

# I VANTAGGI ECONOMICI PER IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE DI UTILIZZARE SPECIFICI DRG PER LE PROCEDURE DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Anna Micaela Ciarrapico<sup>1</sup>, Roberto Gandini<sup>2</sup>

Università del Molise

Università di Roma «Tor Vergata»

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Esperienze di tariffe specifiche per le procedure di Radiologia interventistica - 3. Valutazione dei costi - 4. L'identificazione di appositi Drg per le procedure interventistiche - 5. I vantaggi di utilizzare appositi Drg per le procedure di Radiologia interventistica - 6. Conclusioni.

## 1. Introduzione

Negli ultimi anni si è assistito allo sviluppo ed alla diffusione di nuove procedure terapeutiche di chirurgia mini-invasiva, praticate in ambito specialistico, atte a rappresentare una valida alternativa a o un complemento delle tradizionali terapie medico chirurgiche. Quando queste procedure sono attuate da uno specialista radiologo e sono realizzate tramite l'impiego di tecniche ed apparecchiature radiologiche, vengono raggruppate sotto il nome di *Radiologia interventistica*. Nata intorno agli anni Sessanta, la Radiologia interventistica oggi dispone di indicazioni e protocolli terapeutici ben codificati, con campi diversi di applicazione.

Il continuo miglioramento delle procedure interventistiche è correlato allo straordinario sviluppo dell'*imaging* radiologico che si avvale di apparecchiature sempre più sofisticate e ad alta precisione, di materiali per la navigazione endovascolare (cateteri, palloncini etc.) sempre più idonei e sicuri e di una maggiore applicazione degli specialisti radiologi in questo settore specifico.

I presidi terapeutici che la Radiologia interventistica offre si dividono es-

senzialmente in tre gruppi: presidi di tipo diagnostico terapeutici fondamentali (biopsie), presidi con carattere curativo alternativi (trattamenti di stenosi vascolari), presidi terapeutici palliativi (chemioembolizzazioni). Perché tali metodiche continuino a diffondersi e ad ampliarsi è necessario che si dimostrino vantaggiose sia da un punto di vista clinico che da un punto di vista economico.

I vantaggi clinici sono evidenziati da una vasta letteratura nell'ambito medico scientifico e possono riassumersi nei seguenti elementi: minori rischi e minori disagi per il paziente, buona efficacia, raro uso di anestesia generale, degenze brevissime.

Nessuna attenta analisi è stata invece sviluppata, secondo le nostre conoscenze, per quanto riguarda l'identificazione di eventuali vantaggi economici.

Obiettivo dell'analisi che segue è quello di fornire un'indicazione precisa dei costi delle più comuni procedure di Radiologia interventistica e di dimostrare gli eventuali benefici che il sistema sanitario nazionale e le aziende sanitarie potrebbero ottenere sia dalla loro messa in opera che da una procedura di rimborso basata su specifiche tariffe piuttosto che sui Drg di

procedure chirurgiche corrispondenti dal punto di vista terapeutico.

In un modello aziendale, in cui l'aspetto clinico di qualsiasi prestazione viene valutato al pari dell'aspetto economico, risulta, quindi, fondamentale stabilire un sistema di remunerazione adeguato per la Radiologia interventistica.

## 2. Esperienze di tariffe specifiche per le procedure di Radiologia interventistica

In alcuni Centri di diagnostica per immagini e radiologia interventistica sono state proposte delle tariffe specifiche per le procedure interventistiche.

Nel Servizio di radiologia vascolare ed interventistica dell'Azienda ospedaliera S. Giovanni Battista di Torino sono state proposte tariffe di rimborso basate unicamente sui costi dei materiali utilizzati (tabella 1).

Diversa metodologia è stata adottata dal Centro di radiologia vascolare dell'Ospedale Cardarelli di Napoli dove per ogni procedura sono stati considerati i costi del personale, i costi dei materiali e le spese generali (tabella 2).

Nel Centro di diagnostica per immagini e radiologia interventistica

dell'Ospedale Valduce di Como sono stati identificati, nell'ambito del sistema di Drg attuale, Drg medici e chirurgici correlabili alle procedure interventistiche e non contestati dall'ufficio Asl regionale (tabella 3).

A nostro avviso quest'ultimo approccio, data la non completezza degli altri approcci sopra citati che considerano solo alcuni dei costi delle procedure interventistiche, attualmente rappresenta l'unico sistema valido per poter ottenere una remunerazione delle prestazioni interventistiche. Tuttavia, da un'attenta analisi delle tariffe sviluppate sulla base dei costi effettivi delle procedure interventistiche sarà possibile evidenziare come spesso i Drg chirurgici corrispondenti risultino essere poco specifici e, spesso, inadeguati.

Risulta, quindi, evidente l'importanza di sviluppare dei corretti ed appositi Drg per le procedure interventistiche.

### 3. Valutazione dei costi

Nell'analisi che segue intendiamo valutare analiticamente i costi complessivi relativi alle procedure interventistiche.

Per quanto riguarda i benefici connessi a tali procedure, questi verranno più avanti considerati in termini generali tenendo conto essenzialmente dei vantaggi economici. I benefici clinici non saranno oggetto della presente analisi.

Per una corretta valutazione dei costi complessivi terremo conto sia dei costi fissi che dei costi variabili che un Centro di radiologia interventistica deve «sopportare» per attuare le diverse procedure.

I costi fissi comprendono tutti quei costi il cui ammontare è indipendente dal livello di produzione (numero delle procedure) e sono, nel nostro caso, rappresentati dai costi di ammortamento e manutenzione delle apparecchiature. Abbiamo poi i costi generali e amministrativi di gestione ed i costi di degenza calcolati su base giornaliera.

I costi variabili comprendono quei costi che variano al variare del livello di attività (numero delle procedure) e comprendono essenzialmente il costo del personale, medico e paramedico, ed il costo dei materiali.

I costi fissi relativi alle apparecchiature ed i costi variabili relativi ai materiali sono valutati in base ai costi sostenuti dall'Azienda Policlinico Tor Vergata di Roma per poter effettuare procedure interventistiche. Il calcolo dovrebbe avvenire, secondo la logica dei Drg, sulla base dei costi *standard* di produzione di un gruppo di ospedali regionali che dimostrino livelli ottimali di efficienza. Nel nostro caso tali dati non erano disponibili e quindi ci siamo attenuti ai dati da noi reperiti e relativi all'Azienda Policlinico Tor Vergata.

I costi fissi, in particolare, sono valutati considerando i costi sostenuti per installare ed avviare le apparecchiature necessarie per effettuare le procedure interventistiche. La «dotazione tipo» comprende un angiografo, un ecografo ed una TC multistrato.

L'ammortamento di tali apparecchiature è stato valutato su un periodo di cinque anni, come richiesto per apparecchiature ad alta tecnologia. All'importo complessivo per l'acquisto delle apparecchiature e degli accessori necessari riportati nella tabella 4 è stato aggiunta la spesa per interessi sul finanziamento necessario all'acquisto in conto capitale calcolata in base ad un tasso del 4% (euribor + spread) Quindi l'importo così ottenuto ai fini dell'ammortamento è stato diviso per 5 (anni), per i giorni lavorativi annuali, per le ore lavorative giornaliere e per i (60) minuti di cui si compone un'ora, giungendo ad una valutazione dell'ammortamento per minuto delle apparecchiature citate (tabella 4).

**Tabella 1 - Proposta tariffe di rimborso approvate alla Regione Piemonte per le prestazioni di Radiologia interventistica effettuate presso il Servizio di radiologia vascolare ed interventistica - Azienda ospedaliera S. Giovanni Battista di Torino**

Descrizione procedura	Costi in lire
Embolizzazione arteriosa	1.000.000
Embolizzazione venosa	1.000.000
PTA carotide	4.000.000
PTA e Stenting carotide	4.000.000
PTA renale	4.000.000
PTA e Stenting renale	4.000.000
PTA altri distretti	4.000.000
PTA e Stenting altri distretti	4.000.000
Embolizzazione di varicocele	1.200.000
Chemoembolizzazione	3.000.000
Endoprotesi	4.000.000
Posizionamento filtro cavale	4.400.000
TIPS	5.000.000
Trombolisi	3.200.000
Biopsia US dei tessuti molli	91.000
Biopsia US della mammella	72.000
Biopsia US epatica	300.000
Drenaggio ECO guidato addome	67.000

Per quanto concerne invece i materiali di consumo, la valutazione dei costi per tipo di procedura è effettuata identificando i materiali utilizzati, generalmente, per tipo di procedura e attribuendo a tali materiali un costo sulla base del prezzo medio per tipo di materiale, calcolato come media aritmetica del prezzo minimo e del prezzo massimo praticati, secondo listino, dalla ditte fornitrici più note presenti sul mercato (appendice I). Si otterrà così il costo complessivo del materiale per tipo di procedura tabella 5. Nell'appendice I è anche evidenziato a parte, per ogni tipo di procedura, l'eventuale costo della protesi e o dello *stent*, da aggiungersi ai costi complessivi, quando questa necessità, tenendo però conto che tale costo non entrerà a far parte nella nostra proposta di Drg in quanto il Sistema sanitario nazionale già riconosce il rimborso di tali materiali.

I costi amministrativi/generali e di degenza sono stati identificati utilizzando le tabelle riguardanti «La distribuzione proporzionale dei costi specifici per Drg tra le diverse funzioni ospedaliere» (Langiano, 1996). Utilizzando, poi, i dati relativi ad un campione di ricoveri dell'Università di Tor Vergata (Ospedale S. Eugenio) per pazienti sottoposti a procedure di radiologia interventistica, abbiamo notato che le spese generali ed il costo di degenza calcolato per il Drg 497 corrispondente chirurgico dell'angioplastica (PTA) periferica e di altre procedure interventistiche poteva essere considerato una buona approssimazione di un costo medio di degenza e di spese generali per le varie procedure di Radiologia interventistica. Il costo *standard* di una giornata di degenza è stato così ipotizzato pari a L. 476.000 mentre il costo giornaliero relativo alle spese generali ed amministrative è stato ipotizzato pari a L. 508.000. Tali valori rappresentano

quindi, come detto, i costi di degenza e di spese generali riferiti ad una procedura interventistica «media» e sono desunti dai dati elaborati dal Ministero della sanità riguardanti la distribuzione proporzionale dei costi specifici per Drg tra le diverse funzioni ospedaliere.

Per ciò che concerne la durata della degenza, abbiamo ipotizzato la necessità di un minimo di un giorno e di un massimo di due/tre giorni in relazione al tipo di intervento effettuato; in casi ben selezionati, si è considerata la possibilità di effettuare la procedura con ricovero in *day hospital*.

Infine, relativamente al personale, per le procedure svolte in sala angiografica abbiamo considerato un'*équipe* composta da 2 radiologi, 1

anestesista, 1 infermiere, 1 tecnico (TSRM), 1 ausiliario. Per le procedure US, TC o RM guidate abbiamo ipotizzato la stessa composizione dell'*équipe* ma con un solo radiologo.

Tenendo conto che non tutti gli operatori facenti parte dell'*équipe* interventistica sono esposti ai vari tipi di rischio che andiamo ad identificare abbiamo innanzitutto calcolato il costo del personale paramedico (infermieri e ausiliari) e medico, anestesista e chirurgo, e partendo dal costo orario standard abbiamo quindi ricavato il costo minuto per tali componenti dell'*équipe* (tabella 6).

Abbiamo quindi calcolato il costo minuto per il medico radiologo tenendo conto che non potendo adottare atteggiamenti *radioprotezionistici* tenu-

**Tabella 2 - Rimborsi Regione Campania per prestazioni di Radiologia interventistica effettuate presso il Centro di radiologia vascolare dell'Ospedale Cardarelli di Napoli**

Descrizione procedura	Costi in lire
Angioplastica percutanea transluminale (PTA) (compreso: angio pre e post)	3.026.000
PTA e Stent (compreso: angio pre e post, materiali speciali, un solo stent)	8.523.000
Chemoembolizzazione (compreso: angio diagnostica, kit dedicato, chemioterapico, embolizzante, mat. speciali)	3.714.000
Chemoembolizzazione bagno epatico (compreso: angio diagnostica, mat. speciali, kit dedicato, chemioterapico)	2.779.000
Chemioterapia stop flow (toracica o addominale) (compreso: angio e cavografia, kit dedicato)	6.561.000
Drenaggio biliare (compreso: P.T.C., kit dedicato, materiale speciale)	2.036.000
Embolizzazione e sclerosi arteriose e venose mediante cateterismo	2.366.000
Fibrinolisi (compreso: angio pre e post, kit dedicato, farmaci fibrinolitici)	2.256.000
Posizionamento endoprotesi biliare (compreso: esame diagnostico e controllo, una sola endoprotesi)	5.721.000
Posizionamento filtro endocavale (compreso: angio pre e post, materiali speciali, filtro endocavale)	4.566.000
TIPS (compreso: angio pre e post, kit dedicato, materiali speciali, cat. Palloncino, un solo stent)	7.575.000
Trattamento percutaneo del varicocele (compreso: angio pre e post, kit dedicato, tre spirali, sclerosanti)	2.366.000

I costi sono stati calcolati sulla base delle seguenti voci: costo del personale, materiali speciali e dedicati, costi generali.



ti dagli altri operatori, il medico radiologo, essendo necessaria la sua presenza in sala angiografica per l'intera durata dell'esame, sarà l'unico ad essere realmente esposto a quello che definiremo il *rischio professionale* e ad altri rischi (*rischio oggettivo e rischio dell'impegno professionale*).

Nell'effettuare il calcolo abbiamo quindi tenuto conto del maggior o minor impegno e del maggior o minore rischio connesso alle varie procedure identificando dei coefficienti di «correzione» legati alla metodica effettuata (La Radiologia Medica, 2000). Come si può vedere nella tabella 7 sono stati identificati tre coefficienti: il primo che tiene conto del *rischio oggettivo* intrinseco nel tipo di procedura (rischio errore, rischio tecnico operativo legato all'impiego di particolari manovre); il secondo che tiene conto *dell'impegno professionale*; il terzo, del *rischio professionale*, intendendo con questo termine il rischio di danno radiobiologico, somatico e genetico indotto dalle radiazioni ionizzanti.

Tali coefficienti possono assumere tre possibili valori: basso/medio/alto a seconda delle caratteristiche della procedura considerata. Il grado di rischio oggettivo è legato alla difficoltà tecnica della procedura; il grado dell'impegno professionale è legato all'esperienza professionale richiesta e necessaria per l'esecuzione della procedura mentre il rischio professionale sarà tanto maggiore quanto maggiore sarà la durata dell'esame.

Inoltre, non terremo conto del rischio professionale per tutte quelle procedure che non si avvalgono dell'uso dei raggi x, quali quelle interventistiche ecoguidate.

In questo modo è possibile individuare differenti indicatori tariffari costo-minuto per il medico radiologo, i quali terranno conto del «peso» della procedura effettuata e che saranno quindi suddivisi in indicatori costo-

minuto per *procedure di interventistica Angio/TC guidate* e indicatori costo-minuto per *procedure di interventistica ECO guidate* (tabella 8).

Per le procedure di interventistica vascolare svolte in sala angiografica,

pur non rientrando nelle tariffe Drg che andremo a proporre, abbiamo comunque evidenziato a parte il costo di un eventuale *stand-by* chirurgico che sarà costituito dal costo di due chirurghi, calcolato sulla base del costo ora-

**Tabella 3 - Proposta Drg per le prestazioni interventistiche effettuate presso il Centro di diagnostica per immagini e radiologia interventistica dell'Ospedale Valduce di Como**

Descrizione procedura	DRG
Angioplastica percutanea stenosi arti inferiori	
Posizionamento stent metallici vascolari arti inferiori	479
Angioplastica renale	
Posizionamento stent metallici vascolari	315
Posizionamento catetere per chemioinfusione	410
Drenaggio biliare transepatico	207
Trattamento percutaneo varicocele	352
Endoprotesi aneurismi aorta addominale	111
Posizionamento stent metallici vascolari carotidei	5
Endoprotesi biliare in plastica	416
TIPS	191
Fibrinolisi occlusioni arteriose	131
Salpingoplastica transluminale	359
Endoprotesi plastica urinaria	148
Colecistostomia percutanea	193
Nefrostomia monolaterale	321
Embolizzazione endoarteriosa addominale	146
Posizionamento filtro cavale	479
Drenaggio percutaneo addominale	205
Posizionamento stent digestivi	148
Gastrostomia percutanea	182
Chemioembolizzazione HCC	203
Embolizzazione splenica	111
Embolizzazione tessuti molli	479
Embolizzazione tumori renali	303

**Tabella 4 - Ammortamento minuto per tipo di apparecchiatura**

<b>Ammortamento angiografo e sala angiografica</b> (costo macchina ed installazione, costo sala, carrello anestesia, poligrafo, iniettore automatico, sistema di sterilizzazione, stampante laser)	3.200 lire minuto
<b>Ammortamento ecografo:</b>	900 lire minuto
<b>Ammortamento TC:</b>	1.800 lire minuto



rio *standard*, moltiplicato per il tempo di durata della procedura. Non considereremo nel costo dello *stand-by* il costo di immobilizzo della sala operatoria poiché in un centro adeguato la sala angiografica deve possedere tutti i requisiti che la rendano idonea allo svolgimento di un intervento chirurgico.

Il passo successivo per la corretta imputazione dei costi del personale e di ammortamento è determinare la durata media (in minuti) per tipo di procedura essendo i costi del personale e d'ammortamento espressi come costi per minuto (tabella 9).

#### 4. L'identificazione di appositi Drg per le procedure interventistiche

##### 4.1. I Drg e la logica sottostante

I *Diagnosis related groups* (Drg), definiti in Italia Raggruppamenti omogenei di diagnosi (Rod) sono stati sviluppati verso la fine degli anni Settanta dal gruppo di Robert Fetter dell'Università di Yale per definire una misura del prodotto ospedaliero utilizzabile per la gestione interna dell'ospedale (Fetter, 1991).

Il prodotto offerto dall'Azienda ospedaliera è rappresentato dallo specifico pacchetto messo a disposizione di ciascun paziente ricoverato in ragione delle sue caratteristiche cliniche e delle sue necessità assistenziali. I singoli servizi che compongono questi pacchetti (attività diagnostiche di laboratorio o radiologiche, interventi chirurgici e servizi alberghieri), rappresentano gli *output* intermedi dell'ospedale.

La funzione di produzione dell'ospedale, secondo il modello di Fetter, è rappresentata dal rapporto tra gli input necessari per la produzione degli output intermedi ed il prodotto finale che deriva dalla combinazione ottimale degli *output* intermedi nei profili di

Tabella 5 - Costo del materiale per tipo di procedura interventistica (esclusi eventuali stent o protesi) (\*)

Procedura	Costo del materiale
• Angioplastica periferica	2.060.000
• Biopsia US/TC guidata	285.000
• Angioplastica renale	2.709.000
• Angioplastica carotide	6.549.000
• TIPS	4.436.000
• Endoprotesi aortica (toracica o addominale)	3.003.000
• Angioplastica fistole per dialisi	2.061.000
• Fibrinolisi meccanica	3.915.000
• Farmacologica	3.353.000
• Embolizzazione endoarteriosa	2.691.000
• Drenaggio biliare est-int	1.883.000
• Nefrostomia	1.361.000
• Controllo e sostituzione drenaggio biliare	958.000
• Controllo e sostituzione Nefrostomia	1.019.000
• Endoprotesi biliare	1.919.000
• Doppio J urinario	1.673.000
• Trattamento percutaneo varicocele	1.132.000
• Chemoembolizzazione epatica	2.262.000
• Filtro cavale	3.795.000
• Termoablazione US/TC guidata	2.509.000
• Drenaggio cisti e introduzione materiale sclerosante	900.000
• Ago biopsia US/TC guidata	285.000
• Alcolizzazione US/TC guidata	182.000
• Dilatazione endocavitaria con catetere a palloncino (vie biliari, vie urinarie)	2.033.000
• Dilatazione stenosi gastrointestinali	2.273.000
• Port a Cath: arterioso	1.822.000
venoso	1.283.000
• Biopsie muscolo/scheletriche	140.000
• Drenaggio percutaneo addominale	1.300.000
• Angioplastica coronarica	2.948.000
• Alcolizzazione plesso celiaco	220.000
• Iniezione tossina botulinica nel trattamento degli spasmi muscolari	439.000
• Alcolizzazione neuroma di Morton	70.000
• Gastrostomia percutanea	522.000
• Enterostomia percutanea	522.000
• Salpingoplastica transluminale	1.015.000

(\*) Le cifre rispetto a quelle riportate nell'appendice I sono state arrotondate.

cura appropriati per soddisfare le necessità assistenziali del paziente.

Obiettivo dei Drg è di descrivere la complessità assistenziale della casistica dei pazienti ricoverati attraverso la definizione di categorie di ricoveri al tempo stesso clinicamente significative ed omogenee quanto a risorse assorbite nel loro profilo di trattamento e quindi anche relativamente ai loro costi di produzione.

L'unità di pagamento del nuovo sistema di finanziamento dell'attività di degenza è rappresentato dal ricovero differenziato per la complessità dell'assistenza ed i relativi costi secondo le 489 categorie descritte dai Drg (Taroni, 1996).

Il calcolo delle tariffe associate a ciascuna categoria è basato, come abbiamo già evidenziato, sulle risorse assorbite nel processo di assistenza, valorizzate economicamente secondo i costi *standard* di produzione. Nella definizione delle tariffe devono essere considerati sia i costi diretti delle prestazioni fornite al paziente (costi del personale impegnato, materiali consumati, apparecchiature utilizzate) sia i costi generali relativi ai fattori produttivi non direttamente utilizzati nella produzione della prestazione (personale amministrativo, spese generali etc.) (Langiano, 1997; Brotzu, 1997). Le tariffe di rimborso sono state determinate dal Ministero della sanità (supplemento alla Gazzetta Ufficiale n. 209).

#### 4.2. Perché degli appositi Drg per le procedure di Radiologia interventistica?

Il servizio di radiologia, per sua natura, si comporta come un centro di costo intermedio per la produzione dell'*output* finale, tuttavia per l'attività di erogazione di servizi diagnostici/terapeutici diretti all'utenza viene anche a rappresentare un centro

produttore dell'*output* finale. Questa duplice natura dovrebbe portare ad impostare il flusso informatico relativo alle attività ed ai costi su di un duplice canale: utenti esterni ed interni.

Per quanto attiene agli esami e prestazioni per gli interni, è possibile individuare un prezzo di «trasferimento» ovvero la valorizzazione dei costi del centro di costo radiologia nei confronti dei centri utilizzatori (reparti) dei servizi radiologici. I costi dei servizi intermedi potranno essere così «ribaltati» sui reparti utilizzatori.

Se si considerano invece le prestazioni di Radiologia interventistica, il servizio di radiologia può rappresen-

tare anche un centro di costi per la produzione di prestazioni finali. Sembra allora sensato ed importante proporre specifici Drg per le procedure di Radiologia interventistica che si vadano ad aggiungere a quelli medici-chirurgici già esistenti.

#### 4.3. Una proposta di Drg per le procedure interventistiche

I Drg da noi proposti per tipo di procedura (tabella 10) sono calcolati come somma dei costi fissi e dei costi variabili connessi con l'espletamento delle procedure interventistiche.

Nella tabella i Drg proposti per tipo di procedura vengono anche raffronta-

**Tabella 6 - Costo minuto del personale paramedico e medico non radiologo**

Tecnico	453 lire minuto
Infermiere	446 lire minuto
Ausiliario	377 lire minuto
Medico anestesista	1.144 lire minuto
Medico chirurgo	1.144 lire minuto

**Tabella 7 - Coefficienti di correzione per tipo e grado di rischio relativo alle diverse procedure**

	Basso	Medio	Alto
Coefficiente rischio oggettivo (RO)	0.25	0.75	1.50
Coefficiente impegno professionale (RP)	0.25	0.50	0.75
Coefficiente rischio professionale (IP)	0.25	0.50	0.75

**Tabella 8 - Costo minuto del personale medico radiologo**

<b>Medico radiologo</b>	
costo minuto per procedure ecografiche:	
minimo:	$1.144 \times (1 + RO \text{ basso} + IP \text{ basso}) = 1.716 \text{ lire minuto}$
medio:	$1.144 \times (1 + RO \text{ medio} + IP \text{ medio}) = 2.574 \text{ lire minuto}$
massimo:	$1.144 \times (1 + RO \text{ alto} + IP \text{ alto}) = 3.718 \text{ lire minuto}$
costo minuto per procedure angiografiche/TC interventistica:	
minimo:	$1.144 \times (1 + RO \text{ basso} + IP \text{ basso} + RP \text{ basso}) = 2.288 \text{ lire minuto}$
medio:	$1.144 \times (1 + RO \text{ medio} + IP \text{ medio} + RP \text{ medio}) = 3.146 \text{ lire minuto}$
massimo:	$1.144 \times (1 + RO \text{ alto} + IP \text{ alto} + RP \text{ alto}) = 4.576 \text{ lire minuto}$

ti ai corrispondenti Drg chirurgici spesso utilizzati dalle aziende sanitarie per il rimborso da parte del sistema sanitario nazionale.

In quei casi in cui il Drg proposto risulta superiore al Drg chirurgico corrispondente o in cui la somma del Drg proposto più il costo della protesi o dello *stent* risulta superiore al Drg chirurgico corrispondente, tra parentesi di fianco ai Drg abbiamo evidenziato i giorni di degenza medi previsti sia per le procedure interventistiche che per quelle chirurgiche o mediche corrispondenti. Infatti, in tali casi la minor durata della degenza, dati reparti con letti multidisciplinari e l'esistenza di una domanda superiore all'offerta e quindi di liste di attesa per le patologie che possono occupare i posti letto in oggetto, potrebbe permettere un *turn over* più veloce dei pazienti ed un maggior numero di prestazioni «fatturabili» e quindi una convenienza comunque ad effettuare procedure di Radiologia interventistica.

### 5. I vantaggi di utilizzare appositi Drg per le procedure di Radiologia interventistica

Come è possibile notare dalla tabella 10 i vantaggi economici per il Servizio sanitario nazionale di poter rimborsare le procedure interventistiche in base a specifici Drg sono evidenti. Nella maggioranza dei casi i Drg proposti sono inferiori a quelli chirurgici corrispondenti utilizzati per il rimborso delle strutture che praticano Radiologia interventistica.

Comunque, anche quei casi in cui al Drg va sommato il costo dello *stent* o della protesi, e che a prima vista sembrano rappresentare un maggior costo, data la minor durata della degenza, possono risultare vantaggiosi.

Le nuove strutture sanitarie pubbliche sono ormai pensate con un numero di posti letto limitati (rispetto a

quelle di una volta) ed interdisciplinari dove economicità ed efficienza sono legate ad un veloce *turn-over* del paziente.

Anche il sistema di rimborso a Drg, dove il rimborso è basato su criteri «prospettici», vuole maggiore efficienza e veloce *turn over* del paziente.

Tabella 9 - Durata delle procedure interventistiche (\*)

Procedura	Durata
• Angioplastica periferica	120/150 minuti
• Angioplastica renale	120/150 minuti
• Angioplastica carotide	120/150 minuti
• TIPS	180/200 minuti
• Endoprotesi aortica (toracica o addominale)	120/150 minuti
• Angioplastica fistole per dialisi	120 minuti 150 minuti
• Fibrinolisi (meccanica o farmacologica)	
• Embolizzazione endoarteriosa	150 minuti
• Drenaggio biliare (est/est-int)	40 minuti
• Nefrostomia	30/40 minuti
• Controllo e sostituzione drenaggio biliare	30 minuti
• Controllo e sostituzione Nefrostomia	30 minuti
• Endoprotesi biliare	45 minuti
• Doppio J urinario	60 minuti
• Trattamento percutaneo varicocele	60/90 minuti
• Chemoembolizzazione epatica	60/90 minuti
• Filtro cavale	60 minuti
• Termoablazione US/TC guidata	100 minuti
• Drenaggio cisti e introduzione materiale sclerosante	80 minuti
• Ago biopsia US/TC guidata	30/40 minuti
• Alcolizzazione US/TC guidata	30/50 minuti
• Dilatazione endocavitaria con catetere a palloncino (vie biliari, vie urinarie)	40/60 minuti
• Dilatazione stenosi gastrointestinali	90 minuti
• Port a Cath arterioso e venoso	120 minuti
• Biopsie muscolo/scheletriche	40 minuti
• Drenaggio percutaneo addominale	60 minuti
• Angioplastica coronarica	120/150 minuti
• Alcolizzazione plesso celiaco	100 minuti
• Iniezione tossina botulinica nel trattamento degli spasmi muscolari	60 minuti
• Alcolizzazione neuroma di Morton	100 minuti
• Gastrostomia percutanea	80 minuti
• Enterostomia percutanea	80 minuti
• Salpingoplastica transluminale	80 minuti

(\*) In riferimento a: «Indicatori di peso riferiti alle prestazioni di radiodiagnostica. Metodo per la fissazione delle tariffe» (SIRM/SNR).



**Tabella 10 - Proposta di Drg per le procedure interventistiche e raffronto con le tariffe Drg chirurgiche attualmente utilizzate per la richiesta di rimborso**

Procedura interventistica	Proposta di Drg	Drg chirurgico corrispondente	Stent/protesi
Angioplastica periferica	6.108.000 (2 gg)	7.531.000 (5/7 gg)	2.600.000/3.800.000 4.400.000/6.400.000
Angioplastica renale	6.757.000 (2 gg)	11.193.000 (7 gg)	2.600.000/3.200.000
Angioplastica carotide	10.597.000 (2 gg)	9.170.000 (5/7 gg)	3.800.000
Angioplastica fistole per dialisi	4.922.000 (1 g) 3.705.000 (DH)	7.531.000 (1 g)	2.500.000/3.200.000
TIPS	10.296.000 (3 gg)	22.871.000 (8/9 gg)	3.200.000 7.400.000
Endoprotesi aortica	add Tor 8.343.000 (3 gg)	12.100.000 (7 gg)	7.000.000/14.000.000 20.000.000/30.000.000
Endoprotesi biliare	4.654.000 (2 gg)	12.690.000 (5/7 gg)	
Embolizzazione endoarteriosa	6.791.000 (2 gg)	7.531.000 (5/7 gg)	
Drenaggio biliare	est 3.438.000 (1 g) 3.328.000 (DH) est/int 4.521.000 (1 g) 3.390.000 (DH)	6.633.000 (7 gg)	
Controllo e sostituzione drenaggio biliare	2.276.000 (1 g) 1.768.000 (DH)	6.633.000 (1 g)	
Drenaggio cisti e introduzione materiale sclerosante	2.756.000 (1 g) 2.067.000 (DH)	14.143.000 (5 gg)	
Drenaggio percutaneo addominale	US Fluoro 2.593.000 (1 g) 2.954.000 (1 g)	7.298.000 (4/5 gg)	
Nefrostomia	3.864.000 (2 gg)	13.984.000 (5 gg)	
Controllo e sostituzione nefrostomia	2.478.000 (1 g) 1.858.000 (DH)	13.984.000 (1 g)	
Trattamento percutaneo varicocele	3.343.000 (1 g) 2.511.000 (DH)	5.870.000 (2 gg)	
Chemioembolizzazione epatica	5.457.000 (2 gg)	6.813.000 (5/7 gg)	
Filtro cavale	6.806.000 (2 gg)	7.531.000 (5/7 gg)	
Gastrostomia percutanea	US Fluoro 3.059.000 (2 gg) 3.541.000 (2 gg)	13.700.000 (7 gg)	
Enterostomia percutanea	US Fluoro 3.456.000 (2 gg) 3.541.000 (2 gg)	17.017.000 (7 gg)	
Salpingografia transluminale	4.072.000 (2 gg)	4.937.000 (3 gg)	
Ago biopsia	US TC 1.521.000 (1 g) 1.592.000 (1 g)	6.633.000 (4/5 gg)	

Segue: Tabella 10 - Proposta di Drg per le procedure interventistiche e raffronto con le tariffe Drg chirurgiche attualmente utilizzate per la richiesta di rimborso

Biopsie muscolo scheletriche	US	1.425.000 (1 g)	2.771.000 (3 gg)	
	TC	1.486.000 (1 g)		
Alcolizzazione	US	1.895.000 (1 g)	14.143.000 (5/7 gg)	
	TC	1.990.000 (1 g)		
Alcolizzazione plesso celiaco		2.182.000 (1 g)	4.828.000 (1 g)	
		1.6136.000 (DH)		
Alcolizzazione neuroma Morton		1.502.000 (1 g)	5.364.000 (3 gg)	
		1.126.000 (DH)		
Termoablazione	US	5.288.000 (1 g)	14.143.000 (7 gg)	
	TC	5.464.000 (1 g) 4.210.000 (DH)		
Doppio J urinario		4.628.000 (2 gg)	13.984.000 (2 gg)	
		3.484.000 (DH)		
		5.558.000 (3 gg)	12.794.000	
		4.168.000 (DH)		
Port a cath arterioso venoso	US	4.696.000 (2 gg)	7.990.000/7.061.000 (4 gg)	
		Fluoro		
	US	4.157.000 (2 gg)	7.990.000/7.061.000 (4 gg)	
		Fluoro		
Iniezione tossina botulinica spasmi muscolari	US	1.806.000 (1 g)	3.710.000 (1 g)	
	TC	1.964.000 (1 g)		
Fibrinolisi	Meccanica	8.195.000 (2 gg)	4.731.000 (4 gg)	
	Farmacologica	7.633.000 (2 gg)		
Dilatazione stenosi gastrointestinali		5.637.000 (2 gg)	17.017.000 (7 gg)	3.200.000
		4.227.000 (DH)		
Dilatazione endocavitareia con catetere a palloncino vie biliari/urinarie		4.841.000 (2 gg)	12.690.000/13.984.000/ 9.403.000 (5/7 gg)	
		3.630.000 (DH)		
		5.825.000 (3 gg)	12.794.000	
		4.368.000 (DH)		

Quindi, come abbiamo già accennato nel precedente paragrafo, anche in quei casi dove il costo del Drg proposto dovesse superare il corrispettivo Drg chirurgico, essendo la degenza del paziente inferiore in termini di giorni, porterebbe a preferire, quando possibile, l'effettuazione di procedure interventistiche piuttosto che chirurgiche. Nelle condizioni, già citate, di presenza di liste di attesa e di letti multidisciplinari un veloce *turn over* dei

pazienti permetterà alla azienda ospedaliera di effettuare un maggior numero di ricoveri e di ottenere un più alto fatturato.

Non bisogna inoltre dimenticare i vantaggi che il paziente riceve nel sottoporsi ad un intervento di tipo «mini-invasivo» piuttosto che chirurgico «classico» data la minor «invasività», l'esecuzione in anestesia locale, la più breve durata della degenza ed il rein-

serimento precoce del paziente nell'ambito sociale.

Naturalmente, si ragiona sempre in termini di parità di efficacia. Per esempio l'angioplastica nelle stenosi del distretto iliaco femorale vanta risultati migliori sia a breve termine, dove attualmente il successo è del 93-95%, sia a distanza, nei confronti della chirurgia (La Berge-Darci, 1994). Le statistiche dimostrano che, dopo 12 mesi, nel 90% dei casi il risultato è an-

cora ottimale e dopo 5 anni, nell'82% dei casi rimane positivo. La mortalità è pari allo 0%.

I risultati dell'angioplastica carotidea, dopo 16-24 mesi sono positivi nel 90% dei pazienti trattati e se eseguita da mani esperte, non mostra complicanze significative (RNSA Consensus Conference on Treatment of Carotid Desases, 2001). Il trattamento del varicocele sintomatico, presenta recidive (1-3%) minori rispetto alla terapia chirurgica (3-15%) con complicanze

che incidono in percentuale bassissima (Terontola, Savader, Durham, 1995). E così via.

### 5.1. Una possibile simulazione

Vogliamo ora analizzare il possibile impatto economico per il Servizio sanitario nazionale nel sostituire alcune procedure medico-chirurgiche classiche con procedure mini-invasive di Radiologia interventistica.

Abbiamo, innanzitutto, fatto riferimento al numero di prestazioni/Drg per tipo di patologia effettuate nella regione Lazio negli anni 1996-2000, non risultando i dati 2001 ancora disponibili (tabella 11).

Quindi abbiamo calcolato il tasso di crescita annuo delle dimissioni per i Drg ordinari per gli anni 1996-2000 e identificato il tasso medio di crescita annuo calcolato come media aritmetica dei tassi di crescita del citato periodo (tabella 12).

**Tabella 11 - N. dimissioni per tipo di Drg ordinario - 1996-2000 (Dati Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio)**

Drg medico chirurgico	Procedura interventistica	N. dimissioni/Drg ordinari 1996	N. dimissioni/Drg ordinari 1997	N. dimissioni/Drg ordinari 1998	N. dimissioni/Drg ordinari 1999	N. dimissioni/Drg ordinari 2000
005: ii su vasi extracranici	Angioplastica carotide	675	1135	121	1518	1612
008: ii sui nervi e/o snc, no cc	Alcolizzazione neuroma di Morton	630	725	755	943	706
019: mm. nervi cranici o periferici, no cc	Alcolizzazione plesso celiaco	2707	2747	2714	2434	2054
111: ricostruzione vascolare, no cec, no cc	Endoprotesi aortica (addominale)	764	786	692	738	769
131: m.m., vascolari periferiche no cc	Fibrinolisi	4720	4482	4368	3924	3544
170: ii. apparato digerente con cc	Gastronomia percutanea	291	329	344	385	395
191: pancreas, fegato e di shunt, con cc	Tips	408	432	494	505	581
203: neoplasie maligne epatobiliari e pancreas	Chemioembolizzazione epatica	3441	3824	3709	3707	3925
205: altre mm. fegato, con cc	Drenaggio per cutaneo addominale	1681	1858	1966	1870	2029
206: altre mm. fegato, no cc	Biopsia US/TC guidata fegato	4839	4687	4283	3857	3535
216: biopsie muscolo scheletrico e tessuto connettivo	Biopsie muscolo-scheletriche	772	586	932	395	297
247: segni e sintomi di ambito ortopedico	Iniezione tossina botulinica	1041	1151	1122	1068	902
270: altri ii pelle, sottocutaneo, mammella, con cc	Porth a cath arterioso e venoso	4137	4296	2943	2933	2873
315: altri ii. sul rene e vie urinarie	Angioplastica renale	839	989	870	886	968
345: altri ii. apparato genitale maschile, escluse neoplasie	Trattamento per cutaneo varicocele	252	233	205	183	179
359: ginecologici non per neoplasie, no cc.	Salpingoplastica transluminale	9796	13517	10401	10399	10092



Data l'ipotesi di crescita intorno al valore di trend, applicando ripetutamente il tasso medio di crescita naturale, o di lungo periodo, abbiamo ottenuto le proiezioni per il numero di dimissioni per tipologia di Drg ordinario per gli anni 2001-2005 (tabella 13).

