

COLOPHON

Comitato scientifico

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

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Elio Borgonovi
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche
Università Bocconi di Milano

Sabino Cassese
Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini
Ordinario di economia - Università di Torino

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

Fabio Roversi Monaco
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia
Amministratore Straordinario - U.s.l. RM/10

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi
Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

Coordinatore generale

Franco Sassi

Redattori capi sezione

Giorgio Fiorentini

George France

Marco Meneguzzo

Antonello Zangrandi

Francesco Zavattaro

Redattori

Giorgio Casati

Mario Del Vecchio

Andrea Garlatti

Alessandra Massei

Corrispondenti esteri

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

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

Boston: **Gustav Schacter** Department of economics North Eastern University - Boston

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77

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

Redazione

20136 MILANO - Via Balilla, 18

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

Società editoriale



MECOSAN

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

IN QUESTO FASCICOLO:

Editoriale

- 2 **Il cambiamento del Servizio sanitario una scommessa per la società italiana**

Forum internazionale

Il riordino del S.s.n.: commenti dall'Europa

- 10 **Speranze, timori e opportunità mancate**
di Martin McKee

- 15 **È quasi un peccato cambiare le U.s.l.**
di Alain Jourdain

- 17 **Un grande assente: il paziente consumatore**
di G. Domenighetti

Sez. 1ª - Saggi e ricerche

- 24 **Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario**
di Francesco Zavattaro

- 36 **Il coinvolgimento dei professionisti medici nei processi di controllo di gestione**
di Andrea Francesconi

Sez. 2ª - Documenti e commenti

- 46 **Le manovre di contenimento della spesa della regione Toscana**
di Federica Bandini e Antonello Zangrandi (a cura)

- 79 **Il bilancio come strumento di razionalizzazione della spesa nelle Unità sanitarie locali**
intervista a: Patrizia Ragazzini, Emanuele Giusti e Mario Romeri

Sez. 3ª - Esperienze innovative

- 84 **Analisi gestionale di un laboratorio ospedaliero di analisi chimico-cliniche**
di Luigi Lonigro, Francesco D'Aprile, Donato D'Aprile, Claudia Maurino

Sez. 4ª - Notizie dal mondo

- 94 **La politica della qualità in sanità: gli auditing doctor nel Regno Unito e negli USA**
di Christopher Pollitt

- 105 **Proposte di finanziamento dell'assistenza sanitaria nell'Oregon**
di Giovanni Fattore, Marco Meneguzzo e Rosanna Tarricone (a cura)

- 106 **Who shall live Who shall die?**

- 118 **Il dibattito politico-istituzionale e la valutazione dell'Office of Technology Assessment**

Sez. 5ª - Sanità e impresa

- 122 **Un'attività critica nel governo dell'U.s.l.: la gestione delle scorte**
di Manuela Brusoni

Sez. 6ª - Biblioteca

- 132 **Recensioni**

- 134 **Novità bibliografiche**

- 137 **Spoglio riviste**

- 139 **Bibliografia monotematica**

- 146 **Tesi di laurea**

IL CAMBIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO UNA SCOMMESSA PER LA SOCIETÀ ITALIANA

SOMMARIO: Le spinte al cambiamento - L'architettura generale del nuovo sistema - Prime valutazioni generali sull'architettura del sistema - Politiche di responsabilizzazione e di equilibrio - Concorrenza o competizione nel sistema di offerta.

Le spinte al cambiamento

Le roventi polemiche e i forti contrasti che hanno caratterizzato la fase finale del lungo e travagliato processo di riorganizzazione, qualcuno dice di profonda mutazione, del Servizio sanitario, non devono far dimenticare un dato di fatto incontestabile: il cambiamento era necessario e non più prorogabile per una serie di motivi.

1) *Da alcuni anni (almeno quattro) il funzionamento del S.s.n. è stato sottoposto ad una serie di critiche concentriche provenienti dall'esterno e dal suo interno che hanno completamente delegittimato ogni tentativo di mettere in evidenza, oltre ai noti e innegabili aspetti negativi, anche i non pochi aspetti positivi che pure esistono.*

Nell'opinione pubblica italiana si è creato a ragione o a torto una tale immagine negativa nei confronti del Servizio sanitario nazionale introdotto con la legge n. 833 del 1978 da far passare per « arretrata », « conservatrice », « insufficiente » qualsiasi proposta che si ponesse sulla linea della continuità e della gradualità dei cambiamenti.

L'opinione pubblica, molti esperti e consiglieri del Principe, molti opinion leader e anchor man di trasmissioni televisive e radiofoniche, molti degli stessi responsabili a vario livello della sanità italiana hanno chiesto in tutti i modi « cambiamenti radicali » anche se, con tipica contraddizione italica, tali da « non stravolgere i principi di fondo del modello di Servizio sanitario pubblico ».

2) *Da alcune indagini svolte a livello internazionale l'Italia figura agli ultimi posti nel livello di gradimento per quanto riguarda la sanità, seppure davanti agli U.S.A. che sono buoni ultimi e non troppo lontana in quanto a demerito da Paesi quali la Gran Bretagna, la Svezia che tradizionalmente sono considerati nel nostro Paese punti di riferimento.*

3) *Il sistema si trovava in certo qual modo « in mezzo al guado » dopo una serie di provvedimenti adottati negli anni scorsi con le varie leggi finanziarie, provvedimenti urgenti di risanamento della finanza pubblica e con la legge 111/91 e non era più in grado di sopportare il clima di incertezza e le contraddizioni derivanti dalla mancata ricostruzione di un organico quadro di riferimento.*

4) *Sul piano economico poi, la situazione è diventata ogni anno sempre più intricata e insostenibile anche a seguito di una crescente confusione di poteri, di responsabilità, di reciproche accuse di inerzia, e di ambiguità, di contraddizioni tra Stato, Regioni, Unità sanitarie locali, Enti locali.*

Va ascritto a indubbio merito del Ministro De Lorenzo aver fermamente voluto e saputo portare all'approvazione un disegno di « riforma della riforma » da tempo vagante nei meandri delle complesse procedure parlamentari e varie volte arenatasi sulle secche dei lavori delle Commissioni, del rinvio tra Camera e Senato, delle crisi di Governo e delle elezioni anticipate.

Ma proprio nel momento in cui si arriva alla conclusione dell'iter formale di cambiamento l'opinione pubblica sembra pervasa da un soprassalto di realismo e sembra accorgersi di concetti tanto banali e scontati quanto dimenticati o sottostimati nel recente passato:

- a) *il cambiamento non assicura di per sé il miglioramento: esiste sempre il rischio di un peggioramento;*
- b) *non aveva, e non ha, fonda-*

mento razionale la tesi, spesso sostenuta nella foga dei dibattiti per colpire l'emotività delle masse, secondo cui la qualità dell'assistenza sanitaria in Italia è a livelli talmente bassi che qualsiasi cambiamento non può che migliorare la situazione: di fronte alle linee del decreto legislativo adottato dal Governo vasti gruppi di cittadini hanno incominciato a vedere ciò che potrebbero perdere rispetto al passato e a cui non davano importanza;

c) la via dei « cambiamenti radicali senza abbandono dei principi ispiratori del S.s.n. » si rivela sempre più una illusione e una delle tante utopie in cui si è cullata la società italiana degli ultimi due decenni: la realtà e le norme del decreto dicono che, pur essendo confermato il modello di Servizio sanitario nazionale, alcuni dei principi fondamentali su cui si reggeva la 833 (per tutti si citano la globalità dell'approccio di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e la gestione integrata dei servizi) sono inevitabilmente destinati ad essere profondamente intaccati;

d) esiste una grande differenza tra promesse, attese e speranze da un lato e previsioni sulle dinamiche reali che potranno essere attivate dalle nuove regole di funzionamento.

Proprio con riguardo a quest'ultimo punto si può rilevare che il Ministro ha assunto atteggiamenti definibili come « eccesso di sicurezza e eccesso di fiducia » in future dinamiche positive derivanti da alcune delle norme previste: promesse, attese e speranze quali, ad esempio, estromissione della influenza (ingerenza) politica sulla sanità, risanamento economico del sistema, recupero di efficienza (per effetto appalto della gestione manageriale e della concorrenza), riduzione degli spazi per la conservazione del « potere non controllato », promesse e attese che appaiono invero non sufficientemente suffragate da una attenta analisi del

sistema reale e delle norme del decreto e, soprattutto, dalle teorie e dalle conoscenze sui fattori che influenzano la dinamica dei sistemi socio-tecnici complessi tra i quali va annoverato quello sanitario.

Non è dato sapere, a chi scrive, quanto abbiano influito sull'atteggiamento di estrema determinazione e sicurezza del Ministro, del presidente Amato che sembra aver avuto un ruolo determinante nella difesa della proposta in alcune delle sue parti « delicate » e dei loro consiglieri particolari:

1) la componente ideologica resta forte in questi ultimi anni e mesi dal vento della fiducia nel mercato e nella concorrenza, nel privato e nella libera scelta del paziente-consumatore (teoria della consumer choice), nella razionalità e professionalità intrinseca dei manager ex converso della sfiducia nel ruolo della politica (tradita dai comportamenti dei partiti), nella programmazione (tradita dal suo uso come sistemi di vincoli e non come sistemi di regole di coordinamento), nel concetto stesso di scelte pubbliche;

2) la necessità, imposta o almeno favorita dal sistema politico italiano, di non dimostrare la minima incertezza o titubanza per poter difendere le proprie proposte, in quanto anche il minimo accenno di dubbio sulle future evoluzioni avrebbe potuto essere sfruttata dai difensori dello status quo per bloccare il cambiamento;

3) l'essersi affidati a esperti e consulenti che non avendo approfondite conoscenze dei meccanismi aziendali della concorrenza, o del management dei sistemi complessi e del loro cambiamento o che, viceversa, non conoscendo approfonditamente le differenze strutturali tra settore della sanità e altri settori di servizi o di attività economica siano stati indotti ad una eccessiva semplificazione dei problemi.

Oggi il sistema Italia, di fronte a

formulazioni che hanno valore di legge scopre che si è in presenza:

— di grandi opportunità di poter mettere mano ad alcune delle gravi disfunzioni del sistema di tutela della salute;

— ma anche di alcuni « salti nel buio » che potrebbero determinare un arretramento rispetto alla situazione attuale.

Convinti che una parte rilevante della « partita del cambiamento » si debba giocare da ora in avanti, ossia nella implementazione del decreto legislativo, proponiamo di seguito alcune riflessioni su punti qualificanti del suo impianto.

L'architettura generale del nuovo sistema

La struttura di base del nuovo sistema può essere sintetizzata nelle seguenti proposizioni.

Il problema dell'equilibrio tra livelli di tutela della salute e ammontare delle risorse economiche messe a disposizione è reso ancor più arduo per le moderne società dall'enorme sviluppo delle opportunità di intervento rese disponibili dal progresso scientifico e tecnologico.

La crescente rigidità di vincoli esterni derivanti dai processi di integrazione economica e politica (specie le prospettive dell'integrazione europea) rendono sempre meno praticabile per il nostro Paese le tattiche di rinvio del problema dell'equilibrio e rafforzano il potere dello Stato di imporre condizioni di rispetto dell'equilibrio generale del sistema.

Le discussioni astratte, e per certi aspetti ideologiche, sul concetto di « diritto alla salute » garantito dall'art. 1 della legge n. 833 del 1978 e sancita da organismi internazionali come l'O.m.s., lasciano così il posto a meccanismi idonei a garantire tale equilibrio che sono individuati:

— nella definizione dell'ammontare dei livelli assistenziali garantiti

in modo uniforme su tutto il territorio nazionale;

— *l'entità delle risorse che lo Stato può mettere a disposizione e che è ritenuto compatibile con equilibri macroeconomici (fondi dal bilancio dello Stato).*

Tali fondi sono alimentati, anche se non esiste una correlazione diretta e puntuale, dai contributi sanitari dei lavoratori dipendenti e dei datori di lavoro e dalla tassa sulla salute dei lavoratori autonomi e di altre categorie di cittadini e, eventualmente in prospettiva, dalla tassazione generale.

La responsabilizzazione per la ricerca della compatibilità operativa tra risorse (distribuite con un criterio di riparto pro-capite con alcuni aggiustamenti) e livelli assistenziali che sono garantiti in relazione alle prestazioni e ai servizi erogati dalle strutture di offerta viene attribuita alle Regioni che divengono il vero fulcro del sistema.

Ciò trova fondamento essenzialmente nelle seguenti ragioni:

— *maggiore avvicinamento del potere di scelta ai bisogni di salute che sono sempre più differenziati, nelle società moderne, tra differenti aree economiche e sociali (di cui le Regioni sono considerate accettabile espressione);*

— *possibilità di realizzare condizioni di più forte consenso attorno a scelte che sono oggettivamente difficili e conflittuali tramite una più ampia autonomia decisionale delle Regioni che si ritiene possano essere considerate « polo di identificazione » più accettabile rispetto allo Stato centrale a più elevata omogeneità di abitudini, valori, comportamenti;*

— *possibilità di realizzare su territori più limitati e con esigenze più omogenee, una più efficace azione di governo delle politiche sanitarie e di controllo della spesa.*

L'autonomia e la responsabilizzazione regionale si manifestano essenzialmente attraverso la possibilità di

modificare i livelli assistenziali, ovviamente in senso migliorativo, e nella facoltà/obbligo di imporre contributi propri finalizzati al raggiungimento dell'equilibrio tra spesa e suo finanziamento.

Il governo del sistema di offerta e il controllo della dinamica della spesa viene affidato ai seguenti strumenti:

1) *aziendalizzazione delle Unità sanitarie locali, degli ospedali e dei policlinici universitari e dei presidi multizonali di prevenzione resi autonomi;*

2) *concorrenza tra diverse strutture di offerta dei servizi con particolare accentuazione della concorrenza privato-pubblico giudicata stimolo forte verso l'efficienza;*

3) *possibilità di « uscita » dal sistema offerta ai cittadini nella forma di adesione a mutue volontarie (a partire dal 1995) cui la Regione potrebbe trasferire parte della quota capitaria riferita alle prestazioni individuali che essi non intendono più avere dal sistema pubblico, o nella forma di ricorso ad assicurazioni private.*

In sostanza si modifica il sistema nella direzione di una pluralità di fonti di finanziamento e una pluralità di strutture autonome di offerta di servizi.

Pluralità di fonti di finanziamento date da:

— *contributi e tasse obbligatorie dovute allo Stato;*

— *eventuali contributi resi obbligatori a livello regionale;*

— *contributi volontari o premi assicurativi delle imprese, delle famiglie e degli individui corrisposti a mutue o ad assicurazioni che offrono servizi « integrativi » a quelli garantiti dal sistema pubblico o « sostitutivi » (in toto o in parte), nel qual caso si avrebbero forme di sgravio dai contributi o dalle tasse (magari nella forma « tecnica » di deduzioni fiscali);*

— *pagamento diretto da parte dei pazienti nella forma di « compartecipazione al costo » (ticket su farmaci, accertamenti diagnostici o altre prestazioni specialistiche), di « franchigia » nel caso di assicurazioni (una quota minima che comunque resta a carico del paziente), o di ricorso all'assistenza indiretta con rimborso da parte della U.s.l. (totale o solo parziale).*

Molteplicità di strutture di offerta costituita da: ospedali e da altri presidi gestiti direttamente dalle U.s.l. per erogare i servizi agli assistiti del S.s.n. o per erogare servizi per conto terzi (a pagamento);

— *ospedali pubblici (dipendenti dalle Regioni o dalle Università) ma autonomi nella gestione e presidi multinazionali che erogano servizi agli assistiti del S.s.n. di fronte alla corresponsione di una quota del fondo regionale (finanziamento a budget) o che erogano prestazioni integrative o per conto di assicurazioni e di mutue (verso la corresponsione di prezzi per i servizi erogati);*

— *strutture (ospedali o altri presidi) appartenenti a compagnie di assicurazione o, in prospettiva, a mutue che erogano servizi per conto dei propri assicurati o mutuati o per conto terzi (verso corrispettivo di un prezzo);*

— *ospedali e altri presidi « privati » gestiti in forma di imprese « con scopo di lucro » o enti « senza scopo di lucro » che erogano servizi per conto di assistiti del S.s.n. (su base di convenzione con le Regioni), delle assicurazioni e delle eventuali mutue o con pagamento diretto dei pazienti.*

Prime valutazioni generali sull'architettura del sistema

Gli obiettivi generali dichiarati del nuovo sistema sono:

1) *aumento della possibilità di scelta del cittadino-paziente sia per quanto riguarda il tipo di tutela che*

desidera (dipendente dalla sua propensione al rischio-salute) sia per quanto riguarda le modalità di ottenimento delle prestazioni e dei servizi;

2) difesa dei principi di « diritto alla salute » perseguito con la definizione dei livelli uniformi di assistenza;

3) più ampio spazio alla differenziazione purché bilanciata dal principio della responsabilizzazione;

4) introduzione di stimoli e incentivi diretti per la ricerca di più elevati livelli di efficienza nella produzione di servizi e di qualità nella erogazione degli stessi.

Obiettivo non dichiarato, ma comunque coesistente all'architettura del sistema, può poi essere considerato quello di consentire alla collettività di perseguire il soddisfacimento di bisogni di salute oggi compressi dai meccanismi « burocratici » del Servizio sanitario nazionale. Secondo alcuni studiosi, infatti, i vincoli di spesa pubblica sempre presenti nei Servizi sanitari nazionali producono un effetto di « depressione della domanda ».

La qualificazione e la differenziazione della struttura di offerta sarebbero condizioni di base per favorire il cambiamento dei modelli di consumo della società italiana con un riorientamento nella direzione della destinazione a consumi collegati alla salute di una quota maggiore del reddito nazionale senza « rottura degli equilibri macroeconomici » in relazione al vincolo di bilancio (finalizzato a evitare il deficit pubblico), imposto alle Regioni e alle aziende pubbliche e private responsabili della erogazione dei servizi.

Cruciale per il corretto funzionamento del nuovo sistema è la congruenza e la compatibilità tra livelli assistenziali « garantiti » come diritto di base del cittadino e entità del fondo stabilito dallo Stato. Una prima verifica logica consisterà quindi nel verificare che 1.500.000 di lire cir-

ca pro-capite stabilite per il 1993 sono effettivamente congruenti con la definizione dei livelli assistenziali uniformi.

Poiché, tuttavia, non si deve valutare un intervento in astratto, ma un intervento su un sistema che ha una sua storia il problema va spezzato in due:

1) coerenza come media a livello nazionale;

2) compatibilità e realistica del processo di aggiustamento con riferimento alle Regioni che attualmente hanno un livello di spesa più elevato, processo che dipende non solo dall'ammontare assoluto del fondo sanitario stabilito a livello nazionale, ma anche dai meccanismi di riparto.

Senza entrare negli aspetti tecnici del meccanismo di riparto si può rilevare che il decreto è dominato dai seguenti presupposti teorici, di politica sanitaria e di politica in generale:

1) esistono ampi margini di recupero di efficienza che sono realizzabili nel breve periodo;

2) in assenza del recupero di efficienza si ha piena fiducia nell'azione dei meccanismi di autoregolazione connessi all'obbligo stabilito per legge della copertura del disavanzo da parte delle Regioni;

3) esistono le condizioni politiche e di rapporti di forza « istituzionali » o che consentono di realizzare un ridimensionamento dei livelli di prestazioni e servizi nelle aree tradizionalmente più avanzate nel settore della sanità o che consente di rendere effettivo l'obbligo al pareggio già posto molte volte in passato e sempre disatteso.

Si lascia al lettore e alla storia che sarà scritta nei prossimi mesi dalle dinamiche sociali, politiche e istituzionali la valutazione della consistenza di tali presupposti. Si rileva solo che l'impianto logico del decreto sembra fortemente condizionato:

1) da un orientamento al modello piuttosto che al processo (che è

valida solo quando si applica a qualcosa di nuovo a realtà con una debole storia alle spalle, che non sembra il caso del S.s.n.);

2) dalla scarsa considerazione della variabile « tempo » poiché si ipotizza che i nuovi meccanismi producano effetti immediati o nell'arco di un anno (per quanto riguarda la riduzione della spesa e l'applicazione dei contributi regionali a copertura del disavanzo), il che può essere accettabile solo se si interviene su sistemi semplici caratterizzati prevalentemente da relazioni di causa-effetto e non da relazioni di interdipendenza (come è invece nel caso del sistema di tutela della salute);

3) dall'idea che gli automatismi economici e sociali portino sempre al raggiungimento di posizioni di equilibrio, mentre i modelli economici « dinamici » e gli studi sociali indicano che, se vengono a mancare certe condizioni, possono innescarsi dinamiche di squilibri crescenti e dirimpenti.

Si possono fare alcune previsioni, che sono peraltro agevoli e sottoponibili alla verifica dei fatti nei prossimi mesi e anni:

1) forte attenzione al tema della mobilità interregionale e tra le Unità sanitarie locali con riflessi sociali non facilmente governabili (ulteriori spinte ai regionalismi e ai localismi);

2) spinte strutturali all'aumento dell'incidenza percentuale della spesa sanitaria totale (pubblica e privata) sul P.i.l.;

3) probabile diminuzione della quota di spesa pubblica rispetto alla spesa totale e possibile (anche se più incerta) diminuzione o arresto della incidenza della spesa pubblica sul P.i.l., che è l'obiettivo primario di una politica economica che ha condizionato in modo determinante la scelta di politica sanitaria;

4) probabile (anzi abbastanza sicuro nel breve periodo con rischi di effetti boomerang nel medio perio-

do), miglioramento dell'efficienza e della qualità delle prestazioni e dei servizi;

5) dubbi, o comunque effetti non facilmente rilevabili e univocamente interpretabili, sui livelli di salute che, come è stato ampiamente dimostrato, non sono direttamente correlabili alle prestazioni e ai servizi, ma a fattori più generali e complessi quali abitudini di vita, prevenzione primaria e secondaria, condizioni economiche e sociali.

Con riguardo al tema di politica economica nasce allora spontanea una domanda: il sistema economico italiano sarà in grado di sostenere un aumento della spesa sanitaria complessiva, seppure di qualità diversa rispetto a quella attuale (riduzione di quella pubblica, meglio statale, e aumento di quella privata o finanziata a livello regionale o locale)?

Stando alle « grida di allarme » che pervengono dagli U.S.A. sugli effetti negativi sulla competitività del sistema economico derivanti da un'alta incidenza della spesa sanitaria (seppure con una forte componente di spesa privata) sul P.i.l., qualche preoccupazione sul piano economico, per non scomodare quelli sociali, etici e della equità, potrebbe nascere anche per il nostro Paese.

Politiche di responsabilizzazione e di equilibrio

Un aspetto qualificante del nuovo sistema è dato dalla rinuncia all'idea di poter governare centralmente il sistema sanitario, ossia la rinuncia al cosiddetto modello di « centralismo tecnocratico ». Il nuovo modello si fonda sull'idea forza che un sistema complesso e strutturalmente articolato può raggiungere e cercare di mantenere un equilibrio accettabile se:

1) realizza una uniformità di fondo (e su questa linea si pone la definizione dei livelli di assistenza garantita) e consente una differenzia-

zione solo « in meglio » e non troppo elevata;

2) collega i risultati conseguiti da ogni parte del sistema, ad esempio i livelli assistenziali reali di ogni Regione o di ogni U.s.l., ad autonomia decisionale e all'assunzione di responsabilità.

Ne consegue un indebolimento del legame tra Stato e Regioni e un rafforzamento del legame Regioni-strutture erogatrici dei servizi che di per sé va considerato positivamente, ma che va valutato in relazione al meccanismo di riequilibrio adottato.

Lo Stato ha scelto per il 1993, ma in verità è una politica che si tenta da un paio di anni, di attuare un riequilibrio tramite la manovra delle assegnazioni correnti (assegnazione su base pro-capite). Si deve rilevare che tale meccanismo di riequilibrio è realisticamente applicabile ed efficace solo se le differenze da ridurre non sono troppo accentuate e solo se lo si pone in una logica di gradualità.

Il riequilibrio di situazioni molto differenziate, ad esempio in termini di qualità dei servizi come è il caso tra le Regioni italiane, e in tempi brevi, ossia « per discontinuità » o « a salti », si attua solo con politiche di investimento private e con programmi di sviluppo ad hoc.

La scelta di creare una « severa restrizione » del finanziamento corrente delle Regioni a più elevata spesa sanitaria, su cui non si esprimono giudizi di merito in quanto può essere motivata anche da ragioni di equità nei confronti delle Regioni meridionali, va però valutata in termini oggettivi con riguardo a possibili e probabili effetti.

1) Difficoltà di « rientro a condizioni di pareggio » delle Regioni con servizi più sviluppati a causa di:

— strutturale rapidità nel breve periodo della spesa sanitaria (anche in presenza di volontà politica, gli ospedali, gli ambulatori specialistici non si possono chiudere in poche setti-

mane o in pochi mesi e l'eventuale sovradotazione di personale non si elimina per decreto e comunque richiederebbe « ammortizzatori sociali » del tipo cassa integrazione e interventi di riorganizzazione dei servizi);

— resistenze sociali alla riduzione di qualcosa che è considerato acquisito (chi afferma che non è possibile considerare tale fattore in ragione delle esigenze di ordine superiore del Paese agisce come il classico « struzzo che mette la testa sotto la sabbia » per non affrontare problemi reali);

— vincoli normativi, in quanto non è escluso, anzi è sicuro in un Paese come il nostro dove domina il diritto formale, che siano rimaste in vigore norme alle quali possono appellarsi i cittadini, che impediscono la realizzazione dei servizi o causano allungamento dei tempi.

2) Accentuazione delle differenze dei livelli assistenziali, poiché nelle Regioni dove il riequilibrio della spesa pro-capite ha portato ad una maggiore disponibilità di mezzi finanziari questi non potranno tradursi immediatamente in migliori livelli di servizi; mentre nelle Regioni in cui i cittadini saranno chiamati a coprire con contributi il disavanzo della sanità, si svilupperanno forti spinte contro l'accesso ai servizi da parte di cittadini di altre Regioni (ostacoli di vario tipo alla mobilità creati con sistemi difficili da prevedere, controllare e combattere) o per ottenere il pagamento a costo pieno delle prestazioni erogate (il che determina il ritorno dei fondi verso le Regioni più sviluppate).

I meccanismi di responsabilizzazione economica (obbligo al pareggio di bilancio) sono meccanismi forti che vanno utilizzati in modo « non idealistico » in quanto potrebbero determinare risultati esattamente opposti a quelli desiderati.

C'è poi il rischio, anzi la certezza

dato che alcune Regioni hanno già adottato politiche in tal senso, che le Regioni sottoposte a « restrizioni severe » del finanziamento, non intendono affatto, almeno per il primo anno, sostenere il « costo politico » della imposizione di propri contributi e trasferiscano semplicemente la « severa restrizione » del finanziamento alle U.s.l. nell'ambito del meccanismo di riparto regionale.

Ciò determinerebbe, anzi determinerà visto che è un effetto pressoché sicuro per chi conosce le dinamiche dei sistemi, un pericoloso innalzamento del livello di conflittualità sui criteri di riparto del fondo regionale e una rincorsa alla ricerca di fonti autonome di finanziamento, esempio prestazioni a pagamento che vede in posizione di vantaggio oggettivo e strutturale le U.s.l. più dotate di strutture di offerta e centripete rispetto ai flussi di popolazione.

Poiché le previsioni devono servire ai manager e ai responsabili delle politiche per attivare interventi idonei a contrastare gli effetti negativi o comunque non desiderati, si segnala ai responsabili regionali l'assoluta urgenza di adottare metodi e tecniche di riparto e di instaurare rapporti con le U.s.l. (e gli ospedali autonomi o destinati a diventare tali) sul piano politico e tecnico tali da:

— evitare l'internalizzazione del conflitto nel sistema pubblico (Regioni e U.s.l. che cercano di scaricarsi a vicenda il costo-politico e lo sforzo necessario per rispettare vincoli molto rigidi);

— evitare che si diffonda sul piano dei comportamenti tecnici e di politica locale la sindrome del « si salvi chi può » che porterebbe le realtà forti a essere sempre più forti e le realtà deboli ad essere sempre più deboli, ossia ad una divaricazione crescente tra « realtà centrali » (dotati di servizi e strutture capaci di attrarre domanda per prestazioni a pagamento) e « realtà periferiche »;

— lanciare invece « progetti di riorganizzazione della rete di offerta » e di « risanamento finanziario » capaci di riattivare sforzi congiunti e sinergici e di mettere in circolo energie e tensioni positive di chi intende accettare la sfida del rinnovamento.

Concorrenza o competizione nel sistema di offerta

Connaturali ai sistemi pubblici e quindi ad essi intrinsecamente correlati sono gli effetti di:

— progressivo affievolimento degli stimoli al rinnovamento, al miglioramento delle strutture di offerta dei servizi dovuta al fatto che la loro esistenza è garantita o è legata a « scelte di politica generale » esterne;

— rafforzamento della « cultura della sopravvivenza » delle strutture di offerta che si traduce nello sviluppo di competenze, professionalità e azioni rivolte a motivare il proprio permanere e nell'attenuazione della « capacità di reazione » alle dinamiche dell'ambiente e dell'« interesse all'adattamento » alle nuove caratteristiche della domanda.

Si tratta di una legge ferrea alla quale non potevano sfuggire i sistemi sanitari pubblici. Ciò spiega perché in questo momento storico tutti i Paesi con « sistemi pubblici » dalla Gran Bretagna al Canada, ai Paesi nord-europei, all'Italia, siano percorsi da esigenze di introdurre elementi di concorrenza idonei a controbilanciare i suddetti comportamenti negativi.

Va peraltro sottolineato che Paesi con sistemi privatistici e assicurativi sono percorsi in questo momento storico da esigenze per certi versi opposte, miranti cioè a bilanciare altri tipi di effetti negativi, quali ad esempio l'esplosione della spesa sanitaria.

Per ritornare al tema che interessa in modo particolare il nostro Paese e che è uno degli assi portanti del riordinamento del S.s.n., occorre tenere ben distinti due concetti:

— lo stimolo al miglioramento e al cambiamento che è connaturato all'idea del « confronto con altri » (competizione);

— i meccanismi ai quali viene affidata la funzione di rendere più forte e generalizzato lo stimolo al miglioramento.

Con riguardo al primo aspetto occorre chiarire che lo stimolo alla competizione, tensione a far meglio di altri, può manifestarsi nelle due specie di:

— competizione concorrenziale, nella quale la ricerca di fare meglio, di superare gli altri ammette anche azioni aventi lo scopo di ridurre la capacità degli altri di raggiungere il proprio obiettivo: nel caso della sanità ciò può voler dire che una struttura di offerta, pubblica o privata, cerca il proprio successo sottraendo con ogni mezzo (ovviamente lecito) domanda ad altra struttura o cogliendo temporanee difficoltà di altre strutture per costringerle a chiudere;

— competizione collaborativa nella quale la ricerca del proprio successo non può avvenire a danno di altri: ad esempio nella sanità ciò può voler dire cercare il proprio successo (anche economico) attraverso l'individuazione e la soddisfazione di aree di bisogni e di domanda in precedenza non soddisfatti, senza andare in rotture di collisione con altre strutture di offerta.

La competizione concorrenziale, o concorrenza tout court, è la logica costituente del meccanismo di mercato, mentre la competizione collaborativa è la logica costitutiva di quelle politiche pubbliche che intendono realizzare un coordinamento dei sistemi di offerta tramite regole e strumenti « non burocratici ».

Si tratta di una distinzione non razionale se si considera che i meccanismi attraverso cui le moderne società cercano di sviluppare stimoli al miglioramento sono riconducibili alla fattispecie di:

— mercato libero, che rappresenta il limite estremo della logica concorrenziale;

— mercati autoregolati, in cui i partecipanti alla competizione ritengono utile o necessario darsi delle regole di comportamento esplicite per evitare effetti ritenuti perversi (ad esempio azioni concorrenziali con rischio di reciproca distinzione);

— mercati regolati, in cui sono presenti soggetti privati, ma sono presenti anche limitazioni alle azioni concorrenziali imposti dalle autorità pubbliche per salvaguardare interessi di ordine generale;

— sistemi di public competition, nei quali esistono soggetti pubblici, esempio le U.s.l., o gli ospedali pubblici, con ampia autonomia decisionale (aziende) governate da regole di incentivi-disincentivi rispetto a certi comportamenti desiderati o non desiderati dal livello decisionale « superiore » ad esempio la Regione;

— politiche pubbliche basate su standard di funzionalità e di efficienza, che rappresenta il limite estremo della logica della competizione collaborativa, e che si differenzia dal sistema di « competizione pubblica » in quanto riconosce minore margine di autonomia decisionale alle « entità che erogano servizi », le quali sono chiamate a rispettare gli standard loro imposti e si configurano come semplici « strutture tecniche » e non come « vere e proprie aziende ».

Nel dibattito culturale oggi in atto nel nostro Paese si osserva un singolare « eccesso di semplificazione » in quanto si afferma spesso che stimoli al cambiamento, al miglioramento, all'innovazione possono venire solo dal mercato, dalla concorrenza, dalla logica privatistica. A parte il fatto che i concetti di mercato e di concorrenza sono alquanto generici e vanno specificati in relazione alla struttura della domanda e dell'offerta e al tipo di « regole » entro cui si svolge il confronto, si rileva che:

— il meccanismo di coordinamento di attività complesse definito come « mercato » (libero o regolato) genera stimoli al miglioramento collegati principalmente, anche se non esclusivamente, al « calcolo di convenienza »;

— il meccanismo dell'intervento pubblico, delle politiche pubbliche genera stimoli al miglioramento legati ad altri principi-valori quali il solidarismo, il senso del dovere, il senso di appartenenza, la ricerca del prestigio o del potere che sono più o meno forti nei diversi Paesi, nei diversi periodi storici e nelle diverse culture, filosofie di vita, concezioni etiche, morali e religiose.

Queste precisazioni devono indurre a riflettere attentamente su alcuni messaggi forti sbandierati, a volte a sproposito, a sostegno della politica di riordino del sistema sanitario.

PRIMO. Ad onore e in difesa della dignità, della professionalità e dell'impegno di centinaia e migliaia di operatori della sanità pubblica occorre affermare una volta per tutte che stimoli al miglioramento o all'innovazione non sono legati solo all'introduzione della logica privatistica e al calcolo di convenienza, ma possono derivare anche dalla introduzione di sistemi idonei a rilevare, distinguere e valorizzare comportamenti coerenti con le esigenze di dare risposte a bisogni di salute e penalizzare comportamenti con tali esigenze, comportamenti che possono essere dettati da principi-valori non necessariamente riconducibili al criterio della massimizzazione del risultato economico, dell'azienda o del reddito delle persone.

SECONDO. Escludendo che si pensi ai modelli estremi del « mercato libero », impensabile per ragioni « tecniche » per la sanità, o alla riesumazione di « politiche pubbliche tecnocratiche », resta da chiarire se i sostenitori della logica del mercato e della concorrenza nel sistema sanitario abbiano in mente un sistema

di mercato autoregolato, di mercato regolato da autorità pubbliche (ipotesi che sembra la più rispondente alle dichiarazioni ufficiali), o di « competizione pubblica ».

TERZO. Il teorema chiave della concorrenza (o della competizione?) pubblico-privato dovrebbe essere applicato con non poche cautele in quanto oggi significherebbe stabilire un confronto, una competizione tra « realtà non omogenee ». Infatti:

1) anche le future « aziende pubbliche » sono sottoposte a regole decisionali e di funzionamento che ne vincolano e ne impediscono grandemente la gestione rispetto al privato (esempio: procedure formali, rispetto di tempi burocratici, pubblica amministrazione, norme contabili, ecc.);

2) per contro le « aziende private » che operano nella sanità sono meno garantite di quelle pubbliche e, in mancanza di una vasta domanda di tipo privato o di un ampio sistema assicurativo, rischiano di essere subordinate alle scelte del finanziamento pubblico (politiche dei convezionamenti);

3) nonostante le recenti modifiche, il sistema del pubblico impiego rende il fattore personale assai meno flessibile nell'ambito pubblico rispetto al privato: e nel settore dei servizi sanitari questa è una variabile competitiva chiave;

4) il privato può scegliere ambiti competitivi, ad esempio specializzarsi per certi servizi, e può attivare politiche esplicite (o implicite) di selezione della domanda, mentre l'azienda pubblica, ad esempio la U.s.l., in ragione della sua funzione deve « competere su tutto il fronte dei servizi » ed non può attivare politiche attive di selezione: quindi con riguardo ai « costi unitari di produzione » di singole prestazioni e di specifici servizi, l'azienda pubblica sarà perdente per definizione nei confronti di qualche azienda privata, mentre diverso è il discorso quando si faccia

riferimento al confronto su « aree ampie di servizi », nel qual caso si hanno condizioni di maggiore omogeneità e confrontabilità;

5) nonostante le recenti normative sulla incompatibilità e sulla esclusività del rapporto di lavoro, sono strutturali le forme di insider-trading o di « concorrenza sleale » a danno della struttura di offerta pubblica e a vantaggio delle strutture private (ad esempio creazione di code e di liste di attesa nel pubblico per orientare domande verso il privato).

Più che teorizzare e propugnare la concorrenza pubblico-privato sono necessarie in questo periodo storico, politiche idonee a:

1) migliorare la componente pubblica del sistema attraverso meccanismi di « competizione pubblica »;

2) razionalizzare il settore di offerta « privata » tramite forme di rapporti capaci di premiare le aziende private « imprenditoriali » e disposte ad assumersi il rischio imprenditoriale, rispetto alle aziende priva-

te « assistite » e « garantite » che sfruttano le inefficienze del settore pubblico spesso causate artatamente;

3) creare condizioni per lo sviluppo di una forte domanda privata che può aiutare a razionalizzare il settore di offerta privata;

4) passare in un secondo tempo ad una diretta competizione tra aziende pubbliche e private, quando esisteranno condizioni maggiormente omogenee e la competizione potrà avvenire in un sistema di vincoli-opportunità diversi, ma equiparabili.

Molti oggi parlano di mercato e di concorrenza senza pensare al fatto che il mercato non è un « meccanismo neutrale » regolato dalla « mano invisibile ». Il mercato è un « meccanismo » (istituzionale), il cui funzionamento dipende:

— dalla struttura della domanda e dell'offerta;

— dal grado di autonomia decisionale effettiva dei « soggetti » (fisici o giuridici) che in esso operano;

— dai valori delle persone che prendono decisioni sia quando agi-

scono come individui (persone che decidono di farsi curare in un ospedale o in un altro, medici che consigliano ai pazienti di stare tranquilli o di fare una serie di accertamenti per il solo motivo di creare domanda per certi laboratori) o in quanto « titolari di certe funzioni o posizioni di responsabilità » nell'ambito di istituzioni-aziende pubbliche o private;

— dai comportamenti assunti in relazione alle regole esistenti (ad esempio sul finanziamento).

Con un decreto o una legge si può introdurre la logica, la filosofia del confronto competitivo e concorrenziale, ma l'efficiente funzionamento del mercato, più o meno regolato, o del sistema di « competizione pubblica » si ottiene rafforzando l'autonomia decisionale, la professionalità e la « capacità di competere » delle aziende messe a confronto e, soprattutto, realizzando condizioni per un confronto reciprocamente sostenibile.

Questa è la vera sfida per il nuovo Servizio sanitario nazionale.

IL RIORDINO DEL S.S.N.: COMMENTI DALL'EUROPA

Mecosan ha interpellato una serie di esperti in diversi Paesi del mondo sui recenti provvedimenti di riforma del Servizio sanitario nazionale italiano. Gli esperti selezionati hanno tutti una conoscenza significativa del nostro sistema, alcuni di loro hanno anche pubblicato articoli sulla sanità italiana in riviste internazionali. I commenti si basano su una sintesi degli aspetti salienti del decreto delegato 502/92 predisposta dalla redazione e distribuita a tutti gli esperti. In questo numero pubblichiamo tre contributi europei, provenienti dalla Gran Bretagna, dalla Francia e dalla Svizzera. Altri seguiranno nei prossimi numeri.

Speranze, timori e opportunità mancate

di Martin McKee

*Health Services Research Unit
London School of Hygiene
and Tropical Medicine*

SOMMARIO: Introduzione - Equità: gli effetti della regionalizzazione; gli effetti del ticket; gli effetti del finanziamento separato degli ospedali - Efficacia: l'impatto dei livelli uniformi di assistenza; l'impatto del general management - Opportunità mancate - Supportare e verificare l'applicazione della riforma - Conclusioni.

Introduzione

Dopo una lunga gestazione e sollevando grandi discussioni, il governo italiano ha finalmente approvato un pacchetto di riforme mirate a contrastare la crisi sempre più grave in cui versa il sistema sanitario. La riforma è espressione di un processo più ampio che sta prendendo piede in tutti i paesi industrializzati.

La crescita dei costi, alimentata dall'invecchiamento della popolazione e dal progresso della tecnologia, induce i governi a percorrere nuove vie per spendere meglio il denaro a disposizione.

In Italia il processo di riforma è legato anche alla necessità di far fronte allo spropositato deficit di bilancio e alla consapevolezza che la partecipazione a una più stretta unione monetaria europea richiede rigide politiche fiscali piuttosto che facile retorica. La riforma punta a ridurre la spesa sanitaria a livello statale seguendo due strategie: incremento dell'efficienza da un lato, trasferimento di parte dei costi sulle

spalle delle regioni e dei cittadini dall'altro lato.

Come per le riforme in corso negli altri paesi europei, molti commentatori si sono concentrati sulle attese di miglioramento dell'efficienza. In questa nota mi occuperò, invece, dei probabili effetti sull'equità distributiva, sulla qualità e sull'efficacia dei servizi. Infine, prenderò in considerazione alcune modalità per verificare la progressiva attuazione delle riforme, in modo da adottare in tempo eventuali correttivi.

Equità

Gli effetti della regionalizzazione

La riforma si propone esplicitamente di ricomporre gli squilibri storici tra le diverse regioni. È da tempo evidente come le regioni meridionali abbiano goduto di un minore investimento pubblico in strutture sanitarie rispetto a quelle centro-settentrionali. Entro certi limiti, il ridotto investimento è stato compensato da un maggiore ricorso alle convenzioni con struttu-

re private. Questa pratica ha avuto un effetto negativo sull'equilibrio nord-sud e i cittadini meridionali hanno reagito curandosi al nord in grande numero.

Il passaggio dal finanziamento sulla base della spesa storica alla quota capitaria dovrebbe, in teoria, ridurre le disuguaglianze, specialmente se saranno applicati i correttivi previsti per tenere conto dei livelli storici di investimento nelle strutture sanitarie. Il periodo triennale di transizione previsto dalla legge a favore delle regioni che attualmente erogano livelli di assistenza superiori a quelli « uniformi » offre a queste ultime l'opportunità di ridurre gradualmente i servizi e le strutture. Ma l'esperienza vissuta in Gran Bretagna (1) con la formula RAWP (Resource Allocation Working Party), che mirava ad analoghi obiettivi di riequilibrio, indica una scarsa possibilità di successo.

In Italia le speranze sembrano ancora minori per la limitata capacità o volontà da parte delle regioni di colmare il divario tra entrate e spese facendo ricorso a fonti diverse da quella statale, come l'imposizione di tasse locali o l'incremento dei ticket. Le enormi differenze tra regione e regione nella propensione ad attivare canali locali di finanziamento porterà probabilmente a disuguaglianze ancora più marcate.

Gli effetti del ticket

Anche se le strategie adottate dalle regioni saranno molto diverse, è probabile che molte prendano in considerazione l'ipotesi di aumentare i ticket. Il ticket viene visto spesso come fonte di entrata, ma in questo ruolo è limitato dal fatto che la quota pagata dal cittadino non può essere troppo elevata, e dall'esigenza politica di concedere l'esenzione ai maggiori utilizzatori di servizi. Invece si può discutere sul fatto che il ticket rappresenti una modalità per contenere l'utilizzazione dei servizi. Si può prevedere, infatti, che ulteriori costi imposti ai pazienti in aggiunta ai ticket esistenti riducano l'utilizzazione dei servizi cui sono applicati. Nel RAND Health Insurance Experiment (2) [un esperimento condotto per il governo federale statunitense, rivolto a determinare l'effetto di diversi regimi

assicurativi sulla domanda di servizi sanitari; n.d.r.], le visite ambulatoriali risultavano superiori del 63% in un regime di completa gratuità rispetto a un regime alternativo che prevedeva un ticket pari a 95% del costo della prestazione (3).

Inoltre, il ticket colpisce più pesantemente i cittadini più poveri, poiché sottrae a questi ultimi una quota in proporzione maggiore del proprio reddito spendibile. Lo studio della RAND ha dimostrato come le persone con redditi più bassi costrette a pagare un ticket siano meno propense a farsi assistere per problemi minori rispetto a coloro che fruiscono di servizi gratuiti (4). Risultati analoghi sono stati ottenuti anche in altri contesti (5). Una riduzione dell'utilizzazione dei servizi è accettabile se le prestazioni risparmiate sarebbero state « superflue », ma lo stesso esperimento ha anche dimostrato come il numero di ospedalizzazioni « improprie » (oltre 20% del totale) rimanga pressoché invariato, con e senza ticket (6). Comunque, bisogna tenere presente che gli effetti sulla salute di una riduzione della domanda di servizi sono tuttora incerti, e che l'esperimento della RAND ha concluso che i ticket hanno in generale un effetto limitato sullo stato di salute della popolazione, tranne che in aree geografiche a basso reddito e con scarso livello iniziale di salute (7).

È difficile dire fino a che punto queste considerazioni siano applicabili in contesti diversi da quello americano, certamente creano qualche motivo di preoccupazione rispetto alla possibilità che un aumento dei ticket aumenti le disuguaglianze tra ricchi e poveri nello stato di salute.

Gli effetti del finanziamento separato degli ospedali

Anche il finanziamento separato degli « Ospedali di alta specialità e di rilevanza nazionale » può porre problemi di equità distributiva. L'esistenza di ospedali autonomi crea situazioni paradossali in cui coloro che vivono in prossimità dell'ospedale ottengono agevolmente servizi specialistici, mentre hanno difficoltà di accesso ai servizi di routine. In Gran Bretagna gli abitanti dei distretti [corrispondenti alle

U.s.l. italiane; n.d.r.] in cui opera un ospedale universitario hanno possibilità di gran lunga superiori agli altri di ottenere servizi di elevata specializzazione tecnica. Al contrario, gli ospedali universitari spesso erogano un'assistenza ospedaliera « ordinaria » di livello inferiore, poiché le risorse sono convogliate verso attività più interessanti. Quindi, le cure diventano spesso anche molto costose. Goldfarb e Coffey, negli USA, hanno riscontrato una minima differenza tra il case-mix degli ospedali universitari e quello degli ospedali non universitari, ma i primi hanno degenze più lunghe e praticano procedure di maggiore complessità (8). In Gran Bretagna, l'inclusione di molti ospedali di alta specialità nel « mercato interno » ha permesso di evidenziare questo problema e ha costretto gli stessi ospedali a rivedere le proprie pratiche. In uno dei cambiamenti più radicali previsti, molti ospedali universitari di Londra sembrano destinati a chiudere (9). In Italia c'è il pericolo che questo problema non venga a galla se al finanziamento separato, che costituisce una protezione per gli ospedali autonomi, non si affiancheranno adeguati meccanismi concorrenziali.

Efficacia

L'impatto dei livelli uniformi di assistenza

I livelli uniformi di assistenza definiti dal Ministro della sanità offrono, in linea di principio, uno strumento per aumentare l'efficacia complessiva del sistema sanitario. Questo risultato si potrebbe ottenere riducendo i servizi « impropri », con un'operazione diversa dal razionamento, che invece prevede un contenimento dei servizi necessari per esigenze di ordine economico. Tuttavia, è estremamente difficile stabilire quali servizi siano realmente efficaci: poiché pochi interventi sono sempre efficaci, si tratta più spesso di identificare i pazienti che ne possono beneficiare.

Nella pratica sono stati adoperati diversi approcci, complementari tra loro. Il più semplice prevede la definizione di una lista di procedure da non erogare a nessuno, come è stato fatto da una regione in Gran Bretagna quando ha bandito gli in-

terventi per rimozione di tatuaggi o per vene varicose (10). Tuttavia, le procedure palesemente non necessarie sono ben poche e la decisione di escluderle, quando è stata assunta, non si basava su prove inconfutabili, con la conseguenza di accese discussioni e accuse di arbitrarietà. Le procedure interessate sono spesso poco costose e la loro cessazione ha un effetto minimo sul bilancio della sanità.

Un approccio alternativo consiste nell'accettare gli interventi esistenti, imponendo però uno stretto controllo sull'introduzione di nuove tecnologie. Questo richiede innanzitutto l'istituzione di uno o più centri deputati alla valutazione delle stesse tecnologie e, ciò che è più difficile, l'applicazione delle linee guida suggerite.

L'alternativa è semplicemente regolare l'offerta e regolare la domanda. Nel primo caso si raggiungerebbe l'obiettivo vietando agli ospedali finanziati attraverso canali pubblici di acquistare le attrezzature ritenute inefficaci, analogamente a quanto accade nel sistema americano con il « Certificate of Need » (11). Una misura di questo tipo sarebbe difficilmente applicabile in Italia, in presenza di numerosi ospedali che trattano sia pazienti coperti dal Servizio sanitario nazionale che pazienti paganti. Il controllo della domanda, invece, si può ottenere rifiutando di rimborsare gli ospedali per i trattamenti che fanno uso della particolare tecnologia, ma questo richiede l'esistenza di una efficiente contabilità analitica, con considerevoli costi amministrativi.

L'impatto del general management

L'introduzione del direttore generale potrebbe essere il catalizzatore dei cambiamenti nell'organizzazione dei servizi a livello locale, facilitando l'introduzione di pratiche cliniche innovative e promuovendo un'assistenza più efficace ed efficiente. Per esempio può aumentare il ricorso all'assistenza ambulatoriale e possono migliorare i collegamenti tra medicina di base e specialistica. Comunque, è difficile dire fino a che punto questi cambiamenti prenderanno piede. Molti esperti hanno messo in evidenza la relativa carenza di forma-

zione manageriale nel settore sanitario (12, 13). Nello sviluppo di nuovi programmi si dovrà tenere conto del ruolo che avranno i futuri manager: in molti paesi, Gran Bretagna inclusa, i manager gestiscono direttamente solo una piccola parte delle attività del sistema sanitario. Si occupano soprattutto di servizi collaterali, mentre la gestione delle attività cliniche è lasciata ai medici.

Ottimi risultati si possono ottenere quando manager e medici lavorano insieme, ma ogni forma di collaborazione richiede una fiducia reciproca e un linguaggio comune. Nel caso particolare, richiede ai manager una conoscenza di base delle tecniche di ricerca sui servizi sanitari.

Opportunità mancate

Come forse era inevitabile, la riforma sembra concentrarsi soprattutto sul settore secondario e su quello terziario dell'assistenza, ponendo meno attenzione alla medicina di base.

In realtà, molti problemi sanitari potrebbero essere affrontati in modo più efficace nell'ambito della medicina di base da gruppi di medici adeguatamente addestrati oppure in collaborazione con gli ospedali (14). Simili approcci rappresentano modelli di assistenza più accessibili e più accettabili per il paziente, e sono spesso più efficaci nel tenere sotto controllo l'evoluzione di particolari patologie. Sono sempre di più le dimostrazioni che un'assistenza di base di buona qualità può prevenire la progressione e la riacutizzazione di molte malattie croniche, con conseguente riduzione dei ricoveri ospedalieri (15).

In Italia la medicina di base ha bisogno da molto tempo di essere riformata: la maggior parte dei medici lavorano ancora individualmente, senza il supporto di altri professionisti e di adeguati sistemi informativi (12). Il sistema attuale di remunerazione, basato sulla quota capitaria, costituisce un forte incentivo al ricovero ospedaliero e scoraggia l'adozione di forme innovative di trattamento. La previsione di pagamenti a prestazione per alcuni servizi nella futura convenzione permetterà di correggere alcuni difetti della quota capita-

ria, ma l'esperienza britannica suggerisce la necessità di uno stretto controllo, per evitare la « creazione » di domanda da parte del medico. Sarà un problema per il governo scalfire l'indipendenza dei medici di base, ma questa misura potrebbe rivelarsi indispensabile. È un peccato che la riforma non sia servita per introdurre cambiamenti più profondi in questo settore.

Supportare e verificare l'applicazione della riforma

Gli esperti hanno puntato l'attenzione soprattutto sugli effetti a livello locale e regionale, ma la decentralizzazione del sistema ha conseguenze importanti anche per il Ministero della sanità. Con l'accentuazione della responsabilità regionale per l'erogazione dei servizi, il Ministero perde molte delle proprie attuali funzioni. Molti di coloro che vi operano possono considerare il cambiamento come una minaccia, ma non sarà necessariamente tale. Con un approccio più positivo si può intravedere l'opportunità di concentrare finalmente l'attività del Ministero sui compiti che possono essere svolti più adeguatamente a livello centrale. Tra questi, lo sviluppo di una strategia nazionale mirata a specifici obiettivi per il miglioramento dello stato di salute della popolazione italiana, considerando tutte le determinanti della salute e non solo i servizi sanitari. La pubblicazione del documento « The Health of the Nation » (16) in Gran Bretagna è un esempio di ciò che potrebbe essere fatto, anche se i ripetuti fallimenti del Ministero nel tentativo di produrre un piano sanitario nazionale non sono certo incoraggianti.

Il Ministero dovrebbe anche assumere il compito di verificare l'impatto della riforma, in collaborazione con altre organizzazioni esistenti come l'Istituto superiore di sanità e l'Istat. Infine, se i manager locali cercheranno di introdurre modelli innovativi di assistenza, il Ministero dovrebbe richiedere dimostrazioni di efficacia basate su apposite ricerche. Dovrebbe sviluppare il proprio ruolo in questo senso fino a divenire un'agenzia che commissioni e diffonda simili studi.

Conclusioni

La riforma offre una concreta opportunità per risolvere alcuni dei più importanti problemi del Servizio sanitario nazionale. In particolare, la definizione dei livelli uniformi di assistenza e l'introduzione del general management potrebbero facilitare la riduzione dei trattamenti inefficaci. Non sarà comunque un'operazione facile, e bisognerà meditare le soluzioni più adeguate per attuare la selezione dei servizi. I probabili effetti sull'equità del sistema sono meno promettenti, ed esiste il pericolo che la disforme capacità di attivare canali di finanza locale da parte delle regioni esaspererà le disuguaglianze. A livello individuale, un incremento ulteriore dei ticket potrebbe acuire gli svantaggi per i meno abbienti. Ma la mia preoccupazione più grande riguarda l'apparente mancanza di una chiara strategia per verificare l'attuazione e l'impatto delle riforme, e quindi la capacità di adottare i correttivi giusti al momento giusto.

Spetta al Ministero della sanità rispondere a questa sfida.

BIBLIOGRAFIA

- (1) SMITH J. - *RAWP revisited*. Br Med J 1987; 295: 1015.
- (2) WARE JE, BROOK RH, ROGERS WH, KEELER EB, DAVIES AR, SHERBOURNE CD, GOLDBERG GA, CAMP P, NEWHOUSE JP - *Comparison of health outcomes at a health maintenance organisation with those of fee-for-service care*. Lancet 1986; i: 1017-22.
- (3) MANNING WG, NEWHOUSE JP, DUAN N et al. - *Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomised experiment*. Amer Econom Rev 1987; 77: 251-77.
- (4) LOHR KN, BROOK RH, KAMBERG CJ, GOLDBERG GA, LIEBOWITZ A, KEESEY J, REBOUSSIN D, NEWHOUSE JB - *Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment: diagnosis and service - specific analyses in a randomised controlled trial*. Med Care 1986; 24 (suppl.) S1-87.
- (5) HOLTMAN AG, OLSEN EO - *The demand for dental care: a study of consumption and household production*. J. Human Res 1976; 11: 546-60.
- (6) SIU AL, SONNENBERG FA, MANNING WG, GOLDBERG GA, BLOOMFIELD ES, NEWHOUSE JP, BROOK RH - *Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans*. N Engl J Med 1986; 315: 1259-66.
- (7) BROOK RH, WARE JE, ROGERS WH, KEELER EB, DAVIES AR, DONALD CA, GOLDBERG GA, LOHR KN, MASTHAY PC, NEWHOUSE JP - *Does free care improve adults' health: Results from a randomized controlled trial*. N Engl J Med 1983; 309: 1426-1434.
- (8) GOLDFARB MG, COFFEY RM - *Case-mix differences between teaching and non-teaching hospitals*. Inquiry 1987; 24: 68-84.
- (9) UK Government. *Report of the inquiry into London's health service, medical education, and research. Presented to the Secretaries of State for Health and Education by Sir Bernard Tomlinson*, October 1992. HMSO, London 1992.
- (10) DIXON J, WELCH HG - *Priority setting: Lessons from Oregon*. Lancet 1991; 337: 891-4.
- (11) GROSSER RC, ARMSTRONG MI, HORNIK JA - *Developing new certificate of need regulations for inpatient care of children in New York State*. Hosp Community Psychiatry 1991; 42: 829-33.
- (12) GARATTINI L. - *Italian Health Care Reform*. University of York/King's Fund College/CeRGAS, York, 1992.
- (13) BERMAN PC (Ed.) - *Management education and training in the health sector: A perspective for Italy*. EHMA, Dublin, 1991.
- (14) BRAZIL R, MITCHELL J - *Dare to be different*. Health Serv J 1993; 103 (5340): 29.
- (15) BILLINGS J, HASSELBLAD V - *A preliminary study: Use of small area analysis to assess the performance of the outpatient delivery system in New York City*. Reporter prepared for the Health Systems Agency of New York City, November 1989.
- (16) UK Government. *The Health of the Nation. A consultative document for health in England*. HMSO, London, 1991.

