, in pratica non hanno piena coscienza delle loro esigenze se non comunicando direttamente

* **Valeria Rappini** è ricercatrice presso il Centro ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria dell'Università Bocconi di Milano.

** **Renato Ruffini** è ricercatore presso il Centro ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria dell'Università Bocconi di Milano.

con specifici depositari di conoscenze, ovvero con i diversi professionisti che operano nelle Unità sanitarie locali;

— gli utenti non hanno, in genere, piena possibilità di giudicare l'adeguatezza delle prestazioni ricevute rispetto ai loro bisogni di salute, al contrario, gli utenti hanno ampie possibilità di giudizio per quanto concerne elementi periferici, non strettamente sanitari, delle prestazioni (tempi di attesa, costi di informazione, spazi fisici, accoglienza alberghiera, reputazione degli erogatori, ecc.) che sono del resto considerati da loro molto importanti nella valutazione della qualità dei servizi e sui quali potrà giocarsi in futuro la concorrenzialità delle strutture pubbliche, tra loro e nei confronti di quelle private.

Gli interventi sui processi di erogazione/accesso devono quindi essere essenzialmente incentrati sullo sviluppo di idonee forme di comunicazione tra Unità sanitaria locale ed utente, in grado di accrescere il livello di informazioni in termini sia di educazione sanitaria, sia di modalità di accesso. D'altra parte ciò richiede, come presupposto organizzativo forte, il coordinamento delle diverse strutture presenti nelle Unità sanitarie locali al fine di creare una rete integrata di servizi rispetto ai quali poter definire lineari percorsi di salute per gli utenti.

La sanità pubblica italiana ha storicamente manifestato, sul piano dell'elaborazione concettuale, ampia sensibilità alle tematiche dell'accesso, ma ha impostato la gestione del rapporto Unità sanitaria locale e utente su paradigmi tecnico-burocratici, spesso focalizzando il problema dell'erogazione dei servizi rispetto alla sola disponibilità di strutture di offerta, nell'implicito presupposto che ciò fosse condizione non solo necessaria, ma anche sufficiente a garantire una risposta ai bisogni.

Nonostante l'accessibilità fosse proprio uno degli obiettivi ispiratori del nuovo modello sanitario introdotto dalla 833, di fatto le Unità sanitarie locali oggi si caratterizzano per un'elevata specializzazione delle strutture di offerta, a volte anche decentrate sul territorio, ma comunque strettamente legate alle specifiche funzioni di loro competenza. La sempre più elevata complessità ed il basso grado di coordinamento hanno così nel tempo notevolmente indebolito la capacità stessa delle Unità sanitarie locali di orientare l'utente rispetto ai suoi bisogni di salute.

Indicatori della frammentazione organizzativa, del preminente orientamento all'offerta e della scarsa informazione sono quelle incomprensioni normalmente presenti nel quotidiano rapporto tra utenti ed operatori delle Unità sanitarie locali che possono, in assenza di controllo, degenerare in gravi disfunzioni:

— l'utente non usufruisce di un servizio perché al momento del bisogno non sa che esiste;

— l'utente usufruisce di un servizio con tempi più lunghi e costi più elevati di quanto potrebbe essere;

— l'intervento dell'Unità sanitaria locale avviene con ritardo per problemi di coordinamento interno;

— l'utente può utilizzare in modo improprio i servizi dell'Unità sanitaria locale.

Inoltre, la mancanza di attenzione al momento dell'erogazione/accesso fa perdere all'Unità sanitaria locale importanti opportunità di sviluppo: l'utente, infatti, rappresenta il principale momento di integrazione organizzativa per l'Unità sanitaria locale ed inoltre può fornire, se adeguatamente supportato, positivi feedback in termini di innovazione. Ciò non solo su elementi periferici delle prestazioni ma anche, e soprattutto, su questioni inerenti il processo di erogazione/accesso.

In definitiva, il problema dell'ac-

cesso per gli aspetti evidenziati si gioca attraverso la creazione di nuove forme di comunicazione tra Unità sanitaria locale e utente le quali, tuttavia, per essere attuate necessitano di un riorientamento culturale di fondo, ovvero della diffusione al suo interno di nuove idee maggiormente orientate alle esigenze della domanda e degli utenti e non alla sola attenzione e sviluppo di ciò che si « produce ».

L'esperienza che qui si propone concerne quindi uno strumento di comunicazione integrata per il monitoraggio dei processi di erogazione dei servizi, realizzato all'interno di un'Unità sanitaria locale che già da tempo aveva sviluppato un certo orientamento all'utente. Partendo da questo presupposto è stato messo a punto uno strumento che presenta due caratteristiche di fondo:

— un alto livello di fattibilità adeguata ai bisogni concreti delle Unità sanitarie locali, primo fra tutti quello di conoscere se stessa, facendo in modo che gli operatori conoscano ciò che i colleghi fanno e siano così in grado di guidare gli utenti all'interno della complessità organizzativa;

— l'attitudine a supportare, conseguentemente, in modo adeguato la diffusione di una cultura del servizio all'utente.

L'esperienza di una U.s.l.: il processo di definizione dello strumento

Per comprendere a fondo e contestualizzare correttamente l'esperienza di realizzazione di uno strumento di comunicazione integrata per il controllo dei processi di erogazione pare opportuno descrivere, prima ancora dello strumento progettato, il processo e quindi le condizioni che ne hanno determinato la nascita.

Occorre innanzitutto notare che

l'Unità sanitaria locale dove è stato predisposto questo strumento già si caratterizzava per una elevata progettualità e per un significativo coinvolgimento dei quadri dirigenti e di gran parte degli operatori, con strategie esplicite e condivise non solo all'interno della struttura ma in gran parte note anche all'esterno. Questa situazione era principalmente legata alle positive tensioni innovative che si erano create attorno allo sviluppo di un progetto avviato nel mese di ottobre del 1986 su iniziativa dell'entrante Comitato di gestione e che riguardava la ristrutturazione della rete dei servizi ospedalieri.

Precisamente, il progetto del nuovo Comitato di gestione si poneva come obiettivo la realizzazione di un ospedale unico, riqualificando e potenziando quello localizzato nel Comune principale dell'Unità sanitaria locale, e quindi la riconversione di altri 5 padiglioni ospedalieri situati in altrettanti Comuni, peraltro anticipando le indicazioni programmatiche in materia di organizzazione degli ospedali.

Così sulla iniziale volontà della componente politica cominciò ad avviarsi una seria discussione all'interno dell'Unità sanitaria locale mirata alla riorganizzazione dei servizi socio-sanitari ed in particolare della rete ospedaliera. A partire dal mese di novembre del 1987, venne inoltre attivata una convenzione con un centro di ricerche per supportare adeguatamente la realizzazione del progetto, che si presentava evidentemente complessa per le sue numerose implicazioni, non solo politiche, ma anche più strettamente tecnico-progettuali.

Fin dalle fasi iniziali del progetto gli organi dirigenti, primo fra tutti il Comitato di gestione, furono particolarmente attenti ad alcuni aspetti considerati critici per la sua riuscita, quali:

— lo sviluppo del consenso sia al-

l'interno dell'U.s.l. che presso la popolazione di riferimento;

— l'estrema attenzione ai reali bisogni dei cittadini;

— la stretta partnership con il consulente esterno;

— la piena valorizzazione delle risorse interne senza mai ledere l'autonomia dei dirigenti e, più in generale, il rispetto dei diversi ruoli istituzionali definiti dal quadro normativo di riferimento.

Così il progetto di ridefinizione della rete ospedaliera aveva messo in moto tutta la struttura interna sulla base di esplicite strategie, aveva già in gran parte ottenuto consenso presso la popolazione e, nel corso del 1990, queste energie furono incanalate nella definizione del primo piano attuativo locale.

Una volta approvato il piano attuativo locale, elaborato direttamente dagli operatori interni dell'Unità sanitaria locale con il coordinamento dei consulenti, vennero definite le modalità della sua attuazione. A par-

te alcune specifiche realizzazioni che furono demandate alla diretta responsabilità dei singoli Servizi, furono in particolare individuate sette tematiche trasversali (tabella 1) per le quali risultava opportuno il contributo attivo e coordinato di più Servizi. A tale scopo venne anche definita una apposita struttura organizzativa per progetti, che prevedeva:

— un'attribuzione di specifiche responsabilità sullo sviluppo dei sette progetti trasversali con la costituzione di gruppi di lavoro e l'individuazione di un referente all'interno di ciascun gruppo;

— una funzione di coordinamento centrale dei diversi progetti inizialmente svolta dal direttore sanitario, dal coordinatore amministrativo e dal coordinatore sanitario e successivamente attribuita all'amministratore straordinario;

— un supporto del consulente esterno che, in particolare, aveva il compito di agevolare ulteriormente l'integrazione fra i diversi gruppi di

Tabella 1 - I sette progetti trasversali della Unità sanitaria locale

1. Aspetti tecnico-organizzativi di edilizia sanitaria e di riconversione della rete ospedaliera
2. Definizione delle attività distrettuali e sperimentazione di un modello organizzativo di distretto
3. Riorganizzazione della funzione amministrativa
4. Studio di fattibilità del progetto anziani, definizione delle residenze sanitarie assistite
5. Definizione di un piano e di strumenti di comunicazione interna ed esterna
6. Elaborazione di una ipotesi strategica volta ad assicurare l'integrazione e la partecipazione del privato all'attività istituzionale dell'Unità sanitaria locale
7. Elaborazione di un'ipotesi per l'individuazione, il monitoraggio ed il controllo dei fattori di rilievo nell'ambiente di vita e di lavoro

lavoro e di seguire attivamente le iniziative più problematiche.

Particolarmente significativo ai fini della realizzazione dello strumento di comunicazione integrata, risulta comunque il lavoro condotto da tre dei sette gruppi di lavoro, quelli impegnati rispettivamente nella riorganizzazione della funzione amministrativa, nella sperimentazione del distretto e nella messa a punto di interventi di comunicazione interna ed esterna. Non a caso, infatti, proprio questi gruppi furono considerati fin dall'inizio quelli che avrebbero dovuto affrontare gli aspetti più critici e sicuramente più innovativi dell'intero progetto.

In effetti, è stato al loro interno che è emersa, innanzitutto, l'esigenza di pensare a strumenti per le problematiche dell'accesso e dove, a partire dalle indicazioni contenute nel piano attuativo locale, sono anche state concretamente sviluppate quelle prime analisi che hanno poi condizionato la scelta sul tipo di strumento da adottare.

Per il gruppo che si doveva occupare della comunicazione interna ed esterna, il piano attuativo locale forniva precise indicazioni sul tema dell'informazione, dei diritti del cittadino e dell'accesso alle prestazioni.

« (...) la U.s.l. intende consolidare le esperienze fino ad oggi condotte (carta dei diritti del cittadino, ufficio specializzato coi rapporti con la stampa, n.d.r.) in tema di rapporti con l'utenza ed incentivarle ai massimi livelli. L'obiettivo è realizzare la diffusione di una corretta informazione in tutti i punti della struttura per diminuire i disagi e per migliorare la gestione clinica, assistenziale, amministrativa del cittadino-utente, sia da parte del singolo che dell'intero sistema.

Si intendono pertanto assumere una serie di iniziative per avvicinare i cittadini alla struttura della U.s.l. e la struttura ai cittadini.

Questi gli obiettivi:

— sviluppare e curare un'immagine ben definita della U.s.l. al fine di farla conoscere e farla diventare un interlocutore chiaro e abituale;

— creare e diffondere con continuità materiali di guida all'uso dei servizi per il cittadino;

— assicurare che tutti gli operatori della U.s.l. siano in grado di "dare risposta" al cittadino, promuovendo la indispensabile e necessaria competenza.

Per quanto riguarda la cura dell'immagine e la strategia di comunicazione, la U.s.l., con il supporto di agenzie specializzate, realizzerà un progetto specifico, per diffondere l'informazione e per incentivare la partecipazione dei cittadini alle sue attività e ai suoi servizi. La U.s.l. si impegna attraverso l'istituzione di "circoli di qualità" tra gli operatori impegnati nei vari settori di intervento ad individuare e ad attuare azioni tese a migliorare le condizioni di accesso ai servizi da parte degli utenti.

Infine, per assicurare a tutti gli operatori una reale capacità d'informazione, sarà particolarmente potenziata la rete informativa interna diretta ai dipendenti, per consentire la diffusione delle notizie in ordine alle attività svolte e alle loro modalità di svolgimento (...).

Per la funzione amministrativa, le indicazioni programmatiche dell'Unità sanitaria locale riprendevano sostanzialmente quelle contenute nell'allegato del Piano sanitario regionale relativo alla qualificazione dei processi gestionali.

« (...) l'organizzazione deve saper tradurre il bisogno in obiettivo o progetto o percorso, ciò al fine di avere come riferimento il "risultato" così come valutato dal destinatario finale (...) la risorsa umana è dunque risorsa strategica ed il suo impegno è fondamentale. Per questo la U.s.l. si impegna ad assumere ogni possibi-

le iniziativa per la formazione, l'aggiornamento, l'integrazione e la partecipazione del personale. In particolare la U.s.l. agirà al fine di:

— ridurre la complessità individuando i fatti di gestione ascrivibili al quotidiano, alla routine;

— esaminare quanto definibile "routinario" nei suoi percorsi, procedure, atti documenti ecc., onde legittimarli come forma standard più efficiente;

— ridefinire l'organizzazione in modo da garantire la circolarità delle informazioni e la gestione automatizzata integrata di tutte le procedure;

— perfezionare gli strumenti di controllo di gestione;

— promuovere la partecipazione e l'informazione nei punti di accesso all'utente;

— stimolare processi culturali in relazione ai quali la qualità ha un senso se viene percepita come continua verifica da parte del consumatore finale (...).

La realizzazione di tali obiettivi fu appunto sviluppata all'interno del progetto sulla riorganizzazione della funzione amministrativa che, a sua volta, venne poi articolato in quattro sottoprogetti denominati « analisi delle procedure », « riorganizzazione e gestione delle procedure informatizzate », « contabilità direzionale », « formazione ed aggiornamento del personale dipendente ». In particolare, nell'ambito del sottoprogetto sull'analisi delle procedure si voleva realizzare un documento di analisi organizzativa utile al fine di:

— definire un manuale interno, prevedendo le modalità di sua revisione periodica;

— razionalizzare i flussi procedurali interni e tra servizi;

— sviluppare i flussi di comunicazione interna tra i dipendenti;

— razionalizzare le modalità di erogazione interna dei servizi e dei rapporti con l'utenza;

— sviluppare flussi di comunicazione istituzionale.

La filosofia di impostazione del progetto, definita dal coordinatore amministrativo, era basata su un'ampio coinvolgimento del personale, indipendentemente dal livello, in quanto gli interventi volevano porsi innanzitutto come sviluppo di una nuova cultura della qualità e, in prima istanza, fu anche deciso di limitare il campo dei possibili interventi, focalizzando le analisi su quelle procedure che presentavano un diretto impatto sull'utenza.

Infine, per quanto concerne il distretto, argomento quanto mai complesso nella realtà sanitaria, la sfida che l'Unità sanitaria locale si poneva era quella di sperimentare l'organizzazione del lavoro distrettuale, basandosi essenzialmente sull'idea di distretto quale « (...) strumento privilegiato attraverso cui avvicinare il cittadino al sistema sia per erogare prestazioni di più comune e semplice contenuto, sia per guidarlo all'interno della complessità organizzativa (...) ». Nella particolare realtà di questa Unità sanitaria locale, il distretto rappresentava peraltro la struttura decentrata sul territorio che doveva subentrare all'ospedale man mano che si concretizzava il progetto di ristrutturazione della rete dei servizi ospedalieri. Diveniva quindi oltremodo importante evitare che al momento della chiusura di un ospedale venisse di fatto a crearsi un « vuoto di assistenza » che sarebbe stato sicuramente percepito dalla popolazione dei singoli Comuni interessati come una grave « penalizzazione ».

Su queste linee guida i tre gruppi di lavoro, quello sulla comunicazione interna ed esterna, quello sull'analisi delle procedure e quello sul distretto, cominciarono la loro attività.

Il gruppo sulla comunicazione elaborò dapprima un documento che

impostava in termini organizzativi l'attività di comunicazione istituzionale e fece una check-list dei possibili strumenti da utilizzare. In tale documento si prevedeva tra l'altro che le proposte di comunicazione istituzionale fossero verificate dagli operatori che seguivano gli interventi di educazione sanitaria e gestite da un operatore dell'ex segreteria della presidenza che già da tempo si occupava di comunicazione e che curava i rapporti con i giornali locali nonché le iniziative pubbliche condotte dagli organi istituzionali.

In seguito all'elaborazione di tale documento, furono presi accordi e stipulata una convenzione con un'agenzia specializzata che, oltre a supportare operativamente le iniziative di comunicazione dell'Unità sanitaria locale, doveva anche occuparsi di trasferire il proprio know-how.

L'attività svolta dal gruppo sulla comunicazione fu quindi essenzialmente focalizzata sulla gestione omogenea dell'immagine e sulle comunicazioni mirate all'utenza esterna.

Il gruppo sull'analisi delle procedure, dopo una serie di incontri che avevano consentito di individuare precisi referenti all'interno di ogni servizio, pensò di avviare una analisi complessiva delle attività svolte. Il lavoro dei diversi operatori coinvolti trovò una prima sistematizzazione in un documento che raccoglieva una serie di informazioni sui servizi relative agli scopi istituzionali, all'assetto strutturale, alla composizione del personale, alle principali attività svolte e, in alcuni casi, anche alle specifiche prestazioni e alle modalità di loro erogazione.

All'interno del gruppo sul distretto, dopo alcune prime riflessioni, si individuò come punto prioritario da affrontare l'attività di alcuni operatori amministrativi periferici, di fatto gli unici che erano stabili ed a tempo pieno sul territorio. Tali operatori erano presenti in ogni Comu-

ne e svolgevano attività inerenti al C.u.p. (Centro unificato di prenotazioni), all'ex-S.a.u.b. (Servizio di assistenza unificata di base) e, quando erano dislocati all'interno di un padiglione ospedaliero, garantivano anche il supporto amministrativo alla direzione sanitaria e svolgevano in parte attività tecnico-economiche.

Tali « uffici amministrativi decentrati » rappresentavano un problema organizzativo che rimaneva da tempo irrisolto per l'Unità sanitaria locale; in effetti, come spesso avviene per ragioni storiche dell'assetto organizzativo, non risultava chiaramente definita la loro dipendenza sia gerarchica, sia funzionale: erano formalmente dipendenti dall'Economato ma svolgevano essenzialmente attività per altri servizi così, rispetto alle loro principali funzioni, non era garantito un coordinamento forte da parte delle strutture centrali. Ciò risultò anche nel corso delle prime interviste che evidenziarono, come era già apparso in analisi precedenti, il loro ruolo di front-office. Peraltro, questo loro ruolo appariva chiaro agli utenti esterni, ma le strutture specialistiche o non lo conoscevano o non lo riconoscevano. Dal punto di vista degli operatori periferici, ma anche degli utenti, la necessità più immediata riguardava comunque le procedure di prenotazione per le prestazioni ambulatoriali e diagnostiche. Queste erano in alcuni casi gestite direttamente dalle divisioni ospedaliere e, più in generale, venivano spesso realizzate con forme diversificate circa tempi, luoghi e modalità creando così difficoltà di percorso che, alternativamente, ricadevano o sugli operatori periferici o sugli utenti anche generando lunghe file agli sportelli (tabella 2, a pag. seguente).

L'idea di fondo che comunque portò alla decisione di focalizzare attenzioni e sforzi su questi uffici amministrativi decentrati stava nella considerazione che erano quelli a più

diretto contatto con quantità considerevoli di utenza e che potevano rappresentare, al di là dell'attività di prenotazione, il primo nucleo forte, di carattere informativo all'interno del distretto. Proprio in virtù della loro attività di front-office potevano infatti divenire un potenziale punto di diffusione delle informazioni, sia all'esterno sia all'interno dell'Unità sanitaria locale, e garantire importanti ritorni in termini di individuazione di esigenze degli utenti, di eventuali carenze da superare e, più in generale, fornire buoni spunti di miglioramento per i servizi sulle problematiche dell'accesso.

Al termine delle interviste fu quindi elaborato dal gruppo sul distretto un documento dove venivano proposti alcuni interventi che avrebbero consentito di iniziare a sperimentare l'attività distrettuale nel primo comune dove sarebbe stato chiuso l'ospedale.

A questo punto rimanevano, anche in considerazione degli enunciati del piano attuativo locale, alcuni problemi irrisolti all'interno dei tre gruppi di lavoro soprattutto in termini di informazione agli utenti e di accesso ai servizi.

Il gruppo comunicazione interna ed esterna non disponeva ancora di un progetto di comunicazione concreto e complessivo per l'Unità sanitaria locale.

Il gruppo sull'analisi delle procedure, si rendeva conto che riprogettare a tavolino le procedure, significava scegliere una via razionale che però aveva il sostanziale difetto di essere stipendiosa in termini di tempo e di non garantire risultati. Inoltre, facendo specifico riferimento alle procedure che coinvolgevano l'utenza esterna, l'idea di fondo del progetto non era tanto quella di modificare i percorsi di accesso, quanto piuttosto quella di farli conoscere a tutti gli operatori e di gestire la loro evoluzione.

Infine, all'interno del gruppo sul

Tabella 2 - Alcune problematiche evidenziate dall'analisi dei servizi amministrativi decentrati

<i>Disagi dell'utenza</i>	<i>Principali cause dei disagi</i>
Prestazioni simili con diversa richiesta di compartecipazione alla spesa (ticket): — Rx torace — Test gravidanza — Hcg	Protocolli diversi nella U.s.l.
Ritorni allo sportello e/o contatti sbagliati	— Mancanza di informazioni ex ante su: cosa portare quando prenotare dove prenotare — Blocco prenotazioni e/o modifica agende — Pratiche ex-S.a.u.b. manuali — Mancanza di medico per il visto — Mancanza del servizio di cassa — Richiesta cartelle cliniche da fotocopiare
Tempi lunghi di risposta allo sportello	— Lentezza nei collegamenti a terminale — Ricerca di informazioni presso: altre U.s.l. medico di base servizio assistenza specialistica altri C.u.p. della U.s.l. — Non immediata interpretazione del bisogno/risposta risposta — Effettuazione di prenotazioni telefoniche presso altre U.s.l. — Spiegazioni all'utente allo sportello
Non guida ai servizi territoriali e ad alcune prestazioni del servizio ospedaliero	Mancanza di informazioni sui servizi territoriali Alcune agende tenute dalle divisioni ospedaliere
Altri disagi legati alle modalità di erogazione: — disagio a fare alcune richieste in pubblico — difficoltà dell'utente a partecipare	Situazione logistica Mancanza referente qualificato Modulistica Orari apertura sportelli Luogo dell'accettazione Procedure difficoltose
Delusione per le risposte rispetto alle aspettative	Risposta errata Non risposta Non informazione <i>ex-ante</i> date agli utenti e ai medici di base sui tempi di erogazione e sulle tipologie di prestazione rese dalla U.s.l.

distretto era rimasto aperto il problema di utilizzare gli operatori amministrativi decentrati come « informatori » privilegiati, rispetto a ciò si trattava di definire messaggi, strumenti e modi per la comunicazione all'esterno ed all'interno dell'Unità sanitaria locale.

Tale situazione palesò la necessità di integrare tra loro i tre progetti in quanto il problema di fondo, comune a tutti i gruppi, era essenzialmente quello di fornire una soluzione « unitaria » e « duratura » al comune problema informativo di « che cosa » e di « come » erogavano i diversi servizi dell'Unità sanitaria locale. Inoltre, risultava ormai particolarmente evidente che rispetto alla problematica dell'accesso, affrontata dai tre gruppi da differenti punti di vista, procedure, distretto e comunicazione, la maggiore fonte di difficoltà per gli utenti e per quegli operatori che svolgevano funzioni di informazione nascevano principalmente dalle risposte settoriali e non coordinate date dai diversi servizi.

I consulenti esterni nella loro opera di integratori dell'attività dei gruppi assieme ai diversi capi-progetto concentrarono quindi gli sforzi al fine di definire una base informativa comune sull'attività dell'Unità sanitaria locale che avesse le seguenti caratteristiche:

— rappresentasse in modo chiaro e sintetico tutti i servizi erogati ai cittadini;

— fosse utilizzabile anche come « canale di comunicazione » sia all'interno che all'esterno e quindi in grado di guidare i processi di erogazione/accesso;

— fosse flessibile, cioè in grado di rappresentare l'Unità sanitaria locale nel tempo e in relazione ai diversi scopi dei gruppi di lavoro.

Nacque quindi lo strumento di comunicazione integrata, interno ed esterno, per il monitoraggio dei processi di erogazione dei servizi di se-

guito descritto nelle sue caratteristiche tecniche di base.

Lo strumento

Sulla base delle esigenze dei tre gruppi di lavoro (gruppo procedure, gruppo distretto e gruppo comunicazione) si è quindi proceduto a definire un vero e proprio sistema operativo di comunicazione sui percorsi di accesso e di loro monitoraggio che costituissero un adeguato supporto agli obiettivi comuni dei gruppi:

— l'integrazione dei servizi rispetto alla soddisfazione dei bisogni dell'utenza;

— la semplificazione dei percorsi di accesso ai servizi ed alle prestazioni erogate;

— la diffusione delle informazioni tra i servizi dell'Unità sanitaria locale al fine di rendere più trasparenti e visibili le attività da essi svolte.