Quindi identificando la percentuale di tali prestazioni che potrebbe essere sostituita da procedure di Radiologia interventistica (Dondelinger, Rossi, Kurdziel, 1990; La Berge, Darci,

1994; La Berge, Durham, 1995; La Berge, Venbrux, 1995; Simonetti, 1992, Terontola, Savader, Durham, 1995; RNSA Consensus Conference, 2001) è stato possibile identificare il numero di procedure interventistiche «effettuabili». Moltiplicando tale numero per la differenza tra il Drg chirurgico corrispondente ed il Drg specifico da noi proposto abbiamo così ottenuto il potenziale risparmio di cui potrebbe godere il sistema sanitario nazionale qualora adottasse, per rim-

borsare le Asl, i Drg specifici da noi proposti e promuovesse la creazione di Centri di riferimento per la radiologia interventistica.

Nell'effettuare la simulazione, abbiamo eliminato quei Drg chirurgici a cui potevano corrispondere diverse procedure interventistiche a ognuna delle quali corrisponde una diversa proposta di Drg (192, 194, 207, 303, 304, 305, 497).

Abbiamo invece incluso due casi in cui la differenza tra Drg chirurgico

Tabella 12 - Tassi di crescita annuali medi delle dimissioni per Drg ordinari

Drg medico chirurgico	Procedura interventistica	Aumento n. dimissioni/Drg 1996-1997	Aumento n. dimissioni/Drg 1997-1998	Aumento n. dimissioni/Drg 1998-1999	Aumento n. dimissioni/Drg 1999-2000	Tasso di crescita medio annuo
005: ii su vasi extracranici	Angioplastica carotide	0.297	6.0669	0.253	0.0619	0.16
008: ii sui nervi e/o snc, no cc	Alcolizzazione neuroma di Morton	0.150	0.041	0.249	- 0.25	0.047
019: mm. nervi cranici o periferici, no cc	Alcolizzazione plesso celiaco	0.014	- 0.012	- 0.103	- 0.156	- 0.064
111: ricostruzione vascolare, no cec, no cc	Endoprotesi aortica (addominale)	0.028	-0.119	0.066	0.042	0.004
131: m.m., vascolari periferiche no cc	Fibrinolisi	- 0.050	- 0.020	- 0.105	- 0.096	- 0.067
170: ii. apparato digerente con cc	Gastronomia percutanea	0.130	0.045	0.119	0.025	0.079
191: pancreas, fegato e di shunt, con cc	Tips	0.058	0.143	0.022	0.150	0.093
203: neoplasie maligne epatobiliari e pancreas	Chemoembolizzazione epatica	0.111	- 0.030	- 0.0005	0.058	0.0346
205: altre mm. fegato, con cc	Drenaggio percutaneo addominale	0.105	0.058	- 0.048	0.085	0.040
206: altre mm. fegato, no cc	Biopsia US/TC guidata fegato	- 0.031	-0.085	- 0.099	- 0.083	- 0.0745
216: biopsie muscolo scheletrico e tessuto connettivo	Biopsie muscolo-scheletriche	- 0.240	+0.590	- 0.576	- 0.248	- 0.117
247: segni e sintomi di ambito ortopedico	Iniezione tossina botulinica	0.105	- 0.025	- 0.048	- 0.155	- 0.030
270: altri ii pelle, sottocutaneo, mammella, con cc	Porth a cath arterioso e venoso	0.038	- 0.314	- 0.003	- 0.020	- 0.074
315: altri ii. sul rene e vie urinarie	Angioplastica renale	0.178	- 0.120	0.018	0.092	0.042
345: altri ii. apparato genitale maschile, escluse neoplasie	Trattamento per cutaneo vericocele	- 0.075	- 0.120	- 0.107	- 0.054	- 0.089
359: ginecologici non per neoplasie, no cc.	Salpingoplastica transluminale	0.073	- 0.011	- 0.0001	- 0.029	0.032

e Drg proposto corrispondente è negativa. Si ricorda, comunque, che anche in questi casi l'attuazione di procedure interventistiche, quando possibili, è auspicabile data la minor durata della degenza che può permettere alla azienda sanitaria un più veloce *turn over* dei pazienti, maggior numero di prestazioni e, quindi, un più elevato fatturato. Come è possibile notare dalla tabella 10 nel caso del-

l'angioplastica della carotide i giorni di degenza risultano essere 3/5 in meno rispetto a quelli conseguenti all'intervento chirurgico classico e nel caso della fibrinolisi, 2 giorni in meno.

Nelle tabella 14 riportiamo il numero di prestazioni / Drg per tipo di patologia, che si ipotizza la Regione Lazio possa effettuare nel 2002, la percentuale di tali patologie per le quali si

può intervenire con procedure interventistiche e quindi il numero, tra parentesi, di tali procedure auspicabili ed effettuabili; il risparmio, per tipo di patologia, del ricorrere alla Radiologia interventistica rimborsando le procedure effettuate secondo gli specifici Drg proposti.

Nella tabella 15 riportiamo il risparmio presunto per gli anni 2003-2005.

**Tabella 13 - Proiezioni n. dimissioni Drg ordinari 2001-2005 (\*)**

Drg medico chirurgico	Procedura interventistica	N. dimissioni/Drg ordinari previsti 2001	N. dimissioni/Drg ordinari previsti 2002	N. dimissioni/Drg ordinari previsti 2003	N. dimissioni/Drg ordinari previsti 2004	N. dimissioni/Drg ordinari previsti 2005
005: ii su vasi extracranici	Angioplastica carotide	1870	2169	2516	2919	3385
008: ii sui nervi e/o snc, no cc	Alcolizzazione neuroma di Morton	739	774	810	848	888
019: mm. nervi cranici o periferici, no cc	Alcolizzazione plesso celiaco	1923	1780	1685	1577	1476
111: ricostruzione vascolare, no cec, no cc	Endoprotesi aortica (addominale)	772	775	778	781	784
131: m.m., vascolari periferiche no cc	Fibrinolisi	3307	3085	2878	2685	2505
170: ii. apparato digerente con cc	Gastronomia percutanea	426	460	496	535	577
191: pancreas, fegato e di shunt, con cc	Tips	613	670	732	800	875
203: neoplasie maligne epatobiliari e pancreas	Chemioembolizzazione epatica	4061	4201	4347	4497	4652
205: altre mm. fegato, con cc	Drenaggio percutaneo addominale	2110	2194	2282	2373	2468
206: altre mm. fegato, no cc	Biopsia US/TC guidata fegato	3271	3027	2800	2590	2396
216: biopsie muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	Biopsie muscolo-scheletriche	262	218	193	178	142
247: segni e sintomi di ambito ortopedico	Iniezione tossina botulinica	875	849	823	798	775
270: altri ii pelle, sottocutaneo, mammella, con cc	Porth a cath arterioso e venoso	2660	2463	2281	2112	1956
315: altri ii. sul rene e vie urinarie	Angioplastica renale	1057	1101	1148	1196	1246
345: altri ii. apparato genitale maschile, escluse neoplasie	Trattamento percutaneo vericocele	158	143	131	119	108
359: ginecologici non per neoplasie, no cc.	Salpingoplastica transluminale	10414	10748	11092	11447	11813

(\*) I dati effettivi 2001 non sono ancora disponibili.

Come si può notare dalle tabelle 14 e 15, il potenziale risparmio complessivo per le voci analizzate risulta significativo sia annualmente, intorno ai 25 miliardi in media, che complessivamente per il periodo 2002-2005 pari a circa 100 miliardi.

Quello eseguito è un semplice esercizio che però dà un'idea della rilevanza della problematica.

Identificare dei centri di riferimento per la Radiologia interventistica ai

quali concedere il rimborso delle procedure interventistiche secondo i Drg da noi proposti, risulterebbe allora fortemente conveniente, oltre che al passo con le innovazioni terapeutiche, per il nostro sistema sanitario nazionale, nonché per l'economia delle regioni.

## 6. Conclusioni

Obiettivo della presente analisi è stato quello di identificare i vantaggi

economici per il sistema sanitario nazionale del poter utilizzare specifici Drg per le prestazioni di Radiologia interventistica.

La Radiologia interventistica è, infatti, oggi riconosciuta come «possibilità terapeutica» alternativa o complementare alle prestazioni medico-chirurgiche ed il Dipartimento di diagnostica per immagine e radiologia interventistica, che eroga servizi terapeutici direttamente all'utenza, viene a rap-

Tabella 14 - Risparmio previsto per il 2002 per la Regione Lazio derivante dall'utilizzo dei Drg specifici proposti

Drg medico chirurgico	Procedura interventistica	N. dimissioni/Drg previste	% sul complessivo di possibili procedure interventistiche	(Drg - proposta di Drg)	Risparmio presunto
005: ii su vasi extracranici	Angioplastica carotide	2.169	10%(217)	- 1.427.000	- 309.659.000
008: ii sui nervi e/o snc, no cc	Alcolizzazione neuroma di Morton	774	5% (39)	3.862.000	150.618.000
019: mm. nervi cranici o periferici, no cc	Alcolizzazione plesso celiaco	1.780	10% (178)	2.646.000	470.988.000
111: ricostruzione vascolare, no cec, no cc	Endoprotesi aortica (addominale)	775	30%(232)	3.757.000	871.624.000
131: m.m., vascolari periferiche no cc	Fibrinolisi	3.085	50%(1542)	- 2.902.000	- 4.474.884.000
170: ii. apparato digerente con cc	Gastronomia percutanea	460	5% (23)	10.159.000	233.657.000
191: pancreas, fegato e di shunt, con cc	Tips	670	80% (536)	5.175.000	2.773.800.000
203: neoplasie maligne epatobiliari e pancreas	Chemioembolizzazione epatica	4.201	20% (840)	1.356.000	1.139.040.000
205: altre mm. fegato, con cc	Drenaggio percutaneo addominale	2.194	50% (1097)	4.344.000	4.765.368.000
206: altre mm. fegato, no cc	Biopsia US/TC guidata fegato	3.027	70% (2119)	5.041.000	10.681.879.000
216: biopsie muscolo scheletrico e tessuto connettivo	Biopsie muscolo-scheletriche	218	80% (174)	1.285.000	223.590.000
247: segni e sintomi di ambito ortopedico	Iniezione tossina botulinica	849	10% (85)	1.746.000	148.410.000
270: altri ii pelle, sottocutaneo, mammella, con cc	Porth a cath arterioso e venoso	2.463	80% (1970)	1.992.000	3.924.240.000
315: altri ii. sul rene e vie urinarie	Angioplastica renale	1.101	90% (991)	4.436.000	4.396.076.000
345: altri ii. apparato genitale maschile, escluse neoplasie	Trattamento percutaneo vericocele	143	90% (129)	2.527.000	325.983.000
359: ginecologici non per neoplasie, no cc.	Salpingoplastica transluminale	10.748	10% (1075)	865.000	929.875.000
<b>Risparmio complessivo</b>					<b>26.250.605.000</b>



presentare nell'ambito di una Azienda sanitaria uno dei centri produttori dell'output finale.

Abbiamo inizialmente analizzato l'aspetto economico delle prestazioni interventistiche attraverso un'analisi dei costi globali sostenuti da una azienda ospedaliera per la loro realizzazione.

Sono stati, quindi, sviluppati e proposti dei Drg specifici come sistema di rimborso di suddette prestazioni.

È stato, infine, evidenziato come l'ammontare dei Drg specifici per la

Radiologia interventistica sviluppati, che riflettono i costi effettivamente sostenuti, risulta, nella maggior parte dei casi, minore dei corrispondenti Drg chirurgici spesso utilizzati dalle aziende sanitarie ai fini del rimborso da parte del sistema sanitario nazionale.

Da un elementare esercizio di simulazione di uno scenario ipotetico dove, quando è possibile dal punto di vista delle indicazioni mediche, le procedure di Radiologia interventistica vanno

a sostituire le procedure chirurgiche e dove le procedure interventistiche vengono rimborsate in base agli specifici Drg da noi proposti, emerge come il prospettato risparmio per le regioni e per il servizio sanitario nazionale nel suo complesso per il periodo 2002-2005 sia significativo e pari in media a circa 25 miliardi l'anno solo calcolando detto risparmio sulle sedici tipologie di procedura da noi considerate.

Quello valutato è il vantaggio più facilmente identificabile per il sistema

**Tabella 15 - Risparmio previsto dal 2003 al 2005 per la Regione Lazio derivante dall'utilizzo dei Drg specifici proposti**

Drg medico chirurgico	Procedura interventistica	Risparmio previsto 2003	Risparmio previsto 2004	Risparmio previsto 2005
005: ii su vasi extracranici	Angioplastica carotide	- 359.604.000	- 416.684.000	- 482.326.000
008: ii sui nervi c/o snc, no cc	Alcolizzazione neuroma di Morton	154.480.000	162.204.000	169.928.000
019: mm. nervi cranici o periferici, no cc	Alcolizzazione plesso celiaco	439.236.000	418.068.000	391.608.000
111: ricostruzione vascolare, no cec, no cc	Endoprotesi aortica (addominale)	875.381.000	879.138.000	882.895.000
131: m.m., vascolari periferiche no cc	Fibrinolisi	- 4.175.978.000	- 3.894.484.000	- 3.633.304.000
170: ii. apparato digerente con cc	Gastronomia percutanea	253.975.000	274.293.000	294.611.000
191: pancreas, fegato e di shunt, con cc	Tips	3.032.550.000	3.312.000.000	3.622.500.000
203: neoplasie maligne epatobiliari e pancreas	Chemioembolizzazione epatica	1.178.364.000	1.219.044.000	1.261.080.000
205: altre mm. fegato, con cc	Drenaggio percutaneo addominale	4.956.504.000	5.515.984.000	5.360.496.000
206: altre mm. fegato, no cc	biopsia US/TC guidata fegato	9.880.360.000	9.139.333.000	8.453.757.000
216: biopsie muscolo scheletrico e tessuto connettivo	Biopsie muscolo-scheletriche	197.890.000	152.915.000	146.490.000
247: segni e sintomi di ambito ortopedico	Iniezione tossina botulinica	143.172.000	139.680.000	134.442.000
270: altri ii pelle, sottocutaneo, mammella, con cc	Porth a cath arterioso e venoso	3.635.400.000	338.640.000	3.115.488.000
315: altri ii. sul rene e vie urinarie	Angioplastica renale	4.582.388.000	4.773.136.000	4.972.756.000
345: altri ii. apparato genitale maschile, escluse neoplasie	Trattamento percutaneo vericocele	298.186.000	270.389.000	245.119.000
359: ginecologici non per neoplasie, no cc	Salpingoplastica transluminale	959.285.000	990.425.000	1.021.565.000
<b>Risparmio complessivo</b>		<b>26.051.589.000</b>	<b>22.910.081.000</b>	<b>25.957.105.000</b>

sanitario nazionale ovvero quel vantaggio che deriva, per tipo di prestazione, dall'utilizzare un Drg più adeguato. A tale vantaggio andrebbe aggiunto quello derivante da un più veloce *turn over* dei pazienti possibile grazie alla minor durata della degenza per le prestazioni interventistiche rispetto a quelle chirurgiche classiche quando esistono liste di attesa per le patologie trattabili sui letti in oggetto.

Questo elemento è determinante anche per comprendere il possibile vantaggio di cui potrebbero godere anche le aziende sanitarie. A prima vista potrebbe infatti sembrare che le aziende sanitarie risultino penalizzate dall'adozione dei Drg specifici proposti in quanto il rimborso attualmente ottenuto per le prestazioni di Radiologia interventistica, in base a Drg chirurgici corrispondenti, è per loro più conveniente. Ma, come abbiamo già detto, va anche considerata la minor durata della degenza connessa con le procedure di Radiologia interventistica, rispetto a quella connessa alle procedure chirurgiche «classiche». Minor durata della degenza che permette un *turn over* più veloce dei pazienti e quindi un maggior numero di prestazioni «fatturabili».

Inoltre, non possono essere sottovalutati i benefici che il paziente riceve nel sottoporsi ad un intervento mini-invasivo.

Si può quindi concludere che il sistema sanitario nazionale, le regioni e

le aziende sanitarie non possono non tener conto degli elementi di minore invasività, breve degenza e costi ridotti, che caratterizzano la Radiologia interventistica e che rendono vantaggioso poter ricorrere, per il rimborso, a specifici Drg che riflettano adeguatamente i costi sostenuti per l'espletamento di tali procedure.

Bisogna però evidenziare che la creazione di dipartimenti di radiologia che presentino delle strutture tecnologicamente adeguate per effettuare le procedure interventistiche risulta fortemente oneroso, data l'entità dell'investimento richiesto in attrezzature, per l'azienda sanitaria e comunque deve accompagnarsi all'esistenza del necessario *know how* professionale a livello medico.

Questi elementi suggeriscono che sarebbe conveniente identificare dei centri di riferimento, sia a livello regionale che inter-regionale, che possano soddisfare la domanda di tali procedure permettendo un più veloce rientro dell'investimento e quindi dando la possibilità di un costante aggiornamento tecnologico. Tali centri potrebbero svolgere anche la funzione di «Centri pilota» per la verifica della coerenza delle tariffe proposte con i costi complessivi sostenuti.

Il riconoscimento del rimborso secondo i Drg interventistici da noi proposti dovrebbe essere concesso, in una prima fase, unicamente ai «Centri di riferimento».

## BIBLIOGRAFIA

- BROTZU G. (1997), *Il sistema DRG per il controllo e la gestione di un ospedale*, Edizioni Minerva Medica.
- DONDELINGER R.F., ROSSI P., KURDZIEL J.C. (1990), *Interventional radiology*, Thieme Medical Publishers.
- FETTER R.B. (1991) (a cura di ), *DRG: Their Design and Development*, Health Administration press. Ann Arbor, Michigan.
- LA BERGE J.M., DARCI M.D. (1994), «Peripheral vascular interventions», *The society of Cardiovascular & Interventional Radiology*.
- GAZZETTA UFFICIALE (1997), *Aggiornamento delle tariffe del 14 dicembre 1994*, supplemento al numero 209.
- LA BERGE J.M., DURHAM J.D. (1995), «Portal Hypertension: options of diagnosis and treatment», *The society of Cardiovascular & Interventional Radiology*.
- LA BERGE J.M., VENBRUX A.C. (1995), «Biliary interventions», *The society of Cardiovascular & Interventional Radiology*.
- LA RADIOLOGIA MEDICA (2000), *Radiologia Medica '99 (suppl. al n. 5)*, Edizioni Minerva Medica.
- LANGIANO T. (1997) (a cura di), *Strategie, valutazione, monitoraggio*, Il pensiero Scientifico Editore.
- RNSA (2001), *Consensus Conference on Treatment of Carotid Diseases*, Chicago.
- SIMONETTI G. (1992), *Compendio di Radiologia interventistica*, Edizioni Idelson Liviana.
- TARONI F. (1996), *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il Pensiero Scientifico Editore.
- TRELOTOLA S.O., SAVADER S.J., DURHAM J.D. (1995), «Venous interventions», *The society of Cardiovascular & Interventional Radiology*.

## Appendice I - Materiali *standard* utilizzati per tipo di procedura (IVA compresa e *stent a parte*)

### Angioplastica periferica

Kit angiografia	96.000
Ago Seldinger	16.200
Introduttore	72.000
Guida idrofila	240.000
Catetere a palloncino	1.260.000
Catetere diagnostico	54.000
Contrasto (200 cc)	310.000
Siringhe	200
Carbocaina	12.000
<b>Costo totale</b>	<b>2.060.400</b>

#### Stent:

metallici 2.600.000/3.800.000 (più 4% IVA)  
ricoperti 4.400.000/6.400.000 (più 4% IVA)

### Angioplastica renale

Kit angiografia	96.000
Ago Seldinger	16.200
Introduttore	72.000
Guida idrofila	240.000
Catetere diagnostico	54.000
Guida coronarica 0.14/0.18	276.000
Catetere a palloncino	1.260.000
Catetere guida	372.000
Contrasto (200 cc)	310.000
Siringhe	800
Carbocaina	12.000
<b>Costo totale</b>	<b>2.709.000</b>

Stent renale: 2.600.000/3.200.000 (più 4% IVA)

### Angioplastica carotide

Kit angiografia	96.000
Ago Seldinger	16.200
Introduttore	72.000
Guida idrofila	240.000
Catetere diagnostico	54.000
Guida coronarica	276.000
Catetere guida	372.000
Sistema di protezione	3.600.000
Catetere a palloncino monorail	1.500.000
Contrasto (200 cc)	310.000
Siringhe	800
Carbocaina	12.000
<b>Costo totale</b>	<b>6.549.000</b>

Stent Carotideo autoespansibile monorail: 3.800.000 (più 4% IVA)

### TIPS

Kit angiografia	96.000
Ago Seldinger	16.200
Kit puntura vena porta	2.160.000
Guida idrofila	240.000
Catetere diagnostico	54.000
Guida rigida	288.000
Catetere a palloncino	1.260.000
Contrasto (200 cc)	310.000
Siringhe	200
Carbocaina	12.000
<b>Costo totale</b>	<b>4.436.400</b>

#### Stent:

Wallstent 3.200.000 (più 4% IVA)  
Viator 7.400.000 (più 4% IVA)

### Endoprotesi aortica (toracica o addominale)

#### Aorta addominale

Kit angiografia	96.000
Ago Seldinger	16.200
Guida idrofila (2)	480.000
Introduttore (2)	144.000
Catetere diagnostico (2)	108.000
Guida rigida (2)	576.000
Catetere a Palloncino	1.260.000
Contrasto (200 cc)	310.000
Siringhe	800
Carbocaina	12.000
<b>Costo totale</b>	<b>3.003.000</b>

#### Endoprotesi biforcata:

Aortoiliaca e branca iliaca 7.000.000/14.000.000 (più 4% IVA)

#### Aorta toracica

Kit angiografia	96.000
Ago Seldinger	16.200
Introduttore (2)	144.000
Guida idrofila (2)	480.000
Catetere diagnostico (2)	108.000
Guida rigida (2)	576.000
Catetere a palloncino	1.260.000
Contrasto (200 cc)	310.000
Siringhe	800
Carbocaina	12.000
<b>Costo totale</b>	<b>3.003.000</b>

Endoprotesi retta: 20.000.000/30.000.000 (più 4% IVA)



**Angioplastica fistole per dialisi**

Kit angiografia .....	96.000
Ago Seldinger .....	16.200
Introduttore .....	72.000
Guida idrofila .....	240.000
Catetere diagnostico .....	54.000
Catetere a Palloncino .....	1.260.000
Contrasto(200 cc) .....	310.000
Siringhe .....	800
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>2.061.000</b>

Stent: 2.500.000/3.200.000 (più 4% IVA)

**Fibrinolisi (farmacologica o meccanica)***Farmacologica*

Kit angiografia .....	96.000
Ago Seldinger .....	16.200
Introduttore .....	72.000
Guida idrofila .....	240.000
Catetere diagnostico .....	54.000
Kit fibrinolisi .....	360.000
Farmaco: 2.000.000 U a kinasi .....	2.192.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe .....	800
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>3.353.000</b>

*Meccanica*

Kit angiografia .....	96.000
Ago Seldinger .....	16.200
Introduttore .....	72.000
Guida idrofila .....	240.000
Catetere diagnostico .....	54.000
Guida 0.18 .....	114.000
Catetere trombolizzatore .....	3.000.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe .....	800
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>3.915.000</b>

**Embolizzazione endoarteriosa**

Kit angiografia .....	96.000
Ago Seldinger .....	16.200
Introduttore .....	72.000
Guida idrofila .....	240.000
Catetere diagnostico .....	54.000
Kit catetere coassiale .....	1.500.000
Materiale embolizzante: Contour o spirali (0.18/0.35) .....	390.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe .....	800
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>2.691.000</b>

**Drenaggio biliare (est/est-int.)**

Kit angiografia .....	96.000
Accustick oppure Cruiser .....	540.000
Guida idrofila .....	240.000
Dilatatore fasciale .....	30.000
Catetere diagnostico .....	54.000
Guida amplatz .....	300.000
Kit drenaggio biliare .....	300.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe .....	800
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>1.882.800</b>

**Nefrostomia**

Kit angiografia .....	96.000
Ago TLA .....	144.000
Guida stiff 80 cm .....	168.000
Guida amplatz corta .....	240.000
Dilatatore fasciale .....	30.000
Catetere nefrostomico .....	360.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe .....	800
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>1.360.800</b>

**Controllo e sostituzione drenaggio biliare**

Kit angiografia .....	96.000
Guida idrofila .....	240.000
Catetere diagnostico .....	300.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe .....	400
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>958.400</b>

**Controllo e sostituzione Nefrostomia**

Kit angiografia .....	96.000
Guida idrofila .....	240.000
Catetere nefrostomico .....	360.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe .....	800
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>1.018.800</b>

**Endoprotesi biliare**

Kit angiografia .....	96.000
Kit endoprotesi carey coons .....	1.200.000
Guida amplatz .....	300.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe .....	800
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>1.918.800</b>

**Doppio J urinario**

Kit angiografia .....	96.000
Guida idrofila .....	240.000
Guida amplatz. ....	300.000
Catetere diagnostico. ....	54.000
Catetere doppio J .....	480.000
Introduttore sfilabile .....	180.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe .....	800
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>1.672.800</b>

**Trattamento percutaneo varicocele**

Kit angiografia .....	96.000
Ago Seldinger .....	16.200
Introduttore vasale 5 fr .....	48.000
Guida idrofila 180 .....	240.000
Catetere diagnostico. ....	54.000
Spirale .....	338.000
sostanza sclerotizzante. ....	17.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe .....	400
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>1.131.600</b>

**Chemoembolizzazione epatica**

Kit angiografia .....	96.000
Ago Seldinger .....	16.200
Guida idrofila .....	240.000
Kit catetere coassiale .....	1.500.000
Catetere diagnostico. ....	54.000
Chemioterapico .....	16.500
Lipiodol. ....	16.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe .....	800
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>2.261.500</b>

**Filtro cavale**

Kit angiografia .....	96.000
Ago Seldinger .....	16.200
Guida idrofila .....	240.000
Catetere diagnostico. ....	54.000
Filtro cavale .....	3.120.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe .....	800
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>3.849.000</b>

**Termoablazione US/TC guidata**

Kit angiografia .....	96.000
Ago da termoablazione .....	2.400.000
Siringhe .....	800
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>2.508.800</b>

**Drenaggio cisti e introduzione materiale sclerosante**

Kit drenaggio .....	300.000
Ago cannula .....	3.000
Guida idrofila .....	240.000
Dilatatore fasciale .....	30.000
Sostanza sclerotizzante .....	5.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe .....	400
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>900.400</b>

**Ago biopsia US/TC guidata**

Campo sterile da biopsia .....	54.000
Anestetico spray .....	1.000
Ago idoneo da biopsia .....	216.000
Siringa .....	800
Carbocaina .....	12.000
Vetrini .....	200
Formalina .....	1.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>285.000</b>

**Alcolizzazione US/TC guidata**

Kit angiografia .....	96.000
Ago Chiba .....	72.000
Alcool etilico .....	1.000
Carbocaina .....	12.000
Siringhe .....	800
<b>Costo totale .....</b>	<b>181.800</b>

**Dilatazione endocavitaria con catetere a palloncino**

Kit angiografia .....	96.000
Guida amplatz. ....	300.000
Catetere a palloncino .....	1.260.000
Catetere diagnostico. ....	54.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe .....	800
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>2.032.800</b>

**Dilatazione stenosi gastrointestinali**

Kit angiografia .....	96.000
Guida idrofila 180 cm .....	240.000
Catetere diagnostico.....	54.000
Guida amplatz.....	300.000
Catetere a palloncino xxl.....	1.260.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe.....	800
Carbocaina .....	12.000

**Costo totale .....** 2.272.800

Stent: Wallstent 3.200.000 (più 4% IVA)

**Port a Cath arterioso e venoso***Arterioso*

Kit port a Cath arterioso .....	1.500.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe.....	400
Carbocaina .....	12.000

**Costo totale .....** 1.822.400

*Venoso*

Kit port a Cath venoso .....	960.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe.....	400
Carbocaina .....	12.000

**Costo totale .....** 1.282.400

**Angioplastica coronarica**

Kit angiografia .....	96.000
Ago Seldinger.....	16.200
Guida idrofila .....	240.000
Catetere diagnostico.....	54.000
Introduttore .....	72.000
Guida coronarica .....	276.000
Catetere guida.....	372.000
Catetere a palloncino monorail.....	1.500.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe.....	400
Carbocaina .....	12.000

**Costo totale .....** 2.948.600

Stent monorail: 3.800.000 (più 4 % IVA)

**Drenaggio percutaneo addominale**

Kit angiografia .....	96.000
Ago TLA.....	144.000
Guida stiff 80 cm .....	168.000
Guida amplatz corta.....	240.000
Dilatatore fasciale .....	30.000
Kit drenaggio .....	300.000
Contrasto (200 cc) .....	310.000
Siringhe.....	400
Carbocaina .....	12.000

**Costo totale .....** 1.300.400

**Alcolizzazione plesso celiaco**

Campo sterile da biopsia .....	54.000
Ago Chiba (2).....	144.000
Alcool .....	5.000
Siringhe.....	800
Carbocaina .....	12.000

**Costo totale .....** 215.800

**Biopsie muscolo-scheletriche**

Campo sterile da biopsia .....	54.000
Ago idoneo da biopsia.....	72.000
Carbocaina .....	12.000
Siringhe.....	2.000

**Costo totale .....** 140.000

**Iniezione di tossina botulinica nel trattamento degli spasmi muscolari**

Campo sterile da biopsia .....	54.000
Ago Chiba.....	72.000
Tossina (100 U) .....	300.000
Carbocaina .....	12.000
Siringhe.....	1.000

**Costo totale .....** 439.000

**Alcolizzazione neuroma di Morton**

Campo sterile da biopsia .....	54.000
Ago .....	1.000
Alcool .....	2.000
Siringhe.....	1.000
Carbocaina .....	12.000

**Costo totale .....** 70.000

**Gastrostomia percutanea o enterostomia percutanea**

---

Campo sterile da biopsia .....	54.000
Kit drenaggio .....	300.000
Contrasto (100 cc) .....	155.000
Siringhe .....	1.000
Carbocaina .....	12.000
<b>Costo totale .....</b>	<b>522.000</b>

---

**Salpingoplastica transluminale**

---

Kit isterosalpingografia .....	240.000
Kit ricanalizzazione tubarica .....	600.000
Guida idrofilica .....	120.000
Contrasto (100 cc) .....	155.000
Siringhe .....	400
<b>Costo totale .....</b>	<b>1.115.400</b>

---



# LA CONTABILITÀ ANALITICA ED IL BUDGET COME STRUMENTI PER IL CONTROLLO DI GESTIONE: L'ESPERIENZA DELL'ASL NAPOLI 1

F. Cascio<sup>1</sup>, S. De Simone<sup>1</sup>, V. Giordano<sup>2</sup>, A. Ippolito<sup>3</sup>, M. Triassi<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Controllo di Gestione Asl Napoli 1

<sup>2</sup> Controllo di Gestione Asl Napoli 1 - Università degli Studi di Salerno, Economia Socio-sanitaria

<sup>3</sup> Dipartimento di Studi e Ricerche Aziendali, Università degli Studi di Salerno

<sup>4</sup> Dipartimento Scienze Mediche Preventive, Università degli Studi di Napoli «Federico II»

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. La contabilità analitica nelle aziende sanitarie - 3. Il ruolo del *budget* nelle aziende sanitarie - 4. L'Azienda sanitaria locale Napoli 1 - 5. Il progetto di controllo di gestione dell'Asl Napoli 1 - 6. Il sistema della contabilità analitica adottato - 7. Il sistema di *budgeting* elaborato - 8. Conclusioni.

## 1. Premessa

Le innovazioni normative che hanno interessato il settore sanitario nell'ultimo decennio hanno avviato, già da alcuni anni, dei profondi processi di cambiamento nelle modalità di gestione delle strutture sanitarie, ma anche nella cultura che le pervade.

Un aspetto peculiare della normativa che ha innovato il settore sanitario è il riconoscimento alle Usl ed agli ospedali di alta specializzazione o di rilievo nazionale (1), ai policlinici universitari, ai presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università, ai presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina e chirurgia, alle strutture destinate a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza della personalità giuridica di diritto pubblico, dotata di autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Alle Usl, tra l'altro, è attribuita l'autonomia imprenditoriale, cioè «attribuisce connotazioni privatistiche all'attività e costituisce la premessa per il ricorso ai più agili strumenti del diritto privato per l'organizzazione e il funzionamento» (Ola G., Pavan A., 2000, p. 12).

L'aver attribuito la qualità di azienda alle Usl (le quali, conseguentemente, assumono la denominazione di Asl) ed agli ospedali precedentemente indicati (2), deriva dall'esigenza di dare risalto alle peculiarità di singole strutture che fino a poco tempo prima erano governate come un sistema unitario e di introdurre nelle stesse i modelli tipici di governo delle imprese private. L'adozione del modello aziendale impone alle aziende sanitarie, in particolare, di focalizzare la loro attenzione sulla tensione verso l'economicità della gestione, intesa come congruenza tra risorse ed obiettivi (Borgonovi E., 1984, p. 79), ciò comporta la responsabilizzazione delle aziende sanitarie ai risultati della gestione posta in essere; infatti, il requisito di economicità fa riferimento alla capacità delle aziende di perdurare nel tempo, ossia alla opportunità di poter continuare in futuro a dare risposta ai bisogni di salute. La necessità di avere obiettivi di economicità della gestione è comprovata dalla presenza di strumenti contabili (3) idonei a verificare tali condizioni e costituiti dalla contabilità analitica per centri di costo, dal bilancio pluriennale di previsione, dal bilancio preventivo economico annuale, dal *budget*. Al vincolo del pa-

reggio di bilancio è collegato il mantenimento in carica del Direttore generale dell'azienda sanitaria (anche se, a tale riguardo, delle perplessità possono nascere in considerazione del fatto che nella fase di avvio dell'aziendalizzazione molte strutture sanitarie versavano e versano ancora in situazioni di grave *deficit*).

Il processo di aziendalizzazione avviato già oramai da un decennio pone in evidenza l'esigenza di comprendere gli ambiti di autonomia che ne discendono ed i vincoli che, invece, limitano il loro operare. In termini generali, è possibile affermare che le aziende sanitarie, esplicando una funzione sociale di tutela della salute, sono sottoposte, ovviamente, ai limiti che tale importante funzione comporta; inoltre, pur avendo le innovazioni legislative introdotto nel settore sanitario elementi di competizione, che potrebbero stimolare una situazione di concorrenza, esistono diversi elementi che fanno pensare, piuttosto, ad una simula-

I paragrafi 1, 2 e 3 sono attribuiti ad Adelai-  
de Ippolito, mentre i paragrafi 4, 5, 6, 7 e 8 so-  
no attribuiti in parti eguali a: Francesco Cascio,  
Silvana De Simone, Vincenzo Giordano, Ma-  
ria Triassi.

zione di mercato: in primo luogo, il settore sanitario è governato dalla programmazione nazionale e regionale che traccia i confini in cui possono muoversi le aziende pubbliche; in secondo luogo, il sistema di finanziamento previsto pone a livello regionale molto spesso dei tetti alla spesa sanitaria che limitano la possibilità di tali aziende di potersi procacciare liberamente le risorse finanziarie; in terzo luogo, il sistema di finanziamento basato su tariffa ha limitato la possibilità di poter imporre dei prezzi collegati alle proprie condizioni di efficienza, che rappresentano i meccanismi di scambio tipici del libero mercato.

La presenza di tali condizionamenti non limita, tuttavia, l'esistenza di leve discrezionali che il *management* delle aziende sanitarie ha a sua disposizione per raggiungere le condizioni di economicità di gestione; ciò, in particolare, pone in primo piano l'esigenza di attivare un sistema di controllo di gestione che assicuri il raggiungimento di tali condizioni (4).

Il controllo di gestione, inteso come «un processo attraverso cui ci si assicura che all'interno di un'azienda siano perseguite l'efficacia e l'efficienza in modo continuo» (Zangrandi A., 1999, p. 221) rappresenta, infatti, l'insieme delle azioni a disposizione del *management* aziendale per supportare e guidare le risorse impegnate nel processo di erogazione dei servizi sanitari nell'ambito delle linee tracciate dalla pianificazione strategica; esso ha, quindi, un ruolo critico ai fini dell'individuazione dei possibili scostamenti dell'andamento di gestione da quanto programmato, delle cause che hanno determinato tali scostamenti e delle azioni che l'azienda sanitaria deve intraprendere per correggere tali scostamenti.

I due strumenti tipici del controllo di gestione, che nel presente contesto si vuole sottoporre ad analisi, sono la

contabilità analitica dei costi ed il *budget* d'esercizio.

## 2. La contabilità analitica nelle aziende sanitarie

Le innovazioni normative sul settore sanitario hanno introdotto l'obbligo della tenuta della contabilità generale e della contabilità analitica. La contabilità generale è costituita dall'insieme delle rilevazioni quantitative che consentono di pervenire alla definizione del risultato economico d'esercizio e della composizione del capitale di bilancio; le informazioni che essa fornisce sono molto importanti soprattutto nelle relazioni con l'ambiente esterno, consentendo di rilevare tutti i fatti della gestione esterna. La contabilità economica, tuttavia, non consente di realizzare un efficace controllo di gestione interna, ossia delle modalità con cui i diversi settori dell'azienda sanitaria hanno contribuito alla definizione del risultato economico. Queste informazioni sono, invece, determinabili attraverso la contabilità analitica.

La contabilità analitica è costituita, infatti, dall'insieme delle determinazioni economico-quantitative che consentono di determinare il costo delle variabili aziendali di tipo interno; nelle aziende sanitarie essa si concentra esclusivamente sull'analisi dei costi imputati ai diversi centri di responsabilità, perciò nelle aziende sanitarie la contabilità analitica si sostanzia nella contabilità per centri di costo, ove quest'ultima è intesa come «un sistema che ha come scopo la determinazione dei costi dei processi produttivi o di loro combinazioni. La contabilità dei costi è cioè un sistema di rilevazione economico-quantitativa mirato alla determinazione dell'utilizzazione delle risorse con riferimento a oggetti definiti» (Zangrandi A., 1984, p. 134).

La contabilità analitica consente, quindi, di sviluppare un sistema informativo interno in grado di consentire una pluralità di analisi e controlli da parte del *management* aziendale per finalità diverse, come, ad esempio, le scelte di convenienza economica in merito alle diverse modalità con cui le prestazioni sanitarie possono essere erogate e l'impatto che tali scelte comportano sulle condizioni di efficienza aziendali, la conoscenza sulla quantità di risorse assorbite da ciascuna attività realizzata dall'azienda sanitaria, in modo da poter anche realizzare dei confronti spazio-temporali basati sul confronto del dato di costo riferito a diversi periodi di tempo od un dato di costo medio dell'azienda o di un'altra azienda sanitaria. Le finalità cui soddisfa la contabilità analitica assumono un ruolo ancora più critico nelle aziende sanitarie di grandi dimensioni, come nel caso dell'Asl Napoli 1 riportato di seguito, dove il governo della gestione risulta ancora più complesso rispetto alle realtà sanitarie di minori dimensioni.