È quasi un peccato cambiare le U.s.l.

di Alain Jourdain

Ecole Nationale de la Santé Publique

Per l'osservatore francese le U.s.l. sono davvero qualcosa di interessante. Con un bacino di utenza pari a circa 100.000 abitanti, la scelta della posizione geografica è in genere dettata dalla presenza di uno o due presidi ospedalieri pubblici in grado di offrire le prestazioni mediche di base, e di alcuni centri ospedalieri privati. le U.s.l. assicurano le prestazioni di medicina di base e i servizi di primo soccorso, garantendone il coordinamento, promuovono cioè una reale politica di sanità pubblica, ciò che non siamo in grado di realizzare in Francia. Nel nostro sistema sanitario questo livello geografico non è che una ripartizione amministrativa, dove si determinano i bisogni sanitari (Carta sanitaria), e alcune politiche di settore (protezione della maternità e dell'infanzia, salute mentale, ecc.), ma le decisioni strategiche (e di bilancio) sono prese a livello di Dipartimento (i Dipartimenti corrispondono approssimativamente alle province italiane, per dimensione). Detto questo è facilmente prevedibile ciò che accadrebbe in Francia se gli uomini politici dovessero gestire il settore sanitario a livello locale: preoccupati della difesa dei consumatori nel proprio collegio elettorale piuttosto che dell'equilibrio dei conti pubblici nazionali, non si renderebbero certo protagonisti di una redistribuzione delle risorse, che richiederebbe misure impopolari, come la soppressione di servizi non strettamente necessari.

La riforma sanitaria dello scorso dicembre tenta di rispondere, tra l'altro, alla crescita spropositata della spesa causata dal controllo delle U.s.l. da parte dei politici. Le soluzioni proposte sembrano, almeno sulla carta, ben calibrate: nomina da parte della Regione di un Direttore generale indipendente dal mondo politico, ampliamento del bacino di utenza per le U.s.l., maggiore autonomia gestionale agli ospedali. Questa riforma trasforma il ruolo delle U.s.l. che passano, almeno in parte, dalla gestione diretta dei servizi sanitari a una posizione di acquisto dei servizi stessi, con un processo in qualche modo simile a quello vissuto dalle DHA (District Health Authorities) in Gran Bretagna che da « provider » sono diventate principalmente « pur-

chaser ». Questa evoluzione pone, a mio avviso, diverse questioni che la nostra posizione di osservatore straniero ci autorizza a sollevare in tutta innocenza.

1) L'aumento di dimensione del livello operativo locale (oggi con bacino d'utenza di circa 100.000 cittadini, forse il doppio o anche di più in futuro), insieme alla soppressione del controllo politico interno, potrebbe rivelarsi anche dannosa per le politiche di sanità pubblica, perché tende a spostare l'asse delle relative decisioni verso il livello politico regionale, mentre molte decisioni operative devono necessariamente essere assunte a livello di comunità locale per risultare adeguate (scelta del tema e del pubblico di riferimento di una campagna di prevenzione, apertura di centri medici, ecc.).

2) I rapporti tra le U.s.l. e i politici locali rischiano di diventare più difficili: i manager della sanità avranno più elevata professionalità rispetto al passato, ma saranno costretti a fare riferimento per le decisioni più importanti (ad esempio, la soppressione di un servizio) a un livello politico più elevato, dove il « mestiere » politico è più forte. E in caso di disaccordo persistente si rischia di vedere assumere un ruolo d'arbitro al governo centrale, sotto la pressione di politici con capacità di influenza ancora più elevate. Questo è esattamente ciò che è accaduto in Francia, quando le « domande di deroga » proposte dai deputati sommersero letteralmente il Ministero della sanità a Parigi, finché il loro disbrigo non divenne l'attività principale dello stesso Ministero! Una possibile risposta a questo problema può essere data da un livello regionale politicamente forte, come sembra essere nel caso italiano, dove la Regione giochi un ruolo determinante nel finanziamento dei servizi sanitari.

3) L'autonomia degli ospedali è un punto chiave della riforma: finanziati in funzione della quantità e della qualità delle prestazioni rese, si rischia che gli ospedali perseguano esclusivamente i propri obiettivi particolaristici. Come è possibile, in questa situazione, assicurare che gli obiettivi del servizio pubblico siano perseguiti cor-

rettamente (urgenza, assistenza della fascia di popolazione più debole, formazione dei professionisti sanitari, ecc.), soprattutto se gli ospedali privati vedranno crescere il proprio peso? Gli istituti di cura aumenteranno certamente la propria efficienza, ma bisognerà stare molto attenti alla eventualità che sorgano seri ostacoli ogni volta che si intraprenda un delicato processo di cambiamento (fusione di due istituti, ristrutturazione di un presidio ospedaliero, collaborazione tra servizi pubblici e privati, ecc.). Il rischio di complicazioni è forte, tenuto conto dell'influenza che potrà comunque essere esercitata dai politici locali (4).

I provvedimenti contenuti nel testo della riforma lasciano ragionevolmente sperare che gli obiettivi siano conseguiti con successo, ma non si può trascurare la difficoltà del compito e il rischio che i cambiamenti non si realizzino come dovrebbero, soprattutto quelli relativi all'autonomia delle aziende ospedaliere. Se si tralascia il problema risolvibile della misurazione della quantità e qualità delle prestazioni erogate, rimane da vedere l'effetto sulla domanda di servizi.

Infine voglio segnalare un aspetto potenzialmente interessante della riforma, introdotto con i provvedimenti di finanza pubblica immediatamente precedenti: il tentativo di aggiustare la quota di partecipazione alla spesa da parte del paziente in

funzione del reddito. Recenti studi realizzati in Francia in relazione al piano di finanziamento del sistema sanitario hanno mostrato che sebbene il nostro sistema sanitario sia relativamente equo in termini complessivi, tuttavia risulta fortemente discriminatorio in alcuni settori (ad esempio, l'assistenza specialistica), a causa del ticket introdotto come calmiera della domanda. Una esperienza sulla modulazione del ticket in funzione del reddito può rivelarsi interessante, con il tempo il caso italiano ci potrà dire se gli effetti negativi (che i cittadini sperimentano soprattutto sotto il profilo burocratico) non siano superiori ai benefici che si possono conseguire (5).

BIBLIOGRAFIA

(1) TORDEUX J. - *Legislation hospitalière, tome II*. Rennes, Editions ENSP, 1988.

(2) MOREAU I, BELET F. - *Lifting d'urgence du système sanitaire*. Espace Social Europeen, 1993; 193.

(3) DE FORGES JM. - *La réforme hospitalière de 1991*. Revue Detroit sanitaire et social 1991; 27.

(4) MOUGEOT M. - *Le système de santé économique 1986*.

(5) ROCHEFORT R, MEYER C. - *Rapport du groupe « inégalités dans le système de santé »*. Commissariat au plan, la documentation française (in stampa).

Un grande assente: il paziente consumatore

di G. Domenighetti

*Direttore Sezione sanitaria
del Cantone Ticino (Svizzera)*

SOMMARIO: Premessa - Le principali riforme proposte dal decreto n. 502 - Il paziente-consumatore.

Non è facile per chi, come me, vive a ridosso del confine ed è un regolare lettore ed ascoltatore dei media italiani, dare un commento sulla riforma sanitaria fondandosi esclusivamente sui testi di legge approvati in dicembre dal Parlamento italiano. Non possono quindi essere dimenticati, almeno a livello di « premessa », quelli che Garattini ha chiamato uno dei « mali italiani » (1), cioè lo scollamento tra la lettera e lo spirito della legge e la sua attuazione pratica, come pure l'importante politicizzazione (in senso partitico clientelare) che caratterizza l'organizzazione e la gestione dei servizi pubblici ed infine la diffusa percezione, a livello di opinione pubblica, di sfiducia nell'efficienza della pubblica amministrazione e quindi del ruolo dello Stato che ha generato frustrazione, impotenza e fatalismo a livello individuale e collettivo e, di riflesso, creato la cultura dell'« anti-statp » (2). Altre due considerazioni devono ancora essere fatte. La prima è che la riforma varata in dicembre ha prodotto importanti contrasti già a livello di Governo. Mentre scrivo l'artefice della riforma, il ministro De Lorenzo, ha lasciato il proprio incarico e il Governo che l'ha approvata potrebbe non avere vita lunga, le Regioni hanno interposto ricorso presso la Corte costituzionale e più referendum sono stati preannunciati. Non sarebbe quindi senza fondamento attendersi modifiche legislative che potrebbero anche « snaturare » gli originali indirizzi.

La seconda è che, stante questa situazione politica, sarà in ogni caso difficile, se non impossibile, rispettare i tempi, le scadenze e le altre modalità necessari alla messa in applicazione delle disposizioni votate il 30 dicembre dal Governo. Mario Racco, commentando all'inizio di gennaio su ISIS (Informazioni stampa interesse sanitario) (il decreto delegato sulla sanità, dopo aver titolato « Tempo al Tempo » (3), osservava che « la legge delega consente al Governo, fino al 31 dicembre 1993, di emanare uno o più decreti di integrazione o rettifica..., pertanto, c'è ancora tempo e modo per cambiare ».

Le principali riforme proposte dal decreto n. 502

La riforma proposta mira a governare meglio il settore sanitario tramite una più grande decentralizzazione e autonomia decisionale a livello delle Regioni, una più chiara definizione dei confini tra il ruolo politico e quello tecnico allo scopo di perseguire una migliore efficienza di gestione, una migliore equità nell'erogazione regionale delle prestazioni tramite la definizione dei livelli uniformi di assistenza, un aumento della competitività nell'offerta e nell'acquisto di servizi e prestazioni tramite la sperimentazione di nuove forme di finanziamento.

Sostanzialmente, in estrema sintesi, la nuova normativa si prefigge (i) l'erogazione a tutta la popolazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie ritenute indispensabili (ii) aumentando nel contempo la possibilità di accesso e di scelta per quei cittadini che ne avranno le possibilità economiche.

Il tutto avrà quale prevedibile conseguenza un aumento della velocità di crescita della spesa totale e un maggior trasferimento degli oneri di finanziamento direttamente a carico dei privati cittadini.

Passando in rapida rassegna i provvedimenti più significativi si può osservare che:

— la figura del Direttore generale con contratto di diritto privato e non affiancato da organi politici è senz'altro un necessario e utile passo verso una maggiore efficienza di gestione e sveltezza decisionale. Tuttavia la scelta del Direttore sarà operata dalle Regioni. Saranno quindi i meccanismi scelti per la nomina e la valutazione dell'attività nonché il grado di indipendenza di giudizio che faranno sì che l'« influenza politica » possa restare, almeno in misura consistente, « fuori dalla porta ». Non va infine dimenticato che i dirigenti « di oggi » saranno quelli di « domani ». Corsi di formazione nel campo dell'amministrazione e della gestione dovrebbero essere previsti. A mio avviso essi devono permettere al dirigente di controllare attivamente tutto il processo decisionale com-

preso quello attinente l'efficacia sanitaria, la « quality assurance » e l'analisi del costo opportunità e non limitarsi alle sole verifiche di compatibilità economica e finanziaria. A tale proposito dovrebbero essere inclusi corsi sull'analisi dei bisogni (sanitari), sull'epidemiologia, sull'uso delle banche dati biomediche, ecc.

Una « conferenza » dei direttori generali delle U.s.l. a livello regionale dovrebbe essere istituzionalizzata anche in considerazione della diminuzione del numero di U.s.l. e del necessario coordinamento e scambio di esperienze tra circondari sanitari contigui.

— La valutazione dell'ammontare delle risorse da distribuire sulla base di una quota capitaria ha valore se fondata esclusivamente su indicatori epidemiologici, clinici e demografici e non su criteri economicistici essenzialmente derivati dalla spesa storica come invece sembra essere prevalentemente se non esclusivamente il caso.

Poiché la base della riforma dovrebbe essere la garanzia dell'erogazione dei livelli uniformi di assistenza appare indispensabile che la quantificazione monetaria di tali livelli sia effettuata tenendo conto della prevalenza e dell'incidenza della morbilità e delle invalidità rilevate in sede regionale nonché delle conseguenti possibilità, « scientificamente » e « socialmente » riconosciute, di trattamento e gestione socio-sanitarie che ne derivano.

Gli osservatori epidemiologici regionali, talvolta inesistenti e quasi sempre sottovalutati, dovrebbero assurgere al ruolo di centri per la raccolta, l'elaborazione e la valorizzazione dei dati epidemiologici necessari alle defezioni degli obiettivi d'intervento, alla quantificazione della domanda e alla successiva quantificazione monetaria delle quote capitarie in relazione all'offerta regionale esistente e, se del caso, a quella sostitutiva di altre Regioni. È ben vero che le risorse sono limitate e pertanto i livelli di assistenza ne dovranno tenere conto. Il problema diviene qui centrale e potrebbe avere conseguenze sanitarie, economiche e politiche importanti.

Infatti, o i livelli uniformi di assistenza vengono determinati in funzione delle mo-

bilità e delle invalidità epidemiologicamente e clinicamente accertate, indipendentemente dall'esistenza di una copertura finanziaria, oppure dovranno essere determinati in funzione delle risorse e non dei bisogni effettivi. Le scelte da operare e le conseguenze che ne deriveranno coinvolgeranno le più diverse tematiche legate soprattutto all'equità, al diritto delle cure, al trasferimento degli oneri di finanziamento, allo sviluppo di settori di cura privati alternativi, ecc.

— La concessione di una piena autonomia gestionale e clinica per gli ospedali classificati « di alta specialità e di rilevanza nazionale » potrebbe (non mi risulta che a tutt'oggi sia stato approvato un piano sanitario nazionale e molti regionali fanno difetto), a mio avviso, influire negativamente sul coordinamento regionale ma soprattutto su quello a livello nazionale e snaturare il concetto stesso della U.s.l.. Ciò potrebbe avvenire se i requisiti per l'identificazione di tali ospedali saranno tali da provocare un massiccio sganciamento dei presidi ospedalieri dalle Unità sanitarie locali. L'autonomia sarà ovviamente ricercata per i benefici immediatamente intuitibili che derivano dal punto di vista gestionale, di prestigio clinico. Nella misura in cui tali istituti non saranno coordinati nella loro attività sia nell'ambito regionale (e quindi anche con le U.s.l. che vi operano) sia nazionale essi potranno essere una fonte incontrollata di spesa a seguito della proliferazione delle alte specializzazioni, specialmente nelle sedi universitarie.

La « vendita » di servizi su base privata deve essere incentivata in tutti gli ospedali, compresi quelli di proprietà delle U.s.l. Negli ospedali pubblici svizzeri il 15% (massimo) dei letti di un servizio sono fatturati privatamente sia dall'ospedale sia dal medico primario che vi opera. Una tale opportunità permetterebbe una maggior competitività tra pubblico e privato nonché una maggiore « attrattività » del pubblico che sarà costretto a fornire servizi anche di « tipo alberghiero » di miglior livello.

— L'esperimento d'acquisto-vendita dei servizi previsto a partire dal 1995 (che pre-

vede l'intermediazione delle mutue) creerà praticamente due categorie di utenti; quelli afferenti, almeno temporaneamente al circuito privato, e quelli che faranno capo al « pubblico ». Al di là della diversità « formale » sarà importante sapere, in termini soprattutto di efficacia sanitaria e di « confort » per l'utente, cosa significherà in sostanza il fatto di avere come unica scelta il servizio pubblico. Ritenuto che quest'ultimo disponga delle competenze, delle capacità e delle potenzialità mediche e tecniche per erogare prestazioni sanitarie di qualità, esso avrà tempo fino al 1995 per migliorare la propria organizzazione e la propria immagine quanto all'accoglimento, al « confort » di degenza e al trattamento alberghiero dell'utente. È infatti di solito più su questi fattori che si gioca la competizione tra pubblico e privato e, più particolarmente, sulla celerità di presa a carico, la cortesia e la disponibilità del personale, l'ambiente di degenza e la qualità del servizio alberghiero.

Se il pubblico sarà in grado di riciclarsi (cosa possibile se si tien conto degli ospedali pubblici di altri paesi europei) l'esistenza di un circuito alternativo privato finanziato dalle assicurazioni non dovrebbe preoccupare.

La creazione di reparti « privati » all'interno degli istituti pubblici potrebbe avere un influsso positivo non solo a livello di opinione pubblica ma anche « di riflesso » all'interno dell'istituto stesso quale catalizzatore di una migliore organizzazione.

Il paziente-consumatore

Da una legislazione nuova ci si sarebbe potuto attendere anche basi legali che avrebbero promosso un ruolo più attivo dei consumatori nella tutela della propria salute e in vista di un utilizzo e di un accesso più consapevoli e razionali ai servizi sanitari. Il tutto anche in vista di un controllo della domanda. È unanimemente riconosciuto che la cosiddetta asimmetria dell'informazione tra offerta e domanda ha fatto sì che tutte le politiche

indirizzate ad un controllo della crescita della spesa sanitaria privilegiassero le azioni intese ad agire sull'offerta e sui produttori di cure, servizi e prestazioni, poiché in grado di determinare i livelli di consumo e indurre di conseguenza la domanda. Quelle invece rivolte ai pazienti-consumatori sono sempre state fondate sull'imposizione di ostacoli « finanziari » al consumo (ticket, franchigie, quote di partecipazione, ecc.) che si sono rilevati utili per trasferire gli oneri di finanziamento ma inefficaci nell'azione intesa a modificare i livelli del consumo e quindi la spesa totale.

E non poteva essere che così poiché è utopico pretendere, come si è fatto finora, di modificare consumi e prestazioni intimamente vissuti come legati alla speranza e alla qualità di vita, al dolore ed alla morte, unicamente ponendo ostacoli finanziari al consumo. Così operando è un po' come sperare di diminuire i tassi di mortalità aumentando il prezzo dei funerali.

Ora, fino a quando l'opinione pubblica percepirà la « scienza » medico-sanitaria come la « più scientifica » tra tutte le scienze e la popolazione crederà che la maggior parte delle malattie potrà essere curata con successo, non sarà mai possibile avere dei consumatori più consapevoli e disponibili a una « autogestione » della salute. Davanti a un'arte divenuta in realtà una « scienza dal ventre molle ». dominata dall'incertezza (secondo l'editore del British Medical Journal solo il 15% delle prestazioni sanitarie hanno una base scientifica solida e dimostrata (4), che usa tecnologie e distribuisce prestazioni disseminate più sulla base di speranze che di dimostrate prove di efficacia (5) e dove la consultazione medica diviene così spesso una « follia a due » (4), sembra indispensabile occuparsi anche delle conseguenze di questa incertezza e questo « non sapere » sulle attese dei pazienti-consumatori e sullo spreco di mezzi e risorse.

Anche se la disponibilità di un assetto giuridico-legislativo non costituisce una garanzia sufficiente per modificare il rap-

porto tra il medico, l'istituzione sanitaria e il paziente, come pure per creare un « nuovo » consumatore di cure e prestazioni, un tale assetto costituirebbe pur sempre una premessa indispensabile se non altro per marcare una volontà politica che sarà preludio e catalizzatore di interventi, azioni e politiche che mirino a una effettiva crescita pedagogica e operativa dei pazienti, quindi di tutti i consumatori di cure e prestazioni sanitarie.

Una tale politica concretamente si esplicherebbe tramite interventi che promuovano, da un lato, una più grande autogestione della salute (e non della malattia) e dall'altro un accesso più consapevole a cure e prestazioni da parte dei pazienti-consumatori. Un tale intervento dovrebbe essere nell'interesse evidente della popolazione, delle autorità politiche e amministrative preposte all'organizzazione, alla gestione e al finanziamento del settore sanitario, e anche dei professionisti della salute illuminati. Esso sarà concretamente esplicitato tramite:

a) la prevenzione e la promozione della salute, intesa a dare a tutta la comunità le informazioni, gli strumenti e le risorse per identificare i « fattori di rischio » e quelli « di protezione » segnatamente delle malattie croniche degenerative (malattie cardiovascolari, tumori, osteoporosi, malattie infettive, ecc.); e l'automedicazione preventiva semplice (aspirina, micronutrienti, vitamine, antiossidanti, ecc.). Questi interventi, se fondati su evidenze scientifiche (6-28) e sistematicamente pubblicizzati con idonei supporti informativi, mirano a una più autonoma gestione individuale della salute e alla consapevolezza che essa può essere mantenuta e non solo « riparata » quando ciò è ancora possibile.

b) l'informazione sui limiti delle possibilità terapeutiche della medicina, sull'incertezza professionale nonché sui « meccanismi » che regolano l'attività medica (pubblico-privato, pagamento a notula, a stipendio, influenza sulla prescrizione del « marketing » dell'industria farmaceutica, ecc.). Dovrà anche essere promossa la pratica « del secondo parere medico », in specie per gli interventi diagnostici complessi,

costosi e invasivi nonché per gli interventi chirurgici elettivi non urgenti (29, 30), allo scopo di aumentare il grado di informazione del paziente e diminuire nel contempo le conseguenze dell'incertezza prescrittiva. Pure da promuovere dovrà essere la creazione di centri informativi (ove potranno essere dati dei pareri preventivi, « di seconda opinione », ecc.), la costituzione di associazioni di consumatori nonché la diffusione pubblica di studi valutativi sui consumi, sull'efficacia e sui risultati sanitari, in termini di morbilità e mortalità, delle prestazioni distribuite (31). Anche la messa in atto di metodi di valutazione dei risultati e della qualità delle cure nei servizi e nelle strutture sanitarie (azione questa prevista dal decreto 502) dovrà parimenti essere promossa quale indispensabile complemento pratico e operativo della crescita pedagogica comune tra pazienti, professionisti e amministratori. I risultati di queste analisi valutative di strutture e servizi, dovranno essere pubblicizzati in modo tale da orientare le scelte dei consumatori, e per creare una « spinta spontanea » alla competizione qualitativa tra servizi, strutture e operatori senza appesantire gli organici degli uffici preposti ai controlli amministrativi, fiscali e di polizia (32).

Il riconoscimento giuridico di un'azione informativa a favore dei consumatori nonché la loro esplicitazione concreta nella pratica medico-sanitaria quotidiana sono interventi « dovuti » non solo per semplici ma essenziali considerazioni di umano rispetto, di democrazia e di equità verso l'attore « Più debole » che « opera », spesso in stato di angustia, sul mercato sanitario bensì anche per considerazioni che oggi interessano politici ed amministratori, quello cioè del controllo della crescita dei costi e quello dell'adequazione delle prestazioni ai bisogni effettivi degli utenti.

Uno studio nostro, che sarà pubblicato prossimamente (33), ha mostrato come i medici, le loro mogli ed i loro figli (gruppo di popolazione particolarmente ben informato) ricorrano molto meno frequentemente, in rapporto alla popolazione ge-

nerale, alla fruizione di procedure operative comuni, non urgenti e senza precisa indicazione, come ad esempio le tonsille, l'isterectomia, i calcoli alla cistifellea, il menisco, ecc.

Sarà quindi anche tramite un'azione di crescita pedagogica dell'utente quale consumatore più informato che si potrà incidere sul controllo della crescita di prestazioni, pratiche tecnologiche e servizi oggi più utili al prestigio e alle fortune finanziarie dei produttori che alla salute dei consumatori. La salute, in effetti, è soprattutto informazione.

BIBLIOGRAFIA

- (1) GARATTINI L., (in collaborazione con Ernesto Veronesi). Il S.s.n.: Organizzazione Servizi, Finanziamento. Milano 1992: Kailash Editore.
- (2) MCCARTHY M., *Evolution and Implementation of the Italian health service reform of 1978*. London 1992: Chadwick Press.
- (3) RACCO M., *Tempo al Tempo*. Isis 1993; 1, 2, 3: 2-5.
- (4) SMITH R., *The ethics of ignorance (editorial)*. J. Med. Ethics 1992; 18: 117-8, 134.
- (5) MAYNARD A., *Health care reform in the United States*. Health Econ. 1992; 1: 147-8.
- (6) MANSON J.E. et al., *The primary prevention of myocardial infarction*. N. Engl. J. Med. 1992; 21: 1406-14.
- (7) HENDERSON B.E. et al., *Towards the primary prevention of cancer*. Science 1991; 254: 1131-38.
- (8) *International Agency for Research on Cancer. Cancer: causes, occurrence and control*. Lyon; Iarc, 1990. Iarc Scientific Publications n. 100.
- (9) WU-WILLIAMS A.H. and SAMET J.M., *Environmental tobacco smoke: exposure-response relationships in epidemiologic studies*. Risk Anal 1990; 10: 39-48.
- (10) *Committee on Diet and Health. Diet and health: implication for reducing chronic disease risk*. Washington D.C.: National Academy Press, 1989.
- (11) WILLET W.C. et al., *Relation of meat, fat and fiber intake to risk of colon cancer in a prospective study among women*. N. Engl. J. Med. 1990; 323: 1664-72.
- (12) BLAIR S.N. et al., *Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women*. Jama 1989; 262: 2395-2401.
- (13) MARTI B., *Körperliche Bewegung und Krebs*. Schweiz Med. Wochenschr 1992; 122: 1048-56.
- (14) ENSTROM J.E. et al., *Vitamin C intake and mortality among a sample of the United States population*. Epidemiology 1992; 3: 194-202.
- (15) HEARSE D.J., *Prospects for antioxidant therapy in cardiovascular medicine*. Am J. Med. 1991; 91: 118-21.
- (16) GERSTER H., *Potential role of Beta-Carotene in the prevention of cardiovascular disease (Review)*. Int. J. Nutr. Res. 1991; 61: 277-91.
- (17) GUNBY P., *Forum offers hints of future therapy, prevention programs for combating cardiovascular problems*. Jama 1992; 267: 905-8.
- (18) KARP E.J. and BRODER S., *Oncology*. Jama 1991; 265: 3141-43.
- (19) STÄHELIN H.G. et al., *Plasma antioxidant vitamins and subsequent cancer mortality in the 12 years follow-up of the prospective Basel study*. Am J Epidemiol 1991; 8: 766-775.
- (20) DORGAN J.F. et al., *Antioxidant micronutrients in cancer prevention*. Hematol Oncol Clin North Am 1991; 1: 43-68.
- (21) ZIEGLER R.G., *A review of epidemiologic evidence that carotenoids reduce the risk of cancer*. J. Nutr. 1989; 119: 166-22.
- (22) KNECHT P. et al., *Dietary antioxidants and the risk of lung cancer*. Am J. Epidemiol. 1991; 134: 431-479.
- (23) SHEKELLE R.B. et al., *Dietary vitamin A and risk of cancer in the Western Electric Study*. Lancet 1981; ii: 1185-1190.
- (24) HERLITZ J. et al., *Follow-up of 1-year media campaign on delay times and ambulance use in suspected acute myocardial infarction*. Eur. Heart J. 1992; 13: 171-7.
- (25) *Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group. Final report on the aspirin component of the ongoing Physicians' Health Study*. N. Engl. J. Med. 1989; 321: 129-35.
- (26) GOLDBABER S.Z. et al., *Low-dose aspirin and subsequent peripheral arterial surgery*

in the Physicians' Health Study, *Lancet* 1992; 340: 143-5.

(27) ISIS-2 COLLABORATIVE GROUP, *Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirine, bot, or neither among 17187 cases of suspected acute muocardial infarction: Isis-2.* *Lancet* 1988, ii: 349-60.

(28) THUN M.J. et al., *Aspiring use and reduced risk of fatal colon cancer.* *N. Engl. J. Med.* 1991; 325: 1593-6.

(29) KANTON TESSIN: *Brochüre über die Rechte der Patienten und die Empfehlung eines zweiten medizinischen Rates* Bulletin Bundesamt für Gesundheitwesen 1991; 7: 93-4.

(30) SCHMID M., AGDACID-GROSS V., GUTZWILLER F., *Secpmd-Opinion-Program in*

Schweizerischen Gesundheitwesen. Muri: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik, 1992: 76p.

(31) DOMENIGHETTI G., LURASCHI P., CASABIANCA A. GUTZWILLER F., SPINELLI A., Pedrinis E., REPETTO F., *Effect of information campain by the mass media on hysterewctomy rates.* *Lancet* 1988; II: 1470-3.

(32) DURAND-ZALESKI I, AUDET A.M., GREENFIELD S., JOLLY B., *L'évaluation de la qualirté des soins aux Etats-Unis.* *Rev. Epidem et Santé Publ.* 1991; 39: 467-76.

(33) DOMENIGHETTI G., GUTZWILLER F., MARTINOLI S., CASABIANCAA., *Revisiting the most informed consumer of surgical services: the physician-patient.* *Int. J. Technol. Assess. Health Care* (in press).

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

IL BUDGET: UNA RISPOSTA ALLA CRESCITA DI COMPLESSITÀ DEL SISTEMA SANITARIO

di Francesco Zavattaro

SOMMARIO: La crescita della complessità quale fattore di crisi dei sistemi sanitari - L'introduzione di sistemi di gestione budgettaria come risposta alle esigenze di governo della complessità: una prima interpretazione del loro ruolo - Il budget quale sistema operativo per una gestione efficace ed efficiente delle aziende di servizi sanitari - Aspetti tecnici ed operativi dei sistemi di budget: considerazioni conclusive.

La crescita di complessità dei sistemi sanitari ha reso inefficaci i modelli e gli strumenti tradizionali di governo degli stessi, fondati su logiche centralistiche e burocratiche. Lo sviluppo di sistemi di gestione di tipo budgettario costituisce un terreno relativamente nuovo di ricerca e sperimentazione per dare risposte adeguate alla crisi finanziaria ma soprattutto di funzionalità dei sistemi sanitari. Una loro progettazione coerente con le caratteristiche peculiari delle aziende di servizi sanitari costituisce tuttavia un compito complesso e che richiederà professionalità, atteggiamenti e comportamenti nuovi a tutti i livelli decisionali.

La crescita della complessità quale fattore di crisi dei sistemi sanitari

Con il finire degli anni '80 si è registrata, nella maggior parte dei paesi occidentali, una crisi dei sistemi nazionali di assistenza sanitaria.

Le modalità e l'intensità con cui tali situazioni di crisi si sono manifestate sono senza dubbio diverse in ciascun paese ma tutte sembrano riconducibili ad alcune cause comuni.

Innanzitutto risulta evidente la diminuita capacità di tradurre le scelte di politica sanitaria, correlate ad alcune scelte di politica economica, in comportamenti reali congruenti da parte delle strutture di offerta dei servizi. Si inseriscono in questo ambito per un verso la crisi del *welfare-state* in molti paesi del Nord Europa o, per altro verso, la ormai più che decennale dimostrazione di incapacità del Servizio sanitario italiano di rispettare i presunti vincoli di spesa po-

sti per esigenze di politica di bilancio dello Stato.

A sua volta, la perdita di capacità di governo dei sistemi è ascrivibile a:

1) motivazioni che derivano dalla rapida e, per certi versi, imprevedibile evoluzione nella politica, nei comportamenti sociali, nella struttura dei bisogni pubblici e collettivi. Tuttavia, l'analisi di tali motivazioni, e soprattutto delle possibili risposte che in diversi sistemi nazionali si vanno sperimentando per farvi fronte, esula dagli intendimenti del presente scritto e si rinvia quindi ad altri contributi per un loro approfondimento;

2) motivazioni che derivano dall'aumento della complessità tecnica insita nei problemi da affrontare e da risolvere. Si è assistito infatti, a ritmi di crescita molto sostenuti e sconosciuti in passato, sul fronte della dimensione e differenziazione delle strutture organizzative deputate alla

produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie, sul piano della specializzazione sia nel campo della ricerca scientifica, sia nello svolgimento dei processi diagnostico-assistenziali, nel grado di ricorso a tecnologie sempre più sofisticate, destinate a campi di utilizzo molto mirati e che, conseguentemente, comportano elevati investimenti.

Se il secondo gruppo di motivazioni è oggetto di una più ampia analisi nelle pagine successive, si può fin da ora rilevare come l'insieme delle dinamiche evolutive brevemente descritte porti a configurare quella che potrebbe essere definita come una crisi da crescita della complessità organizzativa e della dinamicità ambien-

Francesco Zavattaro è professore a contratto di Economia delle amministrazioni pubbliche nonché docente ufficiale della Scuola di direzione aziendale dell'Università L. Bocconi di Milano.

tale oltre il livello di capacità di governo delle stesse.

Tale evoluzione si caratterizza, infatti, in termini di forte enfasi che viene posta alla esigenza di una visione settoriale, particolare, spesso localistica dei problemi. Ne discendono modelli interpretativi che tendono a mettere in luce le specificità e l'unicità delle situazioni piuttosto che i caratteri comuni con altre esperienze. Coerentemente, le soluzioni appaiono possibili ed adeguate solo nella misura in cui sappiano tenere conto di tutti i fattori e di tutte le esigenze « particolari » che caratterizzano una data situazione problematica. In tale contesto, le spinte all'innovazione indotte dalla crescita della complessità non possono più essere governate efficacemente, da parte dei moderni sistemi socio-economici, attraverso gli strumenti tradizionali correlati alle dinamiche ed ai meccanismi di tipo istituzionale.

Questi ultimi sono infatti tipicamente orientati verso soluzioni necessariamente generali, complessive ed uniformi all'interno del sistema, in risposta a problemi che, per contro, si presentano sovente (o sono percepiti) in modo settoriale, particolaristico e con forti enfasi su specificità locali.

Partendo da queste considerazioni, si sono invocati, in parte approvati ed in parte avviati, interventi di ridefinizione degli assetti istituzionali dei sistemi nazionali di assistenza sanitaria che mirano, pur con diversi gradi e misure, ad introdurre:

- a) elementi di competitività crescente tra le strutture di erogazione dell'offerta, sia in ambito pubblico, sia nei rapporti tra pubblico e privato;
- b) gradi maggiori di decentramento nei processi decisionali di definizione delle politiche socio-sanitarie;
- c) strettamente correlato ai precedenti punti, un aumento del grado di responsabilizzazione economico-finanziaria in capo agli organismi de-

putati all'organizzazione delle strutture di offerta;

d) un coinvolgimento più diretto della componente medica anche negli aspetti di gestione dei servizi e non solo per gli aspetti strettamente tecnici e clinico-assistenziali.

L'insieme di questi fattori di innovazione nei meccanismi di funzionamento dei sistemi sanitari ha determinato, in un primo aspetto, l'orientamento molto forte, da ultimo nei recenti provvedimenti di riassetto del Servizio sanitario nazionale italiano, verso l'attribuzione di una dimensione di « azienda » alle strutture pubbliche di produzione ed erogazione dei servizi come risposta alle esigenze di autonomia gestionale indotte dal decentramento e dalla responsabilizzazione sull'equilibrio economico-finanziario sopra richiamati.

Per un secondo verso, si è assistito allo sviluppo nel sistema di una elevata domanda di « managerialità » intesa, da un lato, quale processo di assunzione di responsabilità in capo ad un singolo soggetto e, dall'altro, quale logica decisionale, contrapposta a quella tradizionale burocratico-amministrativa, fortemente orientata all'innovazione, al cambiamento, all'efficiente gestione delle risorse, allo sviluppo di prestazioni ed altri risultati dell'azione a livelli qualitativi congruenti con i bisogni da soddisfare, allo sviluppo di capacità competitive.

Infine, e quale necessario corollario ai precedenti aspetti, questi ultimi anni si sono caratterizzati per una crescente attenzione agli strumenti per un efficiente ed efficace gestione delle risorse. Sono, ad oggi, da considerarsi per molti versi consolidate le esperienze di introduzione dei sistemi di contabilità dei costi sia in Italia sia in numerosi altri paesi europei dell'area C.E.E. ma anche, quale bisogno percepito comunque come prioritario, nei paesi emergenti dell'ex blocco sovietico, come testimoniano

i molti progetti in tal senso avviati, spesso attraverso collaborazioni internazionali che vedono un ruolo preminente anche di taluni organismi di ricerca del nostro paese.

Costituisce per contro un terreno relativamente nuovo di ricerca e sperimentazione lo sviluppo di sistemi di gestione budgetaria.

Particolarmente significativo a tale proposito appare il percorso intrapreso nel Regno Unito con i recenti provvedimenti di riassetto del proprio sistema sanitario nazionale. Tale riassetto è basato sul principio della separazione tra:

— la responsabilità sulla tutela della salute, posta in capo ad una autorità politico-amministrativa e che si esplica nelle scelte sulle tipologie di prestazioni e servizi ritenuti adeguati ad un dato contesto socio-sanitario, sulle modalità e i meccanismi per il loro acquisto presso le strutture di offerta considerate maggiormente convenienti nel duplice aspetto della qualità e dei costi delle prestazioni e dei servizi resi;

— la responsabilità, autonoma rispetto alla precedente, sulla produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni in capo ad ospedali ed altre strutture di offerta.

All'autorità politico-amministrativa è assegnato un *budget di spesa*, ovvero un ammontare predefinito di risorse finanziarie, che costituisce insieme la condizione e il limite per l'esercizio autonomo della funzione di selezione dei bisogni, delle prestazioni ritenute idonee a soddisfarli nonché delle strutture di offerta ritenute maggiormente affidabili ed economicamente convenienti.

Tale ammontare di risorse finanziarie viene così a costituire il meccanismo di regolazione dei rapporti tra i molteplici attori decisionali presenti nel sistema, i quali adotteranno le rispettive politiche di acquisizione dei servizi e di produzione degli stessi sulla base di condizioni di scambio libe-

ramente concordate, ed in ciò simulando tipiche dinamiche di mercato, ma entro i limiti di spesa complessivamente posti dall'assegnazione budgettaria.

Risulta evidente il tentativo di decentrare il sistema decisionale attraverso un processo di responsabilizzazione delle autorità locali sulla selezione dei bisogni, della domanda e della qualità delle prestazioni, salvaguardando, nel contempo, le esigenze di equilibrio finanziario complessivo del sistema sanitario.

L'introduzione di sistemi di gestione budgettaria come risposta alle esigenze di governo della complessità: una prima interpretazione del loro ruolo

Anche nel nostro paese, sia a livello di disegno normativo, sia a livello di sperimentazioni concrete in atto (1), è riscontrabile un chiaro orientamento verso lo sviluppo di sistemi gestionali di tipo budgettario.

Tuttavia, occorre rilevare come esista una pluralità di impostazioni e di interpretazioni circa il ruolo, il significato e quindi le modalità operative di svolgimento di tali sistemi gestionali. Una loro pur breve analisi risulta pertanto essenziale al fine di valutarne le possibili implicazioni.

In un primo approccio, con la parola « budget » si intende fare riferimento all'individuazione di un ammontare di risorse, tipicamente finanziarie, assegnato ad un organismo istituzionalmente specificato per l'esercizio in piena autonomia delle proprie funzioni.

Questo può a sua volta essere rappresentato:

— da un organo di indirizzo e coordinamento delle politiche sanitarie in un dato ambito territoriale a livello regionale e/o locale;

— da una istituzione-azienda specificata, quale potrebbe essere una Unità sanitaria locale (U.s.l.) o un'a-

zienda ospedaliera autonoma, deputata alla produzione ed erogazione delle prestazioni e dei servizi;

— da una unità operativa interna ad un più ampio contesto organizzativo;

— da un singolo *medico professionista*, tipicamente nell'espletamento delle sue funzioni medico-assistenziali di base e quindi tipicamente di ordinatore di spesa ai fini della tutela della salute di un nucleo ristretto di cittadini.

In questa accezione, la dotazione finanziaria espressa dal budget può quindi essere modificata per:

— adeguare la gamma dei servizi disponibili in relazione all'evoluzione quali-quantitativa dei bisogni;

— potenziare le capacità di offerta delle unità operative, o di loro aggregati, al fine di un miglioramento quali-quantitativo delle prestazioni e dei servizi resi;

— modificare i comportamenti prescrittivi dei *medici-professionisti* al fine di garantire un ottimale utilizzo delle risorse e delle strutture in relazione alle caratteristiche socio-sanitarie di un determinato gruppo di soggetti assistiti.

Ovviamente, un innalzamento del budget può essere utilizzato, a parità di altre condizioni, al fine di ampliare lo spazio d'azione e quindi il grado di autonomia del soggetto decisionale interessato, mentre la sua riduzione, comprimendo i margini di manovra, può essere attuata allo scopo di indurre comportamenti maggiormente razionali.

A titolo di esempio, la riduzione del budget può essere attuata al fine di:

— indurre gli organi di indirizzo e coordinamento ad attivare più forti meccanismi di selezione dei bisogni e dei livelli assistenziali garantiti;

— stimolare specifiche unità organizzative alla ricerca di più elevati livelli di efficienza nello svolgimento dei processi tecnico-assistenziali;

— favorire comportamenti prescrittivi del singolo *medico-professionista* maggiormente focalizzati con una conseguente riduzione nell'uso improprio di farmaci, di alta tecnologia diagnostica o di altri accertamenti specialistici ad elevato costo.

Secondo questa impostazione quindi, una volta fissato a preventivo l'ammontare di risorse finanziarie a disposizione per il periodo di riferimento del budget (ad esempio un anno), si ipotizza che esistano nel sistema meccanismi di autoregolazione e di autocontrollo sufficienti a garantire il rispetto dell'ammontare complessivo di risorse assegnate. Viene quindi posta particolare attenzione sui meccanismi tecnici (algoritmi) attraverso cui giungere a determinare l'entità delle risorse necessarie allo svolgimento di date attività; viene enfatizzata l'autonomia di spesa concessa attraverso l'assegnazione del budget in cambio della sua accettazione quale vincolo da rispettare; si riconosce la possibilità di limitare l'uso di strumenti forti di controllo in quanto l'orientamento verso comportamenti razionali e congruenti con il processo di assegnazione delle risorse è demandato all'insieme di regole e di norme formali che sovrintendono all'assetto istituzionale del sistema sanitario.

Sembra più che lecito domandarsi cosa differenzi tale meccanismo di assegnazione delle risorse dai tradizionali sistemi di finanziamento a preventivo, ancorati ai principi della contabilità pubblica autorizzativa che impongono il rispetto del pareggio di bilancio attraverso rigide procedure formali di controllo su singoli atti, fino ad ora sperimentati in particolare nel nostro paese. La risposta che viene solitamente indicata pone in risalto, come si è già avuto modo di sottolineare, la possibilità, nel sistema di budget, di ridurre il sistema dei controlli sugli atti restituendo, almeno in parte, flessibilità, snellezza

operativa e soprattutto aumento di discrezionalità decisionale nell'ambito del volume di spese pari all'entità del budget. Pur potendosi considerare questi effetti estremamente utili per un recupero di efficienza almeno negli aspetti procedurali ed amministrativi, non di meno occorre rilevare come non venga ad essere intaccata la logica di fondo del sistema.

Tale modello di riferimento si inserisce, in ultima analisi, nella più ampia tradizione dei meccanismi di governo dei sistemi pubblici riproponendo, pur in una veste maggiormente organica ed articolata, la logica del contenimento della spesa pubblica tramite la determinazione di rigidi tetti di spesa associati a presunti strumenti coercitivi di controllo burocratico-formale dei comportamenti.

Tuttavia, come si è avuto modo di richiamare nel primo paragrafo, la storia ha ampiamente dimostrato, almeno nel contesto italiano, la scarsa efficacia di simili meccanismi, soprattutto in un settore di attività ad elevata caratterizzazione soggettiva quale quello dei servizi sanitari. Si continua infatti ad ipotizzare un processo decisionale razionale (2), in grado di determinare, a priori ed in modo preciso e puntuale per la totalità delle strutture componenti il Servizio sanitario nazionale, attraverso un procedimento discendente a cascata dagli organi centrali di governo della cosa pubblica verso le strutture periferiche di produzione ed erogazione dei servizi (3):

— la natura dei bisogni socio-sanitari;

— i criteri per la loro eventuale selezione;

— il fabbisogno quali-quantitativo di prestazioni e servizi ritenuto adeguato al soddisfacimento della domanda selezionata;

— le modalità per uno svolgimento efficace dei processi tecnici ed assistenziali e quindi, in ultima analisi, le risorse qualitativamente e quanti-

tativamente idonee a garantire un efficiente impiego della ricchezza pubblica.

Il modo sopra descritto di interpretare il ruolo degli strumenti di gestione e del budget in particolare, va giudicato tenendo presenti almeno due ulteriori considerazioni.

1) Le aziende di servizi sanitari, siano esse pubbliche (4) o private, si caratterizzano quali sistemi organizzativi ultracomplexi ad elevata valenza professionale (5).

Circa la natura ultracomplexa, essa deriva, oltre che dagli aspetti già considerati della dimensione e della differenziazione delle attività, dalla necessaria presenza del fattore umano che, insieme agli altri fattori, introduce relazioni e comportamenti nel sistema così complicati da non poter essere descritti in modo preciso e dettagliato. In altri termini, il comportamento delle aziende è descrivibile solo in termini probabilistici e, conseguentemente, qualunque tentativo di prevederne e, a maggior ragione, di condizionarne i risultati dell'azione è soggetta a gradi sempre elevati di errore o di indeterminazione.

Ai fattori interni di complessità si aggiunge oggi l'elevata discontinuità e dinamicità dell'ambiente che determina rapidi cambiamenti nelle attese sociali, nella struttura dei bisogni, nelle conoscenze scientifiche, nelle tecnologie e nelle metodiche cliniche ed assistenziali disponibili.

Tutto ciò mette in evidenza il pericolo di affidarsi a modelli eccessivamente meccanicistici che postulano la possibilità di determinare prima, ed imporre poi, comportamenti perfettamente razionali nel rapporto risorse-risultati, uniformi rispetto alla pluralità delle situazioni geografiche, organizzative, tecnologiche e professionali presenti, sempre adeguate rispetto alla dinamicità dei bisogni.

Circa il carattere professionale delle aziende sanitarie, esso deriva dalla presenza di operatori chiamati, da

una relazione fiduciaria con il paziente-utente dei servizi, a farsi interpreti dei bisogni del singolo individuo, a tradurre il bisogno in una domanda specifica di prestazioni e quindi di risorse necessarie al suo soddisfacimento. Ne deriva un elevato grado di autonomia decisionale (autonomia clinica) in capo al *medico-professionista* che non può, almeno nell'attuale assetto dei diritti e dei doveri che accompagnano le professioni mediche ed in generale sanitarie, essere facilmente contrastata da semplici motivazioni di mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario. Queste ultime, infatti, benché correlate ad esigenze di tutela di un interesse generale, potrebbero risultare lesive dell'interesse individuale alla tutela del proprio stato di salute.

Anche in questo caso risultano estremamente rilevanti le ripercussioni sui temi oggetto di discussione. Il rischio è quello di un rapido processo di deresponsabilizzazione che, partendo dalla componente medica, investe progressivamente tutti i livelli decisionali presenti nel sistema.

La pressione della domanda che inevitabilmente segue ad una contrazione delle risorse reali (unico scenario oggi ipotizzabile) in un settore ad elevato beneficio sociale, può determinare infatti una pericolosa frattura tra chi è chiamato istituzionalmente a porsi quale interprete dei bisogni socio-sanitari di un gruppo di individui ed a porvi rimedio in modo diretto ed immediato attraverso il proprio apporto professionale, pur mutuato talvolta dalla tecnologia, e chi determina le politiche, alloca e gestisce le risorse per garantire, tuttavia in modo indiretto e mediato, le condizioni generali e particolari per l'esercizio dell'attività di produzione ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari.

La conseguenza, facilmente prevedibile, è di una crescita della conflittualità all'interno del sistema che non

può non riflettersi come si è già avuto modo di anticipare, in una sostanziale deresponsabilizzazione di tutti i livelli decisionali.

Ognuno, infatti, tenderà ad individuare nel comportamento di qualche altro attore decisionale, vissuto come controparte, la causa della sua incapacità a rispondere adeguatamente di ciò per cui è formalmente responsabilizzato:

— lo stato di salute di uno specifico cittadino, nel caso della componente clinico-assistenziale;

— lo sviluppo di strutture e risorse, per le direzioni settoriali;

— l'equilibrio economico-finanziario nel rispetto di più complessive politiche di tutela della salute, per la direzione generale delle aziende sanitarie;

— il controllo della spesa pubblica all'interno del modello di società adottato, per gli organi istituzionali sovraordinati.

2) La gestione di attività sanitarie comporta la soluzione di frequenti e complessi problemi di integrazione e di coordinamento.

Questa necessità è da ricollegarsi al fenomeno, in parte già discusso, del crescente grado di specializzazione e settorializzazione che caratterizza i processi tecnici, assistenziali e terapeutici in sanità. Il fenomeno, a sua volta, è conseguenza diretta del progresso scientifico e tecnologico che spingono verso livelli sempre maggiori di specializzazione e settorializzazione delle professionalità e, parallelamente, delle strutture. Come è stato da tempo evidenziato dalla letteratura scientifica (6) di riferimento, la crescita del grado di specializzazione presente nei sistemi organizzativi determina:

— numerosi benefici in termini di *aumento potenziale* della produttività;

— elevati costi di integrazione e di coordinamento dei molteplici apporti settoriali necessari al fine di generare un *incremento reale* della qua-

lità e/o della quantità di risultati prodotti, date certe risorse.

In altri termini, è stato ampiamente dimostrato che la sommatoria di una molteplicità di competenze, pur singolarmente eccellenti, non solo può non generare benefici aggiuntivi apprezzabili, ma, al crescere della complessità, può addirittura risolversi in una diminuzione della produttività complessiva del sistema a causa degli inevitabili conflitti organizzativi che vengono a instaurarsi. Ancora una volta, è possibile affermare che la soluzione dei problemi di integrazione e di coordinamento, data la loro natura, non è possibile attraverso il semplice ricorso a schemi, modelli comportamentali o, ancor peggio, a procedure amministrative burocraticamente predefinite e standardizzate; assumono, per contro, grande rilievo le capacità, tipicamente manageriali, di gestione delle relazioni interpersonali, di negoziazione degli obiettivi, di ricerca del consenso sulle soluzioni organizzative, in sintesi, di temperamento dei molteplici interessi individuali sempre presenti in una organizzazione complessa e, quindi, sempre condizionanti le sue modalità operative di funzionamento e di produzione dei risultati.

Il budget quale sistema operativo per una gestione efficace ed efficiente delle aziende di servizi sanitari

Si è, a questo punto dell'analisi, in grado di esplicitare, in funzione delle considerazioni critiche svolte, le finalità e le caratteristiche distintive a cui debba rispondere un sistema di budget congruente con le esigenze di governo dei sistemi sanitari che, come è stato più volte richiamato, presentano non pochi elementi di specificità.

a) La prima annotazione, di carattere pregiudiziale, riguarda la necessità di considerare il Servizio sa-

nitario nazionale (S.s.n.) come insieme di aziende, ciascuna dotata di una propria autonomia giuridico-istituzionale, patrimoniale, decisionale ed operativa.

L'equilibrio del sistema si può realizzare, in tale ambito, solo attraverso la ricerca dell'equilibrio di ciascuna unità aziendale, in relazione alle proprie specifiche condizioni di contesto e di ambiente (bisogni ritenuti prioritari in funzione delle caratteristiche distintive della popolazione di riferimento, caratteristiche strutturali del territorio di competenza, dinamiche sociali dominanti, grado di efficienza determinato dalla disponibilità di infrastrutture più o meno adeguate, grado di accessibilità al progresso scientifico, all'innovazione tecnologica, al mercato del lavoro e all'arricchimento professionale).

Non di meno, occorre salvaguardare l'unitarietà complessiva del S.s.n.; in tal senso appaiono certamente necessari meccanismi di coordinamento che consentano di interpretare il sistema come rete integrata di aziende correlate da legami di interdipendenza.

Queste due esigenze apparentemente contrapposte, consentono di introdurre una distinzione estremamente rilevante ai fini qui indagati:

— da un lato esiste la necessità di dotarsi di strumenti, aventi natura di meccanismi operativi interni al sistema organizzativo, che supportino la ricerca di modalità di gestione della singola azienda in condizioni di equilibrio (parte rilevante della letteratura economico-aziendale parla di ricerca delle condizioni di economicità, ovvero di vita duratura dell'azienda in relazione alla capacità di soddisfacimento delle proprie finalità istituzionali);

— dall'altro, occorrono strumenti, diversi dai primi, che favoriscano il governo del sistema ad un livello istituzionalmente superiore, al fine di garantire la definizione e l'implemen-

tazione di politiche sanitarie unitarie, la determinazione di taluni vincoli e regole comuni, l'allocazione delle risorse finanziarie.

I sistemi di budget sono nati e si sono sviluppati per soddisfare tipicamente alle esigenze di gestione interna; il modello britannico di riassetto del proprio sistema sanitario nazionale, brevemente discusso all'inizio di questo lavoro, costituisce per contro un significativo esempio di soluzione dei problemi di coordinamento interistituzionale attraverso l'attivazione di meccanismi di autoregolazione che simulano le dinamiche di mercato.

L'adozione di una tale prospettiva appare oggi difficilmente discutibile qualora si tengano presenti i recentissimi provvedimenti di riassetto del S.s.n. italiano, anche se, a giudizio di chi scrive, certe argomentazioni assumono una valenza in gran parte indipendentemente dagli specifici assetti istituzionali adottati.

Circa questo primo punto, si può quindi concludere che occorre sviluppare sistemi di gestione budgettaria che diano evidenza del rapporto tra risorse da impiegare e risultati da conseguire — termini opposti questi ultimi dal cui confronto emerge un primo giudizio circa le condizioni di equilibrio del sistema organizzativo — a livello di singola U.s.l., ospedale autonomo o qualsivoglia altro contenitore istituzionale. Parallelamente, si concorda con quanti assegnano alle Regioni (7) un ruolo centrale nel garantire le condizioni di equilibrio a livello interistituzionale, sviluppando propri e specifici strumenti di coordinamento. Questi potranno essere basati, in misura più o meno forte in relazione a scelte politico-istituzionali proprie di ciascuna Regione, su modelli tradizionali di governo delle relazioni di tipo burocratico-amministrativo oppure su modelli di autoregolazione del tipo sperimentato nel sistema britannico.

b) Qualunque sia il modello di

regolazione interistituzionale adottato, sono evidenti le necessità di un raccordo tra il sistema di budget e i meccanismi e gli strumenti per il governo regionale della sanità. Questi strumenti, tra cui è possibile annoverare, a titolo esemplificativo, il Piano sanitario regionale (P.s.r.), i criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale (F.s.n.), i flussi informativi e i meccanismi decisionali e di controllo sulle piante organiche (p.o.), infatti, pongono condizioni, creano vincoli, determinano opportunità che agiscono sullo spazio di autonomia della singola azienda sia sul fronte delle risorse, sia su quello dei risultati e che, di conseguenza, devono essere tenuti presente nella predisposizione del budget.

È tuttavia necessario sottolineare come il budget costituisca solo uno degli strumenti per il governo dei sistemi complessi e come, quindi, non debba essere sovraccaricato di finalità che non potrebbero trovare in esso efficace soluzione.

In particolare occorre richiamare come esistano due problematiche nettamente distinte nel guidare il funzionamento di una U.s.l., di un ospedale autonomo o, più in generale, di qualsiasi azienda:

— la definizione delle *cose da fare*, ovvero la determinazione di obiettivi, espressione dei risultati da raggiungere, congruenti con le finalità istituzionali, le risorse ritenute disponibili e all'interno del sistema di regole e condizionamenti posti dall'appartenenza al più ampio Servizio sanitario nazionale;

— la definizione di meccanismi di responsabilizzazione idonei a favorire comportamenti, individuali e di gruppi di operatori, che garantiscano il raggiungimento degli obiettivi, ossia dei risultati attesi dell'azione, nel rispetto dei vincoli e delle risorse realmente disponibili.

Fatte salve le interdipendenze tra queste due esigenze, la prima esula

dalle finalità assegnabili ai sistemi di budget, essendo propria dei processi di pianificazione, ovvero di formulazione delle strategie.

Si può quindi puntualizzare come esista, nelle organizzazioni complesse, l'esigenza di:

— attivare meccanismi e specifici strumenti orientati alla razionalizzazione del processo di formulazione degli obiettivi (processi di pianificazione strategica);

— sviluppare sistemi di programmazione e controllo della gestione, tra cui un ruolo centrale può essere assunto dai sistemi di budget, che garantiscano un processo di responsabilizzazione circa le modalità di impiego delle risorse per il raggiungimento degli obiettivi attesi;

— determinare le modalità di raccordo tra gli stessi.

Circa quest'ultimo punto, è necessario ancora sottolineare come siano sostanzialmente possibili due modalità concrete di raccordo.

— In una prima interpretazione (figura 1), si ipotizza, ancora una volta, un processo decisionale di tipo razionale, secondo il quale i risultati attesi e le risorse programmate e, conseguentemente i comportamenti all'interno dell'azienda, derivino direttamente, tutt'al più quale specificazione su di un orizzonte temporale di breve periodo (tipicamente un anno), dalle scelte strategiche e, ancor più, dagli indirizzi provenienti dai livelli istituzionali sovraordinati. Si tratta, per le considerazioni più volte richiamate, di un modello astratto, con scarse se non nulle possibilità di applicazione pratica.