Partendo quindi dalle informazioni rese disponibili dagli operatori dei diversi servizi dell'Unità sanitaria locale e in buona parte contenute nel documento di analisi del gruppo procedure, il primo problema che si pose fu quello di rielaborare, ed eventualmente integrare, le informazioni traducendole dal generico « cosa si fa » al « come e perché si accede », cioè tra l'altro rispettando il criterio della semplicità e della completezza.

In particolare, per ricostruire delle sintetiche schede informative che fornissero una adeguata rappresentazione dell'Unità sanitaria locale, dovevano essere definiti sia i servizi resi, sia gli specifici contenuti informativi.

Rispetto al primo punto, i servizi resi, si scelse come metodologia quella di aggregare le prestazioni secondo tipologie di bisogno così come percepite dall'utente e non ancora completamente specificate: le singole prestazioni rappresentano le possibili risposte e la loro aggregazione

è invece una utile guida all'accesso.

In effetti, se da una parte l'articolazione delle schede per servizio (ed esempio, servizio igiene pubblica) non avrebbe consentito al lettore di riconoscere e quindi rintracciare il suo specifico bisogno; dall'altra, il riferimento alle singole prestazioni (ad esempio, seduta di psicoterapia) avrebbe presupposto una precisa conoscenza del lettore circa le modalità di soddisfazione del suo bisogno in rapporto all'offerta complessiva di prestazioni. Ovviamente, poi, una classificazione delle prestazioni legata ad un linguaggio strettamente tecnico o giuridico sarebbe risultata parziale e difficilmente comprensibile per gli utenti.

Pertanto l'aggregazione delle prestazioni, che individua e definisce i titoli delle singole schede informative, rappresenta un « pacchetto di servizi » e la denominazione di tale pacchetto cerca di cogliere, anche in modo evocativo, utilizzando modalità di espressione di uso corrente, sia le funzioni sviluppate dalle strutture dell'Unità sanitaria locale, sia le prestazioni rese, sia il bisogno al quale esse rispondono.

Occorre inoltre evidenziare che il livello di specificità delle schede è strettamente correlato alla facilità di identificazione del bisogno da parte dell'utente ed alle caratteristiche dei percorsi di accesso definiti dalle diverse strutture di questa Unità sanitaria locale.

Per esempio, le prestazioni erogate dal servizio di igiene pubblica essendo, da un lato, sufficientemente conosciute e specificate e, dall'altro, gestite con criteri di accesso diversificati hanno determinato la definizione di ben 14 schede informative; mentre per quanto riguarda ad esempio le molte attività svolte dal servizio salute mentale è stata definita una sola scheda informativa in quanto il percorso di accesso è unico (serve infatti a definire la diagnosi e la

presa in carico) e le singole prestazioni non sono comunemente note all'utenza.

Ciò chiarisce quindi un ulteriore obiettivo seguito nella definizione delle schede, ossia l'effettuazione di una descrizione realistica delle prestazioni rese, in quanto la diffu-

sione di informazioni non strettamente coerenti alla realtà avrebbe probabilmente mostrato « un dover essere » non utile sicuramente a guidare l'accesso.

Sulla base di tali criteri si è quindi giunti a definire 46 schede di « pacchetto di servizi » (tabella 3).

Tabella 3 - Le schede di pacchetto di servizi

- Salute mentale
- Igiene veterinaria
- Prevenzione nei luoghi di lavoro
- Igiene alimenti e bevande
- Vaccinazione adulti
- Medicina del turismo
- Libretti sanitari
- Certificati sanitari
- Invalidità civile
- Idoneità al lavoro
- Malattie infettive
- Disinfestazione e disinfezione
- Pratiche edilizie
- Polizia mortuaria
- Igiene ambientale
- Insediamenti produttivi
- Emergenze igienico sanitarie
- Guardia medica
- Assistenza domiciliare
- Medico di base e pediatra di base (scelta e revoca)
- Medico di base e pediatra di base (attività)
- Assistenza integrativa
- Medicina sportiva
- Medicina fiscale
- Assistenza farmaceutica
- Cure termali
- Ticket (esenzione, pagamento)
- Centri unificati di prenotazione (prenotazione, autorizzazione, calcolo ticket e informazione sulle prestazioni specialistiche non in regime di ricovero)
- Prestazioni specialistiche ed accertamenti diagnostici in regime ambulatoriale
- Ricovero in ospedale o in casa di cura
- Pronto soccorso ospedaliero
- Trasporti in ambulanza
- Cartelle cliniche
- Donazione di sangue
- Diabete
- Officina ortopedica
- Riabilitazione e recupero funzionale
- Consultorio familiare
- Percorso nascita
- Interruzione volontaria di gravidanza
- Consultorio giovani
- Neuropsichiatria infantile psicologia e riabilitazione
- Assistenza sociale
- Assistenza handicap
- Pediatria di comunità
- Tossicodipendenza

È ovvio che la classificazione dei servizi resi, così come appare in tabella 3, risulta sicuramente migliorabile, ciò dovrebbe avvenire sia attraverso l'utilizzo concreto dello strumento sia attraverso la ridefinizione di percorsi. Ad esempio, in questa Unità sanitaria locale ulteriori affinamenti potrebbero in futuro riguardare la predisposizione di apposite schede incentrate su specifiche categorie di utenti per i quali fossero creati percorsi agevolati di accesso (anziani, diabetici, dialitici, donatori di organi, ecc.).

Per quanto concerne il secondo punto, cioè le informazioni contenute in tali pacchetti di servizi, come si può notare negli esempi riportati (allegati A, B, C, alle pagine che seguono) queste vengono sviluppate nei seguenti punti:

- che cosa l'utente può ottenere;
- le modalità di accesso;
- le sedi di riferimento;
- le prestazioni specifiche;
- la gratuità o meno del servizio.

Tale forma di descrizione dei servizi resi contiene le informazioni ritenute più utili ai fini dell'accesso e supporta ulteriormente la specificazione della tipologia di bisogno definita dai titoli delle schede informative attraverso l'indicazione di « che cosa l'utente può ottenere » e delle « prestazioni specifiche ».

In particolare, per agevolare ulteriormente la consultazione delle schede informative è stata prevista la costruzione di un indice analitico e l'inserimento di ulteriori « parole chiave » di uso corrente da affinare progressivamente attraverso l'utilizzo concreto dello strumento.

Le schede di pacchetto di servizi, rappresentano tuttavia solo la base informativa di partenza per promuovere l'integrazione tra i servizi, la semplificazione dei percorsi di accesso e la diffusione delle informazioni. Una componente particolarmente significativa dello strumento

è infatti rappresentata dalle modalità di utilizzo di tali schede. Oltre alla progettazione del supporto informativo, risultano quindi parte integrante dell'esperienza le decisioni assunte dall'Unità sanitaria locale in merito alle modalità di consultazione, di aggiornamento e di distribuzione all'utenza esterna.

Le modalità di consultazione

Ogni scheda costituisce un « modulo informativo autonomo » in modo da consentire una distribuzione alternativamente « singola » o « aggregata ».

Tale modularità agevola l'utilizzo da parte dell'utente (che non deve necessariamente consultare un libro), facilita la sua consegna e riduce il costo di aggiornamento. In particolare, la U.s.l. ha previsto la stampa delle singole schede da raccogliere in appositi raccoglitori ad anelli.

I destinatari privilegiati delle schede sono gli operatori della U.s.l. e, specificatamente, gli operatori C.u.p., gli operatori di front-office e tutti gli altri operatori che accolgono l'utenza compresi i medici di base. La distribuzione delle schede dovrebbe quindi avvenire prevalentemente tramite consegna diretta agli utenti che manifestano determinati bisogni, ciò al fine di utilizzare la scheda come « opportunità » di colloquio strutturato tra operatore e utente. A tale riguardo, la U.s.l. ha anche previsto l'organizzazione di brevi incontri per la presentazione delle schede agli operatori interessati per meglio chiarire le modalità di loro utilizzo.

Come già precisato, per agevolare la consultazione, la U.s.l. ha anche ritenuto opportuno sviluppare un indice analitico ed il progressivo inserimento di ulteriori « parole chiave » di uso corrente.

La U.s.l. ha poi deciso di completare le informazioni contenute nelle

Allegato A

SALUTE MENTALE

La U.s.l. attraverso il Servizio salute mentale (S.s.m.) svolge, per persone con disturbi psichici in età adulta (> 18 anni), attività di diagnosi, cura e riabilitazione in ambulatorio, a domicilio, in strutture residenziali o semiresidenziali o in ospedale.

MODALITÀ DI ACCESSO

Recandosi direttamente, oppure prendendo preventivamente appuntamento telefonico, presso la sede del S.s.m. dalle ore 8.00 alle ore 20.00 nei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle ore 19.00 nei giorni prefestivi.

Nei casi di urgenza occorre rivolgersi alla sede del S.s.m. negli orari di funzionamento oppure nei casi di emergenza notturna alla guardia medica (vd. « guardia medica ») o al pronto soccorso ospedaliero (vd. « pronto soccorso ospedaliero ») che si possono avvalere della consulenza della Unità sanitaria locale (...).

SEDI DI RIFERIMENTO

SEDE CENTRALE DEL S.S.M.:

Via tel.

CENTRO RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE « LA FATTORIA »:

Via tel.

GRUPPO APPARTAMENTO « LA CELLETTA »:

Via tel.

DAY-HOSPITAL PRESSO LA SEDE CENTRALE DEL S.S.M.:

Via tel.

CENTRO RIABILITATIVO:

Via tel.

PRESTAZIONI SPECIFICHE

Presso la sede centrale:

- prima visita
- visita psichiatrica programmata
- colloquio psichiatrico
- psicoterapia individuale/familiare/di gruppo
- farmacoterapia

Presso il centro residenziale e semiresidenziale « La Fattoria »:

- trattamenti riabilitativo-terapeutici
- residenza protetta (24 ore su 24)

Presso il gruppo appartamento « La Celletta »:

- residenza parzialmente protetta

Presso il Day-Hospital:

- trattamenti riabilitativo-terapeutici
- ricovero in day-hospital

Presso il Centro riabilitativo:

- trattamenti riabilitativo-terapeutici

Altre prestazioni erogate:

- interventi assistenziali (contributi finanziari, inserimenti lavorativi, ricerca lavoro, casa, ecc.)
- ricoveri volontari presso ospedale o reparti specializzati
- trattamento sanitario obbligatorio (t.s.o.) in regime di ricovero ospedaliero, a domicilio o in ambulatorio
- certificazioni
- accertamenti sanitari obbligatori (a.s.o.)
- contatto su richiesta (consulenza)

IL SERVIZIO È GRATUITO

schede con la predisposizione di ulteriori fogli informativi sugli orari di apertura dei servizi che, in ragione della loro elevata variabilità, non erano stati inseriti, se non in casi particolari, all'interno delle stesse schede.

Le modalità di aggiornamento

Per garantire il necessario aggiornamento delle schede informative, la U.s.l. ha deciso di individuare una persona responsabile della gestione dello strumento, con i seguenti compiti:

- fornire tutti i chiarimenti richiesti dagli operatori;
- ricevere segnalazioni di imprecisioni e/o di carenza di informazioni utili;

- ricevere le segnalazioni dei servizi, che devono essere tempestive, di modifica delle informazioni contenute nel documento;

- avviare e realizzare nel periodo giudicato più conveniente, ad esempio a luglio o a dicembre, la procedura di revisione generalizzata della base informativa.

Tali attività risultano particolarmente delicate in quanto sono quelle che di fatto garantiscono il continuo monitoraggio dei percorsi di erogazione/accesso ai servizi. A tale riguardo, è stato anche coniato uno « slogan » all'interno della U.s.l. « se le schede rimangono invariate per più di un anno, o noi siamo fermi o lo strumento non funziona, o non lo facciamo funzionare ».

In sostanza, le modifiche ed i miglioramenti delle schede rappresentano l'indicatore fondamentale del fatto che i processi di erogazione cambino effettivamente in modo controllato, sia in virtù di riorganizzazioni dei servizi sia in virtù dei feedback ricevuti dagli operatori di contatto e rappresentano, in definitiva, la prova che esiste un sistema di co-

Allegato B

LIBRETTI SANITARI

La U.s.l. attraverso il Servizio igiene pubblica (S.i.p.) rilascia i libretti sanitari obbligatori per chi produce, manipola, distribuisce e vende alimenti, nonché per altre categorie particolari di operatori individuate dalla legge.

MODALITÀ DI ACCESSO

Per il rilascio del libretto, recandosi direttamente presso la sede S.i.p. del Comune di residenza in orario di apertura degli ambulatori.
Per i rinnovi successivi del libretto, provvede direttamente il S.i.p. a richiamare alla scadenza gli interessati.

SEDI DI RIFERIMENTO

SEDE CENTRALE DEL S.I.P.:
Via
tel.

SEDE DI (...):
(...)

PRESTAZIONI SPECIFICHE

Per gli operatori della I categoria (baristi; cuochi, personale di cucina e di stand gastronomici con sede fissa o ambulante; gelatai; graduatorie non definite; infermieri strutture privati; inservienti ospedali pubblici; lavoratori stabilimenti prodotti d'uovo e caseifici; macellai ed addetti alla lavorazione della carne; pasticceri; personale nidi; rosticceri, gastronomia produttori pasta fresca):

- visita medica
- ricerca enterobatteri patogeni
- tine-test
- antitifica

Per gli operatori della II categoria (alimentaristi, lavoratori del torrone, grassi alimentari, con gelato; camerieri, operatori festival, distributori di vitto; fornai senza pasticceria fresca; inservienti, educatori, assistenti di base, insegnanti di case di riposo, protette, materne, per handicap e scuola:

- visita medica
- tine test

Per gli operatori della III categoria (cantinieri, lavoratori dell'aceto e dei liquori; erboristi, farmacisti; operatori del settore oleario; produttori del miele; trasportatori di alimenti confezionati; venditori di frutta e verdura; pescivendoli) e della IV categoria (parrucchieri estetiste, lavandaie, portinai, colf, camerieri ai piani, personale delle terme riabilitazione):

- visita medica

**IL RILASCIO DEL LIBRETTO
È A PAGAMENTO
MENTRE IL RINNOVO È GRATUITO**

municazione integrata per il monitoraggio dei processi di erogazione/accesso.

Allegato C

Le modalità di distribuzione all'utenza esterna

Per quanto concerne la comunicazione esterna, la U.s.l. ha deciso per un utilizzo mirato delle schede:

— consegnare agli utenti solo le schede concernenti i loro specifici bisogni;

— far apparire sui giornali le informazioni sui servizi nei periodi di maggiore richiesta dell'utenza.

In sintesi, lo strumento predisposto all'interno di questa Unità sanitaria locale si differenzia rispetto ad altre esperienze di comunicazione nei seguenti elementi:

— la durabilità nel tempo e l'integrazione con altri strumenti di comunicazione;

— l'orientamento forte di comunicazione interna;

— l'orientamento al « servizio erogato », piuttosto che alle « prestazioni prodotte ».

Conclusioni

Pensare a strumenti di gestione per le problematiche dell'accesso, significa porsi nella logica dell'integrazione dei servizi rispetto all'utente. Nodo critico sotteso alla stessa 833 e ragione d'essere delle Unità sanitarie locali, ma sovente dimenticato nella pratica.

Lo scarso livello di integrazione presente nelle realtà sanitarie rappresenta inoltre la carenza strutturale degli approcci « classici » alla questione dell'accesso tipicamente riconducibili, anche in base alle considerazioni precedentemente sviluppate, a due tipologie principali:

1) la riprogettazione dei percorsi o dei punti di erogazione. Tale

ASSISTENZA INTEGRATIVA

Comprende un'integrazione alla normale assistenza sanitaria erogata dalla U.s.l. attraverso la messa a disposizione a particolari categorie di utenti di:

- protesi
- presidi sanitari di vario tipo
- particolari rimborsi.

L'assistenza integrativa è erogata attraverso il Servizio medicina di base, specialistica e farmaceutica (S.m.b.s.f.) sulla base della specifica normativa nazionale.

MODALITÀ DI ACCESSO

Di norma, per usufruire dell'assistenza integrativa occorre la prescrizione specialistica di un medico del Servizio sanitario nazionale che indichi la diagnosi circostanziata ed il programma terapeutico.

Per l'assistenza protesica, per la concessione di ausili per incontinenti, per entero-urostomizzati e per apparecchi inerenti la funzione respiratoria, occorre anche l'attestazione di invalidità civile (vd. « invalidità civile »).

Esistono comunque varie eccezioni e in generale, la complessità delle procedure necessita di preventive e specifiche informazioni ottenibili rivolgendosi all'ufficio ex-S.a.u.b. di (...) o agli sportelli C.u.p.

In particolare, per la concessione di apparecchi inerenti la funzione respiratoria e per l'attivazione di forniture di ossigeno terapeutico a domicilio occorre rivolgersi al settore farmaceutico.

SEDI DI RIFERIMENTO

UFFICIO EX-S.A.U.B. DI (...):
Via

SETTORE FARMACEUTICO:
Via
tel.

C.U.P. DI (...):
Via

(...)

PRESTAZIONI SPECIFICHE

- concessioni prodotti dietetici
- concessione ausili per incontinenti e per entero-urostomizzati
- concessione prodotti per diabetici
- concessione prodotti farmaceutici per sopravvivenza
- erogazione ossigeno terapeutico a domicilio e apparecchi inerenti la funzione respiratoria
- rimborso trasporto per emodializzati (vd. « trasporti in ambulanza »)
- concessione protesi

IL SERVIZIO È GRATUITO

tipo di approccio prevede modificazioni strutturali dell'organizzazione che, in quanto tali, implicano significativi processi di cambiamento che assorbono tempo e risorse. Conseguentemente, le riprogettazioni sono tipicamente ed utilmente attuate solo su aree specifiche dell'organizzazione e solo su quelle comunemente riconosciute ad alta criticità (per esempio centri prelievo, centri unificati di prenotazione, percorsi agevolati per particolari categorie di utenza).

2) La divulgazione di informazioni sui servizi forniti dall'Unità sanitaria locale e sulle modalità di accesso. Tale approccio si basa su interventi di comunicazione esterna attraverso la « consegna » di messaggi più o meno articolati agli utenti attraverso l'utilizzo di giornali, fogli informativi fino ad arrivare in alcuni casi alle classiche « guide all'accesso ai servizi ». Tali interventi di comunicazione, quando attuati, consentono di accrescere il livello di informazioni in possesso dell'utenza,

tuttavia essi risultano generalmente unidirezionali (quindi con scarsi feedback all'Unità sanitaria locale), divengono velocemente obsoleti e, soprattutto, non sono orientati all'interno dell'Unità sanitaria locale.

Entrambi i tipi di intervento risultano quindi limitati rispetto alle possibilità di sviluppo nel tempo e scarsamente diffusivi all'interno delle strutture di offerta le quali spesso « subiscono » o addirittura « ignorano » ciò che avviene in altre parti della stessa Unità sanitaria locale.

Lo strumento proposto, facendo diretto riferimento a quelli che sono i bisogni organizzativi dell'Unità sanitaria locale (e tra questi anche il coinvolgimento degli operatori) ed orientandosi alle esigenze della domanda e degli utenti piuttosto che all'offerta ed all'espletamento di specifiche funzioni, persegue alcuni particolari scopi:

— entrare concretamente nei processi organizzativi, senza assumere a priori obiettivi di modifica a tempi brevi, ma rileggendo la realtà in

termini utili a ricostruire i percorsi di accesso ed i servizi resi;

— comunicare ai diversi professionisti che operano all'interno delle strutture la situazione complessiva dell'Unità sanitaria locale in termini di accesso e pertanto, eliminare, o almeno ridurre, il fabbisogno informativo degli operatori, spesso fonte di « frustrazioni », aprendo invece spazi propositivi sulla modifica dei percorsi a partire dalle esigenze comunicate dagli utenti quando entrano in contatto con le strutture.

In definitiva, da un lato integra e dall'altro riorienta i due approcci classici, fornendo loro una chiave di lettura tipicamente gestionale volta a:

— risolvere i problemi reali secondo l'orientamento ai fini istituzionali di soddisfazione dei bisogni di salute;

— affrontare tali problemi in chiave unitaria e non settoriale attraverso l'adozione di specifici sistemi operativi;

— sviluppare attraverso tali sistemi operativi una costante tensione all'innovazione.

IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEL SERVIZIO IN UNA U.S.L.

ANALISI DI UN PROGETTO

di Atos Miozzo*

SOMMARIO: Premessa - Alcuni dati di riferimento - I presupposti del progetto - La scoperta dell'utente - I risultati dell'indagine - La misurazione e l'analisi del problema - Lo sviluppo di un processo di miglioramento.

Premessa

La domanda di servizi sanitari funzionali ed efficienti è divenuta un'esigenza sempre più sentita nel nostro paese.

Le Unità sanitarie locali sono impegnate in un delicato passaggio da ente erogatore di prestazioni ad azienda che offre servizi.

La tradizionale attenzione alla prestazione medica come unico elemento di valutazione della efficienza della struttura sta lasciando il posto ad una più complessa concezione del servizio.

I cittadini chiedono non solo buone prestazioni mediche ma servizi di qualità: orari e tempi di erogazione adeguati, semplicità delle procedure di accesso, brevi tempi di attesa, funzionalità dei locali, informazioni chiare, cortesia e disponibilità, regole trasparenti, ecc.

Lo sviluppo e l'erogazione di prestazioni mediche qualificate non è sufficiente per realizzare un sistema sanitario di elevata qualità, è determinante accrescere le competenze e le capacità gestionali ed organizzati-

ve per garantire un'offerta di servizi che risponda alle aspettative dei cittadini, e nello stesso tempo permetta di ridurre sprechi ed inefficienze.

La cultura prevalente delle attuali organizzazioni è ancora legata a situazioni di sostanziale monopolio nell'erogazione delle prestazioni che si traduce in una scarsa propensione a sondare, identificare e soddisfare i bisogni degli utenti.

Tale atteggiamento è sempre più lontano dalla realtà in quanto situazioni di concorrenza interna ed esterna al Sistema sanitario pubblico hanno mostrato un utente che sempre più ricorrenemente va a cercare e a scegliersi i servizi migliori.

Orientare la struttura all'utente è il nodo da sciogliere per dare impulso al processo di trasformazione in atto.

Ciò che bisogna evitare è la genericità: sono molti gli appelli, troppe le pagine scritte, molti i piani di incentivazione che fanno riferimento a generiche aspettative di miglioramento dei servizi.

Alcuni dati di riferimento

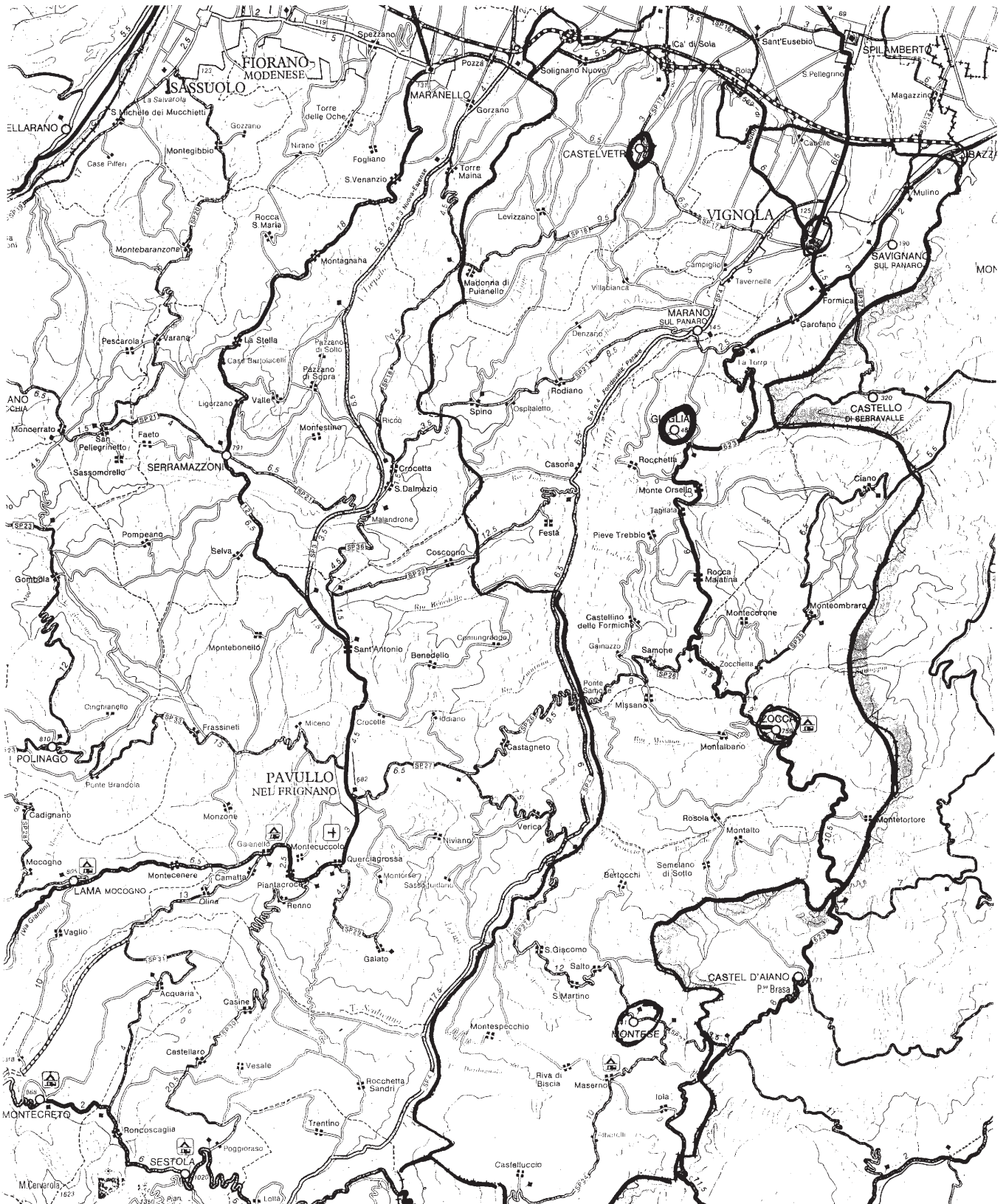
L'U.s.l. di Vignola è collocata nella regione Emilia-Romagna e presidia una fascia di territorio che va da un'area pianeggiante ad una fascia dell'Appennino con una popolazione complessiva di 49.500 abitanti.