Un primo punto di partenza per l'impianto di una contabilità analitica è l'individuazione dei centri di costo (5) (6); l'individuazione dei centri di costo deve essere realizzata tenendo ben presente alcune condizioni: la prima fa riferimento all'esigenza che le risorse siano attribuite univocamente ad un solo centro di costo, evitando la sovrapposizione di risorse tra più centri; la seconda condizione fa riferimento all'omogeneità che deve caratterizzare i costi afferenti al centro.

I centri di costo individuabili in un'azienda sanitaria possono essere classificati in tre categorie:

- centri di costo di prestazioni finali;
- centri di costo di prestazioni intermedie;
- centri di costo comuni (7).

L'adozione della contabilità analitica comporta l'esigenza di definire la metodologia utilizzata ai fini della costruzione delle figure di costo prescelte; tale metodologia, infatti, può essere realizzata attribuendo all'oggetto di costo solo i valori di alcuni fattori oppure i valori di tutti i costi che attengono all'oggetto di costo, realizzando, in quest'ultimo caso un processo di stratificazione successiva dei valori dei fattori impiegati. In riferimento alla determinazione delle figure di costo necessarie per le analisi della contabilità analitica, occorre precisare che risulta spesso difficile individuare in modo netto le relazioni esistenti tra i costi e gli oggetti di imputazione; in particolare, è possibile definire i costi diretti o speciali, quando l'attribuzione della quantità di fattore utilizzata all'oggetto di costo è effettuabile con sicurezza, diversamente, quando tale attribuzione non può essere realizzata in modo certo, si hanno i costi indiretti o comuni; nelle aziende sanitarie un esempio di costo diretto o speciale è dato dal numero di lastre utilizzate dal servizio di radiologia, mentre un esempio di costo indiretto o comune è dato dal servizio di guardiania.

Un'ulteriore classificazione importante ai fini della contabilità analitica è quella che distingue tra costi variabili, costituiti dall'insieme dei costi che variano più o meno proporzionalmente al variare della produzione, e costi fissi, costituiti dall'insieme dei costi che, nei limiti della capacità produttiva, non variano al variare della produzione realizzata.

L'ultima classificazione considerata assume una grande rilevanza ai fini della definizione delle figure di costo rilevanti per il reale funzionamento del sistema di contabilità analitica; infatti, è possibile distinguere, in via generale, tra:

— la contabilità analitica a costi diretti variabili o *direct costing*, che po-

ne alla base delle sue analisi i costi variabili (8);

— la contabilità analitica a costi pieni o *full costing*, che pone rilevanza al complesso dei costi sopportati (9).

I diversi criteri di applicazione della contabilità analitica, pur rappresentando per molte realtà un'innovazione nelle modalità di realizzazione del controllo interno, possono, tuttavia, presentarsi inadeguate a rappresentare informazioni aventi una maggiore complessità, come l'analisi dei processi specifici che consentono di ottenere un servizio sanitario; tale esigenza nasce dalla considerazione che «il processo sanitario, e quindi il modo in cui si correlano le varie attività che lo costituiscono, produce effetti sul bisogno di salute del paziente e, allo stesso tempo, determina il valore economico del servizio reso; il calcolo del costo di prodotto si basa allora sul principio che i prodotti consumano attività e queste generano costi: da qui la necessità di una corretta valutazione delle attività e dei processi da esse formati» (Olla G., Pavan A., 2000, p. 208).

L'implementazione di un sistema informativo basato sulle tecniche tradizionali della contabilità analitica rappresenta, comunque, un'esigenza imprescindibile per le aziende sanitarie, indipendentemente da quelle che sono le indicazioni specifiche tratte dalla norma, poiché fornisce indicazioni utilissime al *management* per l'interpretazione dei fenomeni di gestione e per la scelta delle decisioni da intraprendere. Il suo apporto risulta vantaggioso soprattutto in considerazione della necessità di dover operare delle valutazioni sulle performance raggiunte dai diversi dipartimenti e servizi in cui si articolano le aziende sanitarie, soprattutto in considerazione dell'esistenza di sistemi di pagamento delle prestazioni basate su tariffe predeterminate, indipendenti dai costi effettivi sostenuti.

### 3. Il ruolo del *budget* nelle aziende sanitarie

Un efficace strumento di controllo interno delle condizioni di efficienza ed efficacia aziendali è costituito dal *budget*; esso è un programma preparato dalla direzione aziendale in cui trovano formalmente espressione le politiche ed i piani che si intendono realizzare, nel periodo di tempo considerato (generalmente l'anno), ed i relativi costi. Esistono diverse tipologie di *budget*; in particolare, questi possono interessare le diverse funzioni ed aspetti della vita aziendale, infatti, esistono *budget* delle vendite, della manodopera, della cassa, della scorte, della produzione, ecc.; i *budget* settoriali devono, comunque, trovare una loro coordinazione nel *budget* globale che rappresenta la sintesi di quelli settoriali.

L'azione di controllo e di impulso che attraverso il *budget* può essere realizzata consente di assicurare il conseguimento ed il rispetto degli obiettivi imposti dalla direzione. Esso scaturisce dal processo di pianificazione, che definisce i diversi obiettivi a medio-lungo termine che l'azienda si pone e le strategie idonee al loro perseguimento. Affinché il processo di *budgeting* risulti efficace, occorre che i vari obiettivi in esso esplicitati siano espressi da *standard*, che rappresentano, date certe condizioni, dei valori che presumibilmente si realizzeranno. Definiti i vari standard, il controllo è effettuato a posteriori con i valori che effettivamente sono stati realizzati, il che consente di porre in essere le varie azioni correttive.

Il *budget* presenta vari vantaggi:

— rappresenta una guida per l'azione dei *manager* e dei capi ai vari livelli;

— fornisce i parametri economico-finanziari con cui confrontare i risulta-



ti effettivamente ottenuti, attraverso l'analisi degli scostamenti;

— permette il coordinamento a priori dei vari organi di impresa, in quanto consente di affrontare in anticipo i problemi che potranno sorgere nella gestione futura;

Il *budget*, pur basandosi su dati previsionali, non costituisce solo un'ipotesi sulla gestione futura, ma un programma di gestione attraverso il quale i *manager* si impegnano al raggiungimento degli obiettivi, eventualmente da rielaborare ove i dati previsionali si rivelino non veritieri; il *budget* cioè, pur scontando una serie di difficoltà di elaborazione, non deve costituire una semplice esercitazione statistico-contabile, infatti, il *budget* «è anche uno strumento di organizzazione in quanto serve a indirizzare e incentivare i soggetti rispetto ai fini d'impresa» (Olla G., Pavan A., 2000, p. 215).

Nelle aziende sanitarie il *budget* costituisce uno strumento di stimolo ed incentivo al raggiungimento degli obiettivi aziendali, nonché di controllo delle *performance*, che ben si collega agli ambiti di autonomia e responsabilizzazione propria di queste tipologie di aziende, che, oltre a riflettere le caratteristiche generali delle aziende di servizi, nel cui ambito rientrano, rispecchiano anche le similitudini proprie delle organizzazioni che si configurano come *burocrazie professionali*, così come definite da Mintzberg (1985, p. 291 e segg.).

I centri di responsabilità individuati nelle aziende sanitarie, in particolare, coincidono spesso con i singoli dipartimenti, divisioni o servizi in cui si articola la struttura organizzativa, essi, in virtù dell'autonomia clinica di cui godono, hanno un'ampia discrezionalità, nei limiti degli obiettivi negoziati con la Direzione generale, nell'individuazione delle azioni da sviluppare al fine di raggiungere tali obiettivi. La negoziazione, in particolare, è svilup-

pata in modo da contemperare le esigenze delle parti impegnate:

— la Direzione generale, interessata a che gli obiettivi definiti per il singolo centro di responsabilità siano coerenti con gli obiettivi definiti a livello aziendale (anche se, occorre precisare, che gli obiettivi stabiliti a livello aziendale devono risultare, a loro volta, coerenti con le linee di programmazione sviluppati a livello regionale) e con le risorse a disposizione;

— i centri di responsabilità, interessati a mantenere i propri ambiti di autonomia, soprattutto per ciò che attiene la programmazione delle attività assistenziali da realizzare, ma anche per ciò che attiene gli ulteriori aspetti considerati dal *budget*, comprese le valutazioni di carattere economico.

Il processo di *budgeting* (10) costituisce per le aziende sanitarie uno strumento per lo sviluppo della cultura aziendale, esso, infatti, favorisce nei dirigenti, soprattutto sanitari, la focalizzazione sul raggiungimento dei risultati e l'assunzione di responsabilità ben precise di carattere economico, che hanno un'influenza non indifferente sulle funzioni che sono proprie della dirigenza nelle aziende sanitarie. L'orientamento ai risultati e la responsabilizzazione collegate al processo di *budgeting*, d'altronde, sono coerenti con la disciplina prevista per la dirigenza medica e delle professioni sanitarie dall'art. 13 del D.L.vo 229/99, che al comma 6 prevede, tra l'altro, per i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa funzioni di direzione e organizzazione della struttura e la responsabilità per l'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite, così come anche prevede il Ccnl dell'area relativa alla dirigenza medica e veterinaria del Ssn, quadriennio 1998-2001, agli artt. 31 e 32.

Naturalmente, affinché il processo di *budgeting* risulti efficace, occorre

che ad esso sia collegato un sistema premiante che incentivi i dirigenti al raggiungimento degli obiettivi fissati.

#### 4. L'Azienda sanitaria locale Napoli 1

L'Azienda sanitaria locale Napoli 1 costituisce una delle più grandi realtà sanitarie nazionali, la sua competenza territoriale coincide con l'area della città di Napoli, il suo bacino d'utenza è di circa 1.062.000 abitanti, i dipendenti sono circa 12.000 ed il bilancio annuale è di circa 2.300 miliardi. Essa si articola in nove Presidi ospedalieri con circa 2.000 posti letto, dieci Distretti sanitari di base, un Dipartimento di prevenzione e due Presidi sanitari intermedi che rappresentano delle strutture di sperimentazione gestionale aziendale, istituite per decongestionare le strutture ospedaliere. I Distretti sanitari erogano l'assistenza territoriale sia direttamente, attraverso le altre strutture ambulatoriali territoriali, sia indirettamente, attraverso le strutture private provvisoriamente accreditate. I Presidi sanitari intermedi sono preposti all'erogazione delle prestazioni di *Day hospital*, di *Day surgery* e di specialistica strumentale e rappresentano l'anello di congiunzione tra le strutture ospedaliere ed il territorio, con cui mantengono collegamenti funzionali.

Le strutture territoriali dell'Asl Napoli 1 operano in situazioni molto differenti tra loro, poiché servono un territorio notevolmente vasto e variegato dal punto di vista sociale ed economico, ciò determina l'impossibilità di implementare esperienze e modalità gestionali uniformi, nonché flussi informativi in grado di evidenziare tempestivamente il verificarsi di disfunzioni e di individuare le eventuali cause.

L'esigenza di promuovere l'attivazione di efficaci flussi informativi sul-



le attività realizzate dalle numerose strutture facenti capo all'Asl Napoli 1, in grado di monitorare la complessa realtà aziendale e di verificare il raggiungimento degli obiettivi di efficienza, efficacia e qualità definiti dal *management* aziendale, ha dato luogo all'istituzione, avvenuta nel 1995 con l'adozione del regolamento interno di organizzazione dei servizi, dei due servizi centrali di controllo interno di gestione e controllo qualità/P.R. (11), aventi «il compito di verificare, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti, dei programmi e dei processi:

1) il conseguimento degli obiettivi aziendali;

2) la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate;

3) la qualità delle prestazioni e l'impiego degli indicatori di qualità;

4) la raccolta e l'elaborazione dei dati di controllo relativi ad indicatori complessi» (Schiassi A., Ziccardi D.R., Rea V., 1997, p. 35).

I compiti precedentemente evidenziati hanno, tuttavia, visto soprattutto un ruolo attivo del Servizio controllo qualità/P.R., infatti, mentre l'attivazione di un vero e proprio processo di controllo di gestione è un evento abbastanza recente nell'Asl Napoli 1, l'implementazione ed il controllo della qualità ha dato luogo a varie esperienze interessanti; in particolare, gli obblighi stabiliti dal legislatore che con l'art. 10 del D.L.vo (dedicato al controllo di qualità), modificato successivamente dall'art. 12 del D.L.vo 517/93, ha previsto, al I comma, che «allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i

flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti erogatori, pubblici e privati, ed il Servizio sanitario nazionale» e con l'art. 14 del D.L.vo 502/92 (dedicato ai diritti dei cittadini), modificato successivamente dall'art. 15 del D.L.vo 517/93, che ha dato una risposta alle esigenze espresse dai fruitori per quanto attiene gli aspetti dei servizi sanitari e delle modalità attraverso cui si realizza la loro erogazione, che maggiormente sono percepibili ed influenti sulla soddisfazione dei fruitori stessi, occorre sviluppare in tempi brevi una risposta alle disposizioni legislative. Ciò ha determinato lo sviluppo di interessanti esperienze sulla qualità, che sono state focalizzate soprattutto sul miglioramento degli aspetti della qualità maggiormente influenti sulla percezione degli utenti, come, ad esempio, i tempi di apertura al pubblico degli sportelli adibiti alla riscossione dei *ticket*, le modalità di pagamento degli stessi, ecc., ma anche all'elaborazione di *report* periodici finalizzati alla verifica e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.

Il grande interesse dedicato alle tematiche della qualità non deve, tuttavia, far ritenere che al controllo di gestione fosse attribuito un ruolo meno critico, infatti, il *management* dell'Asl Napoli 1 ha sempre considerato essenziale l'avvio di un processo di controllo di gestione collegato soprattutto ad una gestione di tipo budgetaria; la sua implementazione è stata, però, ritardata in considerazione di alcuni fattori tra cui: la mancanza nell'azienda sanitaria di una cultura consolidata sul controllo di gestione che potesse consentire di sviluppare in tempi brevi un sistema di controllo in grado di soddisfare le diverse esigenze informative; la carenza di adeguati schemi contabili elaborati a livello ministeriale, così

come si è avuto per la definizione degli indicatori di qualità, che potessero guidare l'implementazione del controllo economico nelle strutture sanitarie; l'esigenza, particolarmente avvertita nell'Asl Napoli 1, di sviluppare un sistema di controllo di gestione standardizzato per tutte le diverse componenti che desse luogo a flussi informativi simili e confrontabili.

## 5. Il progetto di controllo di gestione dell'Asl Napoli 1

L'esigenza di avviare in tempi brevi un efficace sistema di controllo di gestione per le attività distrettuali dell'Asl Napoli 1, che oltre a consentire un continuo monitoraggio delle *performance* realizzate dalle diverse strutture territoriali fosse funzionale al processo di programmazione delle attività da realizzare (attualmente molto carente), ha indotto il Servizio di controllo di gestione ad avviare la definizione di un sistema di *budgeting* per le attività distrettuali, la cui realizzazione ha come suo presupposto l'attivazione di un sistema di contabilità analitica. Al fine di realizzare efficacemente tale obiettivo, il Settore attività distrettuali del Servizio di controllo di gestione ha elaborato delle schede differenziate, finalizzate all'attivazione dei flussi informativi necessari per la futura implementazione sistematica del *budget* e della contabilità analitica (12); tali schede, per ognuno degli strumenti analizzati, permettono di delineare una matrice nella quale è possibile evidenziare, per ogni singola scheda predisposta, il ruolo attribuito a ciascun servizio od unità operativa del territorio nell'ambito del sistema informativo ideato, consentendo anche di effettuare un confronto tra le stesse ed il differente apporto realizzato nel processo complessivo di sviluppo della contabilità analitica e del *budget*.

Il processo precedentemente indicato consentirà di avviare già per la fine del 2001 l'attivazione del flusso informativo per la rilevazione delle risorse effettivamente utilizzate nei processi erogativi (e dei correlati costi), necessario ai fini di un'efficace implementazione del sistema di contabilità analitica presso ciascuna struttura territoriale, un sistema di *budget* a partire dall'anno 2002 e di realizzare una pianificazione a medio termine per gli anni 2003-2004 per i Distretti sanitari di base, i Presidi sanitari intermedi ed i Dipartimenti dell'Asl Napoli 1; tutto ciò cercando di salvaguardare due condizioni reputate fondamentali dal *management* aziendale: il coinvolgimento attivo dei responsabili delle strutture territoriali (in modo da avere un confronto costruttivo con i dirigenti che conoscono in prima persona le problematiche delle singole realtà e le possibili soluzioni) e la standardizzazione delle esperienze (in modo che l'implementazione della contabilità analitica e del *budget* nelle diverse realtà dia luogo ad attuazioni concrete il più possibile uniformi pur in presenza di una notevole diversità dei contesti territoriali).

Gli obiettivi ambiziosi di tale progetto hanno imposto l'esigenza, per il Settore attività distrettuali del Servizio di controllo di gestione, di organizzare tutto il processo di implementazione del *budget* e della contabilità analitica che ne rappresenta il presupposto; in particolare, lo sforzo organizzativo è stato concentrato soprattutto sulla definizione dell'architettura del sistema decentralizzato sia per l'attivazione dei flussi informativi della contabilità analitica e sia per il *budget*. Il sistema definito per ambedue le tecniche analizzate ha comportato la creazione di una struttura a matrice che ha dato luogo alla realizzazione di due tabelle a doppia entrata (si vedano le tabelle in appendice), in

cui sono individuabili, per ognuna, in verticale i singoli attori responsabili delle fasi del processo per ogni Distretto (13) ed in orizzontale le schede elaborate per la raccolta delle informazioni necessarie ai fini dell'attuazione di ciascuna tecnica. Grazie ad un'accurata formalizzazione della procedura complessiva, l'intreccio delle due variabili considerate evidenzia il ruolo che sarà assunto da ciascun attore nella catena cliente/fornitore del sistema creato e le specifiche attività da realizzare.

La partecipazione dei dirigenti delle strutture territoriali coinvolti nel processo di definizione del sistema di contabilità analitica e di *budget* è stata favorita attraverso la formalizzazione delle specifiche competenze di ognuno, in modo da facilitare la comprensione del sistema e permettere una prima autovalutazione gestionale dei propri specifici adempimenti.

Naturalmente, l'attivazione del sistema di controllo di gestione non è stata priva di problemi; in particolare, alcuni responsabili delle UU.oo. coinvolti nel processo hanno opposto delle resistenze, connesse sia alla mancanza, in alcuni casi, di adeguati supporti informatici necessari per l'attivazione dei flussi informativi e sia per un'ineadeguata conoscenza dell'importanza e delle finalità dei due strumenti considerati. A tali resistenze si è cercato di avviare attraverso l'acquisto di nuovi supporti informatici e l'attivazione di corsi di formazione sul controllo di gestione nelle aziende sanitarie; in particolare, la formazione non è stata realizzata solo attraverso attività d'aula, ma anche attraverso l'affiancamento, nei primi momenti dell'implementazione del processo, di personale esperto ai responsabili delle UU.oo. Ciò ha fatto sì che attualmente molte delle resistenze sono state annullate e l'assistenza ai responsabili delle UU.oo. è limitata alla risoluzione di

problematiche occasionali, mentre i flussi informativi che attualmente pervengono da tali UU.oo. sono abbastanza tempestivi ed accurati.

## 6. Il sistema della contabilità analitica adottato

Le linee guida elaborate per l'attivazione dei flussi informativi della contabilità analitica presso i Distretti sanitari ed i Presidi sanitari intermedi pongono l'accento sulle schede elaborate per conoscere l'utilizzo delle risorse dei diversi centri di costo; in particolare, le Unità operative che costituiscono ciascun Distretto sanitario, Presidio sanitario intermedio e Dipartimento costituiscono i centri di responsabilità dell'impianto della contabilità analitica. Le schede predisposte consentono di agevolare l'analisi del consumo di risorse presso i diversi centri di costo; in particolare, ogni scheda fa riferimento ad un macrocentro di costo, nell'ambito del quale sono indicati e codificati i singoli centri di costo che lo costituiscono.

Le schede predisposte per l'attivazione dei flussi informativi sull'utilizzo delle risorse da parte dei macrocentri di costo sono i seguenti:

— prestazioni erogate, spesa, valorizzazione a tariffa. Tale scheda, in particolare, non è unica, ma si articola in undici differenti tipologie di schede per quante sono le diverse Unità operative esistenti. In base alla procedura definita, la scheda è compilata da ciascuna Unità operativa con una cadenza mensile ed è, in seguito, inviato al direttore di Distretto ed al direttore del Dipartimento/Area in cui l'Unità operativa è inserita; le schede inviate al direttore di Distretto sono vistate ed, in seguito, inviate dallo stesso al direttore del Servizio centrale dipartimentale distrettuale, al Servizio controllo interno ed al direttore del Servizio bilancio e conti consuntivi; quest'ultimo

provvede all'attribuzione di alcuni ricavi e dei principali costi, su base mensile, ai singoli Distretti ed alle loro Unità operative. Il direttore di Dipartimento/Area elabora, invece, una scheda sulle attività svolte da ciascuna Unità operativa coordinata, da inviare al Servizio controllo interno di gestione ed al Servizio centrale dipartimentale distrettuale;

— *day hospital, day surgery*, visite e prestazioni ambulatoriali. Tale scheda è elaborata mensilmente da ciascun Presidio sanitario intermedio, in modo da evidenziare l'entità delle prestazioni erogate e la loro valorizzazione. Le schede sono, poi, inviate alla Direzione sanitaria aziendale, al Servizio bilancio e conti consuntivi ed al Servizio controllo interno di gestione;

— costo del personale. Tale scheda è elaborata da ciascuna Unità operativa e dai servizi del Dipartimento di prevenzione sulla base dei dati variabili del costo del personale ed ai dati relativi ai propri organici. Le schede sono esaminate e viste dai direttori di Distretto o dei Presidi sanitari intermedi, per le Unità operative, e dal direttore di Dipartimento di prevenzione, per i relativi Servizi, per poi essere inviati al direttore del Servizio centrale dipartimentale distrettuale, al direttore del Servizio bilancio e conti consuntivi ed al Servizio controllo interno di gestione;

— costo farmaci, dispositivi medici e diagnostici. Tale scheda è elaborata mensilmente da ciascuna Unità operativa ed è inviato ai direttori di Distretto o Presidio sanitario intermedio; questi ultimi predispongono le schede cumulative e le inviano al Dipartimento farmaceutico, al direttore del Servizio centrale dipartimentale distrettuale, al direttore del Servizio bilancio e conti consuntivi ed al Servizio controllo interno di gestione.

Alcune schede sono, inoltre, emesse anche dal Servizio bilancio e conti

consuntivi. Il direttore di tale Servizio, infatti, oltre ad essere il responsabile del procedimento di attuazione della contabilità analitica distrettuale, elabora mensilmente una scheda sui costi di ciascun Distretto, Presidio sanitario intermedio o Dipartimento che invia ai corrispondenti direttori; delle schede mensili sui costi progressivi e sugli indicatori selezionati in forma comparata tra Unità operative omologhe; un rapporto sui costi generali dell'Asl Napoli 1 in conformità allo schema adottato dalla stessa Asl. Tutte le schede citate sono inviate anche al Servizio controllo interno di gestione.

### 7. Il sistema di *budgeting* elaborato

Il processo definito, invece, per l'elaborazione del *budget* per l'anno 2002 e del prospetto di pianificazione a medio termine (2002-2004) presuppone che le diverse Unità operative territoriali coinvolte sviluppino le loro previsioni sulla base dei risultati raggiunti durante l'anno 2000; ciò, quindi, pone nel dovuto rilievo l'esigenza che il sistema informativo aziendale sia in grado di fornire alle Unità operative i dati necessari e nelle forme idonee per il loro utilizzo ai fini del *budget*.

Al fine di agevolare il processo di *budgeting* e di coinvolgere attivamente i responsabili delle Unità operative territoriali sono stati elaborati, anche in questo caso, delle schede inerenti agli obiettivi specifici di prestazioni, ma anche di miglioramento della qualità che i differenti centri di responsabilità prevedono di raggiungere nell'anno 2002 e negli anni 2003-2004 ai fini della pianificazione a medio termine. Tutto il processo di *budgeting* è realizzato sotto la diretta responsabilità del direttore responsabile del Distretto o del Presidio sanitario ed al momento non è stata prevista alcuna attività di negoziazione degli obiettivi

con i responsabili delle UU.oo. (infatti, attualmente i flussi informativi riguardano solo le previsioni di attività formulate dai responsabili delle UU.oo.), anche se tale negoziazione sarà realizzata quando l'implementazione del sistema di *budget* sarà pienamente realizzata, ossia nel 2002.

Gli elaborati definiti ai fini della costruzione del *budget* e della pianificazione a medio termine sono i seguenti:

— prestazioni erogate, spesa sostenuta, valorizzazione a tariffa. Tale scheda rispecchia molto quella analoga elaborata per la contabilità analitica, essa, infatti, è articolata sulla base dei diversi centri di responsabilità individuati, ossia le Unità operative territoriali, e contiene, per ciascun centro di costo individuato nell'ambito di ogni centro di responsabilità, la determinazione del valore a consuntivo relativo all'anno 2000 e le previsioni degli obiettivi per gli anni 2002, 2003 e 2004. La scheda è compilata da ciascuna Unità operativa con il concorso del responsabile dell'Area/Dipartimento di appartenenza ed è, poi, inviato al direttore responsabile del Distretto, mentre le Unità operative elaborano inviano la loro scheda al responsabile del Presidio, dopo averne concordato il contenuto con lo stesso e con il direttore responsabile del Distretto nel quale insiste il Presidio;

— prestazioni erogate ed erogabili, *day hospital, day surgery*. Tale scheda è elaborata sulla base delle prestazioni erogate, secondo la nomenclatura fornita dal tariffario regionale, in *day hospital* ed in *day surgery* e contiene l'indicazione, per ogni prestazione, del risultato raggiunto, in numero ed in valore monetario, durante l'anno 2000 e le previsioni, in numero di prestazioni, da formulare per gli anni 2002, 2003 e 2004. Esso è compilato dalle Unità operative del Presidio sanitario intermedio ed è inviato al responsabile di Presidio, dopo averne



concordato il contenuto con lo stesso e con il direttore responsabile del Distretto nel quale insiste il Presidio;

— prestazioni erogate ed erogabili-attività ambulatoriali. Tale scheda è predisposta in modo da contenere la descrizione delle prestazioni erogate a pagamento sulla base del tariffario regionale, per ognuna delle quali occorre indicare la tariffa unitaria, il totale delle prestazioni erogate durante l'anno 2000 in numero ed in valore monetario e le previsioni del numero di prestazioni come obiettivo per gli anni 2002, 2003 e 2004. La scheda è compilata dalle Unità operative distrettuali dopo averne concordato il contenuto con il responsabile dell'Area/Dipartimento di appartenenza ed è inviato al direttore responsabile del Distretto, mentre le Unità operative del Presidio sanitario intermedio inviano la propria scheda al responsabile di Presidio dopo averne concordato il contenuto delle previsioni con lo stesso e con il direttore responsabile del Distretto nel quale insiste il Presidio;

— totale prestazioni diagnostiche erogate e tipologia di processi. Tale scheda fa riferimento alle prestazioni diagnostiche erogate, per ognuna delle quali occorre indicare le caratteristiche del processo e/o apparecchiature impiegate, il costo della manutenzione annuo delle apparecchiature, il numero delle prestazioni che si presume di erogare per l'anno 2002, il costo unitario dei materiali occorrenti all'erogazione delle prestazioni ed il costo totale dei materiali che si prevede per l'anno 2002. Essa è compilata dalle Unità operative distrettuali dopo averne concordato il contenuto con il responsabile dell'Area/Dipartimento di appartenenza ed, quindi, inviato al direttore responsabile del Distretto; le Unità operative del Presidio sanitario intermedio, invece, inviano la propria scheda al responsabile del Presidio dopo averne concordato il contenuto

con lo stesso e con il direttore responsabile del Distretto nel quale insiste il Presidio;

— consumo di materiale sanitario (farmaci, dispositivi medici, dispositivi diagnostici). La scheda prevede l'indicazione della descrizione del materiale sanitario utilizzato, la relativa unità di misura, le quantità consumate durante l'anno 2000 e quelle che si prevede di consumare nell'anno 2002, l'importo unitario di ciascun materiale ed il totale degli importi sia per i dati consuntivi del 2000 e sia per le previsioni del 2002. Esso è compilato dalle Unità operative distrettuali dopo averne concordato il contenuto con il responsabile dell'Area/Dipartimento di appartenenza ed è, poi, inviato al direttore responsabile del Distretto, mentre, le Unità operative del Presidio sanitario intermedio lo inviano al responsabile del Presidio dopo averne concordato il contenuto con lo stesso;

— investimenti per beni durevoli e manutenzione straordinaria. Tale scheda contiene la previsione ai fini del *budget* 2002 e della pianificazione a medio termine per gli anni 2003-2004 del piano degli investimenti, che si inserisce nell'ambito del piano di miglioramento della qualità di ciascuna Unità operativa; per ogni singolo investimento occorre indicare l'anno in cui si prevede di realizzarlo, la tipologia di bene durevole o di manutenzione straordinaria oggetto dell'investimento, le ragioni per le quali si vuole realizzare l'investimento ed i rapporti costi-benefici che esso comporterà ed, infine, l'importo dell'investimento. Tale scheda è compilata dalle Unità operative distrettuali dopo averne concordato il contenuto con il responsabile dell'Area/Dipartimento di appartenenza ed è, quindi, inviato al direttore responsabile del Distretto; le Unità operative del Presidio sanitario intermedio, invece, inviano la propria scheda al responsabile del Presidio,

dopo averne concordato il contenuto con lo stesso e con il direttore responsabile del Distretto in cui insiste il Presidio; mentre i Servizi del Dipartimento di prevenzione concordano la propria scheda con il responsabile del Dipartimento stesso;

— piano di impiego delle risorse umane. La scheda si focalizza sulla previsione delle risorse umane (articolate in dirigenti medici, dirigenti sanitari, dirigenti tecnici amministrativi e professionale, paramedici, tecnici sanitari ed amministrativi) necessarie per il conseguimento degli obiettivi previsti per l'anno 2002, operando un confronto tra le risorse necessarie e quelle, invece, disponibili. La scheda prevede, a sua volta, una ulteriore scheda, in cui le risorse umane vanno descritte attraverso l'utilizzo di una tabella, al fine di rendere comprensibile la dislocazione del personale nelle singole sedi o funzioni in cui si articola l'Unità operativa. La scheda è compilata dalle Unità operative distrettuali dopo averne concordato il contenuto con il responsabile dell'Area/Dipartimento di appartenenza ed è, quindi, inviato al direttore responsabile del Distretto; le Unità operative del Presidio sanitario intermedio, invece, inviano la loro scheda al responsabile del Presidio, dopo averne concordato il contenuto con lo stesso; mentre le Unità operative del Dipartimento di prevenzione concordano il loro allegato con il responsabile del Dipartimento stesso;

— piano di miglioramento relativo alla qualità e quantità dei servizi all'utenza, formazione ed addestramento, sicurezza ed igiene del lavoro, immagine. La scheda si compone, a sua volta, di due schede, in cui sono indicati, nella prima, gli indirizzi che si vogliono conferire al progetto di miglioramento, le linee di azione sviluppabili a tale scopo ed i risultati che si prevede di raggiungere; la seconda scheda, in-



vece, prevede la specificazione, per ogni specifico obiettivo, delle azioni che si propongono ed i corrispondenti risultati attesi. La prima scheda è elaborata direttamente dal direttore del Dipartimento/Area o dal direttore del Presidio sanitario intermedio; la seconda è predisposta dal responsabile dell'Unità operativa.

È stato previsto, infine, un'apposita scheda per la definizione dei criteri di ribaltamento da adottare per i costi dei servizi centralizzati del Distretto, del Presidio e delle Unità di supporto degli stessi; la scheda è predisposta dalla Direzione sanitaria del Distretto e dalla Direzione sanitaria del Presidio sanitario intermedio.

Al fine di dare concreta attuazione al processo di *budgeting*, è stato istituito il Comitato di *budget* presieduto dal direttore generale dell'Asl Napoli 1 e costituito dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal direttore del Servizio controllo interno di gestione; tale organismo ha il compito essenziale di valutare, discutere ed eventualmente modificare ogni proposta di *budget* prima del loro consolidamento nel *budget* complessivo dell'Area distrettuale aziendale.

## 8. Conclusioni

La realizzazione del processo avviato presso l'Asl Napoli 1 consentirà, attraverso l'adozione della contabilità analitica e del *budget*, di sviluppare un efficace sistema di controllo di gestione nelle attività distrettuali, peraltro, già avviato per i Presidi ospedalieri. Tale processo, in particolare, permetterà:

— un'efficace programmazione delle attività da realizzare nell'immediato futuro, evidenziando le relazioni che si sviluppano tra le varie azioni realizzabili, infatti, l'esistenza di un efficace sistema di controllo di gestione consente di poter operare una piani-

ficazione delle attività da realizzare ponendo in evidenza gli effetti che queste comportano sulla gestione aziendale e i rapporti di influenza reciproca che le scelte operate realizzano tra loro, permettendo di realizzare, a tale riguardo, delle simulazioni di gestione, utili a porre in evidenza gli effetti in termini di efficienza ed efficacia che le diverse scelte possono comportare;

— di definire i parametri economico-finanziari utili per la valutazione delle *performance* realizzate dai vari servizi ed unità operative dei distretti; infatti, se la conoscenza dei livelli di *performance* raggiunti dalle varie unità operative assume un ruolo critico in tutte le aziende sanitarie, essa assume un ruolo ancora più importante nelle strutture sanitarie di rilevanti dimensioni come l'Asl Napoli 1, in cui il numero delle unità operative territoriali è talmente considerevole da rendere difficile, in assenza di un efficace controllo di gestione, conoscere e valutare in modo appropriato le *performance* raggiunte da ognuna e realizzare dei confronti tra le stesse che possano condurre alla diffusione delle prassi di gestione migliori, tale metodica è peraltro favorita dall'approntamento di una specifica modulistica;

— di fornire una guida per l'azione dei *manager* e dei dirigenti dei diversi livelli, in particolare, la mancanza di un adeguato sistema di controllo di gestione non ha reso possibile, per molto tempo, il supporto informativo necessario ai dirigenti delle diverse unità operative territoriali dell'Asl Napoli 1 per formulare le scelte di gestione e per valutare, a posteriori (ma anche a priori), se le scelte operate erano compatibili con la strategia aziendale e/o con le finalità definite dai diversi livelli manageriali;

— di avviare un processo di miglioramento continuo delle *performance* realizzate, che consentirà di raggiun-

gere gli obiettivi di efficienza, efficacia e qualità delle prestazioni erogate, ciò risponde all'esigenza, da sempre avvertita nell'Asl Napoli, di promuovere la qualità delle prestazioni erogate e di focalizzare l'attenzione su tutti gli aspetti della gestione che possono favorire l'adeguamento dei servizi erogati alle esigenze specifiche avvertite dall'utenza.

Il processo avviato, naturalmente, è solo agli inizi, per questo darà, presumibilmente, i suoi effetti solo nei prossimi anni, quando le diverse procedure definite per l'implementazione della contabilità analitica e del *budget* saranno state rodiate e saranno diventate di routine nell'ambito della gestione delle diverse unità operative territoriali. Solo l'implementazione del processo sviluppato potrà consentire di valutare se le procedure e gli strumenti progettati sono efficaci o se occorre apportare ad essi degli idonei correttivi. Ciò nonostante, un primo bilancio positivo del sistema progettato può essere espresso in considerazione dell'innovatività dello stesso, soprattutto, se si considera che esso va a colmare un vuoto molto grave connesso al mancato sviluppo, per molti anni, di un adeguato sistema di controllo di gestione.

(1) Le strutture sanitarie individuabili come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione devono avere almeno la presenza di tre strutture di alta specialità (D.M. 29 gennaio 1992) ed un'organizzazione di tipo dipartimentale.

(2) Gli ospedali non riconosciuti tali «permano quali unità organizzative — presidi — interni alle USL [...] modificano comunque e notevolmente il loro rapporto con essa, essendo loro riconosciuta autonomia economico-finanziaria, con obbligo per la USL stessa di mantenere una contabilità separata all'interno del proprio bilancio». Olla G., Pavan A., (2000), pag. 14.

(3) Cfr. articolo 5, D.L. vo 502/92.

(4) Del Vecchio M. (2000), pag. 93: «Ecco perché, in un mondo che cambia così in fretta e

nel quale il rispetto dei vincoli economici diventa sempre più fattore rilevante, non è più possibile per le Aziende sanitarie rimandare al futuro l'introduzione dei sistemi di controllo di gestione».

(5) Occorre, tuttavia, operare una precisazione, la contabilità analitica partendo dall'analisi della struttura organizzativa individua una serie di centri di responsabilità. «Un centro di responsabilità è costituito da un gruppo di persone che opera per raggiungere un obiettivo dell'azienda, ed è guidato da un dirigente che si assume la responsabilità delle azioni intraprese». Anthony R.N., Young D., *Controllo di gestione*, McGraw-Hill, Milano, 1992, pag. 6.

(6) Grandi G., «La contabilità analitica», in *I quaderni di Mecosan, Contributi per una gestione manageriale della sanità*, 1996, pag. 93: «Comunemente per centro di costo si intende un insieme di attività a cui sia univocamente correlabile un consumo definito e misurabile di risorse. I centri di costo non sono l'equivalente dei centri di responsabilità. I primi si configurano come aggregazione di costi effettuata per ragioni di carattere conoscitivo e anche contabile; i secondi sono necessariamente legati a responsabilità organizzative e gestionali».

(7) Zangrandi A. (1984), pagg. 161-162: «I centri di costo di prestazioni finali sono quelle aggregazioni a cui è possibile riferire "prestazioni sanitarie" finali, cioè prestazioni atte a soddisfare un bisogno di prevenzione, cura e riabilitazione. Si tratta di prestazioni quali degenza, diagnosi e terapia ambulatoriale, assistenza sanitaria di base, profilassi, ecc. I centri di costo di prestazioni intermedie rappresentano quelle aggregazioni alle quali sono riferibili "prestazioni" specifiche, in senso tecnico, ma che non sono considerabili autonomamente in quanto costituiscono componenti di prestazioni più complesse. Il tipico esempio è costituito dagli accertamenti strumentali (di radiologia e/o di analisi chimico-clinica, ecc.) che sono in genere attuate per effettuare corrette diagnosi o per verificare terapie. [...] I centri di costo comuni sono aggregazioni di costo riferibili ad attività di supporto svolte per altri centri di costo, ma non direttamente imputabili ad essi. È questo il caso dei costi di direzione e coordinamento dei servizi dell'Usl, dei costi dei supporti amministrativi, ecc.».

(8) La contabilità analitica a costi variabili ha il vantaggio di utilizzare una metodologia di carattere oggettivo, poiché, considerando solo i costi variabili ed i costi diretti, non comporta l'esigenza di utilizzare un criterio di ripartizione dei costi indiretti, tuttavia, essa assume un carattere di scarsa significatività per le analisi di convenienza economica.