— In una seconda interpretazione (figura 2), si rileva che la capacità di perseguire dati obiettivi dipende fortemente dalla capacità di integrare e coordinare molteplici professionalità, guidare i comportamenti, razionalizzare le attuali modalità di funzionamento. Gli obiettivi di budget vengono così a costituire il punto di

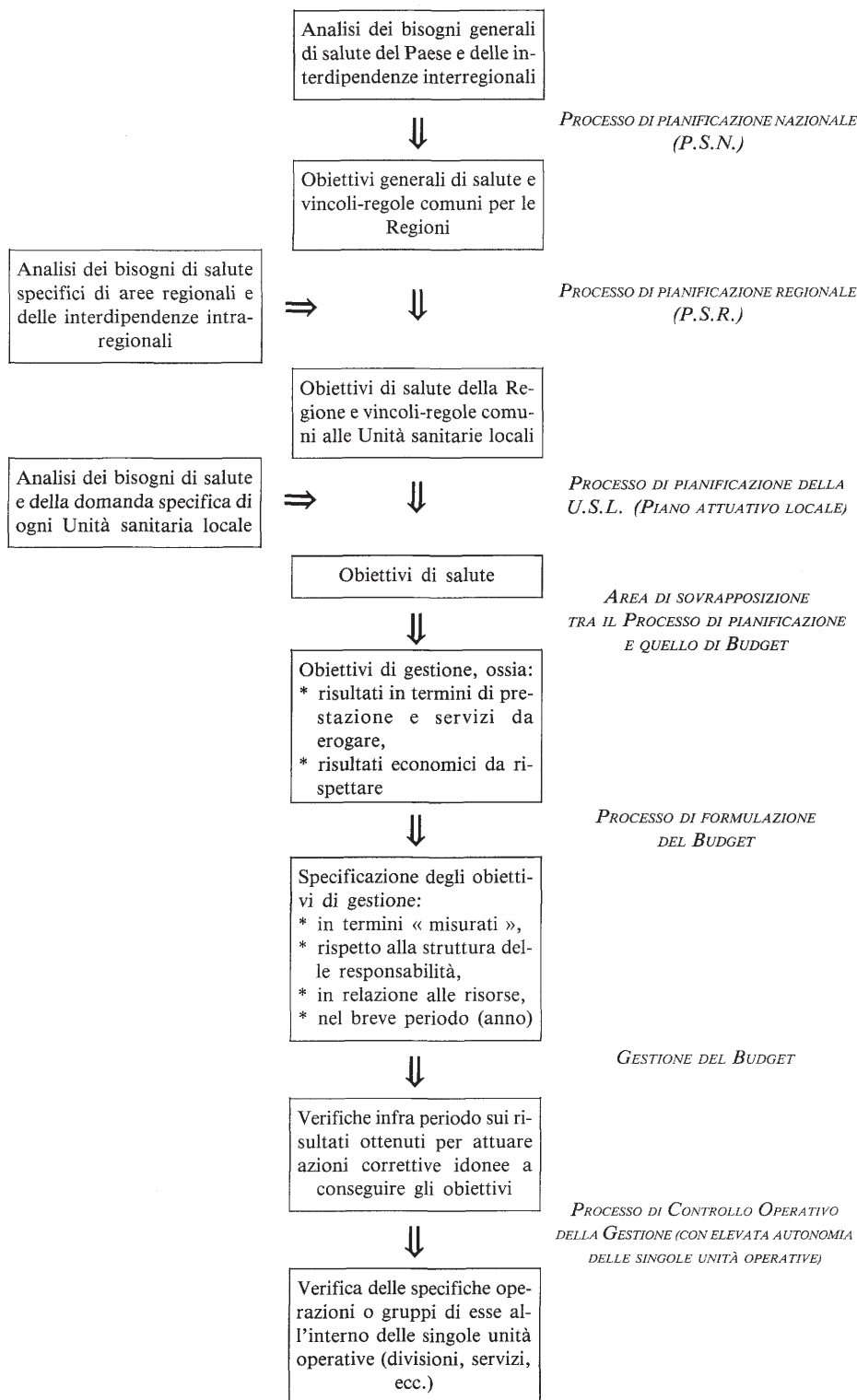


Figura 1 - Modello « razionale » di collegamento tra il processo di pianificazione strategica e quello di budget

incontro tra le esigenze di riorientamento della gestione verso nuove funzioni e nuove strategie e la valutazione di ciò che il sistema organizzativo è concretamente in grado di fare, ovvero risulta disponibile ad attuare.

Nella seconda interpretazione, quella qui accolta come valida, i due processi daranno origine ad un certo divario nel contenuto degli obiettivi. La capacità del processo di budget di tener conto degli obiettivi della pianificazione può essere assunto a misura del grado di capacità di innovazione dell'organizzazione; la capacità di saper valutare, nel processo di pianificazione, la struttura dei comportamenti consolidati nell'azienda, e quindi degli ostacoli che si frappongono al cambiamento, qualifica il livello di realistica e di fattibilità del processo stesso.

Si può da ultimo rilevare, per quanto detto, che la capacità di responsabilizzare, conseguente all'adozione di sistemi di tipo budgetario, può offrire solo limitati contributi alla razionalizzazione della gestione in assenza di soddisfacenti processi di identificazione e decisione degli obiettivi da perseguire. È tuttavia necessario puntualizzare in proposito come i sistemi di pianificazione strategica siano spesso, per loro natura, discontinui, poco formalizzati e spesso impliciti. Nel concreto potrebbe quindi non esistere uno specifico sistema operativo di pianificazione, caratterizzato da un insieme ordinato di strumenti, procedure decisionali, indicazioni circa gli organi coinvolti; in questo caso gli obiettivi risulteranno dalle scelte implicite contenute nelle decisioni di budget, probabilmente, anche se non necessariamente, con caratteristiche non totalmente razionali, coerenti con il quadro delle risorse e fra loro coordinati.

Le analisi e le valutazioni sin qui svolte, hanno portato a definire, in una prima approssimazione, i sistemi di gestione budgetaria come:

- insieme ordinato di meccanismi e strumenti (sistema operativo);
- di programmazione (e controllo) di breve periodo (tipicamente l'anno o sue frazioni) della gestione;
- finalizzati alla ricerca dell'equilibrio interno all'azienda;
- tra risorse disponibili e risultati da raggiungere;
- attraverso un processo di responsabilizzazione in grado di guidare i comportamenti delle persone;
- verso il raggiungimento di obiettivi stabiliti, pur con vario grado di esplicitazione e di formalizzazione, mediante opportuni processi di pianificazione strategica.

Tuttavia ulteriori considerazioni devono essere sviluppate al fine di una maggiore puntualizzazione.

c) Nelle imprese — ovvero in quelle istituzioni economiche che, in funzione di preminenti finalità di reddito, operano attraverso il ricorso continuo e sistematico ad operazioni di scambio tra una prestazione o un servizio ed il suo controvalore liberamente determinato in termini economici attraverso le dinamiche del mercato — risorse e risultati sono espressi, nei sistemi di budget, in termini monetari, ossia in termini di costi e di ricavi; le condizioni di equilibrio risultano quindi, almeno in termini relativi, facilmente verificabili attraverso la contrapposizione tra questi due valori, a determinare margini di diversa configurazione.

Nella maggior parte delle aziende pubbliche di servizi sanitari, date le preminenti finalità di tutela di interessi generali, la cessione delle prestazioni avviene a titolo gratuito o, quantomeno, per valori fortemente condizionati da valutazioni di carattere non economico. Ne consegue che i giudizi circa l'esistenza di condizioni di equilibrio nella gestione non possano più essere basati sul confronto tra valori omogenei e risultino quindi, a parità di altri fattori, maggiormente complessi ed in larga misura soggettivi.

Mentre le risorse impiegate nei processi tecnico-assistenziali, e parallelamente quelle programmate, possono infatti essere espresse in termini monetari (formazione di prezzi-costi conseguenti alle operazioni di acquisizione, poste in essere o previste, dei fattori produttivi di varia natura), i risultati realizzati, e analogamente quelli programmati in funzione degli obiettivi attesi, risultano esprimibili solo in termini di unità fisiche di prodotti, prestazioni e servizi, oppure in termini descrittivi di impatto sui bisogni, oppure ancora di modificazione degli stessi.

Le difficoltà ad esprimere congrui

giudizi sulla gestione derivano, ad evidenza, dalla impossibilità di contrapporre i valori di costo con dati, quantitativi e non, aventi natura per un verso non economica, e, per altro verso, al loro interno eterogenei e, quindi, non riconducibili facilmente a sintesi significative (8).

La soluzione al problema ora sollevato sta nella individuazione di specifiche metodologie di analisi, classificazione e valutazione che consentano la definizione di adeguati indicatori, espressione degli *obiettivi di budget* in termini di risultati attesi dell'azione; in particolare occorre che sia garantita (9):

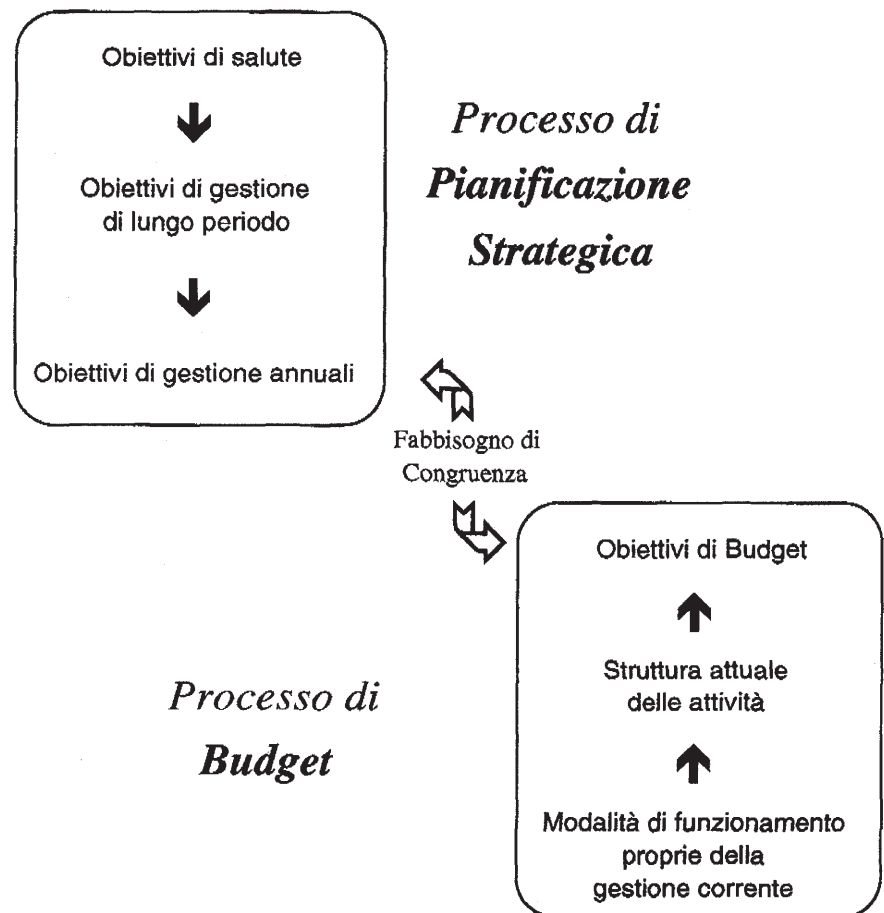


Figura 2 - Modello « negoziale » di collegamento tra il processo di pianificazione strategica e quello di budget

— la loro espressione in forma quantitativa e quanto più sintetica possibile;

— una loro adeguata correlazione con gli obiettivi strategici perseguiti, ossia una seppur indiretta possibilità di esplicitazione della « utilità » prodotta in un dato arco di tempo. Si richiama che, per le unità organizzative produttrici di prestazioni e servizi sanitari, l'utilità in oggetto può essere rappresentata dalla modificazione di un bisogno diagnostico, terapeutico, assistenziale, riabilitativo o di prevenzione; per le funzioni di tipo tecnico-amministrative, l'utilità va analogamente commisurata al beneficio indotto su altre aree, settori o funzioni (ad esempio, per un servizio tecnico di manutenzioni, l'utilità prodotta dipende dalla capacità di mantenere efficienti gli impianti tecnologici delle sale e dei comparti operatori).

Quale ulteriore condizione che deve essere soddisfatta da qualsiasi sistema di misurazione, ma che in sanità può assumere particolare rilevanza e complessità di realizzazione a motivo della elevata difficoltà ad inglobare i molteplici aspetti qualitativi dei risultati in un unico indice, si deve ricordare che le modificazioni nell'intensità di un indicatore, ossia una sua variazione in aumento o diminuzione, devono essere congruenti, per intensità e direzione, con l'interpretazione del fenomeno sottostante (miglioramento o peggioramento) o, quantomeno, deve esserne noto, esplicitato e condiviso a priori il significato.

Alcune considerazioni aggiuntive sembrano opportune con riferimento al requisito della condivisione. Due problematiche in particolare vengono ad essere sollevate.

In un primo aspetto, si ribadisce la necessità della condivisione che origina dal carattere non oggettivo e non oggettivabile della misurazione (come avviene per contro nel caso del

meccanismo di formazione dei prezzi nelle operazioni di scambio) e, quindi, che ci sia univocità di interpretazione sugli obiettivi di risultato, ossia sulla loro intensità, sulla loro congruenza con le politiche e gli altri obiettivi strategici, sullo sforzo da compiere per realizzarli in termini di risorse e di altre condizioni organizzative, sulla probabilità che siano realmente conseguiti in funzione di eventi prevedibili o non prevedibili, ovvero determinabili da fattori esterni o interni all'organizzazione. In altri termini, la natura, per molti versi soggettiva, degli indicatori di risultato, associata all'elevato grado di autonomia professionale presente in queste organizzazioni, richiede che sia garantita l'esplicitazione del grado di controllabilità dei fenomeni oggetto di responsabilizzazione e che ci sia condivisione su tale giudizio tra i molteplici attori che partecipano, a vario titolo, al processo decisionale di individuazione degli obiettivi e di correlata allocazione delle risorse (fig. 3).

In un secondo aspetto, è importante rilevare che la condivisione deve servire a soddisfare le esigenze di dialogo e reciproca comprensione:

— tra livelli organizzativi diversi, ed in particolare tra chi ha la responsabilità di coordinare la realizzazione dei processi tecnici, chi ha la responsabilità operativa di porli concretamente in essere attraverso la propria attività lavorativa in modo efficace ed efficiente e chi ha la responsabilità di coordinare più settori di attività garantendo le più generali condizioni di funzionamento della struttura;

— tra funzioni e/o livelli organizzativi equivalenti, ed in particolare tra chi coordina la realizzazione dei processi tecnico-assistenziali e chi concorre con lui alla realizzazione dell'obiettivo fornendo propri risultati, tecnicamente autonomi ma funzionalmente parte di un processo sanitario più ampio.

Volendo fornire una esemplificazione, l'indicazione, riferita ad un dato anno per una divisione di cardiologia, di considerare adeguata la realizzazione di 1.000 ricoveri con un costo complessivo atteso di 3 miliardi, costituisce un valido obiettivo a fini di budget solo se sono soddisfatte almeno le seguenti condizioni:

— il responsabile della divisione di cardiologia che deve coordinare i processi tecnico-assistenziali, il direttore sanitario dell'ospedale che deve garantire uno sviluppo ordinato della struttura, la direzione generale dell'ente di riferimento (sia esso un ente ospedaliero o una U.s.l.) che deve garantire l'economicità della gestione, *concordano* che 1.000 ricoveri costituiscono una risposta adeguata in relazione agli obiettivi di salute individuati nell'ambito del bacino di utenza di competenza e che i 3 miliardi di costi previsti rappresentano un impegno congruo in relazione a giudizi di efficiente ed efficace impiego delle risorse e compatibile con il quadro complessivo delle stesse;

— il responsabile della divisione di cardiologia e quelli dei servizi diagnostici *concordano* sul fatto che i secondi potranno concorrere con il primo alla realizzazione dell'obiettivo, fornendo le prestazioni strumentali necessarie in relazione alla natura e alla complessità dei casi trattati, in modi e tempi compatibili con l'organizzazione del lavoro della divisione;

— il responsabile della divisione di cardiologia e i responsabili delle funzioni tecnico-amministrative *concordano* sul fatto che i secondi saranno in grado di supportare il primo nella realizzazione dell'obiettivo, fornendo i fattori produttivi e le altre condizioni organizzative necessarie in quantità, qualità, costi, modalità e tempi compatibili con la natura e la complessità dei casi trattati nonché con l'organizzazione del lavoro della divisione;

CENTRI DI RESPONSABILITÀ

C.d.R. N. 333 Cod. 333.06.0
 Responsabile C.d.R.: Dr. Giuseppe Qualifica: Primario osp.

CONTENUTO DELLA RESPONSABILITÀ SULLA GESTIONE RIFERITO
 ALLE COMPETENZE DEL PROPRIO LIVELLO ORGANIZZATIVO

1. DOMANDA-OFFERTA	2. COSTI FISSI	3. COSTO VARIABILE UNITARIO
<input type="checkbox"/> Seleziona le priorità sui bisogni da soddisfare.	<input type="checkbox"/> Determina i vincoli ed obblighi strutturali e finanziari.	<input type="checkbox"/> Determina i vincoli organizzativi e finanziari sui fattori produttivi variabili.
<input type="checkbox"/> Richiede le prestazioni da acquisire da altri centri di responsabilità.	<input checked="" type="checkbox"/> Determina le caratteristiche delle risorse strutturali da acquisire.	<input checked="" type="checkbox"/> Seleziona le priorità sui fattori produttivi variabili da acquisire sulla base dei vincoli organizzativi e/o finanziari.
<input checked="" type="checkbox"/> Incide sui meccanismi di accesso al servizio.	<input type="checkbox"/> Definisce la dotazione delle risorse necessarie.	<input checked="" type="checkbox"/> Determina le caratteristiche dei fattori produttivi variabili (beni e servizi) da acquisire.
<input checked="" type="checkbox"/> Determina il numero massimo di prestazioni erogabili (capacità produttiva).	<input checked="" type="checkbox"/> Seleziona le priorità sulle risorse strutturali da acquisire sulla base dei vincoli ed obblighi organizzativi.	<input checked="" type="checkbox"/> Determina il costo di acquisto dei fattori produttivi variabili.
<input checked="" type="checkbox"/> È reponsabile della qualità delle prestazioni.	<input type="checkbox"/> Determina il costo di acquisto dei beni e/o servizi.	<input type="checkbox"/> Definisce la forma contrattuale.
<input checked="" type="checkbox"/> Seleziona le priorità sui servizi da attuare sulla base dei vincoli ed obblighi organizzativi.	<input type="checkbox"/> Definisce la forma contrattuale.	<input type="checkbox"/> Determina il prezzo di acquisto.
	<input type="checkbox"/> Decide la forma di manutenzione.	<input checked="" type="checkbox"/> È responsabile della gestione delle scorte.
	<input type="checkbox"/> Determina il prezzo di acquisto.	<input checked="" type="checkbox"/> Definisce il mix quantitativo qualitativo di fattori produttivi variabili impiegati nei processi tecnico assistenziali.
	<input type="checkbox"/> Determina i costi di installazione.	
	<input checked="" type="checkbox"/> È responsabile della produttività tecnica delle attrezzature.	
	<input checked="" type="checkbox"/> È responsabile della vita utile delle attrezzature correlate alla loro produttività.	
	<input checked="" type="checkbox"/> Dispone dell'utilizzo delle risorse assegnate in ragione dei vincoli ed obblighi organizzativi.	

Figura 3 - Esempio di scheda di rilevazione dello spazio di azione (responsabilità ed autonomia) di una divisione ospedaliera come definita, a fini di attivazione del budget, in una Unità sanitaria locale di medio-grandi dimensioni

— il responsabile e gli altri operatori della divisione *concordano* sulla possibilità che l'obiettivo di risultato sia realizzabile con le risorse espresse dal costo complessivo atteso, date le generali condizioni organizzative e d'ambiente in cui saranno chiamati ad operare e di tale giudizio si assumono, ognuno nell'ambito delle proprie competenze, la responsabilità nei confronti del sistema organizzativo;

— tutti gli attori sopra richiamati *concordano* che, qualora vengano effettivamente effettuati dalla divisione di cardiologia 1.000 ricoveri assorbendo risorse per 3 miliardi, l'obiettivo di budget sia da considerarsi pienamente raggiunto e a tale valutazione sia collegato tutto o parte rilevante del sistema premiante;

— analogamente, tutti gli attori sopra richiamati *concordano* che, qualora non siano stati rispettati gli impegni assunti in termini di numero di ricoveri e/o di costo complessivo, l'obiettivo non sia stato raggiunto, a tale giudizio sia collegato tutto o parte del sistema premiante, spetti al personale della divisione di cardiologia l'onere della prova circa le cause e, quindi, le motivazioni degli scostamenti, sia delle unità organizzative coinvolte, ognuna nell'ambito delle proprie competenze ed in relazione alle determinanti degli scostamenti prima evidenziati, la responsabilità di ricercare, in piena autonomia, le modalità per introdurre le opportune azioni correttive.

È facilmente intuibile, pur con le semplificazioni introdotte, come la catena di condizioni, ora richiamata, non sia rispettata nella generalità dei casi reali, se non in presenza di situazioni organizzative e d'ambiente molto stabili, di estrema omogeneità dei casi trattati, di elevata semplicità, e quindi prevedibilità, standardizzabilità e ripetitività dei compiti, di piena congruenza dei comportamenti individuali reali con le ipotesi implicite negli obiettivi di budget.

In sintesi quindi, la specificità dei processi tecnico-assistenziali, la difficoltà a definirne le condizioni qualitative ottimali di svolgimento per la necessità di adattamento alle caratteristiche soggettive del paziente e del giudizio clinico, la non possibilità in molti casi di esprimere in termini monetari il risultato dell'azione, i forti legami di interdipendenza organizzativa nel raggiungimento di un obiettivo causata dalla divisione del lavoro conseguente alla specializzazione clinica e tecnologica, richiedono il ricorso a più sofisticati parametri di valutazione dei risultati a fini di budget, secondo le linee progettuali sopra avanzate e che assegnano estrema rilevanza al tema della condivisione delle modalità di loro misurazione (10).

d) Le molteplici considerazioni svolte hanno assunto come implicitamente risolto il problema del processo decisionale attraverso cui gli obiettivi generali dell'azienda vengono a tradursi in un sistema coordinato ed integrato di impegni tra diversi livelli di responsabilità circa i risultati da conseguire e le risorse e le altre condizioni produttive necessarie alla loro realizzazione in un determinato periodo di tempo, tipicamente breve.

Si tratta, tuttavia, di una semplificazione non accettabile qualora si consideri la criticità che tale processo generalmente assume nei sistemi organizzativi complessi. Occorre quindi sviluppare criteri non generici per una sua progettazione coerente con le caratteristiche funzionali di ciascuna azienda.

Ai fini qui indagati, in particolare assumano rilievo molti dei temi già discussi.

1) La natura professionale delle relazioni organizzative e, quindi, l'elevato grado di autonomia decisionale ed operativa in capo ad una molteplicità di ruoli e di posizioni funzionali; questo aspetto pone la ne-

cessità che siano attivati meccanismi molto spinti di diffusione della responsabilità che, peraltro, tende ad assumere il carattere di autoresponsabilizzazione a causa della debolezza strutturale dei meccanismi gerarchici.

2) La relazione fiduciaria tra professionista e paziente/utente che pone il primo quale interprete dei bisogni del secondo provvedendo alla loro traduzione in una domanda specifica di prestazioni e di servizi che altrimenti rimarrebbe non espressa; questa valutazione, oltre a rinforzare le considerazioni di cui al punto precedente, chiarisce il ruolo rilevante che il professionista può e deve avere nel cogliere le dinamiche ambientali e nel concorrere a determinare, quindi, le scelte strategiche.

3) La necessità che sia compreso il legame non deterministico tra mezzi e fini e, conseguentemente, l'impossibilità, anche in relazione alla mancanza di un meccanismo forte di oggettivazione dei risultati, di guidare, imporre e verificare i comportamenti senza la condivisione sulle scelte, sugli strumenti di misurazione e sui criteri di valutazione.

Aspetti tecnici ed operativi dei sistemi di budget: considerazioni conclusive

Le caratteristiche generali sopra delineate a cui deve rispondere il processo decisionale in relazione alle peculiarità delle aziende di servizi sanitari, trovano concretizzazione nella progettazione degli aspetti tecnici ed operativi del sistema di budget. In particolare ne risultano condizionati:

— la struttura delle responsabilità e, quindi, i criteri per l'articolazione del sistema organizzativo in aree a contenuto specifico ed omogeneo di responsabilità (definizione del piano dei Centri di responsabilità e specificazione del loro contenuto);

— la direzione del processo decisionale che, si ritiene, debba essere del tipo *bottom-up*, ossia procedere dal basso del sistema organizzativo verso il vertice aziendale attraverso meccanismi di selezione delle opzioni basate su dinamiche negoziali; è comunque opportuno prevedere, quale correttivo, una fase iniziale, di avvio del processo, in cui siano specificati dagli organi massimi le linee strategiche generali entro cui l'azienda dovrà muoversi in futuro anche in relazione a vincoli d'ambiente e di risorse (definizione dello « spazio strategico ») (11);

— la strumentazione tecnico-contabile di supporto che, in particolare, deve consentire l'esplicitazione dei risultati attesi in forme congruenti con l'esigenza di condivisione sulle modalità di loro espressione in termini quantitativi e con la possibilità di valutazione degli stessi a fini decisionali dagli organi a ciò preposti.

(1) Particolarmente rilevanti, oltre ad esperienze compiute in singole U.s.l., le sperimentazioni avviate, con il supporto metodologico e di indirizzo da parte del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria (Ce.R.G.A.S.) dell'Università L. Bocconi di Milano, in modo organico e sistematico dalle regioni Emilia-Romagna (dal 1989), Friuli-Venezia Giulia (dal 1991) e Lombardia (1992) peraltro come sviluppo, successivo nei primi due casi e parallelo nel terzo, all'introduzione di sistemi di contabilità dei costi.

(2) Sulle critiche all'uso dei modelli razionali in generale ed in particolare in sanità, si veda Borgonovi E., Meneguzzo M., « Processi di cambiamento e di programmazione nelle U.s.l. ». Editore Giuffrè, Milano, 1985.

(3) Un esempio significativo in proposito è rappresentato dall'art. 1, D.L. n. 502/92.

(4) L'art. 3 del D.L. 502/92 chiaramente identifica l'U.s.l. come azienda.

(5) Per un approfondimento delle caratteristiche dei sistemi in generale, si veda Masini C., « Lavoro e risparmio »,

II ediz. UTET, Torino, 1979; per i sistemi sanitari, si veda Borgonovi E., Zangrandi A., « L'ospedale: un approccio economico aziendale ». Edit. Giuffrè, Milano, 1988.

(6) Per tutti, si veda Lawrence e Lorsch A. Rugiadini, « Organizzazione d'impresa », Edit. Giuffrè, 1971, pag. 59.

(7) Su questa stessa rivista, si veda Borgonovi, **Mecosan** 2,6:9.

(8) Con riferimento alle attività poste in essere dalle strutture pubbliche di offerta, non esiste, spesso, neppure la possibilità, ampiamente adottata in altri contesti, di procedere alla valorizzazione dei risultati ceduti sulla base di valori economici che siano espressione di operazioni di scambio realizzate da altre aziende per beni (in senso economico) analoghi; tali beni e le correlate operazioni, possono infatti non esistere o risultare

scarsamente significativi.

(9) Metodologie del tipo qui indicato sono state sviluppate dall'autore, in collaborazione con altri ricercatori e studiosi della materia, nell'ambito del nutrito programma di ricerche sul campo svolto su tali tematiche dal Ce.R.G.A.S. (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria) dell'Università L. Bocconi di Milano nel corso degli ultimi anni. Sono in corso di elaborazione e di stesura i risultati di tali ricerche che troveranno ampio sviluppo anche in altre sezioni di questa rivista.

(10) Il tema qui proposto della condizione dei sistemi di misurazione, assume caratteri di ancor maggiore complessità qualora si evidenzia la necessità di attivare modalità di valutazione della *performance* nello svolgimento di date funzioni socio-sanitarie al fine di effettuare

confronti tra contesti ritenuti omogenei; in questo caso, infatti, aumentano esponenzialmente i fattori che possono agire sull'interpretazione dei fenomeni sottostanti, differenziando la stessa nel tempo e nello spazio.

(11) Un'eccezione significativa all'opzione indicata nel testo per un processo decisionale del tipo *bottom-up* è rappresentata da quelle situazioni di contesto organizzativo interessate da un profondo processo di riorientamento della gestione verso nuovi e diversi obiettivi strategici. Tali fasi richiedono infatti, da parte del vertice aziendale, elevate capacità di guida dei comportamenti verso la realizzazione di un disegno unitario ed organico di scelte strategiche di cui il vertice stesso si fa garante; conseguentemente, sono da privilegiare processi decisionali discendenti (*top-down*).

IL COINVOLGIMENTO DEI PROFESSIONISTI MEDICI NEI PROCESSI DI CONTROLLO DI GESTIONE

di Andrea Francesconi

SOMMARIO: Introduzione - Cenni generali sui sistemi di programmazione e controllo nelle aziende sanitarie - La configurazione del sistema di controllo - Il coinvolgimento dei responsabili di unità operativa nel processo di controllo di gestione - La personalizzazione del sistema di reporting - L'opzione organizzativa - Conclusioni.

L'articolo, dopo aver illustrato i criteri di progettazione dei sistemi di programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie, presenta due possibili modalità di coinvolgimento dei professionisti medici nei processi di controllo:

— *la personalizzazione del sistema di reporting;*

— *la costituzione di comitati di analisi della gestione delle unità operative di diagnosi e cura.*

Vengono chiarite potenzialità e vantaggi delle soluzioni proposte ai fini di incidere e modificare il processo decisionale dei professionisti medici oltre, infine, ai punti di debolezza che caratterizzano le due opzioni considerate.

Introduzione

Il processo decisionale proprio dei medici operanti nelle organizzazioni sanitarie è spesso prevalentemente orientato da considerazioni di ordine strettamente professionale volte a massimizzare la disponibilità di risorse da destinarsi al processo di diagnosi e cura del singolo paziente.

Le decisioni cliniche generano, tuttavia, implicazioni rilevanti sulle dinamiche economiche delle U.s.l. e degli ospedali.

Se è vero infatti che la salute non ha prezzo, è altrettanto vero che essa ha un costo e, in periodo di congiuntura negativa, le aziende sanitarie devono riuscire a coniugare le esigenze della domanda complessiva di prestazioni con le esigenze dei singoli pazienti e, infine, con le limitate risorse a loro disposizione.

A tale proposito, un primo problema da affrontare riguarda l'integrazione delle competenze professionali e delle competenze gestionali dei

responsabili medici delle unità operative. Si tratta, in altri termini, di enfatizzare il ruolo e le responsabilità gestionali proprie del professionista medico e di metterlo in condizione di esercitare concretamente questa sua funzione.

Ma come rendere compatibili gli obiettivi, i valori, le aspettative dei professionisti con gli obiettivi dell'organizzazione in cui essi operano?

Una prima risposta può essere individuata nell'attivo coinvolgimento del personale medico nei processi di programmazione e controllo di gestione.

A tale riguardo, si ritiene utile, prima di approfondire la tematica in oggetto, richiamare alcuni concetti chiave relativi alle caratteristiche dei sistemi di programmazione e controllo.

Cenni generali sui sistemi di programmazione e controllo nelle aziende sanitarie

Come noto in letteratura, la fun-

zione dei sistemi di programmazione e controllo di gestione consiste nel mettere in condizione chi opera in azienda di *conoscere* le modalità di svolgimento dei processi gestionali e le relative implicazioni in termini di assorbimento di risorse, *di valutare* le concrete modalità gestionali adottate, *di decidere*, sulla base di obiettivi elementari di conoscenza, le migliori azioni da intraprendersi per garantire la congruenza tra risultati ottenuti dall'azienda e i bisogni dell'utenza di riferimento.

Tali finalità di ordine generale sono concretamente perseguibili tramite la realizzazione di specifici strumenti orientati rispettivamente:

— alla formulazione di obiettivi (budget);

Andrea Francesconi è professore a contratto di Economia delle amministrazioni pubbliche presso l'università L. Bocconi di Milano e docente dell'area pubblica amministrazione della Sda-Bocconi.

— alla rilevazione dei dati di attività e delle modalità di utilizzazione delle risorse (sistemi di contabilità direzionale e di contabilità analitica);

— alla comunicazione ed all'analisi dei dati rilevati ed alla valutazione dei risultati ottenuti (sistemi di reporting).

Ai fini di massimizzarne l'efficacia, la progettazione del sistema di programmazione e controllo deve caratterizzarsi per:

a) un'elevata congruenza con le caratteristiche della struttura aziendale;

b) un'elevata congruenza con le caratteristiche dell'ambiente in cui l'azienda opera (1).

Il criterio della congruenza deve comunque guidare le scelte inerenti all'individuazione delle più appropriate metodologie di rilevazione dei dati di costo e di attività, alle modalità di calcolo dei costi, all'individuazione dell'oggetto di calcolo dei costi, alla definizione del piano dei centri di responsabilità ecc.

La realizzazione dei sistemi di controllo comporta, soprattutto in quelle realtà aziendali caratterizzate per una limitata attenzione verso gli strumenti di management, rilevanti sforzi organizzativi e notevoli costi di realizzazione (si pensi ad esempio alle sole implicazioni inerenti le modifiche delle procedure gestionali e dei sistemi informatici).

In tali realtà assume allora elevata criticità, in relazione alla rilevanza (da non intendersi solamente in termini economici ma anche organizzativi) dell'investimento effettuato, la concreta implementazione ed utilizzazione del sistema.

La finalità ultima del sistema è infatti quella di incidere sui comportamenti degli operatori aziendali guidando ed orientando il loro processo decisionale e facilitando l'ottenimento di specifici obiettivi gestionali.

Il successo degli strumenti di programmazione e controllo non si basa quindi sulla semplice produzione di

dati statistici relativi ai costi ed alle attività, ma, dipende dall'effettiva utilizzazione delle informazioni da parte di coloro che ricoprono posizioni di responsabilità gestionale ai fini di supportare le proprie scelte di gestione; siano queste di breve, medio o lungo termine.

Ma l'utilizzazione delle informazioni è funzione diretta del loro grado di accettazione; quest'ultimo è a sua volta influenzato dalle caratteristiche della cultura gestionale presente in azienda (2).

Tale affermazione di ordine generale è all'origine di precise implicazioni di carattere operativo con riferimento alla progettazione dei sistemi di programmazione e controllo nelle aziende sanitarie.

La cultura gestionale d'azienda, qui intesa come insieme di conoscenze e di valori radicati nell'organizzazione, infatti, condiziona in maniera rilevante le aspettative, gli orientamenti e la disponibilità degli operatori, ai vari livelli di responsabilità, nei confronti della strumentazione manageriale a loro disposizione.

Ciò si traduce in una gamma di possibili comportamenti che può variare dal completo rifiuto delle logiche aziendali e della strumentazione manageriale, giudicate irrilevanti o non congruenti rispetto alla natura dei problemi da affrontare (prevalere dell'approccio burocratico o dell'approccio tecnocratico); ad una loro parziale accettazione; al riconoscimento della loro validità come strumenti di gestione ed al loro effettivo utilizzo.

Nelle aziende sanitarie la cultura gestionale svolge un ruolo particolarmente significativo in relazione ad alcune loro specificità: l'autonomia professionale degli operatori e la specializzazione delle prestazioni (3).

Esse generano ripercussioni sulle modalità di organizzazione del lavoro e sui meccanismi di responsabilizzazione esistenti nell'ambito di tali realtà aziendali.

In particolare si segnalano come conseguenze rilevanti:

a) la mancanza di standardizzazione delle prestazioni erogate non solo sotto il profilo tecnico professionale (clinico), ma anche sotto il profilo economico dell'impatto sul fabbisogno di risorse;

b) la differenziazione dei processi produttivi in relazione alle abilità e conoscenze dei professionisti operanti nelle strutture sanitarie;

c) la conseguente difficoltà/impossibilità di imporre predefinite modalità operative e/o prestabiliti automatismi decisionali;

d) la dicotomia tra responsabilità sull'utilizzazione delle risorse, propria dei medici a capo delle unità operative di diagnosi e cura, e le modalità di acquisizione delle risorse, condizionate da vincoli e da scelte a livello di intero sistema sanitario nazionale (4).

Tutti elementi, questi, che contribuiscono a far prevalere logiche e criteri di scelta di tipo professionale sulle logiche e sui criteri aziendali nell'orientare i comportamenti degli operatori ed in particolare dei professionisti medici.

Figura 1 - Relazioni tra cultura gestionale e comportamenti decisionali



Inoltre nelle aziende sanitarie, con particolare riferimento alle realtà pubbliche, la predisposizione degli operatori all'utilizzazione di logiche e strumenti aziendali, quali quelli dei sistemi di programmazione e controllo, è vincolata dall'esistenza di sistemi di rilevazione di natura esclusivamente finanziaria (5).

Tali sistemi, in relazione alle loro finalità (6), non presuppongono una diffusione delle informazioni di gestione agli operatori aziendali e ciò si traduce, nella generalità dei casi, in un rafforzamento della cultura professionale degli operatori stessi, che impedisce l'integrazione delle conoscenze professionali con logiche aziendali ed un cambiamento dei processi decisionali.

Gli aspetti evidenziati, devono trovare adeguata considerazione in fase di progettazione e realizzazione dei sistemi di controllo di gestione in termini di:

a) configurazione del sistema di controllo;

b) coinvolgimento diretto dei responsabili aziendali, ed in primo luogo dei responsabili delle unità operative di diagnosi e cura e dei servizi territoriali, nel processo di programmazione e controllo.

La configurazione del sistema di controllo

Il sistema di programmazione e controllo, per poter adempiere alle sue funzioni di supporto al processo decisionale deve focalizzarsi sulle esigenze di coloro che ricoprono posizioni di responsabilità gestionale.

In tal senso, nelle aziende sanitarie, attori critici sono i professionisti medici responsabili di unità operative di diagnosi e cura, siano esse inserite in strutture ospedaliere o territoriali (7).

In effetti al medico responsabile di unità operativa (medico dirigente) competono le decisioni inerenti la ge-

stione e l'organizzazione della stessa, che si traducono poi, sul piano operativo, nella definizione delle attività da porre in essere nei confronti dei pazienti, nelle modalità di gestione del personale, nella scelta dei protocolli diagnostici e farmaceutici, nella scelta della tecnologia da utilizzare, nella gestione dei rapporti e delle relazioni con le altre unità operative eccetera.

Se queste possono essere considerate, in estrema sintesi, come le responsabilità del medico dirigente, il sistema di programmazione e controllo deve fornirgli le informazioni per svolgere compiutamente la sua funzione di ordine gestionale, oltre che professionale, nell'ambito della propria unità operativa.

Il problema diventa conseguentemente quello di fornire al medico dirigente le informazioni a lui necessarie per:

— comprendere le conseguenze economiche delle decisioni da lui quotidianamente assunte nella gestione dell'unità operativa e conseguentemente formulare obiettivi gestionali;

— valutarne la validità e l'opportunità non soltanto in termini professionali ma anche in termini economici (ovvero in termini di risorse assorbite);

— individuare, qualora ciò si renda necessario, cambiamenti nelle modalità di gestione finalizzati al perseguimento degli obiettivi;

— individuare strategie di medio-lungo periodo per la propria unità operativa, che siano compatibili, da un lato, con le risorse complessivamente a disposizione dell'U.s.l. o dell'ospedale nel quale opera e, dell'altro, con le esigenze (bisogni) dell'utenza di riferimento e con il contesto organizzativo.

Come realizzare un sistema di gestione in grado di ottenere tali risultati?

Il primo passo da compiere è quello di attivare un sistema di rilevazio-

ne idoneo a consentire sistematicamente la disponibilità di informazioni economiche (dati di costo e di attività) caratterizzanti la gestione delle unità operative di diagnosi e cura.

A tal fine però i dati di costo e di attività messi a disposizione dal sistema di rilevazione devono possedere un requisito fondamentale: essere aggregati in maniera tale da rispettare la distribuzione delle responsabilità organizzative esistenti nell'ambito della struttura ospedaliera.

Ciò si traduce in due ordini di implicazioni:

a) l'articolazione del sistema di rilevazione va fondata sull'analisi della struttura organizzativa esistente;

b) le informazioni rilevate devono possedere il requisito della controllabilità da parte del responsabile dell'unità operativa.

Per quanto attiene al primo aspetto il sistema di rilevazione dovrà quindi essere strutturato per centri di responsabilità e possedere un livello di analiticità congruente con il livello di complessità proprio delle unità operative considerate.

In prima approssimazione si può affermare l'esistenza di una sostanziale coincidenza tra centro di responsabilità ed unità operativa (divisione ospedaliera nel caso l'analisi si focalizzi sull'ospedale). Il sistema di rilevazione potrà poi essere fondato sull'individuazione di più centri di costo nell'ambito dei centri di responsabilità. In tal caso, la maggiore analiticità del sistema di rilevazione è utile ai fini successivi di analisi ed interpretazione dei fenomeni gestionali consentendo una maggiore omogeneità dei valori di costo e di attività (8).

Con riferimento al secondo aspetto si sottolinea come le informazioni rilevate dovranno riguardare esclusivamente quei dati di costo e quei dati di attività il cui ammontare è funzione di decisioni prese direttamente dal responsabile dell'unità operativa considerata.

Il concetto di controllabilità è critico soprattutto con riferimento alle informazioni relative ai costi di gestione. Mentre infatti si può ragionevolmente presupporre che le attività effettuate (ovvero le prestazioni erogate dalla divisione o dal servizio ospedaliero) dipendano direttamente da decisioni del medico dirigente e del suo team di collaboratori, non altrettanto può dirsi con riferimento ai costi di gestione. Tra di questi ve ne sono alcuni il cui ammontare è funzione diretta di scelte gestionali del medico dirigente ed altri il cui ammontare è invece indipendente da decisioni assunte autonomamente a livello di unità operativa (9).

L'individuazione delle variabili controllabili rappresenta un elemento importante ai fini della rilevanza dei sistemi di programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie in funzione di (10):

a) concreta attivazione di meccanismi di responsabilizzazione economica degli operatori; responsabilizzazione sia sui risultati ottenuti in termini di prestazioni erogate che in termini di risorse utilizzate;

b) conseguente effettivo coinvolgimento degli operatori nell'ambito del processo di programmazione e controllo e relativo cambiamento delle modalità decisionali utilizzate.

Il coinvolgimento dei responsabili di unità operativa nel processo di controllo di gestione

Una corretta progettazione del sistema di contabilità analitica è condizione necessaria, ma non sufficiente ai fini del suo efficace funzionamento nelle aziende sanitarie.

È condizione necessaria in quanto la focalizzazione del sistema sui costi controllabili e la sua articolazione per centri di responsabilità consente di ottenere la congruenza con le caratteristiche strutturali delle aziende sanitarie, permettendo poi, in un se-

condo tempo, ulteriori approfondimenti di indagine (es. calcolo del costo del ricovero ospedaliero o calcolo del costo della giornata di degenza per specialità omogenee ecc).

Non è condizione sufficiente poiché, la corretta progettazione del sistema non garantisce circa il suo effettivo successo.

Infatti, la semplice disponibilità dei dati di costo e dei dati di attività non conduce, di per sé, ad alcun cambiamento gestionale sino a quando questi dati non divengono parte integrante, elemento costituente, del processo decisionale dei responsabili aziendali.

In altri termini, l'elemento di importanza fondamentale ai fini della validità dei sistemi di programmazione e controllo non è tanto la disponibilità delle informazioni quanto il loro effettivo utilizzo.

Ora, appare chiaro che, se le informazioni rilevate non sono coerenti con i margini decisionali e gli spazi di manovra dei vari livelli di responsabilità, ovvero non rispecchiano il requisito della controllabilità, esse rimarranno inutilizzate, o serviranno solo a fini statistici (ad es. utilizzo dei dati per adempiere agli obblighi informativi nei confronti dell'assessorato regionale alla sanità o del Ministero della sanità) senza però generare alcun cambiamento in termini di modalità di gestione interne.

Tali considerazioni, che hanno validità di ordine generale, assumono particolare rilevanza per le aziende sanitarie laddove:

a) la tradizionale carenza di sistemi informativi orientati alla rilevazione economica e, più in particolare di sistemi di controllo economico (11);

b) un'elevata articolazione delle responsabilità gestionali collegata all'autonomia professionale dei responsabili delle unità operative di diagnosi e cura;

hanno determinato lo svilupparsi

di processi decisionali non sempre centrati su logiche economiche (12) che vedono il prevalere di volta in volta della logica professionale, della logica amministrativa burocratica, della logica del consenso.

Nelle organizzazioni sanitarie è di conseguenza necessario, durante il processo di implementazione del controllo di gestione adottare e attivare particolari accorgimenti per facilitare l'effettiva utilizzazione delle informazioni.

A tale proposito il problema cruciale è quello di garantire la sistematica significatività delle informazioni comunicate ai diversi livelli di responsabilità con il sistema di reporting aziendale (13).

Le informazioni da comunicare periodicamente devono infatti caratterizzarsi per i requisiti della comprensibilità e della significatività, devono, in altri termini, suscitare l'interesse dei destinatari dell'informazione. Tale risultato non sempre è facilmente ottenibile soprattutto qualora i « progettisti del sistema di programmazione e controllo » debbano colloquiare con interlocutori non abituali, per motivi di formazione professionale, a ragionare sulla base dei dati di costo, laddove cioè, non si sia sviluppata una cultura gestionale fortemente orientata a considerare le implicazioni economiche delle scelte di gestione.

In tali circostanze aumenta infatti il rischio di rigetto dei flussi informativi generati dai sistemi di contabilità analitica.

La reazione negativa nei confronti del sistema di reporting può manifestarsi sostanzialmente per tre ordini di motivazioni:

a) scarsa comprensione, da parte del destinatario del sistema di reporting, delle informazioni o meglio del contenuto del report da lui ricevuto (inadeguato livello di cultura gestionale proprio del destinatario del report);

b) difficoltà da parte del destinatario dell'informazione ad individuare le relazioni di causa effetto intercorrenti tra variazioni nei livelli di attività effettuati e variazioni nei livelli di risorse utilizzate (incapacità di sviluppare modelli logici di analisi e di interpretazione dei fenomeni gestionali);

c) bassa rilevanza data dal destinatario dell'informazione alle proprie possibilità di intervenire direttamente sui fenomeni gestionali e, in particolare, sull'utilizzazione delle risorse (rifiuto del ruolo manageriale o rifiuto della logica economica a supporto del processo decisionale).

Come procedere per ottenere l'effettivo coinvolgimento degli operatori d'azienda ed in particolare dei professionisti?

A tale riguardo si possono ipotizzare varie soluzioni che dipendono in maniera rilevante dalle concrete condizioni organizzative che caratterizzano le singole realtà aziendali.

Si possono comunque prefigurare due principali linee di intervento: la prima connessa con la progettazione iniziale del contenuto dei report; la seconda connessa con l'attivazione di appositi organi aventi il compito di facilitare, nelle fasi iniziali di introduzione degli strumenti di programmazione e controllo, l'interpretazione dei dati e delle informazioni disponibili.

La personalizzazione del sistema di reporting

La prima delle due opzioni si caratterizza per l'elevata rilevanza attribuita, in sede di progettazione del sistema di reporting alla personalizzazione del contenuto dei prospetti informativi periodici da inviare sistematicamente ai responsabili medici dei centri di costo.

Il sistema di reporting si pone l'obiettivo di selezionare, tra le informazioni rilevate dal sistema di con-

Figura 2

L'ARTICOLAZIONE DEL SISTEMA DI REPORTING	
Al fine di esemplificare maggiormente le diversità del contenuto dei report, si riportano i report progettati per un servizio di dialisi e per la sala degenze di una divisione di urologia:	
Dialisi	Degenze urologia
COSTI	
PERSONALE	
Medici presenze	Infermieri presenze
Medici assenze	Infermieri assenze
Medici straordinario	Infermieri straordinario
Medici plus-orario	Infermieri plus-orario
Infermieri presenze	
Infermieri assenze	
Infermieri straordinario	
Infermieri plus-orario	
Ausiliari (costo totale)	
BENI DI CONSUMO	
Filtri per dialisi	Antibiotici
Soluzioni dializzanti	Altri farmaci
Aghi per dialisi	Garze
Materiale monouso	Altri presidi
Altro materiale sanitario	
AMMORTAMENTO ATTREZZATURE	ACQUISTO PRESTAZIONI SAN.
ALTRI COSTI	ALTRI COSTI
DATI DI ATTIVITÀ:	
N. pazienti seguiti	N. ricoveri tipo A
N. dialisi	N. ricoveri tipo B
N. dialisi peritoneali	N. ricoveri tipo C

	N. ricoveri tipo N
	N. visite ambulat.
Per ognuna delle voci di costo e per ognuno degli indicatori di attività il report fornisce informazioni relative a:	
— valore assunto dall'indicatore nel periodo in esame;	
— confronto in termini di variazione assoluta e percentuale rispetto a:	
— trimestre precedente;	
— stesso trimestre dell'anno precedente;	
— struttura dei costi del centro di costo.	

tabilità direzionale, quelle più utili ai fini dell'interpretazione delle dinamiche gestionali passate ed ai fini dell'estrapolazione delle dinamiche future.

La personalizzazione del sistema di reporting si traduce in una elevata differenziazione dei prospetti informativi generati dal sistema di programmazione e controllo; differenziazione necessaria, a sua volta, in relazione alle eterogenee caratteristiche delle unità operative componenti le aziende sanitarie ed ai conseguenti differenti fabbisogni informativi.

La personalizzazione del sistema di reporting implica un diretto coinvolgimento del destinatario dell'informazione nella definizione del contenuto dei prospetti informativi. Tale coinvolgimento si rende infatti opportuno in virtù della maggiore capacità (sensibilità) propria del responsabile del centro di costo di individuare quei fattori produttivi che rivestono maggiore criticità rispetto alle problematiche di gestione connesse con l'attività da lui svolta.

Tale considerazione è valida soprattutto con riferimento alle unità operative di diagnosi e cura ospedaliera laddove la personalizzazione delle prestazioni, l'autonomia professionale degli operatori e le caratteristiche della domanda soddisfatta possono determinare un elevato livello di eterogeneità nelle modalità di gestione adottate e nelle implicazioni economiche conseguenti.

Da qui la necessità di differenziare il contenuto del sistema di reporting in modo da cogliere tale eterogeneità e focalizzare il sistema di controllo sulle variabili rilevanti proprie di ogni centro di responsabilità.

Il criterio della personalizzazione conduce alla definizione di report diversi per unità operative tra loro simili.

Si pensi, a titolo esemplificativo, a due divisioni di medicina generale operanti nell'ambito della stessa struttura ospedaliera.

Nel report della divisione di medicina generale 1 potrebbe essere evidenziato il consumo di antibiotici ed il costo dello straordinario del personale medico ed infermieristico; mentre nel report della divisione di medicina generale 2 potrebbe essere evidenziato il consumo dei prodotti cardiovascolari ed il costo connesso con le assenze del personale medico ed infermieristico.

La differenza delle informazioni a disposizione dei due primari è utile qualora essa corrisponda ad effettive peculiarità gestionali delle due unità operative.

La personalizzazione del sistema di reporting, soprattutto se attuata tramite il coinvolgimento diretto dei destinatari dell'informazione, consente di ottenere una maggiore motivazione degli operatori nei confronti del sistema di controllo di gestione e limita le situazioni di rigetto delle informazioni qualora queste siano legate alla percezione di un'imposizione del sistema di controllo da parte degli organi massimi dell'azienda.

In tal senso, anzi, il coinvolgimento degli operatori nella definizione del proprio flusso informativo, contribuisce a diffondere nell'organizzazione la consapevolezza che il sistema di controllo di gestione, lungi dall'essere un nuovo tipo di controllo burocratico, rappresenta uno strumento di gestione funzionale alle esigenze degli operatori aziendali.

I limiti della personalizzazione del sistema di reporting vanno invece cercati da un lato, nel maggior costo di gestione del sistema di programmazione e controllo, dall'altro, nella possibilità di dover procedere a frequenti revisioni del sistema di reporting stesso (14).

Questo secondo aspetto è imputabile soprattutto alla limitata esperienza ed alla limitata familiarità con sofisticati strumenti di gestione che caratterizza i professionisti medici operanti nelle organizzazioni sanita-

rie e che, in quanto tale, può determinare parecchi errori nelle prime definizioni del contenuto dei report.

L'opzione organizzativa

Una seconda possibilità di facilitare l'accettazione degli strumenti e delle logiche di programmazione e controllo è ravvisabile nella creazione di un apposito organismo cui affidare la responsabilità di sviluppare e proporre modelli di interpretazione delle dinamiche gestionali proprie delle singole unità operative.

Tale soluzione consente di superare i problemi connessi con:

- disponibilità di tempo (generalmente limitata) che i destinatari dei report, con particolare riferimento ai professionisti medici, possono/vogliono dedicare all'analisi dei dati;

- effettiva capacità dei destinatari dell'informazione di sviluppare adeguati modelli di analisi.

Tale organismo potrebbe assumere la veste di una commissione permanente o di un comitato di analisi gestionali ed operare nell'ambito del settore programmazione e controllo dell'U.s.l. con funzioni di supporto.

Più precisamente, il mandato di tale comitato dovrebbe essere quello di:

- sviluppare modelli rappresentativi del funzionamento delle singole unità operative, modelli in grado di esplicitare non solo le variabili gestionali critiche, ma anche le relazioni intercorrenti tra le variabili;

- effettuare analisi finalizzate ad interpretare i fenomeni e gli accadimenti gestionali passati;

- effettuare analisi finalizzate ad evidenziare le implicazioni sulla gestione di obiettivi che i responsabili delle unità operative si prefiggono per le gestioni future;

- supportare il responsabile dell'unità operativa nell'individuazione delle cause delle inefficienze di gestione e delle alternative modalità di intervento correttivo;

— sviluppare Decision Support Systems per le varie unità operative presenti nella struttura dell'U.s.l. o dell'ospedale;

— mantenere aggiornati i modelli di analisi sviluppati in funzione di rilevanti cambiamenti che possono intervenire nelle caratteristiche dell'attività delle unità operative; nelle caratteristiche della domanda; nella tecnologia utilizzata ecc.

Tali attività richiedono una approfondita conoscenza delle modalità di funzionamento delle unità operative e dei servizi delle U.s.l.; è inoltre evidente la criticità propria delle funzioni di analisi che può incidere, influenzare, il processo decisionale dei responsabili delle unità operative.

A tale proposito si sottolineano due aspetti:

— la tempestività dell'analisi è funzione della capacità di elaborare quantità anche rilevanti di dati in tempi ristretti;

— la significatività, o correttezza dell'analisi è funzione diretta del grado di conoscenza delle caratteristiche dei processi operativi che a loro volta determinano le relazioni tra attività svolte e risorse utilizzate a livello di unità operativa.

Per tali considerazioni, i componenti del comitato devono possedere alcuni specifici requisiti:

— essere « degli esperti del settore », ovvero conoscere approfonditamente le modalità di funzionamento di una o più unità operative della Unità sanitaria locale;

— essere legittimati ad operare; ovvero essere formalmente riconosciuti dai vertici massimi dell'Unità sanitaria locale come titolari di funzioni di analisi ed interpretazione dei fenomeni gestionali;

— essere disponibili ad investire concretamente parte del proprio tempo nell'attività di analisi;

— avere interiorizzato le finalità e gli obiettivi propri degli strumenti di programmazione e controllo.

Il comitato avrà di conseguenza una composizione eterogenea annoverando tra i suoi componenti sia personale amministrativo, che personale medico, che personale operante nell'ambito dei servizi territoriali dell'Unità sanitaria locale; dovrà riunirsi periodicamente per l'applicazione dei modelli di analisi sviluppati ai dati di volta in volta resi disponibili dal sistema di contabilità analitica; agirà, di fatto, come consulente interno dei responsabili dei centri di costo ed in particolare dei professionisti medici minimizzando il tempo dedicato da questi ultimi all'attività di analisi ed interpretazione dei dati e dei fenomeni gestionali.

La costituzione di un organo dotato delle caratteristiche sopra menzionate può consentire di ottenere i seguenti vantaggi:

1) coinvolgere in modo diffuso il personale medico nel processo di controllo di gestione;

2) facilitare l'integrazione tra personale amministrativo dedicato alla gestione del sistema di programmazione e controllo ed il personale medico;

3) garantire una effettiva aderenza delle analisi ai reali fenomeni gestionali ed alle esigenze conoscitive dei destinatari dell'informazione;

4) individuare specifici criteri di misurazione dei risultati dell'attività delle organizzazioni sanitarie congruenti con le problematiche di valutazione dell'ammontare di risorse utilizzate (15).

Conclusioni

Le due linee di intervento proposte massimizzano la propria efficacia qualora siano utilizzate congiuntamente.

È chiaro che la soluzione di tipo organizzativo può concretamente essere proposta solo in fase di avanzata introduzione del sistema di programmazione e controllo della gestio-

ne non avendo essa significato prima dell'effettiva disponibilità delle informazioni di costo e di attività generate dal sistema di reporting.

Per arrivare alla costituzione di un organo quale il Comitato di analisi gestionale, l'Unità sanitaria locale deve comunque iniziare ad investire in formazione del personale ben prima di avere a disposizione i report per i responsabili dei centri di costo.

La possibilità per i componenti del comitato di svolgere proficuamente la propria attività è infatti subordinata non solo alla conoscenza specifica dei processi produttivi ma anche alla conoscenza delle logiche, delle metodologie e delle tecniche di analisi ed interpretazione dei fenomeni gestionali.

Da qui l'esigenza di creare le condizioni affinché gli operatori coinvolti acquisiscano conoscenze e competenze manageriali (un processo di formazione mirato può costituire la soluzione adatta allo scopo).

L'attivazione di un gruppo di persone legittimato ad interagire sistematicamente con i responsabili medici delle unità operative dell'U.s.l. ed in grado di fornire loro modelli di interpretazione delle scelte di gestione facilitando la loro attività di valutazione, può portare, nel lungo periodo, a superare i problemi di scarsa attenzione agli output del sistema di programmazione e controllo che spesso caratterizzano l'atteggiamento dei medici operanti nelle organizzazioni sanitarie.

I risultati possono essere ancora migliori laddove, tramite il coinvolgimento dei professionisti nella fase di definizione del contenuto del report, si sia riusciti a creare un forte livello di attesa verso i risultati ottenibili con l'attivazione di logiche di controllo manageriale.

Per massimizzare l'efficacia di tale soluzione, l'U.s.l. potrebbe infine introdurre un sistema di incentivazione volto a premiare coloro che mo-

strano una maggiore attenzione verso l'utilizzazione dei dati di costo e di attività ai fini di formulazione delle scelte gestionali.

(1) A tale proposito si rimanda al contributo di AMIGONI F., *I sistemi di controllo direzionale*. Giuffrè, Milano 1979.

(2) Sul concetto di cultura aziendale si rimanda al contributo di DE CASTRI M., *Organizzazione e cultura dell'innovazione in impresa*. Giuffrè, Milano 1985.

(3) Al proposito si rimanda al contributo di: BORGONOV E., ZANGRANDI A., *L'ospedale, un approccio economico aziendale*. Giuffrè, Milano 1988.

(4) Si pensi alle attuali problematiche connesse con i tagli alla spesa pubblica ed in particolare della sanità oppure alle politiche di gestione della tesoreria centrale attuate dal Tesoro ed alle loro ripercussioni sulle modalità di funzionamento delle Unità sanitarie locali.

(5) Ci si riferisce al bilancio pubblico ed alle sue caratteristiche. Su tali tematiche si rimanda a MAZZOLENI M., *Aspetti metodologici e tecnici del sistema di rilevazione negli enti pubblici*, in AA.VV.: *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*. Giuffrè, Milano 1984. Si veda anche VERONESI E., COLLEVECCHIO M., *Un nuovo bilancio per le U.s.l.*. ANCI-Sanità, Roma 1985.

(6) Ci si riferisce prevalentemente alle funzioni autorizzative del bilancio pubblico. Anche su tale argomento di rimanda a MAZZOLENI M., *op. cit.*

(7) Con tale affermazione non si vuole attribuire un ruolo secondario ad altre figure professionali operanti nelle organizzazioni sanitarie, quali ad esempio il personale amministrativo ai vari livelli, il personale infermieristico, il personale tecnico ecc. L'economia e l'obiettivo dello scritto impongono una sua focalizzazione sul ruolo proprio dei medici.