La struttura sanitaria è composta da un ospedale con 230 posti letto con quattro divisioni (medicina, chirurgia, ostetricia, ortopedia) e da poliambulatori specialistici e centri di prenotazione a Vignola, Zocca e Montese (gli ultimi due presidi sono collocati nella zona di montagna).

Il bilancio consuntivo è stato di 63 miliardi nel 1991, quello di previsione per il '92 è di 65 miliardi, di cui 20 miliardi riguardano le attività di medicina di base, specialistica e farmaceutica.

Il numero di dipendenti è di 430 unità, ed è rimasto stabile negli ultimi anni.

* **Atos Miozzo** è amministratore straordinario della U.s.l. di Vignola (Modena).



I presupposti del progetto

L'esigenza di sondare il grado di soddisfazione degli utenti e di avviare azioni di miglioramento della qualità dei servizi erogati ha condotto alla definizione di un progetto che delinea il percorso di sviluppo della comunicazione tra gli utenti e la struttura sanitaria nonché di integrazione tra i vari comparti dell'Unità sanitaria locale.

La consapevolezza che buona parte dei problemi e delle disfunzioni nell'erogazione dei servizi sanitari derivano da modalità organizzative e « comportamentali » che privilegiano gli aspetti procedurali piuttosto che quelli di « servizio », il lavorare per comparti piuttosto che orientare tutta la struttura ad erogare adeguate prestazioni per l'utenza, ha dato una connotazione al progetto orien-

tata a sviluppare momenti di « ascolto » ed integrazione tra i vari attori coinvolti nei servizi sanitari.

Ciò ha significato l'impegno diretto della direzione sanitaria e di diversi operatori nelle varie fasi dell'intervento.

I responsabili dell'Unità sanitaria locale non si sono limitati a svolgere un ruolo di coordinamento e di committenza ad esperti e/o consulenti esterni ma sono intervenuti attivamente.

Il supporto consulenziale si è sviluppato nell'attivare un processo di sensibilizzazione e trasferimento di metodologie e tecniche al fine di accrescere l'orientamento alla qualità dei servizi e sviluppare modalità di individuazione delle criticità e di gestione del miglioramento.

Gli obiettivi dell'intervento sono stati così definiti:

1) sensibilizzare gli operatori alla qualità del servizio;

2) acquisire metodologie di analisi della « voce degli utenti » e di gestione del miglioramento;

3) analizzare la qualità del servizio percepita dagli utenti;

4) avviare azioni di miglioramento sulle criticità individuate dall'indagine presso l'utenza.

La scoperta dell'utente

Per migliorare la qualità dei servizi sanitari è necessario innanzitutto rilevare i bisogni degli utenti per poi orientare le modalità di erogazione del servizio alla soddisfazione delle esigenze della collettività.

Con questa convinzione la direzione della U.s.l. ha individuato la necessità di realizzare un'indagine presso gli utenti al fine di acquisire una maggiore visibilità dei problemi e attivare azioni di miglioramento sulla qualità dei servizi erogati.

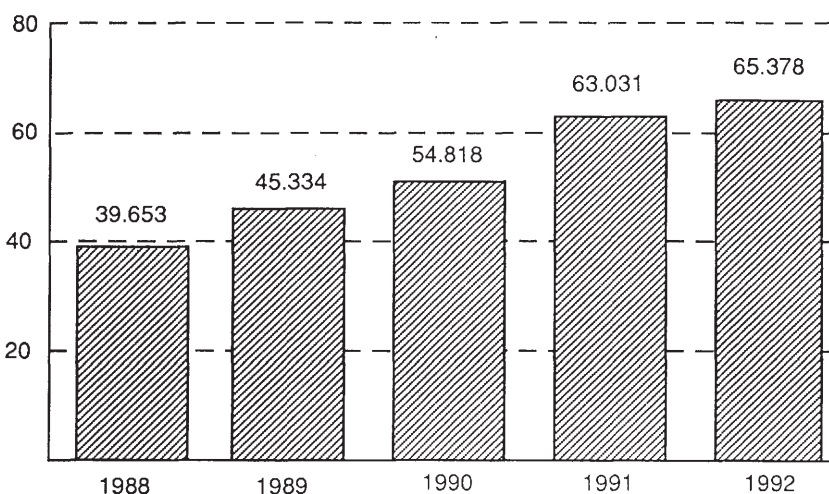
Gli obiettivi dell'indagine non erano solo di tipo conoscitivo, si è voluto attivare un canale diretto di comunicazione tra utenti e responsabili della struttura sanitaria.

I componenti la direzione della U.s.l., come si diceva, hanno partecipato attivamente alle varie fasi dell'intervento: nella definizione del campione di utenti da intervistare, nella conduzione delle interviste, nella strutturazione ed analisi delle informazioni raccolte e nell'individuazione delle priorità di intervento.

Ciò ha significato aumentare la responsabilizzazione della direzione sanitaria nel progetto e ha rappresentato un segnale forte di volontà di cambiamento sia nei confronti della cittadinanza, sia nei confronti dei dipendenti della struttura sanitaria. Si è così valorizzato il ruolo degli utenti mettendoli al centro, protagonisti di un processo di cambiamento.

Questa impostazione presuppone-

BILANCIO USL DI VIGNOLA Impegnato anni 88/92 (in milioni di lire)



va un supporto consulenziale orientato a fornire metodologie e strumenti, a trasferire un « saper fare » da utilizzare come nuova modalità di gestione.

In questa fase in particolare sono state fornite ai componenti la direzione le metodologie di selezione del campione, di conduzione dell'intervista e di trattamento delle informazioni.

Unitamente a questa analisi si è misurato il grado di soddisfazione degli utenti con una parte di questionario dove l'intervistato dava una votazione sui principali aspetti del servizio.

L'insieme di queste analisi ha consentito di individuare gli aspetti del servizio che gli utenti percepiscono come più critici.

Le informazioni raccolte dalle interviste effettuate si sono rivelate molto ricche e significative e la partecipazione dei cittadini è stata improntata alla più completa disponibilità, apertura e curiosità all'indagine.

I risultati dell'indagine

L'analisi ha evidenziato con chiarezza che la criticità di gran lunga maggiore sta nei tempi di attesa che trascorrono prima di ricevere la prestazione sanitaria, dal momento della visita presso il medico di base, a quello della prenotazione al C.u.p. (Centro unico di prenotazione), fino alla visita specialistica.

Gli utenti lamentano inoltre difficoltà a prenotare presso altre U.s.l., qualora le prestazioni non possano essere effettuate presso l'U.s.l. di appartenenza. Questa difficoltà si manifesta maggiormente per gli utenti delle zone di montagna. La struttura del C.u.p. per dimensioni, dislocazione e numero degli sportelli aperti è considerata inadeguata.

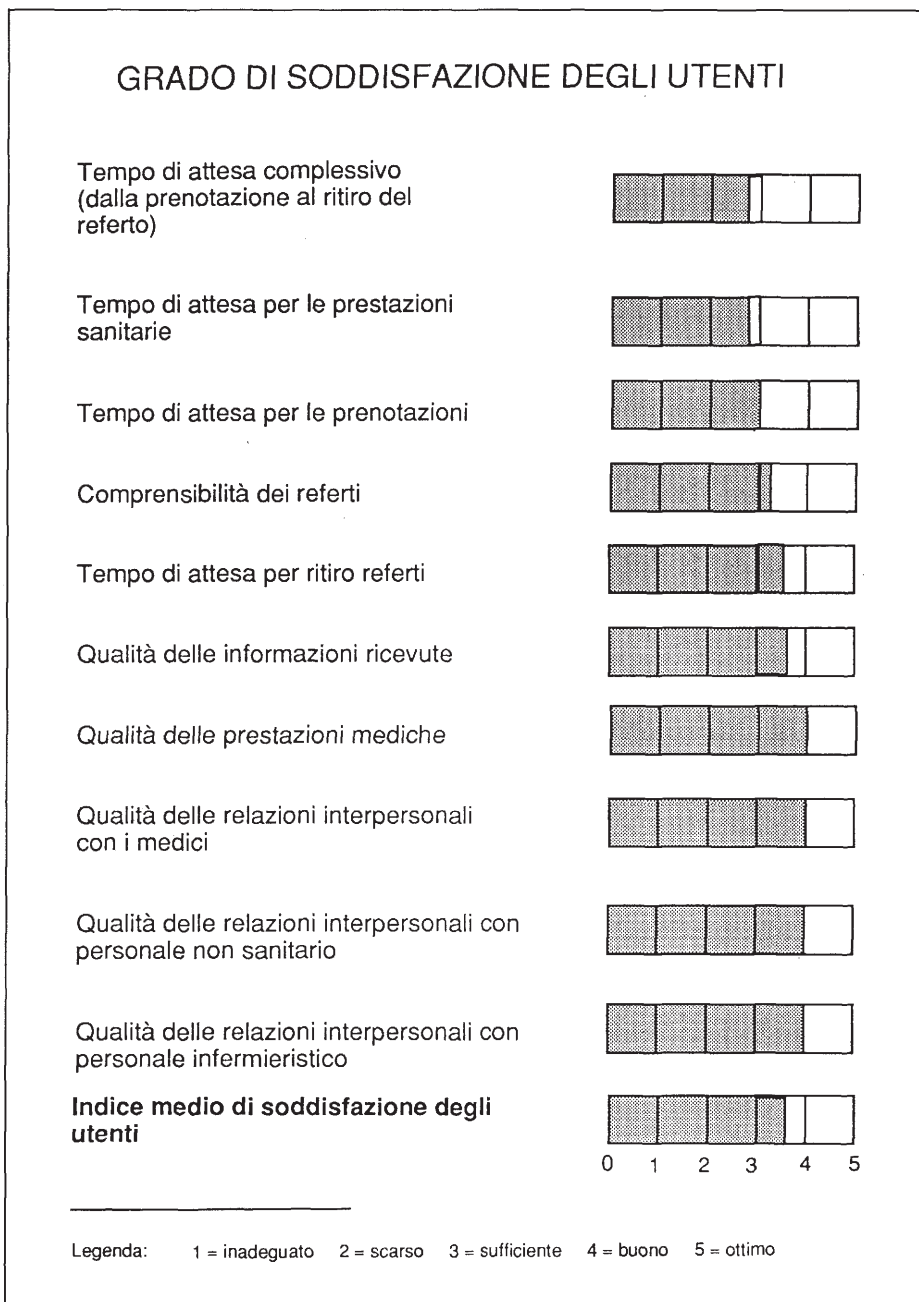
La qualità della comunicazione e dei rapporti interpersonali è valuta-

ta soddisfacente dagli utenti, anche se chiede maggiore disponibilità e precisione nelle informazioni fornite.

Le criticità che hanno registrato maggiore intensità sono di seguito elencate per evidenziare come la metodologia utilizzata consenta di innestare un processo di comunicazione tra utenti e struttura sanitaria,

primo passo per acquisire una maggiore visibilità dei problemi.

I numeri di fianco ai problemi rappresentano l'intensità della lamentela, che è stata calcolata a seguito della strutturazione delle informazioni e l'incrocio tra le frequenze registrate e il grado di soddisfazione espresso dagli utenti.



Tempi di attesa:

- gli utenti si lamentano soprattutto dei tempi di attesa lunghi tra prenotazione e prestazione sanitaria, tempi che gli utenti dicono ridursi se le prestazioni sono a pagamento;
- gli intervistati sottolineano inoltre le attese lunghe presso i locali del C.u.p. per la prenotazione delle prestazioni;
- le attese presso il poliambulatorio degli utenti prima della visita sono ritenute lunghe;
- il tempo impiegato prima della visita negli ambulatori dei medici di base è ritenuto elevato.

Strutture:

- le dimensioni dei locali del C.u.p. sono ritenute inadeguate;
- nei momenti di maggiore affluenza al C.u.p. si riscontra una forte rumorosità;
- nei locali del C.u.p. si riscontra scarsa disponibilità di posti a sedere;
- il parcheggio è ritenuto scomodo e spesso insufficiente nei momenti di punta;
- al poliambulatorio la segnaletica è ritenuta di difficile interpretazione.

Prenotazioni:

- si incontrano difficoltà nelle prenotazioni a strutture pubbliche esterne.

Rapporti con gli utenti:

- gli utenti lamentano comportamenti sbrigativi da parte degli operatori allo sportello;
- i medici specialisti hanno poca disponibilità a dare informazioni e dimostrano un atteggiamento distaccato;

— gli intervistati si lamentano dell'arrivo in ritardo dei medici specialisti rispetto agli orari fissi;

— gli orari per le visite specialistiche non tengono conto delle esigenze dei cittadini (in particolare di chi è impegnato sul lavoro);

— i referti sono considerati poco leggibili;

— al poliambulatorio le informazioni degli operatori sanitari sono ritenute scarse e insufficienti.

Per la zona di montagna i principali problemi emersi sono stati:

— gli operatori non danno informazioni adeguate;

— le visite specialistiche non si effettuano al pomeriggio e sono fissate tutte alla stessa ora creando tempi di attesa lunghi;

— si incontrano notevoli difficoltà per le prenotazioni a strutture pubbliche esterne;

— la presenza dei medici specialisti è intervallata da un lasso di tempo troppo lungo.

La misurazione e l'analisi del problema

L'analisi del livello di soddisfazione dell'utente e l'identificazione dei problemi ha costituito il punto di partenza per definire le priorità di intervento.

La direzione sanitaria sugli aspetti di servizio percepiti dagli utenti come maggiormente critici ha individuato i problemi sui quali avviare un programma di miglioramento della qualità dei servizi.

La valutazione ha comportato un esame sulla fattibilità di attuazione di un programma di miglioramento: ciò ha significato analizzare i vincoli, i tempi, le risorse da mettere in campo.

Da questa analisi sono emerse tre criticità prioritarie:

1) ridurre i tempi di attesa al momento della prenotazione al C.u.p.;

2) ridurre i tempi di attesa al poliambulatorio prima delle visite specialistiche;

3) ridurre il numero di informazioni errate date dagli operatori dei presidi della montagna agli utenti.

La direzione sanitaria ha avviato su questi tre problemi gruppi di lavoro che hanno coinvolto responsabili ed operatori con l'obiettivo di individuare soluzioni e modalità di intervento.

Uno dei problemi affrontati è stato il tempo di attesa degli utenti al C.u.p. al momento della prenotazione della prestazione sanitaria.

Il responsabile e gli operatori del C.u.p., con il supporto della consulenza, hanno realizzato una rilevazione per misurare l'attesa media degli utenti allo sportello.

Ciò ha consentito di definire un parametro di servizio e conseguentemente un obiettivo di miglioramento.

Dai dati raccolti risulta che i giorni più critici sono il martedì, il mercoledì ed il venerdì con rispettivamente 26, 23 e 23 minuti di attesa media e con alcune punte di 40-50 minuti di attesa in alcune fasce orarie.

L'obiettivo di miglioramento è stato fissato in 15 minuti di attesa media nei vari giorni della settimana (come illustrato nel grafico).

L'analisi dei fattori, come vedremo in seguito, che determinano l'allungamento dei tempi di attesa per gli utenti ha permesso di valutare la fattibilità nel raggiungimento dell'obiettivo.

Il gruppo di miglioramento ha infatti individuato le cause che determinano sprechi e allungamento dei tempi di attesa all'utenza e stimato quanto le varie cause contribuiscono a determinare il problema.

Cause che determinano sprechi di tempo:

— l'utente non sente la risposta dell'operatore perché c'è confusione nell'ambiente;

— l'operatore non sente ciò che dice l'utente perché c'è confusione nell'ambiente;

— la ricetta del medico di base non è leggibile;

— gli utenti sbagliano fila (si recano allo sportello prenotazioni mentre devono andare allo sportello di medicina di base, o viceversa);

— gli utenti che devono verificare l'urgenza si recano subito allo sportello prenotazioni senza essere passati dall'ambulatorio appropriato;

— gli specialisti (ortopedici) indirizzano gli utenti al C.u.p. senza compilare il ricettario a lettura ottica, costringendo gli utenti stessi a ritornare dopo la trascrizione del medico di base;

— gli specialisti di fisiatria fissano solo la data per l'inizio delle prestazioni, l'orario è fissato dal C.u.p., ciò determina a volte incoerenze e quindi spostamenti negli appuntamenti con perdite di tempo per gli utenti;

— l'assenza degli specialisti non sempre viene comunicata in tempo costringendo all'annullamento di alcuni appuntamenti fissati con l'utenza;

— le autorizzazioni per le ricette di terapia fisica costringono l'utente a passare due volte dal C.u.p., quando l'operazione di visto è automatica e non viene effettuato un reale controllo;

— gli utenti sono costretti a fare la fila al C.u.p., indirizzati erroneamente da altri operatori che non sono informati delle procedure che deve seguire l'utente per usufruire di prestazioni sanitarie;

— il centralino passa le chiamate senza svolgere un adeguato smistamento: il 40% delle telefonate non sono indirizzate alla persona giusta.

Lo sviluppo di un processo di miglioramento

Il gruppo di lavoro ha proposto suggerimenti e soluzioni per ridurre o eliminare i fattori che determinano sprechi di tempo all'utenza al momento delle prenotazioni specialistiche al C.u.p.

Le proposte sono state valutate in un incontro tra gruppo di lavoro e direzione sanitaria ed è stato definito in quella sede un programma per l'attuazione delle soluzioni (come evidenziato nello schema).

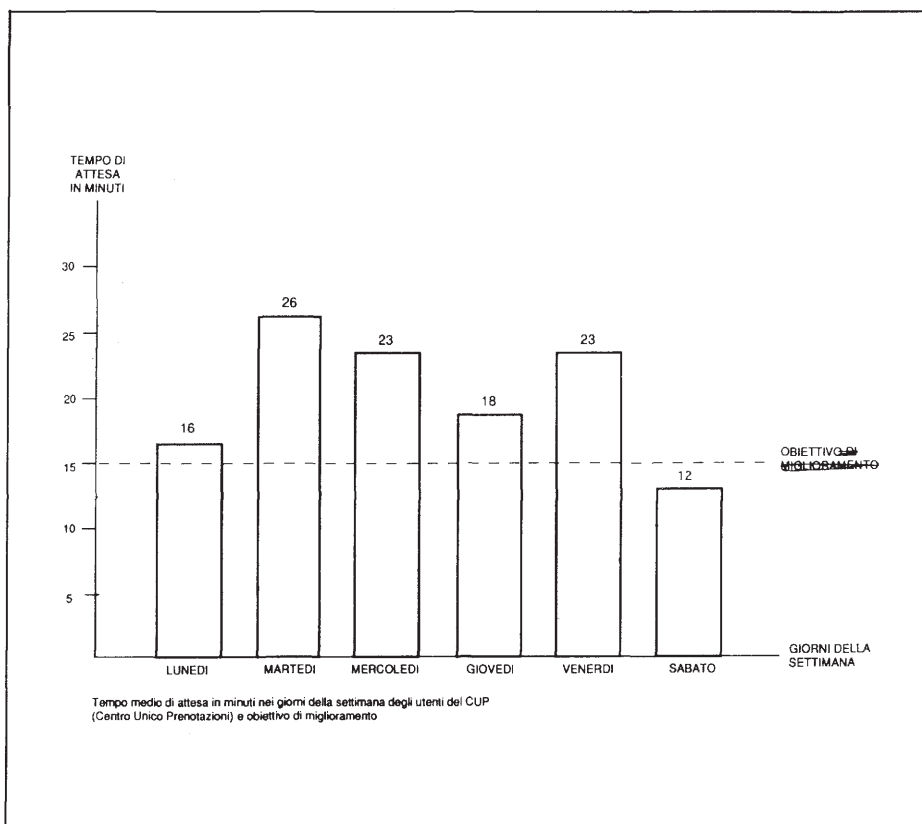
Le soluzioni proposte sono state valutate attraverso una griglia di analisi del tipo costi-benefici, allo scopo di individuare le soluzioni più efficaci per l'utenza ed efficienti per l'organizzazione aziendale.

Entro il mese di marzo 1993 sarà effettuata una verifica per valutare il raggiungimento dell'obiettivo.

L'impegno diretto dei componenti la direzione dell'U.s.l. nell'implementazione delle azioni di miglioramento rappresenta un segnale chiaro di cambiamento nell'indirizzare la struttura ad un maggior orientamento alla soddisfazione delle esigenze degli utenti.

Congiuntamente il coinvolgimento del personale nell'analisi del problema e nella formulazione delle soluzioni ha accresciuto la partecipazione e la motivazione, componenti essenziali per migliorare la qualità delle relazioni all'interno e verso l'utenza.

Il personale di contatto è quello che meglio conosce l'utente (aspettative, bisogni, lamentele), pertanto è una risorsa preziosa per l'enorme quantità di informazioni e soluzioni che può proporre.



Programma di attuazione delle soluzioni per ridurre i tempi di attesa degli utenti al Centro unico prenotazioni (C.u.p.)

Problema	Soluzioni	Funzioni	Azioni	Tempo di attivaz.
C'è confusione negli ambienti del C.u.p.	Installazione di un sistema di ordinamento degli utenti in attesa al C.u.p. con distributore numeri e display	— Resp. servizi C.u.p.	— Contattare ditte specializzate — Valutazione delle offerte — Assegnazione lavori — Realizzazione	Entro 30/10/1992
La ricetta del medico di base è di difficile lettura	Comunicazione ai medici di base per redigere le ricette in modo leggibile	— Coordinatore sanitario — Resp. poliambulatorio	— Stesura di una lettera da inviare ai medici di base	Entro 31/10/1992
Gli utenti sbagliano sportelli e/o ambulatori	Segnaletica che indica la dislocazione degli sportelli e ambulatori al C.u.p. e al poliambulatorio più chiara per l'utente	— Direttore sanitario — Resp. poliambulatorio — Resp. C.u.p.	— Definizione esigenze — Contattare ditte specializzate — Valutazione dei progetti — Assegnazione lavori — Realizzazione	Entro 30/9/1992
Gli utenti non sono informati delle procedure da seguire per usufruire dei servizi	Comunicazione ai medici di base su <i>iter</i> che devono seguire gli utenti per le diverse prestazioni sanitarie	— Coordinatore sanitario — Resp. poliambulatorio	— Informative scritte da inviare ai medici di base	Entro 31/8/1992
Gli utenti non sono informati delle procedure da seguire per usufruire dei servizi	Istituzione di un servizio informazioni all'utenza	— Resp. amministrativo servizio ass. ospedaliera	— Studio e definizione di un'ipotesi per l'istituzione di un servizio informazioni — Presentazione, valutazione e attuazione	Entro 15/12/1992
Gli specialisti non compilano il ricettario a lettura ottica	Utilizzazione del ricettario a lettura ottica da parte degli specialisti dipendenti dell'U.s.l.	— Direttore sanitario	— Adozione di provvedimenti in caso di non utilizzo del ricettario a lettura ottica	A partire dal 3/8/1992
Gli specialisti fissano la data e non l'orario delle prestazioni determinando disagio	Gli specialisti di fisioterapia fissano con l'utente sia data che orario di inizio terapia	— Coordinatore sanitario — Resp. C.u.p.	— Impostazione con lo specialista dell'organizzazione degli appuntamenti per le visite	Entro 31/7/1992
Le autorizzazioni per le ricette di terapia fisica costringono l'utente a passare due volte al C.u.p.	Le autorizzazioni per le prestazioni di terapia fisica vengono rilasciate con visita del paziente o in alternativa viene fissato direttamente l'appuntamento con l'utente	— Coordinatore sanitario — Resp. amministrativo servizio ass. ospedaliera	— Studio del problema — Presentazione di proposte di attuazione, valutazione e realizzazione	Entro 30/9/1992
Gli utenti sono indirizzati dagli operatori in modo erroneo ai vari uffici, sportelli e ambulatori	Formazione/informazione a tutti gli operatori sulle modalità che l'utente deve seguire per usufruire delle prestazioni sanitarie	— Coordinatore sanitario — Capo servizio personale	— Definizione di un calendario di incontri informativi con i capi servizio — I capi servizio trasmettono le informazioni ai loro collaboratori	Entro 30/9/1992
		— Resp. formaz. del personale	— Predisposizione e realizzazione di un programma formativo per gli operatori sugli <i>iter</i> che devono seguire gli utenti per le prestazioni dell'U.s.l.	Entro I trim. 1993
		— Capo servizio personale	— Realizzazione di una nuova guida ai servizi sanitari	Entro 15/12/1992
Il centralino telefonico passa chiamate senza svolgere un adeguato smistamento	Formazione/informazione agli operatori del centralino telefonico sull'individuazione degli uffici competenti	— Coordinatore sanitario — Resp. ammin. servizio ass. ospedaliera	— Incontri formativi con gli operatori del centralino sulle modalità di smistamento delle telefonate agli uffici competenti	Entro 15/12/1992
	Riorganizzazione del servizio di centralino telefonico	— Resp. ammin. servizio ass. ospedaliera — Capo servizio personale economo	— Definizione dell'assetto organizzativo e di composizione dell'organico del servizio di centralino telefonico	Entro 15/12/1992

La gestione dei processi di miglioramento è sicuramente un passaggio obbligato per costruire un sistema di servizi sanitari orientato alla soddisfazione dell'utente e all'efficienza organizzativa. L'esperienza realizzata è sicuramente un primo passo, ma è ancora molta la strada da percorrere.