(9) La contabilità analitica a costi pieni, viceversa, utilizza una metodologia di carattere soggettivo, comportando l'esigenza di dover ripartire, sulla base di vari possibili criteri, i costi indiretti, di conseguenza, pur assumendo una maggiore significatività rispetto alla contabilità a costi variabili, dà luogo ad informazioni che possono avere carattere discrezionale.

(10) Il processo attraverso il quale si sviluppa il *budget* nelle aziende sanitarie può essere schematizzato nelle seguenti fasi.

1. Valutazione della domanda complessiva di servizi sanitari da erogare, realizzata tenendo conto di diverse variabili, come l'andamento e composizione della domanda di servizi sanitari del bacino di utenza, la domanda di servizi provenienti da altri centri di responsabilità (si fa riferimento all'ipotesi dei centri di responsabilità che erogano i loro servizi esclusivamente, od in parte, a favore di altri centri di responsabilità, come nel caso delle prestazioni di radiologia o le consulenze di tipo scientifico erogate a favore di pazienti ricoverati presso altre divisioni dell'azienda sanitaria, la domanda di tali servizi, ovviamente, è collegata alle decisioni di variazione dell'entità della domanda o della composizione del *case-mix* operate da altri centri di responsabilità), gli obiettivi definiti dall'azienda sanitaria e le scelte di programmazione sanitaria operate dalla Regione.

2. Definizione degli obiettivi di *budget*, articolati non solo in volumi quantitativi dei servizi da erogare, ma anche in obiettivi di efficienza, efficacia e qualità delle prestazioni, con indicazione delle risorse da investire.

3. Negoziazione degli obiettivi definiti nei *budget* con i corrispondenti dirigenti dei centri di responsabilità; questa è una fase critica di tutto il processo di *budgeting*, infatti, affinché esso non rappresenti un semplice adempimento burocratico cui sono attribuite solo finalità di controllo dei costi, ma costituisca, invece, uno strumento di guida per l'operato dei dirigenti delle aziende sanitarie gli obiettivi devono essere condivisi ed accettati non solo dalla Direzione generale e dai dirigenti dei centri di responsabilità, ma anche da tutti gli operatori di ciascun centro di responsabilità.

4. Controllo della compatibilità degli obiettivi fissati nel *budget* con le risorse economiche, umane, ecc. disponibili, in modo che esso non rappresenti un libro dei sogni, ma sia realizzabile, ossia coerente con le azioni sviluppabili dal centro di responsabilità e dall'azienda sanitaria in generale.

5. Formulazione dei diversi *budget*, con indicazione degli obiettivi di carattere generale da raggiungere, ma anche dei micro-obiettivi

in cui ognuno di essi si articola; infatti, si pensi, ad esempio, al caso del budget formulato per il Servizio di radiologia, i suoi obiettivi saranno non solo articolati per i diversi centri di costo che lo compongono (radiologia tradizionale, tomografia computerizzata, risonanza magnetica, ecc.), ma anche nei singoli obiettivi di quantità e qualità delle prestazioni relativi ad ogni centro di costo.

6. Elaborazione del bilancio economico preventivo, nel quale sono considerati gli effetti di natura economica e finanziaria che i *budget* formulati per i diversi centri di responsabilità determinano sull'azienda sanitaria.

7. Valutazione dei risultati, che si sostanzia nell'analisi, realizzata alla fine del periodo cui si riferisce il *budget* o, meglio ancora, a determinati intervalli durante tale periodo, dei risultati raggiunti dai diversi centri di responsabilità e degli eventuali scostamenti tra tali risultati e gli obiettivi preventivati; gli eventuali scostamenti registrati dovranno essere analizzati accuratamente in modo da definire la loro natura, le cause che li hanno determinati e le azioni correttive da sviluppare per eliminare tali scostamenti o le eventuali modifiche da apportare ai futuri *budget* per tenere conto degli scostamenti verificatisi. Cfr.: Zangrandi A. (1999), pag. 246 e segg.

(11) Il Servizio controllo qualità/P.R., in particolare, è costituito da tre settori: il Settore controllo qualità e formazione aziendale, il Settore P.R. e diritti del cittadino ed il Settore *marketing* e promozione aziendale.

(12) Per quanto attiene la contabilità analitica, occorre precisare che già da alcuni anni esiste, presso l'Asl Napoli 1, l'impianto necessario per l'individuazione dei centri di responsabilità e dei centri di costo, tuttavia, fino ad oggi non era stato ancora attivato un flusso informativo di tipo sistematico per una effettiva implementazione dello strumento; infatti, solo in alcune strutture territoriali era stato attivato un flusso informativo connesso, però, solo al costo del personale.

(13) Gli attori individuati per la contabilità analitica sono: le UU.oo. del distretto, il Direttore del distretto, le UU.oo. del Presidio sanitario intermedio, il direttore del Presidio sanitario intermedio, il responsabile del Dipartimento/Area, il Direttore sanitario aziendale, il Servizio bilancio, il Servizio controllo interno di gestione, il Servizio centrale dipartimentale distrettuale, il Dipartimento farmaceutico, i servizi del Dipartimento di prevenzione; mentre gli attori individuati per il *budget* sono: le UU.oo. del distretto, le UU.oo. del presidio sanitario intermedio, il responsabile del Dipartimento/Area, il direttore del Distretto, il direttore del Presidio sanitario intermedio, il Servizio

centrale dipartimentale distrettuale, i servizi del Dipartimento di prevenzione il Servizio controllo interno di gestione.

## BIBLIOGRAFIA

- ANTHONY R.N., YOUNG D. (1992), *Controllo di gestione*, McGraw-Hill, Milano.
- BORGONOV E. (A CURA DI) (1984), *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*, Giuffrè, Milano.
- CAPPELLARI R., COLLINI P. (1994), «Activity-Based Costing e teoria dell'agenzia», *Economia & Management*, 3.
- DEL VECCHIO M. (2000), «Contabilità e controllo di gestione delle aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere», *Mecosan*, 36.
- FRASSETTO G.F. (1996), *Il network sanitario*, CEDAM, Padova.
- GRANDI G. (1996), «La contabilità analitica», *I quaderni di Mecosan, Contributi per una gestione manageriale della sanità*.
- MELE R. (1993), *Strategie e politiche di marketing delle imprese di pubblici servizi*, Padova, Cedam.
- MINTZBERG H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- OLLA G., PAVAN A. (2000), *Il management nell'azienda sanitaria*, Giuffrè, Milano.
- SCHIASSI A., ZICCARDI D.R., REA V. (1997), «Qualità ed efficienza in Asl Napoli 1. Piano di misura delle attività e delle prestazioni», *QA*, vol. 8, 1.
- SPANDONARO F. (1996), «Budgeting nelle unità assistenziali ospedaliere», *I quaderni di Mecosan, Contributi per una gestione manageriale della sanità*.
- ZANGRANDI A. (1984), *Il controllo di gestione nelle Unità sanitarie locali*, Giuffrè, Milano.
- ZANGRANDI A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche*, Giuffrè, Milano.

APPENDICE

Planning del reporting della contabilità analitica

	Scheda A	Scheda B	Scheda C	Scheda D	Scheda E	Scheda EI	Scheda F1, F1.1	Scheda F2, F2.2	Scheda costi generali ASL
UU.00. del Distretto	Prestazioni erogate-spesa valorizzazione a tariffa	Prestazioni erogate-spesa valorizzazione a tariffa	Day hospital, day surgery, visite e prestazioni ambulatoriali	Dati relativi al personale ed ai suoi costi	Consuntivo spesa materiali sanitari	Consuntivo spesa materiali sanitari	Costi progressivi Centri di responsabilità	Costi progressivi ed indicatori	Costi progressivi ed indicatori
Direttore Distretto	Compilano e inviano al Direttore del Distretto e al Responsabile del dipartimento/Area di appartenenza	Compilano e inviano al Direttore del Distretto		Compila e invia al Direttore distretto	Compilano e inviano al Direttore del Distretto	Lo compila sulla base degli allegati E e lo invia al SCDD, al Serv. bilancio, al dip./Area relativa ed al Serv. controllo interno	Riceve del Servizio bilancio		
UU.00. del PSI	Riceve approva e firma dalle UU.00. ed invia al SCDD, al S. controllo interno ed al S. bilancio	Compilano e inviano sotto l'Al. A 5.02 al Direttore del PSI	Compilano e inviano al Direttore del PSI	Riceve dalle UU.00. e invia al SCDD, al Serv. bilancio ed al Serv. controllo interno	Riceve UU.00.				
Direttore PSI	Riceve approva e firma dalle UU.00. ed invia al Direttore sanitario aziendale, al Servizio bilancio e al Servizio controllo interno di gestione	Riceve approva e invia alla Direzione aziendale, al Servizio bilancio e al Servizio controllo interno di gestione	Riceve approva e invia alla Direzione aziendale, al Servizio bilancio e al Servizio controllo interno di gestione	Riceve approva e invia alla Direzione aziendale, al Servizio bilancio e al Servizio controllo interno di gestione	Riceve	Compila sulla base dell'all. E e invia alla Direzione aziendale, al Servizio bilancio, al dip./Area relativa e al Servizio controllo interno di gestione	Riceve dal Bilancio		
Responsabile dipartimento/Area	Riceve dalle UU.00.	Compila e invia al SCDD e al Servizio controllo interno			Riceve UU.00.		Riceve dal Bilancio		
Direttore sanitario aziendale	Riceve dalla Direzione del PSI	Riceve dal PSI	Riceve dal PSI	Riceve dal PSI	Riceve dal PSI	Riceve dal PSI			
Servizio bilancio	Riceve dal Direttore del Distretto, dal Direttore del PSI	Riceve dal PSI	Riceve dal PSI	Riceve dal Direttore del Distretto e dal PSI		Riceve dal Direttore del Distretto e dal PS	Compila e invia ai Direttori di Distretto, PSI, Dipartimenti	Compila e invia al Servizio controllo interno	Compila e invia al Servizio controllo interno
Servizio controllo interno di gestione	Riceve dal Direttore del Distretto, dal Direttore del PSI	Riceve dal Responsabile del dip./Area del Distretto	Riceve dal PSI	Riceve dal Direttore del Distretto		Riceve dal Direttore del Distretto, dal Direttore del PSI		Riceve dal Servizio bilancio	Riceve dal Servizio bilancio
SCDD	Riceve dal Direttore del Distretto	Riceve dal Responsabile del dip./Area del Distretto				Riceve dal Direttore del Distretto			
Dipartimento farmaceutico									
Servizi del dipartimento di prevenzione				Compilano ed inviano al Direttore del Dipartimento di prevenzione		Riceve dal Direttore del Distretto o PSI			



	Scheda 1	Scheda 2	Scheda 3	Scheda 4	Scheda 5	Scheda 6	Scheda 7, 7.1	Scheda 8	Scheda 8.1	Scheda 9
	Prestazioni erogate, spesa sostenuta, valorizzazione a tariffa	Prestazioni erogate ed erogabili day hospital - day surgery	Prestazioni erogate ed erogabili attività ambulatoriali	Totale prestazioni erogate e tipologia di processi	Consumo materiale sanitario (farmaci, dispositivi medici, dispositivi diagnostici)	Investimenti per beni durevoli e manutenzione straordinaria	Piano di impiego delle risorse umane	Piano di miglioramento qualità, quantità. Linee guida dipartimentali	Piano di miglioramento qualità, quantità	Criteri di ribaltamento
UU.oo. del Distretto	Compilano e concordano con le Aree/Dip. ed inviano entro 60 gg al Direttore del distretto	Compilano e concordano con le Aree/Dip. ed inviano entro 60 gg al Direttore del distretto	Compilano e concordano con le Aree/Dip. ed inviano entro 60 gg al Direttore del distretto	Compilano e concordano con le Aree/Dip. ed inviano entro 60 gg al Direttore del distretto	Compilano e concordano con l'Area farmaceutica o altra Area di competenza ed inviano entro 60 gg al Direttore del distretto	Compilano e concordano con le Aree/Dip. ed inviano entro 60 gg al Direttore del distretto	Compilano e concordano con le Aree/Dip. ed inviano entro 60 gg al Direttore del distretto	Ricevono dal resp. Dip/Area rep. 8 e compilano ed inviano entro 30 gg. al Direttore del distretto e al resp. Dip/Area	Ricevono dal Direttore del PSI compilano ed inviano entro 30 gg. al Direttore del PSI	Compila ed invia entro 60 gg. al SCDD
UU.oo. del PSI	(Solo rep. 1 S.02) compilano e concordano con il Direttore Sanitaria del PSI e del Distretto di competenza ed inviano entro 60 gg al Direttore del PSI	Compilano e concordano con la Direzione Sanitaria del PSI e del Distretto di competenza ed inviano entro 60 gg. al Direttore del PSI	Compilano e concordano con la Direzione Sanitaria del PSI e del Distretto di competenza ed inviano entro 60 gg. al Direttore del PSI	Compilano e concordano con la Direzione Sanitaria del PSI e con l'Area Farmaceutica o altra Area di competenza ed inviano entro 60 gg al Direttore del PSI	Compilano e concordano con la Direzione Sanitaria del PSI e del Distretto di competenza ed inviano entro 60 gg. al Direttore del PSI	Compilano e concordano con la Direzione Sanitaria del PSI e del Distretto di competenza ed inviano entro 60 gg. al Direttore del PSI	Compilano e concordano con la Direzione Sanitaria del PSI e lo inviano entro 60 gg. al Direttore del PSI	Ricevono dal Direttore del PSI compilano ed inviano entro 30 gg. al Direttore del PSI	Ricevono dal Direttore del PSI compilano ed inviano entro 30 gg. al Direttore del PSI	Compila ed invia entro 60 gg. al SCDD
Responsabile dipartimento/Area	Riceve dalle UU.oo. distrettuali e concorda con l'U.o.	Riceve dalle UU.oo. distrettuali e concorda con l'U.o.	Riceve dalle UU.oo. distrettuali e concorda con l'U.o.	Riceve dalle UU.oo. distrettuali e concorda con l'U.o.	Riceve dalle UU.oo. distrettuali e concorda con l'U.o.	Riceve dalle UU.oo. distrettuali e concorda con l'U.o.	Riceve dalle UU.oo. distrettuali e concorda con l'U.o.	Compila ed invia alle UU.oo. entro 30 gg.	Riceve dalle UU.oo. distrettuali ed invia entro 60 gg. al SCDD	Compila ed invia entro 60 gg. al SCDD
Direttore Distretto	Riceve dalle UU.oo. distrettuali ed invia entro 60 gg. al SCDD	Riceve dalle UU.oo. distrettuali ed invia entro 60 gg. al SCDD	Riceve dalle UU.oo. distrettuali ed invia entro 60 gg. al SCDD	Riceve dalle UU.oo. distrettuali ed invia entro 60 gg. al SCDD	Riceve dalle UU.oo. distrettuali ed invia entro 60 gg. al SCDD	Riceve dalle UU.oo. distrettuali ed invia entro 60 gg. al SCDD	Riceve dalle UU.oo. distrettuali ed invia entro 60 gg. al SCDD	Riceve dalle UU.oo. distrettuali ed invia entro 60 gg. al SCDD	Riceve dalle UU.oo. distrettuali ed invia entro 60 gg. al SCDD	Compila ed invia entro 60 gg. al SCDD

Segue: *planning del budget*

	Scheda 1	Scheda 2	Scheda 3	Scheda 4	Scheda 5	Scheda 6	Scheda 7, 7.1	Scheda 8	Scheda 8.1	Scheda 9
	<i>Prestazioni erogate, spesa sostenuta, valorizzazione a tariffa</i>	<i>Prestazioni erogate ed erogabili day hospital - day surgery</i>	<i>Prestazioni erogate ed erogabili attività ambulatoriali</i>	<i>Totale prestazioni erogate e tipologia di processi</i>	<i>Consumo materiale sanitario (farmaci, dispositivi medici, diagnostici)</i>	<i>Investimenti per beni durevoli e manutenzione straordinaria</i>	<i>Piano di impiego delle risorse umane</i>	<i>Piano di miglioramento qualità, quantità, Linee guida dipartimentali</i>	<i>Piano di miglioramento qualità, quantità</i>	<i>Criteri di ribaltamento</i>
Direttore PSI	(Solo il rep. 1 5.02) riceve dalle UU.00. <b>concorda</b> con la Direzione sanitaria aziendale ed <b>invia</b> entro 60 gg. al Servizio controllo interno	Riceve dalle UU.00. <b>concorda</b> con la Direzione sanitaria Aziendale ed <b>invia</b> entro 60 gg. al Servizio controllo interno	Riceve dalle UU.00. <b>concorda</b> con la Direzione sanitaria aziendale ed <b>invia</b> entro 60 gg. al Servizio controllo interno	Riceve dalle UU.00. <b>concorda</b> con la Direzione sanitaria aziendale ed <b>invia</b> entro 60 gg. al Servizio controllo interno	Riceve dalle UU.00. <b>concorda</b> con la Direzione sanitaria aziendale ed <b>invia</b> entro 60 gg. al Servizio controllo interno	Riceve dalle UU.00. <b>concorda</b> con la Direzione sanitaria aziendale ed <b>invia</b> entro 60 gg. al Servizio controllo interno	Riceve dalle UU.00. <b>concorda</b> con la Direzione sanitaria aziendale ed <b>invia</b> entro 30 gg. alle UU.00. del PSI	Riceve dalle UU.00. ed <b>invia</b> entro 60 gg. al Servizio controllo interno	Riceve dal Direttore del distretto <b>approva</b> <b>firma ed invia</b> entro 30 gg. al Servizio controllo interno	<b>Compila</b> ed <b>invia</b> entro 60 gg. al Servizio controllo interno
SCDD	Riceve dal Direttore del distretto <b>approva</b> <b>firma ed invia</b> entro 30 gg. al Servizio controllo interno	Riceve dal Direttore del distretto <b>approva</b> <b>firma ed invia</b> entro 30 gg. al Servizio controllo interno	Riceve dal Direttore del distretto <b>approva</b> <b>firma ed invia</b> entro 30 gg. al Servizio controllo interno	Riceve dal Direttore del distretto <b>approva</b> <b>firma ed invia</b> entro 30 gg. al Servizio controllo interno	Riceve dal Direttore del distretto <b>approva</b> <b>firma ed invia</b> entro 30 gg. al Servizio controllo interno	Riceve dal Direttore del distretto <b>approva</b> <b>firma ed invia</b> entro 30 gg. al Servizio controllo interno	Riceve dal Direttore del distretto <b>approva</b> <b>firma ed invia</b> entro 30 gg. al Servizio controllo interno	Riceve dal Direttore del distretto <b>approva</b> <b>firma ed invia</b> entro 30 gg. al Servizio controllo interno	Riceve dal Direttore del distretto <b>approva</b> <b>firma ed invia</b> entro 30 gg. al Servizio controllo interno	Riceve dal Direttore del distretto <b>approva</b> <b>firma ed invia</b> entro 30 gg. al Servizio controllo interno
Servizi del Dipartimento di prevenzione										
Servizio controllo interno di gestione	Riceve dal SCDD e dal Direttore del PSI e <b>predispone</b> per il Comitato di budget	Riceve dal Direttore del PSI e <b>predispone</b> per il Comitato di budget	Riceve dal SCDD e dal Direttore del PSI e <b>predispone</b> per il Comitato di budget	Riceve dal SCDD e dal Direttore del PSI e <b>predispone</b> per il Comitato di budget	Riceve dal SCDD e dal Direttore del PSI e <b>predispone</b> per il Comitato di budget	Riceve dal SCDD, dal Direttore del PSI e dai Servizi del dipartimento di prevenzione e <b>predispone</b> per il Comitato di budget	Riceve dal SCDD, dal Direttore del PSI e dai Servizi del dipartimento di prevenzione e <b>predispone</b> per il Comitato di budget	Riceve dal SCDD, dal Direttore del PSI e dai Servizi del dipartimento di prevenzione e <b>predispone</b> per il Comitato di budget	Riceve dal SCDD, dal Direttore del PSI e dai Servizi del dipartimento di prevenzione e <b>predispone</b> per il Comitato di budget	Riceve dal SCDD, dal Direttore del PSI e dai Servizi del dipartimento di prevenzione e <b>predispone</b> per il Comitato di budget

# **La sanità nel mondo**

Sezione 4<sup>a</sup>



**RA BIT SAN<sup>14</sup>**  
Rassegna in bit della sanità  
un CD-rom con 14 anni  
di sanità (1987-2000)

Rassegna Giuridica della Sanità

# RAGIUSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

WHO Collaborating Centre for Health legislation

diretta da Luigi D'Elia

Gentile lettore,

al passo con i tempi, la SIPIS soc. ed. a r.l., Le mette a disposizione un CD-rom con l'archivio completo in data base per la ricerca (analitico-sistematica o per materia — 97 argomenti, in 1° voce, centinaia di argomenti in 2° e 3° voce —, per singola parola o frase, per magistratura giudicante o per istituzione emanante, per autore o per singola data) degli indirizzi dottrinali, giurisprudenziali ed istituzionali di ben 14 anni di sanità, così come pubblicati in **Raglusan** dal 1987 al 2000.

Con un semplice e rapido click, Ella sarà in grado di consultare, per singoli argomenti, non solo l'attività normativa a livello nazionale e regionale, ma anche quanto sul piano dottrinario e giurisprudenziale (di ogni ordine e grado) è stato pubblicato nelle circa **50 mila pagine di Raglusan** rivista leader nel mondo della sanità.

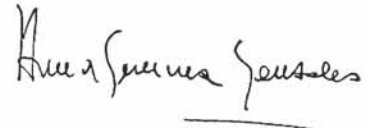
Con un semplice e rapido click potrà accedere al data base di **Raglusan** che ora Le viene presentato in CD-rom, in modo da non appesantire il suo disco rigido, per costruire quel back-ground indispensabile per l'avvio a soluzione di problematiche, di natura organizzativa e tecnico-funzionale, che necessitano di adeguate conoscenze sul piano giuridico-amministrativo e giurisprudenziale.

L'offerta di **RA BIT SAN<sup>14</sup>**, la banca dati completa (1987-2000) sulla sua scrivania, Le consente, alle condizioni indicate nell'allegata cedola, di venire in possesso del CD-rom contenente gli indici di **Raglusan** con l'aggiornamento fino all'ultimo fascicolo pubblicato per il 2000.

Utilizzi l'acclusa cedola: le modalità di sottoscrizione e di pagamento sono quelle consuete e riportate nella cedola.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE EDITORIALE



Roma, dicembre 2001

**COSTO DEL CD-ROM: € 100,00**

Programma abbonamento 2002

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

- Vi prego voler inoltrare con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco) ed alle condizioni che ne regolano l'uso, n. .... CD-rom contenente

**RA BIT SAN<sup>14</sup>**

Rassegna in bit della sanità

14 anni di sanità (1987-2000)

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

Cognome e nome ..... Via .....

C.a.p. .... Località ..... Prov. ....

..... Il .....

Codice Fiscale .....

Partita IVA .....

**FIRMA E TIMBRO** .....

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



# GRANDI CITTÀ ED EROGAZIONE DI CURE PRIMARIE: IL CASO DI JOHANNESBURG IN PROSPETTIVA COMPARATA

Emanuela Di Gropello

Human Development Unit, Latin American Region della World Bank

Lisa Cosmi (versione italiana a cura di)

CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Una classificazione dei modelli d'offerta di cure primarie e la relazione con il ruolo delle grandi città - 3. Il caso Johannesburg - 4. Belo Horizonte: un caso di governo metropolitano accentrato - 5. Bogotà: un caso di governo metropolitano «deconcentrato» - 6. Santiago: un caso di giurisdizione frammentata - 7. Quale modello per Johannesburg? - 8. Decentramento dell'*articulation* delle cure primarie e ruolo della grande città: applicabilità al caso Johannesburg - 9. Decentramento istituzionale e ruolo della grande città: applicabilità al caso Johannesburg - 10. Considerazioni finali: lezioni per Johannesburg.

## 1. Introduzione

Il Sudafrica sta vivendo un momento di importante riorganizzazione politica e amministrativa e una serie di riforme strutturali che coinvolgono anche il settore sanitario.

In particolare la responsabilità sulle cure primarie, prima affidata alla provincia, sta per essere decentrata al livello del governo locale. Obiettivo principale di questo articolo è l'analisi del processo di decentramento in atto nella provincia di Gauteng e una valutazione del possibile ruolo che *Great Johannesburg* potrà assumere nell'ambito di questo nuovo modello decentrato.

## 2. Una classificazione dei modelli d'offerta di cure primarie e la relazione con il ruolo delle grandi città

I sistemi per la produzione di servizi sanitari hanno alcune caratteristiche specifiche che li distinguono dai normali mercati. Oltre alle variabili tradizionalmente incluse nella teoria economica, è necessario considerare al-

meno altre quattro dimensioni, che sono:

1) *grado di integrazione delle principali funzioni*: presenza di integrazione verticale o, al contrario, separazione delle principali funzioni che costituiscono il sistema d'offerta di assistenza sanitaria (che sono: regolazione, finanziamento, pianificazione e organizzazione (*articulation*) (1) e produzione).

La tendenza attuale nell'ambito delle riforme dell'assistenza sanitaria è a favore della separazione di queste diverse funzioni, tradizionalmente integrate;

2) *grado di integrazione delle popolazioni*: il grado con cui i diversi gruppi etnici hanno accesso alle diverse istituzioni del sistema sanitario. Ad un estremo della dicotomia si trova lo stato di «segregazione», in cui i diversi segmenti di popolazione sono isolati e accedono a differenti istituzioni sanitarie; all'altro estremo, invece, si trova la perfetta «integrazione orizzontale», in cui tutti i gruppi della popolazione hanno potenzialmente accesso a tutte le istituzioni sanitarie, le stesse per tutti;

3) *decentramento territoriale*: il trasferimento di responsabilità di una o più funzioni sanitarie ad articolazioni territoriali subordinate, per aumentare l'efficienza sociale della produzione dei servizi, grazie un migliore incontro tra domanda e offerta e un migliore accesso all'informazione sui bisogni locali e le preferenze degli agenti (2);

4) *decentramento istituzionale*: il trasferimento di responsabilità di una o più funzioni, a favore delle aziende che producono i servizi (*provider*: ospedali o altri centri d'assistenza pubblici), al fine di rafforzarne la qualità e l'efficienza, grazie ad una migliore capacità di risposta ai consumatori e alla maggiore responsabilizzazione (che può essere completa, nel caso in cui comporti processi di aziendalizzazione o addirittura, privatizzazione della struttura stessa).

La combinazione dell'insieme di queste dimensioni dà vita ad una complessa tipologia di modelli, riassunta nella tabella 1.

La gamma delle possibili opzioni per la scelta del modello d'offerta di assistenza sanitaria a livello di siste-

**Tabella 1 - Una classificazione dei possibili modelli di assistenza sanitaria**

	Integrazione verticale delle funzioni/integrazione orizzontale della popolazione <b>Modello pubblico unificato</b>	Integrazione verticale delle funzioni/segregazione della popolazione <b>Modello segmentato</b>	Separazione verticale delle funzioni/segregazione della popolazione <b>Modello atomizzato</b>	Separazione verticale delle funzioni/integrazione orizzontale della popolazione <b>Modello del contratto pubblico</b> <b>Modello pluralista strutturato</b>	
Accentrato	Modello pubblico unificato accentrato	<b>Modello segmentato accentrato</b>	<b>Modello atomizzato accentrato</b>	<b>Modello del contratto pubblico accentrato</b>	<b>Modello pluralista strutturato accentrato</b>
Delega della produzione ad organi subordinati	Modello pubblico unificato decentrato  Canada (*)	Modello segmentato decentrato (Ministero della sanità o Sistema di sicurezza sociale decentrati)  Cile (*) Sudafrica (*)	Modello atomizzato decentrato (Ministero della sanità o Sistema di sicurezza sociale)  USA	Modello del contratto pubblico decentrato (applicazione di contrattazione competitiva con ospedali e centri gestiti a livello subordinato (e privati)  Brasile, Svezia (modello di Stoccolma), Colombia	Modello pluralista strutturato decentrato (l' <i>articulation</i> è esplicita e condotta da organizzazioni diverse: privati, altri livelli decentrati di Governo, ecc.)  Colombia (l' <i>articulation</i> è esplicita attraverso le EPS (**), le nuove compagnie d'assicurazione private di recente creazione)
Delega della <i>articulation</i> ad organi subordinati (no produzione)					Modello pluralista strutturato decentrato «non tradizionale» (l' <i>articulation</i> è esplicita e affidata agli organi subordinati)  UK, Nuova Zelanda
Decentramento istituzionale della produzione	Modello pubblico unificato decentrato istituzionalmente	Modello segmentato decentrato istituzionalmente	Modello atomizzato decentrato istituzionalmente	Modello del contratto pubblico decentrato istituzionalmente (applicazione di contrattazione competitiva agli ospedali pubblici e centri d'assistenza dotati di un certo livello di autonomia nella produzione)	Modello pluralista strutturato decentrato istituzionalmente ( <i>articulation</i> esplicita e affidata ad enti pubblici non governativi o centri private)  UK (cure primarie: <i>Gps fundholders</i> ) Colombia
Decentramento istituzionale della produzione e organi subordinati	Modello pubblico unificato totalmente decentrato  Canada (*)	Modello segmentato totalmente decentrato  Sudafrica (*) (appena iniziato)	Modello atomizzato decentrato totalmente  USA	Modello del contratto pubblico totalmente decentrato (applicazione di contrattazione competitiva con organizzazioni che hanno parziale autonomia nella produzione dei servizi)  Colombia	Modello pluralista strutturato totalmente decentrato (l' <i>articulation</i> è esplicita e condotta da organizzazioni diverse: privati, istituzioni pubbliche non governative e altri livelli di Governo)  Colombia
Decentramento ad organi subordinati dell' <i>articulation</i> (e regolamentazione) + decentramento istituzionale della produzione					Modello pluralista strutturato totalmente decentrato «Non-tradizionale» ( <i>articulation</i> e regolamentazione esplicita condotta da unità sub nazionali)  UK, Nuova Zelanda

(\*) Anche se sono stati introdotti incentivi per rinforzare la *performance* sia a livello di assistenza primaria che secondaria che rendono l'integrazione verticale meno ovvia che in precedenza. Non sono ancora presenti strumenti di contrattazione.

(\*\*) EPS = «Empresas Promotoras de Salud» (Società per la promozione della salute).

ma-paese produce una serie di conseguenze specifiche per il ruolo delle grandi città.

È probabile infatti che il ruolo delle grandi città sia determinato da una combinazione del modello realizzato a livello di sistema-paese (3), a sua volta influenzato dalle caratteristiche specifiche del paese (politiche, istituzionali, fiscali e demografiche, ecc.) e dalla natura e dalla complessità dei servizi sanitari offerti (4), e delle caratteristiche della città stessa (vedi tabella 2, per una rappresentazione sintetica).

Tra le variabili della città più significative nella determinazione del ruolo da questa assunto nel modello di assistenza sanitaria ci sono: la struttura politica e amministrativa, la modalità vigente per il prelievo fiscale su base imponibile definita localmente o meno; composizione della base imponibile locale, accesso a trasferimenti nazionali; accesso al credito, e altre), aspetti di tipo demografico (ampiezza e densità della popolazione; distribuzione socio-economica della popolazione sul territorio urbano). Il ruolo assunto dalla città dovrà pertanto essere compatibile con le sue caratteristiche specifiche, e con le variabili in gioco nei processi di riforma dei sistemi sanitari in corso, e sarà determinato all'interno di una gamma di possibilità tanto più ampia quanto più numerose saranno le variabili lasciate alla libera scelta delle città dal governo nazionale.

### 3. Il caso Johannesburg

#### 3.1. La riforma politica, amministrativa e fiscale

Johannesburg (intesa come la «Greater Johannesburg» che corrisponde alla Contea di *Central Wits*, una delle cinque che compongono la Provincia di Gauteng) è una metropoli

di oltre 4 milioni di abitanti. La città è attualmente amministrata da un consiglio metropolitano (*Metropolitan Council*), che costituisce il primo livello di governo, suddiviso a sua volta in 4 consigli comunali elettivi, che contano in media 950.000 abitanti (5) ciascuno, che costituiscono il secondo livello di governo.

Ciascuno dei due livelli ha giurisdizione esclusiva sull'offerta di alcuni servizi, e condivide invece con gli altri livelli di governo per alcuni servizi «metropolitani»; ogni livello è inoltre dotato di una propria base imponibile.

Il consiglio metropolitano svolge un importante ruolo redistributivo, poiché applica un'imposta sulla proprietà, uguale per tutti i consigli comunali, e trasferisce da un consiglio comunale all'altro gli eventuali *surplus* che ne risultano. Comunque, viste le difficoltà istituzionali e finanziarie che i consigli hanno affrontato, si è convenuto sulla necessità di intraprendere un'iniziativa unitaria di riforma a livello di metropoli. Questa decisione è quindi sfociata nell'elaborazione di un'imponente strategia per la ristrutturazione della città, denominata «iGoli 2002» e nella nomina di due nuove figure, il «City Manager» e il «Transformation Manager».

La strategia ha portato, parallelamente al *Municipal Structures Act* (approvato nel gennaio 2000 che ha

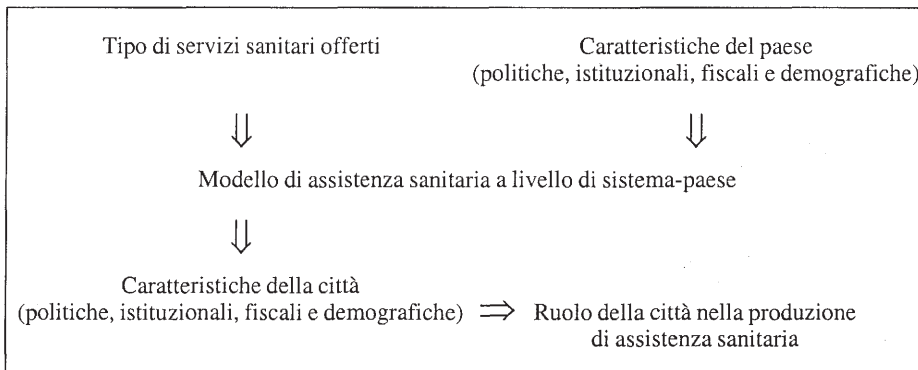
definito un nuovo sistema per il governo delle città in Sudafrica), alla proposta di trasformare Johannesburg in una «area metropolitana» (*unicity*), dotata di un unico consiglio elettivo, quello metropolitano, e una sola base imponibile, che comporterebbe, quindi, una riorganizzazione completa dell'insieme dei servizi offerti a livello di città.

L'amministrazione centrale assume il ruolo di acquirente di servizi («purchaser»), regolando, formulando politiche e gestendo accordi contrattuali con le imprese di servizi (*utilities*), le unità sanitarie, le aziende municipalizzate o l'amministrazione delle circoscrizioni di Johannesburg (le cosiddette *regions*, per cui d'ora in poi si parlerà di unità regionali o amministrazioni regionali). Quest'ultima diventerà responsabile delle funzioni da implementare a livello locale. È stata infatti prevista una divisione di Johannesburg in 11 unità amministrative, dirette da 11 «direttori regionali» nominati, che saranno responsabili per l'offerta di alcuni servizi specifici.

#### 3.2. La riforma dell'assistenza sanitaria

Le cure primarie sono attualmente fornite da ospedali comunali e provinciali (nel 1998, 28 erano provinciali e 101 comunali). Gli ospedali provinciali vengono definiti «Centri Generici

Tabella 2 - Alcune determinanti del ruolo delle città





per le cure primarie» (*Comprehensive Primary Health Care Centres*) poiché forniscono una gamma completa di servizi che include trattamenti rivolti a pazienti di ogni fascia d'età, assistenza ai malati cronici, assistenza prenatale e post-parto, trattamento delle malattie a trasmissione sessuale e, in alcuni casi, medicina preventiva; gli ospedali comunali, invece, offrono prevalentemente assistenza pediatrica, vaccinazioni, assistenza ginecologica, trattamento di TD e tubercolosi, e reparti geriatria, sia per la prevenzione che la lungodegenza.

Ci sono infine centri per le cure primarie gestiti dalla provincia e dal comune congiuntamente (6), che portano a 145 il numero totale di queste strutture. Le cure primarie, qui come nel resto della provincia di Gauteng, sono state recentemente riorganizzate con la creazione dei distretti sanitari locali (*Local Health Districts*). I distretti coincidono, formalmente, con i 4 consigli comunali (che hanno in gestione gli ospedali comunali) ma si attengono alle direttive dei cosiddetti «gruppi distrettuali di gestione» (*District Management Teams*), formati da dirigenti provinciali e comunali, o, più semplicemente, gestiti con una collaborazione informale tra provincia e comune. I servizi che rientrano nell'ambito delle cure primarie sono finanziati da una combinazione di entrate comunali e provinciali: nel 1999, il 73% era a carico della provincia e solo il 27% comunale.

Il ruolo del consiglio metropolitano centrale nell'offerta di cure primarie è principalmente di supporto tecnico e gestionale e supervisione generale. La trasformazione della città in un'area metropolitana, con l'abolizione dei 4 consigli comunali, e l'importanza del nuovo ruolo affidato ai consigli locali nell'amministrazione delle cure primarie nel contesto di Gauteng, provocherà uno spostamento delle maggiori

responsabilità sulle cure primarie verso il nuovo consiglio metropolitano, trasferendo alla città tutte le risorse di strutture e personale, ora provinciali (ad eccezione degli ospedali distrettuali). Nel caso in cui, come raccomanda il modello realizzato a Gauteng, il sistema dei distretti sanitari si sovrapponga ai confini dei nuovi enti locali, si finirà per attribuire a questi ultimi un'area geografica e una popolazione di gran lunga troppo vaste per permettere un'efficiente offerta di cure primarie.

In questo caso, quindi, sfruttando la struttura regionale «deconcentrata» (7) promossa nell'ambito del programma «iGoli 2002», i distretti sanitari locali verranno ridisegnati in modo tale da coincidere con l'area geografica delle 11 unità amministrative (andando pertanto a coprire una popolazione di circa 350.000 abitanti ciascuna).

Sembra, in generale, che la riorganizzazione dei servizi e la riforma fiscale possano dare una spinta all'implementazione della riforma sanitaria, grazie all'aumento delle entrate locali indotto; tuttavia, è comunque necessaria un'analisi più approfondita.

Tra i principali problemi ancora irrisolti sono da ricordare le incertezze riguardo l'intensità del trasferimento dalla provincia al consiglio metropolitano delle responsabilità di produzione e *articulation*, gli accordi fiscali e finanziari generali, oltre alla gestione complessiva della fase di transizione.