(8) Per esemplificare quanto detto si consideri il caso di una divisione di chirurgia generale così strutturata:

- sezione degenza uomini;
- sezione degenza donne;
- sala operatoria;
- ambulatorio divisionale;
- ambulatorio piccoli interventi;
- endoscopia.

In questa situazione il sistema di rilevazione dei costi individuerebbe la divisione di chirurgia come centro di responsabilità mentre i centri di costo coinciderebbero con le sottunità operative in cui la divisione stessa è articolata. Sui criteri di definizione del piano dei centri di costo si rimanda a ZANGRANDI A., *La contabilità dei costi nelle Unità sanitarie locali*. Giuffrè, Milano 1985.

(9) Esempi tipici di costi controllabili a livello di unità operativa possono riguardare:

— il costo dei farmaci che è funzione della terapia farmacologica adottata;

— il costo degli accertamenti diagnostici che è funzione dei protocolli seguiti;

— il costo delle prestazioni intermedie funzioni delle scelte di richiedere o meno consulenze ad altre unità operative;

— il costo del personale dell'unità operativa che è funzione delle richieste in termini di organico e delle politiche di gestione del personale adottate, ecc.

Tipico esempio di costi non controllabili è rappresentato ad esempio dai costi delle utenze (Enel, costi di riscaldamento, ecc.) o dei servizi amministrativi di supporto.

Per approfondimenti sulle configurazioni di costo ed in particolare per la definizione del concetto di costo controllabile si rimanda a ANTONY R.N., YOUNG D.W., *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*. McGraw Hill, Milano 1992.

(10) Sul concetto di rilevanza dei sistemi di controllo si rimanda ad AMIGONI F., *I sistemi di controllo: criteri di progettazione*, in AMIGONI F. (a cura di): *Misurazioni d'azienda: programmazione e controllo*. Giuffrè, Milano 1988.

(11) I sistemi di rilevazione tipici delle aziende sanitarie pubbliche si concentrano infatti sulle dinamiche finanziarie connesse alla gestione (andamento delle entrate e delle uscite finanziarie) trascurando quasi completamente la rilevazione dei costi di gestione e degli eventuali ricavi connessi alle cessioni di beni e servizi. In tempi recenti si assiste tuttavia ad un maggiore orientamento verso la rilevazione e l'analisi dei costi di gestione e verso la realizzazione di sistemi di controllo di gestione. Al riguardo si vedano i contributi di BORGONOV E. (a cura di): *Il controllo economico nelle aziende sa-*

nitarie, EGEA, Milano 1990 e di ZANGRANDI A.: *Il sistema di contabilità analitica nella regione Emilia-Romagna: criteri di progettazione, modalità di attuazione e primi risultati*, in Azienda pubblica n. 1, giugno 1988.

(12) Sul concetto di logica economica si rimanda a BORGONOV E., *Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale*, in BORGONOV E. (a cura di): *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*. EGEA, Milano 1990.

(13) Sulle caratteristiche dei sistemi di reporting si rimanda a: WILSON J.D., CAMPBELL J.B., *Controllershship*. John Wiley and Sons, 1981.

In particolare, per quanto riguarda le aziende sanitarie si segnala il lavoro svolto da COPERCHIONE E., LOMAZZI L., ZANGRANDI A., *Il sistema di reporting: schemi base di primo riferimento*. Rapporto Ce.R.G.A.S., Milano 1988.

(14) Si sottolinea come la revisione del sistema di reporting non rappresenti un rilevante problema tecnico qualora l'U.s.l. si sia dotata di un'adeguata strumentazione informatica per la sua gestione; più rilevanti sono invece gli aspetti di processo connessi con l'individuazione dei nuovi elementi informativi da inserire nei report.

(15) Si ritiene utile segnalare una concreta esperienza di questo genere. Si tratta del G.A.G.A.O. (Gruppo di Analisi sulla Gestione dell'Assistenza Ospedaliera) costituito dall'Unità sanitaria locale n. 34 di Chiari (BS) come unità di supporto all'Ufficio di direzione per le tematiche inerenti l'analisi dei dati di attività e dei dati di costo relativi alle divisioni ed ai servizi ospedalieri dell'Unità sanitaria locale e rilevati dal sistema di contabilità analitica.

In questo caso il G.A.G.A.O. è composto esclusivamente da personale medico (aiuti ed assistenti ospedalieri) in forza presso le divisioni ed i servizi degli ospedali dell'Unità sanitaria locale n. 34. Il gruppo opera nella massima autonomia in termini di modalità operative di lavoro. Recentemente il G.A.G.A.O. è stato coinvolto nell'ambito del processo di budget attivato presso l'Unità sanitaria locale n. 34 con funzioni di supporto ai primari ospedalieri nella definizione degli obiettivi di budget.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- AA.VV., *La contabilità analitica nelle Unità sanitarie locali: sistemi di rilevazione*. CLUEB, Bologna 1990.
- AA.VV., *Strumenti contabili e statistici per il controllo di gestione*. CLUEB, Padova 1981.
- AMIGONI F., *I sistemi di controllo direzionale*. Giuffré, Milano 1979.
- AMIGONI F., (a cura di), *Misurazioni d'azienda, programmazione e controllo*. Giuffré, Milano 1988.
- ANSELMINI L., VOLPATO O., *L'azienda salute*. Giuffré, Milano 1990.
- ANTHONY R.N., HERZLINGER R., *Management control in non profit organizations*. Homewood, Illinois, Irwin 1984.
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W., *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*. McGraw Hill, Milano 1992.
- BORGONOV E., *Gli strumenti informativo-contabili per le decisioni nella pubblica amministrazione*, in AA.VV., *Strumenti informativo-contabili per le decisioni aziendali*. CLUEB, Bologna 1988.
- BORGONOV E., *I concetti di controllo burocratico e di controllo manageriale nella pubblica amministrazione*. Azienda pubblica n. 1, giugno 1988.
- BORGONOV E. (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*. Egea, Milano 1990.
- BORGONOV E., ZANGRANDI A., *L'ospedale: un approccio economico aziendale*. Giuffré, Milano 1988.
- CAPERCHIONE E., LOMAZZI L., ZANGRANDI A., *Il sistema di reporting: schemi base di primo riferimento*. Ce.R.G.A.S. (documento interno), Milano 1988.
- CODA V., *I costi di produzione*. Giuffré, Milano 1968.
- DE CASTRI M., *Organizzazione e cultura dell'innovazione in impresa*. Giuffré, Milano 1985.
- FLAMHOLTZ E.G., *Organization control systems as a managerial tool*, in California management review, winter 1979.
- HORNGREN C., FOSTER G., *Cost accounting: a managerial emphasis*, (6th edition), Englewood Cliffs, Prentice Hall 1987.
- MASON R.O., SWANSON E.B., *Gli indici di valutazione per le decisioni aziendali*, in AMIGONI F., (a cura di): *Misurazioni d'azienda, programmazione e controllo*, Volume 1, Giuffré, Milano 1988.
- MAZZOLENI M., *Aspetti metodologici e tecnici del sistema di rilevazione negli enti pubblici*, in AA.VV., *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*. Giuffré, Milano 1984.
- WILSON J.D., CAMPBELL J.B.: *Controlship*. John Wiley and Sons, 1981.
- ZANGRANDI A., *Il controllo di gestione nelle Unità sanitarie locali*. Giuffré, Milano 1986.
- ZANGRANDI A., *Il sistema di contabilità analitica nella regione Emilia-Romagna: criteri di progettazione, modalità di attuazione e primi risultati*, in Azienda pubblica, n. 1, giugno 1988.
- ZAVATTARO F., *Il controllo di gestione nelle organizzazioni professionali complesse*, in AA.VV., *La programmazione ed il controllo nelle strutture sanitarie*. McGraw Hill 1988.

Documenti e commenti

Sezione 2^a

LE MANOVRE DI CONTENIMENTO DELLA SPESA DELLA REGIONE TOSCANA

di Federica Bandini e Antonello Zangrandi (a cura)

SOMMARIO: — Direttive alle Unità sanitarie locali per la formazione del bilancio 1992.
— Intervista a Patrizia Ragazzini, Emanuele Giusti, Mario Romeri del Dipartimento sicurezza sociale regione Toscana.

Proseguendo il tema affrontato da Mecosan nel numero 4, inerente il ruolo delle Regioni nel fronteggiare e « governare » il sistema complesso della sanità, pubblichiamo un interessante progetto della regione Toscana in attuazione della manovra di contenimento della spesa previsto dalla legge n. 412/91. La regione Toscana ha ritenuto necessario « realizzare provvedimenti di ampio respiro che incidano profondamente sull'assetto organizzativo istituzionale (reticolo territoriale) e su quello dei presidi ospedalieri ».

1. - Le manovre regionali

Al fine di contenere il fabbisogno nell'ambito dell'assegnazione effettuata — che, si ricorda, già prevede un divario di 400 miliardi rispetto all'assegnazione nazionale oggetto di contrattazione — la Regione ritiene indispensabile adottare provvedimenti riorganizzativi di ampio respiro strategico, nei quali calare in maniera più organica ed incisiva le manovre attuative previste dalla legge finanziaria e quelle aggiuntive richieste dal contesto operativo regionale.

La scelta regionale di procedere ad un'assegnazione che tenga conto, in primo luogo, del fabbisogno di esercizio e delle reali possibilità di contenimento del medesimo, indi dei vincoli generali del contesto nazionale, che hanno consentito solo un'assegnazione provvisoria semestrale, richiede, infatti, un impegno programmato di rientro che non può concludersi nell'ambito del presente esercizio, ma che deve essere sviluppato nell'arco della presente legislatura.

In tale contesto risultano necessari provvedimenti di vasto respiro che, in particolare, incidano profondamente sull'assetto organizzativo istituzionale (reticolo territoriale) e su quello dei presidi ospedalieri.

Tali provvedimenti, che richiedono un'attuazione graduale e determinano ricadute finanziarie che non opereranno « direttamente » nel breve periodo, individuano le linee di razionalizzazione complessiva del sistema regionale dei servizi sanitari, nelle quali le Unità sanitarie locali possono e debbono calare le loro azioni di bilancio: la loro definizione a livello regionale condurrà in tempi brevi alla disponibilità di:

— una proposta organica di revisione della zonizzazione delle Unità sanitarie locali, che vada nella direzione di una riduzione delle stesse;

— un coerente progetto di riorganizzazione della rete ospedaliera toscana — sul fronte pubblico e privato convenzionato

— finalizzato alla rideterminazione della dotazione di posti letto ed alla riqualificazione dei livelli assistenziali interni ai presidi.

Tali provvedimenti sono per un verso propedeutici a quelli previsti obbligatoriamente dalla finanziaria, per l'altro, necessitando di un lungo iter di perfezionamento formale, sono progressivamente introdotti dall'attuazione delle manovre specifiche di livello regionale, che vengono di seguito illustrate.

In particolare, mentre l'immediata manovra nel settore ospedaliero ha la portata di seguito indicata (riduzione fino a 19.000 p.l. complessivi), quella sul riassetto generale della rete, che comporta chiusure o riconversione di presidi ma anche riorganizzazione interna di tutta l'attività di ricovero (degenze programmate, day hospital, dimissione protetta e spedalizzazione domiciliare), si assesta su livelli di dotazione attorno a 4,5/5 p.l. per mille abitanti, ovvero su una dotazione complessiva di posti letto che oscilla attorno a 17.000.

Manovre specifiche di livello regionale

— Riduzione immediata dei posti letto ospedalieri, compreso l'apporto del settore privato convenzionato, portando la dotazione complessiva regionale, in coerenza con le indicazioni cogenti della finanziaria, a circa 19.000 posti letto. A tale obiettivo si perviene attraverso una manovra congiunta e ponderata che vede una riduzione dei posti letto disponibili nella rete di presidi pubblici nonché la riduzione dell'area di ricovero convenzionata (case di cura) di circa 3.000 posti letto rispetto a quelli in esercizio nel 1991.

— Contenimento del turn over di personale e rigorosa selezione delle nuove assunzioni sulla base dei programmi di riduzione dei posti letto e di riorganizzazione dei presidi per aree funzionali.

— Nuova disciplina regionale del ricorso all'indiretta, che preveda:

* l'abolizione dei rimborsi per i ricoveri ordinari in case di cura non convenzionate;

* l'abolizione del regime dell'indiretta per quelle prestazioni — TAC, ecografia, RIA — per le quali la struttura pubblica è in condizioni di sopperire al fabbisogno con l'eventuale potenziamento dei turni.

— Revisione dei rapporti convenzionali per la fisiochinesiterapia, con disdetta per le prestazioni di limitata validità terapeutica.

— Introduzione di tariffe tra Unità sanitarie locali per una serie di prestazioni specialistiche, da utilizzare a fini compensativi anche per incentivare lo sviluppo delle medesime prestazioni in ambito pubblico.

— Immissione di strumenti di normalizzazione dei costi e delle procedure di acquisizione di beni e servizi sul mercato.

— Interventi nel comparto della spesa farmaceutica che prevedano:

* il completamento del sistema di lettura delle prescrizioni;

* la partecipazione ai singoli medici dei rispettivi dati di spesa;

* lo sviluppo delle attività delle commissioni professionali per il controllo del comportamento prescrittivo;

* lo sviluppo di iniziative informative e formative verso la popolazione ed i medici;

* il passaggio alla distribuzione in forma diretta da parte delle strutture pubbliche di particolari categorie di farmaci, individuate da un gruppo tecnico specificatamente costituito dalla Giunta regionale;

* il passaggio alla forma indiretta per un gruppo di 1.300 farmaci selezionati in base alla loro efficacia terapeutica;

* un costante auditing della spesa farmaceutica che consenta il tempestivo passaggio alla forma indiretta, su particolari categorie di farmaci o su tutto il prontuario, non appena ciò sia consigliato dall'approssimarsi alla soglia di attenzione costituita dall'assegnazione di cassa.

— Immediata attivazione di tutti gli strumenti operativi ed informativi necessari a rilevare ed evidenziare la mobilità interregionale.

— Iniziative che prevedano il coinvolgimento dei medici, sia di medicina generale che della medicina specialistica, mediante la promozione di attività di formazione ed aggiornamento, su temi specifici approfonditi a livello regionale con il coinvolgimento degli operatori interessati; tali iniziative dovrebbero inoltre consentire entro l'esercizio:

* la predisposizione di una serie di protocolli diagnostici;

* la messa a punto di specifiche elettive di accesso, tramite apposite commissioni comprendenti varie professionalità ed anche con l'attuazione di sperimentazioni applicative, per la T.A.C. e la R.M.N., consentendo di portare a termine gli impegni assunti per il precedente esercizio, rispetto ai quali sono state già predisposte le specifiche elettive per l'assistenza domiciliare, i centri diurni e la R.S.A. per anziani non autosufficienti.

— Iniziative volte a favorire lo sviluppo delle entrate dirette delle Unità sanitarie locali, tramite l'emanazione di apposite direttive di normalizzazione delle attività di specializzazione diurna, di incremento dell'attività ambulatoriale intramoenia ed, in particolare, di quelle libero-professionali a pa-

gamento per ricondurre in ambito pubblico anche tale quota di utenza. A questo proposito si prevede la costituzione di apposito gruppo di lavoro per la definizione delle modalità di determinazione delle tariffe libero-professionali e per lo studio dei meccanismi di adeguamento di quelle vigenti.

— Rideterminazione delle tariffe per attività a pagamento svolte dalle Unità sanitarie locali a favore di terzi ai sensi dell'art. 4, comma 10, della citata L. n. 412/91.

2. - La metodologia di predisposizione del bilancio

Il bilancio è predisposto dall'Ufficio di direzione come proiezione finanziaria dei programmi di attività da impostare nel corso dell'esercizio: nel seguito tali programmi vengono denominati: « Azioni di bilancio ».

Il processo di predisposizione del bilancio deve considerare:

— gli esiti delle attività svolte nel precedente esercizio, come rilevate dalla relazione sullo stato di salute 1991 e dalla riclassificazione economico funzionale della spesa del precedente esercizio;

— gli scostamenti degli indicatori di struttura, attività e spesa da quelli individuati dal Piano sanitario vigente o, in carenza, da parametri medi di riferimento di ambito regionale e/o di « classe di U.s.l. », nonché da quelli definiti dalle presenti direttive.

Tale analisi consente ai responsabili dei singoli servizi di proporre le azioni di bilancio da programmare per l'esercizio in corso, considerando anche la nuova organizzazione prevista dalla legge regionale n. 61/90, nonché le indicazioni fornite con le presenti direttive, oltre che l'analisi degli esiti dell'attività.

Successivamente l'amministratore straordinario, supportato dall'Ufficio di direzione:

— esamina il complesso delle azioni di bilancio ed i piani di utilizzo delle risorse predisposti, verificandone le compatibilità finanziarie con i vincoli di crescita dei singoli fattori produttivi;

— cura gli adempimenti necessari a riportare in equilibrio il piano finanziario, tenuto conto del vincolo generale di bilancio derivante dall'assegnazione indistinta aumentata delle risorse vincolate, già assegnate, delle entrate a carico del fondo comune regionale, delle risorse derivanti dalle entrate proprie e del saldo relativo alla stima delle compensazioni finanziarie previste per il presente esercizio.

Si ricorda che in attuazione dell'art. 24 della L.R. 19 dicembre 1979, n. 63, così come modificata dalla L.R. n. 29/30, il bilancio va accompagnato da una relazione di sintesi che dimostri il processo programmatico svolto ed espliciti le direttive per l'organizzazione dei servizi e l'impiego del personale, nonché per l'uso del patrimonio e delle attrezzature; la relazione è redatta secondo criteri e modalità uniformi sulla base dello schema allegato (allegato 1).

Lo schema predisposto dal Dipartimento sicurezza sociale tende ad assicurare una sintetica esposizione del processo programmatico nelle sue fasi di analisi, di definizione delle azioni di bilancio e di formulazione dei piani di utilizzo delle risorse, ed è preceduto da una breve « Guida metodologica per la redazione della relazione al bilancio ».

Nell'allegato 1 e nella guida metodologica (vedi in particolare l'allegato 1.A, nel quale è riportata la tabella di assegnazione delle risorse) vengono impartite disposizioni specifiche per la compilazione della Relazione al bilancio e per l'utilizzo dell'assegnazione indistinta e del Fondo di sviluppo, attribuito alle Unità sanitarie locali che si collocano a livelli di spesa storica inferiori a quelli derivanti dall'applicazione dei parametri di finanziamento del P.S.R.

Le Unità sanitarie locali, esaurita la redazione della relazione, devono provvedere ad una specifica quantificazione degli stanziamenti di bilancio, onde apportare le variazioni al Bilancio tecnico connesse con il piano finanziario formulato nell'ambito della medesima relazione, senza tener conto, in questa fase, del separato piano finanziario predisposto per l'utilizzo dell'eventuale Fondo di sviluppo.

L'attività programmatica così predisposta dalle Unità sanitarie locali, verrà esaminata durante specifici incontri a livello regionale, ai quali parteciperanno gli amministratori straordinari supportati dallo staff organizzativo della U.s.l.

La verifica così effettuata costituirà uno specifico criterio per le Unità sanitarie locali, nella predisposizione del bilancio di previsione per l'esercizio 1992 o delle opportune variazioni del bilancio già adottati.

Il successivo e formale provvedimento con cui verrà deliberato il bilancio di previsione, o le variazioni conseguenti all'esame effettuato in sede regionale, sarà inviato per il controllo della Giunta regionale ai sensi dell'art. 1, commi 2 e 5, della L. n. 111/91 e dell'art. 4, comma 8, della L. n. 412/91.

In sede di verifica verrà altresì determinata la quantificazione delle risorse finanziarie a disposizione delle diverse Unità sanitarie locali per quanto concerne il turn-over e/o l'assunzione di nuovo personale.

La relativa e successiva copertura rimane soggetta ad autorizzazione regionale.

Tale autorizzazione sarà comunque condizionata anche dal vincolo della permanenza della disponibilità finanziaria programmata dalla U.s.l. in sede di predisposizione del bilancio di previsione.

Anche a tal fine saranno indette nel corso dell'esercizio apposite riunioni di verifica dell'andamento della gestione, anche in riferimento al controllo, a cadenze programmate, degli esiti effettivi delle rilevazioni dei flussi delle prestazioni soggette a compensazione.

3. - Direttive per la predisposizione delle azioni di bilancio

Le Unità sanitarie locali sulla base della metodologia sopra esposta provvedono alla formulazione del bilancio, procedendo alla corretta determinazione della domanda proveniente dal proprio bacino e da quelli di altre Unità sanitarie locali, secondo gli andamenti storici evidenziati e tenendo conto degli scostamenti dai parametri di riferimento rilevati all'interno delle singole classi di appartenenza.

A tal fine le Unità sanitarie locali sono raggruppate in quattro classi distinte, differenziate rispetto alla tipologia organizzativa delle prestazioni a livello di struttura ovvero di bacino.

Tali gruppi di indici sono stati introdotti a suo tempo nelle direttive per la predisposizione della relazione al bilancio del precedente esercizio e sono relativi a tetti complessivi di fabbisogno che, di norma, salvo specifiche motivazioni da indicare nelle azioni di bilancio, non possono essere superati in termini di consumi specifici per le prestazioni di radiodiagnostica e di laboratorio; mentre sono da considerare quale riferimento orientativo per la determinazione del fabbisogno di ricovero in specialità di base: gli indici sono riportati nella tabella allegata (allegato 2).

Occorre sottolineare la necessità di confrontare comunque, in via preliminare, l'effettiva allocazione funzionale delle risorse nel precedente esercizio finanziario con quella teorica prevista dal P.S.R., valutando le motivazioni degli scostamenti.

Tale operazione consente di impostare opportune azioni di bilancio per riallineare, con la necessaria gradualità, gli esiti economici della gestione alle previsioni di piano.

L'analisi delle gestioni pregresse evidenzia uno spostamento generalizzato di risorse verso il settore ospedaliero a scapito delle attività extraospedaliere e, per queste ultime, verso l'assistenza farmaceutica a scapito del complesso delle attività territoriali.

Tali considerazioni hanno, per un verso, determinato la Regione a programmare un significativo intervento di normalizzazione della spesa farmaceutica e ad accreditare alle Unità sanitarie locali, da subito in sede di assegnazione, gli esiti, tutt'altro che scontati, di tale programma, per l'altro, ad impegnarsi in un ampio progetto di riorganizzazione della rete istituzionale correlato ad un altrettanto profondo programma di riorganizzazione della rete ospedaliera.

Risulta pertanto evidente la necessità, resa ancor più cogente da un quadro generale di risorse decrescenti, di incidere su tutti i margini possibili presenti nell'utilizzo di taluni fattori produttivi di ambito ospedaliero, ovvero di impostare tutte le azioni di riorganizzazione possibili nel settore, per liberare le risorse necessarie a consentire il perseguimento degli obiettivi di piano per il rimanente complesso di attività.

L'impegno per il riequilibrio degli indici di spesa in atto verso quelli di piano risulta pertanto una necessità da perseguire a livello locale fino da questo esercizio, e deve costituire il cardine delle azioni di piano da impostare.

Sul versante dell'organizzazione interna dell'U.s.l. e quindi dell'offerta di prestazioni, le contingenti disposizioni impartite dalla finanziaria relativamente ai criteri di determinazione del livello ospedaliero in base a specifici requisiti di standard dei posti letto (tasso di occupazione non inferiore al 75% in media annua, tasso di ospedalizzazione del 160 per mille, standard minimo di 120 posti letto per presidio ospedaliero) ed alla costituzione delle aree funzionali omogenee, impongono da parte delle Unità sanitarie locali un'attenta programmazione del loro sviluppo.

Si ricorda infatti che il finanziamento statale, e conseguentemente quello regionale, tengono conto solo dei posti letto necessari ad assicurare almeno il tasso di occupazione più sopra indicato; quindi livelli di attività difformi dagli standard sopra indicati, comportano l'assunzione di oneri finanziari ricadenti in modo diretto sulle realtà locali.

Gli elementi che possono costituire un orientamento per la concreta attività delle singole Unità sanitarie locali sono individuabili nei seguenti vincoli:

— necessità di procedere ad una revisione complessiva delle modalità attuative e dei punti di erogazione dei servizi effettuando una concentrazione di funzioni con conseguente dismissione o riconversione di presidi fisici.

Tale vincolo è di portata diffusa a tutte le attività della U.s.l. Per il settore ospedaliero trova esplicitazione nella necessità generale di intervento mirato, nei confronti di presidi sottodimensionati e di tutte quelle realtà operative non organizzate su adeguati livelli di attività e comunque tali da essere suscettibili di miglioramenti quali-quantitativi se riorganizzate su aggregazioni funzionali più ampie.

A tal fine per le esigenze particolari del settore, si segnala la necessità di una attenta valutazione delle situazioni « fuori norma » in termini organizzativi, come i presidi ospedalieri prossimi alla soglia dei 120 posti letto; considerato il carattere prescrittivo delle disposizioni della legge n. 412/91 le Unità sanitarie locali devono prevedere specifiche azioni di bilancio relative alla riorganizzazione per aree funzionali dei presidi ospedalieri, sulla base delle indicazioni di seguito impartite:

Valutazione e successiva attivazione dei modelli organizzativi per aree omogenee previsti dalla L. n. 412/91

Si richiama l'attenzione sui potenziali effetti positivi in termini di miglioramento dei livelli assistenziali e di razionalizzazione delle attività, derivanti da una corretta applicazione del modello per aree omogenee, sia per quanto riguarda il settore della degenza, sia con riferimento a quello dei servizi.

In particolare per questi ultimi va attentamente considerato, ai fini dell'aggregazione in aree, un modello organizzativo in cui le strutture che erogano prestazioni di diagnostica di laboratorio e di diagnostica per immagini, pur potendo essere molteplici all'interno di una stessa U.s.l., siano da ritenersi, all'interno delle specificità che caratterizzano i singoli settori, partecipi di un'unica realtà sotto il profilo organizzativo. Ciò può essere attuato soprattutto secondo le seguenti linee:

— ricognizione dei livelli di utilizzo delle tecnologie a disposizione, e conseguente adeguamento delle potenzialità erogative, in base alle specifiche indicazioni regionali;

— eventuale conseguente riassetto organizzativo che preveda la possibilità di potenziare i turni di attività sviluppando appieno la potenzialità del parco tecnologico;

— valutazione specifica delle potenzialità in termini di prestazioni erogabili, tenendo conto delle priorità relative alle richieste per i ricoverati, dopo un'attenta analisi dei comportamenti fuori « range » rispetto alle indicazioni di cui all'allegato 2, nonché delle ricadute, anche di ordine economico, determinate dalla ridefinizione dei livelli organizzativi interni per la produzione delle prestazioni;

— un'accettazione amministrativa e sanitaria centralizzata delle richieste dei pazienti ambulatoriali, con smistamento delle specifiche attività prestazionali alle singole strutture interessate e riconsegna decentrata dei risultati, dando per scontato, a tale proposito, che sistema analogo operi già in tutte le Unità sanitarie locali per le attività di ricovero, almeno per

le realtà dove esiste un solo presidio, invitando pertanto tutte le Unità sanitarie locali dove tale sistema non sia a regime, o quelle nelle quali esistono più stabilimenti, a predisporre obbligatoriamente un'apposita azione di bilancio;

— una razionale e programmata suddivisione delle attività tra le singole strutture interessate;

— una suddivisione ed una gestione delle risorse (personale, beni e servizi, strumenti di incentivazione) correlata ai livelli di attività come sopra programmati nell'ambito delle aree omogenee con specifica individuazione delle singole strutture operative che vi confluiscono.

Per quanto concerne specificatamente le attività di ricovero, l'aggregazione per aree deve consentire la:

— valutazione ed attivazione di interventi di progressivo adeguamento agli standards contenuti nella finanziaria relativi al tasso di occupazione dei posti letto ed all'indice di spedalizzazione, programmando ed attuando gli opportuni provvedimenti relativamente alle unità operative ospedaliere che non rientrano nei citati standards, con particolari ricadute nella formulazione dei piani di assunzione del personale, in quelli di utilizzo degli strumenti contrattuali e delle risorse in generale;

— riorganizzazione dell'attività ospedaliera delle Unità sanitarie locali correlata alla classe di appartenenza secondo il seguente diagramma:

* classe A: area medica e area chirurgica;

* classe B: area medica, area chirurgica, area materno infantile;

* classe C: area medica, area chirurgica, area materno infantile, area delle terapie intensive e area della riabilitazione;

* presidi di classe C più università: le stesse aree previste per i presidi della classe C, con possibilità di articolazione della medesima area in più aree dello stesso tipo, ovvero di programmazione di aggregazioni in aree funzionali maggiormente specializzate;

* presidi con dipartimento dell'emergenza attivato: deve essere prevista obbligatoriamente l'area delle terapie intensive, nonché un modulo organizzativo apposito nell'ambito di ciascuna area dei servizi diagnostici.

I programmi di riorganizzazione in aree vanno previsti anche nel caso di più presidi ospedalieri nella medesima U.s.l., nel qual caso si procede alla determinazione di aree funzionali uniche, almeno sotto il profilo delle attività di accettazione programmata, dei servizi di supporto alla degenza, dell'utilizzo del personale per l'attività ambulatoriale, ivi compresa quella relativa a discipline della medesima area non presenti in tutti i presidi.

Al fine di limitare i disagi per l'utenza ed assicurare il massimo livello di assistenza compatibile con le dotazioni presenti in zona, il riferimento per le attività di urgenza deve comunque essere unico nell'ambito della medesima U.s.l., mentre possono essere presenti sul territorio punti di primo intervento per la messa in sicurezza del paziente ed il trasporto assistito presso il presidio di riferimento per l'urgenza-emergenza.

Le attività ospedaliere di elezione, ivi comprese quelle di ricovero, possono invece essere programmate anche in più presidi ospedalieri del territorio anche per la medesima area, sem-

preché ciò sia consigliato dalla rilevanza, anche stagionale, dell'utenza del bacino di riferimento e sia possibile assicurare un sufficiente supporto operativo alle sedi interessate;

— necessità di dare attuazione alle previsioni del Piano sanitario regionale relative all'attività di riabilitazione in regime di degenza, dato che le assegnazioni dei letti e del personale di medicina, cardiologia, ortopedia, neurologia e pneumologia comprendono anche la quota di pertinenza della riabilitazione;

— necessità nel settore della riabilitazione di prevedere programmi mirati di recupero della spesa per le prestazioni di fisiochinesiterapia e di terapia fisica, tenuto conto delle notevoli disponibilità di personale dipendente e dei margini presenti nel settore per un recupero della spesa esterna da finalizzare al finanziamento delle incentivazioni;

— necessità di provvedere ad una corretta imputazione della spesa rispettivamente al settore sanitario ed a quello sociale, considerando che per il secondo può essere prevista una compartecipazione dell'utente, rapportata al reddito (trasporti sociali, R.S.A., residenze protette psichiatria ecc.).

Criteri generali relativi alla corretta imputazione della spesa

a) possono essere imputate al sanitario le prestazioni integrative che rientrano nelle previsioni di apposite leggi nazionali;

b) quelle previste dalla L.R. n. 56/84 devono essere imputate ai fondi regionali, utilizzando gli appositi capitoli di entrata e di uscita. Per tali fondi deve essere richiesta l'erogazione mediante specifici modelli;

c) le prestazioni non comprese nelle fattispecie sopra indicate devono essere imputate al sociale e sono parzialmente recuperabili nei confronti dell'utenza in base al reddito;

d) per i trasporti l'imputazione alla parte sanitaria del bilancio va fatta nel caso di utenti che necessitino:

* di trasporto sanitario di emergenza;

* di trasporto sanitario ordinario, secondo i principi sotto indicati:

— quello nei confronti di pazienti che abbiano necessità di trasporto assistito, in quanto le particolari condizioni patologiche ed obiettive, che presentano al momento non sono tali da consentire loro il trasferimento in altra forma;

— per le ipotesi di assistibilità si rinvia, fermo restando quanto sopra, all'art. 14, dell'accordo regionale sul trasporto sanitario sottoscritto il 6 agosto 1987.

Non è, invece da considerare trasporto sanitario, quello di anziani o di handicappati a presidi delle Unità sanitarie locali ed a istituti convenzionati ex art. 26, legge n. 833/78 o ad essi assimilati, quando non sussistano le condizioni patologiche sopra indicate. La materia è regolata dall'art. 8, lett. g), e dall'art. 26, commi 1 e 2 della L. 5 febbraio 1992, n. 104 « legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate ».

Va ricordato che nell'ambito delle provvidenze economiche a favore delle categorie protette si collocano anche le « indennità di accompagnamento » (L. 28 marzo 1968, n. 406; L. 11 febbraio 1980, n. 18; L. 21 novembre 1988, n. 508) nonché le « indennità di frequenza » per minori invalidi (L.

11 ottobre 1990, n. 289) e che a tali indennità va fatto riferimento per il finanziamento dell'onere del trasporto.

Il trasporto dei dializzati, al di fuori delle fattispecie che lo caratterizzano come « trasporto sanitario » nel senso anzidetto, fa carico al bilancio sanitario solo nel caso di trasporto fuori dalla U.s.l. di residenza per carenze organizzative interne:

— necessità di attenta e corretta valutazione della convenienza, per costi e tempi, ad acquisire all'esterno servizi, considerando, nell'analisi costi/opportunità, il costo del personale come elemento estremamente rigido in carenza di concreta e programmata possibilità di riutilizzo, nei limiti della pianta organica, della risorsa « personale »;

— necessità da parte delle Unità sanitarie locali di predisporre e/o migliorare i meccanismi di rilevazione dei flussi di mobilità per prestazioni sanitarie, al fine di consentire una quantificazione preliminare del reale andamento del flusso finanziario, in entrata o in uscita, conseguente alla redistribuzione degli stanziamenti che la Regione opererà nel corso dell'esercizio, in relazione ai meccanismi di compensazione previsti.

La rilevazione puntuale del fenomeno può consentire inoltre una coerente programmazione dell'offerta interna, che trova un specifico elemento di valutazione negli indicatori di mobilità dell'utenza — propria o proveniente dalle altre Unità sanitarie locali nonché fornire alla Regione gli indispensabili supporti per richiedere gli opportuni correttivi per le compensazioni in ambito nazionale.

Per quanto riguarda l'area delle iniziative di razionalizzazione della struttura organizzativa dell'U.s.l. e dell'uso delle risorse si confermano le disposizioni contenute nelle direttive alla predisposizione del bilancio esercizio 1991 a suo tempo emanate dalla Regione in merito alla gestione del personale, all'acquisizione di beni e servizi ed alla politica dei controlli.

In particolare, relativamente alla gestione del personale, si sottolinea la necessità di utilizzare gli istituti contrattuali previsti dal D.P.R. n. 384/90, tra i quali la reperibilità, il lavoro straordinario, l'incentivazione, sviluppando l'accorpamento e l'integrazione delle unità operative per aree e funzioni omogenee di cui ai punti precedentemente trattati e contenuti anche nel punto 1.2.2. dello schema metodologico di relazione al bilancio allegato.

Per quanto riguarda inoltre l'istituto dell'incentivazione si richiama l'attenzione all'applicazione dell'accordo recentemente siglato in sede regionale che individua alcuni obiettivi a cui finalizzare l'applicazione dell'istituto; la scelta di questi ultimi da parte della U.s.l. dovrà essere contenuta nelle azioni di bilancio programmate e ricomprendere totalmente le risorse finanziarie destinate all'istituto dell'incentivazione all'interno delle medesime azioni.

Per quanto riguarda i beni e servizi si conferma il divieto di acquisto di materiale diagnostico e di altro materiale di consumo per attività non proprie della U.s.l. secondo la L.R. n. 61/90; in particolare per l'attività laboratoristica la Regione ha individuato la suddivisione tra attività analitiche di base ed attività specialistiche per ciascuna U.s.l., riportata nella tabella allegata che individua quindi le relative dotazioni strumentali e di consumo (allegato 3).

Un'analisi di dettaglio sul fattore produttivo « persona-

le » non può ignorare il riflesso sull'utilizzo di tale risorsa derivante dai servizi sanitari e non affidati dalla U.s.l. al mercato esterno, sia utilizzando gli strumenti convenzionali vigenti sia attraverso gli appalti di servizio. Questo per due ordini di considerazioni; una di carattere più generale tesa ad evidenziare la consistenza dell'indotto sanitario « diretto », l'altra di carattere più specifico concernente l'effettivo grado di copertura delle piante organiche teoriche previste dal piano.

Per quanto concerne l'aspetto di carattere più generale si può evidenziare quanto segue:

— nel 1990 i dipendenti del Servizio sanitario regionale risultavano 48.192;

— una valorizzazione del fattore produttivo personale, condotta sulla base della spesa sostenuta per appalti esterni e convenzioni e di valutazioni dell'incidenza su questa dell'impiego del fattore produttivo « personale » (vedi allegato 1.E), evidenziava nello stesso periodo la presenza di 16.102 operatori equivalenti, pari ad un terzo del personale dipendente.

Per il riflesso esercitato dagli « operatori equivalenti » sul grado di copertura degli organici di piano, occorre rilevare che:

— sempre nel 1990 la copertura delle piante organiche era, in media regionale assicurata al 66% da personale dipendente, con oscillazioni da un minimo del 56% ad un massimo dell'80%;

— una valutazione sugli operatori equivalenti impiegati, senza considerare quindi in questo caso il personale medico delle convenzioni uniche nazionali, conduceva a stimare nel 16%, in media regionale, il ruolo degli operatori equivalenti rispetto alla copertura effettiva delle piante organiche di piano.

In generale, quindi, risulta una copertura effettiva, sempre in media regionale, dell'82% ed, in talune situazioni si determinano impieghi del fattore produttivo « personale » che hanno già raggiunto gli standards previsti dal piano.

Si invitano pertanto le Unità sanitarie locali ad effettuare, adottando la metodologia sopra suggerita, una ricognizione specifica sull'incidenza di tale fattore esterno sull'effettivo utilizzo delle risorse di personale, per i riflessi che tale verifica preliminare potrebbe determinare sui programmi di utilizzo del personale dipendente e degli strumenti contrattuali correlati.

In particolare si sottolinea che nel 1991 i servizi non sanitari in appalto hanno raggiunto una spesa di 212 miliardi con un incremento del 21,7% rispetto al 1990, con una incidenza sul bilancio di parte corrente del 3,6%. Data la rilevanza assunta da questa voce di spesa si ricorda che essa comprende, in percentuale pari a circa il 60%, una specifica spesa di personale. Le Unità sanitarie locali dovranno procedere ad una percentuale quantificazione di detta quota e ad una sua traduzione in « personale equivalente » di cui dovrà tenersi conto in sede di piani e programmi di assunzioni ed utilizzo di strumenti contrattuali e quindi in sede di richiesta di autorizzazioni di nuove assunzioni e/o di turn-over.

Il controllo della spesa farmaceutica

La Regione, a tale proposito, ha assunto impegni pesanti sul versante della farmaceutica convenzionata contando di immettere strumenti di governo della spesa che consentano di

conseguire un risultato di esercizio di 830 miliardi rispetto ad una spesa 1991 di 1.060 miliardi: tale impegno va sostenuto anche dalle singole Unità sanitarie locali considerando che, per come è costruita l'assegnazione, il beneficio netto di tale ipotizzato contenimento della spesa è già transitato nell'assegnazione alle Unità sanitarie locali.

Compiti del livello locale sono, a tale proposito, quelli espressamente previsti dalla finanziaria, che si raccomanda vengano assolti con il massimo impegno:

— controlli, anche con riscontri a domicilio dell'assistito, delle ricette per prescrizioni o prestazioni con prezzo superiore a lire 100.000;

— formalizzazione e pubblicazione degli indicatori di consumo disponibili per farmaci in esenzione;

— adozione di meccanismi di controllo e riscontro campionario dell'utilizzo dei farmaci in esenzione, ricordando le responsabilità degli amministratori straordinari circa la piena attuazione delle disposizioni relative alle sanzioni a carico dei cittadini e dei medici che fanno uso abusivo delle esenzioni dalla partecipazione alla spesa sanitaria.

Per quanto riguarda infine la farmaceutica ospedaliera vanno puntualmente adottati i comportamenti previsti dalla finanziaria in relazione alla:

— formalizzazione e pubblicizzazione dei dati di consumo di farmaci per giornata di degenza alle singole unità operative;

— riorganizzazione delle farmacie ospedaliere con particolare riferimento alla gestione del magazzino farmaceutico e delle singole dotazioni di reparto;

— necessità di procedere agli acquisti di farmaci solo attraverso normali gare di appalto, adottando i provvedimenti che il caso richiede per gli ordini emessi in assenza di tali presupposti.

4. - Il meccanismo delle compensazioni

Con riferimento al meccanismo delle compensazioni, in considerazione dell'estensione introdotta nel corrente esercizio, si forniscono alcune prestazioni.

Già lo scorso anno la Regione ha introdotto per alcuni settori di spesa, il meccanismo delle compensazioni. Sostanzialmente la compensazione opera come strumento di redistribuzione della spesa per specifiche attività sanitarie, ponendola a carico degli ordinatori.

In pratica il costo della prestazione viene accollato in ragione della provenienza dell'utenza.

Il meccanismo in base al quale viene ripartito l'onere finanziario tra la U.s.l., vede in questa fase l'intervento diretto della Regione. Infatti le Unità sanitarie locali devono comunicare alla Regione, l'andamento quantitativo delle prestazioni erogate e soggette al meccanismo della compensazione. Successivamente la Regione, sulla base delle informazioni complessive provenienti dalle Unità sanitarie locali, provvede ad effettuare un adeguamento, sia in attivo che in passivo, delle partite « debitorie/creditorie » fra le Unità sanitarie locali stesse.

Il che si sostanzia in una deliberazione della Giunta regio-

nale, con la quale si provvede ad incrementare o a ridurre l'assegnazione complessiva di bilancio delle Unità sanitarie locali; conseguentemente queste ultime dovranno effettuare le opportune variazioni di bilancio.

Si sottolinea come tali variazioni possono determinarsi sia in attivo (incrementi del fondo di dotazione delle Unità sanitarie locali, maggiori entrate) sia in passivo (decrementi del fondo di dotazione delle Unità sanitarie locali minori entrate).

Di seguito si indicano i settori per i quali tale meccanismo è già in atto dall'esercizio 1991:

- case di cura;
- riabilitazione;
- terme.

Per tali prestazioni la previsione da parte delle Unità sanitarie locali per il bilancio 1992, decorre dall'1 gennaio 1992 e comprende pertanto tutto l'esercizio 1992. Ciò, evidentemente, in ragione dell'esistenza di un collaudato ed effettivo meccanismo di rilevazione introdotto dalle Unità sanitarie locali nell'esercizio 1991.

Sotto il profilo temporale, per tali prestazioni, si indicano le seguenti scadenze:

1) entro il 30 luglio: la Regione, sulla base dei dati forniti dalle Unità sanitarie locali, effettua la ripartizione relativa al primo semestre del 1992;

2) entro il 30 ottobre: la ripartizione viene effettuata sia sulla base degli ulteriori dati forniti, relativi al periodo successivo al primo semestre, sia in base ad una proiezione degli andamenti dei flussi di mobilità, in modo da coprire tutto l'esercizio 1992; tale previsione, considerata l'esistenza dei dati relativi all'esercizio 1991, oltretutto, evidentemente, quelli di parte dell'esercizio 1992, presenta un alto grado di attendibilità.

Per le case di cura la compensazione a livello regionale viene così determinata:

— il saldo delle giornate di degenza viene monetizzato in valore e segno sulla base di un costo medio per giornata rilevato a livello regionale;

— le prestazioni aggiuntive fornite dalle strutture private (protesi, ecc.) sono compensate in base al saldo dei costi effettivi sostenuti o da addebitare alla U.s.l.

Per il corrente esercizio la Regione ha inoltre introdotto altri settori per i quali deve essere attivato il meccanismo delle compensazioni. In allegato (allegato 4) si indicano tali settori, riportando anche la quantificazione finanziaria degli stessi (tariffa delle prestazioni tra Unità sanitarie locali).

Considerato che per tali prestazioni la compensazione viene di fatto introdotta a partire dal 1992, evidentemente le Unità sanitarie locali dovranno conteggiare, ai fini finanziari, solo le prestazioni rese dall'1 giugno 1992, fino al dicembre 1992.

Per quanto concerne i tempi relativi alla concreta effettuazione delle ripartizioni da parte della Regione, questi sono individuati in una unica scadenza:

1) entro il 30 ottobre la ripartizione viene effettuata sia sulla base dei dati forniti dalle U.s.l. sia in base alla proiezione di tali dati per il residuo periodo del corrente esercizio,

cioè fino al 31 dicembre. Tale stima evidentemente si caratterizza per un livello di attendibilità relativo, che potrà trovare un correttivo nel successivo esercizio finanziario. Del resto tale scelta è obbligata, in considerazione della disposizione di cui all'art. 32 della L.R. 24 maggio 1980, n. 68, che indica la data del 30 novembre come termine ultimo entro il quale le U.s.l. possono effettuare le variazioni di bilancio.

4.1. - Aspetti metodologici

Evidentemente il presupposto per un corretto funzionamento del meccanismo delle compensazioni è quello di una specifica individuazione e quantificazione delle prestazioni, soggette a tale meccanismo, che vengono erogate a favore di utenti provenienti da bacini territoriali di altre Unità sanitarie locali.

Per quanto concerne la classificazione di cui all'allegato 4 tra prestazioni di base, prestazioni a bacino di utenza multizonale e prestazioni a tariffa differenziata, questa corrisponde alle diverse caratteristiche con le quali tali prestazioni si differenziano nella modalità di erogazione e, conseguentemente, nel meccanismo delle compensazioni.

Per le prestazioni di base, il meccanismo della compensazione non incontra alcuna limitazione. Qualunque prestazione erogata da una U.s.l. a favore di utenti provenienti da altre Unità sanitarie locali viene valutata in sede di compensazione.

Per le prestazioni a bacino di utenza multizonale, il meccanismo della compensazione non trova applicazione relativamente a quelle prestazioni rese a favore di utenti provenienti da Unità sanitarie locali ricomprese nel bacino di utenza multizonale della U.s.l. erogante.

Rimane invece pienamente applicabile per le prestazioni rese ad utenti provenienti da Unità sanitarie locali non ricomprese nel detto bacino di utenza multizonale.

Se la U.s.l. con bacino di utenza multizonale non provvede a soddisfare le richieste di prestazione avanzate dalle Unità sanitarie locali ricomprese in tale bacino, gli oneri conseguenti sono posti a carico della U.s.l. « inadempiente »: e questo sia che la prestazione venga erogata da altra U.s.l. — tariffa convenzionale dell'allegato 4 — sia che si ricorra a strutture convenzionate o alla forma dell'indiretta — intero costo sostenuto dalla U.s.l. richiedente.

Per una più chiara determinazione, si allega il prospetto degli ambiti multizonali relativi a tali prestazioni (allegato 5).

Per le prestazioni a tariffa differenziata, la particolarità concerne sia il loro carattere innovativo che la loro scarsa presenza sul territorio regionale. Dai due elementi consegue la necessità di non penalizzare, sotto il profilo finanziario, quelle Unità sanitarie locali per le quali è stata decisa l'attivazione e lo sviluppo di queste particolari prestazioni, che evidentemente comportano oneri economici che devono trovare un'adeguata copertura da parte delle Unità sanitarie locali che ne fruiscono. Tra queste prestazioni sono state inserite limitatamente al 1992 quelle relative alla litotripsia ed alla interventistica cardiologica, anche se riferite esclusivamente ad attività di ricovero, in quanto tali prestazioni non sono state considerate all'interno dei parametri ponderali, previsti per le relative specialità dai parametri di finanziamento del P.s.r.

Al di là del meccanismo di assestamento definitivo del bilancio sopra illustrato, le Unità sanitarie locali sono invitate, anche in fase di predisposizione del bilancio di previsione, ovvero di variazione al bilancio tecnico già adottato, a valutare preventivamente i riflessi positivi o negativi sull'entrata determinati e dalle compensazioni per flussi sotto controllo (case di cura, terme e riabilitazione) e da quelle da instaurare, appostando gli esiti di tale analisi quali poste compensative dell'entrata ovvero della spesa.

Per quanto riguarda l'attuale fase di predisposizione dei bilanci e delle relazioni, la metodologia indicata è la seguente:

1) nella pagina 27 dello schema di relazione al bilancio; devono essere riportate le specifiche previsioni in entrata ed in uscita per ogni singola tipologia di prestazione, oltretutto, evidentemente, il saldo attivo o passivo. Ove dalle complessive previsioni risulti un valore positivo tra entrate/uscite, la U.s.l. lo considererà a tutti gli effetti come maggiore entrata; nel caso contrario, evidentemente, l'U.s.l. riduce la complessiva disponibilità finanziaria del proprio bilancio, considerandolo come maggiore uscita;

2) la valutazione previsionale da parte delle Unità sanitarie locali costituisce un momento particolarmente delicato, con particolare riferimento a quei settori per i quali il meccanismo di compensazione viene introdotto a partire dal presente esercizio. Per questi si suggerisce quindi una stima prudente. Ciò sia per quanto concerne l'eventuale quantificazione in entrata, contenendola in difetto, sia con riferimento all'eventuale quantificazione in uscita, determinandola in eccesso. Infatti programmare la propria attività considerando risorse finanziarie che possono non corrispondere alle effettive disponibilità, costituisce una scelta negativa.

In allegato si riportano i modelli con i quali le Unità sanitarie locali comunicheranno alla Regione i dati concernenti le prestazioni soggette al meccanismo della compensazione distintamente per la « mobilità infraregionale » (allegato 6) e per quella « interregionale » (allegato 7).

Tali modelli vanno compilati per le prestazioni che sono state sottoposte al meccanismo della compensazione a partire dall'1 giugno del corrente esercizio; per quelle già attivate nell'esercizio 1991, rimangono invariate le modalità di comunicazione dei dati stabilite nello scorso esercizio.

5. - Il fondo di sviluppo

Si richiamano di seguito alcuni elementi fondamentali circa le modalità e le procedure di utilizzo di tale stanziamento aggiuntivo a favore di quelle Unità sanitarie locali che si collocano su livelli di spesa storica inferiori ai parametri di finanziamento previsti dal Piano sanitario regionale.

La finalizzazione di tale stanziamento è rivolta al finanziamento di:

- attività assegnate dal P.s.r. alla U.s.l. e non ancora svolte ai livelli previsti;
- attuazione dei progetti obiettivo previsti dal P.s.r.;
- attuazione dei dipartimenti dell'emergenza e dell'urgenza.

L'utilizzo di tale fondo è subordinato ad un'autorizzazio-

ne regionale che passa attraverso la verifica della coerenza delle azioni specifiche di bilancio programmate — azioni di sviluppo — alle finalizzazioni sopra indicate oltretutto della congruità degli stanziamenti dell'apposito piano finanziario con le azioni programmate.

Risulta quindi indispensabile che venga redatta una distinta relazione utilizzando le schede della Relazione al bilancio da pag. 7 in avanti.

Allegato 1 alle Direttive alle U.s.l.
per la predisposizione del bilancio: esercizio 1992

Guida metodologica per la redazione della Relazione al bilancio

Sezione prima: vincoli

- a) i vincoli finanziari, sia quello specifico di bilancio che quelli generali di piano;
- b) i vincoli organizzativi, sia specifici di gestione, sia generali di piano nonché quelli derivanti dalle disposizioni della L. n. 412/91 (finanziaria 1992);
- c) i vincoli economici specifici di gestione rapportati a quelli generali di contesto.

Vincolo finanziario di bilancio (pag. 2, pag. 27)

L'analisi dei vincoli consente alla Unità sanitaria locale di definire meglio il quadro entro il quale impostare il bilancio di esercizio.

In particolare il vincolo di bilancio evidenzia le risorse disponibili e va assunto quale elemento obbligatorio di riferimento sul quale impostare l'equilibrio.

Risulta particolarmente rilevante la determinazione delle risorse complessive di esercizio che sono costituite:

- dall'assegnazione indistinta del Fondo sanitario di competenza della U.s.l. determinata dalla Regione nel provvedimento di assegnazione (allegato 1.A), senza considerare in questa fase le entrate aggiuntive relative al Fondo di sviluppo;
- dalle assegnazioni in conto corrente vincolate già disposte dalla Regione nel corso dell'esercizio;
- dalle entrate previste a carico del fondo comune regionale quale partecipazione sui maggiori oneri « non sanitari » correlati all'applicazione del nomenclatore tariffario sulle protesi;

— da una stima delle entrate proprie dirette della U.s.l. da utilizzare totalmente ad integrazione del finanziamento di parte corrente;

— dal saldo (attivo o passivo) per compensazioni tra Unità sanitarie locali trattato in dettaglio nel seguito.

La stima delle entrate proprie dirette va condotta sulla base degli accertamenti del precedente esercizio, tenuto conto delle azioni obbligatorie da appostare per lo sviluppo di tale canale finanziario; in particolare quelle di:

- corretta determinazione della partecipazione dei cittadini alla spesa, connesse in particolare, ad un attento protocollo dell'attività di day-hospital;
- sviluppo delle attività libero-professionali dei medici dipendenti;

- applicazione delle nuove tariffe per attività a pagamento, ai sensi dell'art. 4, comma 10, della legge n. 412/91;
- interventi di gestione del patrimonio da reddito.

Per quanto riguarda le entrate per beni da reddito, si ricorda che la L. n. 412/91 ha stabilito che a partire dall'esercizio 1992 le somme di cui all'art. 69, comma 1, lettere b), c) ed e) della L. n. 833/78 (in cui sono ricompresi i proventi ed i redditi netti derivanti dal patrimonio), sono trattenute dalla U.s.l. per essere totalmente utilizzate ad integrazione del finanziamento di parte corrente. Da tale disposizione, innovativa rispetto alla precedente disciplina, deriva la necessità che le Unità sanitarie locali attivino in tempi brevi procedure atte all'accertamento della situazione patrimoniale mediante gli opportuni processi ricognitivi già indicati nella nota regionale — prot. n. III/11881/ER/2 dell'11 aprile 1992 — in collegamento con gli uffici tecnici dei Comuni interessati, al fine di accertare la situazione patrimoniale in relazione:

- a quanto emerge dai verbali di consegna afferenti ai beni di prima dotazione, con la debita annotazione degli estremi detti verbali;
- ad eventuali modificazioni intervenute nel periodo 1980-1991 nei beni di prima dotazione;
- ai beni attivati ed acquisiti al patrimonio successivamente.

Tale ricognizione deve consentire la predisposizione di interventi per il miglioramento della gestione aziendale del patrimonio e per la valorizzazione del medesimo.

Vincoli finanziari di piano (pag. 2)

La riclassificazione funzionale della spesa per l'esercizio finanziario 1991 va operata sulla base del quadro sinottico allegato (allegato 1.B), mentre gli indici di spesa previsti dal piano sanitario vigente sono riepilogati per ciascuna U.s.l. nell'apposito prospetto (allegato 1.C).

La U.s.l. determina gli scostamenti percentuali dagli indici di piano rispetto agli indici di spesa del 1991, esaminando le motivazioni delle difformità riscontrate. Considerato che l'assegnazione per questo esercizio è stata determinata con esclusivo riferimento agli indici di piano, senza alcuna storicizzazione, risulta particolarmente evidente la necessità di impostare azioni di bilancio che tendano a minimizzare gli scostamenti rilevati, anche al fine di conseguire l'equilibrio di bilancio.

Vincoli organizzativi di piano (pag. 3)

La U.s.l. confronta la propria struttura organizzativa con quella che il piano prevede venga conseguita. La definizione delle unità organizzative teoricamente da attivare in base alle disposizioni di piano, determina un complesso di risorse che dovrebbero essere mobilitate nell'ambito dell'esercizio, in termini di personale, dotazioni strumentali e strutture, delle quali va verificata la compatibilità, nell'ambito del vincolo finanziario di bilancio come sopra definito, con i piani di utilizzo delle risorse.

Analoga operazione va fatta con riferimento alle unità organizzative presenti, ma non previste dal piano, tenendo conto comunque che non sempre una unità organizzativa disattivata comporta una immediata riconversione di spesa.

Nella relazione vanno infine riportate solo le unità organizzative (in termini di servizi, unità operative autonome o meno ed ufficio o sezioni aggregate) che la U.s.l. ritiene di poter attivare o disattivare nel corrente esercizio, appostando precise azioni di bilancio.

Vincoli organizzativi della finanziaria 1992 (pag. 4)

L'art. 4 della L. n. 412/91 introduce una serie di prescrizioni tendenti alla razionalizzazione dell'attività, in particolare di quella ospedaliera ed al corretto esercizio dei controlli sui livelli di attività; il regime introdotto sulle incompatibilità, dalla medesima disposizione, impone la necessità di un'attenta valutazione delle potenzialità offerte dalle attività libero professionali dei medici dipendenti e dalla prevedibile maggiore disponibilità del personale medico che optasse per un rapporto di dipendenza o comunque dei riflessi sulla struttura organizzativa determinati dalla soluzione delle incompatibilità.

In considerazione del generale disallineamento tra indici ospedalieri di piano ed indici effettivi di spesa si è ritenuto particolarmente importante evidenziare, in apposita sezione della Relazione al bilancio, gli impatti dei previsti interventi di riorganizzazione sull'attività ospedaliera. Per questo settore dell'attività va effettuata un'analisi specifica che la U.s.l. deve operare sia sul versante della effettiva occupazione dei reparti di degenza che su quello di una riorganizzazione funzionale per aree, sia dell'attività di ricovero sia dei servizi sanitari. I provvedimenti conseguenti da adottare, sia in termini di rideterminazione dei posti letto che di aggregazione funzionale ed organizzativa, costituiscono pertanto azioni di bilancio prioritaria ed obbligatoria da programmare nel corso dell'esercizio.

Per quanto concerne tutte le altre prescrizioni della finanziaria 92, le stesse vanno puntualmente considerate nelle singole azioni di bilancio nei termini indicati nelle direttive specifiche di seguito impartite.

Vincoli economici (pag. 5 e pag. 6)

La U.s.l. confronta i risultati economici conseguiti nel precedente esercizio per i singoli fattori produttivi, aggregati nella maniera indicata nell'apposita scheda della relazione, e formula le previsioni circa l'evoluzione tendenziale dei medesimi nel corso dell'esercizio in carenza di specifici interventi di contenimento.