Nel caso analizzato, come in altre esperienze, i fattori critici di successo non sono tanto nella fase di introduzione ma quanto in quelle di mantenimento.

Infatti con buona probabilità si raggiungeranno gli obiettivi prefissati; è a questo punto che la fase di sperimentazione deve trasformarsi in un nuovo sistema di gestione.

Per avviare un reale processo di cambiamento sono necessarie alcune condizioni:

1) la direzione deve credere nella gestione del miglioramento come modalità per offrire servizi efficaci con un'organizzazione efficiente;

2) la direzione deve definire i ruoli e i compiti delle persone nella gestione del miglioramento;

3) la direzione deve dare strumenti operativi alle persone per gestire il miglioramento;

4) la direzione deve monitorare la qualità del servizio e deve fissare gli obiettivi prioritari che a cascata vanno dettagliati per i vari livelli dell'organizzazione.

Nei prossimi mesi, una volta verificati i risultati del lavoro, sarà determinante lo sforzo per costruire le condizioni che consentano di realizzare un nuovo sistema di gestione orientato alla soddisfazione dell'utente.

L'introduzione di un processo di miglioramento della qualità del servizio consente inoltre di collegare i risultati raggiunti ad un sistema di incentivazione economica aziendale, dando un supporto concreto per la valutazione delle prestazioni.

Troppo spesso nell'attuale sistema si cercano gli obiettivi per giustificare delle erogazioni consolidate nel tempo. Tale situazione ha fatto sì che l'attuale istituto dell'incentivazione sia nella sostanza giunto al capolinea.

Il modo di riorientare la struttura aziendale al « servizio » e rigenerare un istituto è quello di collegare le prestazioni individuali e di gruppo ad obiettivi definiti, a risultati misurabili e che soddisfino le esigenze dell'utente.

QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE DELL'UTENTE

Tipologia utente (età, sesso, professione, comune di residenza, n. prestazioni nell'ultimo anno).

CUP

Quali sono i principali problemi incontrati al momento della prenotazione al CUP? (tempi di attesa, rapporto con gli operatori, informazioni ricevute, struttura e locali del CUP circa l'accessibilità, la segnaletica, lo spazio dei locali, ecc.).

Quali sono i suggerimenti per migliorare il servizio di prenotazione del CUP?

PRESTAZIONI SANITARIE

Quali sono i principali problemi incontrati relativamente alle prestazioni sanitarie? (tempi di attesa, rapporto con gli operatori, prestazione sanitaria, informazioni ricevute, struttura e locali).

Quali sono i suggerimenti per migliorare il servizio relativo alle prestazioni sanitarie?

REFERTO

Quali sono i problemi riscontrati nel ritiro dei referti e quali i suggerimenti per migliorare questo servizio?

MEDICO DI BASE

Nel rapporto con il medico di base in relazione ad una richiesta di prestazioni sanitarie presso il CUP si sono riscontrati problemi? (specificare quali ed eventuali suggerimenti da proporre).

STRUTTURE ESTERNE

Problemi e vantaggi incontrati nelle strutture esterne (sia pubbliche che private) convenzionate con la U.s.l. per le prestazioni sanitarie.

GRADO DI SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO DELL'U.S.L. 19

Qualità delle prestazioni mediche	1	2	3	4	5
Qualità delle relazioni interpersonali:					
— con i medici	1	2	3	4	5
— con il personale infermieristico	1	2	3	4	5
— con altro personale	1	2	3	4	5
Qualità delle informazioni ricevute - Tempi di attesa:					
— prenotazioni	1	2	3	4	5
— prestazioni sanitarie	1	2	3	4	5
— ritiro dei referti	1	2	3	4	5
Tempo impiegato dalla prenotazione al ritiro del referto	1	2	3	4	5
Comprensibilità dei referti	1	2	3	4	5

1 = inadeguata 2 = scarsa 3 = sufficiente 4 = buona 5 = ottima

Notizie dal mondo

Sezione 4^a

LA SANITÀ IN POLONIA

di Katarzyna Tymowska e Marian Wisniewski*

traduzione a cura di Rosanna Tarricone

SOMMARIO: Le politiche del sistema sanitario alla ricerca di nuovi sentieri di sviluppo - Perché i cambiamenti sono indispensabili - Cosa bisogna fare - Barriere al cambiamento.

Le politiche del sistema sanitario alla ricerca di nuovi sentieri di sviluppo

Il sistema sanitario polacco è stato spesso oggetto di critiche per la sua incapacità di soddisfare i bisogni della popolazione.

Le critiche sono state rivolte a diversi aspetti del sistema nel corso del tempo e con l'avvicinarsi dei dirigenti politici nell'ambito del sistema sanitario e delle istituzioni che rappresentano i loro interessi.

Recentemente il potere della classe medica è notevolmente aumentato. Due sono le cause principali: il prestigio della professione, che ha permesso ai medici di rappresentare in Parlamento i bisogni sanitari della popolazione, e il riconoscimento dell'autonomia professionale nel 1989 (che era stata abolita nei primi anni '50). I medici sono obbligati ad appartenere alla cosiddetta « Camera dei medici ».

Le funzioni manageriali del Ministero della sanità sono affidate soprattutto a medici; questi ultimi ricoprono i ruoli direzionali nelle Unità sanitarie regionali e nelle clini-

che. Infatti, nonostante sia stata recentemente approvata una legge che permette di affidare a non-medici le funzioni manageriali della sanità, sono quasi sempre i medici i vincitori dei concorsi per simili incarichi. A causa del ruolo particolare dei medici, il dibattito sulla riforma è centrato sui problemi di reperibilità dei mezzi finanziari per coprire i costi sanitari e gli oneri finanziari che gravano sui redditi dei lavoratori dipendenti. La ricerca di soluzioni ai problemi di raccolta e riallocazione dei mezzi finanziari risulta molto difficile se lasciata al libero arbitrio dei medici. Dalla seconda guerra mondiale la politica sanitaria del Governo è stata giudicata negativamente. Ciò ha accresciuto la riluttanza del Governo ad intervenire nel settore sanitario. Attualmente i liberali, in virtù del maggior potere acquisito con il Governo del primo ministro Bielecki, si schierano a favore della privatizzazione e dell'estensione del libero mercato anche al settore sanitario.

Gli utenti del servizio sanitario polacco non hanno ancora la possibilità di esprimere le loro esigenze per

la mancanza di adeguati canali istituzionali. Non esistono associazioni di consumatori e le organizzazioni volontarie degli ammalati non hanno voce in capitolo. Non è escluso comunque che in futuro sarà possibile dare rilevanza politica alle associazioni per la tutela del malato.

In risposta al crescente malcontento per le prestazioni del servizio sanitario polacco sono state create commissioni governative e non governative per lo studio di progetti di riforma sanitaria. Tuttavia le istituzioni create *ad hoc* e i nuovi regolamenti non hanno apportato nessun miglioramento significativo nel sistema sanitario e neppure nelle posizioni dei diversi attori del sistema e nelle loro interrelazioni.

Verso la fine del 1990 il Consiglio dei ministri ha accettato un pacchetto di proposte di riforma presentato dal Ministero della sanità (Ministerstwo 1990a). Nonostante ciò, non è

* Katarzyna Tymowska e Marian Wisniewski* sono membri del Polish Policy Research Group e professori associati al Dipartimento di economia politica dell'Università di Varsavia.

stato ancora completato nei dettagli e la stesura del disegno di legge è ancora nella fase iniziale. Il Governo del precedente primo ministro Mazowiecki ha stabilito i principi generali della politica sanitaria da seguire in Polonia sulle orme del programma « salute per tutti » promosso dall'Organizzazione mondiale della sanità (Ministerstwo 1990b).

È necessaria una nuova struttura giuridica per permettere l'introduzione di un nuovo programma sanitario nazionale che ponga l'accento non solo sulla cura della malattia ma anche sulla tutela della salute. Studi in questa direzione sono in corso ma non hanno ancora raggiunto livelli avanzati. Il modello futuro del sistema sanitario è ancora del tutto indeterminato.

Al sistema sanitario polacco non viene attribuita una grande rilevanza politica, infatti non se ne parla neanche durante le campagne elettorali per le elezioni politiche e/o amministrative. Negli ultimi tempi, esso non ha sollevato polemiche tali da mettere in pericolo la stabilità politica. Il Paese è in attesa di riforme, ma finora i lievi cambiamenti del sistema di retribuzione e l'indicizzazione dei salari erogati dal bilancio statale hanno messo in sordina le rivendicazioni economiche.

Perché i cambiamenti sono indispensabili

L'insoddisfazione diffusa per l'attuale sistema sanitario non colpisce specifici aspetti del sistema stesso rendendo difficile la scelta della direzione che le politiche di cambiamento devono seguire. Prima di dare il via a qualsiasi processo di cambiamento è necessario conoscere cosa deve essere trasformato e cosa ci si aspetta dai cambiamenti. In un secondo momento l'indagine deve mirare a scoprire se l'eliminazione del-

le imperfezioni produce effettivamente dei cambiamenti nel sistema e se tali cambiamenti assicurino il raggiungimento degli obiettivi desiderati (efficienza, efficacia, equità, sviluppo delle infrastrutture).

Le principali deficienze del sistema sanitario sono state indicate dagli utenti del servizio nelle: barriere organizzative (Unità sanitarie regionali); lunghe liste d'attesa; scarsità dei medicinali, delle attrezzature, delle apparecchiature; rapporti umani insoddisfacenti con i medici e con gli altri operatori sanitari.

In Polonia la quota dell'intervento finanziario pubblico nel sistema sanitario è del 90% anche se in realtà è notevolmente superiore poiché tutte le spese che non trovano una collocazione predefinita non sono registrate, senza contare poi il fatto che molte prestazioni sono fornite al di fuori del sistema statale.

Il malcontento è principalmente dovuto al fatto che gli utenti sono costretti a pagare alcuni servizi sanitari nonostante la Costituzione sancisca il diritto alla gratuità delle cure sanitarie.

Per gli operatori sanitari le più importanti deficienze del sistema sono rappresentate: dalla insufficienza delle risorse finanziarie destinate al settore sanitario, dai bassi salari (il salario medio dei medici è appena al di sopra del salario medio delle altre categorie professionali operanti nei diversi settori economici ma il salario medio degli altri operatori sanitari è notevolmente inferiore), dalla politica retributiva completamente sganciata dagli indici di produttività del lavoro, dall'autonomia limitata dei medici e delle istituzioni sanitarie, dai vincoli burocratici, dall'accentramento decisionale a livello statale, dall'eccessiva ingerenza dello Stato anche riguardo alla riallocazione delle entrate tributarie acquisite al bilancio dello Stato a favore del settore sanitario.

Le spese del sistema sanitario nel 1989 ammontavano al 5,7% del P.n.l.

Per far fronte esclusivamente alle esigenze delle categorie sopracitate, le riforme del sistema sanitario dovrebbero prevedere maggiori spese (in particolare per i salari) al fine di poter garantire ai pazienti la libera scelta del medico, una più grande disponibilità di servizi ad alta specializzazione e ad alto costo e permettere, inoltre, l'autonomia delle istituzioni sanitarie e l'introduzione di pratiche private su vasta scala (pur mantenendo la garanzia delle risorse pubbliche). Tuttavia, tale riforma aggiungerebbe altri problemi di ardua soluzione.

Il sistema sanitario richiede l'applicazione di profondi cambiamenti scaglionati su un lungo periodo di tempo. È improbabile che l'attuale sistema, specialmente vista l'insufficienza delle risorse pubbliche e private, possa apportare degli sviluppi nei servizi sanitari.

Quanto alle risorse del settore sanitario (personale sanitario, posti letto, ecc.) la Polonia si colloca nella fascia medio-bassa dei Paesi dell'O.c.s.e. (Banca mondiale, 1990) anche se le strutture sono vecchissime ed affollate e le attrezzature tecnologiche inadeguate.

L'arretratezza delle strutture esterne è una delle ragioni della forte pressione esercitata sugli ospedali e una delle cause del profondo divario tra le aspettative della società e l'offerta reale di servizi sanitari.

La determinazione dei trasferimenti statali a favore del settore sanitario avviene sulla base di una formula allocativa inadeguata che non riesce cioè a perequare le dotazioni strutturali del servizio sanitario all'interno del Paese.

I programmi di retribuzione e le misure intese a migliorare l'immagine del sistema hanno incoraggiato il diffondersi di specializzazioni più precise.

Il lavoro presso le strutture sanitarie ambulatoriali è privo d'attrattiva, demotivante, malgrado gli incentivi (premi e opzione d'acquisto per l'automobile). I programmi di studio universitari e di specializzazione sono inadeguati alla formazione del medico generico o del medico di famiglia e la mancanza di appropriati sistemi informativi, come di adeguate professionalità, rende difficile l'introduzione di pratiche manageriali.

Le risorse finanziarie e non del settore sanitario sono gestite in maniera inefficiente e gli incentivi per la promozione dell'efficienza e della qualità delle prestazioni erogate sono quasi inesistenti. Malgrado le dichiarazioni di intenti ripetute per diversi anni e malgrado la centralizzazione delle decisioni in materia finanziaria l'uguaglianza delle opportunità di accesso ai servizi sanitari è un diritto non ancora rispettato.

I cambiamenti demografici hanno causato altri problemi.

L'aumento della percentuale di popolazione anziana sul totale della popolazione e l'allargamento della sfera dei bisogni sanitari hanno provocato un aumento della spesa sanitaria. La spesa pubblica necessaria per la stabilizzazione economica del Paese agirà da contrappeso rispetto alla pressione politica per l'aumento della spesa sanitaria. La privatizzazione delle imprese statali e il peggioramento delle loro condizioni economiche assorbiranno parte delle risorse finanziarie destinate al sistema sanitario pubblico.

In Polonia circa il 10% della spesa sanitaria è stanziato nel bilancio dei ministeri (a prescindere dal Ministero della sanità) e nelle imprese statali. Queste ultime finanziano direttamente non solo la medicina del lavoro ma coprono anche i costi sostenuti dai propri dipendenti e dalle loro famiglie per le cure mediche tradizionali. Le spese della cura fanno

parte infatti dei costi operativi delle imprese. L'eliminazione dei sussidi a favore di quei settori industriali che sovvenzionano il sistema sanitario, così come i cambiamenti nei tassi di cambio hanno aumentato i costi sanitari che continueranno ad aumentare anche nel futuro. Ne sono un esempio i prodotti farmaceutici e le attrezzature sanitarie. L'aumento dei prezzi di questi prodotti infatti, è stata la causa dell'aumento della spesa pubblica nel 1989 e nel 1990. La diminuzione del valore reale dei redditi e l'aumento dei costi dei servizi sanitari privati (a causa dell'aumento dei canoni d'affitto per esempio) porteranno ad un restringimento della domanda da parte dei singoli utenti di servizi sanitari privati (le assicurazioni private sanitarie sono ancora agli inizi). La conseguenza sarà un aumento della domanda di servizi sanitari sul mercato nero e/o un aumento della domanda di servizi sanitari a basso prezzo del mercato privato convenzionato.

Cosa bisogna fare

Secondo la nostra opinione è necessario ridisegnare i rapporti attualmente squilibrati dei diversi attori del sistema sanitario e cioè dell'utente, del finanziatore e del fornitore.

L'utente

In Polonia quasi il 99% della popolazione ha diritto alla gratuità delle cure sanitarie e, nonostante tale diritto faccia parte delle garanzie costituzionali, esistono diverse leggi che lo disciplinano. Più precisamente le categorie che hanno il diritto alla gratuità del servizio sanitario sono i lavoratori dipendenti, gli agricoltori, i sacerdoti, i poliziotti, i ferrovieri e coloro che percepiscono la pensione di vecchiaia. La gamma dei servi-

zi sanitari offerti gratuitamente non è in alcun modo collegata allo stanziamento delle risorse finanziarie per il settore sanitario nel bilancio dello Stato e ciò causa gravi squilibri nel bilancio dello Stato e delude le aspettative degli utenti (Golinowska, Tymowska, Włodarczyk, 1989).

L'erogazione gratuita, o a costi bassi, dei servizi sanitari, se ha eliminato le barriere economiche d'accesso ai servizi stessi non ne ha garantito l'uguale distribuzione. Alcuni gruppi sociali, circa il 15 per cento della popolazione, tra cui i lavoratori dell'industria mineraria, i ferrovieri, i poliziotti, i militari, i dipendenti del Ministero degli interni e dell'amministrazione centrale e i lavoratori delle grosse fabbriche (soprattutto dell'industria pesante) hanno accesso non solo al servizio sanitario pubblico ma anche a speciali servizi sanitari erogati dalle istituzioni e dalle imprese in cui lavorano attraverso strutture di loro proprietà meglio attrezzate rispetto a quelle pubbliche. Senza contare che questi gruppi sociali godono di altri privilegi, come l'acquisto di farmaci a prezzi più bassi (questo privilegio è stato parzialmente abolito nel novembre del 1991). Il problema a questo punto non è solo etico (disparità di accesso ai servizi sanitari e differenze nella qualità dei servizi sanitari) ma anche economico.

Per molti anni la proposta di erogare i servizi e le prestazioni sanitarie a pagamento, anche solo parziale, è stata criticata, ma recentemente si è cambiato atteggiamento e durante un'indagine condotta dal G.u.s. una persona su tre era a favore del pagamento dei servizi sanitari. Ciononostante, l'impressione è che questo atteggiamento confermi solo la volontà di pagare piuttosto che la reale capacità di farlo.

Gli onorari dei medici che operano al di fuori delle strutture pubbliche erano bassi e il prezzo dei servi-

zi sanitari erogati non riusciva a coprire il costo pieno dei servizi stessi. Per questo motivo i medici del settore privato non facevano altro che indirizzare i loro pazienti alle strutture pubbliche. Malgrado il numero ristretto di medici che lavorano al di fuori del sistema sanitario pubblico, il 30% delle persone che hanno richiesto una visita medica nel 1989, soprattutto ginecologica, cardiologica e stomatologica, si è rivolto ai medici del settore privato. I pazienti che preferiscono rivolgersi al settore sanitario privato appartengono generalmente alle classi sociali ed economiche più alte (se come variabili discriminanti si prendono in considerazione il livello dell'istruzione e il reddito).

Ai medici generici è stato attribuito nella prassi un ruolo di second'ordine senza tenere in giusta considerazione la rilevanza che la loro funzione assume all'interno di un'organizzazione sanitaria complessa qual è il servizio sanitario pubblico. I medici generici o di base infatti, in virtù del rapporto di fiducia che dovrebbero instaurare con i pazienti, hanno il dovere di gestire l'intera organizzazione sanitaria per conto del paziente nel rispetto dell'etica professionale e dei vincoli di bilancio del sistema sanitario di cui fanno parte. Al contrario, il ruolo limitato che attualmente assumono i medici generici e la mancanza di forme di compartecipazioni alla spesa sanitaria da parte degli utenti portano a comportamenti scorretti e agli abusi. Infatti, la mancanza di medici di famiglia induce ad abusare dei servizi d'emergenza prestati dalle ambulanze, le lunghe liste d'attesa per ottenere una visita specialistica inducono ad abusare dei servizi d'emergenza ospedalieri e l'impossibilità di scegliere un medico che assicuri la continuità della cura rende i rapporti tra medico e paziente privi di fiducia e spinge alla ricerca di un

secondo medico per una seconda ulteriore diagnosi. Il numero esiguo di ospedali per lungodegenti e la totale mancanza di day-hospital rendono gli ospedali superaffollati. Per cambiare gli atteggiamenti degli utenti al fine di evitare gli abusi e di aumentare il livello di efficienza è necessario agire non solo sul lato della domanda ma anche su quello dell'offerta dei servizi sanitari. Anche i fornitori, insieme agli utenti, hanno bisogno di essere rieducati.

La domanda di servizi sanitari è caratterizzata dall'ignoranza del consumatore, tanto che è possibile affermare che non esiste una domanda di servizi sanitari bensì una domanda di informazioni sul proprio stato di salute (ndt). Resta il fatto che in Polonia l'ignoranza del consumatore è ancora più accentuata, gli utenti non hanno alcun potere e non esistono (o sono rarissime) istituzioni che rappresentino i loro interessi. La pubblicità delle informazioni sulla qualità dei servizi sanitari erogati da determinate strutture piuttosto che da un medico in particolare sono del tutto inconsuete. Le uniche informazioni facilmente reperibili sono quelle che si possono ottenere per « sentito dire ». Senza queste informazioni è inutile concedere agli utenti il diritto di libera scelta del medico dato che sono privi anche delle più elementari garanzie.

Il finanziatore

In Polonia il ruolo del finanziatore si traduce nell'espletamento di diverse funzioni che comunque fanno capo ad una sola istituzione.

Il Ministero della sanità e le autorità sanitarie locali hanno infatti il compito di allocare le risorse stanziare in bilancio, sono responsabili della politica sanitaria e della gestione dei processi di produzione/erogazione dei servizi sanitari delle unità

sanitarie, rappresentano i datori di lavoro del personale sanitario che opera nelle strutture pubbliche e decidono dell'istituzione di nuove strutture sanitarie.

La centralizzazione di funzioni molto differenti tra loro ad un solo livello organizzativo rende burocratico lo stile di lavoro.

In secondo luogo, la presenza massiccia di medici ai livelli manageriali influenza il processo decisionale a favore degli interessi della categoria. Per questi motivi la politica sanitaria tende sempre più ad identificarsi con lo sviluppo delle strutture sanitarie rafforzando il potere di alcune categorie professionali — è il caso dei clinici — che si avvantaggiano della favorevole allocazione delle risorse.

I medici accettano di buon grado gli incarichi professionali che esulano dal loro specifico campo d'origine non solo per i vantaggi economici e per una sorta di sviluppo professionale, ma anche nella speranza di difendersi dalle decisioni politiche di coloro che non condividono la loro etica professionale.

D'altra parte le relazioni che intercorrono tra gli operatori del servizio sanitario pubblico e il datore di lavoro — lo Stato — sono burocratiche e soggette a controlli amministrativi. Una simile organizzazione non può quindi gestire i processi di allocazione e di utilizzo delle risorse con un'ottica manageriale. L'allocazione delle risorse destinate allo sviluppo programmato del settore sanitario si fonda infatti sulla considerazione di indici espressi dal numero di posti letto ospedalieri, di cliniche, di medici, di infermieri, di visite mediche, escludendo del tutto la considerazione del livello di efficienza della gestione del processo di produzione/erogazione dei servizi sanitari. In secondo luogo la mancanza di barriere economiche all'accesso (per esempio i ticket) ai servizi sanitari

ha completamente deresponsabilizzato gli utenti e ha incoraggiato gli sprechi e gli abusi.

La riforma sanitaria deve partire dalla disaggregazione delle diverse funzioni, attualmente gestite in un'ottica unitaria, e ridare così l'originario valore al ruolo del finanziatore, cioè la piena responsabilità sulle risorse finanziarie a disposizione e il controllo dei processi di erogazione dei servizi sanitari da lui acquistati a favore degli utenti. A sua volta l'operato del finanziatore deve essere costantemente controllato da chi ha in effetti contribuito al finanziamento. È ovvio che queste funzioni richiedono un grado di sviluppo professionale che solo i managers — e non i medici — possiedono.

L'introduzione di questi cambiamenti può risultare difficile soprattutto perché danneggerebbe l'incontrastato potere di alcuni particolari gruppi di interesse.

La legge sulle autonomie locali, approvata dal Parlamento nel 1990, prevede la possibilità per le comunità locali di essere completamente autonome e responsabili di fronte ai cittadini locali in materia sanitaria. La legge prevede inoltre la possibilità per le singole autonomie locali (troppo piccole per sviluppare singolarmente una politica sanitaria) di riunirsi in associazioni responsabili dei trasferimenti del Ministero della sanità a favore delle strutture sanitarie nazionali o dei trasferimenti delle autorità distrettuali a favore di strutture sanitarie distrettuali. Ciononostante queste associazioni sono di lenta formazione soprattutto a causa della mancanza di professionalità all'interno delle autonomie locali, riluttanti ad accettare grosse responsabilità.