Inoltre, ci sono alcune tematiche finanziarie: tra queste troviamo, ad esempio, le conseguenze che la diminuzione dell'allocazione dei fondi della provincia a favore della Contea di *Central Wits* (causata dalla correzione dell'attuale sbilanciamento della distribuzione), probabilmente comporterà sulle risorse a disposizione per le cure primarie. Se questo succedesse, sarà necessario un aumento delle

entrate proprie del consiglio metropolitano destinate a garantire la capacità di finanziamento di una più ampia gamma di servizi a suo carico.

È auspicabile che la riorganizzazione promossa dall'«iGoli 2002» assicuri un migliore risultato per l'amministrazione finanziaria che porti, in cambio, una più efficiente amministrazione delle tariffe sui servizi, rendendo possibile la riduzione dei costi operativi, anche mediante esternalizzazione di una parte di questi, che liberi risorse per impieghi alternativi. Il prelievo fiscale potrebbe, in alternativa, essere più efficientemente gestito a livello metropolitano che a quello dei governi comunali. Ad ogni modo, bisogna considerare che la gestione locale delle tasse sugli immobili aumenta la responsabilizzazione della dirigenza locale, una variabile che andrebbe senz'altro persa con la centralizzazione.

L'accordo istituzionale per la produzione di cure primarie realizzato a Johannesburg è stato definito in modo più preciso che in altri governi locali della provincia di Gauteng. È stato formalmente previsto che un'agenzia sanitaria centrale (*Central Health Unit*), situata presso l'amministrazione centrale, determini le strategie sanitarie generali e allochi le risorse a ciascuna delle 11 articolazioni regionali, che gestiranno operativamente i servizi per mezzo delle rispettive autorità sanitarie regionali.

In altri termini l'amministrazione centrale manterrà il ruolo fondamentale di *finanziatore dei servizi* (per mezzo dei fondi comunali propri destinati alle cure primarie e dell'amministrazione dei trasferimenti provinciali), oltre alla funzione di *articulation* delle cure primarie. Questa consiste nell'attività di pianificazione (in particolare, la determinazione del pacchetto dei servizi primari in collaborazione con gli altri livelli di



governo) e nell'attività di acquisto di servizi, che a sua volta presuppone l'impiego di accordi contrattuali con le unità amministrative che vengono finanziate per garantire l'offerta dei servizi compresi nel pacchetto essenziale delle cure primarie.

L'amministrazione centrale avrà inoltre un ruolo strategico nella supervisione e nel monitoraggio delle attività delle unità amministrative regionali, oltre ad avere responsabilità indiretta per la produzione di servizi, come formale proprietaria delle strutture e del personale impiegato per le cure primarie (che sono solamente gestite dalle unità regionali per suo conto) e, conseguentemente, alla responsabilità fiscale finale su queste.

Le unità amministrative regionali mantengono, a loro volta, la responsabilità principale di gestione delle strutture (13 ospedali e, in media, 340 unità di personale per ciascuna regione), incluso il personale amministrativo (impiegati comunali) e l'amministrazione corrente degli ospedali.

Ciononostante, nell'ambito di questo modello continuano a rimanere aperte tre questioni:

1) *il trasferimento di fondi dal consiglio metropolitano alle 11 strutture regionali* (forma specifica e loro distribuzione).

2) *la relazione tra il ruolo del manager sanitario regionale e del manager sanitario di distretto*. L'autonomia attribuita ai distretti sanitari porta alla necessità di determinare chiaramente come coordinare il loro ruolo con quello delle unità sanitarie regionali, o se fare coincidere i manager sanitari di distretto con quelli regionali.

3) *l'ampiezza delle responsabilità trasferite alle unità sanitarie regionali*: se le autorità sanitarie regionali saranno unicamente gestori delle strutture per le cure primarie o se avranno anche un ruolo nella funzione di *articulation* (determinando quali

servizi debbano essere forniti in aggiunta al pacchetto essenziale e i meccanismi di pagamento, orari di servizio delle strutture, ecc.).

Per determinare la validità del modello di cure primarie che va delineandosi per Johannesburg tenteremo ora un confronto con tre modelli che tre grandi città latino americane hanno adottato implicitamente. Di questi modelli studieremo, quindi, caratteristiche, vantaggi e svantaggi, e loro applicabilità al contesto sudafricano.

#### 4. Belo Horizonte: un caso di governo metropolitano accentrato

In Brasile tutte le maggiori città hanno un qualche grado di responsabilità nell'ambito della funzione di *articulation* e nella produzione di cure primarie. Operativamente il livello di responsabilità assunto dalla città dipende dalla fase che questa vive nel processo di decentramento (tre gradi: «imminente», «parziale» o «amministrazione semicompleta»). Nel 1996, 11 capitali di stato erano il 3% circa dei comuni del paese attualmente allo stadio di «amministrazione semicompleta». Si trovano in questa fase, quasi tutte le più grandi città, con alcune eccezioni, che comporta nella pratica, per quanto concerne i servizi sanitari, l'assunzione di estese responsabilità nella produzione, *articulation* e finanziamento di cure primarie.

Un tipico esempio di questa categoria è Belo Horizonte, la capitale dello Stato di Minas Gerais. Belo Horizonte conta circa 2 milioni di abitanti, ha un governo comunale di natura elettiva e una base imponibile propria, a cui si aggiungono i trasferimenti statali e del governo federale. Come tutti i comuni brasiliani, Belo Horizonte gestisce direttamente e con elevata autonomia nella determinazione dei tassi e del calcolo: l'imposta sugli immobili, le licenze commerciali e industriali, la

tassa d'immatricolazione dei veicoli e la tassa sulla produzione e il consumo. Inoltre, è libera di imporre tariffe sull'uso dei principali servizi pubblici e di contrarre prestiti.

Nell'ambito di questo sistema politico e fiscale, Belo Horizonte gestisce anche il *Local Health District System*, il sistema dei distretti sanitari locali, composto da 142 centri d'assistenza, 4 unità miste (che prestano sia assistenza ambulatoriale che brevi degenze) e un ospedale generico per le cure primarie e l'assistenza non specialistica. La città ha autonomia completa nella gestione del complesso del personale e delle strutture del distretto sanitario locale; determina, inoltre, il pacchetto delle cure primarie e, per mezzo di strumenti di tipo contrattuale, le relazioni tra settore pubblico e privato. Per l'espletamento di queste funzioni la città può contare su un *budget* autonomo per l'assistenza sanitaria, con entrate che provengono in parte dal fondo di sicurezza sociale federale (88% del finanziamento complessivo delle cure primarie) e, in parte, da entrate proprie (il restante 12%). Belo Horizonte costituisce quindi un caso di governo metropolitano elettivo e accentrato, che gestisce direttamente le cure primarie nella propria area di competenza. Le notevoli capacità fiscali e istituzionali la rendono in grado di gestire un'estesa rete di produttori di cure primarie (e una parte di assistenza ospedaliera) e di avere un ruolo massiccio nella funzione di pianificazione e nell'acquisto di servizi, inclusi quelli prodotti dai gestori privati presenti nel territorio della capitale (8).

##### 4.1. Vantaggi e svantaggi del modello

Questo modello offre i vantaggi della pianificazione centralizzata e di una gestione tecnica e finanziaria delle cure primarie in grado di sfruttare le

economie di scala e le capacità istituzionali e fiscali presenti al livello della grande metropoli.

Ciononostante, il modello ha lo svantaggio di non considerare appieno le diverse preferenze e di non promuove processi di responsabilizzazione, dal momento che il governo metropolitano (anche se elettivo), data l'ampiezza della città, è piuttosto distante dagli elettori. Non ci sono regole formali che indichino una grandezza ideale per le articolazioni locali di governo (e, in corrispondenza per l'ampiezza dei distretti sanitari locali, assumendo che questi coincidano, cosa che potrebbe anche non essere). Tuttavia una grandezza superiore ai 500.000 abitanti si dimostra inadeguata per riflettere in modo esaustivo le preferenze locali e promuovere un processo di responsabilizzazione locale. Per questo motivo il modello brasiliano, che prevede un graduale decentramento ai Comuni (piccoli, medi e grandi) della responsabilità diretta di erogazione delle cure primarie, che continuerebbe ad essere gestita centralmente da una «direzione sanitaria» (*Health Secretary*), sembra più adeguato per i piccoli comuni (9) (con meno di 500.000 abitanti) che per quelli medi (fino a 2 milioni di abitanti), o grandi (più di 2 milioni di abitanti). Questi sono comunque liberi di decentrare la responsabilità per le cure primarie a favore delle proprie direzioni sanitarie comunali, con un processo che comporterebbe la creazione di realtà distrettuali più piccole, ma dotate di una maggiore capacità di risposta alle esigenze locali. Questa soluzione, però, non è stata quella mediamente preferita dai comuni brasiliani, che continuano a scegliere una soluzione accentrata per la gestione.

### 5. Bogotà: un caso di governo metropolitano «deconcentrato»

In Colombia il ruolo delle grandi città dipende dal modello di decentramento delle cure primarie adottato a livello nazionale e dalle specifiche strutture politiche e fiscali delle città.

La città con la maggiore estensione è Santafe di Bogotà, che conta 7 milioni di abitanti. La città ha un proprio governo metropolitano elettivo (che equivale, di fatto, sia al governo comunale che a quello provinciale) e un bilancio autonomo, che comprende entrate proprie, fiscali e non, e entrate per i trasferimenti del governo nazionale, fatte sotto forma di trasferimenti condizionati generali (il *Situado Fiscal* e il *PICN*). La città è suddivisa in 19 «circoscrizioni locali», con una popolazione, in media, di 360.000 abitanti, retti da 19 presidenti di circoscrizione nominati dal sindaco di Bogotà e dai consigli locali eletti dalla popolazione.

Questa struttura politico-amministrativa ibrida rende Bogotà un caso pressoché unico nell'ambito dell'intero paese. I 19 enti locali, (che non sono dotati di alcuna base imponibile autonoma), non sono infatti formalmente riconosciuti come «comuni» e questo spiega perché il caso di Bogotà venga definito «modello metropolitano deconcentrato», a differenza dal tradizionale modello di governo metropolitano a due livelli.

La conseguenza di questa struttura è che non è stato possibile attuare a Bogotà il vero modello di decentramento delle cure primarie applicato nel resto del paese, che si basa sulla coincidenza del territorio affidato distretti sanitari locali con l'area geografica dei comuni politici, e l'unificazione della loro amministrazione.

Sebbene i distretti sanitari locali di Bogotà furono fatti coincidere formalmente con i 19 «enti locali», la loro

amministrazione rimase sotto molti aspetti accentrata a livello metropolitano (che, legalmente, è il vero e unico governo comunale elettivo). La responsabilità di offerta di cure primarie (che impiega sia centri ambulatoriali che ospedali generici) è stata infatti formalmente attribuita al governo metropolitano di Bogotà per mezzo della nuova «direzione sanitaria di distretto» (*District Health Secretary*), appositamente creata (10). Ma essendo Bogotà, contemporaneamente, un comune e una provincia (*departamento*) (11), la metropoli mantenne una responsabilità completa sia per le cure primarie che sui livelli di assistenza superiori per mezzo di un processo di autorizzazione. Prima tutti i servizi sanitari erano gestiti insieme dal cosiddetto «Servizio sanitario di sezione» (*Sectional Health Service*), una struttura decentrata del Ministero della sanità nazionale, anch'esso con sede a Bogotà.

Questo concretamente significa (tema di cure primarie) che Bogotà gestisce un *network* composto da 130 centri d'assistenza e circa 8 ospedali per le cure primarie, cumulando di fatto funzioni proprie del comune e della provincia. Come comune, la sua responsabilità principale include le funzioni di *articulation* (12) e produzione (13), finanziate da un *mix* di risorse proprie (che include tutte le imposte locali) e i trasferimenti centrali generali (il *PICN* e, almeno in teoria, il 50% del *Situado Fiscal*, tutte concentrate nel *budget* del distretto sanitario (14).

Ora, l'assunzione di tutte queste funzioni da parte del livello metropolitano centrale può risultare — come e ancor più che nel caso di Belo Horizonte — molto poco efficiente dal punto di vista sociale e tecnico, proprio per la grande estensione della città. In previsione di questo, nell'ambito cittadino a partire dal 1992-1993,

sono stati sviluppati due processi: la graduale «deconcentrazione» della responsabilità sulle cure primarie a favore delle 19 circoscrizioni locali (la cui estensione geografica, come abbiamo visto, coincide con quella dei distretti sanitari locali) e una tendenza verso il trasferimento di una maggiore autonomia amministrativa diretta a favore delle autorità sanitarie distrettuali locali. Questi due processi stanno procedendo piuttosto lentamente e non sempre risultano reciprocamente compatibili. In generale, comunque, la tendenza principale è l'attribuzione di una maggiore autonomia alle 19 circoscrizioni locali in materia di pianificazione delle politiche sanitarie locali e di gestione del personale e delle strutture, attraverso il decentramento, anche se molto cauto, di una parte del budget a questo livello. Il trasferimento graduale di autonomia alle autorità dei distretti sanitari locali è finalizzata in particolare alla promozione di una maggior capacità di autogestione e autofinanziamento.

Nel caso in cui il processo di «deconcentrazione» (così come il «decentramento funzionale») (15) proceda e venga rinforzato, costituirebbe per Bogotà una possibilità di assumere qualcuna delle funzioni tipiche di un *departamento* per le cure primarie che, altrimenti, non avrebbero molto significato nel contesto di un'istituzione che essendo al tempo stesso comune gestisce direttamente il proprio sistema di cure primarie. Come *departamento* Bogotà dovrebbe assumere un importante ruolo di regolazione e, in misura minore, un ruolo di tipo redistributivo. Nell'ambito dell'attività di coordinamento il *departamento* dovrebbe promuovere azioni collettive e collaborazione tra le varie circoscrizioni comunali nelle aree dove possono sussistere importanti economie di scala ed «effetti di trabocca-

mento» (esternalità) tra i diversi confini delle aree cittadine (igiene pubblica, alcune aree della prevenzione). Il decentramento della pianificazione relativa all'assistenza primaria al livello locale lascerebbe questa responsabilità alla direzione del distretto sanitario di Bogotà. Grazie al suo ruolo nell'ambito dell'assistenza tecnica il *departamento* deve assistere i comuni in molte materie, inclusa la gestione finanziaria e gli aspetti tecnici d'offerta del servizio. Ancora, il decentra-

mento della gestione operativa delle strutture per le cure primarie al livello delle circoscrizioni comunali richiederebbe che sia la città ad assumere questo ruolo. Con la responsabilità della supervisione, il *departamento* dovrebbe controllare che rimangano valide e permangano le condizioni che i comuni devono verificare per assumere la responsabilità sulle cure primarie e che vengano rispettate le normative generali vigenti a livello centrale.

Tabella 3 - Distribuzione di centri di cure primarie tra i 4 distretti di Johannesburg

	Popolazione (secondo il censimento 1996) (1)	Ospedali per cure primarie	Popolazione per centro cure primarie (2)
<i>Distretto Est</i>	632.713	20 centri comunali. 2 centri provinciali (3). 1 centro NGO (4) e 2 centri gestiti congiuntamente da comune/provincia	26.363
<i>Distretto Sud</i>	1.465.229	52 centri comunali. 20 centri provinciali e 4 centri gestiti congiuntamente da comune/provincia	19.279
<i>Distretto Ovest</i>	566.111	14 centri comunali. 4 centri provinciali e 2 centri gestiti congiuntamente da comune/provincia	28.305
<i>Distretto Nord</i>	666.014	15 centri comunali. 2 centri provinciali e 7 centri gestiti congiuntamente da comune/provincia	35.053
<i>Totale (media)</i>	3.330.067	145	22.965 (più esattamente 26.206 sulla base dei dati correnti sulla popolazione)

- (1) Che spiega perché ci sia una discrepanza con la popolazione totale di Johannesburg riportata prima.  
 (2) Si tratta di una parziale sottostima in quanto la popolazione 1996 è messa in confronto a dati sulle strutture del 1999.  
 (3) Tra i quali abbiamo visitato il *Hillbrow Community Health Centre*, un ospedale trasformato in policlinico che attira pazienti da ogni parte della città.  
 (4) Il *Alexandra Health Centre*, amministrato da una NGO che riceve sussidi dalla Provincia e che drena, anch'esso, pazienti da molte parti della città.



Il decentramento delle responsabilità delle cure primarie a favore delle circoscrizioni comunali coinvolge una forma di certificazione informale espletata dalla direzione del distretto sanitario cittadina, il che dà vita ad uno spazio autonomo anche per questo ruolo. Infine, la direzione dovrebbe allocare il *budget* tra le diverse circoscrizioni comunali sulla base di un criterio equitativo che compensi i bisogni e le diverse condizioni socio-economiche.

### 5.1. Vantaggi e svantaggi del modello

Bogotà rappresenta quindi un caso di governo metropolitano «deconcentrato», in cui la responsabilità principale per la produzione di cure primarie è attribuita al livello comunale metropolitano, mentre una parte delle funzioni di produzione sono decentrate alle sue circoscrizioni, istituzioni ibride politico-amministrative. Questo modello è quindi a metà strada tra una struttura di governo cittadino metropolitana di natura elettiva, a due livelli, e un modello metropolitano completamente accentrato, che abbiamo visto prima.

#### 5.1.1. Modello di governo metropolitano «deconcentrato» vs. governo metropolitano accentrato

In confronto al modello accentrato, in cui la completa responsabilità sulle cure primarie è attribuita al governo cittadino centrale, questo modello ha un lieve svantaggio che consiste nel fare maggiore affidamento sulle capacità locali (16), diminuendo lo spazio per la ricerca di economie di scala nella produzione di alcuni servizi (17). Potrebbe anche risultare più difficile da gestire, dal momento che solleva questioni di sovrapposizioni delle responsabilità provocate dall'introdu-

zione di un secondo livello di amministrazione dei servizi.

Il modello ha comunque il vantaggio di essere più socialmente efficiente, poiché è maggiormente in grado di considerare i diversi bisogni locali e le preferenze della popolazione. Questa migliore aderenza potenzialmente rafforza il coinvolgimento locale e la migliora la capacità di mobilitare risorse destinate alle cure primarie. Dovrebbe infine risultare più efficiente dal punto di vista tecnico, in quanto permette un risparmio delle risorse impiegate oppure una massimizzazione dei servizi prodotti, grazie alla possibilità di effettuare scelte tecniche più adatte alle caratteristiche locali.

#### 5.1.2. Modello di governo «deconcentrato» vs. governo a due livelli

Una struttura «deconcentrata», unita al minor numero di responsabilità trasferite alle circoscrizioni comunali, potrebbe essere una scelta peggiore nell'ambito dei processi di responsabilizzazione locale in confronto al modello di governo a due livelli, secondo cui la responsabilità principale per le cure primarie fornite viene attribuita alle circoscrizioni che costituiscono la città (18). La preoccupazione è originata dal fatto che i presidenti delle circoscrizioni, responsabili dei processi sanitari locali, non vengono eletti, ma sono nominati dal livello centrale. Inoltre, le circoscrizioni non sono dotate di risorse proprie e la divisione delle responsabilità tra i due livelli non è affatto chiara: in questa situazione, i presidenti delle circoscrizioni e gli altri dirigenti sanitari, proprio perché nominati, potrebbero non sentirsi responsabilizzati nei confronti della popolazione locale, mentre quest'ultima potrebbe essere meno incentivata a partecipare alle scelte. Questo potrebbe quindi comportare, nonostante la realizzazione di un processo di decen-

tramento, uno scarso senso di appartenenza, da parte sia dei gestori che della popolazione, ai processi di cure primarie, che provocherebbe, inoltre il rischio di scelte tecniche e amministrative inadeguate sul mantenimento delle strutture sanitarie (19), oltre alla scarsa mobilitazione delle risorse.

Una caratteristica positiva del modello «deconcentrato» in confronto a quello a due livelli è comunque dato dal potenziale scarso impatto negativo in tema di equità tra le diverse aree. L'unico effetto negativo che ci si potrebbe aspettare nella distribuzione dell'accesso alle cure primarie e alla loro qualità è relativo alla presenza di una diseguale distribuzione delle capacità gestionali locali, che potrebbe comportare una pianificazione e delle decisioni di produzione non sempre ugualmente adeguate. L'impatto dovrebbe essere attenuato dall'offerta di assistenza tecnica prestata dal livello metropolitano. Nel modello a due livelli la coesistenza, nell'ambito della stessa città, di più basi imponibili ognuna delle quali è associata a diverse circoscrizioni locali può dare luogo ad uno squilibrio tra le varie aree, nel caso in cui, come sembra, le basi imponibili siano proporzionali alla condizione socio-economica delle aree stesse. In quel caso di dovrebbero dei meccanismi redistributivi appropriati, mirati alla correzione di queste disparità.

Detto questo, è comunque molto difficile dare una valutazione complessiva del caso di Bogotà. Un risultato positivo è stato sicuramente la crescita del contributo del comune al finanziamento delle cure primarie (il 25% sono infatti finanziate da entrate locali), in costante aumento rispetto a qualche anno fa, fattore che indica quindi un notevole sforzo di mobilitazione, attivatosi probabilmente con il processo di decentramento. La quota di spesa sanitaria destinata alle cure



primarie è però ancora troppo bassa (solo il 35% nel 1999), e la rete assistenziale primaria cresce lentamente, come dimostra il fatto che la media degli abitanti per centro cure primarie è scesa di poco, in otto anni (dai 50.458 abitanti per centro, nel 1992, ai circa 47.000 abitanti per centro nel 200020). La statistica indica comunque anche la presenza di debolezza nei processi di pianificazione e decisione delle priorità, conseguenti ad una gestione ancora troppo accentrata di questi processi.

Sul lato dell'equità, gli unici dati disponibili sulla distribuzione degli abitanti per centro di cure primarie (assunto come approssimazione della copertura del servizio) tra le 19 circoscrizioni della città risalgono al 1992, e quindi riflettono la situazione nel momento in cui Bogotà aveva da poco assunto la piena responsabilità per le cure primarie, e in cui non era ancora stato realizzato alcun grado di decentramento. Come possiamo vedere dalla tabella 4, sorprendentemente (data la gestione accentrata della produzione di cure primarie) non c'è una grossa eterogeneità nella proporzione di «abitanti per centro d'assistenza» tra le diverse aree (un dato che indica differenze nella copertura) e che non può essere giustificata solo dalle diverse condizioni socio-economiche. Si potrebbe quindi temere che le disparità siano aumentate con il processo di decentramento, ma non è detto, nel caso in cui sia stata offerta un'adeguata assistenza tecnica e una giusta allocazione delle risorse tra le diverse aree.

Le disuguaglianze potrebbero infatti essere state causate dalla scarsa informazione in relazione alle caratteristiche socio-economiche e ai bisogni delle località a disposizione del Ministero della sanità (rappresentato dalla sua struttura locale) e della «Direzione sanitaria», (precedentemente attiva) a Bogotà. Se ciò fosse vero, il decentra-

mento potrebbe invece aver contribuito al miglioramento della distribuzione delle risorse, aumentando la copertura nelle aree in cui era più necessario, ma sfortunatamente non ci sono dati che confermino queste ipotesi.

### 6. Santiago: un caso di giurisdizione frammentata

In Cile, l'ultimo esempio che analizzeremo, si trova di fatto un'unica grande città, Santiago, il cui ruolo nella produzione di cure primarie dipende, come nei casi precedenti, dal sistema decentrato di offerta di cure primarie realizzato nel paese e dalla struttura politico-fiscale della città.

Santiago conta approssimativamente 6 milioni di abitanti, che popolano 51 circoscrizioni comunali con una media di 200.000 abitanti, ciascuna dotata di un governo eletto su base locale (dal 1992) e una (seppur minima) base imponibile propria. La città non ha un organo di governo metropolitano centrale o una base imponibile autonoma, elemento che dimostra l'inesistenza di livelli di governo intermedi nel sistema politico cileno. Nell'ambito di questa «struttura giurisdizionale frammentata», secondo il modello decentrato in vigore, la responsabilità per le cure primarie è stata attribuita alle 51 circoscrizioni comunali (21) che costituiscono la città. Concretamente, questo significa che ogni circoscrizione si trova a gestire, in media, 4 centri per le cure primarie, ed è inoltre responsabile della gestione di questi (il personale e le strutture sono stati formalmente trasferiti alle circoscrizioni per mezzo di accordi specifici) (22), oltre che, seppur in misura minore, di alcuni aspetti di pianificazione e finanziamento della produzione dei servizi.

Nel caso cileno, in confronto ai modelli colombiano e brasiliano, il minor grado di trasferimento della responsa-

bilità è un riflesso diretto dell'esistenza di un regime autoritario e della scarsa capacità politica e fiscale delle circoscrizioni comunali. A questo si aggiunge poi il fatto che, in Cile, è mancato un processo graduale di certificazione ma, al contrario, le responsabilità sono state trasferite tutte in un unico momento. La responsabilità di finanziamento delle articolazioni municipali è cresciuta nel tempo, almeno fino all'inizio degli anni 90, a causa della diminuzione dei trasferimenti centrali, raggiungendo una situazione in cui a Santiago il 35% delle cure primarie sono finanziate da entrate locali, malgrado la bassa capacità fiscale locale.

Infine, diversamente da quanto avviene nel resto del paese, la maggior parte delle articolazioni di Santiago ha deciso di gestire i servizi di cure primarie per mezzo di aziende private non profit, che permettono senz'altro una più autonoma amministrazione dei servizi. La supervisione e la regolazione dei servizi comunali è nelle

Tabella 4 - Distribuzione di centri di assistenza primaria per *articulation* comunale di Bogotà (1992)

Circoscrizione comunale	Abitanti per centro
1	40.392
2	64.221
3	24.800
4	65.522
5	18.221
6	33.964
7	44.267
8	45.600
9	42.378
10	52.664
11	84.716
12	41.741
13	186.000
14	40.141
15	63.327
16	67.667
17	19.223
18	32.733
19	26.165

mani dei 6 Servizi sanitari locali (*Regional Health Services*) in cui è divisa Santiago, che rappresentano strutture «deconcentrate» del Ministero della sanità nazionale. Questi servizi sono inoltre responsabili, insieme alle circoscrizioni comunali, di una parte delle misure sanitarie adottate nell'ambito della prevenzione. Le funzioni di finanziamento e *articulation*, come abbiamo visto, sono suddivise tra il Ministero della sanità e le circoscrizioni comunali.

### 6.1. Vantaggi e svantaggi del modello

Questo modello, detto appunto «frammentato», offre un ulteriore esempio di modalità d'offerta di cure primarie nell'ambito delle grandi città. Il vantaggio principale sta nel fatto che la sua configurazione è piuttosto sensibile alle preferenze della popolazione e pone l'accento sulla responsabilizzazione locale. Lo svantaggio maggiore, invece, è riconducibile alla mancanza di una struttura centrale in grado di fornire un coordinamento e una pianificazione accentrata, e di apportare quando occorra le necessarie correzioni equitative. Il completo affidamento alle capacità sviluppate a livello locale potrebbe infine risultare un'ulteriore fonte di preoccupazione.

In realtà, il caso di Santiago appare come un esempio di successo. Se si pensa che l'offerta di cure primarie, prestata nell'ambito di un *network* sviluppato e in via di ulteriore sviluppo (23), è finanziata per quasi il 35% dalla tassazione locale sembra possibile affermare che si sia davvero verificato uno sforzo di mobilitazione locale imponente, unito alla volontà e alla capacità di sviluppare una rete di servizi completa.

A conferma di questa interpretazione non sembrano creare grosse preoccupazioni le disparità nell'accesso ai

servizi di cure primarie (misurate dalla proporzione di beneficiari per singolo centro d'assistenza tra i 6 servizi sanitari locali), dal momento che la proporzione rifletterebbe la situazione socio-economica generale delle regioni (approssimata dalla mortalità infantile), risultando infatti costantemente più alta nelle aree più povere che in quelle ricche (vedi tabella 5). Se assumiamo che le popolazioni più povere sono portate ad accedere più frequentemente alle strutture per le cure primarie di quelle ricche, questa distribuzione appare infatti senz'altro ragionevole (24). In conclusione, il vero problema sembra essere la distribuzione ineguale di risorse umane esperite dal punto di vista medico e manageriale tra le diverse articolazioni municipali.

### 7. Quale modello per Johannesburg?

#### *Possibilità 1: modello d'offerta di cure primarie accentrato*

È poco probabile che la gestione delle cure primarie rimanga accentrata al livello metropolitano dal momento che questo renderebbe impossibile soddisfare i bisogni della popolazione in modo adeguato, data l'ampiezza, rilevante, della città. Le difficoltà af-

frontate da Belo Horizonte, più piccola di Johannesburg nella promozione di mobilitazione della popolazione e delle risorse sono un'altra indicazione che, nonostante alcuni vantaggi, un modello d'offerta di cure primarie accentrato non è adeguato ad una metropoli. L'approccio del contratto pubblico applicato a Belo Horizonte potrebbe comunque essere interessante da valutare.

#### *Possibilità 2: modello d'offerta di cure primarie «deconcentrato»*

Come abbiamo già discusso nel paragrafo su Johannesburg, l'opzione più probabile ad oggi per la città è la creazione di una struttura metropolitana «deconcentrata» in carico della gestione delle cure primarie. Questo comporterebbe che la città sia divisa in distretti sanitari locali di circa 350.000 abitanti, come nel caso di Bogotá, gestiti da 11 uffici locali decentrati, che corrisponderebbero quindi alle 19 circoscrizioni locali di Bogotá (25). Una considerazione più approfondita dell'esperienza di Bogotá sarebbe pertanto altamente raccomandabile. La valutazione da noi fatta di questa esperienza ha dimostrato una serie di vantaggi ma anche gli svantaggi di questo modello. In particolare queste ultime sono legate alla scar-

Tabella 5 - Distribuzione dei centri d'assistenza per servizio sanitario locale a Santiago (1999)

Servizi locali	Abitanti per centro d'assistenza	Beneficiari per centro d'assistenza	Mortalità infantile (per migliaia di abitanti)
Servizio locale 1 (est)	54.000	21.000	7.6
Servizio locale 2 (centro)	52.593	21.000	7.5
Servizio locale 3 (ovest)	16.913	12.087	9.6
Servizio locale 4 (nord)	20.262	12.000	9.6
Servizio locale 5 (sud-est)	23.106	10.112	8.4
Servizio locale 6 (sud)	24.824	14.600	9.1

sa responsabilizzazione locale delle unità amministrative che indurrebbe alcune cautele. Alla luce di questa esperienza è ad ogni modo raccomandato il conferimento di un più elevato livello di autonomia nella produzione e *articulation* delle cure primarie a favore delle unità amministrative di Johannesburg (maggiore dell'autonomia conferita alle circoscrizioni comunali di Bogotà). Questo potrebbe dare luogo ad un decentramento e un coinvolgimento locale di più ampio respiro rispetto all'esperienza di Bogotà e, fintanto che le funzioni dei diversi livelli saranno chiaramente identificate, potrebbe avere un effetto positivo sulla responsabilizzazione locale. Un'alternativa consisterebbe nell'attribuzione della gestione delle cure primarie a 10 o 15 comitati del consiglio metropolitano (la creazione di questi comitati consiliari è attualmente una possibilità dibattuta anche se non molto popolare a Johannesburg). Questo renderebbe il modello ancora più simile a quello di Bogotà a causa della natura ibrida politica e amministrativa dei comitati consiliari, con benefici effetti sulla responsabilizzazione locale. Ad ogni modo le probabilità a favore di questa scelta sono scarse.

*Possibilità 2-bis: modello d'offerta di cure primarie «deconcentrat» territorialmente e funzionalmente*

Un'ulteriore possibilità per la struttura delle cure primarie, da realizzare nell'ambito di una struttura amministrativa «deconcentrata», potrebbe essere quella, realizzata anche a Bogotà, di trasferire una maggiore autonomia nella produzione di servizi di cure primarie a favore di unità sanitarie distrettuali (*Local Health District Authorities*) (sopra definito come «decentramento funzionale»). Questa scelta avrebbe vantaggi definitivi in termini di efficienza sociale e respon-

sabilizzazione, sempre che le unità distrettuali siano rappresentative della popolazione del distretto (26). Come nel caso di Bogotà, questa scelta non è necessariamente alternativa ad un'altra. In questo caso, comunque, le funzioni relative alle autorità locali, da un lato (in questo contesto maggiormente focalizzate su attività di monitoraggio) e alle unità sanitarie distrettuali, dall'altro (concentrate invece di più sulla gestione operativa delle strutture), dovrebbero essere attentamente definite, a differenza di quanto successo a Bogotà. Questo richiederebbe ad ogni modo, ma soprattutto in assenza di una struttura decentrata, l'adozione per la struttura metropolitana centrale di un ruolo rigorosamente di regolazione. Non è chiaro, in ogni caso, se la scelta di un «decentramento funzionale» possa essere ancora una strada aperta per Johannesburg dal momento che Gauteng ha scelto di attribuire la responsabilità principale sulle cure primarie alle circoscrizioni comunali e non alle autorità sanitarie distrettuali. Il modello potrebbe essere possibile solo se venisse interpretato in modo flessibile e se i governi locali, una volta formalmente responsabili dell'assistenza primaria, fossero liberi di firmare a piacere accordi istituzionali che includano la rinuncia di buona parte del controllo sulle cure primarie.

*Possibilità 3: modello di produzione di cure primarie frammentato o a due livelli*

Il modello di Santiago è l'unico che non potrebbe più essere adottato dal momento che il *Municipal Structures Act*, che adotta la struttura dell'area metropolitana in tutto il Sudafrica, deve essere applicato obbligatoriamente. Questo significa, come già detto, che l'attuale struttura a due livelli della città, che avrebbe permesso con alcuni aggiustamenti (in particolare l'au-

mento del numero dei consigli locali) l'applicazione di una sorta di modello Santiago, sarà smantellata lasciando tutte le funzioni e le risorse ad un unico consiglio metropolitano (27). Il nostro giudizio del modello di Santiago è stato complessivamente positivo, sottolineandone in particolare gli effetti positivi sull'efficienza sociale, la responsabilizzazione locale e la mobilitazione delle risorse. Conseguentemente, la proporzione di abitanti per centro d'assistenza è diminuito notevolmente durante tutti gli anni Ottanta e Novanta raggiungendo quella cifra di 35.000 abitanti per centro che non si discosta di molto da quella di 26.000 abitanti per centro di Johannesburg (anche se entrambe le statistiche sono ancora troppo elevate secondo gli standard internazionali) e questa proporzione è più bassa nelle aree più povere rispetto a quelle ricche (28). Queste considerazioni suggerirebbero che il mantenimento dell'attuale struttura politico-amministrativa di Johannesburg, con consigli locali più numerosi e rafforzati dal punto di vista istituzionale e finanziario, potrebbe non essere stata una cattiva scelta sul fronte delle cure primarie. Questo è maggiormente vero se consideriamo che, nonostante numerose problematiche (29), l'attuale modello d'offerta di servizi sanitari primari in vigore a Johannesburg pare aver funzionato ragionevolmente bene, combinando un certo grado di responsabilizzazione locale tra i diversi consigli locali con un buon grado di coordinamento centrale e gestione tra la provincia e il consiglio metropolitano. Per lo meno, questa è la situazione che emerge giudicando dal numero di abitanti per centro d'assistenza che ha raggiunto i 26.000 abitanti per singolo centro e una distribuzione sbilanciata a favore dell'area più povera, il distretto sud (un disequilibrio considerato da alcuni troppo forte). Una caratteristica inno-



vativa del modello cileno e, in particolare, di quello di Santiago, che potrebbe ancora essere applicata a Johannesburg è l'amministrazione dei servizi di cure primarie attraverso aziende private *non profit*. Nel caso di Johannesburg questo potrebbe essere realizzato attribuendo agli uffici regionali la scelta di gestire direttamente i servizi o di esternalizzarli ad aziende private. L'elevata flessibilità gestionale di queste istituzioni (30) ha prodotto nel caso di Santiago risultati piuttosto soddisfacenti.

In conclusione, deve essere valutata molto attentamente l'attuale trasformazione di Johannesburg verso un modello di offerta di cure primarie più accentrato, alla luce dei complessivi pro e contro relativi, e si devono identificare e disegnare attentamente possibili opzioni di accordi istituzionali atti a rendere la gestione dei servizi più efficiente dal punto di vista sociale.

Una semplice «deconcentrazione» dell'*articulation* delle cure primarie e delle funzioni produttive potrebbe non essere sufficiente, e richiederebbe invece un vero «decentramento funzionale» di queste due funzioni. In alternativa, è importante che le unità amministrative regionali siano il più autonome possibile nella presa in carico delle proprie funzioni e che l'unità centrale sia in grado di concentrarsi sul proprio ruolo di supervisione, coordinamento, assistenza tecnica e redistribuzione. È essenziale che la trasformazione politica e fiscale in corso, intrapresa per ragioni esogene al settore sanitario, combinata alla riforma dell'assistenza sanitaria in atto, siano in grado di promuovere un più efficiente uso delle risorse senza una perdita sul lato dell'efficienza sociale e della qualità.

Altre forme di decentramento che coinvolgono aspetti diversi dal decentramento funzionale, l'*articulation* dei

servizi senza la produzione o il decentramento istituzionale e che potrebbero essere una alternativa in più per Johannesburg verranno presentati nei prossimi paragrafi.

### **8. Decentramento dell'*articulation* delle cure primarie e ruolo della grande città: applicabilità al caso Johannesburg**

Un ulteriore modello di decentramento, meno diffuso, implica il trasferimento di responsabilità a favore di articolazioni nazionali nella sola area dell'*articulation* dell'assistenza sanitaria (in genere, sia primaria che secondaria). Queste articolazioni nazionali agirebbero quindi come tipici intermediari, organizzando il consumo di assistenza senza responsabilità dirette nella produzione dei servizi. L'esperienza latino-americana non offre alcun caso esplicito di questo modello, attivo invece nei contesti del Regno Unito e della Nuova Zelanda, in cui questo tipo di responsabilità sono state attribuite ad autonome «autorità sanitarie» (*District Health Authorities*).

In Inghilterra, con la riforma degli anni Novanta, le autorità sanitarie distrettuali non gestiscono più gli ospedali (*Trust*) e le unità ambulatoriali comunitarie (*Community Care Units*) ma sono invece responsabili, come acquirenti di servizi, della valutazione dei bisogni sanitari della popolazione della loro area, determinando i servizi sanitari prioritari e stipulando contratti con il Servizio sanitario nazionale e privati per garantirli sul loro territorio. La domanda è quindi: potrebbero le grandi città essere investite di un ruolo analogo? La posizione dell'intermediario è molto diversa da quella di produzione dei servizi e presume, tipicamente, che le unità sub nazionali siano capaci di stipulare, negoziare e monitorare l'implementazione dei contrat-

ti. In altri termini, è necessaria una profonda conoscenza dei processi d'assistenza.