Confronta tale dinamica con quella che la Regione indica nell'apposito allegato (allegato 1.D); tale dinamica è stata determinata nel presupposto di una evoluzione libera dei singoli fattori produttivi, coerente con un fabbisogno tendenziale pari a quello effettivo necessario per il conseguimento degli obiettivi di piano, ovvero i 6.360 miliardi prima indicati.

Conseguentemente gli indici regionali vanno assunti quali indicatori di sviluppo dei fattori produttivi invalicabili per consentire un riequilibrio del piano finanziario. Qualsiasi previsione di dinamica più accentuata sul singolo fattore, va quindi attentamente verificata per capirne l'influenza, diretta o indiretta sugli altri fattori produttivi, al fine di verificare la sussistenza di effettive ricadute positive in termini di spesa, tali da consentire il finanziamento dei maggiori oneri determinati dal fattore « abnorme ».

In generale, poiché anche il rispetto di tutti gli indicatori di crescita, può non consentire un effettivo equilibrio finanziario, sarà comunque necessario verificare quali azioni di bilancio devono essere programmate, oltre quelle obbligatorie per il settore ospedaliero, per consolidare possibili economie nell'ambito dei margini di rientro che ciascun fattore produttivo può presentare.

Ovviamente tale ricognizione circa i margini economici presenti in bilancio, va affidata alla competenza complessiva dell'Ufficio di direzione con le varie professionalità presenti ed alle conoscenze che ciascuno ha maturato della propria realtà gestionale, nonché da quelle che derivano dagli indicatori medi regionali annualmente elaborati dal Dipartimento sicurezza sociale.

Sezione seconda: le azioni di bilancio (da pag. 7 a pag. 17)

L'Unità sanitaria locale deve procedere alla definizione delle azioni ed all'individuazione dei rispettivi obiettivi, distinti per ogni specifica funzione che in linea di massima è riconducibile ai singoli servizi previsti dalla legge regionale n. 61 del 1990 con l'eccezione del servizio di assistenza specialistica — per il quale si prevede un'articolazione in due comparti (assistenza ospedaliera, assistenza specialistica) — e della funzione di salute mentale, che va ricavata nell'ambito delle parti di competenza dell'assistenza ospedaliera e specialistica.

Potranno evidentemente essere indicate più azioni ed i correlati obiettivi per ogni singola funzione. Infatti la limitazione a due obiettivi, contenuta nel modello di relazione allegato, è meramente materiale, potendo la U.s.l. presentare un numero indeterminato di azioni.

Le schede della relazione consentono di sintetizzare le caratteristiche salienti di ogni singola azione secondo il seguente schema:

Descrizione dell'azione di bilancio

Deve essere indicata sinteticamente, ma in maniera univoca, l'oggetto dell'azione di bilancio.

Strumenti impiegati

Vanno indicati gli strumenti da impiegare per la concreta attuazione del progetto. Il repertorio degli strumenti da utilizzare è evidentemente molto ampio, soprattutto per quanto concerne gli strumenti operativi che sono connessi alle specifiche modalità operative delle varie funzioni. Nondimeno si indica di seguito un repertorio/tipo degli strumenti da utilizzare:

Strumenti organizzativi

- attivazione di nuovi servizi, di unità operative e di altre unità organizzative, sempre nell'ambito di quelle previste dal piano;
- potenziamento delle succitate unità organizzative;
- riconversione o ridimensionamento di unità organizzative;
- attivazione dei dipartimenti previsti dal piano;
- costituzione di area funzionale per più unità organizzative.

Strumenti operativi (a titolo esemplificativo)

- day hospital;
- poliambulatorio;
- accettazione programmata;
- potenziamento attività distrettuali;
- dimissione protetta;
- spedalizzazione domiciliare;
- programmi di riabilitazione;
- strumenti di utilizzo coordinati di risorse;
- assistenza domiciliare;
- residenze protette;
- centri diurni;
- comunità terapeutiche;
- controlli ed indagini;
- attività ispettiva;
- screening;
- iniziative di formazione;
- attività di informazione;
- servizi di prenotazione;
- automazione delle procedure e dei processi;
- centralizzazione di servizi e concentrazione delle attività;
- decentramento delle attività;
- ecc.

Strumenti regolamentari

- regolamenti;
- direttive;
- norme di comportamento e disciplinari di attività;
- protocolli;
- standard di attività;
- liste di disponibilità per prestazioni di servizio.

Risorse da mobilitare

Il quadro è composto da una parte descrittiva e da una colonna indicata come « quantificazione », nella quale va riportato l'importo monetario complessivo della risorsa da mobilitare.

Si tratta essenzialmente di risorse strumentali, di beni di consumo e di risorse di personale; queste ultime viste sotto il profilo di unità da assumere o da destinare tramite riconversione da altra attività che si intende dismettere, ovvero da incentivare tramite l'utilizzo degli strumenti contrattuali previsti.

Nel caso di risorse strumentali le stesse vanno indicate e quantificate nella parte descrittiva (tipo della risorsa e numero degli elementi), mentre per le risorse di personale vanno indicate le figure professionali ed il loro numero, ovvero lo strumento contrattuale utilizzato quantificato in ore.

Risultato atteso

Va individuato un indicatore di attività o di struttura (per esempio: numero di prestazioni, ore di attività, di controlli, ecc. ovvero numero di posti letto, numero di turni, ecc.) che si ritenga significativo per caratterizzare l'azione di bilancio.

Per tale indicatore va quantificato il dato iniziale di riferimento ed il dato finale atteso in seguito all'intervento.

Si sottolinea l'opportunità di individuare parametri misu-

rabili, per consentire una valutazione finale degli effettivi risultati conseguiti anche al fine di instaurare un meccanismo di correlazione tra l'incentivo impiegato ed il risultato conseguito.

Ricadute economiche sulla gestione dell'esercizio

Nella parte descrittiva va sinteticamente indicato l'effetto previsto su taluni fattori produttivi e la sua tipologia, menire nella quantificazione va riportato l'ammontare monetario dell'economia o dei maggiori oneri connessi con l'intervento.

Con tale maniera di procedere si vuole indicare il percorso logico tramite il quale ogni singola azione di bilancio determina sul Piano finanziario iniziale, che nasce dall'applicazione dei fattori tendenziali di crescita ai singoli fattori produttivi, gli incrementi diretti sui fattori produttivi, dovuti alle risorse da mobilitare e gli effetti economici, positivi o negativi, indotti sui medesimi dalle ricadute economiche sulla gestione dell'esercizio.

Ovviamente mentre nella scheda della singola azione di bilancio si cercano di individuare gli effetti dell'azione sui fattori economici che caratterizzano la gestione, è comunque chiaro che il concetto ispiratore di ogni azione deve prendere le mosse da intenti di miglioramento quali-quantitativo del servizio o da finalità rivolte a migliorare la fruibilità del servizio da parte degli utenti.

A tal fine si ritiene necessario che ogni azione di bilancio sia accompagnata in Ufficio di direzione da una relazione che esamini in via prioritaria gli aspetti qualitativi del servizio; conseguentemente si intende che l'inclusione dell'intervento tra le azioni di bilancio dell'esercizio e la riproposizione dei singoli dati economici nelle schede della relazione, implichi anche la valutazione positiva della U.s.l. circa la « bontà » qualitativa dell'intervento.

Sezione terza: piani di utilizzo delle risorse (da pag. 18 a pag. 26)

La sommatoria delle risorse utilizzate nelle azioni di bilancio, determina la quota di risorse destinate nel corso dell'esercizio alla realizzazione di appositi programmi. Quanto maggiore è l'incidenza delle risorse programmate sulle risorse complessive a disposizione, tanto maggiore saranno le possibilità di reale controllo della gestione e della spesa correlata.

Lo schema di relazione, presenta una serie di schede riepilogano il totale delle risorse disponibili e di quelle per le quali si è disposta la pianificazione. Tali schede sono relative a:

— piani di utilizzo del personale, sia in termini di assunzioni che di utilizzo degli strumenti contrattuali per il personale dipendente e di strumenti di finalizzazione dell'attività per quello convenzionato;

— piani di utilizzo delle altre risorse gestite direttamente, patrimonio istituzionale e da reddito, beni di consumo e beni strumentali;

— pianificazione del ricorso alle prestazioni di servizio esterno.

Il piano delle assunzioni deve trovare la necessaria copertura, relazionata al periodo di programmata immissione in servizio, nell'ambito del bilancio.

Fermo restando tale vincolo generale la U.s.l. deve utiliz-

zare in via prioritaria per il finanziamento delle assunzioni:

— le disponibilità derivanti dal turn-over per il quale non è stata autorizzata la copertura nel corso del precedente esercizio;

— le corrispondenti disponibilità relative al turn-over che si prevede si realizzerà nel presente esercizio per pensionamenti o cessazioni dal servizio.

Qualora determinate azioni di bilancio comportino per la loro attuazione dalle risorse del turn-over, un incremento del fattore produttivo personale, deve necessariamente trovare riscontro in una corrispondente diminuzione degli altri fattori.

A tal fine si raccomanda un'attenta valutazione delle risorse derivanti dal turn-over, facendo riferimento alle figure professionali cessate o che si prevede che cessino ed ai corrispondenti periodi di presenza in servizio.

Qualora l'attenta verifica delle risorse finanziarie di bilancio non consenta la possibilità di utilizzare per intero le risorse derivanti da turn-over, il piano delle assunzioni deve essere necessariamente limitato alle effettive disponibilità.

Si ritiene infine necessario che nel piano delle assunzioni, nei limiti delle dotazioni organiche del P.S.R., venga prevista — ove richiesto dalle azioni di bilancio programmate — l'opportuna riqualificazione del personale in servizio: in tale ottica può trovare copertura tra le azioni di bilancio anche l'attivazione di nuove entità organizzative previste dal piano e la realizzazione dei progetti obiettivo, anche in carenza di attribuzione di uno specifico fondo di sviluppo.

Per quanto concerne l'utilizzo degli strumenti contrattuali (incentivazione, lavoro straordinario, reperibilità ed altro) va previsto che vi sia una loro specifica e diretta correlazione con le azioni di bilancio. Conseguentemente e coerentemente, l'ammontare degli appostamenti nei capitoli di bilancio relativi a tali strumenti, deve corrispondere alla sommatoria delle medesime risorse mobilitate all'interno delle azioni di bilancio.

Per una corretta analisi delle risorse di personale impiegate dalla singola U.s.l. occorre considerare che, a fianco del personale dipendente, opera personale con rapporto convenzionato, che altri apporti di personale sono forniti da strutture convenzionate, pubbliche e private, e che i servizi in appalto esterne comportano ulteriori impieghi di tale fattore produttivo.

Utilizzando la tabella allegata (allegato 1.E), nella quale si riporta il meccanismo per il calcolo del personale equivalente alle Convenzioni ed ai Servizi in appalto esterno, ogni U.s.l. determina il proprio grado di copertura « effettivo » degli organici previsti dal Piano sanitario regionale, tenendo conto che, detratta la quota di personale equivalente corrispondente alle Convenzioni di medicina generale e di pediatria di libera scelta, in quanto i relativi servizi sono assicurati obbligatoriamente da personale convenzionato, tutti gli altri apporti di personale sono da considerare concorrenti a quelli assicurati dai dipendenti nel determinare la copertura complessiva della Pianta organica.

Di tali considerazioni la U.s.l. deve tenere debito conto nella formulazione dei piani di utilizzo del personale, nella pianificazione del ricorso alle prestazioni di servizio esterno e nella programmazione dell'apporto delle prestazioni delle strutture convenzionate.

Sezione quarta: Piano finanziario generale (pag. 28) - Piano finanziario per la funzione ospedaliera (distinto per presidio) (pag. 29)

Concluse le precedenti fasi, l'Unità sanitaria locale formulerà il Piano finanziario, per funzioni e fattori produttivi, in base agli schemi di bilancio già in uso, tenendo conto del vincolo di bilancio determinato sulla base delle indicazioni impartite.

Fondo di sviluppo (pagg. 7 e seguenti di apposito schema di relazione)

Nel caso che alla U.s.l. sia attribuito un fondo di sviluppo, occorre predisporre apposite azioni di bilancio finalizzate all'utilizzo del medesimo, i relativi piani di utilizzo delle risorse nonché un'apposito piano finanziario, per consentire la valutazione delle azioni di sviluppo programmate e verificarne la coerenza con le previsioni di piano. In tale ottica al fine di consentire una coerente finalizzazione di tali risorse aggiuntive è necessario che vengano definite separatamente sia le azioni di bilancio finanziate nell'ambito dell'assegnazione finanziaria indistinta che quelle finanziate con il fondo di sviluppo.

In carenza di tale duplicità delle azioni di bilancio, non sarà possibile esaminare autorizzazioni all'utilizzo del fondo di sviluppo, il quale è comunque obbligatoriamente da finalizzarsi allo sviluppo delle attività previste dal piano, allo sviluppo delle attività connesse con l'urgenza/emergenza sanitaria ed all'attuazione dei progetti obiettivo previsti dal P.S.R.

Va da sé che una volta autorizzato l'utilizzo di tale fondo, il bilancio da predisporre è unico ed integrale e ricomprende anche la quota del fondo di sviluppo.

RELAZIONE AL BILANCIO U.S.L. N.

Schema metodologico

Sezione prima

Vincoli finanziari	- specifico di piano - generali di piano
Vincoli organizzativi	- specifici di gestione - generali di piano
Vincoli economici	- specifici di gestione - generali di contesto

Sezione seconda

Obiettivi per funzioni	- azioni di bilancio - strumenti - risorse - risultati
------------------------	---

Sezione terza

Piani di utilizzo delle risorse	- personale - patrimonio - beni di consumo - beni strumentali - ricorso alle prestazioni di servizio
---------------------------------	--

Sezione quarta

Risorse di bilancio Piano finanziario
--

1. - Vincoli

In questa sezione della relazione vengono individuati ed analizzati gli effetti indotti sui comportamenti di bilancio e di gestione del prossimo esercizio dai vincoli finanziari, organizzativi ed economici sia di natura generale, che di rilievo specifico per la U.s.l.

1.1. - Vincoli

Sono considerati due ordini di vincoli: uno di carattere specifico legato all'assegnazione complessiva di risorse determinata per la singola U.s.l. dalla Giunta regionale per l'esercizio 1992 integrato dalla previsione delle entrate proprie dirette e di quelle presunte derivanti dal saldo per compensazione, l'altro di carattere generale derivante dal P.S.R. che stabilisce l'allocazione teorica di risorse per le varie funzioni.

Il primo costituisce vincolo obbligatorio di bilancio, mentre i vincoli di P.S.R. costituiscono elementi essenziali di valutazione della congruenza con il piano delle azioni di bilancio impostate.

1.1.1. - Vincolo specifico di bilancio (vedi pag. 27)

1.1.2. - Vincoli finanziari di piano

In questa parte della sezione viene personalizzato per ogni U.s.l. l'indice di spesa delle varie funzioni sulla base dei criteri di piano e degli esiti di bilancio del 1991, nonché lo scostamento % dagli obiettivi di piano: tali scostamenti vanno sinteticamente motivati e debbono orientare le azioni di bilancio dell'esercizio corrente.

	Funzione di piano	Codici funzionali di bilancio	Indici % di spesa		Scarto %	Motivazioni
			Piano	1991		
1	Igiene e prevenzione	303 - 304				
2	Att. san. di comunità	501 - 502 503 - 504				
3	Ig. sic. del lavoro	301				
4	Veterinaria	401 - 402				
5	Assistenza ospedaliera	701 - 702 esclusa salute mentale				
6	Assistenza specialistica	601 - 602				
7	Salute mentale					
8	Farmaceutica	800				
9	Mult. prevenzione	305				
10	Assistenza sociale	901				
11	Tec. amm.va ed org.ne	101-102-201 202-203-204				
	Totale					

5) Assistenza specialistica in regime di degenza, indagini diagnostiche analitiche e strumentali per interni, ricovero in strutture private.
6) Assistenza specialistica ambulatoriale ivi comprese le indagini diagnostiche, analitiche e strumentali.

1. - Vincoli

In questa sezione della relazione vengono individuati ed analizzati gli effetti indotti sui comportamenti di bilancio e di gestione del prossimo esercizio dai vincoli finanziari, organizzativi ed economici sia di natura generale, che di rilievo specifico per la U.s.l.

1.2.1. - Vincoli organizzativi di piano

In questa parte della sezione ogni U.s.l. riporta il quadro organizzativo in termini di Servizi, U.O. attività o uffici, limitatamente a quelli da attivare o da disattivare in base alle disposizioni di piano.	
Unità organizzativa da attivare	Unità organizzativa da disattivare
.....
.....
.....
.....
.....

1. - Vincoli

In questa sezione della relazione vengono individuati ed analizzati gli effetti indotti sui comportamenti di bilancio e di gestione del prossimo esercizio dai vincoli finanziari, organizzativi ed economici sia di natura generale, che di rilievo specifico per la U.s.l.

1.2.2. - Vincoli organizzativi della Finanziaria 1992

In questa parte della sezione ogni U.s.l. riporta le unità organizzative interessate da provvedimenti di riorganizzazione in aree ovvero da accorpamenti o trasformazioni di cui all'art. 4 della L. n. 412/91.	
Unità organizzativa	Provvedimento da adottare
.....
.....
.....
.....

Area funzionale omogenea di degenza	Unità operative che vi confluiscono
Medica	
Chirurgica	
Materno infantile	
della riabilitazione	
della terapia intensiva	

Area funzionale omogenea di degenza	Unità operative che vi confluiscono
Area dei servizi diagnostici	
Area delle attività di laboratorio	
Area della diagnostica per immagini	

1. - Vincoli

In questa sezione della relazione vengono individuati ed analizzati gli effetti indotti sui comportamenti di bilancio e di gestione del prossimo esercizio dai vincoli finanziari, organizzativi ed economici sia di natura generale, che di rilievo specifico per la U.s.l.

1.3. - Vincoli economici generali di contesto e specifici di gestione

In questa parte della sezione viene riportato il quadro dei vincoli economici tendenziali indicati dalla Regione per l'esercizio in corso e di quelli specifici derivanti dagli esiti della gestione; per ogni fattore produttivo la U.s.l. deve indicare le variazioni che i medesimi subirebbero nel '92 in carenza di interventi specifici. A lato vanno sinteticamente motivate le variazioni non conformi a quelle indicate dalla Regione.

Fattori produttivi	Motivazioni degli scostamenti tra parametri locali di variazione dei fattori produttivi nell'esercizio 1992 e parametri tendenziali indicati dalla Regione
PERSONALE DIPENDENTE - oneri fissi - oneri accessori - incentivazione - oneri sociali - altre spese di personale Totale personale	
BENI E SERVIZI - farmaci e prodotti uso ter. - materiale diagnostico - materiale radiologico - materiale sanitario vario - rinnovo attrezzature san. - generi alimentari/mensa app. - combustibili - servizi econ. gest. diretta - servizi econ. appaltati - man. mob. macch. uff. at. sanit. - manutenzione immobili - canoni affitto immobili - locazioni finanziarie - utenze - spese per la formazione - altri oneri Totale beni e servizi	
CONVENZIONI - medicina gen. ped. guardia me. - ambulatoriale interna - specialistica esterna - assistenza ospedaliera conv. - farmaceutica - convenzioni con università Totale convenzioni	
ALTRI SERVIZI ASSISTENZIALI - assistenza protesica - riabilitazione - prestazioni integrative - prestazioni idrotermali - ricoveri per non autosuff. - ricoveri osped. Italia/est. - rimborso assistiti - trasporti sanitari Totale altri servizi	
ALTRI FATTORI	

1. - Vincoli

In questa sezione della relazione vengono individuati ed analizzati gli effetti indotti sui comportamenti di bilancio e di gestione del prossimo esercizio dai vincoli finanziari, organizzativi ed economici sia di natura generale, che di rilievo specifico per la U.s.l.

1.3. - Vincoli economici generali di contesto e specifici di gestione

In questa parte della sezione viene riportato il quadro dei vincoli economici tendenziali indicati dalla Regione per l'esercizio in corso e di quelli specifici derivanti dagli esiti della gestione; per ogni fattore produttivo la U.s.l. deve indicare le variazioni che i medesimi subirebbero nel '92 in carenza di interventi specifici. A lato vanno sinteticamente motivate le variazioni non conformi a quelle indicate dalla Regione.				
Fattori produttivi	Capitoli di bilancio	Risultati economici dell'esercizio 1991	Variazioni Regione	% es. 92 U.S.L.
PERSONALE DIPENDENTE - oneri fissi - oneri accessori - incentivazione - oneri sociali - altre spese di personale Totale personale	12... 101 - 301 - 501 - 701 201 - 401 - 601 - 801 202-402-602-802-203-403-603-803 901 - 902 204			
BENI E SERVIZI - farmaci e prodotti uso ter. - materiale diagnostico - materiale radiologico - materiale sanitario vario - rinnovo attrezzature san. - generi alimentari/mensa app. - combustibili - servizi econ. gest. diretta - servizi econ. appaltati - man. mob. macch. uff. at. sanit. - manutenzione immobili - canoni affitto immobili - locazioni finanziarie - utenze - spese per la formazione - altri oneri Totale beni e servizi	13... 313 314 315 316 - 318 - 319 - 320 317 321 - 330 323 - 331 322 - 324 - 325 - 326 332 334 - 335 333 328 329 - 350 207 - 210 - 211 - 327 - 338 339 - 340 - 341 102-208-209-307-336-337-342-349-14201			
CONVENZIONI - medicina gen. ped. guardia me. - ambulatoriale interna - specialistica esterna - assistenza ospedaliera conv. - farmaceutica - convenzioni con università - Totale convenzioni	13... 301 303 304 - 305 311 201 - 306 101			
ALTRI SERVIZI ASSISTENZIALI - assistenza protesica - riabilitazione - prestazioni integrative - prestazioni idrotermali - ricoveri per non autosuff. - ricoveri osped. Italia/est. - rimborso assistiti - trasporti sanitari Totale altri servizi	13... 202 - 308 212 - 343 203 - 310 - 345 204 - 309 206 - 312 14301 - 14302 14303 - 14304 344			
ALTRI FATTORI	11001-002-003-004-15101-201-301-401-501- 601-16001-17101-201-301-302-303			
TOTALE GENERALE				

segue: 3.1 personale

Utilizzo della mobilità interna	Unità in mobilità per il 1992	.....
Personale in mobilità a seguito di riorganizzazioni	Riutilizzo	
—	
—	
—	
—	

Personale in sovrannumero rispetto alle previsioni di piano	N. unità	.....
	Riutilizzo	

Utilizzo della incentivazione		Totale risorse	.....
Azioni di bilancio	Personale interessato Modulo organizzativo	Ore	Risorse da utilizzare (milioni)
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Utilizzo del lavoro straordinario		Totale risorse	.....
Azioni di bilancio	Personale interessato Modulo organizzativo	Ore	Risorse da utilizzare (milioni)
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

segue: 3.1 Personale

Utilizzo di altri strumenti contrattuali			Totale risorse
Azioni di bilancio	Personale interessato Modulo organizzativo	Ore se ricorrono	Risorse da utilizzare (milioni)
.....			
.....			
.....			

Utilizzo della convenzionata interna			Totale risorse
Azioni di bilancio	Personale interessato Branca	Ore se ricorrono	Risorse da utilizzare (milioni)
.....			
.....			
.....			

Utilizzo delle altre convenzioni mediche - Medicina generale		Totale risorse
Azioni di bilancio	Istituto contrattuale utilizzato	Risorse da utilizzare (milioni)
.....		
.....		
.....		

Utilizzo delle altre convenzioni mediche - Pediatria di libera scelta		Totale risorse
Azioni di bilancio	Istituto contrattuale utilizzato	Risorse da utilizzare (milioni)
.....		
.....		
.....		

Utilizzo della guardia medica ed emergenza territoriale			Totale risorse
Azioni di bilancio	Modalità operative	Ore	Risorse da utilizzare (milioni)
.....			
.....			
.....			

Altri prodotti di utilizzo delle risorse di personale

3. - Piani di utilizzo delle risorse

In questa sezione della relazione viene riportato il quadro delle risorse aggiuntive corrente da stanziare per l'utilizzo di nuove strutture che entrano in funzione nel corso dell'esercizio e delle eventuali economie di gestione correlate all'utilizzo delle nuove strutture, ovvero quello dei risparmi conseguenti a dismissioni o trasformazioni del patrimonio strumentale.

3.2. - Patrimonio

3.2.2. - Patrimonio strumentale

Nuove strutture che entrano in esercizio			Bilancio complessivo	
Struttura	Maggiori oneri descrizione	Importo	Economie descrizione	Importo

Dismissione o riconversione di strutture		Bilancio complessivo	
Struttura	Intervento programmato	Economie descrizione	Importo

Utilizzo strutturale in affitto		Bilancio complessivo	
Dismissioni	Importo	Nuovi affitti	Importo

3. - Risorse

In questa sezione della relazione viene riportato il quadro delle risorse generali disponibili per mobilitare gli strumenti di gestione necessari per il conseguimento degli obiettivi fissati.

3.2. - Patrimonio

3.2.2. - Patrimonio da reddito

La singola realtà individua l'entità delle risorse indicate, le qualifica e ne indica la consistenza e le linee di utilizzo, tenendo conto dei vincoli generali, dei criteri guida stabiliti con l'atto di assegnazione e dei vincoli specifici di reimpiego dei proventi imposti da precedenti programmi di investimento, tenendo presente gli strumenti generali di gestione prima individuati.

Proventi netti della gestione dei terreni		Totale
Comune	Descrizione del bene	Reddito (mil)

Proventi netti della gestione dei fabbricati		Totale
Comune	Descrizione del bene	Reddito (mil)

Proventi delle alterazioni patrimoniali			Totale
Comune	Descrizione del bene	Tempi previsti	Reddito (mil)

3. - Piani di utilizzo delle risorse

In questa sezione della relazione viene riportato il quadro delle risorse generali disponibili per mobilitare gli strumenti di gestione necessari per il conseguimento degli obiettivi fissati.

3.3. - Beni di consumo

La singola realtà individua per ciascun bene l'entità delle giacenze di fine esercizio, l'entità del fabbisogno annuale prevedibile, gli ordini già emessi su contratti in essere e gli ordini da emettere per le attività indispensabili nel corso dell'esercizio.

Farmaci ed altri prodotti ad uso terapeutico (milioni di lire)		Impegno complessivo di esercizio	
Fabbisogno prevedibile	Giacenze	Ordini emessi	Ordini da emettere

Materiale diagnostico (milioni di lire)		Impegno complessivo di esercizio	
Fabbisogno prevedibile	Giacenze	Ordini emessi	Ordini da emettere

Materiale radiologico (milioni di lire)		Impegno complessivo di esercizio	
Fabbisogno prevedibile	Giacenze	Ordini emessi	Ordini da emettere

Materiale sanitario vario (milioni di lire)		Impegno complessivo di esercizio	
Fabbisogno prevedibile	Giacenze	Ordini emessi	Ordini da emettere

Generi alimentari (milioni di lire)		Impegno complessivo di esercizio	
Fabbisogno prevedibile	Giacenze	Ordini emessi	Ordini da emettere

Comustibili (milioni di lire)		Impegno complessivo di esercizio	
Fabbisogno prevedibile	Giacenze	Ordini emessi	Ordini da emettere

3. - Piani di utilizzo delle risorse

In questa sezione della relazione viene riportato il quadro delle risorse generali disponibili per mobilitare gli strumenti di gestione necessari per il conseguimento degli obiettivi fissati.

3.4. - Beni strumentali

La singola realtà individua per ciascun bene l'entità complessiva dell'inventario, l'ammontare degli interventi per il mantenimento in efficienza del parco strutturale, tecnologico e strumentale in essere evidenziando gli impegni già assunti e quelli indispensabili da assumere nel corso dell'esercizio: per le attrezzature sanitarie vanno indicati distintamente gli impegni di mera sostituzione e quelli innovativi per acquisizione di apparecchiature non presenti.

Rinnovo attrezzature sanitarie (sostituzioni) (milioni di lire)		
Valorizzazione del parco strumentale	Fuori uso al termine dell'esercizio	Sostituzioni

Rinnovo attrezzature sanitarie (nuovi acquisti) (milioni di lire)				
Apparecchiatura prevista	Maggiori oneri sulla spesa di esercizio	Programma di finanziamento riconversione di spesa		
		Spesa riconvertita	Importo	Lo. fin. importo

Manutenzione mobili macchine ufficio e attrezzature sanitarie		Stanziamiento totale	
	Valorizzazione del parco	Fabbisogno per manutenzione	Impegni già assunti
Attrezzature sanitarie			
Restante parco strumentale			

Utenze (mil. di lire)		Impegno complessivo di esercizio			
91	92	91	92	91	92
ENEL		GAS		.....
SIP		ACQUA		.....

Immobili (mil. di lire)	Mq complessivi	Spesa '91	Spesa '92
Manutenzione			
Canoni di affitto			

3. - Piani di utilizzo delle risorse

In questa sezione della relazione viene riportato il quadro delle risorse generali disponibili per mobilitare gli strumenti di gestione necessari per il conseguimento degli obiettivi fissati

3.4. - Ricorso alle prestazioni di servizio

La singola realtà individua l'entità delle risorse indicate e le quantifica indicandone la consistenza: per ogni servizio esaminato va indicato l'apporto del mercato esterno nello svolgimento del servizio per l'esercizio '91 e per quello in corso.

- barrare la casella se quota del servizio viene svolta in forma diretta
- ... riportare la stima della % dell'attività diretta sul totale.

Gestione dei servizi	Esercizio 1991		Esercizio 1992	
	Gestione diretta %	Appalto esterno (mil.)	Gestione diretta %	Appalto esterno (mil.)
Pulizie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Lavanderia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Cucina generale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Mensa dipendenti	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Trattamento rifiuti	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Trasporto ospedaliari	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Riscaldamento	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Conduzione impianti	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Paghe e contributi	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Totale				
Servizi di manutenzione	Riportare gli importi delle quote appaltate per i servizi di manutenzione di cui alla precedente pag. 25 e la stima dell'incidenza della gestione diretta			
	%		%	
Immobili .....	---		.....
Attrezzature .....	---		.....
Totale generale				
Personale equivalente alle prestazioni di servizio (operatori equiv.)				

4. - Piano finanziario

In questa prima parte della sezione vengono individuate le risorse complessive di bilancio derivanti da:

- assegnazione regionale indistinta;
- stima delle entrate proprie dirette previste;
- stima del saldo attivo o passivo delle compensazioni previste.

Per l'impiego del fondo di sviluppo, ove previsto nel provvedimento di assegnazione, vanno utilizzati ulteriori schemi fra quelli previsti per la relazione da pag. 7 in avanti con vincolo di assegnazione pari a quello indicato nel medesimo provvedimento.

Risorse di bilancio (importi in milioni di lire)

Ammontare fondo indistinto

Stima entrate dirette previste

* di cui entrate per beni da reddito

Stima del saldo attivo o passivo delle compensazioni previste

Voce	Entrate previste (+)	Uscite previste (-)	
Case di cura			Flusso informativo già in atto, per cui le compensazioni sono da stimare nel periodo 1-1-1992 / 31-12-1992
Riabilitazione			
Terme			
Emodialisi			Flusso informativo da immettere per cui le compensazioni sono da stimare nel periodo 1-6-1992 / 31-12-1992
Sangue			
Ecografia			
Prestazioni radiologiche			
Prest. analitiche di base			
T.A.C.			
R.M.N.			
Angiografia digitalizzata			
Ossigenoterapia			
Radioterapia			
Litotripsia			
Radiologia invasiva			
Totale			

Saldo

Totale risorse indistinte

Fondo di sviluppo (ove previsto)

Per l'utilizzo di tale fondo occorre compilare distinte ed apposite schede della relazione da pagina 7 in avanti.

4. - Piano finanziario

Sulla base degli obiettivi generali fissati, dei vincoli enunciati e delle risorse disponibili ciascuna U.s.l. formula il Piano finanziario di bilancio per funzioni e fattori produttivi, in correlazione agli strumenti di gestione prescelti, utilizzando lo schema di seguito riportato, entro i limiti della pag. 27.

Nell'ambito delle funzioni di competenza vanno evidenziati i programmi finanziari di ogni presidio ospedaliero per il quale è prevista l'attività specifica nel corso dell'esercizio di bilancio.

Piano finanziario per funzioni e fattori produttivi (cifre in mil. lire)												
FATTORI PRODUTTIVI	FUNZIONI											Totale
	Igiene e prev.ne	Attività sanitarie comunità	Igiene sicurezza lavoro	Veterinaria	Ass.za osped.ra	Ass.za spec.ca	Salute mentale	Farmaceutica	Mult.le prev.ne	Ass.za sociale	Amm.va org.ne	
PERSONALE DIPENDENTE												
- oneri fissi												
- oneri accessori												
- incentivazione												
- oneri sociali												
- altre spese di personale												
BENI E SERVIZI												
- farmaci e prodotti uso terap.												
- materiale diagnostico												
- materiale radiologico												
- materiale sanitario vario												
- rinnovo attrezzature sanitarie												
- generi alimentari/mensa app.ta												
- combustibili												
- servizi econ.li gest. diretta												
- servizi econ.li appaltati												
- san. mob. macch. uff. att. san.												
- manutenzione immobili												
- canoni affitto immobili												
- locazioni finanziarie												
- utenze												
- spese per la formazione												
- altri oneri												
CONVENZIONI												
- medicina gen. ped. guardia med.												
- ambulatoriale interna												
- specialistica esterna												
- assistenza ospedaliera conv.ta												
- farmaceutica												
- convenzioni con università												
ALTRI SERVIZI ASSISTENZIALI												
- assistenza protesica												
- riabilitazione												
- prestazioni integrative												
- prestazioni idrotermali												
- ricoveri per non autosuff.												
- ricoveri osped. Italia/estero												
- rimborso assistiti												
- trasporti sanitari												
ALTRI FATTORI												
TOTALE GENERALE												
INDICI DI SPESA PER FUNZIONE												

[La funzione ospedaliera viene esplosa con un piano finanziario identico a questo per ciascuno dei presidi ospedalieri; n.d.r.].

Allegato 1.A
Alle Direttive alle U.s.l. per la predisposizione del bilancio: esercizio 1992

Assegnazione regionale alle U.s.l. per l'esercizio 1992: importi in milioni di lire

N.	U.s.l.	Fondo indistinto	Fondo di sviluppo
1	- Lunigiana	60.699	2.197
2	- Area di Massa e Carrara	226.180	
3	- Versilia	172.997	
4	- Garfagnana	39.660	307
5	- Media Valle del Serchio	38.417	41
6	- Piana di Lucca	203.958	4.073
7	- Val di Nievole	108.723	
8	- Area pistoiese	183.190	3.313
9	- Area pratese	210.580	1.910
10	- Firenze	926.115	
10F	- Area fiorentina « F »	42.662	4.696
10G	- Area fiorentina « G »	91.626	556
10H	- Area fiorentina « H »	112.802	
11	- Mugello e Val di Sieve	88.082	
12	- Area pisana	368.065	4.407
13	- Area livornese	247.728	6.965
14	- Bassa Val di Cecina	66.933	3.911
15	- Alta Val di Cecina	59.184	
16	- Val d'Era	97.261	3.239
17	- Valdarno inferiore	86.711	1.856
18	- Bassa Val d'Elsa	121.922	4.276
19	- Alta Val d'Elsa	58.981	402
20A	- Valdarno superiore sud	86.036	381
20B	- Valdarno superiore nord	40.680	564
21	- Casentino	36.811	
22	- Val Tiberina	37.922	219
23	- Area Aretina nord	185.334	701
24	- Val di Chiana est	53.434	872
25	- Val di Cornia	77.006	
26	- Arcipelago toscano	31.146	506
27	- Colline Metallifere	43.986	946
28	- Area grossetana	155.847	3.276
29	- Colline dell'Albegna	60.499	636
30	- Area senese	303.874	
31	- Val di Chiana	72.857	
32	- Amiata	41.094	751
	Totale regionale	4.839.000	51.000

Piano dei conti - Uscita sanitaria

Allegato 1-B:

Classificazione spese analisi economico funzionale

Alle Direttive alle U.s.l. per la predisposizione del bilancio: esercizio 1992

Capitolo	Articolo	Sottarti	Descrizione uscita	Criteri di codificazione per l'analisi econ.-funzionale
11	001		Indennità e rimborso di spese ai componenti l'assemblea generale e il Comitato dei garanti	Da imputare al cod. 101
11	002		Indennità e rimborso di spese ai componenti il Comitato di gestione e/o all'amm.re straordinario	Da imputare al cod. 101
11	003		Indennità e rimborso di spese ai membri di altri organi collegiali	Da imputare al cod. 101
11	004		Spese di rappresentanza	Da imputare al cod. 101
12	101		Stipendi ed altri assegni fissi al loro delle ritenute previdenziali ed erariali a carico dei dipendenti al personale del ruolo sanitario (comprese le indennità fisse contrattuali)	Ripartito tra le varie funzioni tenendo conto del personale in servizio (ruolo e non ruolo). Il personale utilizzato per il sociale (assist. sociali, educatori, ausiliari, ecc.). Deve essere imputato al cod. 901
12	201		Compensi per lavoro straordinario, indennità di missione ed altre competenze accessorie al personale del ruolo sanitario	Idem
12	202		Incentivo della produttività al personale del ruolo sanitario	Idem
12	204		Compartecipazioni per attività libero-professionale al personale del ruolo sanitario	Ripartito sui codici 601, 602, 701, 702
12	301		Stipendi ed altri assegni fissi al lordo delle ritenute previdenziali ed erariali a carico dei dipendenti al personale del ruolo professionale (comprese le indennità fisse contrattuali)	Ripartito tra le varie funzioni tenendo conto del personale in servizio (ruolo e non ruolo)
12	401		Compensi per lavoro straordinario, indennità di missione ed altre competenze accessorie al personale del ruolo professionale	Idem
12	402		Incentivo della produttività al personale del ruolo professionale	Idem
12	501		Stipendi ed altri assegni fissi al lordo delle ritenute previdenziali ed erariali a carico dei dipendenti al personale del ruolo tecnico (comprese le indennità fisse contrattuali)	Idem
12	601		Compensi per lavoro straordinario, indennità di missione ed altre competenze accessorie al personale del ruolo tecnico	Idem
12	602		Incentivo della produttività al personale del ruolo tecnico	Idem
12	701		Stipendi ed altri assegni fissi al lordo delle ritenute previdenziali ed erariali a carico dei dipendenti al personale del ruolo amministrativo (comprese le indennità fisse contrattuali)	Idem
12	801		Compensi per lavoro straordinario, indennità di missione ed altre competenze accessorie al personale del ruolo amministrativo	Idem
12	802		Incentivo della produttività al personale del ruolo amministrativo	Idem
12	901		Oneri sociali	Ripartito in proporzione ai codici funzionali del personale
12	902		Oneri per il personale in quiescenza	Da imputare al cod. 12
13	101		Oneri per convenzioni con l'università	Da imputare ai cod. 601, 602, 701 e 702
13	102		Altri oneri	Da imputare al cod. 102
13	201		Oneri per prestazioni farmaceutiche (farm. pubbliche)	Da imputare al cod. 800
13	202		Oneri per prestazioni di assistenza protesica e riabilitativa in convenzione	Da imputare ai cod. 601 e 701
13	203		Oneri per prestazioni integrative diverse	Da imputare al cod. 601
13	204		Oneri per prestazioni idrotermali	Da imputare al cod. 601
13	205		Oneri per assistenza ospedaliera in istituto scientifico di diritto pubblico in convenzione	Capitolo non attivato dalle U.s.l.
13	206		Oneri per assistenza sanitaria di ricovero per anziani e non autosufficienti	Da imputare al cod. 504 - Qualora esistano delle spese per ricoveri che sono trasferite al sociale, le stesse devono essere imputate al cod. 901
13	207		Utenze - Enel	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	207		Utenze - Fornitura acqua	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	208		Altri oneri	Da imputare al cod. 102
13	209		Premi di assicurazione contro i furti, gli incendi e le R.C. (escluso quelli per il personale non assicurato all'I.N.A.I.L.)	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	210		Acqua, gas e abbonamento RAI-TV	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	211		Telefono (SIP)	Ripartito tra le varie funzioni interessate

segue: Allegato 1-B

Capitolo	Articolo	Sottarti	Descrizione uscita	Criteri di codificazione per l'analisi econ.-funzionale
13	212		Assistenza riabilitativa in convenzione ex art. 26, legge n. 833/78	Da imputare ai cod. 601 e 701
13	213		Altra assistenza integrativa e riabilitativa	Da imputare al cod. 601
13	217		Oneri per ratei di leasing operativo	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	301		Oneri per convenzione nazionale prestazioni medico-generiche e pediatriche, compreso contributi previdenziali e assistenziali	Da imputare al cod. 502
13	301		Oneri per convenzione nazionale per il servizio di guardia medica compreso contributi	Da imputare al cod. 501
13	302		Oneri per convenzione nazionale prestazioni ostetriche compreso contributi previdenziali e assistenziali	Da imputare al cod. 503
13	303		Oneri per convenzione nazionale prestazioni specialistiche ambulatoriali interne compreso	Da imputare ai cod. 601 e 602
13	304		Oneri per assistenza medico-specialistica in convenzione esterna	Da imputare al cod. 601
13	305		Oneri per prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio in convenzione esterna	Da imputare al cod. 602
13	306		Oneri per assistenza farmaceutica tramite farmacie convenzione (farmacie private)	Da imputare al cod. 800
13	307		Oneri per altro personale a convenzione compreso contributi previdenziali e assistenziali	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	308		Oneri erogazione prestazioni assistenza protesica e di riabilitazione in convenzione	Da imputare al cod. 601
13	309		Oneri per assistenza idro-termale	Da imputare al cod. 601
13	310		Oneri per prestazioni integrative diverse	Da imputare al cod. 601
13	311		Oneri per prestazioni di assistenza ospedaliera convenzionata ...	Da imputare al cod. 701
13	312		Oneri per assistenza sanitaria ricovero anziani non autosufficienti	Da imputare al cod. 504 - Qualora esistano spese per ricoveri che sono trasferite al sociale, le stesse devono essere imputate al cod. 901
13	313		Prodotti farmaceutici ed altri prodotti ad uso terapeutico	Ripartito in base al consumo tra le varie funzioni
13	314		Materiale per uso diagnostico	Da imputare ai cod. 602 e 703
13	315		Materiale per uso radiologico	Da imputare ai cod. 602 e 702
13	316		Filtri e disposable per emodialisi e materiale di protesi per ortopedia	Ripartito in base al consumo tra le varie funzioni
13	317		Manutenzione e rinnovo attrezzature sanitarie e chirurgiche	Ripartito in base all'uso delle attrezzature tra le varie funzioni
13	318		Materiali per disinfezione e disinfestazione ad uso dei servizi esterni	Da imputare al cod. 304
13	319		Presidi medico-sanitari ed altro materiale sanitario	Ripartito in base al consumo tra le varie funzioni
13	320		Farmaci presidi ed altro materiale ad uso veterinario	Da imputare al cod. 401
13	321		Generi alimentari	Da imputare ai cod. 102 e 701
13	322		Prodotti per guardaroba e lavanderia	Ripartito tra le varie funzioni in base all'uso
13	323		Combustibili (compreso centrale termica)	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	324		Gestione e manutenzione mezzi di trasporto.....	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	325		Materiale di manutenzione ordinaria in economia compreso pulizia	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	326		Materiale di natura economica diversa	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	327		Utenze - Fornitura gas metano	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	327		Utenze - Servizio telefonico SIP	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	328		Canoni di affitto immobili	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	329		Canoni di affitto mobili, macchine	Da imputare al cod. 102
13	330		Servizi di mensa appaltati	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	331		Servizi di riscaldamento appaltati	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	332		Servizi di lavanderia e pulizia appaltati e altre economali	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	333		Servizi appaltati per la manutenzione degli immobili	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	334		Servizi appaltati per la manutenzione macchine e mobili di ufficio	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	335		Servizi appaltati per la manutenzione delle attrezzature sanitarie	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	336		Spese di rappresentanza e spese per convegni e congressi	Da imputare ai cod. 101 e 102
13	337		Consulenze e affidamenti a terzi di incarichi professionali	Ripartito tra le varie funzioni secondo i tipi di consulenza o al cod. 102 se trattasi di consulenza legale

segue: Allegato 1-B

Capitolo	Articolo	Sottarti	Descrizione uscita	Criteri di codificazione per l'analisi econ.-funzionale
13	338		Altri oneri	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	339		Spese per personale tirocinante e/o borsista (compresi oneri riflessi)	Da imputare al cod. 102
13	340		Indennità per attività di docenza svolta da personale dipendente per corsi di aggiornamento e compensi a docenti esterni	Da imputare al cod. 102
13	341		Spese per la formazione professionale, qualificazione e riqualificazione del personale	Da imputare al cod. 202
13	342		Premi di assicurazione contro i furti, gli incendi e le R.C. (esclusi quelli per il personale non assicurato all'I.N.A.I.L.)	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	343		Assistenza riabilitativa in convenzione	Da imputare ai cod. 601 e 701
13	344		Oneri per trasporti sanitari	Da imputare al cod. 701 se trattasi di trasporti per ricoveri o al cod. 601 se trattasi di altre tipologie
13	345		Altra assistenza integrativa e riabilitativa a carico del Fondo sanitario regionale	Da imputare al cod. 601
13	349		Pubblicità su quotidiani e periodici	Da imputare al cod. 102
13	350		Ratei di leasing operativo	Ripartito tra le varie funzioni interessate
13	351		Servizi c/o terzi per la ricerca scientifica	Capitolo non attivato
13	352		Servizi c/o terzi per l'iniziativa di educazione sanitaria	Da imputare al cod. 202
13	353		Altri servizi appaltati non sopra classificati	Da ripartire tra le varie funzioni interessate
13	354		Spesa per il personale religioso convenzionato compresi gli oneri riflessi	Da imputare al cod. 701
14	201		Contributi ed associazioni di volontariato	Se trattasi di trasporti vedi capitolo 13343 - Se trattasi di contributi associazioni donatori sangue e rimborso spese ai donatori imputare al cod. 702
14	301		Rimborso per spese di ricovero ospedaliero in Italia	Da imputare al cod. 701
14	302		Rimborso per spese di ricovero ospedaliero all'esterno	Da imputare al cod. 701
14	303		Rimborso per spese di prestazioni sanitarie varie compreso le prestazioni integrative	Da imputare secondo la tipologia del rimborso: rimborso prestazioni diagnostiche cod. 602; rimborso special. ambulat. cod. 601; ecc.
14	304		Contributi, assegni e sussidi vari agli assistiti	Da imputare secondo tipologia contributi; es. contributi ex degenti O.P. al cod. 901; ecc
15	101		Interessi passivi per anticipazioni di tesoreria	Da imputare al cod. 102
15	102		Interessi passivi per anticipazione straordinaria di cassa L. 334/90	Da imputare al cod. 102
15	201		Interessi passivi ad enti del settore statale	Da imputare al cod. 102
15	301		Interessi passivi diversi ad enti del settore pubblico allargato ...	Da imputare al cod. 102
15	401		Altri interessi passivi	Da imputare al cod. 102
15	501		Interessi moratori	Da ripartire secondo le funzioni a cui fa riferimento il ritardato pagamento
15	601		Rivalutazione monetaria	Idem
16	001		Poste correttive e compensative dell'entrata	Da ripartire secondo la tipologia di entrata
17	101		Fondo di riserva ordinario	Da imputare al cod. 102
17	102		Fondo di riserva per spese impreviste	Da imputare al cod. 102
17	103		Fondi di riserva di cassa	Da imputare al cod. 102
17	104		Fondo di riserva per i residui perenti	Da imputare al cod. 102
17	201		Spese per liti arbitraggi e risarcimenti	Da imputare al cod. 102
17	301		Altre somme non attribuibili	Da imputare al cod. 102
17	302		Imposte, tasse, tributi a carico dell'U.s.l.	Da imputare al cod. 102
17	303		Spese per il servizio di tesoreria (come da convenzione)	Da imputare al cod. 102
17	304		Debiti per spese attinenti gli anni 1979 e precedenti accertati con la rilevazione straordinaria effettuata dal personale in base all'art. 23 ^{ter} della legge 24 febbraio 1980, n. 33	Ripartito in proporzione ai codici funzionali del personale
17	305		Oneri derivanti dall'applicazione del contratto di lavoro e rinnovo convenzioni 1990	Da ripartire secondo le funzioni cui si riferiscono gli arretrati

N.B. - Relativamente alle quote che transitano dal sociale al sanitario, la spesa relativa deve essere imputata al codice 901 (funzione assistenza settore sanitario) unitamente al personale del ruolo sanitario utilizzato per il sociale (assistenti sociali, educatori sanitari, ausiliari socio-sanitari...).

Al codice 902 deve essere imputato il bilancio del settore sociale.

segue: Allegato 1-B

Tabella di raffronto tra servizi e funzioni

Servizio	1 - Igiene pubblica e del territorio Funzione igiene e prevenzione (1)
Cod.	303 - Vigilanza alimenti non di origine animale
Cod.	304 - Tutela igienico sanitaria ambientale collettività - Servizi terzi
Servizio	2 - Prevenzione e sicurezza luoghi di lavoro Funzione igiene e sicurezza del lavoro (3)
Cod.	301 - Tutela igienico sanitaria ambienti di lavoro - Servizi territoriali
Servizio	3 - Attività distrettuali Funzione attività sanitarie di comunità (2)
Cod.	501 - Gestione diretta assistenza medico generica, pediatrica ed infermieristica di base ambulatoriale o domiciliare
Cod.	502 - Idem in convenzione
Cod.	503 - Assistenza ostetrica in convenzione
Cod.	504 - Altri servizi assistenza in convenzione
Servizio	4 - Attività specialistiche Funzione attività sanitarie specialistiche (5)
Cod.	601 - Assistenza medico infermieristica specialistica ambulatoriale
Cod.	701 - Assistenza medico infermieristica specialistica ospedaliera
Servizio	5 - Diagnostica strumentale e di laboratorio Funzione attività sanitarie specialistiche (5)
Cod.	602 - Attività diagnostica analitica e strumentale territoriale
Cod.	702 - Attività diagnostica analitica e strumentale ospedaliera
Servizio	6 - Farmaceutica Funzione farmaceutica (6)
Cod.	800 - Assistenza farmaceutica
Servizio	7 - Multizonale di prevenzione Funzione multizonale di prevenzione (7)
Cod.	305 - Tutela igienico-sanitaria amb. collettiva multizonale preven.
Servizio	8 - Veterinaria Funzione veterinaria (4)
Cod.	401 - Profilassi veterinaria
Cod.	402 - Vigilanza alimenti origine animale
Servizio	9 - Assistenza sociale Funzione di assistenza sociale - Sanitario/sociale (8)
Cod.	901 - Assistenza sociale - Settore sanitario
Cod.	902 - Assistenza sociale - Settore sociale
Servizio	10-11 - Organizzazione amministrativa e informazione amministrazione contabile e patrimoniale Funzione tecnico amministrativa e organizzativa (9)
Cod.	101 - Organi istituzionali
Cod.	102 - Servizi generali
Cod.	201 - Educazione sanitaria
Cod.	202 - Formazione del personale
Cod.	203 - Ricerca sanitaria finalizzata
Cod.	204 - Progetti obiettivo

Direttive alle U.s.l. per la predisposizione del bilancio di previsione: esercizio 1992

Funzioni di piano

UU.SS.LL.	Igiene e prevenzione		Attività sanitarie di comunità		Igiene e sicurezza del lavoro		Veterinaria		Assistenza ospedaliera		Assistenza specialistica		Salute mentale		Farmaceutica		Multizonale di prevenzione		Assistenza sociale		Tecnica amministrativa e di organizz.	
	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa	Indice spesa
1 - Lunigiana	2.26	2.67	6.47	14.17	0.34	1.33	0.56	2.85	42.84	25.26	5.44	13.90	1.74	4.62	25.66	18.54	0.00	0.00	—	2.42	14.69	14.24
2 - Area Massa e Carrara	0.38	1.79	4.08	10.10	0.17	1.31	0.11	0.94	57.13	33.97	10.23	13.82	1.02	3.87	17.60	16.32	0.55	3.25	—	1.95	8.74	12.68
3 - Versilia	2.03	2.30	7.39	12.98	0.30	1.78	0.49	1.63	44.99	25.36	9.59	14.83	1.46	4.93	23.99	21.40	0.00	0.00	—	2.44	9.75	12.33
4 - Garfagnana	0.00	2.51	8.88	13.33	0.23	1.34	1.20	7.51	50.69	23.39	9.41	13.03	2.59	4.33	22.01	18.11	0.00	0.00	—	2.18	4.99	14.26
5 - Media Valle del Serchio	3.03	2.50	8.73	13.44	1.04	1.61	1.08	2.54	39.18	25.36	8.15	13.90	2.36	4.62	22.74	19.23	0.00	0.00	—	2.38	13.7	14.43
6 - Piana di Lucca	0.99	1.94	5.91	11.30	0.10	1.53	0.53	2.49	40.97	24.54	10.02	14.70	6.55	7.60	22.15	17.26	0.67	3.95	—	2.04	12.11	12.65
7 - Val di Nievole	1.20	2.37	15.64	13.34	0.65	2.04	0.84	1.68	37.36	24.64	5.54	15.17	1.85	5.04	25.90	21.52	0.05	0.00	—	2.57	10.96	11.64
8 - Area Pistoiese	0.95	2.11	8.09	11.53	0.36	1.64	0.57	1.25	41.40	24.06	7.19	17.55	3.07	6.92	22.13	17.99	1.67	2.92	—	2.12	14.56	11.91
9 - Area Pratese	0.97	2.23	9.20	12.66	1.19	2.21	0.32	0.60	39.53	26.94	14.70	14.51	1.66	4.82	23.31	20.46	0.06	1.93	—	2.32	9.05	11.32
10 - Firenze	0.56	1.25	5.06	7.10	0.18	1.17	2.03	0.45	56.54	41.47	6.71	13.38	1.57	3.93	12.48	11.97	1.43	4.04	—	1.51	13.44	13.74
10/F - Area Fiorentina « F »	0.00	3.26	0.00	17.97	0.00	2.44	0.00	1.10	0.00	4.42	0.00	21.28	0.00	7.07	0.00	20.35	0.00	0.00	—	3.58	0	8.53
10/G - Area Fiorentina « G »	1.97	2.87	11.54	15.34	1.58	2.46	0.76	5.14	25.42	10.54	20.90	18.49	2.75	6.15	25.02	25.49	0.00	0.00	—	2.95	10.06	10.56
10/H - Area Fiorentina « H »	1.22	2.31	7.32	12.17	0.55	1.48	0.00	1.16	43.84	28.90	6.29	13.87	2.16	4.61	14.67	18.69	4.38	0.00	—	2.22	19.56	14.59
11 - Mugello e Val di Sieve	1.38	3.25	12.97	16.93	0.94	1.86	1.23	2.36	29.96	15.08	18.24	16.78	3.25	5.58	22.72	23.33	0.00	0.00	—	2.72	9.32	12.11
12 - Area Pisana	0.00	1.29	0.00	7.34	0.00	0.96	0.00	0.45	0.00	46.56	0.00	12.82	0.00	2.76	0.00	11.70	0.00	2.31	—	1.35	0	12.47
13 - Area Livornese	0.00	1.71	0.00	10.05	0.00	1.25	0.00	1.20	0.00	34.51	0.00	16.01	0.00	3.72	0.00	15.94	0.00	2.06	—	1.87	0	11.69
14 - Bassa Val di Cecina	0.73	2.50	11.64	14.13	0.83	1.73	0.68	3.10	28.10	22.29	12.69	14.66	1.27	4.87	27.63	22.35	0.00	0.00	—	2.41	16.42	11.97
15 - Alta Val di Cecina	1.45	1.92	4.14	9.84	0.60	0.99	1.17	2.63	46.39	24.69	3.89	8.57	13.36	21.21	10.48	12.40	0.00	0.00	—	1.46	18.53	16.30
16 - Val d'Era	1.03	2.40	9.67	13.24	0.78	2.03	0.78	1.06	38.18	26.81	15.44	14.43	1.76	4.80	24.93	19.57	0.00	0.00	—	2.40	7.43	13.26
17 - Valdarno Inferiore	1.06	2.41	11.26	13.81	0.99	2.12	0.82	2.05	35.90	23.15	16.18	15.22	1.96	5.06	22.68	21.09	0.00	0.00	—	2.57	9.15	12.53
18 - Bassa Val d'Elsa	1.72	2.50	11.43	13.95	1.66	2.04	0.64	1.28	37.54	23.91	12.59	15.34	1.97	5.10	22.97	21.15	0.00	0.00	—	2.50	9.49	12.23
19 - Alta Val d'Elsa	1.06	2.63	9.85	13.94	0.78	1.83	0.89	3.01	34.88	21.91	15.22	14.83	2.12	4.93	21.82	20.30	0.00	0.00	—	2.43	13.38	14.18
20/A - Valdarno Superiore	1.20	2.49	13.10	13.96	0.72	1.71	1.01	1.38	37.14	24.03	7.76	14.91	1.77	4.96	23.14	20.77	0.00	0.00	—	2.47	14.16	13.31
20/B - Valdarno Inferiore	1.52	2.50	8.79	13.90	0.50	1.72	0.73	1.51	34.61	23.77	6.82	14.88	4.48	4.95	21.28	20.79	0.00	0.00	—	2.53	21.26	13.45
21 - Casentino	1.56	3.05	10.08	15.59	1.22	1.90	1.31	1.86	34.53	19.18	12.27	15.07	2.14	5.01	20.01	20.44	0.00	0.00	—	2.54	16.88	15.36
22 - Val Tiberina	2.03	2.90	13.60	15.03	1.30	1.73	3.02	5.01	35.27	19.30	9.96	14.18	2.15	4.71	22.17	19.68	0.00	0.00	—	2.38	10.51	15.09
23 - Area Aretina Nord	1.27	1.73	7.84	9.32	0.59	1.40	0.65	0.61	40.22	33.52	19.86	15.50	3.44	5.32	15.38	14.29	1.22	3.72	—	1.67	9.52	12.93
24 - Val di Chiana	2.77	2.55	6.89	14.04	0.00	1.53	0.99	3.36	48.02	23.90	7.20	14.14	2.48	4.70	19.89	19.53	0.00	0.00	—	2.42	11.78	13.84
25 - Val di Cornia	1.31	2.25	11.76	11.04	1.43	1.72	0.52	1.00	44.55	26.27	1.21	13.32	0.24	4.43	23.56	18.92	2.96	3.90	—	2.11	12.47	14.24
26 - Arcipelago Toscano	2.27	2.37	12.03	13.90	1.29	1.59	0.75	0.51	50.31	22.86	2.52	13.74	1.76	4.57	21.13	25.12	0.00	0.00	—	2.36	7.94	12.97
27 - Colline Metallifere	0.00	2.84	7.92	14.53	0.03	1.53	0.01	1.77	14.01	22.67	4.38	14.53	1.88	4.83	26.19	21.24	0.00	0.00	—	2.34	45.58	13.71
28 - Area Grossetana	2.74	2.10	9.50	10.36	1.91	1.31	1.14	2.64	44.99	28.25	10.87	16.08	1.44	3.59	17.13	15.83	0.00	4.13	—	1.68	10.28	14.03
29 - Colline d'Albegna	1.04	2.93	10.34	14.26	0.17	1.35	1.51	2.90	44.40	23.98	5.84	13.60	1.98	4.52	23.29	19.67	0.65	0.00	—	2.19	10.78	14.58
30 - Area Senese	0.26	1.49	5.24	7.90	0.05	0.90	0.61	0.98	50.52	37.81	9.27	12.54	5.31	8.19	11.41	10.92	0.69	3.04	—	1.27	16.64	14.93
31 - Val di Chiana	0.20	2.54	6.50	13.85	1.07	1.77	1.29	3.08	38.53	23.63	15.78	13.86	1.60	4.61	22.13	20.64	0.00	0.00	—	2.32	12.9	13.71
32 - Amiata	0.00	2.83	9.87	14.41	0.74	1.35	1.89	6.15	43.07	22.69	7.01	12.88	2.30	4.28	21.51	18.15	1.44	0.00	—	2.18	12.16	15.09
Regione	1.06	2.00	7.88	11.00	0.58	1.50	0.98	1.50	44.52	30.50	9.95	14.50	2.72	5.00	18.93	17.00	0.73	2.00	—	2.00	12.63	13.00