Il fornitore

In Polonia, secondo la dottrina

prevalente della politica economica, il fornitore dei servizi sanitari è considerato un semplice centro di spesa delle risorse finanziarie dello stato socialista più che un produttore di servizi. Avendo assunto le strutture di erogazione dei servizi sanitari come centri di spesa e non centri di produzione si è pensato di ignorare la determinazione dei costi di produzione dei servizi sanitari e l'analisi delle caratteristiche peculiari del sistema sanitario.

Chi lavora nelle strutture di offerta dei servizi sanitari è un impiegato statale privo di autonomia professionale. Né le strutture né chi ci lavora sono responsabili della gestione economico-finanziaria dei processi di erogazione dei servizi sanitari. Ciononostante queste strutture risultano in qualche modo interessanti. Infatti ai bassi salari percepiti da chi ci lavora corrisponde una bassa domanda di lavoro che dà la possibilità agli impiegati di ricoprire altre qualifiche professionali, seppure part-time, al di fuori del loro posto di lavoro. Włodarczyk (1987) ha dichiarato giustamente che le strutture di erogazione dei servizi sanitari si stavano evolvendo solo da un punto di vista etico e non economico. Il controllo sui costi è stato sostituito dal controllo sulla spesa e dall'adozione (imperfetta) del sistema budgetario. L'assenza di criteri oggettivi di allocazione delle risorse destinate al servizio sanitario ha lasciato il posto alla contrattazione politica: lo sfondamento del plafond non è stato infrequente!

Il principale strumento di controllo finanziario adottato era ed è il limite di spesa o il vincolo di destinazione dei trasferimenti erogati a favore di specifiche aree di attività. Ma in mancanza di altri strumenti operativi la gestione delle risorse è risultata e risulta tuttora inefficiente. A tutto ciò si aggiunga la scarsa chiarezza delle fonti di finanziamen-

to, soprattutto per quanto riguarda l'erogazione dei servizi sanitari di alcuni ministeri e le prestazioni della medicina del lavoro.

Il controllo della qualità delle prestazioni sanitarie era basato in parte su criteri medici, ma spesso seguiva pratiche burocratiche che generalmente fallivano l'obiettivo che si voleva raggiungere.

Il medico non ha autonomia professionale se non quando opera privatamente e fino a non molto tempo fa era costretto ad affiancare alla libera professione quella svolta presso le strutture statali. Questa situazione comportava degli svantaggi e dei vantaggi. Per quanto riguarda i primi il medico era soggetto ai controlli burocratici indiretti e alla perdita dell'autonomia professionale. I vantaggi includevano l'uso abusivo delle strutture sanitarie pubbliche evitando così le liste d'attesa e la possibilità di scegliere il proprio medico curante. In Polonia, infatti, solo una piccola percentuale della popolazione ha il diritto di scegliere il proprio medico.

Riassumendo l'analisi svolta sui principali attori del sistema sanitario (l'utente, il finanziatore e il fornitore) si deduce che i punti fondamentali su cui deve ruotare il processo di riforma sono i seguenti:

— in primo luogo è necessario chiarire quali sono i diritti, i doveri e le funzioni dei diversi attori del sistema sanitario. Al fine di procedere con maggiore chiarezza bisogna delineare quali sono i servizi sanitari che spettano di diritto agli utenti. I fornitori dei servizi e delle prestazioni sanitarie devono essere obbligati per contratto ad erogare i servizi stessi. Questo significa che dovrà esistere una legge che disciplini il contratto sociale o l'assicurazione sociale (si veda per esempio Golinowska, Timowska, Włodarczyk, 1989). In base a questo contratto i cittadini di una determinata

area, in caso di malattia, devono avere l'accesso garantito a diversi servizi sanitari e il finanziatore dei servizi in questione potrà operare una scelta tra questi ultimi in base all'analisi costi-benefici. Tuttavia per raggiungere una simile situazione bisogna eliminare gli ostacoli e le barriere che attualmente impediscono il processo di riforma. In particolare bisogna agire sulle categorie professionali mediche che desiderano maggiormente il mercato privato al contratto sociale, sull'istituzione di una forma di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) e sulla concessione del diritto di libera scelta del medico e della struttura sanitaria a tutti i cittadini;

— in secondo luogo bisogna introdurre una nuova figura istituzionale nel sistema sanitario: il manager, cioè il responsabile della gestione delle risorse destinate al settore sanitario sia a livello regionale sia all'interno delle singole strutture ed istituzioni sanitarie.

Gli operatori della sanità devono essere motivati a gestire efficientemente le risorse di cui dispongono anche attraverso premi di produttività del lavoro.

Due strumenti devono necessariamente essere implementati: il controllo di gestione e il controllo della qualità.

Senza questi gli interessi degli utenti e la gestione del denaro pubblico non saranno mai completamente garantiti. La condizione per introdurre questi strumenti sta nel proporre programmi adeguati e capaci di promuovere la partecipazione attiva dello Stato e delle professioni mediche. Questi programmi cioè devono avere valenza positiva (per esempio l'introduzione nel sistema sanitario di nuove tecnologie mediche) per coinvolgere le categorie interessate e per prevenire comportamenti deresponsabilizzanti piuttosto che tradursi in rigide procedure di controllo.

Per rispondere ai diversi interessi di varie categorie professionali e dei numerosi attori del sistema sanitario è indispensabile creare delle istituzioni che li rappresentino e che negozino per loro conto. I meccanismi tradizionali del mercato non sono indicati per svolgere questa funzione. Al contrario la separazione della funzione di finanziatore da quella del fornitore e del manager, il rafforzamento della funzione di finanziatore e l'introduzione di contratti su basi regionali potranno sviluppare il mercato interno. Tuttavia questo processo sarà di difficile attuazione a causa delle posizioni monopolistiche detenute dai fornitori/erogatori dei servizi sanitari e dalle forti pressioni per un ulteriore decentramento del processo decisionale (per esempio: la tendenza all'autonomia delle piccole comunità e delle istituzioni sanitarie).

L'esperienza degli ultimi mesi mostra che la costituzione di associazioni nelle comunità locali per gestire le attività sanitarie comuni sarà un progetto lungo da conseguire. Il processo di allocazione delle risorse sarà ancora di competenza del Ministero della sanità e delle autorità sanitarie distrettuali. Questo può creare conflitti a causa delle pressioni politiche per una minore ingerenza dello Stato nel settore sanitario.

Barriere al cambiamento

L'insufficiente conoscenza delle caratteristiche del settore sanitario, l'insufficiente preparazione professionale per l'implementazione del controllo di qualità e del controllo di gestione e la mancanza di professionalità manageriali rappresentano l'ostacolo maggiore al processo di riforma del sistema sanitario polacco. Non meno importante a questo riguardo è la debolezza del Governo centrale. Finché l'intervento statale non sarà incisivo, capace cioè di stabilire nuove

procedure amministrative, verificare lo stato di avanzamento dei cambiamenti programmati, di sovrintendere alle eventuali controversie, trasformazioni reali del sistema sembrano improbabili. Se si pensa inoltre che l'ignoranza del consumatore, non solo riguardo al proprio stato d'infirmità ma soprattutto rispetto al livello qualitativo dei professionisti interpellati, è condizione strutturale e non modificabile della domanda di servizi sanitari e che in Polonia non esistono istituzioni preposte alla tutela degli interessi di questa particolare categoria di consumatori, risulta indispensabile affidare allo Stato il ruolo di difensore degli interessi e dei diritti degli ammalati nonché del buon utilizzo delle risorse finanziarie pubbliche. Tuttavia, l'attuale clima socio-politico di netta avversione all'ingerenza statale non ha ben accolto simili proposte.

La posizione di potere detenuta attualmente dai professionisti della sanità, specialisti e medici generici, rappresenta un'altra importante barriera al processo di riforma del sistema sanitario polacco. L'analisi precedente sulle relazioni intercorrenti tra i tre più importanti attori del sistema, l'influenza dei professionisti sanitari nel processo decisionale strategico (anche per quanto riguarda l'allocazione delle risorse destinate al settore sanitario) e la mancanza di organizzazioni a tutela degli interessi degli altri attori del sistema sanitario contribuiranno a rafforzare il potere acquisito dalla classe medica e a modellare il sistema in base ai loro interessi la cui difesa è sostenuta da teorie di dubbio valore. Ne è un esempio il mito del modello assicurativo come soluzione a tutti i problemi del sistema sanitario polacco, mito costruito sulla base dell'esperienza di sistemi assicurativi da qualcuno considerati perfetti. Tuttavia si ha l'impressione che il ricorso al mo-

dello assicurativo nel settore sanitario rappresenti soltanto il mezzo più idoneo per consentire aumenti nei salari e nei trasferimenti delle risorse finanziarie. Sicuramente l'implementazione dell'assicurazione sociale corredata eventualmente da assicurazioni private in alternativa o in complementarietà a quella sociale, monopolio pubblico, cambierebbe le relazioni tra i più importanti attori del sistema sanitario. Comunque le condizioni attuali raffreddano queste speranze (Tymowska, 1990): la recessione economica, l'aumento del tasso di disoccupazione, l'inefficiente sistema impositivo sono tutti fattori che lasciano credere che solo una tassa straordinaria fornirebbe risorse finanziarie per soddisfare la domanda di servizi sanitari nel prossimo futuro.

BIBLIOGRAFIA

- DAYKIN CH., 1990. *Analysis of methods of financing income for retirement*. ISSA International Conference, Bristol.
- D'HERBAIS P., 1991. *A guide to pensions in the E.E.C.* European Pension Committee, Paris.
- GOLINOWSKA S., TYMOWSKA K., WŁODARCZYK C., 1989. *W interesie zdrowia społeczeństwa*. Projekt reformy opieki zdrowotnej. Biuletyn Informacyjny Instytutu Gospodarki Narodowej No. 105.
- GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY (GUS), 1990. *Korzystanie z usług służby zdrowia w 1989 r.*
- HALIK J., 1987. *Rola kontaktów nieformalnych w korzystaniu ze świadczeń warszawskiej służby zdrowia na podstawie badań z lat 1978-1979*. In: Kostrzewski J.K., Kopczyński J. (eds.), *Perspektywy zdrowotne Polski*, Polska 2000, No. 2.
- INTERNATIONAL LABOUR OFFICE, 1989. *From pyramid to pillar*. Population change and social security in Europe. Geneva.
- JENKINGS G., 1991. *Privatization and pension reform in transition economies*. International Institute of Public Finance, 47th Congress, Leningrad.
- KUNZ P., 1990. *Analysis of methods of financing income for retirement*. ISSA International Conference, Bristol.
- MINISTERSTWO ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ, 1990a. *Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej*. Proces reformowania opieki zdrowotnej.
- MINISTERSTWO ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ, 1990b. *Narodowy program zdrowia*. Założenia polityki zdrowotnej państwa.
- OKOLSKI M., 1988. *Reprodukcja ludności a modernizacja społeczeństwa*. Książka i Wiedza, Warszawa.
- OKOLSKI M., 1985. *Some features of recent male mortality trends in Eastern and Western Europe*. IUSSPS International Population Conference, Florence.
- SACHS J.D., 1991. *Accelerating privatization in Eastern Europe: the case of Poland*. World Bank Annual Conference on Development Economics, Washington, D.C.
- TOPINSKI W., WISNIEWSKI M., 1991. *Pensions in Poland. Proposals for reform*. ZUS, Warszawa.
- TYMOWSKA, K., 1990. *Jak płacić na zdrowie*. Życie Gospodarcze, No. 32.
- TYMOWSKA, K., 1987. *Health service financing in Poland*. The International Journal of Health Planning and Management, No. 2.
- WŁODARCZYK W.C., 1987. *In search of economic rationality: the experience of the Polish National Health Service*. Health Policy, No. 7.
- WŁODARCZYK W.C., 1990. *Proces reformowania ochrony zdrowia w Polsce*. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia (unpublished).
- WORLD BANK, 1990. *Poland. Health sector overview. Issues and options*.

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEL REGNO UNITO: RISCHI E OPPORTUNITÀ

di Lois Crooke* e Malcom Lowe-Lauri**

traduzione a cura di Rosanna Tarricone

SOMMARIO: Premessa - Le riforme del 1991: disagi principali - Tensioni demografiche - La risposta in chiave gestionale - Prospettive per il futuro.

Premessa

Attualmente il S.s.n. britannico si sta muovendo da una fase di offerta controllata ad una fase di libero mercato. Tale passaggio è stato portato a termine dalla riforma del 1991 e, in particolare, da:

— la richiesta a partire dal 1° aprile 1991 di separare l'acquisto dei servizi dall'erogazione degli stessi;

— la richiesta per ospedali e servizi alla comunità di procurarsi appalti per la fornitura dei servizi.

Così da quella data si è creato un mercato a tutti gli effetti. Sebbene non sia un mercato libero — vi è un eccesso di norme e controlli — mette in seria difficoltà i metodi tradizionali di offerta dei servizi. Si attribuisce un'importanza maggiore alla logica del denaro. Le autorità sanitarie — i maggiori acquirenti nel nuovo mercato — richiedono continui aumenti di quantità e qualità. Ciò ha serie implicazioni per i gruppi professionali all'interno del Servizio sanitario nazionale. Poiché gli infermieri costituiscono il gruppo professionale più esteso, sono potenzialmente i più seriamente colpiti. I cambiamenti dei confini di ruolo fra gli

infermieri e gli altri gruppi professionali sono considerati il mezzo per giungere ad un migliore rapporto costo-efficienza.

Allo stesso tempo, il trend demografico minaccia la forza numerica degli infermieri. Storicamente diventavano infermieri coloro i quali abbandonavano gli studi e quelli, specialmente le donne, sotto i 20 anni. Tali serbatoi di forza lavoro si stanno esaurendo. Si prevede che nel Regno Unito il numero degli infermieri aventi un'età compresa tra i 16 e i 24 anni si ridurrà sostanzialmente entro il 1995.

Considerati questi elementi, è stato essenziale riesaminare l'istruzione e il tirocinio degli infermieri e il loro ruolo nell'offerta di servizi.

Le riforme del 1991: disagi principali

Il proposito dichiarato delle riforme del 1991 era quello di dare al paziente maggiori opportunità di scelta nell'ipotesi che vi fosse una relazione tra libertà di scelta e competitività nel mercato. Ciò ha indotto i singoli operatori sanitari a fare il

possibile per attirare i pazienti e di conseguenza gli acquirenti dei servizi — le autorità sanitarie distrettuali e il fondo dei medici di base. Oltre alle stesse riforme, il Governo centrale, attraverso il Ministero della sanità, ha imposto agli operatori sanitari una serie di norme supplementari, tra cui: il tempo massimo d'attesa dei pazienti, i diritti del malato e gli obiettivi del rapporto sulla salute della nazione. Nel complesso, quindi, un operatore sanitario non avrebbe altra scelta se non quella di orientarsi sempre più verso questa varietà di modalità nelle quali si articolano le priorità dell'utente.

Per gli operatori sanitari che lavorano all'interno delle strutture di offerta ci sono molte minacce. I responsabili delle singole strutture di offerta sanitaria stanno rivedendo ogni aspetto dell'assistenza e del suo relativo costo. Stanno sorgendo pro-

* Lois Crooke è direttore dell'Istituto per la salute e la scienza Queen Charlotte; Dipartimento dell'Università Thames Valley, Londra.

** Malcolm Lowe-Lauri è direttore generale di divisione, servizi ospedalieri e di comunità, King's Healthcare, Londra.

blemi su questioni finora considerate intoccabili come la separazione dei ruoli dei professionisti, quali il personale medico, gli infermieri, le ostetriche, gli assistenti sanitari, i tecnici radiologi, i fisioterapisti, ecc. Domande vengono poste sul ruolo attuale e sulle professionalità di questi staff, sul costo della loro formazione e del loro tirocinio (saggio di lavoro 10, DoH 1989), sull'adeguatezza della loro professionalità in relazione al costo del tirocinio e ai bisogni di pazienti. La revisione radicale delle modalità di offerta dell'assistenza sanitaria all'interno del S.s.n. interesserà solamente gli infermieri e le ostetriche. Attualmente vi sono più di 600.000 infermieri, ostetriche e assistenti sanitari iscritti al Consiglio centrale del Regno Unito (U.K.C.C.) in qualità di professionisti (Consiglio centrale del Regno Unito per infermieri, ostetriche ed assistenti sanitari, albo professionale 1990). Questi stessi gruppi rappresentano più dei due terzi dei costi per le retribuzioni. Per questo motivo si stanno esaminando i loro ruoli, il loro contributo alla qualità dell'assistenza e i risultati delle cure sui pazienti.

È nell'ambito di questo scenario che opereranno gli infermieri nell'immediato futuro. Il problema che si sta sollevando è se gli infermieri si riveleranno incapaci di garantire un'assistenza di qualità (Audit Commission 1992) o riusciranno ad assicurarsi un importante e meritato posto nell'erogazione dei servizi sanitari quali attori chiave all'interno delle équipes sanitarie.

Purtroppo, il servizio infermieristico si rapportava già in maniera scomoda al concetto di direzione generale. Dai risultati dell'indagine sulla gestione del S.s.n. (Griffiths, 1983) è emerso che gli infermieri e le ostetriche stavano per essere sottoposti gerarchicamente ai dirigenti « importati ». I nuovi dirigenti del S.s.n., erano spesso dei laureati che pote-

vano aver avuto o meno precedenti esperienze nell'ambito del S.s.n. Il loro compito era di gestire il servizio con una maggior logica di mercato e, se necessario, ignorando la sensibilità professionale. Si è potuto più facilmente conseguire quest'ultima direttiva occupandosi della professione d'infermiere (Salvage, 1985) poiché nel complesso questa era una categoria differenziata ed apolitica.

Negli anni '80 si è riesaminato anche il corso di formazione per infermieri (U.K.C.C., 1986). L'obiettivo era quello di formare l'infermiere del futuro affinché potesse operare in diversi settori. Essi avrebbero dovuto frequentare un Istituto di istruzione superiore, condividendo parte dei loro programmi con altri studenti. Il fine della nuova preparazione era di formare un professionista informato, cioè l'infermiere che sapesse analizzare criticamente la struttura assistenziale esistente e riflettere sulla propria pratica professionale facilitando il miglioramento dell'erogazione delle prestazioni assistenziali. Essi avrebbero anche ricevuto un riconoscimento accademico, del tipo diploma base di istruzione superiore e la qualifica di infermiere.

Se da un lato lo scopo del riesame dei programmi didattici era di formare dei professionisti più capaci e competenti, dall'altro gli interessati stessi non accolsero il cambiamento senza riserve. Gli infermieri e le ostetriche già iscritte all'albo, vedevano minacciati i propri ruoli direttivi (Carpenter, 1978) e si rendevano conto che le proprie prospettive di carriera sarebbero state usurpate da un « nuovo genere di infermiere », l'infermiere diplomato in grado di vantare una qualifica accademica. Alla fine degli anni '80, si diffuse una sorta di sconforto tra gli infermieri e le ostetriche, come dimostrano il « Price Waterhouse Review of Nurse Recruitment and Retention » (1988) e « Melia » (1987).

Tensioni demografiche

La pressione esterna e le tensioni interne alla categoria degli infermieri sono state aggravate dalla cosiddetta « emergenza demografica ».

I dati non sono stati molto incoraggianti per gli infermieri. Questi ultimi vengono generalmente assunti quando si trovano in una fascia d'età compresa tra i 16 e i 24 anni. L'opinione generale è che la forza lavoro attinta da queste fasce d'età diminuirà considerevolmente entro il 1995. Tutto ciò deve essere rivisto per far fronte alla concorrenza di mercato. Non solo l'offerta di lavoro sta cominciando a diminuire ma gli ospedali e i servizi alla comunità competono con un'intensità crescente per soddisfare la domanda. La preoccupazione è rivolta a quei fornitori di servizi che non riusciranno ad assumere e a mantenere un numero sufficiente d'infermieri. Ciò vale soprattutto per i reparti specializzati come quelli di medicina intensiva, sale operatorie e pediatria neonatale.

Vi sono già state reazioni sia a livello locale che a livello nazionale. Le unità sanitarie aspettano di portare a termine l'esame completo sulle diverse professionalità per identificare le giuste capacità richieste per l'erogazione dell'assistenza ai pazienti. Il costo dell'assistenza sarà esaminato attentamente e quindi così gli infermieri professionali, il cui costo è più elevato, non dovranno eseguire compiti che possono essere svolti a minor costo da personale meno qualificato; a questo scopo un numero crescente di assistenti-infermieri sarà addestrato all'erogazione dei servizi assistenziali dagli infermieri professionali. Si prevede che ci sarà una riduzione e una confusione dei confini professionali. Ne è un esempio la volontà del Governo di ridurre le ore di lavoro dei giovani medici. In tal caso, gli infermieri dovranno

assumere ruoli che in precedenza erano di competenza di questi ultimi, come prescrivere medicinali e suturare. Sarebbe necessario affrontare il problema dei ruoli degli assistenti in maniera più concreta, senza preoccuparsi molto dei confini professionali.

Nel 1989, il Ministero della sanità ha promosso una nuova strategia per l'assistenza infermieristica. Questa strategia esamina l'assistenza infermieristica da quattro punti di vista: la pratica, la capacità lavorativa, la formazione, la leadership e la gestione. Interpolando le quattro aree d'intervento la discussione della strategia si è conclusa con la fissazione di 11 obiettivi. Nonostante la diffusione, questo documento ha sollevato delle critiche da parte di alcune aree. Le critiche vertevano soprattutto sul fatto che la strategia dell'assistenza infermieristica, sebbene giusta negli obiettivi, non prevedeva in considerazione il problema dell'attività degli infermieri come parte integrante dell'attività di un'équipe di operatori sanitari ma, piuttosto, si concentrava sull'assistenza infermieristica come attività isolata. *Yvonne Moores, recentemente nominata responsabile capo dell'assistenza infermieristica per l'Inghilterra e il Galles, sta riesaminando la strategia tenendo in considerazione il processo di cambiamento del S.s.n. e l'attività degli infermieri come parte integrante dell'attività di un'équipe di operatori sanitari.*

« Qualsiasi cambiamento nella pratica, deve fondarsi sul presupposto che migliori l'assistenza ai pazienti, o dei loro parenti ed amici. Gli infermieri si trovano in una posizione speciale (ma non unica) per il fatto di trascorrere lunghi periodi a contatto...

La chiave per migliorare l'assistenza ai pazienti sta proprio qui — nel tradurre il bisogno in pratica individuale e in obiettivi strategici e poli-

tici di più ampio respiro » (Revitalizing the Strategy for Nursing, Ministero della sanità, 1992, pag. 4, 6.1).

Questo riconosce l'infermiere come membro di un'équipe di operatori sanitari finalizzata ad assicurare il soddisfacimento dei bisogni individuali dei pazienti ed anche per influenzare la strategia e la politica.

Gli infermieri degli anni '90, mai come ora, sono in una posizione ottimale per influenzare l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria. Se si stabiliscono i confini professionali o subentra l'indifferenza, gli infermieri verranno ad assumere il ruolo di assistenti sanitari, mentre le altre professioni mediche e paramediche dovranno estendere i propri ruoli per colmare i vuoti lasciati dagli infermieri.

Le risposte in chiave didattica

Nel 1991 il Dipartimento nazionale inglese (E.n.b.) per l'assistenza infermieristica, l'ostetricia e l'assistenza sanitaria ha rivisto il modo in cui erano organizzati i corsi per gli infermieri già iscritti all'albo stabilendo le modalità per soddisfare i bisogni dei pazienti. L'E.n.b. ha sviluppato una struttura didattica in cui tutti i corsi successivi all'iscrizione all'albo, attuali e futuri, potessero adattarsi all'Higher Award Scheme.

La struttura ha identificato 10 caratteristiche chiave che ci si aspetta siano sviluppate da un infermiere professionale. Queste caratteristiche sono maggiormente legate agli aspetti strategici dell'erogazione dell'assistenza sanitaria che a obiettivi specifici, per esempio:

- qualità dell'assistenza infermieristica;
- lavoro di gruppo;
- gestione delle prestazioni di assistenza e delle risorse;
- ricerca e sue applicazioni, ecc.

Un aspetto importante di tale pro-

gramma — l'Higher Award a partire dal Bsc (Hons) — è il fatto che tutte le caratteristiche e gli esiti dell'apprendimento si sincronizzano per l'assistenza sanitaria. Fino a questo momento, gli infermieri più preparati sono stati stimolati ad allontanarsi dall'effettiva cura dei pazienti per approfondire gli aspetti manageriali e la formazione professionale: di conseguenza ci sono stati pochi titoli accademici, soprattutto quelli successivi all'iscrizione all'albo, legati alla pratica clinica o che diano ad essa valore accademico. Si spera così che gli infermieri che seguono l'Higher Award siano incoraggiati professionalmente e finanziariamente a rimanere nei settori clinici e a lavorare come attori chiave nell'équipe di operatori sanitari. Questo è un punto essenziale. Se gli infermieri rimangono in servizio nel settore clinico più a lungo si risolverà il problema del mantenimento della forza lavoro, da sempre oggetto di lamentele. Inoltre, l'Higher Award offrirà agli infermieri che hanno abbandonato l'attività lavorativa, l'opportunità di riprendere servizio e di aggiungere alla formazione professionale l'esperienza lavorativa precedente.