Inoltre è condizione necessaria l'esistenza di più di un produttore di servizi di cure primarie, in modo che l'acquirente possa chiedere sconti di prezzo facendo leva sulla minaccia credibile di rivolgersi ad un altro *provider* in caso negativo. Questo ruolo, a prima vista, potrebbe essere perciò più attraente per quelle grandi città dotate di capacità tecniche sostanziali e i cui sistemi d'assistenza sanitaria sono abbastanza estesi da comprendere un numero di produttori in competizione tra cui scegliere. Ad una prima valutazione, una grande città potrebbe rappresentare troppi individui per essere in grado di tenere conto efficacemente di tutte le preferenze individuali e di rispondere ai diversi bisogni individuali, il che suggerisce che potrebbe essere meglio dividerla in un numero limitato di autorità acquirenti di servizi con un potenziale accesso a tutti i produttori della città. Questo è ad esempio il caso di Londra, che è stata divisa in circa 17 *District Health Authorities*, con accesso a tutti i produttori della città.

L'applicazione di tale modello al caso di Johannesburg, pertanto, potrebbe necessitare un trasferimento di questa responsabilità ad un insieme di sotto-unità che coprano ognuna una frazione della popolazione della città, come nel caso del decentramento della produzione e dell'*articulation* delle cure primarie. Questo ruolo potrebbe ad esempio essere attribuito alle 11 unità amministrative regionali di cui si sta pianificando l'istituzione. Questo richiederebbe all'amministrazione centrale della città di giocare un ruolo simile a quello di un Ministero della sanità (*Departamento of Health*) nel caso inglese, con l'allocazione di un *budget* tra le diverse regioni, che sarebbero quindi responsabili dello stato



di salute delle proprie popolazioni e contratterebbero con i *provider* per l'acquisto dei servizi. Nell'ambito di questo modello i *provider* sarebbero dotati di una notevole autonomia operativa, mentre alcune funzioni più operative (in particolare quelle che implicano importanti economie di scala) sarebbero mantenute a livello nazionale (31). La prospettiva di questo modello è sicuramente attraente. Fra gli altri vantaggi, la rimozione dei produttori di servizi sanitari dal controllo gestionale di articolazioni subnazionali renderebbe semplice il loro adattamento all'obiettivo reale di un ruolo di acquirenti dal momento che non avrebbero più la responsabilità fiscale ultima sulla gestione dei servizi sentendosi quindi più libere di stipulare contratti con i produttori di loro scelta piuttosto che tra quelli che, semplicemente, sono sotto la loro diretta gestione (32). Ad ogni modo, come visto sopra, il modello richiede che venga verificata una serie di condizioni stringenti, che riguardano in particolare le capacità tecniche delle articolazioni nazionali e l'esistenza di un numero di produttori autonomi o semi autonomi di servizi in competizione tra loro.

Queste condizioni non paiono essere attualmente verificate da Johannesburg, suggerendo quindi che almeno in questa fase, sia preferibile un modello di decentramento come quello applicato nei paesi latino-americani analizzati. Il modello analizzato in questa sezione pare inoltre essere più congeniale all'assistenza secondaria e terziaria che alle cure primarie.

### 9. Decentramento istituzionale e ruolo della grande città: applicabilità al caso Johannesburg

Un ultimo tipo di decentramento, infine, si riferisce ad un trasferimento diretto a favore dei produttori di re-

sponsabilità sulla produzione dei servizi. Questo tipo di decentramento sta diventando sempre più diffuso in quanto si ritiene che una condizione necessaria alla produzione efficiente e per ottenere guadagni di qualità sia proprio dare maggiore autonomia ai produttori di servizi sanitari.

Il risultato più importante sarà che, indipendentemente dal ruolo prima assunto dalla città nell'ambito dell'offerta dei servizi, il ruolo che andrà ad assumere sarà principalmente di regolazione. Questo perché un sistema sempre più aperto e diversificato creato dal decentramento istituzionale (e la competizione) necessiterà di una funzione di regolamentazione più forte da attribuire in parte al livello nazionale e in parte ai livelli subordinati.

Nelle sue funzioni di regolatore, la città si potrebbe posizionare nell'ambito dell'assistenza all'implementazione e al monitoraggio dei criteri e degli *standard* — definiti centralmente — di valutazione della *performance* delle «organizzazioni articolatrici» e dei produttori istituzionali di servizi presenti sul suo territorio. Questa funzione potrebbe essere realizzata per mezzo della gestione delle procedure di accreditamento e di meccanismi regolari di verifica. La città potrebbe inoltre supportare l'implementazione di formule per l'allocatione delle risorse tra le organizzazioni articolatrici non governative e/o i produttori istituzionali, oltre che gestire i meccanismi di compensazione e assegnazione delle priorità, creati per correggere indesiderate conseguenze equitative come conseguenza del decentramento istituzionale. Infine, la città potrebbe farsi un soggetto di raccolta e offerta di informazione pubblica per la protezione dei consumatori, in tema di servizi offerti dai diversi produttori e dalle assicurazioni sanitarie (nel caso in cui la funzione di *articulation* venga svolta anche da enti non governative).

Cosa potrebbe significare tutto questo, nel caso di Johannesburg? Nell'ambito delle cure primarie, l'amministrazione centrale e locale della città diventerebbero meno coinvolte nella produzione diretta di servizi ma molto più nella regolamentazione della loro produzione, per cui si sarebbero necessari nuovi tipi di competenze. In altri termini, verrebbe a crearsi l'esigenza di un complesso ed efficace modello di regolamentazione, costruito con il coinvolgimento di tutti i diversi livelli in modo da assicurare che il decentramento istituzionale avvenga in linea all'interesse del consumatore e alla capacità contributiva. Per quanto riguarda i livelli d'assistenza superiori, un processo che favorisce l'autonomia degli ospedali principali conferirebbe alla città uno specifico ruolo anche nella produzione questo tipo di assistenza. Gli sforzi recenti per rendere autonoma una parte delle strutture per l'assistenza terziaria, infatti, potrebbero richiedere a Johannesburg l'assunzione di queste nuove funzioni.

### 10. Considerazioni finali: lezioni per Johannesburg

In generale, i tre casi dell'America Latina analizzati ci confermano che il ruolo delle grandi città tende ad essere il risultato della combinazione tra il modello di decentramento realizzato a livello di sistema-paese e le caratteristiche politiche, amministrative e demografiche della città. Ciò suggerisce che la determinazione del ruolo di una grande città nel sistema decentrato richiede: primo, la profonda comprensione del modello in fase di implementazione; secondo, una buona conoscenza delle caratteristiche specifiche della città. Detto questo, abbiamo preso in considerazione tre diversi modelli di offerta delle cure primarie con i relativi pro e contro nell'analisi illustrata dall'articolo. Possiamo a

questo punto fare qualche considerazione conclusiva.

Nell'ambito della nostra panoramica, i primi due modelli sono certamente ancora applicabili nel caso di Johannesburg, dal momento che la struttura politico-amministrativa della città, così come alcune delle caratteristiche del sistema d'assistenza sanitaria realizzato per Gauteng (33) non sono state ancora definite puntualmente.

Nel caso in cui non venisse creata la struttura decentrata in circoscrizioni locali, le cure primarie finiranno per essere gestite direttamente da un direttore sanitario a livello centrale, come avviene nel caso di Belo Horizonte. Se le circoscrizioni, com'è verosimile, verranno create, allora il modello di produzione delle cure primarie apparirà simile a quello di Bogotà, e che quindi dovrà essere ulteriormente analizzato. Il modello di Santiago, invece, non potrà più essere realizzato nella sua configurazione generale, anche se potrebbe costituire uno spunto per alcune raccomandazioni su aspetti più specifici. Nel lungo periodo sarà opportuno tenere conto anche dell'esperienza prodotta dalle attuali riforme in atto nel Regno Unito, in particolare quelle inerenti alla separazione di *articulation* e produzione.

Ricapitolando, quindi, l'analisi dei casi ci ha dato la possibilità di affermare che tra le caratteristiche della città più rilevanti al fine della selezione di un modello di offerta delle cure primarie ci sono:

1) *la struttura politica e amministrativa della città*: accentrata, «decentrata», a due livelli o struttura metropolitana frammentata giurisdizionalmente. Più la struttura metropolitana è decentrata, più è probabile che il ruolo principale nell'ambito della produzione di cure primarie sia attribuita ad autonomi livelli subordinati, che lasci di conseguenza una respon-

sabilità minore al governo metropolitano centrale;

2) *la capacità contributiva*: quanto più estesa è la base imponibile locale e accentrata è la sua amministrazione, tanto più sarà esteso il ruolo del livello metropolitano centrale nel finanziamento dei servizi;

3) *la capacità istituzionale* della città e dei livelli dell'attuale organizzazione metropolitana nel farsi carico delle nuove funzioni inerenti alla produzione di cure primarie. Tanto più questa capacità è forte e accentrata, tanto più tenderà ad esserlo il ruolo del livello metropolitano centrale nella produzione dei servizi;

4) *la struttura demografica*, in particolare l'ampiezza della popolazione e la sua distribuzione tra le diverse classi socioeconomiche. Tanto più grande è la città, minore sarà in genere il ruolo della struttura centrale, a favore di un modello più decentrato di cure primarie. Ad ogni modo, maggiore è il grado di segmentazione socioeconomica nell'ambito della città (34), maggiore dovrà essere l'estensione in genere del ruolo centrale (sia attraverso un modello d'assistenza più accentrato che di attive politiche di redistribuzione).

---

(1) Questa funzione si riferisce all'organizzazione e alla gestione del consumo di assistenza e comprende attività chiave per la canalizzazione delle risorse al livello di produzione e consumo d'assistenza, quali la determinazione delle specifiche dei servizi, l'analisi dei bisogni della popolazione e il quadro epidemiologico della popolazione servita, l'iscrizione della popolazione nell'ambito dei piani sanitari, la determinazione della strategia che assicura la qualità dell'assistenza, la selezione dei produttori più qualificati, la selezione dei meccanismi di pagamento dei produttori, la stipula dei contratti. Manterremo, più sinteticamente la formula inglese «articulation» nel resto del *paper*, N.d.r.

(2) Il decentramento può essere sotto forma di «devoluzione» (dall'inglese «devolution»: il trasferimento di responsabilità a livelli di go-

verno subordinati autonomi o ad autorità sanitarie); «decentramento» (dall'inglese «deconcentration»: trasferimento delle responsabilità a strutture semi-autonome del Governo centrale o del Ministero della sanità); «delegazione» (dall'inglese «delegation»: trasferimento di alcune funzioni specifiche ad autorità semi-autonome).

(3) O di un livello subordinato nel caso dei paesi federali non dotati di una politica uniforme.

(4) Servizi alla persona e non (beni pubblici), servizi di Asp o servizi di livello superiore.

(5) Questi consigli comunali sono costituiti dai comuni esistenti durante il regime dell'apartheid che sono stati «clonati» o «duplicati» per eliminare le principali fonti di disuguaglianza.

(6) Che, in molti casi, significa 1 struttura provinciale e 1 struttura comunale integrate in un'unica struttura o come due strutture separate «sotto lo stesso tetto».

(7) Dall'inglese «deconcentration», che indica una forma particolare di decentramento direttamente tradotta dall'inglese. La traduzione letterale (deconcentrazione) non esiste in italiano, ma abbiamo voluto mantenere questa forma per mantenere l'originale accezione.

(8) Il settore privato «a contratto» rappresenta solo il 12% circa delle cure primarie prestate in ambulatorio e in degenza breve dei centri d'assistenza e nelle unità miste, ma rappresenta comunque il 53% di tutte le spedalizzazioni (incluse le degenze brevi in ambito ospedaliero).

(9) Molto piccoli, finiranno probabilmente con mantenere solo una responsabilità parziale sulla fornitura di cure primarie, mentre gli altri finiranno con l'assumere la responsabilità principale dei propri *network* con un'estensione appropriata del distretto sanitario locale.

(10) Che nasce dalla fusione del precedente servizio sanitario di sezione (struttura decentrata del Ministero della sanità) e della precedente direzione sanitaria distrettuale.

(11) Il «departamento» in Colombia corrisponde all'articolazione della provincia.

(12) Pianificazione e decisione riguardo ai meccanismi di rimborso sono adottati a quel livello, anche se il pacchetto essenziale di cure primarie e la graduale trasformazione dei sussidi all'offerta in sussidi alla domanda sono stati adottati centralmente.

(13) Tutte le strutture e il personale sono state formalmente trasferite alla città di Bogotà, anche se il personale rimane soggetto alle norme centrali.

(14) Bisognerebbe sottolineare che Bogotà, sia come comune che come departamento, è responsabile anche per l'iscrizione della sua po-

polazione alle cd. imprese di assicurazione sociale (le «Empresas Promotoras de Salud», EPS) che programmano l'offerta di assistenza sanitaria (acquisto di servizi) per conto dei propri contribuenti beneficiari e, come comune, per il parziale finanziamento delle ESP che acquistano un pacchetto sanitario «sussidiato» (praticamente, il pacchetto delle cure primarie) per le classi sociali più povere (che devono comunque essere identificate dal comune, sulla base delle informazioni disponibili a livello locale).

(15) Per esempio, il trasferimento di autonomia alla direzione sanitaria distrettuale locale.

(16) Che potrebbe essere più debole di quelli presenti a livello centrale.

(17) Questo non è generalmente uno dei problemi principali nell'ambito delle cure primarie.

(18) Come nel caso di Bogota se le circoscrizioni comunali avessero avuto lo status politico e amministrativo dei comuni del resto del paese, assumendo, in questo caso, dopo la certificazione necessaria la responsabilità principale nella produzione di cure primarie.

(19) Soprattutto considerando che le strutture sono proprietà della città e non delle circoscrizioni comunali.

(20) Ancora alto, nonostante questa proporzione dovrebbe tener conto dei beneficiari attuali dei servizi di cure primarie e non degli abitanti complessivi.

(21) Anche se, al momento del trasferimento, all'inizio degli anni Ottanta, il numero delle circoscrizioni comunali era di poco inferiore e non erano ancora dotate di un governo elettivo.

(22) A Santiago, così come nel resto del paese, tutte le infrastrutture furono date in comodato per 5 anni rinnovabili e tutto il personale fu trasferito dopo il pagamento di una serie di *benefit* da parte del Ministero della sanità a titolo di contributi per il trasferimento.

(23) Che consiste in circa 35.000 abitanti per centro d'assistenza, o 20.000 beneficiari per centro d'assistenza se consideriamo che quasi il 60% dei cittadini di Santiago sono utilizzatori dei servizi pubblici di cure primarie.

(24) Questa distribuzione non mostra comunque le disparità interne alle articolazioni e potrebbe nascondere delle differenze rilevanti in termini di ampiezza e qualità tra i diversi centri di assistenza causate dalla diversa base imponibile. Ad ogni modo l'azione combinata del fondo municipale e i criteri equitativi applicati nell'allocazione delle risorse date dai trasferimenti centrali tra le diverse articolazioni comunali produce una distribuzione lievemente progressiva della spesa sanitaria per beneficiario (vedi Carciofi, Cetrangolo e Larranaga, 1996).

(25) Che, in ogni caso, sono unità politico-amministrative ibride.

(26) Che succederebbe se assumessero la forma di consigli sanitari distrettuali con rappresentanti eletti e nominati.

(27) L'insieme dei comitati consiliari che potrebbe verosimilmente essere istituito dal Consiglio metropolitano non è in ogni caso comparabile ad un secondo livello di Governo autonomo.

(28) È vero che una struttura metropolitana frammentata può avere un impatto negativo sull'equità intra-cittadina, rendendo la produzione dei servizi dipendente dalle diverse basi

d'entrata che potrebbero comportare servizi di qualità molto diversa e/o casi in cui il pacchetto cure primarie minimo non può essere prodotto, o ad aliquote fiscali differenziate, con un ulteriore impatto sulle decisioni allocative. È stato comunque dimostrato che, nel caso di Santiago, anche senza un primo livello di governo e in presenza di rilevanti differenze socio-economiche tra le articolazioni comunali, queste disparità possono essere affrontate efficientemente attraverso la determinazione di pacchetti di cure primarie minimi, trasferimenti centrali redistributivi e, anche se potrebbero esserci questioni da discutere sul piano dell'efficienza, l'azione di un equalizzatore fiscale intercomunale.

(29) Le principali sono la segmentazione orizzontale, che da luogo a problemi di riferimento dei pazienti nell'ambito del settore delle cure primarie e la duplicazione dei costi, e la debole capacità istituzionale degli attuali consigli locali.

(30) Che rispondono comunque in ultima istanza ai presidenti di circoscrizione.

(31) In questo senso, si adotterebbe la forma di un «modello pienamente decentrato non tradizionale» (vedi tabella 1).

(32) Un esempio del «conflitto di interesse» creato dalla coesistenza di funzioni di produzione e articolazione al livello subordinato nell'ambito del tentativo di modello di contratto pubblico è dato dal caso brasiliano.

(33) Modello che, inoltre, non è poi così diverso da quelli implementati nei paesi latino-americani.

(34) In altri termini, la popolazione con il reddito più basso si concentra in alcune aree della città e quella più ricca in altre.



## RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

*Mecosan* è una rivista aperta 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, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

### Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

### Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

### Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

### Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

### I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;  
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23  
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98  
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.



# L'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA: UNO SCENARIO INTERNAZIONALE

Pietro Maria Testai

*Economia e Gestione delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche, Università degli Studi di Roma Tor Vergata*

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il mercato assicurativo sanitario olandese - 3. Il sistema sanitario statunitense - 4. Profili di omogeneità e differenziazione dei due sistemi analizzati - 5. L'insegnamento per l'Italia.

## 1. Introduzione

Un sistema sanitario orientato al mercato non è un mercato sanitario libero!

Un mercato sanitario completamente libero non può esistere. La completa libertà, infatti, causerebbe degli effetti indesiderabili, come, ad esempio l'impossibilità di accesso al mercato da parte di individui a basso reddito e di malati cronici. È importante sottolineare quindi che le riforme di cui tanto si è discusso e si continua a discutere in questi anni, e presentate da diversi governi, sono proposte di riforme per un mercato competitivo regolato (1). La regolazione governativa non sparirà del tutto, ma cambierà notevolmente la sua natura. Invece di consistere in un controllo diretto sui volumi, sui prezzi, la capacità produttiva dovrà consistere nella creazione di condizioni necessarie che prevengano gli effetti indesiderati del mercato libero e che consentano di conciliare le dinamiche di mercato rispetto al settore sanitario. *Obiettivo principale è quello di garantire l'accesso a cure di buona qualità a tutta la popolazione!*

L'enfasi della regolazione governativa nei paesi ad economia più sviluppata è stata finora, e sarà comunque,

principalmente nella direzione di garantire un'assicurazione sanitaria obbligatoria a tutti e nel senso di assicurare che gli assicuratori pratichino un sistema di premi aggiustati al rischio, ed ancora di evitare la formazione di monopoli e cartelli, oltre che di monitorare la qualità e la circolazione e il libero accesso alle informazioni.

In quest'ottica, in un sempre crescente numero di paesi industrializzati, i governi stanno cercando di attuare strategie tese al controllo dei costi, puntando soprattutto alla riforma del mercato assicurativo (Cutler e Reber, 1998). Tradizionalmente i programmi assicurativi sono disegnati con l'obiettivo di garantire copertura ed accesso finanziario per tutti i cittadini. L'incremento dei costi e la perdita di incentivi all'efficienza ha costretto questi governi a proporre una serie di riforme tese a rivedere questi programmi assicurativi.

Un primo tentativo di riforma dei sistemi in tal senso lo si ritrova in Olanda con il piano Enthoven del 1978, che cercava di combinare insieme i due obiettivi di contenimento dei costi e di maggiore efficienza e qualità nella fornitura. Ma la sua teorizzazione, rimase valida solo sulla carta, perché l'implementazione dei principi

contenuti nello stesso non trovò riscontro né tanto meno successo in nessuno dei paesi in cui fu tentata la sua applicazione.

Più successo rispetto questa esperienza sembra aver avuto invece la riforma del sistema sanitario olandese lanciata con il piano Dekker del 1988 il cui principale obiettivo sembrò essere sin dall'inizio l'introduzione di un meccanismo di competizione guidata del mercato assicurativo. Tale piano ha molto in comune con quello che successivamente sarà approvato negli Stati Uniti con il nome *Health Security Act* (1994), ma meglio noto come «Riforma Clinton». Rispetto a questo però la riforma Dekker si delinea come un disegno di legge che in quanto tale ha necessità di un lungo periodo (8 anni) di implementazione prima di funzionare a regime.

Le caratteristiche peculiari di tale piano possono essere così riassunte:

- graduale ma fondamentale cambiamento nel sistema di rimborso;
- introduzione di programmi assicurativi supplementari;
- libertà di scelta per l'assicurato.

In Italia ci si è mossi con relativo ritardo rispetto al resto d'Europa e del mondo. In particolare se guardiamo alle riforme del Servizio sanitario na-

zionale ritroviamo gli stessi obiettivi già citati (contenimento dei costi, maggiore efficienza e qualità), ma procedure e tempi decisamente più lunghi. In questo lavoro, l'obiettivo però non sarà quello di indagare circa le direttrici e gli obiettivi di riforma degli ultimi anni del Ssn, ma piuttosto quello di studiare come l'Italia sta cercando di muovere i suoi primi passi su un terreno difficile e per certi aspetti inesplorato quale quello dell'assistenza sanitaria integrativa, in quanto riteniamo che questo sia il primo passo verso un'effettiva libertà di scelta da parte del singolo individuo.

Ecco ad oggi come si presenta, in tal tema, la situazione in Italia.

Il tipo di assicurazione integrativa normativamente previsto in Italia (ex D.L. 502/92 e 229/99) è il seguente:

a) i soggetti abilitati a fornire un'assicurazione sono istituzioni *non profit* (i fondi integrativi), operanti in autonomia nel caso dell'autogestione, oppure mediante il trasferimento del rischio finanziario ad un'impresa commerciale di assicurazione, oppure ad altro soggetto *non profit*, quali sono le società di mutuo soccorso;

b) i soggetti assicurati sono collettività, essendo, infatti, le associazioni di cittadini o di lavoratori per loro conto, o le aziende e gli enti pubblici per conto dei lavoratori e dei cittadini, i soggetti riconosciuti come promotori dei fondi integrativi;

c) i fondi sono collocati nel quadro strategico e programmatico della riforma sanitaria e vengono quindi a rappresentare una sorta di secondo pilastro (modello cosiddetto *statutory*).

In prospettiva quindi, la situazione italiana si presenta da un lato come speculare rispetto al quadro comparato generale e dall'altro, potenzialmente innovativa, per avere collocato l'assicurazione integrativa all'interno di un assetto nuovo da dare al sistema sanitario.

L'analisi che condurremo verterà sugli elementi essenziali attraverso cui si costruisce un fondo integrativo. Questi sono i seguenti:

1) la definizione dei beni e servizi di competenza dei fondi;

2) le regole di adesione dei destinatari;

3) il *modus operandi* dei fondi;

4) il finanziamento;

5) il trattamento fiscale delle risorse devolute ai fondi e, in generale, la normativa fiscale generale concernente la spesa privata.

Con riferimento al primo punto la legislazione italiana si limita a definire che:

«L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale è rappresentato da:

— prestazioni aggiuntive non comprese nei livelli uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e strutture accreditate;

— prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione e per la fruizione di servizi alberghieri su richiesta dell'assistito;

— prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito» (art. 9, comma 4, D.L. 229/99).

Come emerge da queste prime considerazioni l'ipotesi generale è quindi fondata sulla necessità di distinguere nettamente tra prestazioni pubbliche e prestazioni dei fondi. L'assetto risultante, risulterebbe quello di una copertura principale e di una copertura secondaria di tipo *statutory* (secondo pilastro). L'assicurazione integrativa

verrebbe a configurarsi come previdenza sanitaria complementare.

Secondariamente, i destinatari dei fondi sono direttamente gli individui e le famiglie. I soggetti dovrebbero aderire, però, come collettività dal momento che le disposizioni normative individuano nelle associazioni ed in altre fattispecie giuridiche che rappresentano o esprimono interessi collettivi il ruolo di promozione dei fondi. L'importanza dell'adesione di collettività è la sola che può minimizzare gli effetti della selezione avversa (così come l'esperienza olandese, di seguito analizzata, suggerisce), in quanto i rischi verrebbero a distribuirsi tendenzialmente in misura più equa in presenza di grandi numeri.

Il problema è: come si fa a conciliare l'esigenza di avere grandi numeri con la libera determinazione dei singoli, tra cui alcuni potrebbero non desiderare di entrare in un fondo integrativo?

Per quanto concerne il terzo punto i fondi sanitari integrativi nel servizio sanitario italiano operano nel seguente modo:

— i fondi integrativi rimborsano su basi tariffarie in una misura che non dovrebbe coincidere mediamente con la spesa sanitaria sostenuta dall'assicurato per la prestazione;

— i fondi operano in base ad accordi di fornitura con reti di erogatori fondati sul principio del contenimento dei costi o della qualità delle prestazioni. Sotto il profilo dell'erogazione effettiva il fondo sarebbe libero di scegliere le modalità di erogazione sia nella forma diretta che in quella del rimborso indiretto. Il fondo sarebbe inoltre libero di modulare il proprio tariffario secondo le esigenze degli assicurati, rimborsando in taluni casi il prezzo intero della prestazione ed in altri una parte, purché mediamente, la percentuale di rimborso, diretto o indiretto,

non sia pari al 100% della spesa (Piperno 1995);

— i fondi dovrebbero essere finanziati tramite risorse proprie degli assicurati. La distribuzione dei carichi, quali sono ad esempio le quote di spettanza del lavoratore e del datore, nel caso in cui si tratti di un fondo a beneficio di una categoria di lavoratori dipendenti, può essere la più diversa in funzione dei criteri scelti dai soggetti promotori e dei vincoli dati dalle specifiche situazioni di partenza. L'ipotesi è che il fondo può adottare il criterio di finanziamento prescelto senza vincoli legislativi o regolamentari che impongano livelli predefiniti di solidarietà interna.

Il punto essenziale della diagnosi circa la situazione italiana che più volte appare è che non può esservi governo della sanità pubblica e della sua spesa se non v'è governo della sanità privata e della sua spesa, e cioè, se non v'è governo del sistema complessivo. Il comportamento prevalente della *policy* pubblica è stato questo: se mancano le risorse pubbliche, si aumenta la compartecipazione, oppure si diminuiscono le allocazioni ai settori di minor resistenza, oppure si punta sulla speranza di una migliore organizzazione dell'assetto produttivo pubblico. La *policy* pubblica non è, stando ai provvedimenti presi, mai partita da una puntuale diagnosi delle interrelazioni reali, non quelle immaginarie, che esistono tra entrambi i settori di produzione e di finanziamento. Se tale analisi si fosse condotta, si sarebbe scoperto che l'origine della spesa privata, almeno per quella parte che non è riconducibile alle misure di compartecipazione o alle scoperture evidenti, risale a cause che, in ultima istanza, stanno dentro al comparto pubblico, anche quando riguardano attitudini, propensioni e valutazioni dei cittadini. È in sostanza l'assetto complessivo dell'offerta pubblica che genera la

spesa privata. L'esito finale è che nella sanità convivono stati di povertà relativi ai settori di produzione e di prestazione con stati di ricchezza in eccesso relativi ad altri. Laddove v'è ricchezza in eccesso, e cioè, laddove arrivano risorse in abbondanza si profilano inefficienze ed iniquità. Una quota della spesa privata, in conclusione non avrebbe ragione storica di essere in una situazione di efficienza allocativa generale.

L'analisi del sistema sanitario olandese e del sistema sanitario statunitense, con la correlata analisi dei meccanismi attraverso cui è stato possibile realizzare un mercato assicurativo sanitario, potrebbe aiutare a capire su quali aspetti concentrare l'attenzione in Italia. Per tale motivo rianalizziamo in chiusura dell'articolo il mercato assicurativo sanitario italiano per reinterpretarlo alla luce delle osservazioni e delle informazioni ottenute dallo studio di questi due sistemi sanitari.

## 2. Il mercato assicurativo sanitario olandese

### 2.1. Le riforme

Il sistema sanitario olandese è stato nell'arco di questo ultimo decennio oggetto di numerose riforme, tese tutte a ridisegnare i meccanismi interni dello stesso, dando un'impronta decisamente particolare, intendendo cioè far sì che si venisse a creare quel regime di mercato regolamentato che potesse permettere oltre che una maggiore (o migliore) competizione tra gli attori del mercato stesso, anche maggiori garanzie ed un elevato livello di equità e soddisfazione per gli utenti finali.

Un primo tentativo di riforma in tal senso risale alla proposta Dekker-Simons (2) (dal nome dei ministri di quel governo). In tale proposta però erano presenti alcune incongruenze e

certe criticità che furono messe alla luce dal governo successivo e che avrebbero poi portato ad una riforma più incisiva, quella del 1998. In tale proposta, infatti, non esisteva un confine esatto tra tipi di cura per i quali gli assicuratori dovessero sopportare o meno la responsabilità finanziaria, non esisteva una garanzia contro i comportamenti degli assicuratori nell'incoraggiare la sostituzione di cure costose per le quali essi non sopportavano il rischio finanziario e delle cure meno costose che avrebbero dovuto pagare loro, era possibile che cure tra loro strettamente correlate fossero artificialmente separate da differenti meccanismi di finanziamento e di regolazione. Ma non solo, il grosso ostacolo di quella riforma fu rappresentato dall'enorme potere dei gruppi d'interesse, che nella stesura della proposta, non furono presi in considerazione. Il governo insediatosi nell'agosto 1998 ha promosso dei cambiamenti incrementali rispetto alle riforme varate dai governi precedenti. I più rilevanti di tali cambiamenti riguardano la struttura del sistema sanitario con la distinzione tra primo e secondo livello. In merito al primo livello, per ognuna delle 30 regioni, il governo ha nominato un «governo regionale sanitario» (la maggior parte di questi rappresentati dai fondi assicurativi maggiori per quella regione). Una tra le maggiori responsabilità degli uffici regionali sanitari è e sarà quella di contrattare con i fornitori, ciò comporta che nel tempo gli uffici regionali non saranno più obbligati a contrattare con i singoli fornitori e che ci saranno dei tetti massimi piuttosto che un sistema di *budget* per i fornitori. Ciò significa che gli uffici regionali sono autorizzati a negoziare e a selezionare i fornitori in base ai prezzi ed alla quantità. Inoltre i diritti dei consumatori sono dettagliatamente descritti in base alle funzioni sanitarie piuttosto che in ter-



mini di fornitori (per esempio cure riabilitative piuttosto che cure fornite dagli istituti di riabilitazione). Tutti questi cambiamenti hanno inciso sulla competizione tra fornitori. Quindi la maggiore differenza tra regimi regolamentari nel primo e nel secondo livello consiste nel fatto che nel primo livello gli assicuratori non sopportano la responsabilità finanziaria della contrattazione delle cure e che non c'è competizione tra assicuratori. Ovviamente, ciò fa dubitare circa gli incentivi degli assicuratori per aumentare l'efficienza e per rispondere alle esigenze dei consumatori.

Un aspetto cruciale di questa riforma del governo riguarda la responsabilità finanziaria dei fondi assicurativi. Senza dubbio questa ha portato ad una maggiore dinamicità nel settore sanitario. Si è incrementata la competizione sui premi tra fondi assicurativi e si è stimolata ulteriormente l'attività di *managed care*.

Ma nonostante questi accorgimenti, in questa riforma esiste ancora un problema: fino a quando i sussidi ai premi non rifletteranno in maniera sufficiente la spesa medica individuale, i fondi assicurativi sanitari daranno vita a fenomeni di *cream skimming* (3) con tutto ciò che da esso ne deriva. Perciò, il governo non dovrebbe essere troppo incline nell'incrementare il rischio finanziario dei fondi assicurativi senza migliorare i meccanismi di aggiustamento al rischio. Ciò che è importante è che il governo renda credibile nel tempo l'efficacia dei meccanismi di aggiustamento al rischio e quindi la sostenibilità finanziaria dei fondi assicurativi. Ciò consentirà ai fondi assicurativi di effettuare investimenti a lungo termine nel settore sanitario.

Durante gli ultimi dieci anni profondi cambiamenti hanno portato a ridisegnare il meccanismo di funzionamento di questo sistema (Schut e Van Doorslaer, 1999):

— i pagamenti retrospettivi riconosciuti ai fondi assicurativi sono progressivamente stati sostituiti da pagamenti prospettici con la possibilità di correggere gli stessi in modo da renderli maggiormente equi rispetto le spese sostenute (figura 1);

— al fine di evitare una ripartizione dei fondi poco equa si è pian piano passati a meccanismi abbastanza complessi, tali da rendere i pagamenti retrospettivi più attinenti rispetto la situazione reale. Ma contemporaneamente si è inteso aumentare la percentuale di rischio gravante sui fondi assicurativi, in modo da renderli più responsabili rispetto al loro operato e più attenti rispetto al contenimento dei costi. Dal 1995 al 1999 tale percentuale di rischio è passata dal 5% al 35% e questo ha fatto dei fondi assicurativi dei responsabili e prudenti acquirenti di servizi sanitari per i propri assicurati;

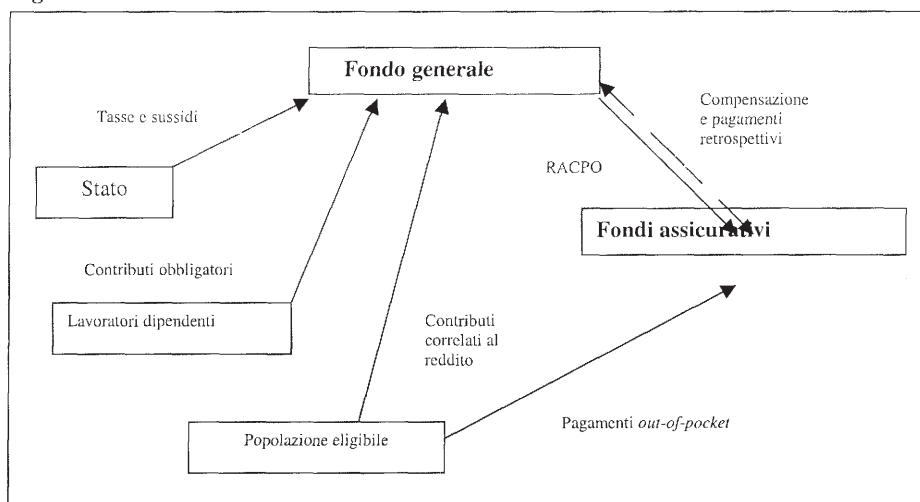
— si è data maggiore libertà ai fondi assicurativi nella definizione delle formule contrattuali e dei premi assicurativi. L'obiettivo è stato quello di evitare che, come è accaduto per molti anni, rischi particolarmente gravi non trovassero adeguata o accessibile copertura assicurativa. Dando invece alle assicurazioni la possibilità, ma so-

prattutto gli strumenti adeguati per produrre formule assicurative più complete e con un grado di approssimazione al rischio abbastanza elevato, si è riusciti a costruire un sistema in cui quasi tutti hanno adeguata copertura assicurativa, riducendo tra l'altro i pagamenti retrospettivi che provenivano dal *Central Fund* per aggiustare le previsioni di prezzo che, ovviamente, prima di questa riforma erano particolarmente sostanziosi;

— soprattutto negli ultimi anni si è anche cercato di favorire la scelta del consumatore di servizi. Dal 1992 si è data la possibilità ai cittadini di scegliere periodicamente se sottoscrivere nuovamente il proprio contratto o cambiare fondo. Ma se tale scelta poteva avvenire prima del 1998 solo ogni 2 anni, dal 1998 ogni anno gli assicurati possono scegliere tra una pluralità di fondi che tra l'altro sono in continuo aumento, potendo i cittadini infatti, sempre dal 1998, optare anche per fondi che non operano sulla propria regione, ma al di fuori dei confini territoriali;

— rimane però tuttora un grosso limite in questo sistema: la separazione tra funzioni di acquirente e quella di fornitore. L'esperienza statunitense in tal senso (HMO), ha spinto il governo

Figura 1





olandese a concentrare i propri sforzi delle successive riforme proprio su questo aspetto;

— in ultimo non va dimenticato che ogni cittadino olandese ha la possibilità, laddove lo volesse, di ottenere oltre alla copertura obbligatoria (e può scegliere tra fondi assicurativi pubblici e fondi assicurativi privati) ulteriore copertura assicurativa. Circa il 95% dei cittadini hanno anche acquistato una polizza supplementare (ZFR/CTU, 1999). Questo secondo tipo di copertura assicurativa non è sotto il controllo del governo.

Sempre nel 1998 il governo ha introdotto un meccanismo di copagamento della copertura assicurativa che ha permesso ai fondi assicurativi di abbassare i loro premi, ma che ha anche introdotto una differenziazione nei premi non indifferente introducendo un meccanismo competitivo mai conosciuto prima dal mercato assicurativo sanitario. Ma nel 1999 a causa dell'elevata complessità della situazione derivante, e di forti reazioni politiche, il governo ha dovuto fare un passo indietro e rifiutare quel meccanismo di copagamento, con l'effetto di un adeguamento dei premi assicurativi e conseguente minor differenziazione dei prezzi tra i diversi fondi.

Oggi la copertura obbligatoria offerta dai fondi assicurativa è pressoché omogenea, in quanto i pacchetti assicurativi offerti sono abbastanza standardizzati, e le assicurazioni differenziano più sul prezzo che su altri fattori costituenti la polizza. Un atteggiamento particolare di questo mercato merita però una certa attenzione: quasi tutti i cittadini, come abbiamo visto, acquistano una copertura aggiuntiva, ma quasi tutti i fondi offrono una copertura supplementare solo in combinazione con una copertura obbligatoria. Di conseguenza, questa scelta del consumatore, non dipende solo dal prezzo della copertura obbligatoria

(che è quello che può essere maggiormente controllato) ma anche dal pacchetto di benefici e dal prezzo della copertura aggiuntiva (che non essendo sotto il diretto controllo del governo, appare di più difficile monitoraggio). Molti studi, condotti anche su altri sistemi assicurativi, sembrano aver dimostrato che questa scelta del consumatore, su cui ampi aspetti della riforma sanitaria olandese hanno puntato, non sembra essersi per queste ragioni del tutto verificata, riducendosi quasi solo ed esclusivamente ad una scelta tra una pluralità di fondi, che però praticano condizioni molto simili. È per questo motivo che si ritiene interessante indagare anche su questo aspetto del mercato assicurativo sanitario, anche mettendolo a confronto con quello che viene considerato il sistema sanitario più liberalista, quello statunitense.