Allegato 1-D
Direttive alle U.s.l. per la predisposizione del bilancio: esercizio 1992

Variazioni tendenziali dei fattori produttivi durante l'esercizio

Fattori produttivi	Capitoli di bilancio	% es. 1992
PERSONALE DIPENDENTE	12...	
- Oneri fissi	101 - 301 501 - 701	4%
- Oneri accessori	201 401 601 801	1%
- Incentivazione	202 - 402 - 602 - 802 - 203 - 403 - 603 - 803	20%
- Oneri sociali	901 - 902	4%
- Altre spese di personale	204	1%
Totale personale	.....	5%
BENI E SERVIZI	13...	
- Farmaci e prodotti ter.	313	8%
- Materiale diagnostico	314	8%
- Materiale radiologico	315	8%
- Mat. sanitario vario	316 - 318 - 319 - 320	8%
- Rinnovo attrezz. san.	317	8%
- Gen. alim./mensa app.	321 - 330	8%
- Combustibili	323 - 331	8%
- Serv. econ. gest. dir.	322 - 324 - 325 - 326	8%
- Servizi econ. appaltati	332	8%
- Man. mob. macch. uff. at. s.	334 - 335	8%
- Manutenzione immobili	333	8%
- Canoni affitto immobili	328	8%
- Locazioni finanziarie	329 - 350	8%
- Utenze	207 - 210 - 211 - 327 - 338	8%
- Spese per la formazione	339 - 340 - 341	8%
- Altri oneri	102 - 208 - 209 - 307 - 336 - 337 - 342 - 349 - 14201	8%
Totale beni e servizi	.....	8%
CONVENZIONI	13...	
- Med. gen. ped. g. med.	301	1%
- Ambulatoriale interna	303	1%
- Specialistica esterna	304 - 305	0%
- Ass. ospedaliera conv.	311	10%
- Farmaceutica	201 - 306	0%
- Conv. università	101	10%
Totale convenzioni	.....	3,4%
ALTRI SERVIZI ASSISTENZIALI	13...	
- Assistenza protesica	202 - 308	10%
- Riabilitazione	212 - 343	10%
- Prestazioni integrative	203 - 310 - 345	10%
- Prestazioni idrotermali	204 - 309	4%
- Ricoveri non autosuff.	206 - 312	21%
- Ric. osped. Italia/est.	14301 - 14302	10%
- Rimborso assistiti	14303 - 14304	10%
- Trasporti sanitari	344	10%
Totale altri servizi	.....	12%
ALTRI FATTORI	11001 - 002 - 003 - 004 - 15101 - 201 - 301 - 401 - 501 - 601 - 16001 - 17101 - 201 - 301 - 302 - 303	8%
TOTALE GENERALE		6%

Allegato 1-E

Direttive alle U.s.l. per la predisposizione del bilancio: esercizio 1992

Modalità di calcolo del personale equivalente

— Personale equivalente alle convenzioni: fattori di conversione da applicare alla spesa per convenzioni per il calcolo della spesa equivalente per il personale

Tipo di convenzione	Incidenza sulla spesa sostenuta per convenzioni	
	% Personale	% Beni e servizi
— Medico generica, pediatrica, guardia medica, special. conven. interna, medicina dei servizi	100	0
— Case di cura (conv. + rimborsi)	60	40
— Convenzionata esterna (conv. + rimborsi)	50	50
— Istituti riabilitazione	60	40
— Anziani non autosuf.	70	30
— Rette psich. + tossic.	70	30
— Trasporti	30	70

— Personale equivalente alle prestazioni di servizio: fattori di conversione da applicare alla spesa per servizi appaltati per il calcolo della spesa equivalente per il personale

Tipo di convenzione	Incidenza sulla spesa sostenuta per appalti	
	% Personale	% Beni e servizi
— Mensa	50	50
— Lavanderie e pulizie	60	40
— Manut. immobili	50	50
— Manut. mobili	70	30
— Manut. attrezzature san.	50	50
— Servizi di sola fornitura	0	100
— Altri servizi	60	40

Allegato 2

Alle Direttive alle U.s.l. per la predisposizione del bilancio: esercizio 1992

Parametri di riferimento per l'analisi della domanda

— Prestazioni di struttura: prestazioni diagnostiche di ricoveri nei vari presidi ospedalieri

Tipologia dei presidi	Indici di consultorio (prestazioni / dimesso)	
	Laboratorio	Radiodiagnostica
— Classe « A »	35	2
— Classe « B »	35	2
— Classe « C »	40	1,8
— Classe « C » + Univ.	55	1,8

— Prestazioni di bacino: prestazioni diagnostiche in sede ambulatoriale riferite alle varie tipologie di U.s.l. ?? l'apporto del settore privato

Tipologia di U.s.l.	Indici di consultorio (prestazioni ambulatoriali)	
	Laboratorio	Radiodiagnostica
— Classe « A »	8	0,5
— Classe « B » - Firenze	8	0,5
— Classe « C »	8	0,7
— Aree pisana e senese + comune di Firenze	8	0,8

— Prestazioni di bacino: indice totale di spediizzazione riferito alla popolazione di bacino ed all'attività dei presidi ospedalieri pubblici

Tipologia di U.s.l.	Indice di spediizzazione (dimessi - 1.000 ab.)
— Classe « A »	120
— Classe « B » - Firenze	120
— Classe « C »	160
— Aree pisana e senese + comune di Firenze	270

— Prestazioni di bacino: indici grezzi di spediizzazione riferiti alla popolazione residente ed all'attività dei presidi ospedalieri pubblici per le specialità di base

Tipologia di U.s.l.	Indice di spediizzazione (dimessi / 1.000 res.)				
	Med.	Chir.	Ost.-Gin.	Ped.	Ortop.
— Classe « A »	45	35	17	10	16
— Classe « B » - Firenze	35	30	17	13	15
— Classe « C »	30	23	17	10	16
— Aree pisana e senese + comune di Firenze	18	18	14	9	13

— Prestazioni di bacino: indici specifici di spediizzazione riferiti alla popolazione residente ed all'attività dei presidi ospedalieri pubblici per medicina generale, chirurgia generale ed area materno infantile

Tipologia di U.s.l.	Indici di spediizzazione (dimessi / 1.000 adulti femmine bambini)			
	Med.	Chir.	Ost.-Gin.	Ped.
— Classe « A »	52	42	40	65
— Classe « B » - Firenze	42	35	40	85
— Classe « C »	35	27	37	60
— Aree pisana e Senese + comune di Firenze	22	22	31	75

Allegato 3

Tipologia dei laboratori di analisi e standard di dotazione

(vedi scheda aggiunta)

Allegato 4

Direttive alle U.s.l. per la predisposizione del bilancio: esercizio 1992

Allegato 5

Direttive alle U.s.l. per la predisposizione del bilancio: esercizio 1992

Le tariffe si intendono al netto dei tickets ove dovuti. Tali tariffe sono valide esclusivamente ai fini del calcolo delle compensazioni. Per quanto concerne la determinazione dei tickets si rinvia alle norme che determinano la quota di compartecipazione a carico degli utenti

Bacini di utenza ai fini della compensazione

Indicazioni valide fino al 31 dicembre 1992

T.A.C.

	Prestazioni di base
— Emodialisi	L. 200.000
— Dosaggio ematico dei farmaci e delle droghe di abuso	L. 15.000
— Dosaggi ormonali	L. 15.000
— Ecografie varie ed ecocardiogrammi	L. 50.000
— Unità si sangue classificata	L. 116.000
— Concentrato piastrinico da singola unità	L. 25.000
— Concentrato piastrinico o leucocitario da aferesi	L. 500.000
— Concentrato piastrinico da plasma piastrino aferesi	L. 200.000
	Prestazioni con bacino di utenza multizonale
— T.A.C.: Addome inf. o sup. torace	L. 200.000
— Contrasto mezzi ionici	L. 220.000
— Contrasto mezzi non ionici	L. 360.000
— T.A.C.: Arto inf. sup., scheletro facc., cerebrale	L. 120.000
— Contrasto mezzi ionici	L. 132.000
— Contrasto mezzi non ionici	L. 216.000
— Angiografia: Neurologica	L. 130.000
— Cardiologica	L. 260.000
— Periferica/vascolare	L. 190.000
— Radioterapia con acceleratore lineare/cobaltoterapia	L. 70.000 per 6 sedute o cicli
	Prestazioni a tariffa differenziata
— R.M.N.	L. 450.000
— Ossigenoterapia iperbarica	L. 90.000
— Indagini emodinamiche diagnostiche:	
Cateterismo cardiaco sinistro	L. 1.850.000
Ventrilografia sinistra	L. 1.850.000
Coronografia selettiva	L. 1.850.000
Cateterismo cardiaco destro e sinistro	L. 3.000.000
Ventrilografia destra e sinistra	L. 3.000.000
Aortografia angiografia vascolare	L. 3.000.000
— Indagini emodinamiche terapeutiche:	
Angioplastica coronarica monovasale	L. 8.500.000
Angioplastica coronarica bivasale	L. 12.000.000
Valvuloplastica mitrale	L. 15.000.000
Valvuloplastica aortica	L. 8.500.000
Valvuloplastica polmonare	L. 7.000.000
— Litotripsia	L. 2.800.000
— Termoterapia prostatica	L. 600.000 per ciclo
I tickets, per le prestazioni che li prevedono, sono dovuti alla U.s.l. che eroga la relativa prestazione.	

U.s.l. erogate	Bacino di utenza
2	2 - 1
3	3
6	6 - 4 - 5
7	7
8	8
9	9
10/A	10/A - 10/B - 10/E
10/C	10/C - 10/F
10/D	10/D - 10/G - 11
10/H	10/H - 20/B
12	12 - 15 e parte 3
13	13 - 14
16	16
17	17
18	18
23	23 - 21 - 22 - 24 - 20/A
25	25 - 26
28	28 - 27 - 29
30	19 - 30 - 31 - 32

Bacini di utenza ai fini della compensazione
Indicazioni valide fino al 31 dicembre 1992

Radioterapia con acceleratore lineare

COBALTOTERAPIA

U.s.l. erogate	Bacino di utenza
6	6 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
10/D	10/D - 7 - 8 - 9 - 10/A - 10/B - 10/C - 10/E - 10/F - 10/G - 10/H - 11 - 18 - 20/B
12	12 - 15 - 16 - 17
13	13 - 14 - 25 - 26
23	23 - 20/A - 21 - 22 - 24
30	30 - 19 - 27 - 28 - 29 - 31 - 32

**Bacini di utenza ai fini della compensazione
Indicazioni valide fino al 31 dicembre 1992**

ANGIOGRAFIA DIGITALIZZATA NEUROLOGICA

U.s.l. erogate	Bacino di utenza
10/D	10/D - 7 - 8 - 9 - 10/A - 10/B - 10/C - 10/E - 10/F - 10/G - 10/H - 11 - 20/B - 18
12	12 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 15 - 16 - 17
13	13 - 14 - 25 - 26
23	23 - 20/A - 21 - 22 - 24
30	30 - 19 - 27 - 28 - 29 - 31 - 32

**Bacini di utenza ai fini della compensazione
Indicazioni valide fino al 31/12/1992**

ANGIOGRAFIA DIGITALIZZATA PERIFERICA VASCOLARE

U.s.l. erogate	Bacino di utenza
2	2 - 1
6	6 - 3 - 4 - 5
10/C	10/C - 10/A - 10/B - 10/E - 10/F 10/H - 18 - 20/B
10/D	10/D - 7 - 8 - 9 - 11 10/G - 20/A - 21 - 22
12	12 - 15 - 16 - 17
13	13 - 14 - 25 - 26 - 27
30	30 - 19 - 23 - 24 - 28 - 29 - 31 - 32

**Bacini di utenza ai fini della compensazione
Indicazioni valide fino al 31 dicembre 1992**

ANGIOGRAFIA DIGITALIZZATA CARDIOLOGICA

U.s.l. erogate	Bacino di utenza
2	2 - 1 - 3
10/D	10/D - 7 - 8 - 9 - 10/A - 10/B - 10/C - 10/E - 10/F - 10/G - 10/H - 11 - 18 - 20/A - 20/B - 21 - 22 - 23 - 24
12	12 - 4 - 5 - 6 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 25 - 26
30	30 - 19 - 27 - 28 - 29 - 31 - 32

Allegato 6 - Alle Direttive alle U.s.l. per la predisposizione del bilancio: esercizio 1992

U.s.l. da cui proviene l'utenza

U.s.l. n.	U.s.l. sede	U.s.l. n.	U.s.l. n.	U.s.l. n.	U.s.l. n.	U.s.l. n.	U.s.l. n.	U.s.l. n.	U.s.l. n.	U.s.l. n.	U.s.l. n.	U.s.l. n.	Totale
<i>Prestazioni di base</i>													
Emodialisi													
Dosaggio ematico dei farmaci e delle droghe di abuso													
Markets tumorali													
Dosaggi ormonali													
Ecografie varie ed ecocardiogrammi													
Unità di sangue classificata													
Conc.to piastrinico da singola unità													
Conc.to piastrinico o leucocitario da aferesi													
Conc.to piastrinico da plasma piastrino aferesi													
<i>Prestazioni con bacino di utenza multizonale</i>													
T.A.C.: Addome inf. o sup. torace													
Contrasto mezzi ionici													
Contrasto mezzi non ionici													
Arto inf./sup. scheletro facciale, cerebrale													
Contrasto mezzi ionici													
Contrasto mezzi non ionici													
Angiografia: Neurologica													
Cardiologica													
Periferica/vascolare													
Radioterapia con acceleratore lineare cobaltoterapia													
<i>Prestazioni a tariffa differenziata</i>													
RMN													
Ossigenoterapia iperbarica													
Indagini emodinamiche diagnostiche													
Cateterismo cardiaco sinistro													
Ventrilografia sinistra													
Coronografia selettiva													
Cateterismo cardiaco destro e sinistro													
Ventilografia destra e sinistra													
Aortografia angiografica vascolare													
<i>Indagini emodinamiche terapeutiche</i>													
Angioplastica coronarica monovasale													
Angioplastica coronarica monovasale													
Valvuloplastica mitrale													
Valvuloplastica aortica													
Valvuloplastica polmonare													
Litotripsia													
Termoterapia prostatica													

[segue allegato 7 « Regioni da cui proviene l'utenza », con struttura identica al precedente; n.d.r.]

IL BILANCIO COME STRUMENTO DI RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA NELLE UNITÀ SANITARIE LOCALI

I caratteri innovativi della manovra

Intervista a:

Patrizia Ragazzini
Emanuele Giusti
Mario Romeri

del Dipartimento sicurezza
sociale regione Toscana

L'aspetto innovativo che assume più rilevanza è sicuramente di tipo « culturale ». La manovra presuppone infatti cambiamenti sia all'interno delle strutture della U.s.l. che a livello regionale rendendo necessaria un'analisi di tipo unitario in entrambi gli organismi:

— all'interno della Unità sanitaria locale perché l'applicazione delle nuove direttive richiede un intervento dell'Ufficio di direzione nella revisione dell'esistente e uno sforzo comune a correlare l'andamento della gestione economica della Unità sanitaria locale ai finanziamenti; ciò significa che la redazione dei bilanci non viene delegata al solo personale amministrativo, ma per la prima volta risulta determinante l'apporto dei tecnici al bilancio;

— all'interno della Regione perché si è stati costretti ad esaminare i fatti dell'U.s.l. non più per singolo servizio, ma attraverso una programmazione/gestione di tipo complessivo e un'analisi unitaria dei problemi.

In pratica questo ha fatto sì che si realizzassero sia riunioni all'interno del dipartimento che confronti e collegamenti tra i tecnici della U.s.l. e quelli della Regione con la presenza determinante degli stessi amministratori e con un continuo coinvolgimento delle parti.

Per la prima volta si è avuta la sensazione che qualcosa si stava facendo sul serio, che si stava realizzando una gestione più attenta e accurata della sanità; in particolare gli aspetti finanziari ed economici non sono più fattori indipendenti, ma risultano manovrabili attraverso un più razionale impiego delle risorse e quindi determinanti nella gestione della U.s.l.

La manovra è stata realizzata proprio con l'intento di ottenere ricadute economiche rilevanti, e in particolare di legare la spesa a specifiche responsabilità.

L'altro aspetto innovativo è il diverso approccio alla presenza di risorse limitate, infatti una delle contestazioni che venivano fatte più frequentemente in passato era proprio relativa alla limitatezza delle disponibilità finanziarie; il progetto predisponendo un'analisi a livello complessivo, e non a livello di singolo servizio, delle risorse ha fatto in modo che le stesse potessero essere ripartite nell'ambito di una programmazione più generale.

Un nuovo strumento per manovrare la spesa « Il fondo di sviluppo »

Già da anni la Regione ha predisposto una ripartizione di spesa legata ad indici determinati per ogni funzione della Unità sanitaria locale (L.R. n. 70/84 e L.R. n. 61/90, cfr. Allegato 1-A). Alcune Unità sanitarie locali hanno già raggiunto negli anni passati il loro indice di assegnazione mediante le modalità di assegnazione effettuate (soprattutto quelle riguardanti i progetti obiettivo). Attraverso il fondo di sviluppo si è cercato di far arrivare anche tutte le altre ai livelli predeterminati. Ciò ha consentito di programmare il progressivo e tendenziale riequilibrio tra le Unità sanitarie locali e tra funzioni della stessa Unità sanitaria locale.

L'aspetto che contraddistingue tale fondo è quello di essere un finanziamento « specifico » finalizzato alla copertura di particolari attività (cfr. al punto 5), a favore di quelle Unità sanitarie locali che si collocano su livelli di spesa storica inferiori ai parametri di finanziamento previsti dal Piano sanitario regionale. Tale strumento presuppone una programmazione dell'utilizzo del fondo, con possibilità di scelta da parte delle singole Unità sanitarie locali.

Da sottolineare che il fondo rappresenta una risorsa disponibile immediatamente nell'anno in corso, legata quindi ad una programmazione a breve termine e non su piani decennali e con prospettive a lungo termine come è avvenuto invece per altri stanziamenti. Questo aspetto ha fatto sì che il fondo funzionasse da stimolo e incentivo ad un più razionale impiego delle risorse.

Il ruolo specifico della Regione nel processo di applicazione delle direttive

La progettazione e la realizzazione tecnica del progetto è stata completamente attuata dal Dipartimento sicurezza sociale, il suo ruolo oltre che di elaborazione è stato anche quello di guida e indirizzo a livello globale e di supporto tecnico nelle diverse fasi.

In particolare il processo è stato gestito controllando progressivamente il lavoro delle U.s.l. In un primo momento (nei mesi di giugno, luglio, agosto) si sono realizzate riunioni preparatorie con gruppi di Unità sanitarie locali illustrando gli aspetti tecnici e procedurali, successivamente si sono ripetuti altri incontri a seconda del grado di collaborazione e competenza che ogni unità sanitaria presentava; in media sono state fatte tre riunioni per Unità sanitaria locale.

Il « prodotto » è stato ufficializzato attraverso un verbale inviato al Comitato dei garanti, agli amministratori straordinari e ai sindaci revisori e successivamente controllato in sede di bilancio.

Il verbale contiene prescrizioni e indicazioni, ma non esprime assolutamente valutazioni; in sostanza serve per la predisposizione del documento contabile e fornisce alla Regione uno strumento per verificare se gli elaborati corrispondono alle direttive e quindi per controllare che si siano rispettati i vincoli di tipo tecnico predisposti dalla Regione.

Una carenza progettuale dell'organismo regionale è stata quella di non aver insistito a sufficienza sulla formazione. Riunioni di tipo formativo sono state fatte solo nel 1991 nel momento di attuazione del primo piano. È stato un errore non ripercorrere completamente nel 1992 la fase tecnica, investendo in misura maggiore in formazione.

All'interno della Regione non c'è stata inoltre sufficiente collegialità; a livello di dipartimento, tra i diversi servizi, si doveva puntare di più sull'integrazione, sia nel primo momento di confronto con le Unità sanitarie locali che nelle specifiche fasi di attuazione.

Il ruolo di ogni singola U.s.l.

Nel complesso possiamo dire che tutte le U.s.l. hanno avuto un ruolo specifico nell'applicare la metodologia da noi predisposta, trasmettendola al proprio interno ai vari livelli decisionali. Una distinzione è purtroppo necessaria per quanto riguarda le U.s.l. dell'area fiorentina, nelle quali si è avuta una maggiore resistenza alla realizzazione di una programmazione unitaria (per le 5 U.s.l. in questione la programmazione e l'assegnazione delle risorse economiche, finanziarie ed organizzative spetta direttamente al comune di Firenze).

Chiaramente ci sono state delle diversità di risposta, dovute alla diversa preparazione tecnica e culturale, oltre che alla capacità o meno degli amministratori di farsi carico della gestione in un'ottica programmatica, evitando di « rincorrere » i problemi che si presentano quotidianamente. In pochissime U.s.l. il progetto è stato messo in atto con il coinvolgimento dei soli Servizi amministrativi, nella maggior parte la partecipazione si è estesa ai diversi Servizi.

In particolare hanno partecipato attivamente alle riunioni che si sono tenute al Dipartimento tutti i Coordinatori sanitari e molti responsabili della Prevenzione e del Servizio farmaceutico.

Il meccanismo delle compensazioni sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche ad alto costo e sulle attività convenzionate

Anche questo strumento (cfr. punto 4) è stato fondamentale nel responsabilizzare le U.s.l. rispetto alla spesa. Infatti già dal 1991 queste sono maggiormente responsabilizzate sulla spesa relativa a determinate prestazioni nei settori delle case di cura, della riabilitazione e delle cure termali. In sostanza la compensazione opera come strumento di redistribuzione della spesa per specifiche attività sanitarie, ponendola a carico degli ordinatori; il costo della prestazione viene accollato in ragione della provenienza dell'utenza.

Tecnicamente si sono individuate le tariffe (tariffe di prestazioni tra U.s.l.) ponendole ad un livello intermedio tra le cifre dedotte dal tariffario nazionale (non è mai stato superato tale indice), e i costi interni ritenuti più significativi (non è invece stato possibile fare un'analisi sui costi effettivi delle prestazioni).

Successivamente con la collaborazione delle U.s.l. si è appurato se i costi così calcolati potevano essere significativi.

Per il 1992 la Regione ha introdotto altri settori per i quali deve essere attivato il meccanismo delle compensazioni (allegato 4), con due fondamentali conseguenze:

— da una parte la redistribuzione più corretta delle risorse alle U.s.l. « produttrici » verso altri fornitori. Ciò ha consentito di poter fare un confronto tra i servizi offerti da terzi con quelli offerti dalla propria struttura;

— dall'altra la responsabilizzazione delle U.s.l. « clienti » rispetto al fenomeno della gara dei « propri » utenti.

Tale meccanismo ha anche consentito di dimostrare che alcuni presidi ritenuti grossi « produttori » in ambito regionale in realtà non erano tali, e ha portato gli stessi a misurarsi, in termini di costi ed a confrontarsi con le altre strutture.

La singola U.s.l. ha potuto valutare dove conviene non fornire la prestazione direttamente, e le Unità che accolgono un grosso numero di utenti hanno potuto misurare la loro capacità di assorbimento effettivo.

Tale strumento non è stato utilizzato solo a fini finanziari, ma è servito per effettuare un'analisi accurata delle attività ed a fornire una reale misura del prodotto di ognuno rendendo possibile un confronto significativo tra dati oggettivi.

I risultati raggiunti

I risultati veri e propri in relazione ai dati economici si avranno nel mese di febbraio. In generale già da ora possiamo dire che si è rimasti all'interno delle assegnazioni effettuate alle U.s.l. Le assegnazioni non sono invece state rispettate nella farmaceutica (di cui le U.s.l. non hanno la gestione diretta) e nelle U.s.l. del comune di Firenze. I disavanzi sono però stati in qualche modo controllati e comunque ci sono stati rilevanti recuperi in termini di razionalità economica.

Per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi prefissati (cfr. punto 1), il piano di riordino territoriale delle U.s.l., nella direzione di una riduzione delle stesse è stato predisposto, ma non approvato e quindi ancora lontano dall'attuazione effettiva. Lo stesso vale per il progetto di riorganizzazione della rete ospedaliera che non è ancora stato approvato dal Consiglio regionale.

A tal proposito si può dire che sono state molto più incisive, ai fini del contenimento della spesa previsto dalla finanziaria, le azioni di bilancio rispetto alle normative previste a livello regionale. Grazie all'introduzione delle nuove direttive si è comunque ottenuta una razionalizzazione della spesa da parte delle singole U.s.l., anche se di fatto non sono state messe in atto leggi o norme. Indipendentemente dai provvedimenti attuativi previsti dalle leggi si sono avute: per il settore ospedaliero le aggregazioni a livello funzionale previste dalla L. n. 412/92, la riduzione del numero dei posti letto e una programmazione dell'attività a livello complessivo.

Sono stati inoltre messi a punto dei dati fisici e di attività a disposizione per una serie di indici che potremmo chiamare « biografie » delle U.s.l., che sono serviti alla Regione come punto di riferimento, fornendo uno strumento « visibile » a dimostrazione del fatto che i dati vengono raccolti e utilizzati. Questo strumento ha funzionato anche come meccanismo di integrazione, di confronto, di comunicazione sia all'interno della singola U.s.l. sia tra diverse U.s.l. infine, come abbiamo visto, tra U.s.l. e Regione.

Ogni U.s.l. ha potuto individuare le strutture che con le stesse risorse riuscivano ad ottenere maggiori o migliori risultati. In sostanza sono stati molto più utili e efficaci questi strumenti di programmazione e controllo che la maggior parte delle normative introdotte sia livello regionale che statale. I parametri forniti (Allegato 1-E) sono stati utilizzati per il confronto anche all'interno dello stesso dipartimento; si inizia a parlare di « indici » come strumento di raffronto nell'impiego razionale delle risorse. Per quanto riguarda l'utilizzo dei supporti informatici, il Piano finanziario 1992 è stato informatizzato e confrontato con il piano del 1991, è quindi possibile un controllo effettivo da parte del dipartimento; sono inoltre disponibili tutti i riscontri sui dati numerici.

La Relazione di bilancio invece (di cui è prevista la stesura nelle direttive, Allegato 1), non è ancora stata informatizzata, ma sarà proprio questa parte a fornire la base per il bilancio 1993.

Gli sviluppi futuri

L'obiettivo è quello di ripetere l'esperienza predisponendo un piano che puntualizzi maggiormente la parte sull'impiego della risorsa personale per la quale sono previsti un maggior controllo e l'emanazione di indirizzi che rendano possibile una maggiore uniformità (cfr. punto 3 della relazione al bilancio). Questo è sicuramente l'aspetto più ambizioso della manovra considerando il fatto che il personale interno rappresenta, nella nostra Regione, circa il 50% della spesa totale. Questo strumento non è stato sfruttato al massimo delle sue potenzialità e non ha avuto le sufficienti ricadute in termini economici.

Riteniamo che l'impiego razionale di questa risorsa, realizzabile anche e soprattutto attraverso la redazione corretta del bilancio quale strumento di programmazione e controllo, possa rappresentare la sola « riorganizzazione » effettiva della sanità pubblica.

Esperienze innovative

Sezione 3^a

ANALISI GESTIONALE DI UN LABORATORIO OSPEDALIERO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE

di Luigi Lonigro, Francesco D'Aprile, Donato D'Aprile e Claudia Maurino

SOMMARIO: Premessa - Ambito di riferimento - Nota metodologica - Analisi dell'organizzazione interna - Valutazione della produttività: metodologia - Valutazione della produttività: risultati - Valutazione dell'economicità della gestione: metodologia - Valutazione dell'economicità: risultati - Conclusioni.

Gli autori analizzano la gestione economica ed organizzativa di un laboratorio ospedaliero di analisi chimico-cliniche di una Unità sanitaria locale pugliese, ponendo i dati a confronto con un analogo lavoro svolto per una Unità sanitaria locale milanese. I dati finali consentono di evidenziare un notevole margine di recupero di produttività ed economicità per la Unità sanitaria locale attraverso una migliore utilizzazione ed organizzazione delle risorse disponibili presso il laboratorio esaminato.

Premessa

Lo studio che illustriamo di seguito costituisce parte di un organico intervento iniziato in una Unità sanitaria locale pugliese nel primo trimestre del 1992, volto all'analisi della situazione organizzativa esistente ed all'introduzione di strumenti di controllo di gestione.

L'intervento è stato progettato dagli organi direttivi della Unità sanitaria locale ed ha visto coinvolto il personale dirigente degli uffici e dei servizi interessati, insieme ai consulenti della società « P.&D' - studio consulenti di direzione s.r.l. » di Bari.

Tale intervento si è reso necessario in seguito alla acquisita esigenza da parte degli Organi direzionali (amministratore straordinario, dirigenti dei servizi, primari dei reparti) di disporre di informazioni organiche, mirate e periodiche sulla produttività, l'economicità e, più in generale, sull'andamento gestionale del-

la struttura, a supporto delle deliberazioni che ci si proponeva di adottare.

In assenza di un sistema informativo e di un'organica procedura di raccolta di informazioni gestionali, vista l'impellente esigenza di conseguire economie e di migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi, si è preferito impostare l'intervento assumendo come prioritaria l'analisi di alcuni servizi chiave per il funzionamento del presidio ospedaliero, per coordinare successivamente le procedure introdotte in un sistema integrato di controllo a livello di intera struttura.

Ad oggi si è intervenuti nell'ambito del Servizio farmaceutico, con la rilevazione periodica del consumo di farmaci per reparto, e nell'ambito del Servizio laboratorio di analisi chimico-cliniche che costituisce oggetto del presente studio.

L'iniziativa, che non ha precedenti noti a livello regionale, ha consentito l'individuazione di potenziali eco-

nomie e, assumendo le singole unità operative quali centri di costo, ha consentito l'introduzione di strumenti di rilevazione di dati di base per l'analisi dei costi delle prestazioni.

Di seguito illustriamo lo studio sulla produttività, l'economicità e più in generale sull'andamento gestionale ed organizzativo del Laboratorio di analisi chimico-cliniche del presidio ospedaliero.

I risultati raggiunti possono ritenersi esaustivi della lettura analitica gestionale del caso, perché basati sulla valutazione di tutti gli elementi rilevabili: l'attività svolta, la dotazione strumentale, la presenza effettiva del personale, l'organizzazione interna del lavoro, le risorse acquisite dall'esterno.

Luigi Lonigro è amministratore straordinario della U.s.l.

Francesco D'Aprile, Donato D'Aprile e Claudia Maurino sono consulenti presso la « P.&D' - studio consulenti di direzione s.r.l. ».

Ambito di riferimento

La U.s.l. in oggetto ha 525 dipendenti (dato 1991) e serve il territorio di cinque Comuni della regione Puglia, nel quale risiedono circa 75.000 abitanti.

I servizi socio-sanitari offerti sono quelli previsti dalla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (L. n. 833/78): igiene pubblica, medicina di base, medicina veterinaria, assistenza sanitaria specialistica extraospedaliera ed ospedaliera; gli uffici amministrativi sono ripartiti in cinque settori: affari generali, personale, gestione delle convenzioni, provveditorato economato e gestione tecnica, economico-finanziario.

L'unico presidio ospedaliero di cui l'Unità sanitaria locale è dotata ha 240 posti letto suddivisi in 8 divisioni. Nel 1991 in esso sono stati effettuati 7.713 ricoveri, per un numero totale di 56.765 giornate di degenza ed una media occupazionale del 65% (inferiore, quindi, allo standard di legge del 75%).

Il laboratorio di analisi chimico-cliniche interno all'ospedale è l'unico laboratorio pubblico del territorio di competenza della U.s.l. Nel 1991 sono stati eseguiti 237.220 esami analitici dei quali 137.954 (58%) a pazienti ambulatoriali e 99.266

(42%) a pazienti ricoverati presso la struttura ospedaliera.

Nel febbraio 1991 è stato attivato un sistema computerizzato che consente di ottenere informazioni sul numero e sulla tipologia degli esami effettuati ripartiti per pazienti esterni ed interni. Tali informazioni erano le uniche disponibili all'inizio dell'intervento al primario ed agli organi direzionali della U.s.l.

Secondo le indicazioni fornite dal primario, l'attività complessiva è stata suddivisa in sette aree operative funzionali. Nella tabella n. 1 sono riportati gli esami eseguiti nel 1991 ripartiti per area ed i prelievi ai pazienti esterni, parametro dell'attività ambulatoriale.

Il laboratorio è dotato di quattro terminali collegati ad un elaboratore centrale modello 486, cui sono interfacciati 3 analizzatori completamente automatici che svolgono il lavoro di routine della chimica clinica e dell'ematologia. Per far fronte alle urgenze sono disponibili altri due macchinari automatici per la chimica clinica ed uno per l'ematologia.

Per l'area definita come microbiologia, liquidi biologici e citochimica, sono in dotazione un apparecchio automatico ed uno semiautomatico, mentre parte del lavoro è svolto manualmente. Gli esami di protidologia

sono eseguiti con due macchine automatiche. Le restanti aree operative sono dotate di apparecchi semiautomatici.

Nella quasi totalità gli apparecchi sono nuovi, perché in funzione da 1-2 anni, e dotati di moderna tecnologia. Le notevoli integrazioni nella dotazione strumentale effettuate nel corso del 1990 e del 1991 hanno comportato rilevanti modifiche nelle procedure analitiche utilizzate e quindi nell'organizzazione interna del lavoro ancora oggi in fase di definizione.

I dati funzionali relativi al 1991 devono essere pertanto letti alla luce del processo di riorganizzazione dell'attività operativa in atto che non ha permesso ancora alla struttura di operare « a regime ».

Nel 1991 la pianta organica risulta composta da 4 medici, di cui uno solo a tempo definito, 2 biologi, 1 chimico, 6 tecnici, 2 infermieri e 2 ausiliari socio-sanitari, per un totale di 17 addetti. Non v'è personale amministrativo e di segreteria.

Nota metodologica

Lo studio svolto si è articolato in tre parti:

- 1) analisi della organizzazione interna;
- 2) valutazione della produttività;
- 3) valutazione dell'economicità della gestione.

In sintesi, dopo aver approfondito nella prima fase l'analisi dell'organizzazione interna, nella seconda e nella terza parte l'attività svolta è stata messa a confronto con le risorse disponibili. In particolare, nell'esame della produttività del laboratorio, il numero di esami eseguiti è stato convertito in minuti secondo standards opportunamente personalizzati. Il dato ottenuto (tempo teorico necessario per la realizzazione di quel numero di esami così ripartiti e con la dotazione strumentale esistente) è

Tabella 1 - Esami eseguiti nel 1991 nel laboratorio (esclusi controlli e ripetizioni) ripartiti per aree operative

Area operativa	Totale esami	% sul totale
1 Chimica clinica	144.213	60,79%
2 Ematologia	33.362	14,06%
3 Microb., liq. biol., citoch.	19.900	8,39%
4 Immunovirolog.-immunochimica	14.777	6,23%
5 Protidologia	10.016	4,22%
6 Endocrinol. e prove funz.	10.951	4,62%
7 Tossicologia	4.000	1,69%
Totale esami	237.220	100%
Prelievi venosi per esterni	17.149	

stato rapportato con il tempo effettivamente lavorato e, successivamente, con il tempo retribuito.

D'altra parte, per procedere alla verifica dell'economicità della gestione si sono utilizzate metodologie normalmente adottate in ogni impresa privata che vedono nella fase iniziale il rapporto fra i singoli costi sostenuti ed il fatturato realizzato. Pur consapevoli dei limiti esistenti nell'adozione di tale metodologia nell'azienda pubblica — tra l'altro il fatturato, insieme a coprire le diverse categorie di costi, dovrebbe assicurare una quota di utile che nella struttura pubblica non è giustificata — abbiamo ritenuto utile procedere in tal senso al fine di ottenere informazioni comunque indicative del grado di funzionalità della struttura da leggere non come dato a sé stante ma a supporto di altri dati assunti con metodologie diverse (analisi della produttività; grado di soddisfazione dei pazienti; tempi di attesa, accessibilità...).

Si è attribuita pertanto una valutazione monetaria all'attività svolta utilizzando le tariffe corrisposte dalla Unità sanitaria locale ai laboratori convenzionati esterni, rapportando al « fatturato figurato » così ottenuto le singole categorie di costi sostenuti ed ottenendo indicatori di economicità relativi all'intera gestione del laboratorio ed al singolo esame eseguito.

I dati rilevati sono stati confrontati con quelli relativi al laboratorio di analisi del presidio ospedaliero della Unità sanitaria locale MI/67 di Garbagnate Milanese, presentati in un lavoro del 1989 (Marchetti et al., 1989).

La scelta di confrontare i dati ottenuti con quelli riferiti al laboratorio milanese deriva da alcune considerazioni: in primo luogo non ci risulta che siano stati condotti studi simili per altri laboratori della regione Puglia, quindi è venuta a man-

care la possibilità di confrontare Unità operative omogenee dal punto di vista strutturale ed organizzativo; in secondo luogo, tra gli studi realizzati sull'intero territorio nazionale, abbiamo cercato un lavoro che presentasse una metodologia sufficientemente omogenea a quella da noi utilizzata, in una struttura dotata di organico ed apparecchiature non del tutto dissimili da quelle del laboratorio della U.s.l. pugliese.

Il confronto con l'Unità sanitaria locale MI/67, pertanto, va considerato a solo scopo indicativo, ricordando che:

1) la realtà del tessuto sanitario regionale determina in buona parte la produttività dei Servizi di laboratorio pubblici;

2) secondo alcuni autori due laboratori sono considerati omogenei, quindi confrontabili, se « eseguono routinariamente un numero di tests che non di discosta di più o meno il 10% rispetto al valore medio di test eseguito dalle strutture messe a confronto » (G.F. Baraghini et al., 1990). Non disponendo del case mix del laboratorio milanese, non è stato possibile effettuare questa verifica che avrebbe potuto fornire almeno un parametro quantitativo della confrontabilità;

3) il costo delle prestazioni può dipendere non solo dal costo della semplice esecuzione analitica, ma anche dalla qualità dell'insieme dei servizi offerti agli assistiti (accettazione, prelievo, refertazione, ecc.);

4) i valori monetari relativi alla U.s.l. MI/67 sono riferiti all'anno 1989.

Pur con tutte queste perplessità, abbiamo preferito introdurre il confronto in considerazione della notevole differenza riscontrata tra i valori relativi ai due laboratori, differenza che, a nostro parere, è talmente elevata da non poter essere giustificata neppure da tutte le circostanze da noi considerate precedentemente.

Analisi dell'organizzazione interna

Prima della raccolta ed elaborazione dei dati è stata svolta un'indagine sul campo per ottenere un quadro completo della struttura e dei suoi meccanismi di funzionamento. Sono state così raccolte informazioni tecniche sulla dotazione strumentale del laboratorio, verificata la disposizione dei macchinari all'interno dei locali, rilevate notizie sulle modalità di svolgimento delle singole procedure analitiche e sulla divisione dei compiti tra i singoli addetti.

L'organizzazione interna è apparsa fortemente condizionata dalla particolare composizione del personale addetto: il numero di laureati è pari a quello dei tecnici, mentre tra i primi ed i secondi dovrebbe esserci un rapporto di 1 a 2.

L'attività del personale laureato, infatti, non può essere considerata in rapporto diretto al numero di prestazioni perché nelle funzioni svolte dai laureati e, soprattutto, dal primario, le funzioni operative occupano in media solo il 20% del tempo lavorato, mentre sono prevalenti quelle direttive, oltre che di ricerca e didattica (Salemi, Zoni, 1991). Nel laboratorio in esame, invece, per la dinamica del lavoro verificata, si è dovuto considerare l'apporto operativo del personale laureato unitamente a quello di supporto tecnico, correlando direttamente il numero delle prestazioni al numero totale degli addetti.

Va sottolineato che l'apporto operativo del personale laureato garantisce la qualità, la precisione, l'attendibilità degli esami di routine; inoltre si è evidenziata una positiva attenzione per l'attuazione di nuove metodiche e lo svolgimento di esami di maggiore specializzazione.

Nella pianta organica, inoltre, non è previsto personale amministrativo e di segreteria, quindi il rapporto col pubblico, la gestione dei documenti (archivio), dei materiali e la raccolta

dei dati di esercizio sono interamente a carico del primario e del personale laureato e tecnico, con pesante sottrazione di tempo all'attività analitica.

Il laboratorio in esame presenta, oltre alla particolare composizione del personale addetto, un'altra caratteristica anomala, che riguarda le modalità di approvvigionamento e gestione dei materiali (reattivi, calibratori e standards per gli analizzatori e materiale vario di consumo): i materiali del laboratorio di analisi vengono gestiti direttamente dallo stesso servizio interessato, sia per quanto riguarda i rapporti con i fornitori, sia per quanto riguarda lo stoccaggio della merce e la distribuzione agli addetti. Va, inoltre, evidenziato che il servizio in questione non dispone di personale amministrativo che possa occuparsi in maniera sistematica della gestione del magazzino.

Nella proposizione dei risultati ottenuti al termine della presente analisi gestionale, la rilevazione di tale anomalia ha determinato la decisione, attualmente in fase di attuazione, di trasferire la gestione dei materiali del laboratorio di analisi alla farmacia ospedaliera.

Valutazione della produttività: metodologia

La produttività alla quale facciamo riferimento rappresenta il grado di utilizzo della struttura rispetto alle proprie potenzialità.

In tale ambito si è utilizzata la risorsa « *lavoro del personale addetto* » come base per l'elaborazione dei seguenti indicatori:

Carico di lavoro in minuti/Minuti lavorati

Carico di lavoro in minuti/Minuti retribuiti

Il **carico di lavoro in minuti** corrisponde al totale degli esami effettuati nell'anno, valutati in minuti neces-

sari per l'esecuzione degli stessi.

I **minuti lavorati** rappresentano il lavoro degli addetti, inteso come minuti effettivamente lavorati.

I **minuti retribuiti** rappresentano l'attività comunque soggetta a retribuzione, non legata alla presenza.

Il **carico di lavoro in minuti complessivo** è dato dalla sommatoria dei singoli carichi di lavoro relativi ad ogni tipo di esame eseguito.

Il carico di lavoro in minuti per ogni tipo di esame si ottiene nel modo seguente:

N. esami*Indice di peso*% di abbattimento

Il **numero di esami** corrisponde al numero di analisi del tipo considerato eseguite nel periodo, cui si è raggiunta una percentuale di incremento dell'8% per tenere conto dei necessari controlli e ripetizioni.

L'**indice di peso** rappresenta il tempo medio in minuti necessario per eseguire ogni esame con procedura manuale e comprende il tempo per la preparazione del campione e delle soluzioni dei reattivi, per l'esecuzione analitica, la refertazione, la manutenzione degli strumenti, la supervisione e l'interpretazione del risultato.

Nella rilevazione dei dati e nell'elaborazione degli indici, abbiamo seguito i criteri individuati nel Regolamento di Servizio per i laboratori di analisi della regione Piemonte (1985) e nell'ipotesi di regolamento della regione Veneto (1985). La metodologia di approccio adottata in Piemonte ed in Veneto è quella che maggiormente si avvicina alle indicazioni del College of American Pathologists nel « *Manual for laboratory workload recording method* » (1984).

La **percentuale di abbattimento** serve a ridurre l'indice di peso in minuti, quando la procedura utilizzata non è interamente manuale. L'applicazione dell'abbattimento permette di tenere conto della metodologia adottata nel laboratorio e del suo maggiore o minore grado di automazio-

ne. Le percentuali di abbattimento utilizzate sono quattro, una per ogni gruppo di procedure analitiche:

Automatica	85%
Semiautomatica	75%
Quasi manuale	35%
Manuale	0%

Al carico di lavoro ottenuto sommando i carichi corrispondenti a tutti i tipi di esami eseguiti abbiamo applicato un incremento del 20%, che permette di considerare i normali rallentamenti derivanti dalla stanchezza o dalle necessità personali degli operatori.

Il lavoro totale svolto nel 1991 corrisponde a 1.046.932 m', comprendenti il tempo dei prelievi a pazienti esterni ed il tempo per controlli e ripetizioni. Il carico di lavoro totale ripartito nelle singole aree operative è esposto nella tabella n. 2.

Dalla lettura dei dati emerge che gli esami di chimica clinica rappresentano in numero il 60% circa del totale, mentre il tempo impiegato per l'esecuzione è pari al 30% del totale dei minuti. I macchinari utilizzati in questa area operativa, infatti, sono altamente automatizzati. Inversa è invece la situazione degli esami delle aree 3. microbiologia, liquidi biologici e citochimica e 6. endocrinologia e relative prove funzionali: le procedure necessarie ad eseguirli sono in parte manuali e, comunque, notevolmente complesse.

Una volta quantificata in minuti l'attività svolta nel 1991 è necessario confrontarla con i **minuti lavorati**. Per il calcolo di questi si è proceduto nel modo seguente:

1) per ciascun dipendente sono stati calcolati i giorni effettivi di lavoro nel 1991 sottraendo ai giorni lavorativi (365 gg meno le domeniche e le festività) le assenze dovute a congedo ordinario e straordinario;

2) le ore effettive sono state ottenute moltiplicando il numero di giornate effettive per le ore giornaliere contrattuali di lavoro (6,33 ore/g

per i laureati a tempo pieno, 4,7 ore/g per i laureati a tempo definito, 6 ore/g per i non laureati);

3) al totale delle ore effettive è stato aggiunto il totale delle ore lavorate in plus-orario (7 ore settimanali per i laureati a tempo pieno, 5 ore per laureati a tempo definito, 3 ore per il personale tecnico, 1 ora per il personale infermieristico, moltiplicate per 52 settimane, in quanto il plus-orario settimanale è utilizzato anche dopo periodi di assenza, valutato come debito orario e comunque retribuito;

4) le ore totali (ore effettive più ore in plus-orario) sono state infine convertite in minuti.

Per completare la valutazione della produttività del personale si è ritenuto utile valutare anche i *minuti retribuiti* per poterli confrontare con l'effettiva presenza sul lavoro.

Per ciascun dipendente sono stati considerati retribuiti 365 gg/anno meno 52 domeniche, cioè 313 gg/anno.

La valutazione delle ore è stata fatta moltiplicando per ciascun dipendente il numero di ore contrattuali giornaliere (6,33 per i laureati a t.p., 4,7 per i laureati a t.d., 6 ore per gli altri operatori).

È stato così possibile ottenere per

l'insieme degli addetti il *totale dei minuti lavorati* (m' 1.840.209, ripartiti in minuti di lavoro effettivo in base al C.C.N.L., minuti dedicati all'incentivo della produttività e minuti di lavoro straordinario) ed il *totale dei minuti retribuiti* (m' 2.166.383).

Utilizzando questi dati si è calcolato l'*indice di presenza medio* del laboratorio come rapporto percentuale tra i minuti lavorati ed i minuti retribuiti non legati alla presenza, comunque soggetti a retribuzione (comprende i permessi straordinari, per malattia, gli aggiornamenti, i permessi sindacali).

L'indice di presenza del personale ottenuto deve considerarsi più che buono (82,64%, si veda la tab. n. 3).

Valutazione della produttività: risultati

Disponendo dei dati fin qui illustrati è stato possibile valutare la produttività del laboratorio attraverso il calcolo di alcuni indici di particolare rilevanza, tra i quali il rapporto carico di lavoro in minuti/tot. minuti lavorati (lettera r, tabella n. 4) ed il rapporto carico di lavoro in minuti/tot. minuti retribuiti (lettera s, ta-

bella n. 4). Entrambi questi indici presentano valori non soddisfacenti: il carico di lavoro in minuti rappresenta il 57% circa del totale dei minuti lavorati ed il 48% del totale dei minuti retribuiti.

Come si legge nella tabella 4, sono stati calcolati un indice che rapporta il numero degli esami agli addetti tecnici e un indice che rapporta lo stesso numero all'insieme degli addetti tecnici e laureati. Il calcolo del secondo indice è stato ritenuto necessario per la particolare situazione del laboratorio in esame, già illustrata in precedenza.

Gli indici di produttività più significativi sono stati messi a confronto nella tabella n. 5 con gli indici corrispondenti relativi alla U.s.l. MI/67, pur con tutte le cautele già espresse nella nota metodologica.

Il tempo medio in minuti per esame è sovrapponibile, a conferma dell'omogeneità del metodo adottato nei due casi. I rimanenti dati confermano chiaramente la presenza di margini di efficienza da recuperare nell'ambito del laboratorio oggetto della nostra analisi, la cui presenza è giustificata in parte dal fatto che le nuove macchine e quindi la modificata organizzazione interna non permettono alla struttura di lavorare « a regime ».

Da quanto in atti presso l'Ufficio Convenzioni della Unità sanitaria risulta che gli esami avviati ai laboratori convenzionati durante il 1991 sono stati 209.538 per una spesa di lire 1.166.575.396. Da questi sono stati esclusi gli esami che attengono alla citologia o propri del centro trasfusionale e tutti quelli non eseguibili nel laboratorio ospedaliero. I 200.850 esami che abbiamo individuati come eseguibili all'interno, uguali a quelli che il laboratorio della U.s.l. già esegue, sono stati valutati in minuti applicando gli indici di peso ed i relativi abbattimenti. Il totale corrisponde a m' 619.124 che rientrano nei mi-

Tabella 2 - Confronto tra il numero degli esami ripartito per aree operative ed il carico di lavoro in minuti (il numero degli esami comprende controlli e ripetizioni)

Area operativa	Totale esami	% sul totale	Carico di lav. in m'	% sul Totale
1 Chimica clinica	155.751	60,79%	260.077	29,48%
2 Ematologia	36.032	14,06%	166.420	18,86%
3 Microb., liq. biol., citoch.	21.492	8,39%	157.720	17,88%
4 Immunovirolog.-immunochimica	15.960	6,23%	72.626	8,23%
5 Protidologia	10.817	4,22%	86.343	9,79%
6 Endocrinol. e prove funz. ...	11.827	4,62%	100.236	11,36%
7 Tossicologia	4.320	1,69%	38.880	4,41%
Totale esami	256.198	100%	882.302	100%
Prelievi venosi per esterni	17.149		164.630	
Tot. carico di lav. in m' compresi prelievi			1.046.932	

nuti di lavoro non utilizzati per eseguire analisi pari a m' 793.277 (differenza tra il totale dei minuti lavorati ed il carico di lavoro in minuti). Detti esami sono, pertanto, potenzialmente eseguibili, con un recupero di spesa che supera il miliardo di lire.

Valutazione dell'economicità della gestione: metodologia

L'obiettivo perseguito nella seconda parte dell'indagine è stato la verifica dell'economicità della gestione. Anche qui si è trattato di valutare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse, in questo caso di quelle monetarie, impiegate nella gestione.

1) È stato calcolato il fatturato figurato del laboratorio di analisi, corrispondente all'incasso che il laboratorio avrebbe ottenuto nel 1991 se fosse considerato come una struttura privata convenzionata, applicando agli esami effettuati le tariffe vigenti nel 1991, determinate negli allegati 1 e 2 del decreto del Ministro della sanità del 28 aprile 1989.

2) Si è proceduto ad una valutazione delle seguenti spese sostenute dalla U.s.l. a fronte dell'attività svolta nel laboratorio di analisi:

a) le somme corrisposte ai singoli dipendenti del laboratorio durante l'anno considerato, distinte in emolumenti fissi, contributi a carico dell'ente, straordinario notturno e festivo, straordinario in pronta disponibilità, acconto sull'incentivazione;

b) i costi sostenuti per l'acquisto di reattivi e materiale d'uso attestati dalle fatture pervenute e liquidate nell'anno 1991 nell'ambito del capitolato di bilancio n. 104 - materiali diagnostici (sottovoci 2 - diagnostici per laboratorio di analisi e 4 - materiali d'uso per laboratorio di analisi);

c) le altre voci di costo direttamente riferibili al laboratorio (materiale prelevato dalla farmacia ospedaliera e stampati).

Tabella 3 - Valutazione del tempo lavorato dal personale del laboratorio nel 1991 e confronto con il tempo retribuito

a) Minuti lavorati	1.553.202
b) Minuti straordinario	88.887
c) Minuti plus-orario	198.120
d) Tot. minuti lavorati	1.840.209
e) Minuti retribuiti	1.879.376
f) Minuti straordinario retribuito	88.887
g) Minuti plus-orario retribuito	198.120
h) Tot. minuti retribuiti	2.166.383
Indice di presenza (a/e)	82,64%

Tabella 4 - Valutazione della produttività del laboratorio nel 1991: dati elementari e calcolo degli indici

a) Personale addetto (1)	16,66
b) Personale laureato (2)	6,66
c) Personale tecnico	6
d) Numero esami per interni	99.266
e) Numero esami per esterni	137.954
f) Numero esami totale (d + e) + 8%(d + e) (3)	256.198
g) Carico di lavoro in minuti (esclusi prelievi) (4)	882.302
h) Carico di lavoro in minuti (compresi prelievi) (4)	1.046.932
i) Carico di lavoro in minuti/pers. addetto (h/a)	62.841
l) Tempo medio in minuti per esame (escl. prel.) (g/f)	3,44
m) Numero esami anno/tecnici (f/c)	42.700
n) Numero esami anno/tecnici e laureati (f/(b+c))	20.237
o) Numero esami ora/tecnici (5)	24
p) Numero esami ora/tecnici e laureati (6)	11
q) Indice di presenza complessivo (7)	82,64%
r) Carico di lavoro in minuti/tot. min. lavorati (7)	56,89%
s) Carico di lavoro in minuti/tot. min. retribuiti (8)	48,33%

(1) 17 addetti, dei quali uno in aspettativa per 1/3 del 1991 (dal 5 agosto 1991).

(2) 7 addetti, dei quali uno in aspettativa per 1/3 del 1991 (dal 5 agosto 1991).

(3) Vedi totale esami tabella 2.

(4) Vedi tabella 2.

(5) Calcolato come numero esami totale/tot. ore lavorate dai tecnici.

(6) Calcolato come numero esami totale/tot. ore lavorate da tecnici e laureati medici, biologi e chimici.

(7) Indice di produttività lavorativa. Per il totale minuti lavorati vedi tabella 3.

(8) Indice di produttività retributiva. Per il totale minuti retribuiti vedi tabella 3.

Tabella 5 - Confronto tra i principali indici di produttività della U.s.l. pugliese ed i corrispondenti della U.s.l. MI/67

	U.s.l. pugliese	U.s.l. MI/67
Numero esami anno/addetto	15.371	32.781
Numero esami anno/tecnico	42.700	64.073
Numero esami ora/tecnico	24	34
Tempo medio in m' per esame	3,44	3,00
Indice di produttività lavorativa	56,89%	94,69%
Indice di produttività retributiva	48,33%	76,45%

Tra le spese generali, in virtù delle difficoltà presenti nella rilevazione dei dati, non si è tenuto conto di alcuni oneri, tra i quali l'ammortamento ed il costo di manutenzione dei macchinari, gli ammortamenti dell'immobile e degli arredi, la quota del laboratorio del costo dello smaltimento dei rifiuti solidi e radioattivi, il costo per l'aggiornamento del personale.

Tali costi non sono stati quantificati perché al momento non disponibili presso gli uffici competenti. Si sarebbe dovuto procedere, quindi, a stime e valutazioni che avrebbero portato comunque a valori poco attendibili. Si è preferito, quindi, limitare l'analisi alle singole voci di costo direttamente riferibili al laboratorio.

3) Sommando algebricamente i costi al fatturato figurato, si ottiene il *risultato del periodo*. Per rendere

più leggibile il risultato abbiamo utilizzato lo strumento del conto economico scalare (tabella n. 6), che permette di sottolineare, accanto al risultato del periodo ed al peso che ciascuna delle voci ha avuto nel determinare tale risultato, il margine operativo generato dalla gestione caratteristica attraverso la ripartizione dei costi in diretti (costo del personale, di reattivi e materiale d'uso, del materiale prelevato dalla farmacia ospedaliera - F.O., di ammortamento e manutenzione dei macchinari) e generali (spese generali).

I risultati ottenuti sono stati messi a confronto con quelli relativi al laboratorio di analisi della U.s.l. MI/67 di Garbagnate Milanese ottenuti applicando metodi omogenei a quelli suddetti. Anche se i dati relativi alla U.s.l. pugliese si riferiscono al 1991

e quelli relativi alla U.s.l. MI/67 al 1989, si è ritenuto comunque utile confrontare i risultati ottenuti in quanto oltremodo indicativi dei diversi andamenti gestionali.