Sebbene l'Higher Award non rappresenti l'aspirazione di ogni infermiere, ha tuttavia aiutato i docenti a sviluppare e ad adattare altri programmi didattici per il conseguimento sia del diploma che della laurea, in modo da stabilire gli esiti dell'apprendimento e assicurare che gli schemi di valutazione tengano presente sia l'aspetto pratico che quello teorico dell'erogazione delle prestazioni di assistenza. Di conseguenza, gli infermieri dovrebbero cogliere l'occasione di essere coinvolti in gruppi di professionalità miste aiutando le unità sanitarie di competenza ad identificare le professionalità/competenze che vengono richieste dai loro gruppi di utenti. Ciò può essere in

seguito tradotto in un programma di formazione per l'analisi dei bisogni che potrà comportare sviluppi didattici. Idealmente, gli sviluppi didattici dovrebbero attuarsi in un ambito multidisciplinare: ciò non solo stimola alcune capacità ritenute di secondaria importanza delle professioni, ma permette una migliore comprensione reciproca dei ruoli. I programmi didattici possono essere valutati in modo più sistematico quando la valutazione è imposta da risultati predefiniti e quindi i programmi si modellano per soddisfare l'evolversi dei bisogni degli assistenti sanitari adeguandosi al livello di istruzione che si sta impartendo (Berner, 1984) in modo che i dirigenti del servizio sanitario possano servirsi di personale qualificato nel modo più efficiente.

Nei Diritti del paziente (1992) è custodito gelosamente il diritto di ogni paziente ad avere « un infermiere degno di questo nome ». Il Governo si è perciò impegnato a porre gli infermieri in prima linea nell'erogazione dell'assistenza sanitaria. « L'infermiere del futuro » sarà visto in vari modi, come colui che offre l'assistenza infermieristica di base, che fa parte di un'équipe e che lavora come professionista autonomo (Beardshow e altri, 1990; Salvage, 1990; Johns, 1990 e Comitato ristretto per l'assistenza alla maternità, 1991).

La pratica, affiancata alla formazione professionale, consentirà all'infermiere di lavorare come parte integrante di un'équipe sanitaria dove alle volte ne prende la guida e altre volte ne risulta gregario. La valutazione dell'assistenza prestata dagli infermieri sarà direttamente legata alla valutazione dei risultati sui pazienti, così come alla qualità e al costo. In questo clima di trasformazione all'interno del S.s.n., ci si aspetta che i professionisti — la cui preparazione alla professione ha co-

sti elevati — siano dei professionisti pienamente responsabili. Essi dovranno essere responsabili della fissazione, programmazione, implementazione e valutazione dell'assistenza sia direttamente che indirettamente. Forse per la prima volta, tali ruoli saranno esaminati sistematicamente. Non sarà tollerata alcuna inadeguatezza del servizio e quindi è interesse dei professionisti assicurarsi di soddisfare i bisogni dell'utente. L'U.K.C.C. (1990), da parte sua, sta riesaminando le modalità del rinnovo triennale dell'autorizzazione all'esercizio della professione di infermiere. Le loro indicazioni sono sottoposte al vaglio del Ministero della sanità che ne sta valutando il costo e l'efficienza.

La risposta in chiave gestionale

Nella gestione del processo di erogazione dei servizi sanitari c'è un aspetto in cui il ruolo degli infermieri sta diventando più determinante. In Gran Bretagna il punto focale della gestione delegata è la direzione sanitaria. Generalmente, si occupa di una funzione, quale la medicina, la chirurgia, l'ostetricia e ginecologia. In genere la direzione sanitaria è composta da un medico che svolge il ruolo di capo affiancato da un manager e da un infermiere con una certa anzianità di servizio (talvolta gli ultimi due incarichi sono ricoperti da una singola persona). Malgrado le preoccupazioni di alcune istituzioni, come il collegio reale per l'assistenza infermieristica, è manifestato che questa organizzazione sta rafforzando la posizione degli infermieri a livello specialistico. Ciò può essere dovuto al fatto che in effetti essi ne rappresentano il punto focale. L'organizzazione precedente, secondo cui tutti gli infermieri erano responsabili di fronte ad un unico

direttore al contrario aveva rapporti distaccati e poco chiari.

I responsabili dell'Higher Award Scheme desiderano rafforzare la formazione universitaria dei servizi infermieristici. Da una parte ciò ha significato esercitare pressioni politiche per la creazione di centri di formazione per infermieri negli ospedali e nelle comunità locali. In tutto ciò c'è il forte desiderio di veder sviluppare l'Higher Award Scheme nei corsi universitari per infermieri a livello locale. Dall'altra, i CEOs stanno incoraggiando lo sviluppo di corsi specifici per infermieri all'interno dei loro ospedali e servizi alla comunità, particolarmente in settori altamente specializzati. In entrambi i casi, è necessario ricevere un'autorizzazione specifica (dall'E.n.b., l'istituto direttivo competente). Organizzare tali corsi è un contributo indispensabile per l'assunzione e il mantenimento della forza lavoro. Istituti limitrofi come le cliniche universitarie di Londra si troveranno in competizione sempre più crescente per tali corsi.

Oggi in Gran Bretagna si punta sempre più alla forza lavoro compresa nella fascia d'età tra i 25 e i 54 anni. Ciò sia per avviare le persone per la prima volta alla professione d'infermiere sia per riportarle. Si stanno sperimentando diverse soluzioni, come:

- orario di lavoro più flessibile, per es. part-time, turni differenziati;
- miglioramenti delle infrastrutture, come asili nido e sistemi di trasporto interno;
- creazione di « progetti di contatti aperti » con il personale infermieristico che ha abbandonato l'attività lavorativa ma che vorrebbe ritornare in servizio.

In generale, ci si sta dirigendo verso nuove forme di assistenza, come il day-hospital, il trattamento ambulatoriale o il trattamento non ospedaliero, fatta eccezione per le pato-

logie gravi che richiedono un intervento superiore. Questa tendenza verso migliori condizioni di lavoro dovrebbe attrarre personale meno giovane. Poiché le condizioni di lavoro si avvicinano sempre più a quelle degli altri settori non-sanitari concorrenti, si spera che il mercato del lavoro propenda verso la professione d'infermiere. Si arriverà così ad un punto in cui il potere attrattivo della professione d'infermiere sarà molto forte. Comunque, bisogna riconoscere che è necessario risolvere alcune tensioni interne al gruppo professionale in questione prima di poterne essere completamente fiduciosi. In particolare, gli infermieri

dovrebbero imparare a non considerare più il loro come super-lavoro mal retribuito poiché ciò può essere evitato da una seria autogestione.

Prospettive per il futuro

Il 1989 ha portato la revisione più significativa del S.s.n. a partire dalla sua istituzione nel 1947. Nel complesso, il potere nell'ambito del S.s.n. è rimasto nelle mani del dipartimento direttivo mentre il paziente occupava una posizione marginale. Ora il paziente rappresenta il punto focale del processo di ero-

gazione delle prestazioni assistenziali. La professione d'infermiere, il cui sistema formativo ha spesso fallito nel fornire le giuste motivazioni o i giusti strumenti didattici sui quali formarsi (Smith, 1992), ha buone opportunità di assumere una posizione di comando nell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Per sviluppare queste opportunità ci deve essere collaborazione fra l'aspetto accademico e quello gestionale. I docenti universitari e i CEOs iniziano ad avvertirlo in maniera sempre più crescente. In un mercato, sebbene controllato, coloro che non lo facessero rischierebbero di rimanerne fuori.

RAGIUSAN

Rassegna giuridica della sanità



MECOSAN

Management ed economia sanitaria

Convegno su

“LA SANITÀ - AZIENDA”

con il patrocinio di

Ministro per la sanità

Regione Lazio

Comune di Roma

Roma 21-22-23 aprile 1993

COMITATO SCIENTIFICO

Carlo Anelli	Presidente della 5ª Sezione del Consiglio di Stato
Luca Anselmi	Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa
Elio Borgonovi	Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche - Università Bocconi di Milano
Elio Cappelli	Consigliere della Corte suprema di cassazione
Sabino Cassese	Ordinario di diritto amministrativo - Università La Sapienza di Roma
Luigi D'Elia	Direttore delle Riviste « Ragiusan » e « Mecosan »
Carlo Gessa	Presidente di Sezione del Consiglio di Stato
Salvatore Hernandez	Ordinario di diritto del lavoro - Università La Sapienza di Roma
Raffaele Juso	Presidente della 1ª Sezione del T.A.R. Lazio
Luciano La Camera	Socio Coopers & Lybrand - Responsabile del settore sanità Italia
Siro Lombardini	Ordinario di economia - Università di Torino
Angelo Mattioni	Ordinario di diritto regionale - Università Cattolica di Milano
Giorgio Pastori	Ordinario di diritto amministrativo - Università Cattolica di Milano
Fabio Merusi	Ordinario di diritto amministrativo - Università di Pisa
Antonio Pedone	Ordinario di scienza delle finanze - Università di Roma
Fabio Roversi Monaco	Rettore Università di Bologna
Mario Egidio Schinaia	Presidente del T.A.R. Lazio
Onorato Sepe	Presidente di Sezione della Corte dei conti (a r.)
Franco G. Scoca	Ordinario di diritto amministrativo - Università Luiss di Roma

È PREVISTA LA PARTECIPAZIONE AI LAVORI

Francesco De Lorenzo	Ministro per la sanità
Lino Armellini	Presidente della Commissione Affari sociali della Camera dei deputati
Elena Marinucci Mariani	Presidente della Commissione sanità del Senato della Repubblica
Adriano Bompiani	Ministro per gli affari sociali
Giuseppe De Rita	Presidente del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro
Giuseppe Santaniello	Garante per la radiodiffusione e l'editoria
Emidio Di Giambattista	Procuratore generale della Corte dei conti
Franco Carraro	Sindaco di Roma
Antonio Signore	Assessore regionale alla sanità del Lazio

Per l'iscrizione al Convegno rivolgersi a:



00197 ROMA - Viale Parioli, 77 - Tel. 06 / 8073368 - 8073386 - Fax 06 / 8085817
Quota di adesione ridotta per gli abbonati che si iscrivono entro il 30 marzo 1993

Sanità e impresa

Sezione 5^a

LOGICA E APPLICAZIONI DELLA VALUTAZIONE ECONOMICA NEL SETTORE FARMACEUTICO

di Francesco Bertolini*

SOMMARIO: Premessa - Le diverse fasi dell'analisi costi-benefici - La valutazione economica in sanità - La valutazione economica nel settore farmaceutico razionalizzazione del sistema o strumento di marketing?

La valutazione economica sta assumendo sempre maggiore rilevanza nel processo decisionale in sanità; la comprensione della logica decisionale pubblica dovrebbe quindi entrare nel patrimonio di conoscenze delle imprese fornitrici del Servizio sanitario nazionale. Questo articolo si pone l'obiettivo di fornire la logica di fondo della valutazione economica, gli strumenti di cui si avvale, le sue potenzialità ed il suo utilizzo concreto. La valutazione economica dei prodotti farmaceutici, oltre ad essere elemento di razionalizzazione del sistema, può rappresentare un ulteriore elemento per le imprese per permetter loro di sfruttare al meglio i propri fattori critici di successo nei processi di vendita, sia nella fase di predisposizione dell'offerta, sia in quella successiva di negoziazione e stipulazione dei contratti.

Premessa

Per introdurre l'argomento è opportuno effettuare prima alcune riflessioni sulle scelte pubbliche di allocazione delle risorse. Tali scelte comportano problemi di notevole complessità; essi nascono dalla necessità di indirizzare le risorse, scarse, tra possibili utilizzi alternativi, che rappresentano altrettanti interessi di gruppi particolari di popolazione.

I criteri utilizzati per le decisioni pubbliche devono tenere in considerazione valutazioni di tipo sociale, politico ed economico.

La costruzione di un modello decisionale rende più espliciti gli elementi che influenzano i risultati, cioè le vere alternative politiche: prendere decisioni pubbliche significa infatti ricercare, per quanto possibile, la conciliazione di interessi in conflitto tra loro. L'analisi costi benefi-

ci rappresenta ancora oggi uno dei modelli logici più importanti per la valutazione delle decisioni riguardanti la spesa pubblica, in quanto consente di confrontare alternative di comportamento, anche se recentemente si sono avuti ulteriori e significativi sviluppi sia in sede teorica che di strumentazione.

La prima considerazione riguarda una rapida comparazione tra i criteri che sovrintendono alle scelte decisionali in ambito di concorrenza e le logiche che determinano le decisioni nel settore pubblico.

Una delle principali differenze tra *analisi finanziaria* ed *analisi sociale* riguarda l'ambito nel quale si riflettono vantaggi e costi dei progetti.

In molte attività pubbliche (la gestione del servizio socio-sanitario ne è un esempio emblematico) la valutazione finanziaria conduce a risultati in contrasto con una valutazio-

ne di tipo sociale; tali divergenze sono dovute al fatto che, mentre nella logica di mercato si considerano solamente gli effetti (positivi e negativi) che agiscono sulla situazione dei soggetti (fisici o giuridici) interessati dall'operazione, nelle scelte pubbliche si tiene conto di tutti gli effetti del progetto, interni ed esterni, nell'ottica dell'interesse della collettività. Inoltre la logica profitti/perdite aziendale può facilmente essere verificabile ex post, mentre le logiche che sottointendono le scelte pubbliche sono logiche che cercano di valutare tutti i possibili effetti di un progetto ex ante e sono con maggiore difficoltà sottoponibili a verifiche

* **Francesco Bertolini** è ricercatore presso il CeRGAS, Università Bocconi ed è responsabile del corso di « Marketing Farmaceutico » della Scuola di direzione aziendale.

ex post data la molteplicità ed eterogeneità degli effetti da considerare.

L'analisi costi benefici fornisce un criterio che permette di valutare, da un punto di vista economico, la convenienza di spese pubbliche alternative.

È necessario sottolineare che l'analisi costi benefici costituisce uno strumento a supporto della decisione, e non una formula automatica di decisione, in quanto questa dipende dalle caratteristiche dei soggetti e dai criteri che guidano il loro comportamento, nonché dalle dinamiche dei processi decisionali (pressioni di tipo sociale, etico...).

Le diverse fasi dell'analisi costi-benefici

Nel considerare il procedimento dell'analisi costi benefici si possono individuare 5 distinte fasi:

1) identificazione del progetto/i da analizzare;

2) definizione degli effetti, positivi e negativi, attuali e futuri, sulla collettività;

3) valutazione dei costi e benefici in termini monetari;

4) calcolo del beneficio netto (confronto benefici-costi);

5) identificazione della scelta migliore (secondo la logica dell'analisi costi benefici).

L'identificazione dei progetti consiste nel considerare le alternative rilevanti e realistiche per la decisione.

Per quanto concerne la definizione degli effetti derivanti dalla realizzazione di un progetto, è opportuno fare una breve disamina sulla classificazione dei costi e benefici che possono essere generati da un investimento.

Essi possono essere:

— **diretti**, ovvero direttamente correlati al progetto in questione, per esempio il minor numero di giornate di ricovero per l'introduzione di un nuovo trattamento terapeutico.

— **indiretti**, cioè effetti che non gravano sulle istituzioni (enti locali, ospedali ecc.) che effettuano il progetto e i cui effetti non si riflettono sui soggetti a cui l'intervento è destinato. Esempi possono essere il minor numero di giornate di lavoro perse dai parenti dei pazienti o l'aumento di valore di un terreno in seguito alla costruzione di un'autostrada.

La tabella 1 indica i fattori rilevanti che dovrebbero essere tenuti in considerazione nella scelta di differenti tipi di assistenza in sanità. Molte volte non è possibile quantificare tutte le variabili rilevanti, per scarsa disponibilità di dati o per necessità temporali (le analisi devono essere compatibili con i tempi utili per le decisioni). Nei casi in cui si sia in presenza di costi e benefici logicamente rilevanti ma per i quali non sono disponibili dati o essi non siano rilevabili in tempi utili per le decisioni, si escludono tali elementi dall'analisi, indicandoli tra gli elementi « qualitativi e soggettivi » della

decisione; ciò non riduce la validità teorica e l'utilità pratica dello strumento.

Il momento successivo all'identificazione consiste nella valutazione quantitativa degli effetti.

Per procedere ad una corretta valutazione è necessario definire dei parametri di riferimento utili per la quantificazione dei costi e dei benefici.

Dal punto di vista dell'analisi finanziaria il sistema dei prezzi da utilizzare è quello di mercato; nell'ottica degli effetti economici generati sul sistema economico nel suo complesso i parametri da considerare sono i cosiddetti « prezzi ombra » che riflettono il costo reale attribuito dalla società alla risorsa considerata nell'analisi.

Un approccio di questo tipo è basato perciò sul concetto di « costo opportunità », e cioè il sacrificio per la società nell'utilizzare una risorsa per un progetto anziché per un altro; esiste sempre cioè un rapporto di sostituibilità tra due impieghi (per

Tabella 1 - Elementi rilevanti per le decisioni nel settore sanitario

<i>A. Costi finanziari</i>	
Diretti	Indiretti
1. acc. diagnostici	1. assenteismo (paziente e congiunti)
2. degenza	2. altri costi per il paziente e per i congiunti (es. trasporti)
3. terapia	
4. personale	
<i>B. Risultati sanitari</i>	
1. guarigioni	
2. miglioramenti	
3. problemi legati al tipo di assistenza	
4. peggioramenti	
<i>C. Altri fattori rilevanti per la decisione</i>	
Fattori psicologici	Fattori organizzativi
1. per i pazienti	1. sulle strutture
2. per la persona	2. sul personale

esempio risorse destinate ad una scuola possono significare risorse in meno per un ospedale). Per le variabili per le quali non esiste un prezzo osservabile esiste quindi un prezzo implicito, ombra, poiché ogni risorsa ha un costo opportunità in termini di qualche alternativa scartata.

Per quanto concerne la valutazione dei benefici in progetti per i quali non siano disponibili i prezzi di mercato si considera la disponibilità a pagare della collettività per ottenere un determinato effetto (per esempio una migliore qualità dell'aria nei progetti ambientali).

La disponibilità a pagare rappresenta l'ammontare massimo che ogni cittadino è disponibile a spendere se il suo contributo fosse determinante per la realizzazione del progetto. Quando si considera la disponibilità a pagare viene presa in considerazione la desiderabilità del progetto da parte degli individui (non organizzati e quindi non influenzati); questo fatto rappresenta un grande merito dell'analisi costi benefici, in quanto solo raramente, nel processo decisionale pubblico si tiene conto del reale interesse dei cittadini nei confronti di determinati progetti.

Da un punto di vista operativo la disponibilità a pagare viene valutata

attraverso interviste dirette con gli individui interessati, anche solo marginalmente, dal progetto.

Una metodologia di questo tipo può quindi limitare l'arbitrarietà e la parzialità che talora si verificano nelle scelte pubbliche.

Una volta definiti e determinati i benefici ed i costi si procede al calcolo del beneficio netto ed alla identificazione della scelta. Va rimarcato che il risultato della valutazione economica non identifica l'automatica scelta, ma rappresenta un ulteriore elemento per la definizione del processo decisionale.

La valutazione economica in sanità

La spesa sanitaria rappresentava nel 1989 il 7,2% del PIL le dimensioni di spesa sono in linea con i livelli dei paesi C.E.E. collocandosi nella fascia centrale (tab. 2).

Il problema economico della sanità in Italia non è pertanto da ricercare nella dimensione della spesa, ma nella sua allocazione. Non è quindi necessario procedere ad un taglio generalizzato della spesa, come viene ripetutamente e da più parti affermato, ma altresì è necessaria ed auspicabile una riqualificazione della spesa che tenga in maggior considerazione

i criteri di efficienza economica.

Uno degli approcci metodologici che può contribuire ad una migliore allocazione delle risorse è l'approccio costi benefici. Con il termine « approccio » si intendono le diverse tipologie di analisi:

— **Analisi di minimizzazione dei costi:** è la più semplice delle metodologie considerate; si utilizza quando i trattamenti danno i medesimi risultati (es. dovendo scegliere tra due trattamenti di ossigenoterapia si sceglie il meno costoso);

— **Analisi costo efficacia:** L'analisi costi efficacia si utilizza quando si ritiene che sia difficile o poco significativo monetizzare i benefici; questi ultimi vengono considerati in termini di unità naturali (es. anni di vita guadagnati, casi trattati con successo ecc.) e confrontati con i costi (considerando per esempio un trattamento in cui il numero di anni di vita guadagnati sia la variabile chiave per la decisione, si sceglierà il trattamento che garantisce il costo più basso per anno di vita guadagnato).

— **Analisi costo utilità:** il maggior limite dell'analisi costi efficacia consiste nel fatto che la misurazione dei benefici si può effettuare su una sola dimensione; la sua naturale evoluzione è stata perciò l'analisi costo utilità che impiega misure multidimensionali e in particolare, considera la qualità della vita come elemento che « pesa » sulla decisione.

Nell'analisi costi utilità si inserisce il concetto della preferibilità dello stato di salute; non viene data importanza solo al prolungamento della vita, ma si considera la qualità degli anni di vita guadagnati (QUALY's quality adjusted life years). Da un punto di vista operativo si chiede al paziente, di fronte a scelte che influenzano lo stato di salute, quale sia la condizione giudicata migliore. Considerando poi congiuntamente gli anni di vita guadagnati e la preferibilità dello stato di salute (variabile

Tabella 2 - Incidenza % della spesa sanitaria complessiva sul PIL nei Paesi C.E.E. (1987)

REGNO UNITO	6,0%
SPAGNA	6,0%
PORTOGALLO	6,4%
OLANDA	8,5%
LUSSEMBURGO	7,5%
ITALIA	6,9%
IRLANDA	7,4%
GRECIA	5,3%
GERMANIA	8,1%
FRANCIA	8,5%
DANIMARCA	6,0%
BELGIO	7,2%

Fonte: OCSE.

da 0 che rappresenta la morte e cioè « il peggior stato di salute » a 1 che rappresenta l'assenza di malattie) la logica costi utilità sceglie il trattamento che garantisce il più basso costo per anno di vita guadagnato ponderato per la qualità.

— **Analisi costi benefici:** si monetizzano i benefici tenendo in considerazione anche i cosiddetti intangibile benefits (per esempio un programma sanitario che permetta una riduzione della durata della patologia comporta una ripresa anticipata dell'attività produttiva, una riduzione dei trattamenti terapeutici ed una minore quantità, ipoteticamente monetizzabile, di disagi per il paziente).

L'evoluzione storica delle analisi in sanità testimonia i diversi modi di porsi di fronte al problema: l'analisi costi-benefici, nata negli anni '30 per la valutazione dei progetti idrici non è più oggi, in sanità, il miglior modo di procedere ad una valutazione economica in un'epoca in cui la qualità della vita ha assunto una rilevanza fondamentale nella definizione e nella scelta dei procedimenti terapeutici.

Ogni analisi ha dei limiti, in particolare l'analisi costi-benefici è una tecnica che può presentare dei rischi, legati alla disponibilità ed attendibilità dei dati su cui si basa l'analisi stessa, alla percentuale di dati stimati, ed alla quantificazione monetaria degli effetti generati dal progetto.

In particolare, in Italia vi sono problemi di raccolta dei dati, sia da un punto di vista sanitario ed epide-

miologico che da un punto di vista economico.

È quindi necessario rendere l'ambiente istituzionale più ricettivo alle potenzialità dell'approccio costi-benefici attraverso una migliore organizzazione e raccolta dei dati che si trasformi da evento episodico ad elemento fondamentale per una migliore programmazione dei servizi offerti.

Pur con una serie di limiti l'analisi costi-benefici rappresenta infatti uno strumento di indubbia validità se utilizzato in ambiti delimitati e definiti.

La valutazione economica nel settore farmaceutico: razionalizzazione del sistema o strumento di marketing?

Un settore in cui l'approccio costi benefici può contribuire alla razionalizzazione delle scelte è costituito dal settore farmaceutico.

La valutazione socio economica di un prodotto sta diventando un necessario supporto alla valutazione clinica; pur non essendo ancora richiesta formalmente dal Ministero, (essa è obbligatoria solo in Australia e in Ontario, uno stato del Canada) essa rappresenta la strada verso cui si stanno indirizzando i sistemi sanitari per migliorare l'efficienza dell'allocazione delle risorse.

La spesa farmaceutica rappresenta in media il 10% del totale della spesa sanitaria nei paesi dell'Europa occidentale; è quindi uno dei target principali per il contenimento della spesa.

Recentemente si è assistito ad un rapido aumento nel numero delle valutazioni economiche su farmaci, da una parte per spinta dei governi, dall'altra perché l'industria crede, almeno in parte, che questo sia un elemento utile nella negoziazione dei prezzi e nella promozione in larga scala dei propri prodotti. Si è dunque in una fase in cui le aziende che anticipano la normativa ottengono dei vantaggi competitivi nei confronti dei concorrenti e possono utilizzare la valutazione economica come strumento vincente nella contrattazione con il Servizio sanitario nazionale sia per rivitalizzare prodotti in declino sia per lanciare nuovi prodotti.

L'industria deve porre attenzione, nella sua politica di marketing, non solo alle leve operative tradizionali (prodotto, prezzo, distribuzione e promozione) che peraltro nel settore farmaceutico non possono essere manovrate con la stessa libertà presente negli altri settori, ma anche, ed in misura sempre maggiore, all'impatto socio economico legato all'utilizzo del prodotto.

La migliore prospettiva che l'azienda farmaceutica può avere nel valutare un prodotto, consiste nel considerare, oltre al costo industriale, anche il « costo nell'utilizzo », rappresentato dall'uso di risorse, dalla degenza, dal carico sulla struttura, dalle complicazioni che il farmaco può produrre e così via.