### 3. Il sistema sanitario statunitense

#### 3.1. Cenni introduttivi

Il sistema sanitario statunitense si presenta estremamente atipico rispetto a quello dei paesi industrializzati. A fronte di una spesa che si attesta ai massimi livelli tra le economie più vivaci il sistema ha seri problemi d'accesso per le fasce più deboli della popolazione, riscuote un basso livello di gradimento da parte della popolazione e registra tassi di mortalità superiori a quelli dell'Europa occidentale. In realtà in questo paese la valenza data ad alcuni principi solidaristici rispetto ai paesi dell'Europa industrializzata è ben diversa, tanto che questi principi spesso passano in secondo piano rispetto ad esempio ai principi di pluralismo e di libertà individuale, cosicché la sfera di intervento pubblico è stata notevolmente ridotta e circoscritta anche nel campo sanitario. Tutto questo ha però anche una motivazione stori-

ca, oltre che attitudinale. Con la grande depressione degli anni 30 gli ospedali ed i medici si trovarono di fronte ad una generalizzata incapacità di far fronte alle spese mediche da parte dei singoli utenti. È in questo periodo che prende piede il processo di intermediazione assicurativa in campo sanitario: sponsorizzati dagli ospedali e dalla forte associazione di categoria dei medici si svilupparono i primi piani assicurativi (*Blue Cross* e *Blue Shield*). Dopo la seconda guerra mondiale la copertura assicurativa si diffuse notevolmente passando da 32 milioni di assicurati nel 1945 a 122 milioni nel 1960 per le spese ospedaliere e da 5 milioni a 83 milioni per le spese mediche (Fattore, 1992). Malgrado gli alti tassi di crescita del settore assicurativo, principalmente alimentato da polizze collettive sottoscritte dalle imprese per i propri lavoratori, la crescita dei costi delle prestazioni sanitarie e la contemporanea spinta welfarista delle amministrazioni democratiche portarono alla ribalta il problema dell'accesso ai servizi sanitari da parte delle fasce più deboli della popolazione. E così, nel 1965, furono istituiti dall'amministrazione democratica i due maggiori programmi assicurativi pubblici: *Medicare* e *Medicaid*.

Il programma *Medicare* che consta di due differenti piani (piano A e piano B), ha assistito nel 1996 circa 38 milioni di persone. Il piano A (*hospital insurance*), garantisce:

- assistenza ospedaliera;
- ricovero in strutture di lungodegenza e riabilitazione o in ospedale psichiatrico;
- assistenza ai malati terminali;
- assistenza domiciliare.

Il piano B del programma *Medicare* (*supplementary medical insurance*), invece non è obbligatorio e richiede un contributo opzionale per l'assicurato. Quasi tutti i beneficiari del piano

A sottoscrivono anche il piano B. I servizi del piano B comprendono:

- le visite mediche;
- gli accertamenti diagnostici e gli esami di laboratorio compresi alcuni interventi preventivi;
- i servizi di ambulanza;
- le vaccinazione contro l'influenza;
- le terapie fisiche ed occupazionali;
- una lista ridotta di farmaci su prescrizione medica;
- alcuni presidi medici.

I piani A e B del programma *Medicare* sono differenzialmente finanziati. Il primo lo è attraverso i contributi dei lavoratori dipendenti ed autonomi, il secondo attraverso un premio mensile che viene detratto dalla pensione dell'assicurato con l'aggiunta di contributi federali. Ovviamente, chi non è titolare di pensione rientra nel programma *Medicaid*. Uno dei maggiori problemi da affrontare nel prossimo futuro per quanto riguarda il programma *Medicare* è l'aumento dei costi sia della parte A che della parte B: le previsioni parlano di un aumento dei costi dell'assistenza ospedaliera (piano A), che dovrebbero passare dall'attuale percentuale dell'1,72% sul prodotto interno lordo al 4,96% nel 2070, mentre per la parte B, l'aumento passerebbe dallo 0,94% al 3,42%.

Tali problemi, aggiunti al fatto che *Medicare* non garantisce tutte le prestazioni, hanno portato all'introduzione di un'assicurazione privata integrativa (*Medigap Insurance*) che copre i servizi non erogati dalle due parti del programma. Entro sei mesi dall'ingresso nel programma *Medicare*, gli assicurati possono scegliere tra le 10 diverse polizze previste, senza essere esclusi per nessuna ragione: al di là di questo tempo l'assicurato, se vuole la copertura assicurativa integrativa, deve accontentarsi della polizza prescelta dall'assicurazione. Il sistema

*Medigap Insurance* ha elaborato 10 prototipi di polizza, per lo più opzionali e quindi su base volontaria, che variano per costo e grado di copertura.

Oltre al programma *Medicare* è operante negli USA il programma federale *Medicaid* che ha lo scopo di supportare i singoli stati nell'assistenza ai poveri ed altre categorie di cittadini. Esso è molto complesso e differisce da Stato a Stato, in quanto ciascuno stabilisce in maniera autonoma:

- il tipo, la qualità, la durata e gli scopi dei servizi offerti;
- le relative tariffe;
- le modalità organizzative e gestionali.

Per questo un cittadino considerato eleggibile per il programma, in uno Stato, potrebbe non esserlo in un altro. Lo Stato federale stabilisce quali sono i gruppi di cittadini che debbono obbligatoriamente usufruire dell'assistenza *Medicaid*:

- i bambini di età inferiore ai 6 anni le cui famiglie sono al di sotto del 133% del livello di povertà stabilito;
- le donne in gravidanza le cui famiglie sono al di sotto del 133% del livello di povertà stabilito, limitatamente al periodo della gravidanza;
- alcuni assicurati *Medicaid*;
- i fruitori dei sussidi di povertà;
- i lavoratori disoccupati che possono usufruire del *Medicare* per periodi limitati di tempo;

--- tutti i bambini nati dopo il mese di settembre 1983, fino all'età di 19 anni, le cui famiglie sono sotto il livello di povertà.

I servizi attualmente garantiti con il programma *Medicaid* comprendono:

- i servizi ospedalieri ed extraospedalieri;
- le cure prenatali;
- le vaccinazioni per i bambini;
- le visite mediche;
- il ricovero in strutture per non autosufficienti di età superiore a 21 anni;

- l'assistenza domiciliare;
- gli esami di laboratorio e radiologici.

I servizi opzionali comprendono, invece:

- altri servizi diagnostici;
- le protesi ed altri sussidi medici;
- la riabilitazione.

(Mastrobuono I. *et al.*, 1999).

### 3.2. I punti di debolezza, e di svolta, del sistema sanitario statunitense

I programmi pubblici, come visto, finanziano schemi assicurativi su predeterminate categorie della popolazione, lasciando generalmente alle *blues* la gestione operativa; le imprese, gli enti pubblici e le associazioni sindacali acquistano dalle aziende assicurative polizze per i propri dipendenti e le loro famiglie, e contribuiscono al finanziamento di *Medicare* attraverso il pagamento di parte degli oneri sociali; le famiglie finanziano i programmi pubblici attraverso oneri sociali a proprio carico e la tassazione generale, partecipano ai premi assicurativi e parte dei costi delle prestazioni di cui hanno usufruito e, nel caso in cui non beneficino di piani assicurativi offerti dai datori di lavoro, stipulano contratti individuali con il settore assicurativo. Rimane infine una fascia di popolazione non assicurata che finanzia la propria assistenza sanitaria con pagamenti diretti, o che accede ai servizi solo in funzione della disponibilità delle strutture sanitarie e dei medici ad offrire prestazioni gratuite.

Il sistema sanitario statunitense, si è sviluppato nel corso degli anni senza un preciso disegno o meglio ancora senza un obiettivo preciso, cosicché col tempo si è venuta a generare parecchia confusione circa i sistemi di finanziamento, ma non solo. In questa confusione, sicuramente il ruolo svolto dall'istituzione delle HMOs (*Health Maintenance Organizations*)

si può considerare chiaramente decisivo e promettente, innanzitutto perché rispetto ad un'organizzazione tradizionale, l'attività assicurativa e l'erogazione dei servizi vengono posti sotto una singola responsabilità economico-amministrativa. Il premio corrisposto alle HMOs non è calcolato in base alla rischiosità del singolo individuo o gruppo, come avviene normalmente nel settore assicurativo sanitario, ma viene calcolato in base ai costi medi registrati per fasce d'età. Ancora, l'implementazione di programmi di *Total Quality Management* all'interno delle HMOs, nonché di sistemi informatizzati e di incentivi all'attività di strutture e medici, sia di natura finanziaria che di altra natura, fa sì che il livello qualitativo offerto è tale da evitare prestazione a scarsa o nulla efficacia, a coordinare i diversi momenti del processo diagnostico-terapeutico, ad adeguare l'offerta dei servizi rispetto le necessità dell'utenza, evitando sprechi e consentendo il contenimento dei costi unitari dei servizi.

L'attività di *gate-keeping* (controllo all'accesso dei servizi) posta in essere dalle HMOs si traduce anche in una modificazione del tradizionale rapporto tra ospedali ed aziende assicuratrici: queste ultime sono infatti messe in grado di orientare i flussi di ricovero in modo da ottenere condizioni di rimborso sulle prestazioni ospedaliere più favorevoli. Se da un lato questi meccanismi tendono a limitare la libertà di scelta del paziente, è d'altra parte da rilevare che la creazione di microsistemi integrati ha portato alla ricostituzione di condizioni maggiormente concorrenziali tra domanda e offerta, con conseguenti benefici in termini di riduzione dei costi.

In assenza di strumenti di valutazione globale dell'efficacia della spesa sanitaria nel rispondere ai bisogni sanitari, è possibile trarre qualche indi-

cazione a riguardo seppur con informazioni solo parziali.

— La diffusa disintermediazione tra erogatore e assicuratore, caratteristica del sistema americano nella sua forma tradizionale ed ancora prevalente, non fornisce stimoli per l'attivazione di meccanismi di razionamento a livello periferico guidati dagli erogatori dei servizi.

— L'esaltazione della competizione, sia nel sistema assicurativo che nel sistema di offerta dei servizi, ha probabilmente prodotto miglioramenti della produttività ma ha allo stesso tempo spinto verso un aumento delle prestazioni assicurate ed offerte.

— Sul lato dell'efficacia e cioè sul rapporto tra servizi offerti e miglioramento dello stato di salute, esiste la convinzione diffusa, a volte confermata da specifiche analisi, di percentuali rilevanti di interventi chirurgici inutili, se non addirittura dannosi, di imponenti quantità di analisi di laboratorio e di prestazioni di diagnostica per immagini i cui esiti non forniscono alcuna informazione utile per la diagnosi, di nuove tecnologie sanitarie a scarsa utilità generale e ad alta improprietà d'uso (Fattore G., 1992).

#### 4. Profili di omogeneità e differenziazione dei due sistemi analizzati

Nel sistema sanitario olandese il peso della determinante prezzo rispetto le scelte tra i diversi contratti assicurativi, non è per nulla irrilevante. Si può dimostrare come da questo punto di vista il caso olandese appare del tutto distaccato e fortemente differente rispetto a quello americano, ma per quanto riguarda l'aspetto della libertà di scelta molto esiste in comune tra i due sistemi, anche se in Olanda il ruolo di regolazione svolto dal governo è sicuramente più forte rispetto al caso americano dove invece si può letteralmente parlare di un vero e proprio

mercato delle assicurazioni private. Ciò di cui invece si potrebbe discutere è il livello di equità e solidarietà sociale registrabile nei due sistemi.

Possono essere osservate le seguenti similarità:

— i consumatori sono liberi di scegliere se cambiare oppure confermare il proprio fondo assicurativo ogni anno;

— non è possibile per gruppi di medici sottoscrivere alcun tipo di accordo con i fondi assicurativi così come tra l'altro prescritto nel US Congress OTA del 1988;

— la differenziazione dei premi è proibita laddove questa riguardi contratti le cui caratteristiche sono del tutto simili (Newhouse, 1996);

— i consumatori pagano solo una piccola parte del premio. Le imprese o i datori di lavoro pagano una cospicua parte dello stesso pari oggi al 28% (20% nel 1988).

Ma accanto queste importanti similarità, esistono, di non meno importanza, numerose differenze:

— contrariamente a quanto succede nei fondi assicurativi olandesi, le assicurazioni sanitarie americane non offrono quasi mai una copertura standardizzata, anche se qualche grossa impresa statunitense si batte perché ci sia questa standardizzazione (Buchmueller e Feldstein, 1997);

— rispetto ai piani americani, esiste anche una grossa e rilevante differenza su come può essere esercitata la scelta del proprio fornitore. Negli Stati Uniti infatti l'esistenza di grosse organizzazioni quali le HMOs o piani assicurativi quali PPOs (*Preferred Provider Organizations*), risolve questo problema. Se queste forme di *managed care* hanno avuto notevole importanza negli Stati Uniti raccogliendo nel 1988 il 29% della popolazione e nel 1998 l'86%, appaiono, solo nel loro stato primordiale, in Olanda. La conseguenza è che i prodotti of-



ferti dai fondi assicurativi olandesi sono molto più omogenei di quanto non lo siano quelli americani;

— negli Stati Uniti il datore di lavoro facilita la scelta del piano assicurativo per i propri impiegati, offrendo agli stessi la possibilità di scegliere tra tutta una serie di pacchetti assicurativi (in realtà spesso limitati a 3-4 soluzioni al massimo), che offrono copertura e condizioni economiche diversissime. In Olanda il lavoratore è costretto ad acquisire tutte le informazioni necessarie che possano permettergli una scelta adeguata tra la molteplicità (basta pensare che esistono ben 25 fondi assicurativi) dei programmi presenti sul mercato, senza alcun suggerimento, e molto spesso senza aver molte delle informazioni indispensabili per effettuare questa scelta. Questo ovviamente comporta un incremento dei costi di ricerca;

— nonostante tutto questo, in Olanda tutt'oggi non si assiste ad un effettivo esercizio del diritto di scelta tra fondi assicurativi. Questo è sicuramente causato da un'abitudine consolidata per decenni, che dall'altro vede contrapporsi l'esperienza statunitense, caratterizzata esplicitamente da meccanismi competitivi innescati dalle scelte effettuabili ed effettuate dal consumatore.

Il paragone con la realtà statunitense, dimostra come la competizione sui prezzi nel mercato assicurativo sanitario, ridurrebbe i costi di ricerca, strutturando il mercato stesso in modo da renderlo compatibile con un reale meccanismo di scelta da parte del consumatore.

La «ricetta» potrebbe essere a questo punto centrata su un ruolo attivo del governo nel cercare di creare un mercato competitivo regolato che faciliti la scelta del consumatore. Ovviamente, l'insegnamento che dall'esperienza in atto possiamo trarre è che la ricerca delle migliori condizioni viene

facilitata se l'individuo invece di affrontare il mercato singolarmente, si organizza in gruppi in modo da essere meglio in grado di monitorare il mercato stesso e di aver accesso a tutte le informazioni necessarie e disponibili.

## 5. L'insegnamento per l'Italia

### 5.1. Le caratteristiche del Servizio sanitario nazionale

Diversi paesi europei (4) hanno in questi anni introdotto riforme dei meccanismi di governo dei propri sistemi sanitari, combinando gestione pubblica e privata del settore sanitario, affiancando alle forme di intervento pubblico, volte alla tutela dell'equità, strumenti volti al perseguimento dell'efficienza.

A questi approcci pragmatici di ridefinizione del ruolo del settore pubblico nei sistemi sanitari attraverso la competizione e la creazione di quasi mercati si è ispirato in Italia il decreto legislativo 502 del 1992. I punti caratterizzanti erano:

— la definizione di *standard* di qualità;

— la limitazione dell'apporto dello stato alla quota capitolaria di spesa attribuibile per ogni cittadino;

— la professionalizzazione della gestione delle Usl, trasformate in aziende locali;

— lo scorporo da queste delle unità ospedaliere, il finanziamento dei produttori pubblici, privati, *non profit* esclusivamente sulla base delle prestazioni erogate, definite per raggruppamenti diagnostici e remunerate secondo tariffe *standard*;

— il pluralismo dei produttori delle prestazioni accreditate sulla base di requisiti obiettivi;

— il diritto di scelta tra essi da parte dei cittadini.

Gli interventi legislativi successivi al decreto legislativo 502, contenuti

principalmente nelle leggi finanziarie che si sono succedute e da ultimo nel decreto legislativo 229 del 1999 (meglio noto come riforma *ter* del servizio sanitario nazionale) vanno nel senso di rovesciare questa impostazione, con un ritorno anche formale ad alcuni indirizzi centralistici e burocratici della legge 833 del 1978 che erano stati abbandonati perché non gestibili. Infatti l'utopia statalista ha rivelato nel tempo la sua contraddizione, con un aumento vertiginoso della spesa sanitaria ed una crescente inefficienza e mal funzionamento dei servizi.

Solo il nostro paese, fra quelli occidentali, si ostina a perseguire il modello monopolistico statale, nonostante il fatto che fino oggi oltre il 30% della domanda di assistenza del paese trovi risposta in strutture nate da soggetti diversi (privato *for profit* e *non profit*) e nonostante tale rigidità conduceva di fatto a dover operare un ulteriore razionamento dei servizi offerti dal Ssn.

Con la proposta del disegno di legge collegato alla Legge finanziaria 1999 s'intendeva procedere sulla via del federalismo fiscale in sanità dando piena responsabilità finanziaria alle regioni.

È una via che potrebbe essere condivisibile in linea di principio: quello che lascia perplessi è il modo in cui il federalismo fiscale viene concretamente attuato.

Il risultato è che la sanità sarà sempre più finanziata dal settore produttivo attraverso l'Irap e per il resto dai cittadini, attraverso i *ticket* e la spesa diretta, senza però che i cittadini possano direttamente influire su un utilizzo efficiente delle risorse messe a disposizione: chi finanzia il sistema non può indirizzare l'utilizzo delle risorse né intervenire sulla generazione dei disavanzi; chi gestisce ed acquista le prestazioni non è sottoposto ad alcuna forma di controllo economico.



Soprattutto con il federalismo fiscale, invece che incidere sulle cause dei disavanzi strutturali del Ssn, l'obiettivo sembra quello di traslare dallo stato centrale ad altri sistemi il costo della sanità pubblica, senza al contempo, prevedere recuperi di efficienza.

Rispetto ai primi anni '80 le risorse pubbliche destinate alla spesa sanitaria si sono drasticamente ridotte (a circa il 68% del totale della spesa sanitaria) (5) secondo un *trend* destinato a proseguire. Il punto da sottolineare è che il minor impiego di risorse pubbliche è principalmente avvenuto trasferendo sui cittadini e sulle imprese parti notevoli della spesa e non attraverso un utilizzo più efficiente ed efficace delle stesse risorse pubbliche. Non solo, ma la spesa privata così accresciuta continua a non fare sistema e contribuisce poco o nulla all'efficienza economica.

Invece di cercare soluzioni a questi problemi, a come modificare le forme dell'intervento pubblico, a come coinvolgere il privato direttamente nella gestione della spesa, per far fronte ad un'evoluzione sociale che esprima bisogni sanitari sempre più complessi, il governo da una parte sembra voler chiudere ogni prospettiva di evoluzione del Ssn, senza prendere in considerazione proposte alternative che siano in grado di coniugare le finalità di tutela della salute con l'equilibrio finanziario e l'efficienza economica del sistema, e dall'altra trasla la responsabilità finanziaria della sanità su altri sistemi.

Occorre invece rendersi conto che la capacità evolutiva del Servizio sanitario nazionale è datata.

Occorre riprendere con decisione la strada della separazione tra le funzioni di soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini e le attività di produzione delle prestazioni sanitarie, dell'avvio di una vera concorrenza tra produttori di prestazioni all'interno del sistema,

di rendere l'utente effettivamente libero di scegliere tra le offerte di produzione dei servizi e di assicurazione.

In questa ottica si depotenzia e si depolitizza il problema del livello di spesa pubblica nel settore sanitario, riportando alle scelte individuali (fermo restando l'obbligo di copertura sanitaria per tutti i cittadini) una parte del governo del volume della spesa e lasciando che la spesa pubblica copra determinati bisogni generali e i bisogni sanitari di coloro che sono insufficientemente provvisti di mezzi. Stabilire, quindi, dove si colloca il livello di intervento pubblico è una scelta esclusivamente politica, da farsi tenendo presente che in sanità l'insufficienza di mezzi si colloca a livelli di reddito più elevati di quelli solitamente individuati per determinare lo stato di bisogno di fasce di cittadini e che tutti i bisogni di tipo collettivo, fra cui prioritariamente la prevenzione, non possono che avere soddisfazione a carico della spesa pubblica.

Sarebbe quindi opportuno rimuovere le cause gestionali e di sistema per cui il Servizio sanitario nazionale non è incentivato ad esprimere il suo potenziale, e non assegnargli una riserva monopolistica che ne depaupera e mortifica le possibilità di crescita; finanziando parte della spesa sanitaria con il risparmio privato si consentirebbe alle istituzioni sociali di finanziarsi anche con i frutti della globalizzazione della ricchezza finanziaria, sormontando così la crescente difficoltà degli stati nazione di raggiungere con il fisco una ricchezza sempre più mobile oltre i loro confini.

## 5.2. I fondi integrativi sanitari

Ad oggi la sanità integrativa in Italia riveste ancora un ruolo residuale, in quanto ciò che potrebbe, ex D.L. vo 229/99, essere finanziato attraverso finanziamenti privati sono l'erogazione

di prestazioni non garantite attualmente dal Servizio sanitario nazionale o che lo sono con limitazioni di prescrivibilità o che prevedono compartecipazioni alla spesa da parte del cittadino od ancora che non rispondono a specifici requisiti di appropriatezza. Altresì lo stesso decreto prevede anche una seconda ipotesi, meno percorribile della prima e sicuramente più complessa, con l'istituzione di un fondo obbligatorio per non autosufficienti ed eventualmente di fondi integrativi obbligatori e volontari per una serie di prestazioni. Questa seconda ipotesi richiederebbe quindi l'istituzione di un fondo obbligatorio (sulla base dell'esperienza olandese), o, diversamente, attraverso la creazione di forme integrative obbligatorie sia *non profit* che assicurazioni, che erogino altre prestazioni oltre a quelle che, di base, già offrirebbe il fondo obbligatorio per non autosufficienti (questa volta sulla base del *Medigap Insurance* statunitense).

In sintesi in questo secondo caso si avrebbe da una parte l'istituzione di un fondo obbligatorio per non autosufficienti simile per molti aspetti a quello tedesco o a quello olandese nel quale trasferire tutte le problematiche relative al trattamento delle condizioni di non autosufficienza con particolare riguardo agli anziani, (un insieme di fondi obbligatori per una serie di prestazioni che verrebbero erogate dal servizio sanitario nazionale e dal fondo obbligatorio per non autosufficienti, ma che sarebbero fornite da fondi di categoria, casse aziendali, società di mutuo soccorso ed assicurazioni, ai quali i cittadini possono liberamente rivolgersi, preferendo quelle organizzazioni, ad esempio, che garantiscono, su base volontaria, anche pacchetti di altre prestazioni di interesse per i cittadini stessi), dall'altra un Servizio sanitario nazionale che continua ad erogare la maggior parte delle prestazioni di

interesse per i cittadini stessi, in tutti i settori. Servizio sanitario nazionale nel quale comunque avviare questi processi di razionalizzazione, di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia ai quali tendere ma che richiedono tempi lunghi di attuazione e l'investimento di sempre maggiori risorse umane e finanziarie. Da un punto di vista pratico si potrebbe consentire alle forme integrative di assistenza attualmente operanti nel paese di continuare ad erogare in una prima fase, prestazioni di tipo sostitutivo, intervenendo però con incentivi fiscali più forti per le prestazioni obbligatorie: ciò consentirebbe ai cittadini di godere dei vantaggi fiscali solo per le prestazioni non più erogate dal Servizio sanitario nazionale o non previste nel fondo per non autosufficienti. In questa seconda ipotesi, articolata nei due casi presentati, si assisterebbe ad una maggiore competizione tra erogatori pubblici e privati per fornire le prestazioni con la possibilità per il settore pubblico ed in particolare per le aziende sanitarie di dare avvio alle iniziative di libera professione intramuraria in molti campi, anche in discipline attualmente non presenti nelle strutture pubbliche come la chirurgia estetica o presenti solo in poche strutture. L'adesione a forme integrative obbligatorie dovrebbe essere richiesta alla maggior parte della popolazione ma non agli esenti totali che continuerebbero ad essere tutelati dal Servizio sanitario nazionale in modo completo anche per la componente del fondo obbligatorio per non autosufficienti.

Oggi, sembra prevalere un'impostazione riduttiva secondo cui lo spazio riservato ai fondi integrativi e le condizioni che ne consentono la costituzione ed il funzionamento:

— sono definiti sul piano formale in relazione alla progressiva riduzione della capacità dello Stato di garantire la tutela della salute;

— tendono ad ampliarsi sul piano sostanziale in relazione al fatto che questi rappresentano una risposta all'inefficienza del sistema.

È chiaro quindi che questo eventuale mercato necessita della definizione di una serie di regole precise all'interno delle quali le forme integrative di assistenza sanitaria debbano operare ed una revisione dell'attuale legislazione fiscale favorendo maggiormente la mutualità per le ragioni di cui si è detto.

Va tenuto presente, infatti, che nel nuovo sistema delle discipline dei fondi questi sono legittimati ad operare in un ambito di attività limitato, il che rende evidente la necessità di individuare tale ambito con regole e criteri il più possibile chiari e predeterminati. A ciò deve aggiungersi che il criterio che è alla base della disciplina a tal fine contenuta nell'art. 9 del decreto legislativo 502, quello cioè di individuare l'ambito di attività dei fondi facendo riferimento ad altre fonti (Piano sanitario nazionale e provvedimenti attuativi dello stesso), ad oggi non compiutamente definite, di non agevole identificazione e comunque emanate per finalità diverse da quelle connesse con l'istituzione e con l'attività dei fondi stessi, allo stesso lascia margini di incertezza che necessariamente sia pure in contesti e sedi decisionali diverse, vanno superati per poter dare compiutezza e funzionalità alla disciplina dei fondi e consentirne l'effettiva operatività.

Dalla disciplina contenuta nell'art. 9, si ricava che la tendenza in atto è verso l'identificazione dei requisiti di idoneità del soggetto erogatore delle prestazioni che i fondi sono legittimati ad assumere a proprio carico, prevedendo esplicitamente che tali requisiti vengano attestati attraverso l'«accreditamento» per gli erogatori di prestazioni rientranti nell'ambito del servizio sanitario. Anche in relazione a ca-

renze di quadro normativo, oltre che per l'impossibilità di adottare lo stesso criterio con riferimento a prestazioni che possono rientrare nell'ambito di operatività dei fondi non si è adottato lo stesso criterio dell'accreditamento come requisito di idoneità dei professionisti e delle strutture erogatrici. Questo è sicuramente un elemento di confusione ed un limite che deve necessariamente essere superato tramite l'individuazione di un criterio per l'accertamento dell'idoneità anche per i soggetti non accreditati (Mastrobuono, Guzzanti, 1999).

Il quadro a questo punto è chiaro. Esistono dei margini, ed anche piuttosto ampi, di attività per un'assistenza sanitaria integrativa privata in Italia. Esistono le condizioni sociali e culturali perché questo mercato si sviluppi e l'esperienza olandese presentata in questo lavoro, ed ancor più quella statunitense, lo testimoniano, ma non esiste ancora, in Italia, il contesto ideale all'interno del quale poter agevolmente operare. Come dire, esistono le precondizioni e le condizioni, ma non esistono gli strumenti adatti affinché tali condizioni possano trovare una concreta attuazione. In questi ultimi anni molti passi avanti sono stati fatti, ma questo mercato necessita ancora di un ultimo sforzo in ordine ad individuare le regole del gioco che possano permettere agli attori di decidere di scendere in campo. Sicuramente l'Italia si trova in una posizione privilegiata, in quanto, può sfruttare l'esperienza che proviene da altri contesti nazionali evitando di ripetere errori già commessi.

Impostare un sistema sanitario solo ed esclusivamente sul criterio della libera scelta da parte del consumatore di servizi sanitari non è consigliabile. Quello che l'esperienza olandese, ma anche quella statunitense, ci suggeriscono, è che non può essere indiscutibilmente affermato che la libera scelta

sia, da solo, un criterio tale da aumentare la competizione sul mercato diminuendone i costi ed aumentando la soddisfazione dell'utente. Guardando al caso statunitense si evince immediatamente che, nonostante questo sistema sia il più «liberalista», il livello di soddisfazione dell'utenza è molto basso, ed altresì l'obiettivo di contenimento dei costi non è raggiunto. Questo accade essenzialmente perché nel momento in cui in un mercato del genere non è attuata alcuna forma di regolamentazione, la qualità dei servizi offerti non è elevata, ed anche se la competizione tra i fornitori dovrebbe essere tale da garantire elevati livelli qualitativi per non essere tagliati fuori dal mercato, la difficoltà di valutare esattamente il livello delle cure offerte è tale da creare notevoli disequilibri tra qualità effettiva delle cure ricevute e qualità percepita. Inoltre, la mancanza di un'effettiva ed efficace regolamentazione causa spesso incrementi di costo a causa di cure prescritte ma non sempre necessarie, che hanno come unico effetto quello di aumentare i rimborsi delle compagnie assicuratrici, ma non anche quello di migliorare lo stato di salute del cittadino.

Da questo punto di vista il mercato sanitario olandese pur concedendo meno libertà di scelta per i suoi utenti registra un maggiore livello di soddisfazione. Questo ci suggerisce che il livello di soddisfazione dell'utenza non è quindi legata all'opportunità o meno che i cittadini hanno di scegliere liberamente i propri piani di cura o i propri pacchetti assicurativi, quanto invece dal contenimento dei costi delle cure. Ed il contenimento dei costi in un sistema sanitario è sicuramente legato alla libera concorrenza sul mercato, ma non solo: appare strettamente correlato anche ad un'opportuna ed efficace regolamentazione. Quello che negli Stati Uniti è

stata quindi la maggior causa di aumento dei costi, è per l'Olanda la ragione stessa del successo dell'ultima riforma.

Questi assunti, insieme a tutto a quello che dall'analisi precedentemente condotta si evince, è ciò che deve essere preso in considerazione se si vuole guardare alla sanità integrativa come ad una vera e concreta soluzione di contenimento dei costi della spesa sanitaria, e non solo come ad una manovra politica sull'onda dell'entusiasmo di tanti, come spesso siamo stati abituati ad assistere.

(1) Competizione regolata non è una contraddizione in termini in quanto l'opposto di competizione è monopolio e l'opposto di regolazione è mercato libero.

(2) I contenuti del piano Dekker-Simons possono così essere sintetizzati:

- un sistema di assicurazione obbligatorio;
- un meccanismo di competizione regolata;

- diretto controllo del governo sui prezzi e sulla produttività;

- possibilità di acquistare copertura aggiuntiva;

- maggiore libertà di scelta per il cittadino circa il tipo di copertura assicurativa da acquistare.

(3) Tipico fenomeno del mercato assicurativo, legato tra l'altro ai problemi di asimmetria informativa che caratterizza questo mercato. Causa un indiretto incremento dei premi assicurativi, con la conseguenza che categorie di soggetti, che potremmo definire ad «alto rischio», possono non trovare copertura assicurativa se non per livelli di premio troppo elevati.

(4) Le innovazioni più conosciute sono quelle attuate nel Regno Unito, in Olanda, in Germania e in Finlandia.

(5) Fonte OECD Health Data, 2000.

#### BIBLIOGRAFIA

BARILETTI A. (1986), *Le politiche di spesa sanitaria: problemi e prospettive*, CIRIEC, Milano

BATTAGLIA G. (1993), «Il mercato assicurativo privato in sanità: il quadro italiano e le pro-

spettive di sviluppo», *Mecosan*, 7, pp. 18-25.

BORGNONI E. (1999), «La sanità italiana tra trasformazione e cambiamento», *Mecosan*, 28, pp. 2-5.

COMMISSIONE DI STUDIO PER IL DECENTRAMENTO FISCALE (1996), «Proposta per la realizzazione del federalismo fiscale», *ASI*, 19, pp. 9-19.

CONFINDUSTRIA (1998), *Il servizio sanitario nazionale: nuove proposte*. Progetto sanità, Confindustria.

CUTLER D., ZECKHAUFER R. (1999), *Adverse selection in health insurance*, NEBR working paper.

DIRINDIN N. (1996), *Chi paga per la salute degli italiani?*, Il Mulino, Bologna.

DONZELLI A. (1997), *Sistemi sanitari a confronto*, Francoangeli, Milano.

FATTORE G. (1993), «Il mercato assicurativo privato in sanità: cenni alla teoria economica», *Mecosan*, 3, pp. 10-17.

GARATTINI L. (1995), *L'intervento privato in sanità*, Kailash, Milano.

GLASER W. (1991), *Health insurance in practice: international variation in financing, benefit and problems*, Jossey Bass, San Francisco.

HAM C., BROMMELS M. (1994), «Health care reform in Netherlands, Sweden and The United States», *Health Affairs*, 13, 5, pp. 106-119.

LAMERS L.M. (1997), *Capitation payment to competing dutch sickness funds*, PHD thesis, Erasmus Universiteit, Rotterdam.

LENAGHAN J. (1997), «Hard choice in health care», *BMJ*.

MAPELLI V. (1994), «La spesa sanitaria», in Bernardi L., *La finanza pubblica in Italia*, FrancoAngeli, Milano.

MASTROBUONO I., POMPILI S. (1998), *Sanità integrativa*, Il Mulino, Bologna.

MASTROBUONO I., GUZZANTI E. (1999), «Un ruolo effettivo per le forme integrative di assistenza sanitaria», *Tendenze*, 6.

MASTROBUONO I., GUZZANTI E., CICHETTI A., MAZZEO M. (1999), *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie*, Il pensiero scientifico editore, Torino.

NEWHOUSE J. (1996), «Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection», *Journal of economic literature*, 34, pp. 1236-1263.

OMS (2000), *Rapporto sulla sanità*.

PETRETTO A. (1998), *Marginal cost and marginal benefit of public funds in fiscal federalism decision making*, Università degli studi, Firenze.

PIPERNO A. (1995), *Progetto per un fondo integrativo sanitario*, dattiloscritto, Roma.



- PIPERNO A. (1986), *La politica sanitaria in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- PIPERNO A. (1997), *Mercati assicurativi e istituzioni*, Il Mulino, Bologna.
- SAINFORT F., BOOSKE B. (1996), «Role of information in consumer selection of health plans», *Health care financing review*, 18, 1, pagg. 31-55.
- SCHUT F.T. (1995), *Competition in the dutch health care sector*, PHD thesis, Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- SCHUT F.T. (1995), «Health care reform in the Netherlands: balancing corporatism, etatism, and market mechanism», *Journal of health policy, politics and law*, 20, pagg. 615-652.
- TARRICONE R. (1994), «Il sistema assicurativo olandese», *Mecosan*, 10, pagg. 98-110.

**Biblioteca**

Sezione 6<sup>a</sup>

# Gli splendidi 40 di **MECOSAN**

UNA COLLANA CHE RENDERÀ PREZIOSA LA SUA LIBRERIA

Gentile lettore,

una profonda trasformazione è oggi in atto: una mutazione profonda nelle strutture sanitarie e negli uomini che le governano.

Una cultura ed una pratica sono terminate; una nuova generazione di protagonisti è destinata a reggere le prossime fasi delle gestioni aziendali delle strutture sanitarie.

È ormai un fenomeno particolarmente visibile. In un contesto tradizionale e maturo sono cominciate ad innestarsi le esperienze manageriali più innovative, che nulla hanno da invidiare a ciò che avviene nei santuari aziendali.

La rivista **Mecosan** ne è stata, nei suoi ormai 10 anni di edizione, fedele e puntuale testimone: **ben 40 volumi (dal 1992 al 2001) per un totale di circa 8.000 grandi pagine edite (formato 21 x 28).**

La **SIPIS** srl, per festeggiare i 10 anni di vita di **Mecosan**, offre, a chi non ha ancora nella sua libreria le annate che documentano le tendenze del managing in sanità per il cambiamento del S.s.n., l'opportunità di assicurarsi un osservatorio attento a quanto di nuovo è emerso nel modo di fare azienda in sanità (10 volumi, per un totale di 40 fascicoli con circa 8.000 pagine di grande formato) \* al prezzo speciale di:

**€ 1200,00 anziché € 1940,00 \*\***

Approfitti di questa favorevole opportunità compilando il sottostante coupon: risolverà i suoi dubbi, faciliterà il suo lavoro.

## GLI SPLENDIDI 40 DI **MECOSAN**: € 1200,00

Programma abbonamento 2002

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

- Vi prego voler inoltrare con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco) ed alle condizioni che ne regolano l'uso,

### Gli splendidi 40 di **MECOSAN**

- Pertanto:

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

Cognome e nome ..... Via .....

C.a.p. .... Località ..... Prov. ....

..... Il .....

Codice Fiscale .....

Partita IVA .....

FIRMA E TIMBRO .....

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

\* Fino ad esaurimento delle scorte.

\*\* Chi è privo soltanto di alcune annate ed intende completare l'opera (in 10 volumi, 40 fascicoli), potrà, **entro il 30 giugno 2002**, richiederle singolarmente al prezzo speciale di **€ 150,00** ciascuna.

La presente offerta non è valida per gli ordini che provengono tramite libreria.



## RECENSIONI

### Pharmaceutical policy and organisation of the regulatory authorities in the main EU countries

Claudio Jommi

Egea  
Milano, 2001  
pagg. 226, € 20,66

(a cura di Carlo Lucioni)

L'elevato tasso di crescita della spesa farmaceutica pubblica registrato in Italia nel 2001 (+ 25% rispetto al 2000) ha drammaticamente riportato l'attenzione sul settore farmaceutico. La spesa pubblica per farmaci era infatti ritenuta essere sostanzialmente sotto controllo dalla metà degli anni novanta.

Il ritorno all'emergenza sta imponendo un serio ripensamento degli strumenti di controllo esistenti in Italia, e come sempre in questi casi lo sguardo va oltre i confini nazionali per vedere quello che viene utilizzato negli altri paesi dell'Unione europea.

La necessaria riflessione su questi aspetti viene oggi facilitata e arricchita dalla recente pubblicazione del volume di Claudio Jommi, ricercatore del CeRGAS.

Jommi vi espone i risultati di un suo approfondito lavoro di analisi sulle politiche del farmaco e sull'assetto organizzativo delle autorità regolatorie nei cinque principali paesi dell'Unione europea (Francia, Germania, Italia, Spagna e Regno Unito). Il volume, in lingua inglese, dedica a ogni paese un apposito capitolo e i risultati generali della ricerca sono esposti in un saggio riepilogativo di sintesi, riportato anche in lingua italiana.

Il volume esamina in modo sistematico la complessa normativa che regola i rapporti tra i vari protagonisti (i portatori di interessi, nella terminologia usata da Jommi nel suo lavoro) che operano sul lato della domanda e su quello dell'offerta nel mercato farmaceutico.

Il lettore scopre così che tale settore è fortemente controllato dall'operatore pubblico, paradossalmente quasi quanto quello della produzione di armi, e potrebbe anche chiedersi il perché di tale stretta regolamentazione, che influisce pesantemente sulla direzione, sulle caratteristiche e sulla intensità del suo sviluppo. Il settore del farmaco in realtà non è assimilabile a un mercato nel senso classico del termine, cioè come luogo di scambio di beni e servizi nel quale agiscono forze competitive. Per le sue caratteristiche, del resto simili a quelle di tutto il mondo della sanità, esso viene considerato un «non mercato», nel quale le forze in gioco non sono in grado da sole di raggiungere una efficiente allocazione delle risorse. Le ragioni del «fallimento del mercato» in sanità sono troppo note per approfondirle ulteriormente: i concetti di ignoranza del consumatore e di socializzazione della domanda fanno ormai parte del bagaglio culturale di chi, anche non economista, si occupa di sanità o di farmaci. Ma se nessuno più si stupisce che il settore sia così controllato, forti differenze di opinione esistono sul come e sul quanto esso debba essere controllato.