4) Il *costo medio per esame* sostenuto nell'ambito del laboratorio è stato messo a confronto con il costo medio per esame che la U.s.l. sostiene in regime di convenzionamento esterno, calcolato in base ai ruoli per la liquidazione dei corrispettivi ai convenzionati esterni elaborati dall'Ufficio Convenzioni (tabella n. 7).

Valutazione dell'economicità: risultati

Dai dati del conto economico e dal confronto di essi con quelli della U.s.l. MI/67 (tabelle n. 6 e n. 7) si è osservato che:

Tabella 6 - Rappresentazione mediante il conto economico scalare del risultato dell'anno 1991 del laboratorio della U.s.l. pugliese e confronto con il laboratorio della U.s.l. MI/67 (dati 1989)

	U.s.l. pugliese	%	U.s.l. MI/67	%	Valori medi per esame	
					U.s.l. pugl.	U.s.l. MI/67
FATTURATO FIGURATO	1.798.510.834	100 %	8.417.156.000	100 %	7.020	6.219
COSTI DIRETTI						
Personale (costo fisso)	(911.583.319)	— 50,7%	(1.919.923.000)	— 22,8%	(3.558)	(1.418)
Personale (costo variabile)	(171.697.958)	— 9,5%	N.D.	—	(670)	—
Reattivi, mat. d'uso, mat. F.O.	(1.333.875.471)	— 74,2%	(1.230.706.000)	— 14,6%	(5.206)	(909)
Ammortamento macchinari	0	—	(50.034.000)	— 0,6%	0	(37)
Manutenzione strumenti	0	—	(61.000.000)	— 0,7%	0	(45)
Smaltimento rifiuti	0	—	(30.000.000)	— 0,4%	0	(22)
TOTALE COSTI DIRETTI	(2.417.156.748)	— 134,4%	(3.291.663.000)	— 39,1%	(9.435)	(2.432)
Margine operativo	(618.645.914)	— 34,4%	5.125.493.000	60,9%	(2.415)	3.787
Spese generali						
Ammortamento immobile	0	—	(45.000.000)	— 0,5%	0	(33)
Ammortamento arredamento	0	—	(2.300.000)	— 0,03%	0	(2)
Stampati	(3.230.000)	— 0,2%	(30.823.000)	— 0,4%	(13)	(23)
Aggiornamento	0	—	(1.517.000)	— 0,02%	0	(1)
Personale amministrativo	0	—	0	—	0	0
Spese amministrative	0	—	(363.052.000)	— 4,3%	0	(268)
TOTALE SPESE GENERALI	(3.230.000)	— 0,2%	(442.692.000)	— 5,3%	(13)	(327)
RISULTATO FIGURATO	(621.875.914)	— 34,6%	4.682.801.000	55,6%	(2.427)	3.460
Personale addetto	17		43			
Numero esami	256.198		1.353.554			

1) la gestione complessiva del laboratorio di analisi oggetto dello studio durante il 1991 è risultata in perdita per circa 622 milioni di lire (35% del fatturato figurato), corrispondente ad una perdita media per esame pari a lire 2.427, mentre il laboratorio milanese evidenzia un risultato positivo pari al 56% del fatturato figurato;

2) il fatturato figurato è di circa lire 1.799 milioni, con un valore medio per esame pari a circa lire 7.000, più elevato delle lire 6.219 del laboratorio milanese nel 1989;

3) la perdita figurata di cui al punto 1) si determina già nella gestione caratteristica, a causa dell'elevato costo del personale e di reattivi e materiale d'uso. Tali costi da soli, infatti, raggiungono e superano il fatturato totale;

4) i costi del personale (lire 1.083 milioni) risultano pari al 60% del fatturato, a fronte del 23% rilevato presso la U.s.l. milanese. La ripartizione di questi costi in fissi e variabili ha permesso di evidenziare che i primi (lire 912 milioni) rappresentano l'84,15% del costo totale (lire 1.083 milioni). Pertanto i costi sostenuti per far fronte ai momenti di massimo carico di lavoro (costi variabili) non incidono in maniera significativa sull'economia totale della gestione. Il costo medio del personale per esame è di lire 4.228, nella U.s.l. MI/67 è di lire 1.418;

5) i costi per reattivi e materiale d'uso (lire 1.334 milioni) raggiungono il 74% del fatturato totale. Gli stessi costi sostenuti dalla U.s.l. MI/67 rappresentavano nel 1989 il 14,6% del fatturato totale. Il costo medio per esame è pari a lire 5.206 contro le lire 909 della U.s.l. di Gargagnate Milanese;

6) la perdita generata nell'area operativa non si incrementa successivamente ad opera dei costi generali perché la nostra valutazione non si è estesa anche ad essi, come è stato precisato in precedenza. I costi gene-

rali valutati per la U.s.l. MI/67 non intaccano in misura significativa il margine positivo generato dalla gestione caratteristica, pertanto il risultato figurato resta elevato (55,6% del fatturato);

7) il costo medio per esame della U.s.l. pugliese è di lire 9.447, contro le lire 2.907 della U.s.l. MI/67 (tabella n. 6). Molte esperienze hanno dimostrato che le differenze tra i costi/esame possono derivare dal diverso approccio seguito nell'analisi delle strutture, dalle problematiche intrinseche al singolo laboratorio (organizzazione interna del lavoro), dalla qualità delle prestazioni (Baraghini et al., 1990; Scheggi et al., 1985), ma le differenze riscontrate nel caso in esame sono talmente rilevanti da far pensare alla presenza di diseconomie nella gestione delle risorse;

8) il costo medio per ogni analisi effettuata dal laboratorio ospedaliero è superiore al costo medio per esame sostenuto in regime di convenzionamento esterno (lire 5.404, si veda la tabella n. 7).

Conclusioni

Gli elementi conoscitivi acquisiti consentono di indirizzare l'attività di programmazione e gestione del laboratorio di analisi chimico-cliniche verso standards di efficienza ed efficacia delle prestazioni rese.

Nel merito, si può affermare che

esistono all'interno del servizio in esame notevoli margini di produttività inutilizzati, la cui presenza è imputabile prevalentemente ad una non ottimale organizzazione interna legata, nei limiti già evidenziati, alle innovazioni apportate nella dotazione strumentale. È anche possibile sostenere che gran parte del numero di esami inviati nel 1991 ai laboratori convenzionati esterni, poteva essere svolta all'interno del laboratorio del presidio ospedaliero senza necessità di ulteriori investimenti e spese in apparecchiature e risorse umane tecniche.

Sotto il profilo economico, inoltre, esistono margini di economie da realizzare nella gestione dei reattivi, il cui costo è risultato non proporzionato al volume ed alla qualità degli esami svolti durante il 1991.

Il primario e gli organi direzionali della U.s.l. potranno migliorare l'efficienza del laboratorio attraverso interventi correttivi che nascono dalle valutazioni sin qui proposte: tra l'altro, la revisione della struttura organizzativa, l'inserimento di una-due unità amministrative e lo scorporo delle competenze estranee (gestione del magazzino diagnostici e materiale di consumo).

In conclusione, i dati raccolti indicano non solo gli elementi fondamentali da considerare nella valutazione dell'andamento gestionale del laboratorio al termine di un anno di atti-

Tabella 7 - Costi medi per esame della U.s.l. pugliese e della U.s.l. MI/67: confronto con i costi medi del convenzionamento esterno

	U.s.l. pugliese ('91)	U.s.l. MI/67 ('89)
N. esami (compr. contr. e rip., escl. prelievi)	256.198	1.353.554
Costo per esame	9.447	2.907
Costo per esame reattivi, mat. d'uso, mat. F.O.	5.206	909
Costo medio esami in convenzione	5.404	6.395
Costo medio esami pat. clin. in convenz.	4.810	—
Costo medio esami R.I.A. in convenz.	35.475	—
Numero addetti	17	43
Costo medio personale	64.996.879	44.649.372

vità, ma rappresentano un sistema di conoscenze e di informazioni sulla gestione utili all'amministratore straordinario, al primario ed agli organi direzionali per orientare il servizio verso parametri di maggiore efficienza.

L'esperienza illustrata costituisce un esempio concreto delle innovazioni e dei benefici che l'introduzione di strumenti manageriali può apportare nella gestione dei presidi ospedalieri e delle U.s.l. Insieme al raggiungimento di economie di gestione già nel breve periodo, l'utilizzo del sistema introdotto consente oggi, nel quadro della nuova normativa che riorganizzerà l'intera struttura del S.s.n., di porre le basi per l'acquisizione di dati per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

Oggi nella U.s.l. in esame si conosce fino a che punto il Servizio laboratorio di analisi è in grado di assorbire le richieste che ad esso pervengono dalla popolazione; è in grado di pianificare la propria attività apportando modifiche nella struttura organizzativa nei già rilevati punti di crisi; è in grado di conoscere il costo sostenuto per ciascun esame effettuato; è in grado di pianificare i nuovi investimenti. Nella U.s.l. in esame si sono già poste le premesse per ogni successiva elaborazione dei dati ottenuti: il costo esame costituisce una parte del costo di un D.R.G. o di un profilo di cura o di qualunque altro riferimento che si vorrà assumere per la determinazione dei costi dei servizi erogati.

Quanto sopra assume particolare rilievo se si considera che l'ambito

di riferimento in cui è nata questa iniziativa è rappresentativo della maggior parte delle Unità sanitarie locali della realtà pugliese.

Le procedure adottate e gli obiettivi raggiunti rappresentano quindi un elemento di sicuro interesse per gli organismi regionali chiamati a svolgere una funzione centrale in sede di « adozione della contabilità analitica avente la finalità di supportare le attività di controllo di gestione » (art. 5, comma 4, D.L. n. 502/92 - Legge di riordino del Servizio sanitario nazionale).

BIBLIOGRAFIA

- BARAGHINI G.F., BARALDI E., SEGHEDONI S., ONETO A., DI FEDERICO M., VIZZOLI M., CARBONIERI A., *La misura della produttività di un laboratorio. Alcune strutture a confronto*. Analysis 1990; 6: 159-174.
- BIAGI R., *Algoritmo semplificato per confrontare la produttività dei laboratori*. Analysis 1990; 6: 175-188.
- BORGONOV E., *Efficienza e produttività nel laboratorio di analisi*. Notiziario clinico 1986; 4: 5-6.
- BREAN L. ET AL., *La valutazione dei costi di produzione nel servizio di laboratorio analisi nell'anno 1986-1987*. Il patologo clinico 1988; 4: 38-56.
- BREAN L. ET AL., *Applicazione pratica degli indici di peso delle analisi di laboratorio*. Il patologo clinico 1986; 9: 45-62.
- BUGIARDINI G., *La valutazione della produttività dei laboratori di analisi cliniche*. Il patologo clinico 1986; 1: 8-11.
- BURLINA A., MOCARELLI P., FIORUCCI G.C., *Costi, benefici, produttività dei servizi pubblici di laboratorio. Confronti ed esperienze*. Torino, Assessorato alla sanità 1982.
- FENOIL R., *Analisi dei costi e dei ricavi di un servizio di laboratorio di analisi ospedaliero*. Notiziario Sibioc 1983; 7: 303-308.
- COLLEGE OF AMERICAN PATHOLOGISTS, *Workload Recording Committee. Manual for laboratory workload recording method*, 1984.
- F. GONANO, *Carico di lavoro ed indici di produttività*. Il Patologo Clinico 1987; 4: 90-100.
- MARCHETTI L.L., MASTRI B., SCARAZZATI E., *Parametri di valutazione della produttività dei laboratori di analisi chimico-cliniche*. Biochimica clinica 1989; 13: 617-622.
- MONTALBETTI N. ET AL., *Costo degli esami di laboratorio nei laboratori di microbiologia, ematologia e chimica clinica dell'ospedale Santa Anna di Como*. Biochimica clinica 1985; 9: 941-943.
- PANDIN M., SCAPIN C., *Analisi dei costi di laboratorio dell'Unità sanitaria locale 19 del Veneto: confronti febbraio '81-novembre '82*. Notiziario Sibioc 1984; 8: 1065-1079.
- REGIONE PIEMONTE - ASSESSORATO SANITÀ ED ASSISTENZA, *Servizio di laboratorio analisi - Regolamento di servizio*. Del G.R. n. 29-42484 del 22 marzo 1985.
- SALEMI A., ZONI R., *Il controllo di gestione nel laboratorio di analisi chimico cliniche e microbiologiche*. Analysis 1991; 6: 234-272.
- SANTESSO E., SOSTERO U., *Strumenti per il controllo di gestione delle Unità sanitarie locali*. Cedam 1987.
- SCHEGGI M., BURLINA A., ROTA A., *Organizzazione e produttività dei servizi di laboratorio*. Franco Angeli 1985.
- SPANDRIO L., *Il costo degli esami di laboratorio: esempio di un conto economico di un laboratorio ospedaliero di media grandezza*. Notiziario Sibioc 1982; 6: 50-61.

Notizie dal mondo

Sezione 4^a

LA POLITICA DELLA QUALITÀ IN SANITÀ: GLI AUDITING DOCTOR NEL REGNO UNITO E NEGLI STATI UNITI

di Christopher Pollitt

traduzione a cura di Attilio Gugliatti

SOMMARIO: Introduzione - Obiettivi e metodi - Il potere dei medici - Medical audit e il libro bianco WfP - Dopo il libro bianco: il modello medico di medical audit - Solamente i medici - Finalità formative - Partecipazione volontaria - Standard locali - Riservatezza - Le prestazioni sanitarie di basso livello non sono un problema di management - La « peer review » negli USA - La peer review nel programma Medicare - Considerazioni conclusive.

Il libro bianco del 1989 « Working for patients » considera il medical audit il principale strumento adottato in sede governativa per assicurare la qualità delle cure mediche nell'NHS. Nonostante l'apparente consenso sulla sua introduzione significative controversie permangono sia sugli scopi che sulle caratteristiche di fondo di una simile attività di controllo.

Un « modello sanitario » basato sul medical audit appare in competizione con un approccio più manageriale, mentre gli interessi degli utenti stanno ancora cercando di avere un loro ruolo definito. La comparazione con il simile sistema americano di verifica dei risultati dell'assistenza sanitaria dimostra che nel sistema sanitario inglese il medical audit sia particolarmente debole relativamente al problema della responsabilità pubblica. Nonostante questo, se si valutano contemporaneamente tutti gli aspetti delle proposte contenute nel libro bianco, l'introduzione generalizzata del medical audit offre ai manager sanitari l'opportunità di introdurre elementi di vincolo ai comportamenti dei medici ospedalieri a livello di base.

Introduzione

Si può definire la medical audit come un sistema di analisi sistematica e critica della qualità delle cure mediche, comprendendo in queste le procedure usate nelle fasi di diagnosi e terapia, l'utilizzo delle risorse, e le loro conseguenze in termini di esito finale e di qualità della vita del paziente (DoH, 1989b). La più comune forma di medical audit è la peer review (questo concetto potrebbe essere tradotto come « verifica della qualità dell'assistenza sanitaria svolta da appartenenti allo stesso livello professionale — pari grado ». Nel testo si è preferito lasciare il termine inglese N.d.T.). La peer review è stata resa obbligatoria negli Stati Uniti all'interno dei programmi fondamentali di Medicare dal 1972. Nel Regno Unito una simile pratica è stata in-

te introdotta volontariamente in sede locale sulla spinta dell'entusiasmo (o della sua mancanza) di singoli gruppi di medici. La scala complessiva di applicazione non è disponibile anche se sembra improbabile che durante gli anni '70 e '80 questa pratica si sia molto diffusa. Nel 1989 il libro bianco « Working for Patients » (Lavorare per i pazienti, d'ora in avanti WfP, Department of Health, 1989a) annunciava che:

« Entro i prossimi due anni il Governo si augura che tutti i medici ospedalieri siano impegnati in quello che loro stessi hanno definito medical audit... » (DoH, 1989a, p. 39).

Obiettivi e metodi

Gli obiettivi di questo articolo sono duplici. In primo luogo, intendo

esplorare le implicazioni dell'introduzione del medical audit in termini di cambiamento dei rapporti di forza fra governo, professione medica, manager sanitari e pazienti. Secondariamente comparerò la peer review come è emersa nel settore ospedaliero del Sistema sanitario inglese (NHS) con la peer review condotta negli ospedali americani che partecipano al programma di Medicare. [Più del 40% delle entrate degli ospedali negli USA attualmente provengono da Medicare che rappresenta una componente importante del sistema ospedaliero americano].

Ci sono altri obiettivi ai quali questo lavoro non aspira. In particolare non tenta una valutazione di quanto

Christopher Pollitt è professore di Government alla Brunel University di Uxbridge, Middlesex, UK.

sia efficace il medical audit nel mantenere o nell'accrescere l'effettiva qualità delle cure sanitarie.

Questo studio è basato su una rassegna della crescente letteratura sull'audit, su una serie di interviste con funzionari e dirigenti del Department of Health (DoH), della British Medical Association, dei Reali Ordini dei Chirurghi, dei Medici, degli Psichiatri e dei Medici di base, nonché con 2 Health Authorities regionali e 3 distrettuali. Negli Stati Uniti sono stati visitati la California Medical Review Inc., la RAND Corporation, l'AARP (Associazione americana dei pensionati), l'American Medical Peer Review Association, l'American Medical Association, il National Health Policy Forum, l'Ospedale Harbor presso l'Università di Los Angeles e la Health Care Financing Administration.

IL potere dei medici

Viene spesso affermato che la professione medica sia « potente ». Certamente questo appare verosimile, ma è necessario per i nostri propositi andare oltre, identificando alcuni degli elementi che compongono questo potere. Per riassumere quella che è ormai una vasta letteratura, risultano coinvolte almeno 2 tipologie di relazioni di potere. In primo luogo, esiste quello che qualcuno ha definito il « macro potere » (Harrison et al., 1992), vale a dire il potere della professione medica inteso come un gruppo di pressione ben organizzato e finanziato che cerca di regolare le politiche pubbliche. Nel Regno Unito questo potere è espresso attraverso una varietà di organismi nazionali come gli Ordine Reali e la BMA (British Medical Association). Gli scienziati della politica hanno frequentemente classificato le relazioni tra questi organismi e lo Stato come « corporative » (per esempio Cawson, 1986).

Una prospettiva di tipo corporativo pone attenzione al modo in cui lo

Stato scambia favori con i più potenti gruppi di pressione. Da un lato, il Governo concede a tali « associazioni di prestigio » (peak associations) una considerevole influenza sulla struttura delle nuove politiche, che sono di solito negoziate piuttosto che imposte. Dall'altro, le associazioni operano per disciplinare i propri membri e aiutano nell'implementazione delle politiche condivise. Lo stile di queste relazioni è riservato e continuo. Eventuali disaccordi sono di solito risolti in modo segreto, mentre pubblicamente appare una responsabile partnership.

Il secondo tipo di relazioni di potere, il « micro potere » medico, è completamente differente. È disorganizzato quanto la BMA è organizzata; locale piuttosto che nazionale. È un potere « a livello di strada o di quartiere ». Più di 20 anni fa è stato descritto molto bene in « Professional dominance » di Friedson:

« La maggior parte, anche se certamente non tutta, della forza di una professione si basa sul monopolio mantenuto legalmente sull'esercizio della professione (practice). Questo monopolio opera attraverso un sistema di autorizzazione che riguardano il privilegio di ospedalizzare pazienti e il diritto di prescrivere farmaci e indagini di laboratorio che risultano altrimenti virtualmente inaccessibili (...). Mentre la professione non può essere libera di controllare ovunque i termini del proprio lavoro, è libera in realtà di controllarne i contenuti. » (Friedson, 1970, pagg. 83-84).

In tal modo un singolo medico ha il potere di determinare i contenuti del proprio lavoro e così operando coinvolge grandi quantità di risorse scarse, compresi il tempo e gli sforzi del personale infermieristico e paramedico. Finora nell'NHS i manager locali hanno avuto scarso controllo sulle libere iniziative dei medici ospedalieri su questi aspetti. Da qui l'entusiasmo, a volte eccessivo, dei governi per ri-

forme (general management; management budgetario. management delle risorse) che sembrano « promettere » l'incremento dell'influenza manageriale sulla capacità del singolo clinico (consultant) nel determinare il modello di allocazione delle risorse. Quello che meno spesso è rimarcato è che né gli stessi colleghi (peers) del medico né gli organismi nazionali di rappresentanza della professione hanno molto controllo. I pazienti ne hanno persino meno. Naturalmente sanzioni professionali esistono per comportamenti estremi e irresponsabili, ma all'interno di tali estremi il consulto individuale è stato quasi « inorganizzabile » salvo attraverso forme di persuasione diplomatica (Harrison, 1988).

Medical audit e il libro bianco WfP

Prima del libro bianco l'audit era praticato qui e là, ovunque gli entusiasmi dei clinici locali portassero ad una simile direzione. In altre parole, era un'espressione del « micro potere » del medico. Quando un clinico locale lo richiedeva si implementava. Quando non lo voleva, nessun potere sulla terra poteva imporlo. All'inizio degli anni '70 quando la peer review era da poco diventata obbligatoria nel programma americano di Medicare, un eminente esperto inglese a cui era stato chiesto di riflettere pubblicamente sul bisogno di monitoraggio dell' NHS si esprime con glaciale, ma probabilmente comune, cautela:

« Esiste un luogo per incontri regolari tra piccoli gruppi di colleghi e patologi per controllare gli eventi che hanno portato ad un decesso; tuttavia formali controlli dei risultati della pratica medica possono seriamente creare un'impressione sbagliata — a meno che siano condotti con saggezza statistica — e difficilmente ci si può aspettare che incoraggino lo sviluppo di fiducia reciproca » (Doll, 1973, pag. 739).

Durante la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80 parecchie significative tendenze hanno cominciato ad indebolire la posizione dell'establishment medico britannico. Dapprima, in tutto il mondo è incominciata ad accumularsi l'evidenza sistematica di ampie variazioni nella pratica medica (cfr. per esempio Paul-Shaheen et al., 1987). Tuttavia è apparso evidente che molti medici non seguivano queste novità anche se si trattava di una « best practice ». In secondo luogo, nell'NHS come negli altri sistemi sanitari occidentali, si sono intensificate le pressioni sulle risorse. Le pressioni demografiche ed una migliore istruzione della popolazione hanno aumentato la domanda relativa ai servizi, mentre i progressi in campo tecnologico hanno aumentato l'ampiezza e la qualità dei servizi offerti. Questa simultanea crescita della domanda e dell'offerta fu affrontata (alla fine degli anni '70 e all'inizio degli anni '80) con severità dai governi determinati a contenere la spesa pubblica a causa delle difficoltà globali dell'economia. La spinta verso risparmio ed efficienza contribuì inevitabilmente ad aumentare l'importanza della qualità del servizio (Pollit, 1987). Una varietà di tentativi manageriali a livello politico per contenere le spese sanitarie cominciarono a rosicchiare i margini dell'autonomia medica (Harrison e Schultz, 1989). Riconoscendo queste pressioni, un eminente chirurgo scrisse che:

« La nostra risposta deve essere la piena e efficace autoregolamentazione. O noi cercheremo di controllarci (police ourselves), oppure altri lo faranno per noi » (Brendan Devlin, 1988, pag. 317).

Nonostante queste pressioni l'autorità della classe medica sul tema della qualità è stata largamente mantenuta fino alla fine degli anni '80.

I general manager, introdotti seguendo lo spirito del Griffiths Report del 1983, sono riusciti a eserci-

tare una considerevole influenza su molti aspetti del Sistema sanitario inglese, avventurandosi comunque raramente nel campo della qualità delle prestazioni sanitarie (Harrison et al., 1990). Il problema « qualità » venne invece artificiosamente diviso in 2 parti: la prima relativa alla qualità delle cure mediche e la seconda comprendente tutti gli altri aspetti (compresi quelli inerenti l'« ospitalità » offerta durante una visita ospedaliera). La responsabilità per tutti questi ultimi ambiti venne di solito attribuita al personale infermieristico più qualificato spesso ridefinito come Directors of Quality Assurance o qualcosa di simile. Questi aspetti della qualità sono stati oggetto di considerevoli interventi.

La qualità medica è rimasta tuttavia esclusa da questi interventi. Quando il National Audit Office relazionò alla fine del 1988 sulla qualità dell'assistenza sanitaria negli ospedali dell' NHS concluse che:

« Il Ministero della Sanità (DoH) deve ancora definire una strategia nazionale per assicurare l'efficienza dell'assistenza sanitaria e la sua pianificazione annuale, e il processo di revisione in atto non ha ancora preso in esame questo argomento » (National Audit Office, 1988, p. 1).

Il libro bianco sembrò cambiare questa situazione. Di colpo il medical audit venne considerato utile e reso obbligatorio in tutte le strutture sanitarie. La reazione fra le principali associazioni del settore fu quella di estrema preoccupazione. Secondo parecchie e autorevoli fonti la reazione della British Medical Association fu di « continuo spavento », mentre gli Ordini Reali « vendettero le loro anime ». Essi temevano ispezioni o altre forme di verifica dall'esterno. Questi giudizi furono, in parte, mitigati considerando altre parti del libro bianco su cui essi concordavano e si dichiararono pronti ad un accordo che prevedesse un'asse-

gnazione di fondi per gli Ordini ed un mandato per sviluppare nuovi accordi di auto-regolazione professionale.

Dopo il libro bianco: Il modello medico di medical audit

Dopo la pubblicazione del libro bianco la professione medica recuperò gradualmente una posizione di equilibrio e cominciò a definire dettagliati progetti relativi al medical audit in modo tale da minimizzare le minacce per l'autonomia del medico. Questo può essere chiaramente visto nella mole di pubblicazioni degli organismi professionali nei mesi successivi l'uscita del WfP (si vedano ad esempio Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 1990; Royal College of Physicians, 1989; Royal College of Surgeons, 1989; Standing Committee on Postgraduate Medical Education 1989). Alcuni aspetti chiave sono comuni in tutti questi documenti. D'ora innanzi intendo riferirmi a questi aspetti in maniera collettiva parlando di un vero e proprio « modello medico » del medical audit. Questo modello può essere definito dai seguenti punti:

— Solo i medici possono compiere operazioni da audit.

— Il suo scopo principale deve essere quello della formazione dei medici (dovrebbe essere, ad esempio, orientato allo sviluppo della professionalità e non regolativo od orientato alla valutazione).

— La partecipazione dovrebbe essere volontaria (Royal College of Physicians, 1989, pag. 3).

— « Gli standard dovrebbe essere definiti in sede locale attraverso la partecipazione dei medici » (ibid., pag. 3).

— « Non ci devono essere momenti di libera discussione a meno che sia assoluta la confidenzialità all'in-

terno del gruppo » (Royal College of Surgeons, 1989, pag. 3). In particolare, i medici, le cui attività siano sottoposte ad un esame valutativo (audit), e i pazienti, i cui casi siano presi in esame, devono rimanere anonimi.

— Il problema dei medici che cadono regolarmente al di sotto degli standard convenuti da un gruppo di audit « è di carattere medico e non un problema manageriale » (Standing Committee on Postgraduate Medical Education, 1989, pag. 11).

Chiaramente queste condizioni sono tese alla salvaguardia del potere della professione sia a livello micro che macro. Gli standard locali, la riservatezza assoluta in modo da garantire l'anonimato, la partecipazione volontaria e nessun tipo di sanzione esterna per prestazioni di basso livello qualitativo. Questo modo di ragionare potrebbe essere perdonato solo dimenticando che si sta trattando un argomento di interesse *pubblico*, relativo alla qualità di un servizio gestito *pubblicamente e pubblicamente* finanziato, nonché politicamente importante.

È sorprendente, inoltre, come altre componenti del settore sanitario abbiano contestato il modello medico di medical audit. Riserve — espresse a volte in termini generali di una disarmante vagezza — sono venute da manager dell'NHS, personale infermieristico, dai Community Health Council, dal Governo conservatore e dal Partito Laburista. La lotta sui dettagli cruciali del processo di implementazione di questa procedura è ancora in corso. Nelle prossime 6 sezioni di questo lavoro saranno sottoposte a verifica tutte e 6 le clausole del modello medico di audit.

Solamente i medici

In primo luogo, si deve considerare l'ipotesi che solamente medici a livello locale possano partecipare

all'attività di audit. Gli organismi professionali stessi riconoscono che questa formulazione potrebbe essere all'occorrenza resa meno rigida in modo tale da permettere, su invito specifico, che medici esterni possano essere usati come « rinforzo » (facilitators). Comunque, è ovvio che questa partecipazione *potrebbe* andare molto oltre. Tra i partecipanti si potrebbero includere infermieri, manager e rappresentanti dei Community Health Councils (CHCs). L'associazione che raggruppa questi ultimi ha sottolineato prontamente, per esempio, come « sia difficile vedere come i pazienti possano avere piena fiducia in un sistema che non implica alcuna posizione di controllo » (Association of Community Health Councils, 1989, pag. 8). E il presidente del Royal College of Nurses ha sostenuto che, quando il trattamento medico sia fornito da un team di operatori, allora un approccio all'audit dove sia esclusivo il ruolo di un solo membro del team è improbabile sia appropriato (Hancock, 1990. Si veda anche Frater e Spiby, 1990, pag. 6).

Le pratiche di applicazione del medical audit ebbero notevoli variazioni da unità a unità e da distretto a distretto. In un policlinico londinese l'idea di avere un'ostetrica nel Comitato di Audit di Ostetricia e Ginecologia venne definita « disastrosa » da un clinico. In un altro caso il Comitato di Audit Ospedaliero comprendeva, invece, un'infermiera. Venne anche presentata, nel secondo caso, una protesta del CHC, che si risolse con il ritiro da parte dei chirurghi, in cui si asseriva che la riservatezza fosse in pericolo. I manager furono rappresentati — con lo status di osservatori — in alcuni comitati a livello di unità o di distretto, ma non in altri. Alcuni ospedali invitarono rappresentanti dei medici di base a far parte dei comitati di audit, mentre in un comitato di specialità di un

policlinico londinese decise in senso contrario sostenendo che probabilmente i medici di base sarebbero stati critici nei confronti di servizi in declino (una ragione, si potrebbe affermare, per *includerli*). La nozione che, almeno a livello di distretto, la partecipazione ai comitati potesse essere allargata, non appena le iniziali procedure di lavoro avessero avuto una possibilità di procedere normalmente, sembrò molto diffusa. A livello di specialità, comunque, il modello medico puro non è ancora fermamente consolidato.

Il monopolio dei medici locali è minacciato anche dalla previsione del libro bianco che « il management dovrebbe essere in grado di iniziare forme di audit indipendente e professionale, per esempio dove fosse in causa la qualità o il rapporto costo-efficacia di un servizio » (Department of Health, 1989a, pag. 41). Questa è una breccia negli argomenti difensivi delle posizioni dei medici attraverso la quale tutte le forme di novità potrebbero passare. La Commissione Nazionale sull'Audit da subito impiegò un chirurgo come supporto nelle sue indagini sulla chirurgia di routine (Smith, 1990). Non appena la Commissione ebbe stabilito modelli di esercizio corretto della professione (good practise) poté essere chiamata in specifiche località per vedere fino a che punto i servizi offerti fossero all'altezza.

La cosa più importante di questa rassegna sembra essere la grande diversità che riflette le vicende di particolari relazioni e personalità. Forse general manager dotati di maggiori poteri saranno in grado di volgere a proprio vantaggio questa situazione: si può immaginare, per esempio, un responsabile degli approvvigionamenti che chieda perché una specifica struttura abbia escluso i medici di base dai propri comitati di audit quando una struttura concorrente non lo abbia fatto. La Audit Commis-

sion può anche dimostrarsi una potente alleata di general manager che vogliono costringere i propri « fanulloni » (deadbeats) a cambiare (Smith, 1990, pag. 270).

Finalità formative

Anche il secondo « atto di fede » del modello medico — cioè che l'audit abbia esclusivamente finalità formative — è stato messo in discussione. Alcuni manager hanno sostenuto che l'audit debba anche fornire « garanzie sulla qualità », vale a dire abbia una finalità *esterna*. Essi sostengono inoltre che l'audit sia strettamente collegato con la gestione delle risorse e ponga l'enfasi sull'efficacia dei *costi* (Davison, 1990, pag. 14; Packwood et al., 1990). La tensione potenziale tra gli obiettivi in termini di costo-efficacia e l'obiettivo formativo è stata raramente o forse mai discussa in documenti ufficiali o semi-ufficiali, ma questo non significa che non esista. In un policlinico londinese un manager mi ha espresso l'opinione che la maggior parte degli staff medici considerino l'audit come qualcosa imposto loro dal Governo e dai manager. All'interno del Department of Health una bozza di circolare sul medical audit è stata a lungo rimandata, in parte a causa di discussioni sul bilanciamento fra gli obiettivi legati allo sviluppo formativo/professionale e quelli inerenti l'incremento della responsabilità dei medici per la qualità dei servizi da essi offerti. La circolare finalmente diffusa ha tamponato subito questa lacuna dichiarando che:

« la medical audit è primariamente un'attività formativa » e insistendo poi che:

« I comitati locali di Audit forniranno alle autorità sanitarie e ai manager rapporti regolari che descrivano i risultati generali dell'attività di controllo » (Department of Health, 1991).

Partecipazione volontaria

Il terzo principio del modello medico è che la partecipazione alle attività di medical audit debba essere volontaria.

La British Medical Association ha molto apprezzato il fatto che quando finalmente apparve la circolare del Department of Health in essa fossero esclusi termini come « obbligatorio » e « imperativo ». Tuttavia sono in molti all'interno della professione medica a ritenere che sarà estremamente difficile difendere un sistema che permette proprio a quelle figure che, si potrebbe pensare, maggiormente hanno « bisogno » dell'audit, di evitarne la pratica e le conseguenze.

In un distretto sanitario è stato convenuto che fosse accettabile la verifica dell'attività di medici assenti dalle riunioni dei relativi comitati di audit.

A livello nazionale si potrebbe supporre che, nella stessa misura in cui gli Ordini Reali usano la loro principale leva — la certificazione di tirocinio —, essi non saranno probabilmente disposti a concedere un nulla osta (bill of health) ad un'unità dove i medici chiamati a partecipare all'attività di audit abbiano rifiutato. D'altra parte, i Collegi non hanno ancora preso la decisione di proporre o forme di riqualificazione ed addestramento per medici manchevoli o nuove sanzioni di sorta.

Come il presidente di un gruppo di audit di un distretto ha affermato « il riaddestramento e la riforma non fanno ancora parte della versione inglese della carriera medica ». Un certo numero di esperti è molto preoccupato che la delicatezza su questo argomento significhi che i provvedimenti finanziari ed organizzativi collegati alla riqualificazione dei medici non siano ancora stati correttamente definiti.

Standard locali

Il modello medico di audit ritiene che i parametri di verifica delle prestazioni mediche debbano essere fissati in sede locale. Standard definiti in sede centrale rappresenterebbero, infatti, una considerevole « scalfitura » (dent) dell'autonomia locale che è la base del micropotere dei medici. Anche se questi standard fossero definiti dai Collegi Reali potrebbero comunque limitare gli spazi di discrezione nella pratica medica. Inoltre, standard enunciati a livello centrale fornirebbero a tutti quanti — manager, CHCs, avvocati che rappresentano pazienti lesi o i loro parenti — pietre di paragone capaci di suggerire che alcune pratiche mediche in sede locale non siano state completamente corrette. Tuttavia, i Collegi Reali hanno già dato il loro nome — ed una grande quantità di risorse — allo sviluppo di protocolli clinici per il trattamento di specifiche casistiche. Nonostante questi protocolli coprano solamente una modesta parte dell'attività medica moderna, si stanno diffondendo sempre di più ed in altri paesi come gli USA si sviluppano anche più rapidamente.

Alcuni interessanti problemi sorgono relativamente al processo di definizione degli standard. A quali obiettivi dovrebbero tendere i Collegi — fissare standard minimi (per urtare il meno possibile probabilmente le sensibilità locali), standard « medi » o ottimi (che creerebbero considerevole imbarazzo per molti medici, specie per quelli « di rango » (rank) in organizzazioni « di rango »)? Almeno un Ordine Reale rappresentativo avrà sicuramente considerato che standard minimi siano banali e che, sebbene gli standard debbano essere una questione locale, lasciare la loro definizione interamente alle Unità locali sia uno spreco di risorse poiché significherebbe « scoprire costantemente l'acqua calda ».

Un'ulteriore questione di grande importanza è quella relativa alla misura in cui gli standard clinici saranno specificati nei contratti con i quali le autorità sanitarie acquistano i servizi che ritengono necessari per la popolazione. Finora la maggior parte dei provveditori sembra aver evitato una discussione su questo. La maggioranza dei contratti di primo livello (first cycle) fissa requisiti strutturali (ci deve essere un comitato di medical audit, ecc.), ma nessun standard di processo o di risultato. Comunque, è in corso una discussione fra i Directors of Public Health finalizzata all'aumento dell'attenzione sulla qualità nelle strutture di servizio, specie nelle ultime fasi del contracting. Una delle forme che questa discussione potrebbe assumere è sicuramente una più dettagliata definizione degli standard.

Riservatezza

Il quinto principio è quello relativo alla assoluta riservatezza. Questa ha caratterizzato, per esempio, i lavori del CEPOD dove le registrazioni e i codici che avrebbero potuto permettere l'identificazione dei singoli medici partecipanti sono stati distrutti prima della pubblicazione del rapporto finale (Buck et al., 1987). La circolare ministeriale del 1991 sul medical audit ha espresso il principio in questo modo:

« procedure adeguate sono adottate per assicurare che i risultati del medical audit relativamente ai singoli pazienti e medici rimangano sempre riservati ».

Questa è diventata ora una formulazione comune — risultati aggregati possono essere rilasciati ai manager e possibilmente anche agli utenti, ma le identità dei pazienti coinvolti devono rimanere segrete. In tutto il paese le autorità sanitarie stanno sviluppando precise indicazioni. Quelle per-

venute all'attenzione di chi scrive non incoraggiano tuttavia all'ottimismo per quanto riguarda l'uso dei dati delle verifiche per un più vasto pubblico o la responsabilità dei pazienti. Per esempio sono qui riportati 2 dei 4 « principi » che una Health Authority ha stabilito:

« nei casi in cui un paziente chieda di accedere ad informazioni relative al medical audit e l'autorità sanitaria abbia la possibilità sia di dare che di negare queste informazioni, quest'ultima dovrebbe sempre rifiutare di rilasciare ogni informazione » e:

« [quando l'autorità sanitaria sia legalmente obbligata a fornire informazioni] deve naturalmente farlo. Comunque l'autorità sanitaria dovrebbe compiere tutti i passi necessari per evitare una simile eventualità e dovrebbe rifarsi a tutte le possibilità giuridiche che le consentano di negare le informazioni » (Brighton Health Authority, 1991, pag. 9).

Nelle sue prese di posizioni pubbliche il mondo della professione medica ha sempre cercato di mantenere legati i 2 aspetti della riservatezza del medico e del paziente. Questo implica che si possa discutere l'equivalenza del trattamento. Le argomentazioni complessive a favore dell'anonimato del paziente sono cogenti e facilmente complessibili. Ma dovrebbero valere anche nel caso di pazienti che vogliono informazioni sul proprio specifico caso? E, ancora, i medici hanno diritto all'assoluta riservatezza? Nelle interviste svolte per questo studio la giustificazione più comunemente addotta per questo atteggiamento favorevole alla riservatezza assoluta è stata la prevenzione delle controversie legali. Tuttavia, come ha affermato un medico molto esperto in attività di audit, è forse giusto che ci *debbano* essere più vertenze e sarcasmi (intervista non attribuibili, 1991).

Gli argomenti in discussione sono complessi. Pochi desidererebbero as-

sistere all'imitazione del modello americano in cui sono compresenti un forte numero di controversie legali, un livello elevato dei premi assicurativi per il personale medico e la diffusa pratica della « medicina difensiva » in sede legale. Ma il modello americano non è l'unico disponibile. La lobby favorevole ad un sistema « senza colpe » è in crescita e forse un approccio più « aperto » all'audit potrebbe ulteriormente rafforzarla.

Le prestazioni sanitarie di basso livello non sono un problema di management

Infine, esiste la convinzione che il problema dei medici che con regolarità non rispettino il livello minimo degli standard stabiliti in sede di medical audit « sia un problema di carattere medico non manageriale » (SCOPME, 1989, pag. 11). Il campo di attività del management immaginato dallo SCOPME sembra decisamente limitato. Forse ciò che si sostiene è che un problema relativo all'attività di medici debba essere lasciato *in prima istanza* a propri colleghi (peers). Tuttavia, anche questa generosa interpretazione riporta solitamente alla questione della capacità effettiva della professione medica di sanzionare i propri appartenenti. Pochi potrebbero sostenere che gli atti della categoria a riguardo siano stati rilevanti nel passato. Quando sono state imposte finalmente delle sanzioni all'interno della professione si sono gestite attraverso il faragginoso apparato centrale, mentre l'esigenza fondamentale a questo proposito sembra essere quella di una serie graduata di sanzioni ed incentivi a livello locale.

Nel passato al centro dell'attenzione sono stati pochissimi incidenti relativi a comportamenti gravemente negligenti o immorali. Adesso in discussione è il fatto che un (probabil-

mente) grande numero di medici, senza voler estremizzare, per una ragione o per l'altra (sovraccarico di lavoro, malattia, mancanza di aggiornamento professionale) stia svolgendo la propria attività in modo inadeguato e potrebbe addirittura comportarsi in maniera peggiore. Tuttavia, la BMA ha sostenuto — con successo finora — che nessuna nuova misura di carattere disciplinare sia necessaria a seguito dell'introduzione di pratiche complessive di audit. La situazione è molto differente negli USA dove parecchi autorevoli studi hanno mostrato che l'incidenza dei trattamenti sanitari inadeguati (poor quality care) sia probabilmente compresa tra il 6 e il 12% del totale (General Accounting Office, 1989; Rubenstein, 1990; Office of the Inspector General, 1989). Negli USA, come vedremo più avanti, sono state introdotte nuove procedure relative ai problemi dell'inadeguato funzionamento degli ospedali e dello scarso livello delle prestazioni dei singoli medici (underperforming).

La « peer review » negli USA

La maggior parte dei medici ospedalieri americani non dispone di gradi di libertà nella definizione dei trattamenti clinici simili a quelli finora goduti dai loro colleghi inglesi (Harrison e Schultz, 1989). Fra le misure adottate nello scorso decennio per disciplinare le pratiche cliniche si ricordano le seguenti:

— Programmi con cui il personale infermieristico e medico vaglia ed approva i ricoveri ospedalieri. Se un ricovero sembra « inappropriato » rispetto alle direttive specifiche del singolo ospedale sarà richiesto al medico incaricato di vagliare le richieste di ammissione di rivedere la propria decisione. Dal 1984 più di un quarto dei responsabili ospedalieri richiede una procedura di verifica delle preammissioni.

— In alcuni settori clinici periodici momenti di verifica (recertification) delle capacità professionali dei singoli medici.

— Monitoraggio della degenza ospedaliera. Ai medici è stato chiesto di motivare i casi in cui i loro pazienti rimangano in ospedale per periodi maggiori rispetto alle degenze statisticamente di routine.

— Pareri supplementari diventano obbligatori prima di procedere ad una serie definita di interventi medici. Questi sono formulati dalle stesse compagnie assicuratrici sanitarie.

— Indagini retrospettive basate sulla « peer review » sia a carattere interno (richieste dalla Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations), sia esterno (richieste nei programmi di Medicare da organizzazioni di verifica professionale e in molti schemi assicurativi privati) (Stevens, 1 989, pag. 343).

È l'aspetto della peer review — specialmente nei programmi di Medicare — che intendiamo approfondire.

Ci sono numerose ragioni a favore di una più stretta rete di controllo sui medici americani. Tanto per iniziare, si potrebbe ritenere che la necessità di più attento monitoraggio sorga a causa delle particolarità del sistema medico americano che permette ed incoraggia la ricerca dei privilegi ospedalieri da parte dei medici, mentre il sistema inglese prevede una netta differenza tra medici di base (GPs) e medici ospedalieri. Detto bruscamente, i medici americani sono frequentemente in una posizione in cui le loro decisioni cliniche possono influire sui loro redditi. Questo ha portato ad accuse in termini di ricoveri non necessari, cure mediche eccessive, ecc. Simili sospetti tendono a favorire la soluzione delle verifiche esterne rispetto a quelle interne.

Poiché l'incremento dei costi del sistema sanitario è stato sempre superiore all'incremento generale dei

prezzi durante la fine degli anni '70 e negli anni '80, queste preoccupazioni sono notevolmente cresciute. Uno dei maggiori cambiamenti introdotti per affrontare questa situazione è stata la sostituzione, a partire dal 1983, del sistema dei rimborsi « retrospettivo » di Medicare con un sistema « prospettivo » basato sui soli costi medi delle prestazioni. Si è ritenuto che una simile misura potesse disincentivare quegli ospedali che, con il vecchio sistema, erano tentati da pratiche che prolungassero la degenza dei pazienti e estendessero i trattamenti sanitari oltre quello che era strettamente necessario da un punto di vista clinico. Sfortunatamente, tuttavia, è stato introdotto anche un nuovo incentivo, vale a dire dimettere i pazienti « più velocemente e più malati » (Committee on Government Operations, 1989).

Una terza ragione, inoltre, è basata sul fatto che i risultati finanziari di un ospedale siano più direttamente e visibilmente legati alle decisioni cliniche dei propri medici rispetto al caso del sistema sanitario inglese (NHS). Perciò gli ospedali stessi hanno avuto ovvi motivi per sottoporre ad esame il comportamento medico. Infine, l'impressione di molti commentatori anglo-americani è stata che la cultura del pubblico americana sia generalmente più aperta che nel Regno Unito. L'ipotesi è che di solito i dati siano destinati a diventare di pubblico dominio, cioè che gli atti (record) delle istituzioni pubbliche sono disponibili per un attento esame. Gli ospedali che ricevono fondi di Medicare e/o Medicaid (grosso modo il 40% di tutte le entrate ospedaliere alla fine degli anni '80) sono considerati per queste finalità « pubblici », siano o meno municipali, privati, profit o non-profit. È realmente uno shock per visitatori abituati al Sistema sanitario inglese andare in Pennsylvania e

scoprire che possono acquistare un libro che, per ogni ospedale citato e per ogni importante DRG (Diagnostic Related Group), riporta la mortalità e la morbidità osservate ed attese, nonché il costo medio del trattamento sanitario (Pennsylvania Health Care Cost Containment Council, 1990). Ancora più specifico su questi aspetti è il mensile *Health Letter* che riporta i particolari relativi a singoli casi di esclusione o sanzione di medici da parte del programma Medicare (si veda, ad esempio, Public Citizen Health Research Group, 1987).

La peer review nel programma Medicare

La pratica della peer review obbligatoria ed eseguita da esperti esterni è stata introdotta come un aspetto fondamentale del programma di Medicare nel 1972 (Fuchs, 1990). Le prime organizzazioni professionali del settore (PSROs- Professional Standards Review Organizations) non furono certamente popolari in molti settori della professione medica e persino nella Health Care Finance Association (HCFA) la loro associazione centrale di categoria a Washington. Queste organizzazioni tendevano a concentrare la loro attività nel compito di rilevare spese superflue (utilization review) piuttosto che negli aspetti della qualità sanitaria. In ogni caso nel 1981 l'amministrazione Reagan riconobbe che esse non avevano raggiunto i loro obiettivi e ne propose l'abolizione. Il Congresso decise, invece, di sostituire le PSROs con un nuovo organismo: la Peer Review Association (PRO).

All'inizio le PROs sembravano occuparsi principalmente del medesimo problema — il contenimento dei costi — che aveva impegnato i precedenti PSROs. Ma la seconda e la terza tornata di contratti stipulati con

il controllo delle PROs (quelli relativi ai periodi 1986-88 e 1989-92) hanno mostrato una crescente attenzione sul tema del monitoraggio della qualità. Questo è stato dovuto alle nuove modalità di rimborso basate sui DRG « prospettivi » prima ricordate. Negli obiettivi del 1989, per esempio, si è stabilito che il 3% di tutti i ricoveri attraverso Medicare fossero soggetti ad un generico e computerizzato screening per alcuni specifici problemi di qualità. I casi scelti da questo screening (ci sono stati altri screen oltre il 3% dei ricoveri) sono stati analizzati da « revisori » appartenenti al personale infermieristico. Il 3-4% dei casi non ha superato il primo generico screening: una piccola percentuale, ma in termini assoluti oltre 300.000 casi annui. Se il personale infermieristico coinvolto nell'attività di verifica ha ritenuto che ci fossero le motivazioni di interesse ne ha informato i comitati dei medici revisori all'interno delle PROs (si vedano Committee on Government Operations, 1989, pagg. 5-7 e Fuchs, 1990, pagg. 25-48).

Specifiche sanzioni sono richieste se la PRO stabilisce che l'ospedale o il medico esaminati abbiano fornito trattamenti sanitari al di sotto degli standard qualitativi. Ci sono considerevoli ostacoli amministrativi e giuridici per l'applicazione di più severe sanzioni (multe e l'esclusione dai programmi di Medicare), ma è fermamente stabilito il principio della verifica da parte di personale esterno seguita da eventuali sanzioni.

Il sistema è senza dubbio essenzialmente di tipo punitivo. Il primo livello di sanzioni per un medico che ha eseguito trattamenti sanitari sotto la norma è frequentemente una qualche forma di formazione e qualificazione professionale. Più comunemente i medici revisori dapprima scrivono al medico che « non ha superato l'esame » e richiedono una spiegazione. Solo dopo questo stadio, che spes-

so dura a lungo, e quando non siano state fornite adeguate spiegazioni, sono prese in considerazione opzioni come le diverse forme di riqualificazione professionale.

Il modello basato sulla PRO può apparire terrorizzante a molti esperti del Sistema sanitario inglese. Esso virtualmente infrange tutti i principi su cui è basato il modello medico di Medical audit prima analizzato. Tuttavia, una delle principali critiche alle PROs negli USA è che nella pratica non siano realmente incisive (lack real teeth). È il parere di un comitato presso il Congresso che sostiene che:

« i medici che abbiano letteralmente ucciso pazienti di Medicare a causa della loro negligenza non possono essere esclusi dal programma se sono disposti a tornare a scuola e seguire qualche corso. Questa non è la protezione necessaria ai pazienti di Medicare, ma è principalmente una forma di tutela dei medici » (Committee on Government Operations, 1989, pag. 22).

In maniera molto interessante alcune PROs stanno cominciando a sviluppare forme di contatto diretto con i loro utenti. Il California Medical Review Inc., la maggiore PRO, ha aperto una linea telefonica diretta (hotline) che riceve mensilmente 300-350 segnalazioni. La stessa PRO si occupa di denunce scritte e rende disponibili (per la soluzione di un caso legale) specifiche informazioni ad ogni cittadino che ne faccia richiesta. Dal 1990 ha cominciato a pubblicare un resoconto annuale delle proprie attività che comprende dati relativi alla qualità e l'incidenza delle « bocciature » nello screening generale (California Medical Review, 1990).

È importante notare che il sistema delle PRO — con la sua caratteristica della revisione esterna — applichi standard comuni e produca dati in forme che permettono comparazioni fra coloro che forniscono servizi sa-

nitari. Naturalmente uno specifico ospedale è libero di sviluppare propri standard locali attraverso il proprio comitato che si occupa di peer review e di controllo di qualità, ma quando siano seguiti pazienti di Medicare deve comunque rispettare i requisiti stabiliti pubblicamente dalla PRO. Quando è stato chiesto al Direttore medico di una PRO un parere sui comitati interni ospedalieri di peer review egli ha replicato che « se questa tradizione di lunga data avesse funzionato noi non esisteremmo ».

L'external review delle PROs pone un impressionante numero di problemi relativi alla qualità. Dall'inizio della terza « ondata » di contratti nel 1989 fino al 30 giugno 1990 le PROs hanno rilevato 31.008 problemi limitati di qualità, 12.671 più seri e 1.879 che sono stati classificati come molto seri. Inoltre, questi dati sono relativi solamente all'1,83% dei casi investigati, una percentuale considerata ampiamente troppo limitata (Office of the Inspector General, 1989). Ciò che questi dati non possono naturalmente dirci è fino a che punto le PROs possano indurre un effetto « deterrente », costringendo i responsabili sanitari a pensarci due volte prima di prendere una scorciatoia.

Considerazioni conclusive

Esiste chiaramente un enorme gap tra gli approcci al problema della garanzia della qualità delle prestazioni sanitarie seguiti dalle autorità pubbliche negli USA e nel Regno Unito. Medicare ha scelto pratiche di verifica « visibili » e svolte da organismi esterni accompagnate da una serie di misure di riqualificazione professionale e da sanzioni finanziarie (insufficienti comunque nella pratica). I dati prodotti da questo sistema sono disponibili per l'analisi pubblica, permettono una crescente comparazione dei risultati e sono, inoltre, speci-

fici di una singola unità di produzione di servizi sanitari. Alcune PROs stanno cominciando a costruire legami diretti con gli utenti dei servizi sanitari di loro competenza. L'NHS inglese, invece, sta cercando di sviluppare un sistema interno e riservato di verifica senza alcuna garanzia che gli standard siano uniformi o i dati confrontabili. L'argomento delle sanzioni è stato generalmente evitato o rinviato. Così noi osserviamo il paradosso di un sistema completamente pubblico (l'NHS) dove è prevista una minima responsabilità pubblica, mentre un sistema misto, pubblico/privato, largamente orientato al profitto (Medicare) prevede (almeno sulla carta) accordi davvero sofisticati per la protezione dei pazienti a carico del sistema pubblico e la pubblicazione di dettagliate informazioni sulla qualità dei servizi sanitari.

Tuttavia, sebbene il medical audit sviluppato nell'NHS possa apparire un esile sistema confrontato con la più avanzata pratica americana, si può considerare un passo avanti rispetto alla tradizione. A livello nazionale i Collegi Reali sono stati persuasi ad accettare un ruolo di leadership e di legittimazione, introducendo una tecnica che la professione medica aveva in precedenza largamente rifiutato. A livello locale i responsabili dei servizi sono stati obbligati a definire almeno la cornice organizzativa di un sistema che potrebbe fare luce all'interno di quello che finora è stato un modello di attività fortemente individualistico e particolaristico. Assisteremo probabilmente alla fine improvvisa del potere dei medici locali, ma il medical audit potrà mettere determinanti manager locali in una condizione più favorevole di prima per influenzare le pratiche sanitarie.

I manager godranno di maggiori poteri non solo a causa del loro diritto di accedere ai dati aggregati delle verifiche e della loro presenza in al-

meno alcuni comitati di audit a livello di distretto o di unità, ma anche perché il libro bianco (WfP) concede loro nuovi livelli di influenza. Abili manager potrebbero usare questi ultimi in combinazione con la loro presenza nelle operazioni di auditing per promuovere pratiche sanitarie basate sui principi di costo/efficacia. I poteri in questione riguardano la stesura dei contratti, la definizione dei compiti assegnati ai clinici e la materia delle onoreficenze (award) per merito.

I manager avranno la parola finale nella stesura dei contratti, incluso l'inserimento in essi di specifiche clausole relative alla qualità delle prestazioni sanitarie. In generale, l'intero processo di contracting potrebbe incoraggiare un orientamento ai servizi piuttosto che alle sanzioni come base dell'organizzazione ospedaliera, un cambiamento culturale che favorirà probabilmente un approccio alla pratica sanitaria più manageriale. Nella definizione dei compiti dei singoli clinici i manager opereranno sulla base dell'aspettativa del Governo che ritiene che questi documenti debbano « comprendere la responsabilità (dei clinici) per la qualità del loro lavoro e per l'utilizzo delle risorse a loro disposizione » (DoH, 1989a, pag. 42). I manager siederanno, inoltre, nei comitati incaricati di attribuire onoreficenze e premi ai medici e questi comitati richiederanno per la prima volta che « i medici devono dimostrare non solamente le loro capacità cliniche, ma anche l'impegno per la gestione e lo sviluppo del servizio » (DoH, 1989a, pag. 44).

Il saper combinare questi gradi di influenza potrebbe essere una opportunità per i manager più attenti e capaci, ma saranno in grado di coglierla? Questo potrebbe essere argomento di discussione. Un lavoro sul campo con general manager alla fine degli anni '80 mi ha persuaso che molti di loro siano interessati agli argomenti

della qualità, ma sommersi da altre e più pressanti questioni specialmente di carattere finanziario (Pollitt et al., 1991, pag. 68-69). Questo potrebbe accadere di nuovo negli anni '90. Non è difficile immaginare una specie di accordo in cui i medici convengono di essere utili nelle più urgenti questioni inerenti le risorse se i manager non intervengono sui temi della qualità delle prestazioni mediche.

Un'ulteriore possibilità richiede una menzione. Con la diffusione di un sistema basato su una visione manageriale della gestione delle risorse, molti clinici si orienteranno verso il management.

In questo caso, il medical audit potrebbe diventare un'importante parte del processo con cui una nuova specie di potere manageriale di tipo sanitario si opponga all'estremo individualismo medico che è sopravvissuto nei primi 40 anni dell'NHS. Se i medici-manager si comporteranno in maniera significativamente diversa dai manager-manager è una questione interessante per future indagini.

Considerando nell'insieme tutti questi sviluppi, sembra molto probabile che il controllo individuale dei clinici sui contenuti del loro lavoro diventerà meno assoluto che nel passato.

La diatriba sui contenuti del modello medico di medical audit è importante e senza dubbio continuerà per qualche anno, ma è un gioco che si svolge su un piano inclinato e la pendenza è dalla parte dei difensori dell'autonomia dei singoli medici locali. Nel caso dell'NHS, comunque, la salita è anche dalla parte dei pazienti e del pubblico.

È il manager (di origine medica o non medica) che sta guadagnando influenza. Rimane da chiarire la questione di quanto i manager siano da considerare come i sostituti dell'interesse pubblico.