Traducendo in termini operativi il problema, l'azienda può ottenere prezzi maggiormente remunerativi se, per esempio, il nuovo farmaco produce minori effetti collaterali.

Un approccio di questo tipo può essere definito come un orientamento del prezzo all'analisi costi benefici nell'ottica dell'acquirente. La definizione può apparire complessa per cui è opportuno fare una breve analisi dei metodi usati tradizionalmente dall'impresa nella definizione del prezzo.

Tabella 3 - Evoluzione storica delle valutazioni economiche in sanità

Periodo	Tipologia	Misurazione	
		costi	benefici
ANNI '60	Analisi costi-benefici	L.	L.
ANNI '70	Analisi costi-efficacia	L.	unità naturali
ANNI '80	Analisi costi-utilità	L.	stato di salute

Si possono ricordare tre criteri solitamente seguiti dall'impresa:

1) prezzo sulla base dei costi con l'aggiunta di un ricarico (markup); è questo un metodo basato sui costi interni, senza tener conto del mercato.

2) prezzo in linea con la concorrenza: l'azienda si conforma al livello di prezzo praticato dalle aziende concorrenti; tale metodo viene solitamente usato per *me too products*, per prodotti cioè che non propongono niente di innovativo sul mercato e da aziende che fanno della politica imitativa la principale strategia aziendale.

3) prezzo orientato al cliente: è il metodo più difficile da utilizzare e nello stesso tempo quello che garantisce il miglior risultato, in quanto si propone di definire il valore che il cliente attribuisce al prodotto.

In situazioni difficili di mercato quest'ultimo metodo assume un'importanza sempre maggiore, poiché nei periodi di crisi emerge forte la necessità di un approccio globale che ponga al centro i bisogni del cliente. Il prezzo viene definito sulla base dell'utilità o del valore di utilizzo del prodotto.

Un metodo di questo tipo implica una conoscenza molto approfondita del cliente da parte dell'azienda, per riuscire a cogliere in pieno tutti gli utilizzi che il cliente riconosce al prodotto, con tutte le relazioni organizzative ed operative connesse.

In un sistema competitivo centrato sul cliente, il prezzo è definibile in termini più discrezionali rispetto al costo in quanto risente maggiormente dell'utilità reale e di quella percepita dal cliente. Per esempio, se il guasto di un'attrezzatura o l'interruzione di un processo rappresenta un grosso rischio, il cliente sarà disposto a pagare un prezzo alto per la affidabilità dello strumento; allo stesso modo, se un farmaco richiede una modalità di somministrazione che incide pesantemente sulla struttura organizzativa del

personale, il cliente sarà disposto a pagare un prezzo maggiore per un prodotto con minore incidenza sul personale anche se con minore efficacia terapeutica.

È sicuramente semplicistico ridurre il problema ad una semplice alternativa basata su due sole variabili (in questo caso l'efficacia terapeutica e l'impatto sul personale); è necessario procedere ad una identificazione di tutte le variabili significative e procedere poi ad una comparazione di tutti gli effetti positivi (benefici) e di tutti gli effetti negativi (costi).

Una simile politica di prezzo non è attuabile nel settore farmaceutico dove il prezzo non è direttamente determinato dalle aziende, ma è stabilito da un organo dello stato, il Comitato Interministeriale Prezzi, che lo definisce in relazione ad una serie di parametri: tali parametri sono la diffusione della patologia cui il farmaco è destinato, il dosaggio richiesto, l'innovatività e la ricerca incorporata ed ultimo ma sempre più determinante la ricaduta sul sistema economico.

La valutazione economica assume una rilevanza determinante nella definizione del prezzo in un settore in cui i « me too products » (farmaci con la medesima efficacia terapeutica) rappresentano una elevata percentuale del mercato.

Pur con i limiti suddetti si può comunque affermare che l'industria deve accostarsi al cliente/prescrittore (ministero, U.s.l. e medici) in un'ottica che tenga in considerazione l'aspetto economico nella definizione delle scelte.

In molti casi l'azienda può aiutare il decisore pubblico, soprattutto nel caso di farmaci innovativi; gli effetti sono infatti noti a chi ha sperimentato il farmaco: l'azienda possiede quindi un know how che può mettere a disposizione dell'ente pubblico per una più corretta valutazione economica.

La sfida che «l'industria della sa-

nità» deve affrontare riguarda quindi il passaggio da una logica in cui il prezzo rappresenta la variabile «chiave» ad una logica in cui l'importanza del fattore «prezzo» è subordinata ad una visione più completa e cioè al costo efficacia del prodotto.

Un problema che può nascere dalla valutazione economica dei prodotti farmaceutici è la divergenza tra interessi aziendali (l'azienda è il più delle volte committente delle analisi) e risultati.

Tale rischio è maggiore in Italia dove la scarsità di dati (epidemiologici ed economici) può far nascere sospetti sulla scelta dei parametri in funzione dei risultati; a questo proposito appare opportuno un intervento pubblico, non nell'elaborazione di analisi, ma nel richiedere esplicitamente criteri metodologici, per esempio per quanto concerne la scelta delle alternative da analizzare e la simulazione delle stesse sulla base di variazioni nei principali parametri. Un simile intervento potrebbe contribuire ad una maggior riconoscenza per il lavoro dei ricercatori e per le aziende sponsors degli studi.

Si può comunque affermare che il mantenimento di buoni standards metodologici è, nel lungo termine, la miglior politica sia per l'industria che per i ricercatori.

BIBLIOGRAFIA

- N. PARMENTOLA (a cura di), *Lezioni di analisi costi benefici*, Formez, 1987.
- BORGONOV E., DELLAMANO R., *L'analisi costi benefici: uno strumento operativo per le decisioni in sanità*, F. Angeli, 1983.
- DRUMMOND M.F., TEELING SMITH G. and WELLS N. (1988), *Economic Evaluation in the Development of Medicines*. London, Office of Health Economics.
- DRUMMOND M.F. (a cura di), *Economic Appraisal of Health Technology in the European Community*. Oxford, 1987.
- DRUMMOND M.F., *Studies in Economic Appraisal in Health Care*. Oxford, 1981.

Biblioteca

Sezione 6^a

RECENSIONI

S. Lombardini, F. Cugno, G. Clerico
Teoria degli incentivi e riforma del Servizio sanitario nazionale
La Rosa Editrice, Torino, 1991, pp. 100

Il dibattito in cui si trova coinvolto il Servizio sanitario nazionale è originato da un lato da tendenze strutturali dei sistemi sanitari occidentali e dall'altro da fattori specifici del contesto italiano.

La spesa sanitaria è ormai una componente determinante del bilancio di ogni paese sviluppato: lo stato della scienza garantisce una quantità di servizi e un livello di assistenza che però le economie non riescono a finanziare a tutti i cittadini. Diverse sono le soluzioni adottate per regolare la destinazione della spesa sanitaria: l'equilibrio tra risorse disponibili e bisogni da soddisfare può essere determinato a priori da processi di programmazione oppure lasciato ai meccanismi di mercato.

La prima soluzione è tipica dei sistemi sanitari pubblici, mentre la seconda trova applicazione nei sistemi sanitari di natura privata.

Il dibattito relativo al contesto italiano incorpora in particolare anche considerazioni relative alla qualità del servizio garantito al cittadino: è questo infatti un ambito in cui si ritiene particolarmente debole il Servizio sanitario nazionale.

I sistemi sanitari pubblici sono coinvolti nella ricerca di meccanismi per compensare il rischio di un eccesso di consumo e di scadimento qualitativo (o, a pari qualità di un aumento ingiustificato dei costi) dovuto alla mancanza di un prezzo del servizio erogato dal S.s.n. La mancanza di contrapposizione tra chi produce i servizi e chi li finanzia viene a privare il sistema di erogazione di quel contrasto di interessi che si ritiene necessario a stimolare la qualità del servizio e la sua produzione a costi ragionevoli.

Il libro raccoglie tre saggi introdotti dal prof. Lombardini che attengono a meccanismi volti ad incentivare comportamenti efficienti senza però ledere l'obiettivo dell'equità che caratterizza il S.s.n.

Un saggio è interamente dedicato all'esame del modello di agenzia, come ci spiega Lombardini nell'introduzione: « Esso (il modello di agenzia n.d.r.) mira a definire il rapporto che si deve stabilire tra i pazienti e l'organizzazione sanitaria perché i primi siano soddisfatti e i dirigenti abbiano svolto con loro soddisfazione l'attività necessaria a produrre i servizi richiesti ai primi ». Il ruolo della società (e quindi dell'organizzazione chiamata ad assicurare i servizi) è ritenuto rilevante per il fatto che essa è in grado di valutare la qualità dei servizi meglio del paziente.

Nel saggio vengono considerate le variabili *qualità* del servizio e *esborso* moneta-

rio per il paziente e la *remunerazione* e lo *sforzo* per i dirigenti che devono decidere come ed in quale quantità produrre il servizio, tutte inserite in un modello di gioco razionale (teoria dei giochi).

In un altro saggio vengono analizzati i meccanismi del Prezzo predeterminato (D.r.g.), del Voucher e del Proxy Shopping, che trovano prevalente utilizzo nei servizi erogati in strutture ospedaliere.

Per quanto riguarda il primo meccanismo, che prevede la definizione di un ammontare di rimborso prefissato per ogni tipologia di diagnosi, sulla base di dati statistici di assorbimento di risorse, vengono evidenziate le possibilità di incentivare l'efficienza, ma anche le implicazioni sulla struttura dell'industria ospedaliera. Esso genera infatti spinte alla specializzazione, in particolare verso quelle patologie a basso rischio (inteso come variabilità/imprevedibilità dei costi), lasciando agli ospedali di ultima istanza (ospedali che non hanno la possibilità di selezionare i pazienti, facoltà invece lasciata, almeno in parte, agli altri ospedali) le patologie più rischiose.

Il Voucher è invece un documento che permette di acquistare beni o servizi il cui costo sarà sostenuto dall'ente emittente il Voucher stesso. Utilizzando questo strumento si intende sfruttare la capacità di valutazione del paziente sulla qualità del servizio alla fine di trovare la soluzione da lui preferita: per far sì che sia incentivato alla ricerca del miglior rapporto qualità/prezzo è in genere prevista una sua compartecipazione al costo del servizio. Ne vengono esaminati gli impieghi e le problematiche connesse all'utilizzo in sanità.

Il Proxy Shopping infine è un meccanismo che prevede il rimborso all'ente erogatore dei servizi in base al prezzo uguale a quello pagato dai consumatori privati dei medesimi servizi.

Il libro, pur presentando una trattazione tecnica in alcune sue parti, si presta ad interessanti riflessioni sulle specificità del settore sanitario e richiama tutte le problematiche connesse alla ricerca di un insieme di regole basate sull'incentivo individuale alla ricerca dell'efficienza, inserito in un contesto istituzionale improntato all'equità ed alla garanzia dell'assistenza a tutti i cittadini.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

GRAMMA (a cura di)

**Gestire la qualità
nei servizi**

Isedi, 1992,
pag. 139, lire 28.000

La ricerca della qualità sta diventando, nella emergente cultura manageriale, il modo con il quale le aziende tentano di conquistare un vantaggio competitivo oggi difficilmente acquisibile attraverso la sola logica dei volumi. Perciò la qualità assume un ruolo essenziale per la gestione nei suoi diversi aspetti e ciò vale ovviamente anche per le aziende di servizi.

Questa raccolta antologica offre cinque saggi sulla qualità nei servizi sia da un punto di vista concettuale che di esperienze raccolte « dal vivo ».

Ogni attività presuppone l'attenta conoscenza dei vari congegni giuridici che la disciplinano; ciò vale in particolare per le attività di volontariato che spesso nascondono problemi tecnico-giuridici complessi e a volte sottovalutati.

Alla luce della « legge quadro sul volontariato » dell'11 agosto 1991, n. 266, il libro affronta le diverse problematiche giuridiche e i riflessi organizzativi, fiscali e contrattuali.

V. ITALIA

**Il volontariato,
organizzazioni,
statuti
e convenzioni**

Giuffrè editore, 1991,
pag. 333, lire 38.000

V. DE MICHELI,
T.O. JEFFERSON

**Manuale
di programmazione
e organizzazione
sanitaria**

La Goliardica Pavese,
1992,
pag. 340, lire 30.000

La programmazione sanitaria è analizzata dal lato metodologico attraverso la descrizione, anche critica, di una serie di strumenti di lavoro che possono essere utilizzati per l'analisi dei servizi sanitari.

A. VIGNUDELLI

**La comunicazione
pubblica**Maggioli editore, 1992,
pag. 413, lire 54.000

Il tema della comunicazione pubblica viene affrontato, in un quadro complessivo ed esauriente, sotto il profilo dell'approccio giurispubblicistico. Sono infatti sviluppati sia gli aspetti fenomenologici e storici, sia quelli concernenti l'inquadramento costituzionale, organizzativo, amministrativo ed operativo. Vengono inoltre esplorate le diverse prospettive che descrivono la complessa trasformazione che il soggetto pubblico sta attraversando, in vista pure della dimensione europea in cui deve collocarsi.

U. MORELLI

**La sfida
del cambiamento
dei servizi pubblici**Isedi, 1991,
pag. 228, lire 30.000

I contributi raccolti, opera di studiosi e docenti di discipline specifiche del settore, disegnano una riorganizzazione praticabile del servizio pubblico a partire da criteri interni, dimostrando come soltanto la piena comprensione della particolarità delle problematiche umane e gestionali possa condurre alla formazione di una specifica managerialità.

L. TOSI (a cura di)

**Il regime tributario
delle
Unità sanitarie locali**Maggioli editore, 1992,
pag. 491, lire 64.000

Viene presentato il lavoro svolto da un gruppo di studio costituitosi presso l'Università di Venezia, allo scopo di approfondire il regime tributario dei cosiddetti « enti non commerciali » nelle sue molteplici sfaccettature.

I. MORETTI,
P. SABBATINI**Le leggi
di sanità pubblica**Pàtron editore, 1992,
pag. 1891, lire 100.000

Questa raccolta di provvedimenti legislativi vuol essere un manuale di rapida consultazione delle « Leggi di Sanità Pubblica » e comprende la legislazione nazionale promulgata sino al 31 dicembre 1981 e la legislazione regionale del 1981. Essa vuol essere un valido ausilio a quanti oggi si occupano ad ogni titolo del settore sanitario.

M. SIRONI MARIOTTI

**L'Europa
della sanità**

Pirola editore, 1991,
pag. 204, lire 28.000

Lo stato dell'arte della sanità nel quadro europeo viene trattato con particolare riguardo ai temi relativi alla politica comunitaria della sanità, la circolazione del personale sanitario, la ricerca comunitaria nel settore e problematiche relative alla produzione e diffusione di farmaci. In appendice vengono esposte le direttive comunitarie relative agli argomenti trattati.

P. DONATI

**Risposte alla crisi
dello Stato sociale**

Franco Angeli, 1984,
pag. 309, lire 24.000

L'autore prende spunto dalla crisi dello Stato sociale europeo, nella versione di « welfare state » consolidatosi nell'ultimo trentennio, per delineare il significato, gli obiettivi, gli strumenti della politica sociale in prospettiva sociologica.

G. PIERETTI,
S. PORCU

**Le politiche sociali
per gli anziani
nella prospettiva
europea**

Franco Angeli, 1992,
pag. 187, lire 24.000

Vengono presentati gli atti del convegno « Le politiche sociali per gli anziani nella prospettiva europea — interventi di rete e nuovi modelli organizzativi dei servizi », tenutosi a Bologna nella primavera del 1990 e dal quale è emersa la necessità di contemperare un'attenzione generale per il mondo anziano con politiche dei servizi sempre più diversificate e rivolte ai bisogni peculiari della condizione anziana.

Come avvicinarsi al « mondo altro » da parte dell'operatore sociale, nel momento in cui cerca di portare il proprio contributo di conoscenza e di aiuto a chi si trova in difficoltà?

Le argomentazioni trattate dagli autori partono da questo interrogativo, nel tentativo di approdare ad una ipotesi possibile di compromesso tra sistemi di valori di tipo universale e sistemi di valori frutto delle esperienze di operatori da un lato e di cittadini-fruitori dall'altro.

O. CELLENTANI,
F. FACCHINI,
P. GIUDICINI

**Dimensione
relazionale
e sistema dei valori
nel servizio sociale**

Franco Angeli, 1991,
pag. 133, lire 18.000

SPOGLIO RIVISTE

(DIVISE PER ARGOMENTI)

Struttura ed organizzazione dei sistemi sanitari

45 *Assemblea Mondiale della Sanità, Ginevra 4/14 maggio 1992*
Isis, 1992, n. 7/8

ANGELL M.

The Presidential candidates and Health Care Reform
The New England Journal of Medicine, 1992, 11: 800-812

BRENNA A.

L'egalité de tous devant les soins. Mythe ou réalité?
Journal d'Economie Medicale, 1992, 3 (10): 167-173

Systemes de Sante Europeens

Journal d'Economie Medicale, 1992, 1/2 (10)

GARATTINI L.

Proposte per un reale miglioramento del S.s.n.
Isis, 1992, 27: 14-17

RAMIREZ TED L.

Introduction to multihospital systems
Topics in Health Care Financing, 1992, 18 (4): 1-23

KAISER LELAND R.

The future of multihospital systems
Topics in Health Care Financing, 1992, 18 (4): 32-45

Valutazione economica delle attività sanitarie

FAGNANI F., LAFUMA A., SEVERO C.

La mesure de la Qualité de la vie et l'évaluation économique du médicament: presentation et discussion de l'échelle de Rosser
Journal d'Economie Medicale, 1992, 4/5 (10): 237-252

Le scale di « qualità della vita » sono l'oggetto di interesse crescente nel campo della valutazione delle tecniche mediche e della medicina. Viene suggerito un insieme di criteri di classificazione di questi approcci, tenendo conto gli oggetti perseguiti, il campo di applicazione, il contenuto concettuale, i metodi di aggregazione e l'espressione delle preferenze. In questo ambito, la scala Nossen e Kimo, l'autoquestionario HMQ e il metodo delle QALY sono presentate e discusse.

LOEWY J.W., KAPADIA A.S., DAVIS B.R.
Statistical methods that distinguish between attributes of assessment: Prolongation of life versus quality of life
Medical Decision Making, 1992, 12 (2): 83-92

RAMSEY S.D., NETTLEMAN M.D.
Cost-effectiveness o prophylactic AZT follozing needlestick injury in Health Care Workers
Medical Decision Making, 1992, 12 (2): 142-148

LAMAS G.A.
Do the results of randomized clinical trials of cardiovascular drugs influence medical practice?
The New England Journal of Medicine, 1992, 327 (4): 241-247

WILKINSON S.L., PERRY S.
The technology assessment and practice guidelines forum: a modified group judgment method
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 1992, 8 (2): 289-300

GOODMAN CLIFFORD
It's time to Rethink Health Care Technology Assessment
Int. Journal of Technology Assessment in Health Care, 1992, 8 (2): 335-358

JOHANNESSON MAGNUS
On the Discounting of Gained Life-Years in Cost-Effectiveness Analysis
Int. Journal of Technology Assessment in Health Care, 1992, 8 (2): 359-364

**Gestione
dei servizi sanitari**

BROOKFIELD D.
Performance Measurement: Focusing on the Key Issue
Journal of Management in Medicine, 1992, 6 (2): 39-45

WHITFIELD M., BAKER R.
Measuring patient satisfaction: a test of construct validity
Quality in Health Care, 1992, 1 (2): 104-109

LA CAMERA L.
Aspetti e tecniche aziendaliistiche nella rendicontazione delle gestioni
Ragiusan, 1992, 95: 38-44

GARRI F.
Il bilancio finanziario e la sua gestione
Ragiusan, 1992, 96: 32-50

GHISELLI P.C.
Programmazione e gestione della risorsa-tempo nell'attività di vigilanza e ispezioni nei servizi di igiene pubblica: aspetti di sistema informativo
QA, 1992, 2: 31-35

ROUSE R.A.

Understanding Service Marketing: a Theoretical Analysis of Professional-Client Exchanges
Journal of Professional Services Marketing, 1991, 8 (1): 17-43

BUSBIN W.J., SELF D.R.

Wellness and Prevention Programs as Internal Marketing Programs for Hospitals: The Current Status
Journal of Hospital Marketing, 1991, 6 (1): 131-148

PUTMAN R.L., RAYBURN M.J., RAYBURN L.G.

PPs Implementation Effects on Efficiency and Cost Control in the Hospital Industry
Journal of Hospital Marketing, 1991, 6 (1): 175-211

**Spesa
farmaceutica**

DUMAS Y., SERRANO J.J., DURU G.

Analyse structurelle et reflexion strategique sur les opportunities de liberation du prix du medicament en France
Journal d'Economie Medicale, 1992, 4/5 (10): 215-223

ABOULKER D.L., COURCELLE F., LAUNOIS R.

Fixation du prix du medicament en France: l'impossible reforme?
Journal d'Economie Medicale, 1992, 4/5 (10): 287-296

LIPTON H.L. BERO A.L., BIRD A.J., MCPHEE S.J.

The impact of Clinical Pharmacists' Consultations on Physicians' Geriatric Drug Prescribing: a Randomized Controlled Trial
Medical Care, 1992, 30 (7): 646-658

WAUD D.R.

Pharmaceutical Promotions - A Free Lunch?
The New England Journal of Medicine, 1992, 327 (5): 351-353

IL FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE COME STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

di Elio Borghonovi

La ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le Regioni e le U.s.l.

da Atti del Convegno
Udine 10-11 giugno 1983

La programmazione è quindi una *caratteristica qualitativa* dell'azione pubblica nel settore della sanità. Non esiste un sistema che si può dire essere « programmato » ed un sistema che si può dire essere « non programmato » in termini così precisi: ogni sistema raggiunge nei diversi periodi un differente « grado di programmazione » in ragione del fatto che le scelte siano assunte sulla base di riferimento ad obiettivi più o meno espliciti di modificazione della dinamica « naturale », e di obiettivi tra loro coordinati sia funzionalmente sia territorialmente. Questo, almeno, se si guarda alla dinamica sostanziale e non all'aspetto formale della esistenza o meno di « documenti » denominati Piani e/o Programmi (statali, regionali, locali).

Si può allora affermare che il « grado di programmazione » raggiunto in un dato periodo storico dal S.s.n. dipende:

— dal grado di coerenza secondo cui ogni « livello di governo » realizza il processo di definizione degli obiettivi da raggiungere, delle azioni da porre in essere delle risorse da impiegare;

— dal grado di « coerenza » delle relazioni verticali che garantisce una sinergia dei diversi interventi e non il reciproco annullamento.

È indubbio che l'orientamento verso una logica di programmazione dipende in larga misura dalla « volontà politica » di agire su meccanismi di comportamento in qualche misura giudicati « funzionali » a certi interessi particolari consolidati nel tempo, ma troppo spesso si trascura il fatto che seri ostacoli derivano dalla prevalenza di « schemi concettuali » inadeguati ad interpretare la realtà. Un esempio tipico è quello della *dicotomia* che generalmente viene proposta tra *programmazione dell'attività e finanziamento*. Sono normali, anche nei documenti ufficiali, affermazioni del tipo:

— il processo di programmazione *trova vincoli* nelle carenze di finanziamento;

— le indicazioni del Piano (o del Programma) saranno attuate *nei limiti* del finanziamento;

— i Piani ed i Programmi definiti non potranno realizzarsi se non si modifica il processo di finanziamento.

Sono espressioni concettualmente inadeguate in quanto non tengono conto che il finanziamento *costituisce* un elemento essenziale della programmazione. Non esiste separazione tra i due processi, ma la soluzione dei problemi del finanziamento costituisce la fase fondamentale del processo di programmazione.

Nella realtà della gestione di qualsiasi sistema non esiste separazione tra « attività da svolgere » e « acquisizione dei mezzi finanziari necessari »: al contrario si ha stretta congiunzione in quanto mai si dovrebbe decidere su cosa fare e come fare se *contestualmente* non si decide in merito alle risorse finanziarie da « mettere in

campo » o che si « prevede di poter mettere in campo » in base a stime sui criteri di assegnazione da parte di Stato e Regioni nel caso di strutture a « finanza derivata ».

Non è corretto considerare il problema del finanziamento come problema di puro « calcolo tecnico del bisogno di finanziamento e della relativa richiesta di fondi » una volta compiute le scelte di programmazione: si tratta di una visione limitata e contabile dei problemi e non di una visione « economica » degli stessi.

Essendo la scarsità delle risorse un dato *reale* dell'operare, la valutazione delle implicazioni « finanziarie » delle scelte è condizione essenziale per la verifica di « realistica » e di « fattibilità » delle scelte da attuare.

I problemi del finanziamento non sono *una conseguenza* della programmazione, ma la loro soluzione secondo criteri e metodologie diverse può qualificare, favorire o ostacolare un serio processo di programmazione.

La scelta dei *criteri e dei metodi di riparto del F.s.n. e dei F.s.r.* è una scelta di *programmazione* non solo perché definendo l'ammontare delle risorse definisce i vincoli all'azione, ma perché condiziona in direzioni diverse il tipo di « responsabilizzazione economica » dei diversi operatori del sistema. Ad esempio un metodo che sostanzialmente si riduce alla « copertura della spesa effettiva sostenuta » comporta un basso grado di attenzione agli aspetti di efficienza e di « autoselezione degli interventi discrezionali », mentre un metodo di finanziamento su base di standards di efficienza, può comportare una maggiore responsabilizzazione sui meccanismi di « produzione delle prestazioni » ma una scarsa attenzione agli aspetti di « contenimento delle prestazioni inutili ».