Le modalità di regolazione discendono direttamente dalle finalità, generali e particolari, che vengono assegnate al settore. A seconda che le finalità privilegino gli aspetti clinico sanitari (la domanda) o quelli economico produttivi (l'offerta) cambieranno gli strumenti di controllo adottati dall'operatore pubblico. Importanti sono anche le conseguenze che potenzialmente discendono dal modo con cui le regole prescelte in un determinato momento storico troveranno concreta applicazione. Le politiche pubbliche di controllo, infatti, si modificano nel tempo sia in funzione dell'obiettivo, o meglio del *mix* di obiettivi, che lo Stato vuol

le perseguire tramite le regole (equità nelle cure, efficienza dei trattamenti, sostegno allo sviluppo economico, risparmio di spesa pubblica e così via) sia in funzione dei cambiamenti o degli avvenimenti che si realizzano sul lato della domanda e su quello dell'offerta.

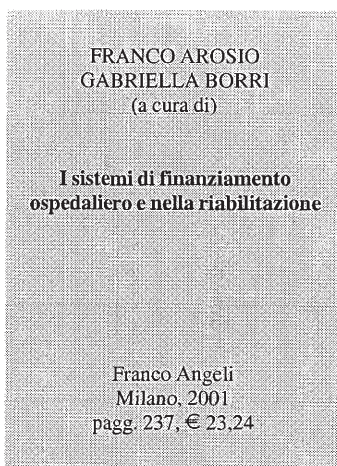
Per esemplificare, negli ultimi anni la funzione principale attribuita, quantomeno in Italia e quantomeno in via di principio, allo strumento principe di regolamentazione, la determinazione del prezzo, è andata progressivamente spostandosi dalla ricerca di una efficienza generale del sistema economico verso la ricerca di una efficienza settoriale, quella del Servizio sanitario nazionale. È stato raggiunto questo obiettivo? Difficile crederlo, anche alla luce degli incrementi di spesa pubblica registrati negli ultimi tempi. Tuttavia, come considerazione generale, si dovrebbe convenire che il solo contenimento dei costi non può essere l'unico obiettivo di un sistema sanitario moderno; l'obiettivo principale è quello della tutela della salute dei suoi cittadini. Se esistono, come sempre esistono, vincoli alla spesa data la naturale scarsità di risorse pubbliche, occorre massimizzare l'efficienza allocativa delle risorse che lo Stato può destinare alla tutela della salute e al consumo di farmaci in particolare.

È realizzabile tutto ciò? La realtà si incarica di ricordarci che non esiste una risposta univoca e che le spinte dei portatori di interessi possono assumere una forza tale da far saltare qualunque equilibrio faticosamente raggiunto. Tuttavia la ricerca di questo equilibrio deve essere obiettivo costante di un sistema politico che voglia ottimizzare la distribuzione delle risorse pubbliche, e un attento esame degli strumenti potenzialmente disponibili, dei loro limiti e dei loro punti di forza è il primo passo su questa strada. L'analisi approfondita di come operano i regolatori dei paesi a noi più vicini ne è l'immediato complemento. La verifica della esistenza di tendenze comuni tra i vari paesi, infine, costituirebbe una conferma della bontà delle strade eventualmente intraprese.

Di questi aspetti si occupa in modo approfondito il volume di Claudio Jommi, che raccomandiamo alla lettura di chi voglia farsi rapidamente una idea di quale sia la situazione nei vari paesi esaminati e di quale strada ciascuno di essi abbia intrapreso. Abbiamo volutamente detto «ciascuno di essi», perché purtroppo l'impressione che si ricava dalla lettura dei vari capitoli è che non esista una particolare volontà di perseguire linee comuni nella attuazione di una politica del farmaco all'interno dei cinque principali paesi dell'Unione europea.

Modelli di regolazione diversi tra loro caratterizzano quindi i vari paesi europei. Sono modelli dotati peraltro da una notevole dinamicità, a dimostrazione della disponibilità dei sistemi a cambiare le proprie regole alla continua ricerca di una soluzione che consenta di perseguire obiettivi non sempre compatibili tra loro. Una ricerca che continuerà ancora a lungo.

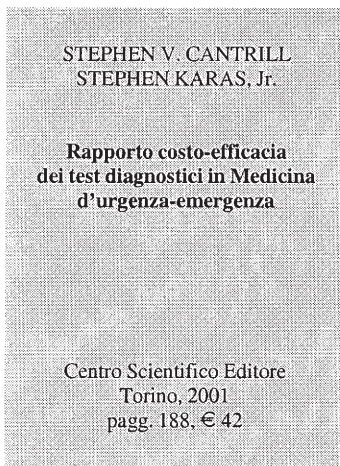
## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE



*In seguito all'entrata in vigore del D.L.vo 502/92, come modificato dal D.L.vo 517/93, anche nel nostro Paese è iniziato il confronto sui possibili effetti derivanti dall'adozione di un sistema di finanziamento a prestazioni in ambito assistenziale. Il volume raccoglie i contributi al dibattito emersi nella sede di un primo convegno internazionale dal titolo «I sistemi di finanziamento ospedaliero e nella riabilitazione, modelli nordamericani ed europei a confronto», tenutosi a Bosisio Parini nei giorni 29-30 settembre 1995, e offre l'opportunità per approfondire tali tematiche attraverso un'analisi degli aspetti di rilievo cui è sottoposta da alcuni anni l'organizzazione dei sistemi sanitari nei principali Paesi del Nordamerica e dell'Europa.*

INDICE: PREFAZIONE, UMBERTO VERONESI. PARTE I. SISTEMI DI FINANZIAMENTO OSPEDALIERO IN EUROPA E NEL NORDAMERICA. INTRODUZIONE, P. MANTEGAZZA. 1. I DRG E GLI ISTITUTI SCIENTIFICI NELL'OTTICA DEL VIGENTE ORDINAMENTO, G. ZOTTA. 2. LIMITAZIONI DEL SISTEMA DRG DI CLASSIFICAZIONE PER CASO CLINICO: L'ESPERIENZA AMERICANA, J. GONNELLA. 3. QUALITÀ E COSTI DELL'ASSISTENZA SANITARIA IN CANADA, G. M. CHERNIN. 4. QUALITÀ E COSTI DELL'ASSISTENZA SANITARIA NEL NUOVO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, F. TARONI. 5. STRATEGIE GESTIONALI DEGLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO: LA RICERCA DELLA QUALITÀ TOTALE NELL'AMBITO DEL FINANZIAMENTO A PRESTAZIONE, F. AROSIO. 6. SVILUPPO DEI GRUPPI DI RISORSE PER L'ASSISTENZA SANITARIA (HRG) E REALIZZAZIONE DEI METODI CASE-MIX NELLA STIMA DEI COSTI IN INGHILTERRA, H. SANDERSON. 7. IL FINANZIAMENTO DEGLI OSPEDALI E I DRG (GHM) IN FRANCIA, G.P. MARTIN. 8. L'ESPERIENZA SVEDESE NEL FINANZIAMENTO OSPEDALIERO E NEL SISTEMA DRG, B. LINDVALL. 9. IL PAGAMENTO MEDIANTE TARIFFE PER PRESTAZIONI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: ASPETTI NORMATIVI E TECNICI, N. FALCITELLI. 10. IL NUOVO SISTEMA DI FINANZIAMENTO OSPEDALIERO PROBABILE IMPATTO SULL'ASSISTENZA, SULLA RICERCA E SULLA FORMAZIONE IN NEUROLOGIA, G. FILIPPINI. 11. PRESENTAZIONE DEL PROGETTO NAZIONALE PER LA DEFINIZIONE E LA VERIFICA DI UN SISTEMA DI FINANZIAMENTO A PRESTAZIONE DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE, C. PASSERINO. 12. PRESENTAZIONE DEI RISULTATI OTTENUTI IN OCCASIONE DEL PROGETTO PER LA DEFINIZIONE E LA VERIFICA DI UN SISTEMA DI FINANZIAMENTO A PRESTAZIONE DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE. PARTE II. I DRG E LA RIABILITAZIONE. INTRODUZIONE, C. BORSANI. 1. CONSIDERAZIONI SULLA REALTÀ EXTRAOSPEDALIERA CON PARTICOLARE RIGUARDO ALL'ATTIVITÀ SANITARIA DI RIABILITAZIONE: GLI ISTITUTI E I CENTRI DI RIABILITAZIONE, D. GALBIATI. 2. PROGETTI NAZIONALI SUL PAGAMENTO A PRESTAZIONE NEL SETTORE DELLA RIABILITAZIONE: OSPEDALI DI RIABILITAZIONE, G.F. AYALA, D. TAPPARO. 3. INDIVIDUAZIONE DI SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE CASE-MIX PER GLI INTERVENTI SANITARI EXTRAOSPEDALIERI DI RIABILITAZIONE NELL'AMBITO DELLA PATOLOGIA NEUROPSICHICA DELL'ETÀ EVOLUTIVA, R. BORGATTI, M. MOLteni. 4. LE ATTIVITÀ DELL'ISTITUTO SCIENTIFICO «EUGENIO MEDEA», G. MORETTI. 5. INTERVENTO DEL MINISTRO DELLA SANITÀ (SINTESI), E. GUZZANTI. 6. L'IMPATTO DEI DRG SULLA RIABILITAZIONE DI TERZO LIVELLO, C. RAMPULLA. 7. PROSPETTIVE NAZIONALI E REGIONALI IN TEMA DI PAGAMENTO A PRESTAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE: IL QUADRO NAZIONALE, F. MASTRILLI. 8. PROSPETTIVE NAZIONALI E REGIONALI IN TEMA DI PAGAMENTO A PRESTAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE: IL SISTEMA OSPEDALIERO REGIONALE, F. REPETTO. 9. PROSPETTIVE NAZIONALI E REGIONALI IN TEMA DI PAGAMENTO A PRESTAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE: IL SISTEMA EXTRAOSPEDALIERO, L. DI PIETRA.





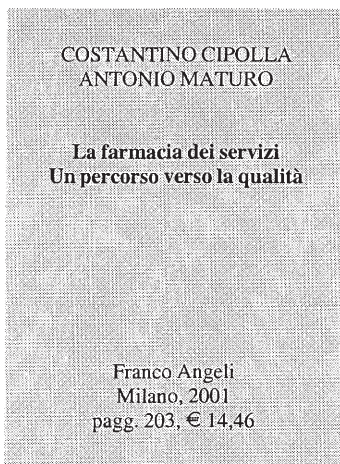
*Il libro è una raccolta di indicazioni sull'utilizzo di test diagnostici in maniera tale da rispettare le condizioni di costo-efficacia tanto importanti nell'attuale contesto di scarsità di risorse che caratterizza i sistemi sanitari. Si segnala soprattutto la prima sezione che fornisce al lettore un inquadramento generale del tema sotto diversi punti di vista. Le due successive sezioni trattano analiticamente delle diverse procedure diagnostiche distinguendo quelle relative alla radiologia da quelle afferenti al laboratorio.*

INDICE: PRAFAZIONE. SEZIONE I. CAPITOLO 1. RAPPORTO COSTO-EFFICACIA DEI TEST DIAGNOSTICI: UNA VISIONE D'INSIEME. CAPITOLO 2. COME IMPLEMENTARE I PROGRAMMI CHE MIGLIORINO IL RAPPORTO TRA COSTO ED EFFICACIA DEI TEST DIAGNOSTICI. CAPITOLO 3. QUANDO CHIEDERE UN TEST DIAGNOSTICO. CAPITOLO 4. CARATTERISTICHE A CUI DEVE RISPONDERE UN TEST DIAGNOSTICO. CAPITOLO 5. RISCHI CONNESSI ALL'ESECUZIONE DEI TEST DIAGNOSTICI. CAPITOLO 6. LEGISLAZIONE FEDERALE E STATALE. CAPITOLO 7. IL PUNTO DI VISTA DEI GESTORI. CAPITOLO 8. LA VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEI MEDICI (CLINICAL PROFILING) E GLI ASPETTI ECONOMICI. SEZIONE II. IL LABORATORIO CLINICO. CAPITOLO 9. EMOGASANALISI ARTERIOSA. CAPITOLO 10. PROFILI CHIMICI AUTOMATIZZATI. CAPITOLO 11.  $\beta$ -HCG. CAPITOLO 12. ESAMI CULTURALI SU CAMPIONI BIOLOGICI. CAPITOLO 13. EMOCOLTURE. CAPITOLO 14. RICHIESTA E SOMMINISTRAZIONE DI SANGUE E DERIVATI. CAPITOLO 15. MARKER CARDIACI. CAPITOLO 16. EMOCROMO. CAPITOLO 17. ALCOLEMIA. CAPITOLO 18. PICCO DI FLUSSO ESPIRATORIO (PEFR). CAPITOLO 19. PT/PTT. CAPITOLO 20. PULSOSSIMETRIA. CAPITOLO 21. SCREENING TOSSICOLOGICO. CAPITOLO 22. ESAME DELLE URINE E UROCOLTURA. SEZIONE III. ESAMI RADIOLOGICI. CAPITOLO 23. TAC ADDOMINALE. CAPITOLO 24. RADIOGRAFIE DELL'ADDOME. CAPITOLO 25. RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE. CAPITOLO 26. RADIOGRAFIA DEL TORACE. CAPITOLO 27. RADIOGRAFIE DEGLI ARTI. CAPITOLO 28. TAC DEL CRANIO. CAPITOLO 29. RADIOGRAFIA DEL RACHIDE LOMBARE. CAPITOLO 30. RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE. CAPITOLO 31. RADIOGRAFIE DELLE COSTE. CAPITOLO 32. STUDIO PER IMMAGINI DELL'AORTA TORACICA. CAPITOLO 33. ECOGRAFIA. CAPITOLO 34. SCINTIGRAFIA DI VENTILAZIONE/PERFUSIONE.

*Il farmaco viene analizzato nella sua complessità di bene economico e bene sociale in quanto produttore di salute. Il volume affronta in principio il tema della misurazione del costo-efficacia in ambito della scelta delle terapie farmacologiche, passando poi al confronto internazionale sulla normativa relativa alla commercializzazione e alla disponibilità gratuita di farmaci analizzando i meccanismi di domanda e offerta che regolano le relazioni tra i principali attori del mercato farmaceutico (industria farmaceutica, autorità pubblica e consumatore, cui si affianca il medico). Concludono gli ultimi due capitoli relativi in cui si descrive la situazione italiana degli ultimi quattro anni relativamente alla contrattazione dei prezzi e alla rimborsabilità del farmaco.*

INDICE: PRAFAZIONE, OVIDIO BRIGNOLI. INTRODUZIONE. IL FARMACO NELLA PRODUZIONE DI SALUTE: DALLA MISURAZIONE DELL'EFFICACIA ALLE SCELTE DI RIMBORSABILITÀ, STEFANO CAPRI E STEFANO REGGIO. 1. LA VALUTAZIONE DI EFFICACIA DEI FARMACI, PAOLO BRUZZI E MONICA BECCARO. 2. LA VALUTAZIONE ECONOMICA DEI FARMACI (FARMACOECONOMIA), STEFANO CAPRI. 3. GLI INVESTIMENTI E LE FASI DI RICERCA E SVILUPPO, DI STEFANO REGGIO E SILVIA BUSTACCHINI. 4. DIMENSIONI E TENDENZE DEL MERCATO FARMACEUTICO IN ITALIA (1980-1997), FRANCESCO MENNINI E FEDERICO SPADONARO. 5. LA DETERMINAZIONE DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA DEL FARMACO, ROSELLA LEVAGGI. 6. PREZZI, RIMBORSI E POLITICHE DI CONTENIMENTO DELLA SPESA, PAOLO BRAGHIN. 7. LA CONTRATTAZIONE DEL PREZZO DEI FARMACI: LA SOTTOCOMMISSIONE CUF CIPE 19997-2001, MARIO BRUZZONE.



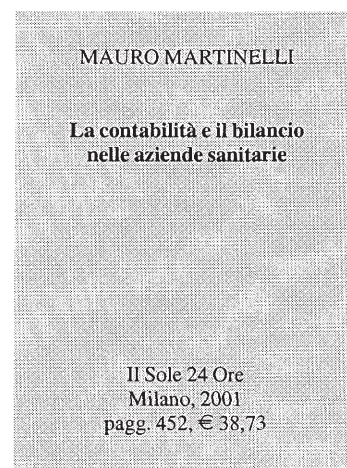


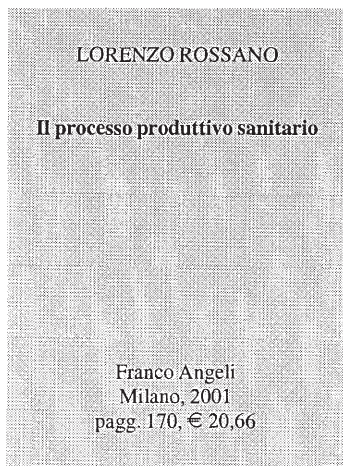
*La tesi sostenuta in questo volume è significativamente difforme: la farmacia è un presidio sanitario territoriale non derogabile e svolge un'attività di servizio farmaceutico decisiva. In quest'ottica, la piccola dimensione imprenditoriale, la minuta dislocazione sul territorio, l'attenzione necessaria alla qualità quale sostituto funzionale della concorrenza, l'allargamento dei servizi offerti al di là di quello farmaceutico fondamentale, sono proposte imprescindibili per un percorso socioeconomico che salvaguardi e migliori la qualità della vita di tutti i cittadini.*

INDICE: PRESENTAZIONE, DAMIANO DEGRASSI. PREMESSA. OLTRE IL 2000: PER UNA FARMACIA DI QUALITÀ, GIORGIO MARCONI. INTRODUZIONE. 1. SOCIOLOGIA DELLA SALUTE E SOCIOLOGIA DELLA FARMACIA. 2. IL RAPPORTO FARMACISTA/CITTADINO. 3. IL SERVIZIO FARMACEUTICO: UNO SGUARDO INTERNAZIONALE. 4. OLTRE LA FARMACIA TRADIZIONALE E LA FARMACIA COMMERCIALE: VERSO LA FARMACIA DEI SERVIZI. 5. LA FARMACIA DEI SERVIZI. 6. COME INCREMENTARE LA QUALITÀ SOCIO-ECONOMICA DELLA FARMACIA. 7. LA NUOVA FARMACIA NELLE PROPOSTE LEGISLATIVE. CONCLUSIONI. APPENDICE. LA CARTA DEI SERVIZI DELLA FARMACIA.

*L'autore, partendo da una rappresentazione dei sistemi di contabilità e bilancio nelle aziende sanitarie, propone in modo innovativo alcune linee evolutive dei sistemi amministrativi integrati nella sanità, riprendendo concetti avanzati anche per le imprese industriali. Oltre agli aspetti tecnico contabili, si affrontano i problemi legati alle contabili separate, alla contabilità analitica, alla normativa fiscale. Segue il tema del bilancio consolidato all'interno delle Asl con presidio ospedaliero e viene approcciata l'analisi finanziaria limitandola al rendiconto finanziario, con un confronto con il modello misto CE02. Il testo conclude con la proposta di un'architettura di sistema informativo di supporto al sistema amministrativo integrato, riprendendo quella dei sistemi di Enterprise Resource Planning basata sui numerosi sottosistemi che alimentano la contabilità.*

INDICE: PREFAZIONE. PRIMA PARTE. CENNI STORICI. 1. LA RIFORMA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. 2. IL CAMBIAMENTO ISTITUZIONALE: DA ENTE PUBBLICO AD AZIENDA PUBBLICA. 3. IL CAMBIAMENTO DEL SISTEMA CONTABILE: DALLA CONTABILITÀ FINANZIARIA ALLA CONTABILITÀ ECONOMICO PATRIMONIALE. 4. IL CAMBIAMENTO NELLA RENDICONTAZIONE. DAL RENDICENTO FINANZIARIO AL BILANCIO D'ESERCIZIO. SECONDA PARTE. IL SISTEMA CONTABILE IN UNA AZIENDA SANITARIA. 1. L'IMPOSTAZIONE NAZIONALE DEL SISTEMA CONTABILE. 2. LA REGIONALIZZAZIONE DEL SISTEMA CONTABILE. 3. LE VOCI DEL BILANCIO ECONOMICO-PATRIMONIALE SECONDO GLI SCHEMI REGIONALI. 4. IL TRATTAMENTO CONTABILE DELLE PRINCIPALI SPECIFICITÀ REGIONALI. TERZA PARTE. L'EVOLUZIONE VERSO UN SISTEMA AMMINISTRATIVO INTEGRATO NELLA SANITÀ. 1. L'IMPOSTAZIONE DI UN SISTEMA AMMINISTRATIVO INTEGRATO. 2. IL SISTEMA AMMINISTRATIVO INTEGRATO E LE ESIGENZE INFORMATIVE AZIENDALI E REGIONALI. 3. LA PROPOSTA DI UNA NUOVA ARCHITETTURA DEL SISTEMA INFORMATIVO DI UNA AZIENDA SANITARIA E IL SUO IMPATTO SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA: I SOTTOSISTEMI CONTABILI. CONCLUSIONI. APPENDICE. IL PIANO DEI CONTI DI UNA AZIENDA OSPEDALIERA. IL PIANO DEI CONTI DI UNA ASL.





*Scopo del volume è fornire un quadro generale di conoscenze relative alla visione dell'azienda sanitaria come processo produttivo, estendendone ad essa i criteri di gestione e controllo propri delle aziende industriali al fine di un miglioramento dell'efficienza del servizio offerto, della sua qualità e del contenimento dei costi di gestione. Vengono offerti al lettore i principi base che consentono di osservare gli elementi costitutivi del processo produttivo sanitario acquisendo le metodologie proprie del controllo di processo, intese come estensione e particolarizzazione di quelle utilizzate nei processi industriali, allo scopo di applicare tali principi per conseguire il miglioramento non solo della integrazione funzionale, ma anche l'aumento di efficienza dell'intero processo. Oltre agli elementi strutturali che lo caratterizzano (con particolare riguardo alla pratica medica) vengono esposte le nozioni fondamentali dell'ingegneria biomedica e dei controlli automatici.*

INDICE: 1. INTRODUZIONE. 2. ELEMENTI TECNOLOGICI STRUTTURALI NEL PROCESSO PRODUTTIVO SANITARIO. 3. SISTEMI ORGANIZZATIVI SANITARI. 4. STRUTTURA DEI PROCESSI PRODUTTIVI SANITARI. 5. GESTIONE E CONTROLLO DEI PROCESSI PRODUTTIVI SANITARI. 6. CONFRONTO CON I METODI TRADIZIONALI DI GESTIONE E CONTROLLO DEI PROCESSI INDUSTRIALI. 7. MODEL-  
PRODWE: IL MODELLO PROPOSTO (VERSIONE PER LE AZIENDE OSPEDALIERE). 8. CONCLUSIO-

NI. APPENDICE 1. TECNOLOGIE E PRINCIPI DEI CONTROLLI AUTOMATICI. APPENDICE 2. RIFERIMENTI SCIENTIFICI E FORMULARIO. APPENDICE 3. METODI DI GESTIONE DI RIFERIMENTO.



## SPOGLIO RIVISTE

**Meccanismi di mercato**

BYRNE D.

*Public health in the European Union: Breaking down barriers*  
Eurohealth 7 (4) 2001, pp. 2-4

FRANK R.G., ROSENTHAL M.B.

*Health Plans and Selection: Formal Risk Adjustment vs. Market Design and Contracts*  
INQUIRY 38 (3) 2001, pp. 290-298

KEENAN P.S., BEEUWKES BUNTIN M.J., MCGUIRE T.G., NEWHOUSE J.P.

*The Prevalence of Formal Risk Adjustment in Health Plan Purchasing*  
INQUIRY 38 (3) 2001, pp. 245-259

MARQUIS M.S., LONG S.H.

*To Offer or not Offer: The Role of Price in Employers' Health Insurance Decisions*  
HSR 36 (5) October 2001, pp. 935-958

MORAN J.R., CHERNEW M.E., HIRTH R.A.

*Preference Diversity and the Breadth of Employee Health Insurance Options*  
HSR 36 (5) October 2001, pp. 911-934

NOLAN P.A. (REVIEWED BY)

*BOOK REVIEWS: Public Health in the Market: Facing Managed Care, Lean Government, and Health Disparities (Milio N.)*

Journal of Public Health Policy 22 (4) 2001, pp. 470-472

STEG H., THUMM N.

*Single-Market Regulation and Innovation in Europe's Medical Devices Industry*

International Journal of Technology Assessment in Health Care 17 (3) 2001, pp. 421-432

WILLIAMS A.

*Relazioni: Ideologia e mix pubblico-privato*

Politiche Sanitarie anno 2, numero 1, gennaio-febbraio 2001, pp. 3-6

**Sistemi di finanziamento**

CARUSO E.

*Spesa, finanziamento e disavanzi nella sanità: la dinamica delle regioni*

Politiche Sanitarie anno 2, numero 2, marzo-aprile 2001, pp. 112-121

FRANCE G.

*Devolution in the Italian health service: Balancing diversity and equality*

Eurohealth 7 (4) 2001, pp. 26-28

GARBER A.M.

*Evidence-Based Coverage Policy*

Health Affairs 20 (5) 2001, pp. 62-82

JOMMI C., CANTÙ E., ANESSI-PESSINA E.

*New funding arrangements in the Italian National Health Service*

The International Journal of Health Planning and Management 16 (4) Oct-Dec 2001, pp. 347-368

LONG S.H., MARQUIS M.S.

*RESEARCH NOTES AND DATA TRENDS: Low-Wage Workers and Health Insurance Coverage: Can Policymakers Target Them through Their Employers?*

INQUIRY 38 (3) 2001, pp. 331-337

MEYER J.A., WICKS E.K.

*A Federal Tax Credit To Encourage Employers to Offer Health Coverage*

INQUIRY 38 (2) 2001, pp. 202-213

SIMANTOV E., SCHOEN C., BRUEGMAN S.  
*MARKETWATCH: Market Failure? Individual Insurance Market For Older Americans*  
Health Affairs 20 (4) 2001, pp. 139-149

SPAMPINATO G.C.  
*Relazioni: Mobilità sanitaria e federalismo*  
Politiche Sanitarie anno 2, numero 1, gennaio-febbraio 2001, pp. 44-56

### **Economia del farmaco**

CARRÉ-AUGER E., FERRY S.  
*Analyse des consommations médicamenteuses hospitalières*  
Journal d'économie médicale 19 (4) juillet 2001, pp. 293-306

HUGHES DA., BAGUST A., HAYCOX A., WALLEY T.  
*Accounting for Noncompliance in Pharmacoeconomic Evaluations*  
PharmacoEconomics 19 (12) 2001, pp. 1185-1197

KLEINKE J.D.  
*The Price Of Progress: Prescription Drugs in the Health Care Market*  
Health Affairs 20 (5) 2001, pp. 43-60

MORROW T.  
*Specialty Pharmacies: Filling a Unique Position in the Disease Management Industry*  
Disease Management & Health Outcomes 9 (10) 2001, pp. 531-538

MULLINS D., WANG J., PALUMBO F.B., STUART B.  
*TRENDS: The Impact Of Pipeline Drugs On Drug Spending Growth*  
Health Affairs 20 (5) 2001, pp. 210-215

NUIJTEN M.J.C., BERO P., BERDEAUX G., HUTTON J., FRICKE F.U., VILLAR F.A.  
*Trends in decision-making process for pharmaceuticals in Western European countries. A focus on emerging hurdles for obtaining reimbursement and a price*  
The European Journal of Health Economics (4) 2001, pp. 162-169

REINHARDT U.E.  
*Prospectives On The Pharmaceutical Industry*  
Health Affairs 20 (5) 2001, pp. 136-149

RINTA S.  
*Pharmaceutical pricing and reimbursement in Finland*  
The European Journal of Health Economics (3) 2001, pp. 128-135

### **Valutazione economica dell'attività sanitaria**

DAWSON D., GODDARD M., STREET A.  
*Improving performance in public hospitals: a role for comparative costs*  
Health policy 57 (3) 2001, pp. 235-248

FOX-RUSHBY J.A., HANSON K.  
*Calculating and presenting disability adjusted life years (DALYs) in cost-effectiveness analysis*  
Health Policy and Planning 16 (3) September 2001, pp. 326-331

GEORGE B., HARRIS A., MITCHELL A.  
*Cost-Effectiveness Analysis and the Consistency of Decision Making: Evidence from Pharmaceutical Reimbursement in Australia 1991-1996*  
PharmacoEconomics 19 (11) 2001, pp. 1103-1109

HOGAN C., LUNNEY J., GABEL J., LYNN J.  
*Medicare Beneficiaries' Costs Of Care In The Last Year Of Life*  
Health Affairs 20 (4) 2001, pp. 188-195

KERSNIK J.  
*Determinants of customer satisfaction with the health care system, with the possibility to choose a personal physician and with a family doctor in a transition country*  
Health policy 57 (2) 2001, pp. 155-164

KERSTEIN MD., GEMMEN E., VAN RIJSWIJK L., LYDER C.H., PHILLIPS T., XAKELLIS G., GOLDEN K., HARRINGTON C.  
*Cost and Cost Effectiveness of Venous and Pressure Ulcer Protocols of Care*  
Disease Management & Health Outcomes 9 (11) 2001, pp. 651-662

KETCHEN D. J., PALMER T. B., GAMM L. D.  
*The Role of Performance Referents in Health Services Organizations*  
Health Care Management Review 26 (4) 2001, pp. 19-26

MORRIS J., HAMMITT J.K.  
*Using Life Expectancy to Communicate Benefits of Health Care Programs in Contingent Valuation Studies*  
Medical Decision Making 21 (6) November-December 2001, pp. 468-478

MURRAY S.F., DAVIES S., PHIRI R.K., AHMED Y.  
*Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referral systems*  
Health Policy and Planning 16 (4) 2001, pp. 353-361

SHIELL A., LAW M.G.  
*The cost of hepatitis C and the cost-effectiveness of its prevention*  
Health Policy 58 (2) 2001, pp. 121-132

SUWANDONO A., GANI A., PURWANI S., BLAS E., BRUGHA R.  
*Cost recovery beds in public hospitals in Indonesia*  
Health Policy and Planning 16 (Suppl. 2) 2001, pp. 10-18

#### Analisi dei sistemi sanitari

BLAS E., LIMBAMBALA M.  
*The challenge of hospitals in health sector reform: the case of Zambia*  
Health Policy and Planning 16 (Suppl. 2) 2001, pp. 29-43

BLAS E., LIMBAMBALA M.  
*User-payment, decentralization and health service utilization in Zambia*  
Health Policy and Planning 16 (Suppl. 2) 2001, pp. 19-28

GREENBERG W. (REVIEWED BY)  
*BOOK REVIEWS: Dranove: The Economic Evolution of American Health Care: From Marcus Welby to Managed Care*  
INQUIRY 38 (3) 2001, pp. 339-339

GRILLI R., DONATINI A., TARONI F.  
*Healthcare Reform and Disease Management in Italy: Promoting the Effectiveness and Appropriateness of Health Service Use*  
Disease Management & Health Outcomes 9 (8) 2001, pp. 441-448

HEALY J., MCKEE M.  
*Reforming hospital systems in turbulent times*  
Eurohealth 7 (3) 2001, pp. 2-7

JENKINS R., TOMOV T., PURAS D., NANISHVILI G., KORNETOV N., SHERARDZE M., SURGURLADZE S., RUTZ W.  
*Mental health reform in eastern Europe*  
Eurohealth 7 (3) pp. 15-21

ROWLAND D., POLLOCK A.M., VICKERS N.  
*The British Labour Government's Reform of the National Health Service*  
Journal of Public Health Policy 22 (4) 2001, pp. 403-415

TERRIS M.  
*Public Health or Private Profit: Where Does the American Public Health Association Stand?*  
Journal of Public Health Policy 22 (3) 2001, pp. 261-274

#### Programmazione e organizzazione del lavoro

LINDHOLM M., UDÉN G.  
*Nurse Managers' Management Direction and Role over Time*  
NAQ 25 (4) Summer 2001, pp. 14-29

KHAN M.M., ALI D., FERDOUSY Z., AL-MAMUM A.  
*A cost-minimization approach to planning the geographical distribution of health facilities*  
Health Policy and Planning 16 (3) 2001, pp. 264-272

MITTON C., DONALDSON C.  
*Twenty-five years of programme budgeting and marginal analysis in the health sector, 1974-1999*  
Journal of Health Services Research & Policy 6 (4) October 2001, pp. 239-248

PEPERMANS R., MENTENS C., GOEDEE M., JEGERS M., VAN ROY K.  
*Differences in managerial behaviour between head nurses and medical directors in intensive care units in Europe*  
The International Journal of Health Planning and Management 16 (4) Oct-Dec 2001, pp. 281-296

THOMPSON J.M. (REVIEWED BY)  
*BOOK REVIEWS: Coile: New Century Healthcare: Strategies for Providers, Purchasers and plans*  
INQUIRY 38 (3) 2001, pp. 338-338

#### Controllo di gestione e sistemi informativi

CLERICO G.  
*Relazioni: Contratti e tutela della qualità in sanità*  
Politiche Sanitarie anno 2, numero 1, gennaio-febbraio 2001, pp. 7-22

HAILEY D., TOPFER L.A., WILS F.  
*Providing information on emerging health technologies to provincial decision makers: a pilot project*  
Health policy 58 (1) 2001, pp. 15-26

MARSHALL M.N., CAMPBELL S.M., ROLAND M.O.  
*Systematic review of studies of quality of clinical care in general practise in the UK, Australia e New Zealand*  
Quality in Health Care 19 (3) September 2001, pp. 152-158

PAGANO E., GUERRUCCI D.  
*Relazioni: La formazione del conto economico consolidato delle ASL e delle aziende ospedaliere*  
Politiche Sanitarie anno 2, numero 1, gennaio-febbraio 2001, pp. 57-68

SCANLON D.P., DARBY C., ROLPH E., DOTY H.E.  
*The Role of Performance Measures for Improving Quality in Managed Care Organizations*  
HSR 36 (3) July 2001, pp. 619-642



SCHNEIDER E.C., ZASLAVSKY A.M., LANDON B.E., LIED T.R., SHEINGOLD S., CLEARY P.D.

*National Quality Monitoring of Medicare Health Plans: The Relationship Between Enrollees' Reports and the Quality of Clinical Care*

Medical Care 39 (12) December 2001, pp. 1313-1325

### Innovazione tecnologica

BAKER DB.

*Patient-Centered Healthcare: The Role of the Internet*

Disease Management & Health Outcomes 9 (8) 2001, pp. 411-420

BANTA H.D., CRANOVSKY R., OORTWIJN W.

*Health Policy, Health Technology Assessment, and Screening in Europe*

International Journal of Technology Assessment in Health Care 17 (3) 2001, pp. 409-420

CUTLER D.M., MCCLELLAN M.

*Is Technological Change in Medicine worth It?*

Health Affairs 20 (5) 2001, pp. 11-29

GAMA WH., MORROW T., MUNTENDAM P.

*Technology-Based Disease Management: a Low-Cost, High-Value Solution for the Management of Chronic Disease*

Disease Management & Health Outcomes 9 (10) 2001, pp. 577-588

PELLETIER-FLEURY N., PHILIPPE C., LANOÉ J.L., GAGNADOUX F., RAKOTONANAHARY D., FLEURY B.

*A cost-minimization study of telemedicine: the case of telemonitored polysomnography to diagnose obstructive sleep apnea syndrome*

International Journal of Technology Assessment in Health Care 17 (4) 2001, pp. 604-611

### Altro

HARGRAVES J.L., CUNNINGHAM P.J., HUGHES R.G.

*Racial and Ethnic Differences in Access to Medical Care in Managed Care Plans*

HSR 36 (5) October 2001, pp. 853-868

LEVAGGI R.

*Saggi: Il ruolo del paziente nella medicina di base: teorie a confronto*

Politiche Sanitarie anno 2, numero 2, marzo-aprile 2001, pp. 79-88

RANDEL L., PEARSON S.D., SABIN J.E., HYAMS T., EMANUEL E.J.

*How Managed Care Can Be Ethical*

Health Affairs 20 (4) 2001, pp. 43-56

ROSKO M.D.

*Cost Efficiency of US Hospitals: A Stochastic Frontier Approach*

Health Economics 10 (6) September 2001, pp. 539-552

SHEN J.J., WAN T.T.T., PERLIN J.B.

*An Exploration of the Complex Relationship of Socioecologic Factors in the Treatment and Outcomes of Acute Myocardial Infarction in Disadvantaged Populations*

HSR 36 (4) August 2001, pp. 711-732

WALKER D., FOX-RUSHBY J.A.

*Allowing for uncertainty in economic evaluations: qualitative sensitivity analysis*

Health Policy and Planning 16 (4) December 2001, pp. 435-443

# **È L'ORA DEL RINNOVO**

**CAMPAGNA PROMOZIONALE «3 AL PREZZO DI 2»  
VALIDA FINO AL 30 APRILE 2002**

**CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE A N. 3 ABBONAMENTI  
PER IL COSTO COMPLESSIVO DI € 388,00 ANZICHÉ € 582,00**

Programma abbonamento 2002

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

- Vi prego voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano, n. 3 abbonamenti a

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

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

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

Cognome e nome ..... Via .....

C.a.p. .... Località ..... Prov. ....

..... Il .....

Codice Fiscale .....

FIRMA E TIMBRO .....

Partita IVA .....

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

**Costo dell'abbonamento per l'anno 2002: € 194**

# MECOSAN

## CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere inoltre gli interessi di mora, nella misura dello 0,50% mensile, sul prezzo di abbonamento. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SUPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuare il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento dell'abbonamento, per essere considerato immediatamente liberatorio, dovrà essere effettuato con versamento sul:

c.c.p. n. **72902000** intestato a **SUPIS** - Viale Parioli, 77 - 00197 Roma

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2002 è fissato in:

**€ 194,00 per l'abbonamento ordinario**  
**€ 300,00 per l'abbonamento sostenitore**

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%  
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%  
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%  
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina di € 50).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Le richieste di mutamento di indirizzo vanno accompagnate da € 0,82 in francobolli.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari al prezzo del fascicolo dell'annata in corso.

Il prezzo dell'abbonamento 2002 per i paesi extra comunitari è fissato in € 291,00 (spese postali incluse).

---

**La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.**

---

## ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

**Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556) € 194,00**  
**Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) € 194,00**  
**Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) € 194,00**  
**Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) € 194,00**  
**Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640) € 194,00**  
**Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648) € 194,00**  
**Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700) € 194,00**  
**Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 194,00**  
**Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716) € 194,00**  
**Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712) € 194,00**

**Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 1649,00, anziché € 1940,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.**