La programmazione si fa se esistono: idee, volontà di cambiamento, strumento, risorse. In questo senso si deve parlare di programmazione e finanziamento come di un binomio e non come di una dicotomia.

La gestione dei flussi finanziari del sistema e controllo economico

La gestione dei flussi finanziari dallo Stato alle Regioni e da queste alle U.s.l., è aspetto rilevante della programmazione e quindi è strumento efficace, a volte più efficace delle stesse « leggi sui servizi e sull'assistenza », di governo del sistema. La gestione dei flussi finanziari ha, nell'ambito degli obiettivi della programmazione, l'obiettivo principale di salvaguardare un determinato equilibrio tra livello della spesa prevista (o sostenuta) e livello dei fondi assegnati alla Sanità a preventivo (o a consuntivo). Si tratta di un obiettivo assai difficile da perseguire in un sistema fondato *tendenzialmente* su un finanziamento unico o su più centri di spesa autonomi in quanto sono inevitabili le spinte della periferia ad aumentare i livelli di spesa (correlati o non correlati a più elevati livelli qualitativi/quantitativi di assistenza) e le esigenze delle autorità Centrali (nei confronti delle Regioni) e Regionali (nei confronti delle U.s.l. a contenere il più possibile il livello dei trasferimenti). In particolare si può osservare che esistono differenti modelli di *controllo economico del sistema*.

Un primo metodo è quello che si fonda sul controllo dei fattori reali impiegati (personale, attrezzature, beni di consumo, servizi) o delle « prestazioni sanitarie acquisite dall'esterno » e del conseguente finanziamento della relativa spesa. È il modello « classico » della P.A. e comunque di tutti quei settori per i quali è difficile la misurazione e la valutazione dell'output e per i quali si ipotizza una correlazione diretta tra input ed output. L'omogeneizzazione e l'uniformità è quindi valutata in termine di « indici » e di « parametri » di dotazione di fattori produttivi, il che evidentemente porta a sottovalutare il fatto che le diverse realtà territoriali possono essere caratterizzate per diversi motivi da differenti bisogni di assistenza e che in altri casi il semplice aumento delle prestazioni costituisce motivazione per richiedere un aumento della dotazione di fattori. A parte le considerazioni sull'autonomia decisionale dei diversi livelli di governo va sottolineato che tale metodo è *gestibile senza*

eccessive disfunzioni in una realtà semplice in cui è limitato il numero di « controlli amministrativi ». In una realtà complessa quale è quella dei rapporti U.s.l. - Regione e Regione - Stato, il metodo dei controlli amministrativi crea più disfunzioni che vantaggi ed in particolare: ritardi eccessivi dell'azione, verifiche solo « formali » del rispetto dei vincoli imposti, in generale « burocratizzazione » perversa delle relazioni.

Ma l'effetto maggiormente negativo di tale metodo è quello che si ha sul comportamento economico, nel senso che esso non è idoneo a stimolare la ricerca di più elevati livelli di efficienza, ma al contrario « premia » solo comportamenti di « aggiramento » dei vincoli o dei parametri di dotazione di fattori produttivi (la logica delle « deroghe » che diventano assai frequenti ed a volte più numerose delle « norme »).

Un secondo modello di finanziamento è costruito partendo dalla definizione di uno « schema ottimale » di organizzazione dei servizi e da uno schema « ottimale » di funzionamento da cui deriva una quantificazione ottimale del livello di spesa che « dovrebbe » essere sostenuta in ogni realtà locale, livello al quale occorre avvicinarsi *gradualmente*, secondo una tempificazione giudicata conveniente, partendo dalla situazione di partenza della spesa attuale.

Spesso si afferma che questo modello è quello più corretto logicamente e che ha il solo grande difetto di essere « tecnicamente » molto difficile da applicare. In effetti, invece, la sua debolezza sta proprio nell'assunto logico, in quanto non esiste, se non in una rappresentazione estremamente limitata e quindi limitativa della realtà, uno schema ottimale della domanda e di sue caratteristiche, di livello di efficienza (che, si ricorda, non è una pura questione tecnica, ma anche di comportamento degli uomini). Quando, inoltre, si pensa che carattere specifico della gestione è quello di « adattarsi » alle differenti condizioni in cui si svolge e che è tipica espressione di autonomia delle U.s.l. la scelta delle « modalità » di risposta alle esigenze sanitarie interpretate dagli organi a ciò istituzionalmente preposti, purché tali modalità non si riflettano negativamente sulle condizioni di gestione di altre U.s.l., si può apprezzare la scarsa « operatività » dei modelli di ottimizzazione generica. Compito della Regione nei confronti delle U.s.l. e dello Stato nei confronti delle Regioni è quello di predisporre strumenti per individuare, valutare ed evitare il manifestarsi di « diseconomie » esterne derivanti dalle scelte di singole U.s.l., non quello di ricercare ed imporre « schemi ottimali di gestione ». E peraltro l'imposizione di schemi rigidi di gestione per esigenze di controllo (contenimento) della spesa contribuisce a diffondere un atteggiamento puramente « esecutivo » ed « amministrativo » dei centri decisionali del sistema e comportamenti di deresponsabilizzazione sugli effettivi livelli di efficacia e di efficienza.

Un terzo modello di finanziamento si basa su una logica di *controllo* non in negativo, attraverso vincoli, ma in positivo, attraverso incentivi ad operare nella direzione desiderata. Il modello si basa sul principio che, in un sistema in cui il finanziamento delle attività non avviene attraverso un meccanismo di mercato, cioè sulla base di ciò che è prodotto, è necessario ai fini della responsabilizzazione procedere ad assegnazioni *indipendenti* dai livelli di spesa effettivi o da livelli di spesa costruiti su un *modello* di ottimalità che non esiste nel reale, ma solo nell'estrazione teorica. Il modello funziona nel modo seguente:

- individuata tramite analisi di diverso tipo, l'esistenza di sprechi, inefficiente e prestazioni non correlate ai bisogni;
- posti degli obiettivi di riduzione di questi fenomeni che siano realistici (ad esempio è irrealistico pensare che in tempi brevi siano possibili recuperi rilevanti di efficienza e razionalità);
- si tratta non di imporre modalità operative vincolanti su come recuperare tali livelli di razionalità di gestione, ma di adottare una modalità di finanziamento

che « renda conveniente » certe scelte, ad esempio contenere il ricorso alla ospedalizzazione o il consumo di farmaci, ecc.

Non è funzione della Regione o dello Stato indicare gli strumenti operativi per raggiungere l'obiettivo; rientra invece nelle loro funzioni studiare ed applicare un sistema di finanziamento capace di « premiare » quelle U.s.l. che attuano risparmi e razionalizzazioni.

Ed ancora una volta il problema non è di tipo tecnico, ma di logica secondo cui viene affrontato il problema come si vede nel successivo paragrafo.

La gestione del sistema di finanziamento

La differenza sostanziale del terzo modello rispetto ai primi due è la seguente: esso attribuisce peso determinante più alla « gestione del processo di finanziamento » che non ai suoi aspetti strutturali. In esso non è determinante la precisione degli *indici* dei *parametri* di riferimento, il fatto che essi siano definiti, a volte in termini anche pragmatici, in modo da « attivare un ciclo positivo di comportamenti emulativi verso maggiori livelli di razionalità » disattivando « i cicli perversi di comportamenti emulativi nella ricerca della deroga ai vincoli ». Oltre tutto il sistema ha il pregio di « costruirsi » dinamicamente e di non dover attendere parametri ed indici « rigorosamente identificati »: si tratta di un pregio non indifferente se si ricorda il detto popolare secondo cui spesso « l'ottimo è contrario del meglio ». Il sistema si costruisce in quanto la applicazione di parametri di valutazione anche *non affinati* in una prima fase, purché posti nella direzione adeguata, e le successive verifiche degli effetti prodotti e delle modificazioni dei comportamenti, consentono di individuare i punti di debolezza e di raccogliere utili indicazioni per un affinamento successivo.

Il problema dei rapporti tra Regioni-U.s.l. e tra Stato-Regioni si sposta dal terreno della dicotomia controllo gerarchico-autonomia al terreno di una corretta interpretazione dei rispettivi ruoli in cui chi deve ricevere il finanziamento cerca di « ottenere il più elevato ammontare del volume possibile » e chi deve finanziare cerca di applicare criteri di valutazione capaci di ridurre sempre più lo spazio per la richiesta di mezzi finanziari di cui non sia motivato l'impiego o non sia dimostrato l'impiego secondo criteri di razionalità.

L'applicazione di tale modello che si fonda sul rafforzamento della capacità di dare motivazioni esplicite ed analitiche dei fattori che determinano la spesa, sul confronto sostanziale formale su previsioni di azioni ed azioni effettive, sul confronto tra risultati di cambiamento desiderati e i risultati effettivamente ottenuti, sulla revisione periodica su basi di chiare « regole », non risolve certamente contrasti e conflitti tra i diversi livelli di governo, ma, ciò che conta per il sistema nel suo complesso, tende a porli ad un livello di razionalità via via più elevato.

Ma fino a quando nel nostro sistema sarà prevalente la logica di manovra del finanziamento in termini di vincoli per evitare comportamenti gestionali negativi e non di incentivi a realizzare comportamenti di segno positivo, sarà inutile entrare in certi dettagli tecnici e metodologici.

La bibliografia che segue è prevalentemente centrata sul contesto italiano. Tra le numerose pubblicazioni prodotte all'estero abbiamo scelto solo alcuni testi « di riferimento ». Inoltre, non si riportano pubblicazioni specifiche sui sistemi di pagamento prospettici e sui DRG, in quanto oggetto della bibliografia pubblicata sul 1° numero di Mecosan.

Altri autori

BRENNA A.

Il finanziamento del S.s.n. in un regime di sicurezza sociale
Tratto da *Il nuovo osservatore*, Ottobre 1969

CULYER A.G.

Economic Policies and Social Goals
M. Robertson, 1974

COMITATO INTERASSOCIATIVO PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Considerazioni su alcuni aspetti tecnico-finanziari dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale
1978

HANAU F.

Les modifications de l'activite hospitaliere liees a la reforme du financement: Le cas italien
1978

ABEL SMITH B., MAYNARD A.

The organization, financing and cost of Health Care in The European Community
Cce, 1979

EASTAUGH S.R.

Medical economics and Health Finance
Auburn House, Boston, 1981

BURATTI C.

Il finanziamento della spesa ospedaliera nel periodo 1975-1978: Qualche insegnamento per il futuro
Univ. Cattolica Csea, 1982

ZANGRANDI A., MENEGUZZO M.

Come riprogettare una distribuzione guidata dei fondi delle U.s.l. Tratto da: La ripartizione del F.s.r., a cura della regione Friuli-Venezia Giulia
Editore regione Friuli-Venezia Giulia, 1983

STERPI S., BARILETTI A., BURATTI C., CEREÀ G., MAYNARD A., LUDBROOK A.

Bisogno di salute e finanziamento della Sanità in Italia
Vita e Pensiero, 1983

BORGONOVÌ E.

Il finanziamento del S.s.n. come strumento di programmazione e controllo
Tratto da: Convegno — La ripartizione del F.s.n. tra le Regioni e le U.s.l. — Udine 10-11 giugno 1983
regione Friuli-Venezia Giulia, 1983

AA.VV.

Convegno: La ripartizione del F.s.n. tra le Regioni e le U.s.l. Udine 10-11 giugno 1983
Tratto da: Incontro di studio organizzato dalla regione Friuli-Venezia Giulia
Editore regione Friuli-Venezia Giulia, 1983

- BURATTI C.
Bisogni sanitari e criteri di ripartizione del Fondo sanitario nazionale fra le Regioni in: Il bisogno di salute e finanziamento della sanità in Italia
Vita e Pensiero, 1983
- CLERICO G.
Economia della salute: un'analisi introduttiva
F. Angeli, 1984
- TADEI R.
Modelli di allocazione spaziale delle risorse sanitarie
Ires, Torino 1984
- YOUNG D.
Financial control in Health Care
Irwin, Homewood Illinois, 1984
- BORGONOV E., MENEGUZZO M.
Processi di cambiamento e di programmazione nelle Unità sanitarie locali
Giuffrè, 1985
- DELOGU S., FRANCE G., BUGLIONE E.
Il comportamento di spesa delle Unità sanitarie locali di Roma e provincia
Officina edizioni, 1985
- FORMEZ
Finanziamento e gestione economico-finanziaria delle U.s.l.
Formez, 1986
- IRER (a cura del)
L'U.s.l.: come si organizza, come spende. Una ricerca pratica in Lombardia
F. Angeli, 1986
- Finanziamento e gestione economico-finanziaria delle Unità sanitarie locali*
Formez, 1986
- UNIVERSITÀ DI BOLOGNA, CONVEGNO NAZIONALE 8-9 NOVEMBRE 1985, BO
La gestione finanziaria della Sanità
Giuffrè, 1986
- REY M.
Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale
Formez, 1986
- MOONEY G.H.
Economics, Medicine and Health Care
Brighton, Wheatsheaf Books, 1986
- A.V. MURARO G. (a cura di)
Problemi finanziari del Servizio sanitario nazionale
F. Angeli, 1987

- LORETI P.
Modello di riparto del Fondo sanitario nazionale 1987 di parte corrente, in Isis n. 5, 1987
- ENTHOVEN A.C.
Theory and practice of managed competition in Health Care Finance North-Holland, 1988
- BORGONOV E.
Il S.s.n.: caratteristiche strutturali e funzionali
CeRGAS (a cura di), 1988
- MINISTERO DE SANIDAD Y CONSUMO (ESPANA)
Financiacion, cobertura, oferta asistencial y coparticipacion en Europa: sintesis
1988
- SPAGNOLI G., MONTAGUTI U., ZANETTI M.
Indicatori ospedalieri e criteri di ripartizione dei fondi. Una revisione critica
Osp. S. Orsola - Malpighi - Bo, 1988
- MASSIE A.
How Should Health Service be Financed? A patient's view
Aberdeen University Press, 1988
- GERTLER P. LOCAY L., SANDERSON W.
Health Care Financing and the demand for medical care 1988
- BRENNA A., MAPELLI V., TROGNI L., MIN. TESORO COMMISSIONE TECNICA SPESA PUBBLICA
Analisi della spesa e della allocazione delle risorse nel Servizio sanitario nazionale
1988
- FATTORE G., GARATTINI L.
L'allocazione delle risorse finanziarie nel SSN: il quadro teorico e una soluzione pratica
Tratto da: Economia Pubblica, Novembre 1989
- FRANCE G., DESIDERI C., (a cura di)
Le prospettive a medio termine del Servizio sanitario nazionale
Isr-Cnr, 1989
- FRANCE G.
Assistenza sanitaria e compatibilità macroeconomiche
Isr-Cnr, 1989
- BRENNA A., FRANCE G.
Sistemi di compenso delle prestazioni ospedaliere
F. Angeli, 1990
- ISTITUTO DI STUDI SULLE REGIONI
Osservatorio finanziario regionale. La finanza regionale, la finanza delle U.s.l.
F. Angeli, 1991
- MCGUIRE A., FENN P., MAYHEW K.
Providing Health Care: the economics of alternative systems of finance and delivery
Oxford University Press, 1991
- GARATTINI L.
Il S.s.n.: Organizzazione, servizi, finanziamento
Kailash Editore, 1992
- APPLEBY J.
Financing Health Care in the 1990s
Open Univ. Press., 1992

TESI DI LAUREA

Tesi di laurea presentata all'Università Commerciale « L. Bocconi », corso di laurea in Economia Aziendale. A.A. 1991/92. Relatore: Elio Borgonovi.

“LE PROBLEMATICHE CONNESSE ALLA GESTIONE DEI SERVIZI PUBBLICO MEDIANTE IL RICORSO ALL'ESTERNO: IL CASO DELLE COOPERATIVE DI SOLIDARIETÀ-SOCIALE”

di Antonella Brovelli

La crescente e variegata domanda di servizi pubblici, in particolare di servizi socio assistenziali, suggerisce alla pubblica amministrazione la ricerca, l'analisi e la progettazione di risposte, soluzioni e modelli di riferimento adeguati all'attuale complessità strutturale ed istituzionale, nell'intento di migliorare in prospettiva l'efficacia e l'efficienza dei servizi e della loro organizzazione.

In questa sfida, accanto all'impegno del settore pubblico, si profila il possibile coinvolgimento sia del settore privato sia di quello definito privato sociale o terzo settore.

Il ricorso all'esternalizzazione dei servizi non è certo privo di difficoltà e controindicazioni: potendo essere fonte di collusioni opportunistiche o possa comportare costi di transazione elevati a tal punto da rendere sconveniente questa soluzione. Tuttavia l'esternalizzazione può portare a servizi più efficienti, prodotti con minori costi, con maggiore attenzione ai bisogni della clientela ed in grado di adeguarsi al continuo cambiamento delle condizioni di mercato. A fronte di sempre maggiori difficoltà da parte dello Stato a soddisfare i bisogni della collettività, soprattutto dei gruppi più svantaggiati.

Tra le varie forme di gestione che, operando all'interno del terzo settore, possono offrire i propri servizi alla pubblica amministrazione, emergono le Cooperative di Solidarietà sociale.

Sorte attorno alla fine degli anni '70, inizi anni '80, hanno rappresentato un'innovazione sia nel campo dell'Impresa sia nel campo dell'assistenza. Il loro scopo consiste nella erogazione di servizi socio-assistenziali o nella creazione di opportunità di lavoro a fini di solidarietà a persone svantaggiate. (Con questo termine vengono indicati gli utenti delle cooperative di solidarietà sociale: handicappati fisici o psichici, anziani, minori, ex tossicodipendenti, malati mentali).

Le cooperative di solidarietà sociale sono il frutto dell'intersecarsi di fattori sociali, giuridici ed economici e rappresentano il punto di fusione tra diverse aree: l'area dei servizi sociali, quella del volontariato e quella della cooperazione. Esse infatti gestiscono servizi sociali integrando al loro interno soci lavoratori e persone che prestano la loro attività a titolo di volontariato, è presente su un piano di parità con i soci lavoratori e spesso costituisce un importante stimolo per la comunità locale.

L'insieme di tutte queste componenti costituisce una novità in un settore caratterizzato da logiche erogatorie, burocratiche e scarsamente innovative come quello dell'organizzazione pubblica e poco flessibili, poco strutturate e poco trasparenti di associazioni e gruppi di volontariato.

Il principio della democrazia gestionale, tipico delle cooperative di solidarietà sociale, determina poi una caratteristica innovativa rispetto ad organizzazioni, sia pubbliche che private, tradizionalmente strutturate in forma verticistica.

Le cooperative di solidarietà sociale che operano nell'erogazione di servizi socio assistenziali possono essere suddivise in due principali tipologie:

- la prima si occupa della gestione di servizi sociali in senso stretto: quali la comunità di accoglienza per ex tossicodipendenti, centri sociali e diurni per handicappati, servizi di day hospital, di assistenza domiciliare e pensionati per anziani;
- la seconda riguarda quelle realtà che svolgono un'attività produttiva di beni e servizi; appartengono a tale tipologia le cooperative che si propongono l'inserimento o l'integrazione lavorativa di ex tossicodipendenti, malati mentali o handicappati.

Da un'indagine condotta su un campione scelto tra le più significative cooperative di solidarietà sociale della provincia di Varese emergono alcuni dati che possono essere generalizzati.

Innanzitutto la loro nascita è spesso legata a gruppi di volontariato che in una logica di condivisione dei problemi sociali del territorio ricercano il soddisfacimento dei bisogni della collettività.

La crescita ed il successo dipendono poi da numerosi fattori tra i quali l'effettiva capacità di adattarsi alle aspettative dell'utenza attraverso prestazioni e servizi innovativi ed accurati e lo stretto legame con il territorio, che significa consenso sia da parte dell'Ente pubblico sia di singoli cittadini.

A titolo di esempio può essere citato il caso della cooperativa « Solidarietà e servizi » di Busto Arsizio che offre la propria opera ad anziani, handicappati e minori. Con l'assistenza domiciliare ad anziani essa è presente in ben 12 comuni convenzionati delle provincie di Varese e Milano. I casi sono studiati singolarmente da un'équipe di esperti che collabora con operatori e volontari, offrendo servizi diversi a seconda delle esigenze.

Per quanto riguarda l'assistenza agli handicappati, la cooperativa ricerca forme innovative di erogazione dei servizi: a tal fine è stato sviluppato il progetto « Abaco » che prevede l'informatica a favore dei disabili.

Accanto a questi « punti di forza » delle cooperative di solidarietà sociale, non si nascondono tuttavia alcune difficoltà legate soprattutto alle carenze di carattere imprenditoriale e organizzativo presenti in numerose cooperative.

Le cooperative di solidarietà sociale rappresentano un'iniziativa giovane ma le esperienze maturate in questi anni hanno dimostrato come queste imprese abbiano le potenzialità per poter divenire sempre più valide collaboratrici di modelli innovativi di assistenza.

Tesi di laurea presentata all'Università Commerciale « L. Boconi », corso di laurea in Economia Aziendale. A.A. 1991/92. Relatore: Elio Borgonovi.

“IL CONCETTO DI COMUNICAZIONE INTEGRATA IN UN ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO: IL CASO S. RAFFAELE”

di Marina Monguzzi

Nella maggior parte delle organizzazioni è tuttora diffusa la tradizionale distinzione dell'attività di comunicazione in comunicazione interna e comunicazione esterna.

Tale distinzione, basata fundamentalmente sulle diverse competenze e sulle specificità degli strumenti necessari per raggiungere efficacemente diverse categorie di pub-

blico, è nata all'interno di imprese tradizionali in cui esistevano maggiori elementi di certezza in relazione ai confini organizzativi.

L'evoluzione subita dal modello tradizionale d'impresa, caratterizzata dal passaggio da strutture di tipo meccanico, fondate su rapporti di tipo gerarchico burocratico e chiuse nei confronti dell'esterno, a strutture di tipo organico, dove i rapporti esistenti sono simili a quelli di mercato, di tipo professionale, basate sugli impegni reciproci e sul coinvolgimento di tutti i soggetti, ha posto in evidenza una profonda modificazione del contenuto e della struttura dell'attività di comunicazione.

Il ruolo della comunicazione si modifica in relazione alle difficoltà di stabilire dei confini precisi tra ciò che è interno e ciò che è esterno all'organizzazione; l'attenuazione delle barriere tra interno ed esterno pone infatti in evidenza lo stretto rapporto di complementarietà tra comunicazione interna e comunicazione esterna.

La compresenza dei due flussi comunicazionali e lo stretto rapporto esistente tra di essi sono alla base del concetto di comunicazione integrata, per cui la distinzione tra le due aree della comunicazione risulta unicamente operativa e non strategica, finalizzata esclusivamente alla segmentazione dei pubblici ed alla scelta degli strumenti.

La gestione integrata dell'attività di comunicazione prevede che strategie e politiche di comunicazione siano solidamente radicate nella personalità e nella missione aziendale; le diverse attività vengono progettate e gestite unitariamente, coordinando l'attività di tutti coloro che emettono messaggi e valorizzando le possibili sinergie in modo sistematico e coerente.

Nel settore sanitario, in cui gli operatori che entrano in contatto con l'esterno sono molti e ad ogni livello, ed in particolare in una struttura complessa come quella dell'Istituto San Raffaele, la necessità di coordinare i flussi normativi nelle due direzioni è particolarmente evidente.

L'immagine dell'organizzazione, per la stragrande maggioranza degli utenti, si forma nel contatto con il personale.

Ciò che viene comunicato all'utente attraverso la qualità del servizio e degli atti di comunicazione, intenzionali e non, dipende dallo stato delle relazioni interne e dalle condizioni organizzative, una discordanza tra interno ed esterno può comportare effetti negativi e vanificare, almeno in parte, le iniziative di comunicazione dell'istituto.

L'immagine istituzionale acquista credibilità quando l'azione persuasiva e promozionale viene accompagnata da un'analogo sforzo rivolto alle risorse umane.

Anche sul piano della fruizione dei media e dell'informazione relativa all'istituto non è facile tracciare un confine netto tra interno ed esterno.

Le informazioni riguardanti il settore sanitario trovano nei media uno spazio sempre maggiore e la comunicazione interna deve continuamente confrontarsi con l'immagine esterna dell'organizzazione.

Tutto ciò comporta la necessità di una congruenza di fondo tra le due attività al fine di evitare confusione e perdita di credibilità, sia nei confronti degli utenti, sia nei confronti dei dipendenti.

Nell'Istituto S. Raffaele l'integrazione delle due attività nasce dalle caratteristiche particolari dell'ente, dalla sua filosofia e dagli obiettivi promossi.

La comunicazione interna e quella esterna perseguono l'obiettivo comune di diffondere una nuova visione della medicina; la cultura che l'attività di comunicazione si propone di diffondere, che viene proposta in modi differenti in base alle caratteristiche e al ruolo del pubblico di riferimento, rappresenta quindi l'elemento integrante tra le due aree.

Management ed economia sanitaria

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 [Volpato, 1990] O. Volpato: 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.