BIBLIOGRAFIA

- ASSOCIATION OF COMMUNITY HEALTH COUNCILS FOR ENGLAND AND WALES (1989): *Quality assurance and the role of Community Health Councils*. London, Achew.
- BRENDAN DEVLIN H., 1988. « Professional audit; quality control; keeping up to date », *Balliniere's Clinical Anaesthesiology*, 2: 2, pagg. 299-324.
- BRIGHTON HEALTH AUTHORITY, 1991. *Guidelines on medical audit and confidentiality*.
- BUCK N., BRENDAN DEVLIN H. and LUNN J.N., 1987. *The Report of a Confidential Enquiry into Perioperative Deaths*, London, Nuffield Provincial Hospital Trust and the King's Fund.
- CAWSON A., 1986. *Corporativism and political theory*. Oxford, Blackwell.
- COOK R., 1990. *A resh start for health*. London, The Labour Party.
- DAVIDSON A.J., 1990. « Action on audit », *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 3: 6, pagg. 14-16.
- DEPARTMENT OF HEALTH, 1989a. *Working for Patients*, mm 555, London, HMSO.
- DEPARTMENT OF HEALTH, 1989b. *Medical Audit*. Working for Patients Working Paper No. 6, London, HMSO.
- DEPARTMENT OF HEALTH 1991. *Medical audit in the hospital and community health services*, HC (91) 2, London, January.
- DOLL SIR R., 1973. « Monitoring the National Health Service », *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 66, August, pag. 729-740.
- FRATER A., SPIBY J., 1989. « Problems of organizational rationality in health systems: political control and policy options », pagg. 1-27 in Freddi G. e Bjorkman J.W.: *Controlling medical professionals: the comparative politics of health governance*. London, Sage.
- FRIEDSON E., 1970. *Professional dominance*, Chicago, Aldine.
- FUCHS B., 1990. *Medicare's Peer Review Organizations*, Washington D.C., Congressional Research Service.
- GENERAL ACCOUNTING OFFICE, 1989. *Improvements needed in the identification of inappropriate hospital care*, 41, Washington D.C., GAO.
- HANCOCK C., 1990. « Can it work for patients? », *Senior Nurse*, 10: 7, pagg. 8-10.
- HARRISON S., 1988. *Managing the National Health Service: shifting the frontier?* London, Chapman and Hall.
- HARRISON S e SCHULTZ R.I., 1989. « Clinical autonomy in the United Kingdom and the United States; contracts and convergence », pagg. 198-209 in Freddi G. e Bjorkman J.W.: *Controlling medical professionals: the comparative politics of health governance*, London, Sage.
- HARRISON S., HUNTER D.J., MARNOCH G. e POLLITT C. 1990. « Quality and general management 1983-1988 », *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 3: 6, pagg. 33-35.
- HARRISON S., HUNTER D.J., MARNOCH G. e POLLITT C. 1991. *Just managing: power and culture in the NHS*. Basingstoke, MacMillan.
- JOST T., 1991. « Policing cost containment: the Medicare peer review organizational program », *University of Puget Sound Law Review*, 14: 3, pagg. 483-526.
- NATIONAL AUDIT OFFICE 1988. *Quality of clinical care in National Health Service hospitals*, HC 736, London, NAO.
- OFFICE OF THE INSPECTOR GENERAL FOR HEALTH AND HUMAN SERVICES., 1989. *National DRG validation study: quality of patient care in hospitals*, 4, Washington D.C., OIG.
- PACKWOOD T., BUXTON M. e KEEN J., 1990. « Resource management in the National Health Service; a first case history », *Policy and Politics*, 18: 4, pagg. 245-255.
- PAUL-SHAHEEN P., CLARK J.D. e WILLIAM D., 1987. « Small area analysis: a review and analysis of the North American literature », *Journal of Health Policy, Politics and Law*, 12, pagg. 741-809.
- PENNSYLVANIA HEALTH CARE COST CONTAINMENT COUNCIL, 1990. *Hospital effectiveness Report*, HE 1-4-88-volume, 1, Harrisburg, PA, PHCCCC.
- POLLITT C., 1987. « Capturing quality? The quality issue in British and American health policies », *Journal of Public Policy*, 7: 1, pagg. 71-92.

- POLLITT C., HARRISON S., HUNTER D.J. e MARNOCH G., 1991. « General management in the NHS: the initial impact 1983-1988 », *Public Administration*, 69:1, Spring, pagg. 61-83.
- PUBLIC CITIZEN HEALTH RESEARCH GROUP, 1987. *Health Letter*, 3: 10 October.
- ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1989. *Medical audit: a first report: what, why and how*, London, RCP.
- ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND 1989. *Guidelines to clinical audit in surgical practice*, London, RCS.
- RUBENSTEIN D., 1990. « Changes in quality of care for five diseases measured by implicit review 1981-1986 », *Journal of the American Medical Association*, 264, pagg. 1974-1978.
- SMITH R., 1990. « Enter the men from the Audit Commission », *British Medical Journal*, 301, 1st December, pagg. 1269-1272.
- STANDING COMMITTEE ON POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION (SCOPME), 1989. *Medical Audit: the educational implication*, London, Scopme.
- STEVENS R., 1989. *In sickness and in wealth: American hospitals in the 20th century*, New York, Basic Books.
- STRONG P. e ROBINSON J., 1990. *The NHS - under new management*, Milton Keynes, Open University Press.

PROPOSTE DI FINANZIAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA NELL'OREGON

di Giovanni Fattore, Marco Meneguzzo e Rosanna Tarricone (a cura)

SOMMARIO: Presentazione - Testo tratto da: F. MONIGSBaum, *Who shall live, Who shall die? Oregon's health financing proposal*. King's Fund College, 1992 - Commento sul contesto politico istituzionale.

Obiettivo del contributo proposto in questo numero di Mecosan, è la presentazione del « Programma Oregon » che ha suscitato negli ultimi due anni notevole interesse, obiezioni, critiche e contestazioni spesso accese per la logica di fondo: quella di una decisa opzione per il razionamento dell'offerta dei servizi sanitari.

Per meglio comprendere la portata radicale di questa logica di politica sanitaria che supera l'impostazione dominante, quanto meno nei contesti dei sistemi sanitari « misti » (copresenza di offerta pubblica e privata con copertura assicurativa) quella cioè di contenimento della domanda, si è deciso di:

1) fornire una visione la più completa possibile della proposta Oregon, traducendo i punti più significativi di un rapporto del King's Fund College di Londra. (Frank Monigsbaum, Who shall live, Who shall die?).

Si ricorda che nella premessa di questo rapporto vengono svolte alcune considerazioni sulle « condizioni di applicabilità » della proposta Oregon al National Health Service britannico che, come molti lettori ben conoscono, sta attraversando una fase di riassetto istituzionale e organizzativo e di ridefinizione della politica di offerta dei servizi a seguito del documento programmatico « Working for patient » (che peraltro i lettori troveranno citato nell'articolo di C. Pollitt, sempre in questo numero).

La riflessione sulle condizioni di applicabilità di logiche di razionamento dell'offerta è strettamente collegata nel Regno Unito al problema delle liste d'attesa.

Va ricordato che anche nel nuovo Servizio sanitario nazionale italiano la logica di razionamento dell'offerta e di individuazione di un pacchetto di prestazioni sanitarie base non costituisce una novità assoluta; basta citare a questo proposito il concetto di « livelli uniformi di assistenza garantiti a livello nazionale », che ricorre nei provvedimenti governativi di fine dicembre.

La differenza sostanziale tra Oregon e sistemi sanitari pubblici è il campo di applicazione; da un programma governativo Medicaid rivolto al 16% della popolazione (tra le 400-450.000 persone), all'intera popolazione del paese, come nel caso del SSN e del NHS.

Il rapporto del King's Fund College costituisce una buona sintesi della proposta Oregon; particolare attenzione viene dedicata alla metodologia seguita dalla commissione per individuare, selezionare e classificare i pacchetti di servizi sanitari da mettere a disposizione degli utenti Medicaid.

2) Un commento (a cura di G. Fattore) sul contesto politico istituzionale statunitense in cui si è sviluppato il dibattito sul programma Oregon, sulle recenti evoluzioni di tale dibattito (a seguito della elezione di Clinton) e soprattutto sulle principali conclusioni del rapporto di valutazione svolto dall'Office of Technology Assessment per conto del Congresso Statunitense sulla proposta Oregon.

Il rapporto OTA suggerisce una strada importante anche per il nostro sistema sanitario pubblico, che prevede da qui al 1995 una serie di sperimentazioni politico-istituzionali, prima tra tutte l'introduzione di mutue volontarie ed evidenzia la necessità che tutte, o almeno le principali, innovazioni di politica sanitaria vengano sottoposte ad una precisa verifica su risultati ed impatto.

WHO SHALL LIVE WHO SHALL DIE?

SOMMARIO: Introduzione - Come si è sviluppato il programma dell'Oregon - Come è stata preparata la lista delle priorità - Il confronto con il pubblico - La lista preliminare - Il metodo delle categorie - La classificazione all'interno delle categorie - Versione finale della lista - Nuove classificazioni per l'H.i.v. e l'A.i.d.s. - Nuove classificazioni per i trapianti - Nuove classificazioni per i servizi odontoiatrici e della salute mentale - Posizionamenti alti per la medicina preventiva - Il pacchetto dei servizi sanitari di base - Obiettivi ampliamenti conseguiti.

Introduzione

Dopo 18 mesi di studio si è completato il controverso programma sanitario per i cittadini a basso reddito coperti da Medicaid (uno dei programmi assicurativi pubblici americani; ndr). Sono state prese in considerazione oltre 700 prestazioni in ordine di priorità e il Legislatore dello stato dell'Oregon ha dichiarato che di queste, solo le prime 587 saranno garantite dai fondi a tal fine disponibili (1). Dato che oltre la metà dei fondi necessari al finanziamento del programma sono erogati da Washington, è necessaria l'approvazione federale; se questa sarà concessa e se gli altri stati seguiranno l'esempio dell'Oregon, il programma potrebbe diventare un modello per l'intera Nazione relativo non solo ai poveri ma anche a tutti coloro coperti da un'assicurazione privata contro le malattie.

Medicaid ha subito la stessa sorte sia in Oregon che in molti altri stati con problemi di finanziamento tali da limitare la copertura dei costi sanitari solo al 58% del livello federale di povertà (2). Gli aventi diritto

alla copertura dei costi sanitari hanno potuto beneficiare di una vasta gamma di prestazioni assistenziali ma l'Oregon ritiene che l'obiettivo da raggiungere sia quello di estendere a un più vasto segmento di popolazione una più ristretta gamma di prestazioni. Invece di restringere la fascia di popolazione, l'Oregon vuole limitare la gamma di prestazioni garantite, tagliando per primi i servizi costosi e inefficaci.

Questo programma ha suscitato interesse sia in Gran Bretagna sia negli Stati Uniti. Sebbene il National Health Service britannico (NHS), al contrario di Medicaid, dichiara di garantire l'assistenza medica a tutti i cittadini, questa non sempre è disponibile per tutti. Le liste d'attesa ospedaliere sono all'ordine del giorno e, ad alcuni pazienti, per l'età o per altre ragioni, può essere negato il diritto all'assistenza.

Dal mese di aprile del 1991, il NHS è stato in preda di un processo riformatore con l'obiettivo di aumentare le restrizioni. Con la creazione di un mercato interno che ha distinto il ruolo dell'acquirente da quello

del fornitore, l'acquirente e il fornitore, ora, da entrambi i lati del processo contrattuale, guardano all'assistenza sanitaria più criticamente e, l'introduzione della concorrenza ha spinto i fornitori a ridurre i costi e ad ampliare l'accesso ai servizi sanitari. Nel tentativo di ridurre le liste d'attesa per le prestazioni ospedaliere, l'Autorità sanitaria regionale del Nord-Est Tamigi ha stabilito che tutti i pazienti che aspettano di essere sottoposti a 5 trattamenti minori devono essere sottratti dalla li-

Giovanni Fattore è ricercatore presso il CeRGAS (Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria dell'Università L. Bocconi), candidato Master alla Harvard School of Public Health.

Marco Meneguzzo è ricercatore presso il CeRGAS (Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria dell'Università L. Bocconi). È professore associato di « Economia della pubblica amministrazione », presso la stessa università.

Rosanna Tarricone è ricercatrice presso il CeRGAS (Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria dell'Università L. Bocconi).

sta d'attesa prima che ciò accada per qualche ragione di superaffollamento. Questi trattamenti riguardano: la cura delle vene varicose, la rimozione dei tatuaggi, l'asportazione di cisti e bernoccoli, l'estrazione dei denti del giudizio e la fecondazione in vitro (3).

Il razionamento e l'allocatione delle risorse non sarà giudicato equo finché la Gran Bretagna non spenderà di più per l'assistenza sanitaria senza per questo allontanarsi dalla sfida posta dall'Oregon. Lo sviluppo della costosissima tecnologia medica procede ad una tale andatura che non è più possibile procrastinare a lungo giudizi sul suo utilizzo. Invece di lasciare le decisioni in merito ai medici e ai manager del settore privato, l'Oregon ha considerato il problema all'interno della sfera pubblica, cercando di introdurre processi più razionali.

Questo documento tratterà delle origini del programma dell'Oregon, spiegherà come funziona e ne giudicherà infine il valore. Il programma ideato dall'Oregon aiuterà la Gran Bretagna a prendere le difficili decisioni circa il razionamento e l'allocatione delle risorse?

È questa la domanda alla quale cercherà di rispondere il presente documento.

Come si è sviluppato il programma dell'Oregon

L'idea del programma è il risultato delle difficoltà di finanziamento, per l'Oregon, del programma Medicaid, un sistema statale che garantisce l'assistenza sanitaria non solo ai poveri ma anche agli anziani a basso reddito, ai ciechi, ai disabili e ai bambini che vivono negli orfanotrofi. Con il supporto finanziario del Governo federale, inversamente proporzionale al reddito pro-capite, che varia da un minimo del 50 per cento

a un massimo dell'83 per cento dei costi sanitari, ogni stato decide quanti servizi/prestazioni sanitarie vuole erogare oltre a quelli che obbligatoriamente eroga per conto del Governo federale.

L'Oregon ha erogato un'ampia gamma di servizi assistenziali con il programma Medicaid finanziato per il 63% (4) dal Governo federale, ma, come molti altri stati non si è potuto permettere di garantire l'assistenza sanitaria a tutti coloro al di sotto del livello federale di povertà. L'Oregon ha dovuto ridurre il proprio livello-Medicaid al 58% del valore definito dal Governo federale per una famiglia composta da 3 persone che nel 1989 ammontava a \$ 10.000 e che ha visto il livello-Medicaid dell'Oregon, quindi, pari a \$ 5.800 o a circa \$ 4.300 rapportati all'attuale costo della vita (5). Attualmente, per stabilire l'eleggibilità di un individuo al programma Medicaid, si considera il patrimonio dell'individuo stesso, ma all'interno del programma proposto sarà accertato solo il reddito con revisioni periodiche semestrali (6).

Nel 1987 l'Oregon ha cercato soprattutto di far fronte ai problemi di finanziamento che derivavano dalla preoccupazione per l'alto tasso di mortalità infantile dello stato. Infatti, per favorire l'assistenza prenatale e per estenderla a 1500 donne e bambini, l'Oregon ha eliminato dal programma Medicaid tutti i trapianti (cuore, fegato, pancreas, midollo) tranne il trapianto della cornea e del rene, di cui l'ultimo finanziato quasi interamente dal programma federale Medicare progettato soprattutto per gli anziani (7).

Ciò ha causato la morte di un bambino di 7 anni, Coby Howard, malato di leucemia, che aveva bisogno di un trapianto di midollo osseo (8). È seguita una forte reazione che alla fine ha costretto il Governo federale ad imporre, a partire dal 1° aprile 1990, la riconsiderazione dei trapianti per i bambini poveri al di sotto dei 21 anni in tutta la nazione (9).

L'Oregon nel 1989 ha provato a fronteggiare l'aumento dei costi in un altro modo. Nel tentativo di estendere il programma Medicaid a tutti co-

Tabella 1 - Stima dei costi indotti dalla proposta Oregon

	1 anno 1993	5 anni 1997	Totale 5 anni
Costi proiettati programmi attuali	925.4	1546.7	6041.8
Costi proiettati con nuova proposta	950.8	1581.7	6280.1
Costo aggiuntivo Medicaid .	24.9	35.0	238.3
Quota Stato	10.1	14.5	45.0
Quota Governo Federale ...	14.8	20.5	143.3
Programmi indotti proposta Medicare	(0.0)	(17.6)	(33.7)
Quota Governo Federale impatto Medicaid/Medicare ...	14.8	2.4	104.6

Dati in milioni US. Fonte: Stato Oregon.

loro che si trovano al di sotto del livello federale di povertà, l'Oregon ha deciso di preparare una lista di prestazioni sanitarie, in ordine di priorità, che sarebbero state garantite fino al limite della disponibilità congiunta dei fondi statali e federali.

L'Alaska è l'unico stato che ha provato a dare un ordine di priorità ai servizi sanitari sebbene l'abbia fatto eliminando semplicemente intere categorie di prestazioni sanitarie senza valutarne l'efficacia e la pubblica utilità (10). Il Colorado ha anticipato, anche se di poco, il programma dell'Oregon, ma il suo sforzo non ha avuto un riscontro pratico essendo l'obiettivo — includere nel programma gli anziani a basso reddito, i ciechi e i disabili (11) — interesse prioritario e privato di forti gruppi di potere. L'Oregon, per prevenire un'opposizione simile a quella manifestata per il programma del Colorado, ha escluso, solo dal progetto dimostrativo, quelle stesse categorie di persone insieme agli orfani degli enti assistenziali. Se il programma dimostra di avere successo queste categorie potranno essere aggiunte successivamente (12).

Allo stesso tempo gli ideatori del programma dell'Oregon possono consolarsi al pensiero che la maggior parte dei costi sanitari per gli anziani sono sopportati dal programma Medicare eccetto per gli anziani lungodegenti e per l'assistenza sociale che fanno parte del programma Medicaid (13).

L'Oregon vuole che il suo programma diventi un modello non solo per i poveri ma per la popolazione in genere. Il Legislatore ha approvato due misure, progettate per estendere la copertura assicurativa dei rischi di malattia, dando una possibilità ai lavoratori e alle altre persone, rendendo così più vasta possibile la fornitura dei servizi sanitari con Medicaid:

— Vengono incoraggiate le piccole imprese ad offrire assicurazioni sa-

nitare agli impiegati e ai dipendenti, offrendo servizi sanitari simili a quelli del programma Medicaid.

— Viene prevista la messa a disposizione di assicurazioni private sanitarie per grossi rischi individuali al 150% del premio medio annuale. È prevista l'erogazione di un sussidio statale per permettere agli assicuratori di coprire dai rischi di malattia tutti coloro che non presentano, sin dall'inizio, buone condizioni di salute.

Nell'Oregon ci sono 400.000 persone non coperte dall'assicurazione sanitaria, circa il 15% se si considera che la popolazione totale è pari a 2,7 milioni, approssimativamente la stessa proporzione tra non-assicurati e popolazione totale dell'intera Nazione (14). Dalle diverse misure previste lo Stato si aspetta di allargare la copertura assicurativa ad un numero di persone che varia da un minimo di 250.000 a un massimo di 400.000. Di questi, 118.000 saranno eventualmente aggiunti ai 130.000 già coperti da Medicaid (15).

Per quanto riguarda la razionalità del momento allocativo, il programma dell'Oregon si focalizza sul livello di efficienza, conseguito dall'erogazione dell'assistenza sanitaria quale variabile determinante. Ciò che il programma propone è di stimolare il diffondersi di contratti aventi come obiettivo la garanzia, per l'utente, di ricevere determinate prestazioni sanitarie, pagate anticipatamente, avvalendosi di organismi simili a delle organizzazioni per la tutela della salute, e compensando questo sforzo con l'aumento dei rimborsi degli onorari, per quanto riguarda il programma Medicaid, al fine di incoraggiare una maggiore partecipazione medica. Attualmente l'Oregon rappresenta uno degli stati con il più basso tasso di rimborso delle prestazioni mediche dell'intera nazione e spende per Medicaid meno in proporzione alla spesa totale dello Stato rispetto a quasi 5 altri stati della nazione (16).

Come è stata preparata la lista delle priorità

Per preparare la lista delle priorità, il Legislatore ha creato una Commissione per i Servizi sanitari (HSC), composta da 11 membri, che inizialmente ha lavorato avvalendosi di 3 sub-commissioni: quella per l'Utilità sociale, quella per i Risultati sanitari, e quella per la Salute mentale e la Dipendenza da sostanze chimiche (MHCD). Man mano che la metodologia si sviluppava se ne sono aggiunte altre 2: quella sui Metodi alternativi e sui Servizi ausiliari.

La Commissione, come prescritto dallo statuto, è composta da 5 medici, da un infermiere della sanità pubblica, da un assistente sociale e da 4 utenti. I 5 medici, come richiesto dallo statuto, sono specializzati rispettivamente in ostetricia, medicina prenatale, pediatria, medicina per adulti, geriatria o salute pubblica. Non sono stati previsti medici chirurgici. Il presidente è un manager, Bill Gregory, proprietario di un'azienda di prodotti per la tutela dei boschi e delle foreste. I membri sono in carica per 4 anni.

I membri della Commissione presiedono le sub-commissioni anche se lo statuto prevede la creazione di un'unica sub-commissione, quella per la Salute mentale e la Dipendenza da sostanze chimiche, designando 10 membri. Le altre sub-commissioni funzionavano nel pubblico interesse; chiunque ne fosse stato interessato poteva parteciparvi e ciò attirò l'attenzione e la partecipazione di numerose persone, tutte con qualche specifico interesse nella questione dell'assistenza sanitaria. Comunque, la preparazione finale della lista della priorità è rimasta di esclusiva competenza degli 11 membri della Commissione per i Servizi sanitari assistiti da uno staff di 6 persone. Quasi tutto lo staff ha lavorato senza alcuna remunerazione aiutato da centinaia

di volontari. Alla Commissione è stato richiesto di preparare la lista una volta ogni due anni. Il costo di queste operazioni viene calcolato da un esperto di matematica attuariale indipendente dalla Commissione.

Non essendo mai esistita una lista del genere, la Commissione non aveva modelli di riferimento. È stata fatta una prova agli inizi del 1989 sotto la direzione di John Golenski, un prete gesuita fondatore del gruppo di studio di Bioetica di Berkeley in California. Sono state compiute delle stime da un panel di professionisti della sanità e di volontari della comunità sociale utilizzando la metodologia dell'« opinione generale » (17). Sono state elencate circa 40 categorie di prestazioni sanitarie. Ai primi posti l'assistenza prenatale, le immunizzazioni e le integrazioni nutritive, agli ultimi posti i trapianti degli organi e le cure per la sterilità (18). Comunque, è stato difficile ottenere delle quantificazioni precise (19) e lo studio non è stato condotto con sufficiente precisione tale da permettere una classificazione distinta delle prestazioni/servizi sanitari in ordine di priorità (20).

Dopo l'esame di diversi metodi, la Commissione ha deciso di utilizzare la misura della Qualità della salute (QWB) sviluppata dal Dr. Robert Kaplan del Dipartimento di Medicina di Famiglia e delle Comunità dell'Università di San Diego in California (21). Questa misura, insieme alla valutazione del costo del trattamento/prestazione sanitaria e alla durata del beneficio che ne deriva, permette di sintetizzare in un solo numero il valore del procedimento, mostrando la quantità di denaro necessaria per ottenere un anno di vita in più ponderato con la qualità della vita (QALY).

Così, un trattamento medico che costa \$ 10.000 e che dà come risultato 10 anni di buona salute avrà come valore 100 dato che è questo l'im-

porto necessario per « acquistare » ciascun QALY.

I costi sono basati su una media dei costi del trattamento sanitario nello stato dell'Oregon ed includono la diagnosi, l'ospedalizzazione, le visite specialistiche, i farmaci e altre prestazioni ausiliarie. I dati di costo sono stati raccolti utilizzando in prima battuta i risultati registrati dal programma Medicaid e successivamente integrati dalle informazioni ottenute dai fornitori delle prestazioni/servizi sanitari. I dati sui risultati sono stati estrapolati dapprima dalla letteratura e successivamente integrati dalle informazioni ottenute da 29 panel composti ciascuno da medici specialisti (22).

Per calcolare il QWB si posizionava il paziente in una delle 23 categorie che meglio descrivevano la sua sintomatologia come, per esempio, lo stato di incoscienza, ustioni su varie parti del corpo, tosse o brevità del respiro, cefalea o capogiri.

Successivamente, la valutazione è stata completata da tre aspetti di vita quotidiana ponendo al paziente questioni del tipo seguente:

Mobilità: il paziente è in grado di utilizzare i mezzi di trasporto pubblico o di guidare un'automobile? Il paziente è relegato in un letto di ospedale?

Attività fisica: il paziente è in grado di camminare da solo o ha bisogno di un bastone, di stampelle o di una sedia a rotelle? Può salire le scale?

Attività sociale: il paziente è in grado di lavorare normalmente o si cura stando in casa? Riesce a svolgere le sue funzioni domestiche o ha bisogno di aiuto?

Ciascuna di queste condizioni è stata classificata secondo una scala numerica che assegna il valore 0 alla morte e 1 all'ottima salute. Particolari condizioni possono lasciare il paziente in coma o in altri stati similmente indesiderabili; queste condizio-

ni sono state valutate con un numero minore di 0. In questo modo le condizioni di salute del paziente potevano essere sommate in modo da formare un unico numero; a ciascuna di esse era attribuito un valore numerico che mostrava quanto vicino era il paziente allo stato di ottima salute.

Così, a un paziente che avesse avuto difficoltà nel camminare sarebbe stato assegnato un peso pari a 0.253; se non fosse stato capace di guidare o di utilizzare i mezzi di trasporto pubblico avrebbe avuto un peso pari a 0.046; se avesse saputo utilizzare da solo una sedia a rotelle avrebbe ricevuto un valore pari a 0.373; se avesse avuto bisogno di aiuto per mangiare o per andare in bagno avrebbe guadagnato un valore pari a 0.106. Il totale che risulta dalla somma di questi quattro valori è pari a 0.778, che, sottratto da 1, il valore attribuito all'ottima salute, produce un valore pari a 0.222. Così, un trattamento medico che aggiungesse 10 anni di vita a un paziente nella condizione di salute descritta sopra produrrebbe solo 2,22 anni di buona salute.

Il confronto con il pubblico

I diversi valori numerici utilizzati nell'Oregon erano il frutto di un'indagine telefonica che aveva coinvolto 1001 intervistati in tutto lo stato. La variabilità del punteggio, da un minimo di 0 per la morte a un massimo di 100 per la buona salute, era stata ottenuta per 30 diverse condizioni di salute e di attività basate sulla scala QWB di Kaplan. L'indagine aveva anche esaminato il grado di frequenza con il quale le 30 condizioni erano diffuse nell'Oregon (23).

Per molti aspetti, i suddetti valori risultarono molto diversi rispetto alla grandissima attenzione dimostrata dai cittadini dell'Oregon ai problemi

nell'attività fisica piuttosto che alla mobilità o all'attività sociale. Gli intervistati considerarono, inoltre, la dipendenza dell'alcool o dalla droga, seguiti dalla capacità di apprendere e di pensiero, le condizioni che incidavano più violentemente sulla qualità della vita (24).

Dodici indagini conoscitive erano state condotte in 7 diverse località al fine di raccogliere le testimonianze di coloro che utilizzavano il programma Medicaid così come di coloro che erano coinvolti nell'erogazione dei servizi sanitari. Comunque, solo 280 testimonianze tra le 1500 registrate avevano dimostrato un grande interesse per la medicina preventiva e per i servizi per la salute mentale e la dipendenza dalle sostanze chimiche. Non emerse niente di utile per determinare quali servizi fossero i più efficaci (25).

Si svolsero anche incontri con la comunità locale, organizzati dall'Health Decisions dell'Oregon, nel tentativo di determinare la frequenza con la quale il pubblico attribui-

sce i diversi valori ad alcune condizioni di salute.

Durante questi incontri al pubblico era stato chiesto di valutare diverse modalità di trattamento delle malattie con i rispettivi risultati attesi, utilizzando i valori: essenziale, molto importante, importante. Tra 9 categorie di trattamento selezionate, al pubblico era stato chiesto di posizionarne tre per ogni valore. Qui di seguito si riporta un esempio di una condizione di trattamento che sarebbe stata probabilmente valutata come « essenziale ».

— Trattamento di un malore improvviso o in via di peggioramento che, con molta probabilità, migliorerà le condizioni di salute del paziente. Se il paziente non riceve le cure necessarie la qualità di vita si ridurrà a un numero minore di anni (26).

Non furono fatti tentativi per stimare specifiche condizioni di salute perché era nota la mancanza delle competenze necessarie nel pubblico intervistato per poter esprimere simili

giudizi. Un tentativo fu fatto per giungere ad un accordo generale sui valori e per determinare le preferenze ma anche questo venne subito abbandonato per lo stesso motivo (27). Emersero comunque 13 valori, espressi dalla comunità locale, ordinati in base alla frequenza con la quale erano stati espressi (tavola 1).

La lista preliminare

Inizialmente la Commissione contava di terminare la sua relazione in 6 mesi, entro il 1° marzo 1990, ma a quella data non aveva ancora sviluppato un metodo capace di omogeneizzare i valori espressi dal pubblico, classificati nella tavola 1. I membri della Commissione contavano anche sull'utilizzo dei loro giudizi in qualità di competenti, ma nessun metodo era stato progettato per omogeneizzare le loro stesse valutazioni. Tutto quello che si poteva fare velocemente era una lista preliminare ordinata in base ai QALY, utilizzando la scala modificata di Kaplan. In effetti questa lista fu preparata nel maggio 1990, ma risultarono così tante irregolarità che la Commissione non l'accettò (28).

I trattamenti sanitari delle condizioni di malattia erano stati classificati in coppia con le stesse condizioni di malattia, come, per esempio, « cancro dell'utero - isterectomia ». Nonostante ci fossero alcune duplicazioni, la lista preliminare contò 1680 trattamenti medico-sanitari ordinati dall'alto verso il basso con quelli meno costosi in alto e quelli più costosi in basso. La collocazione dei valori numerici per individuare la posizione sulla lista delle diverse condizioni di salute mostrò valori più alti, ad esempio, per la ricostruzione plastica della mammella (1181) che della frattura del femore (1284), mentre il riallineamento dei denti storti, alla posizione 19, si trovava tra due

Tav. 1 - Valori espressi dalla comunità locale intervistata in Oregon classificati secondo la frequenza con la quale sono stati espressi durante gli incontri con il pubblico

- 1) Prevenzione - molto alto, in tutti gli incontri
- 2) Qualità della vita - molto alto, in tutti gli incontri
- 3) Costo-efficacia - alto, in più dei 3/4 degli incontri
- 4) Capacità di svolgere le normali attività discretamente alto, in 3/4 degli incontri
- 5) Equità - discretamente alto, in 3/4 degli incontri
- 6) Efficacia del trattamento - medio alto, in più del 50% degli incontri
- 7) Servizi di pubblico interesse - medio, nel 50% degli incontri
- 8) Salute mentale e dipendenza dalle sostanze chimiche - medio, nel 50% degli incontri
- 9) Libera scelta - medio, nel 50% degli incontri
- 10) Compassione della società - medio-basso, in meno del 50% degli incontri
- 11) Impatto sociale - medio-basso, in meno del 50% degli incontri
- 12) Durata della vita - medio-basso, in meno del 50% degli incontri
- 13) Responsabilità personale - medio-basso, in meno del 50% degli incontri

Fonte: Commissione per i servizi sanitari dell'Oregon, « La priorità dei servizi sanitari », Relazione al governatore e alla legislatura, 1991, Appendice F. Relazione degli incontri con la comunità locale, aprile 1990, pagg. 5-6.

condizioni di malattia che si riferiscono al morbo di Hodgkin, un disturbo che può essere fatale se non curato. Trattamenti per i quali ci si aspettava una posizione alta nella lista furono invece allineati in basso (come per esempio l'assistenza ostetrica durante la gravidanza al numero 1028) e, all'opposto, trattamenti per i quali ci si aspettava una posizione bassa furono allineati molto più in alto (come la cura della sterilità alla posizione 73). Alcuni medici membri della Commissione descrissero successivamente la lista come uno « strano miscuglio » (29).

Qualche settimana più tardi la Commissione tentò di utilizzare come test una versione ridotta della lista ma la metà degli elementi contenevano degli errori. Questo spinse un altro medico della Commissione a definire i dati raccolti come « inutili ».

La lacuna più grave dei dati raccolti concerneva le informazioni sui costi e sull'efficacia dei trattamenti. I dati sui risultati dei trattamenti erano perlopiù basati sulla letteratura medica (30), erano pochi gli studi specifici come quello riguardante la chirurgia cardiaca e i trapianti (31). Ciononostante i dati più complessi si riferivano ai tassi di mortalità e non alla qualità della vita e si sapeva molto poco sulle conseguenze di una malattia non curata.

In verità, risultò così difficile calcolare il costo delle conseguenze di una malattia non curata che questo fu ricavato dalla formula costo-benefici utilizzata per valutare l'efficienza (32).

Nel giugno 1990, con la prospettiva di un maggior tempo a disposizione, la Commissione proseguì, creando una nuova sub-commissione per lo studio dei Metodi alternativi, mentre la sub-commissione impegnata nell'analisi dei Risultati dei trattamenti medico-sanitari continuò nella ricerca di costruire una formula, passando in rassegna gli elementi raccolti.

Il metodo delle categorie

Il metodo alternativo adottato si concretizzò in una classificazione basata su delle categorie. Questo metodo fu preso in considerazione come un giusto modo per iniziare a costruire l'intero sistema, soprattutto perché con esso si pose fine alle controversie sulla posizione che determinati trattamenti salva-vita, come i trapianti, dovevano ricoprire, posizionandoli definitivamente ai primi posti.

Inizialmente le categorie erano 26, successivamente la Commissione ne sottrasse o ne cumulò 9 riportando il totale a 17. La classificazione era determinata solo dalla Commissione che, comunque, tenne in considerazione 13 valori, forniti dagli incontri

con la comunità locale, raggruppati in 3 classi (tavola 2).

Come si può vedere dalla tavola precedente, solo 2 dei 13 valori erano stati inclusi in tutte e tre le classi — « Prevenzione » e « Qualità della vita ». Soltanto altri 3 valori erano stati inclusi nella classe più importante — « Attributi essenziali per l'assistenza sanitaria di base » il livello al di sotto del quale nessuna persona potrebbe scendere. Questi erano « Servizi di pubblico interesse » (un trattamento medico-sanitario richiesto da molte persone) e « Impatto sociale » (ad esempio le malattie infettive che, se non curate, mettono in pericolo chi non è contagiato) e « Costo-efficacia ». Né i « Servizi di pubblico interesse » né l'« Impatto sociale » godevano di un'alta posi-

Tav. 2 - Riclassificazione dei valori espressi dalla comunità locale

<i>Valori per la società</i>	
	Prevenzione
	Servizi di pubblico interesse
	Impatto sociale
	Qualità della vita
	Responsabilità personale
	Costo-efficacia
	Compassione della società
	Salute mentale e dipendenza dalle sostanze chimiche
<i>Valori per l'individuo che ha bisogno del servizio sanitario</i>	
	Prevenzione
	Qualità della vita
	Capacità di svolgere le normali attività quotidiane
	Durata della vita
	Salute mentale e dipendenza dalle sostanze chimiche
	Equità
	Efficacia del trattamento
	Libera scelta
	Compassione della società
<i>Attributi essenziali per l'assistenza sanitaria di base</i>	
	Prevenzione
	Servizi di pubblico interesse
	Qualità della vita
	Costo-efficacia
	Impatto sociale

Fonte: Commissione per i servizi sanitari dell'Oregon, « La priorità dei servizi sanitari », 1991, pagg. 21-22.

zione in base alla frequenza con la quale i valori erano stati espressi durante gli incontri con la comunità locale (tavola n. 1), ma la Commissione li ritenne troppo importanti per ignorarli.

Successivamente alla Commissione venne assegnato il compito di ordinare queste classi assicurando al processo di classificazione un consenso generale grazie allo spazio lasciato al dibattito e ai giudizi personali. Comunque, nell'ambito di questa discussione (33) non erano stati considerati i costi dei trattamenti medico-sanitari e non fu dato alcun riconoscimento alla responsabilità personale o al limite, superato il quale, lo stile di vita personale diventa causa di malattie (34).

In base al processo di classificazione descritto sopra furono ordinate 17 categorie in base all'importanza che ad esse era stata attribuita. Ai primi posti furono collocati i trattamenti salva-vita seguiti dall'assistenza alla maternità e dalla medicina preventiva per i bambini. Agli ultimi posti della lista compare una categoria che include tutte quelle prestazioni sanitarie che hanno effetti leggeri o che non hanno effetti sulla qualità della vita (tavola 3). Nessuna classificazione fu fatta per la diagnosi degli stati di malattia che qui si presentano perché questo è un servizio che non ha barriere all'accesso e che quindi si trova in cima alla lista.

La classificazione all'interno delle categorie

Il passo successivo era quello di raggruppare le coppie condizioni di salute-trattamento all'interno delle categorie. Nella lista preliminare ne erano state classificate 1680 ma erano stati esclusi i servizi di medicina preventiva perché non analizzabili con i QALY. La Commissione, attraverso un processo di consolidamento, ri-

Tav. 3 - Le categorie delle prestazioni sanitarie-assistenziali

Classificazione delle categorie ed effetti del trattamento medico-sanitario	Esempi
1. Trattamenti medico-sanitari per impedire il decesso con pieno ristabilimento della salute	Appendicectomia, terapia medica per la miocardite
2. Assistenza sanitaria per la maternità e per le malattie del neonato	Assistenza ostetrica durante la gravidanza; terapia medica per i neonati sottopeso
3. Trattamenti medico-sanitari per impedire il decesso senza il pieno ristabilimento della salute	Terapia medica per la meningite da batteri; riduzione delle fratture delle articolazioni
4. Medicina preventiva per i bambini	Immunizzazione; screening dei disturbi dell'udito e della vista
5. Trattamento di malattie croniche per il miglioramento della salute e della vita del paziente	Terapia medica per il diabete e l'asma; tutti i trapianti
6. Trattamento medico-sanitario per la riproduzione	Controllo della contraccezione, vasectomia
7. Assistenza di conforto	Terapia palliativa nelle situazioni di morte imminente
8. Medicina preventiva odontoiatrica	Pulizia e fluoruro
9. Medicina preventiva di dimostrata efficacia per gli adulti	Mammografia; screening della pressione sanguigna
10. Trattamento di casi acuti, senza pericolo di vita, con pieno ristabilimento della salute	Terapia medica della vaginite; servizio odontoiatrico per il rinforzo dei denti cariati
11. Unico trattamento per casi cronici, senza pericolo di vita, con il miglioramento della qualità della vita	Sostituzione dell'anca; terapia medica per la febbre reumatica
12. Trattamento di casi acuti, senza pericolo di vita e senza il pieno ristabilimento della salute	Ristabilimento del gomito slogato e della cornea lacerata
13. Trattamenti ripetuti per casi cronici, senza pericolo di vita, che migliorano la qualità della vita	Terapia medica dell'emicrania e dell'asma
14. Trattamento di casi acuti, senza pericolo di vita, che accelerano il recupero delle condizioni che limitano il paziente nelle normali attività	Terapia medica delle eruzioni cutanee e delle congiuntiviti acute
15. Trattamento medico-sanitario della sterilità	Fecondazione in-vitro; microchirurgia per malattie dei tuboli
16. Medicina preventiva di minore efficacia per adulti	Asta del livello delle analisi delle urine per l'ematuria negli adulti al di sotto dei 60 anni; sigmoidoscopia per le persone sotto i 40 anni
17. Trattamento di situazioni in pericolo di morte o no che migliorano di poco o non migliorano affatto la qualità della vita	Terapia medica per lo stadio terminale dei malati di AIDS; sostentamento nutritivo per i neonati molto al di sotto del peso minimo (sotto i 500 gr)

Fonte: Commissione per i servizi sanitari dell'Oregon, « Le priorità dei servizi sanitari », 1991, Appendice G, pagg. G-11 e G-12.

duisse il totale a 709, sebbene alla fine della lista fossero stati aggiunti numerosi servizi di medicina preventiva (35). Parte delle eliminazioni erano dovute all'omissione delle prestazioni relative alla salute mentale e alla dipendenza dalle sostanze chimiche (eccetto i servizi di screening) poiché queste prestazioni si sarebbero rese disponibili a partire dal 1993. Per questo motivo fu preparata una lista apposita separata ad integrazione di quella principale (36).

Poiché i servizi di medicina preventiva e altri ancora non erano soggetti all'analisi costi-benefici, il processo di classificazione si focalizzò sulle 10 categorie che erano invece nella condizione giusta per essere analizzate. Come si può vedere nella tavola 3, queste erano le condizioni: 1, 3, 5, 10, 11, 12, 14, 17 (in questo caso la possibilità o meno di essere in pericolo di vita viene presa in considerazione in modo distinto, pari cioè a due condizioni). Le condizioni di salute furono dapprima divise in base alla possibilità di guarigione (quelle che potevano essere curate e quelle che non potevano sperare in una guarigione), e, successivamente, in acute o croniche. Al fine di facilitare questo processo, lo staff della Commissione sviluppò un algoritmo basato perlopiù sulla variazione dei tassi di mortalità e della qualità della salute. Per esempio nella prima categoria furono incluse le malattie acute con pericolo di vita il cui trattamento riduce di almeno il 25% il tasso di mortalità nei cinque anni seguenti il trattamento stesso e riporta i pazienti in almeno il 90% dei casi a un livello molto alto di qualità della vita. Il valore che quindi si attribuisce è pari a 0.9 QWB.

La classificazione fu così terminata sulla base di un procedimento matematico simile a quello utilizzato per la lista preliminare ma più orientato al beneficio e alla qualità della salute piuttosto che al costo. Furono comun-

que posti dei limiti alla durata dei benefici al contrario della situazione precedente che sosteneva il procrastinarsi del beneficio per tutta la vita del paziente. Così, ad esempio, 10 anni per la sostituzione dell'anca è un valore accettabile dato che, in media, ci si aspetta dal beneficio una simile durata prima che ci sia bisogno di un altro trattamento (37).

Tutto questo lavoro fu controllato dai 29 panel di medici e fornitori dei servizi sanitari che avevano precedentemente contribuito allo studio fornendo le informazioni per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti. A questo scopo fu dedicata una grande quantità di tempo, ogni panel in media impiegò circa 100 ore (38). Il risultato della previsione comportò 116 cambiamenti nelle classificazioni e la cancellazione di sei (39).

Nonostante tutto alcuni servizi sanitari rimasero in posizioni non del tutto giuste e i Commissari usarono un test di « ragionevolezza » per aggiustare le classificazioni. Si trattava particolarmente di condizioni di malattia prevenibili o facilmente curabili, che erano state, laddove sembrava giustificato, collocate al di sopra di condizioni gravi o acute (40).

Il processo fu completato con l'approvazione generale della Commissione e fu pubblicata una nuova lista (soggetta ancora a pochi cambiamenti) a febbraio 1991, dopo 18 mesi dall'inizio del lavoro. Una bozza di lista integrativa separata, contenente le condizioni relative alla salute mentale e alla dipendenza dalle sostanze chimiche, fu pubblicata nel marzo 1991.

Versione finale della lista

La Legislatura dell'Oregon ha dichiarato di non potersi permettere il finanziamento della gamma di elementi al di sotto della classe 587, così la tavola 4 mostra come questo con-

dizionerà le coppie di condizioni di salute-trattamento selezionate.

Come si può verificare dalla tavola 4, le prestazioni che saranno erogate con i fondi statali sono comuni, come l'appendicectomia, la sostituzione dell'anca e la cura dell'ernia e molto costose, come le operazioni per il by-pass e la dialisi renale. Altre prestazioni sanitarie, ugualmente comuni, non sono state selezionate come, per esempio, la terapia per la bronchite o l'emorroidectomia. Lo stesso avviene per il costoso supporto nutritivo per i neonati molto al di sotto del peso minimo (che non sarà più erogato), per le prestazioni mediche e chirurgiche per i malati di cancro con bassissime probabilità di sopravvivenza, o per la terapia medica per i malati di A.i.d.s.

D'altra parte, a causa della domanda generale da parte del pubblico, sarà erogata l'assistenza di conforto per tutti i malati terminali a prescindere dalla specifica causa di malattia.

Molta attenzione fu prestata alla correzione degli errori di posizionamento che tanta polemica avevano suscitato quando fu pubblicata la lista preliminare. Così, il trattamento dei denti storti alla posizione 548 ora si trova molto al di sotto del morbo di Hodgkin, alla posizione 189. Similmente, la ricostruzione plastica della mammella alla posizione 600 si trova molto al di sotto della frattura del femore, alla posizione 116. Il posizionamento incongruente di due degli elementi presenti nella lista preliminare sono ora stati invertiti: l'assistenza ostetrica durante la gravidanza alla posizione 21 ora è classificata molto al di sopra della cura della sterilità, alla posizione 602.

Nuove classificazioni per l'H.i.v. e l'A.i.d.s.

L'ultima versione della lista aveva prodotto un cambiamento significa-

tivo nella classificazione dei trattamenti medico-sanitari per l'H.i.v. e per l'A.i.d.s., condizioni di salute che rappresentavano l'interesse principale di potenti gruppi di pressione. Nella lista preliminare, circa un terzo delle prestazioni sanitarie associate alle suddette condizioni di salute si trovavano in basso perché avevano un valore QWB pari a 0. Nessuna condizione relativa all'H.i.v. era posizionata più in alto della linea 677 (si ricorda che nella lista erano state classificate ben 1680 coppie di condizioni di salute-trattamenti) e presentava un valore QWB pari a 0.462. Nessun altro valore QWB relativo all'H.i.v. presentava un valore maggiore di 0.269.

Sull'ultima versione della lista, sono state citate solo quattro prestazioni/trattamenti per l'H.i.v. rispetto agli oltre 150 della lista preliminare, e solo tre hanno ricevuto un'alta posizione: la terapia medica per l'H.i.v. alla posizione 158, l'assistenza di conforto per i malati terminali alla posizione 164, e il trattamento dei contagi casuali alla posizione 255. Soltanto la terapia medica per gli stadi terminali dell'H.i.v. è stata collocata in basso, alla posizione 702 e non sarà erogata.

Nuove classificazioni per i trapianti

Ancora più significanti sono stati i cambiamenti effettuati nel posizionamento dei trapianti. Sulla lista preliminare, questi occupavano le ultime posizioni a causa dei costi elevati e dei bassi valori QWB attribuiti a simili operazioni. Nonostante ciò fosse in armonia con l'analisi costi-benefici, avrebbe certamente suscitato una forte reazione. Dei 19 trapianti comparsi sull'ultima versione della lista, 12 erano stati collocati in una posizione medio-alta, e 7 di questi concernevano i controversi trapianti di midollo osseo. Nonostante tutti i trapianti fossero stati posizionati nella

categoria cinque, questo non esclude che quattro di essi fossero posizionati in basso alla lista, sotto il livello 587, che rappresenta il limite per l'erogazione dei fondi. Le classificazioni per tutte le operazioni di trapianto sono mostrate nella tavola 5.

Nuove classificazioni per i servizi odontoiatrici e della salute mentale

Il programma dell'Oregon prevede il finanziamento dei servizi odontoiatrici e per la salute mentale, con l'esclusione degli handicap mentali. Nella lista preliminare erano stati inclusi sia i servizi odontoiatrici che quelli per la salute mentale ma nell'ultima versione della lista compaiono solo quelli odontoiatrici poiché

il programma non propone la copertura di quelli per la salute mentale prima del 1993. I servizi di screening per la salute mentale trovano la loro collocazione nella lista pubblicata nel mese di maggio del 1991 poiché rientrano nella definizione allargata di medicina preventiva. La sub-commissione per la Salute mentale e per la Dipendenza dalle sostanze chimiche aveva la possibilità di preparare una lista completamente indipendente ma ne preferì una integrativa perché non aveva dubbi sulle maggiori possibilità che quest'ultima avrebbe avuto in merito a una più alta posizione e ad una maggiore sicurezza dei finanziamenti.

I servizi odontoiatrici erano ben posizionati sulla lista preliminare no-

Tav. 4 - Classificazione delle coppie condizioni di salute-trattamento selezionate

Condizione di salute	Trattamento	Categoria	Classe
Polmonite	medico	1	1
Appendicite	appendicectomia	1	5
Disturbo ischemico del cuore	by-pass cardiaco	3	149
Infezione da HIV	medico	5	158
Morte imminente	assistenza di conforto	7	164
Cancro dell'utero	medico e chirurgico	5	186
Stadio terminale della malattia dei reni	medico comprendente la dialisi	5	319
Cataratta	estrazione	11	337
Osteoartrosi	Sostituzione dell'anca	11	399
Denti del giudizio	chirurgico	11	480
Tonsille e adenoide	Tonsillectomia e adenoidectomia	11	494
Ernia senza occlusione	ristabilimento	11	504
Dolore di schiena (spondilosi)	medico e chirurgico	13	586
<i>Tutte quelle al di sotto della classe 587 non saranno finanziate</i>			
Vene varicose	smantellamento/scleroterapia	11	616
Bronchite	medico	13	643
Cancro il cui trattamento non riuscirà a far sopravvivere il 10% dei pazienti per i 5 anni seguenti	medico e chirurgico	17	688
Disfunzione totale	GIFT, fecondità in-vitro	15	696
Emorroidi, AIDS senza complicazioni, stadio terminale dell'infezione HIV	medico	17	702
Neonati molto al di sotto del peso minimo (sotto i gr. 500)	sostentamento nutritivo	17	708

Fonte: Commissione per i servizi sanitari dell'Oregon, « La priorità dei servizi sanitari », 1991, Appendice J.

nostante i bassi valori QWB. Delle 47 condizioni di salute elencate, 34 erano al di sotto di 600 e 40 al di sotto di 1000, rispetto a un totale di 1680 - tuttavia il valore QWB più alto era 0.278. Per la maggior parte, i bassi valori QWB erano controbilanciati dai bassi costi e dalla lunga durata dei benefici, presentando in tal modo dei costi abbastanza bassi per QALY.

Sull'ultima versione della lista, i servizi odontoiatrici non sono in una buona posizione. Il numero delle condizioni è stato ridotto a otto, di cui solo tre vicine o nella posizione medio-alta della lista: le infezioni (165), la prevenzione (166) e le carie (398). E le cinque condizioni restanti rispettivamente alle posizioni: 548, 549, 550, 676 e 697. Non è certo il loro finanziamento una volta che i servizi per la salute mentale saranno inclusi nella lista.

Al contrario, i servizi per la salute mentale ebbero un miglior risultato sulla prima stesura della lista integrativa pubblicata nel mese di marzo del 1991 che sulla lista preliminare. Per esempio, le prestazioni sanitarie per la schizofrenia ricevettero un basso punteggio sulla lista preliminare (1352, 1387, 1464), mentre sulla lista pubblicata nel mese di marzo del 1991 sono state posizionate alla posizione 187, davanti a quasi 6 delle 47 prestazioni sanitarie per la cura del cancro. Rispetto a un totale di 65 servizi per la salute mentale e per la dipendenza dalle sostanze chimiche, 25 servizi sono stati inclusi nei primi 200 e 50 nei primi 500.

La sub-commissione per la salute mentale e per la dipendenza dalle sostanze chimiche ha chiesto il finanziamento rimanendo entro la posizione 480 in modo da coprire le 49 condizioni di salute mentale e di dipendenza dalle sostanze chimiche che ritiene necessarie per l'assistenza di base. Tra queste non sono compresi i servizi di screening che hanno ricevuto un buon posizionamento.

La maggior parte dei servizi per la salute mentale e per la dipendenza dalle sostanze chimiche è compresa nelle categorie 1, 3 e 5 come nella lista seguente:

— *categoria 1*: depressione acuta, episodio singolo, stress acuto post-trauma e delirio indotto dall'assunzione di droga;

— *categoria 3*: diagnosi di abuso di alcool e droga;

— *categoria 5*: distimia, stress cronico post-trauma, dipendenza dall'alcool e dalla droga, problemi nell'alimentarsi, disturbi bipolari, depressione acuta ricorrente, schizofrenia, disturbi personali e di comportamento (41).

Il rischio di suicidio è stato menzionato come la ragione più importante per assegnare ai servizi per la salute mentale un alto punteggio, mentre le condizioni di dipendenza dalle sostanze chimiche sono state posizionate subito dopo i primi posti a

causa delle « proporzioni epidemiologiche, suicidio e incidenti, e costo per la società » (42).

L'alta considerazione attribuita a questi servizi dipende dalla decisione di considerarli come facente parte dell'assistenza sanitaria in generale piuttosto che come episodi isolati di trattamento sanitario, considerati ciascuno come una coppia separata condizione di salute-trattamento medico-sanitario. Come ha espressamente dichiarato la Sub-commissione competente: « L'assistenza sanitaria include particolari condizioni di assistenza (prestazioni ambulatoriali, day-hospital o assistenza domiciliare, ricovero ospedaliero), e qualsiasi servizio o modalità necessaria (terapia individuale, familiare o di gruppo; training attitudinale o terapia occupazionale; controllo del caso; medicazione e controllo della medicazione) (43).

Quello che evidentemente ciò signifi-

Tav. 5 - Classificazione dei trapianti (tutti nella categoria 5)

Condizione di salute	Trapianto	Classe
Morbo di Hodgkin	midollo osseo	209
Altre specifiche anemie aplastiche	midollo osseo	214
Anemia linfocitica acuta, monocitica, mieloide	midollo osseo	244
Agranulocitosi	midollo osseo	249
Leucemia linfoide	midollo osseo	294
Anemia costituzionale aplastica	midollo osseo	307
Leucemia acuta non linfocitica	midollo osseo	311
Stadio terminale della malattia dei reni	reni	312
Atresia biliare	fegato	365
Cirrosi epatica senza accenno di alcool	fegato	366
Disturbi cardiaci	cuore	367
Necrosi del fegato	fegato	368
Diabete mellitus allo stadio terminale della malattia dei reni	pancreas/rene	512
Leucemia mieloma multipla	midollo osseo	523
Neoplasma maligno delle ghiandole endocrine	midollo osseo	524
<i>Tutti quelli al di sotto del livello 587 non saranno finanziati</i>		
Altre deficienze della circolazione degli enzimi	polmone	607
Cancro del fegato	fegato	610
Cirrosi epatica per alcool	fegato	690
Linfoma non di Hodgkin	midollo osseo	691

Fonte: Commissione per i servizi sanitari dell'Oregon, « La priorità dei servizi sanitari », 1991, Appendice J.

fica è che una volta che a un paziente si è diagnosticata la schizofrenia questi acquista il diritto di essere assistito per tutta la durata della sua vita e non solo durante visite ambulatoriali occasionali.

Posizionamenti alti per la medicina preventiva

Quando fu pubblicata la lista preliminare nel maggio del 1990, i difensori dei diritti dei bambini si mostrarono i più duri oppositori del programma dell'Oregon (44). Ciò sembrò strano dato che originariamente i promotori del programma volevano ridurre l'alto tasso di mortalità infantile dello Stato. Ma l'esenzione degli anziani, dei ciechi e dei disabili dal programma rese chiaro a molti, inclusi i pediatri, che il peso maggiore sarebbe andato sulle donne incinte e sui bambini. Man mano che il programma si sviluppava, divenne quindi necessario fare tutto il possibile per proteggere questi gruppi di persone dai tagli nei finanziamenti. Il problema fu sollevato energicamente dalla Commissione nel febbraio 1991 mediante la proposta di dividere la medicina preventiva per i bambini, che era stata posizionata all'interno di una sola categoria, in due — una per gli interventi di conclamato successo come le immunizzazioni — e l'altra per gli interventi il cui successo non è sicuro.

Quello non era che il solo mezzo escogitato per assicurare la medicina preventiva ai bambini. All'unica categoria di servizi di medicina preventiva per i bambini fu dato all'inizio un punteggio pari a 5, ben al di sopra dei punteggi 9 e 16 assegnati alla medicina preventiva per gli adulti.

In conclusione, il punteggio della categoria fu aumentato a 4 dopo che il Coordinatore della Commissione avvertì che tutto quello che si trovava al di sopra del punteggio 5 sarebbe stato considerato come il pacchetto dei servizi sanitari di base.

La Sub-commissione per la salute mentale mostrò lo stesso interesse per i bambini. Si assicurò che le condizioni di salute dei bambini, tranne poche diagnosi, fossero posizionate in alto sulla lista integrativa. Si preoccupò anche che venisse dato un punteggio abbastanza alto a tutte quelle condizioni di salute dei bambini che ostacolano lo svolgersi delle normali attività di un genitore (45).

Il pacchetto dei servizi sanitari di base

Alla Commissione era richiesto, dallo statuto, di preparare soltanto la lista di priorità dei servizi sanitari, lasciando al Legislatore la decisione riguardo alla quantità/numerosità di servizi da finanziare. Ma, nella relazione ufficiale, la Commissione andò oltre proponendo un pacchetto di servizi sanitari di base come « il gradino al di sotto del quale nessuna persona potrebbe scendere ». Questo era composto da tutti i servizi delle categorie ritenute « essenziali » e dalla maggior parte di quelli delle categorie ritenute « molto importante » (46). Le categorie dal numero 1 al numero 9 (tavola 3) erano state indicate come « essenziali », e le categorie dal numero 10 al numero 13 erano state indicate come « molto importante » (47).

Tuttavia, la Commissione si limitò ad una sola precisazione in una nota all'inizio della relazione (48); alcuni servizi della categoria « essenziale » erano stati spostati in categorie « estranee » (o più basse) rispetto al-

la categoria che la giusta classificazione avrebbe suggerito. Non si riuscì, inoltre, a sottolineare che questo concerneva maggiormente i servizi delle categorie « molto importante ».

L'effetto può essere mostrato dal taglio del pacchetto dei Servizi sanitari di base nel punto consigliato dalla Sub-commissione per la salute mentale. La Commissione stessa era riluttante nel dare un simile consiglio limitando la sua raccomandazione alle categorie, ma la Sub-commissione per la salute mentale non aveva inibizioni. Rispetto a un totale di 65 diagnosi relative ai servizi per la salute mentale e per la dipendenza dalle sostanze chimiche, la Sub-commissione voleva che le prime 49 fossero considerate come essenziali e questo richiedeva, per il finanziamento, il posizionamento sulla linea 480 della lista integrativa, o sulla linea 439 sulla lista che non comprendeva i servizi per la salute mentale e per la dipendenza dalle sostanze chimiche che si prevedeva dovesse partire nel luglio del 1992 (49). In verità, il taglio poteva avvenire anche al di sotto della posizione 439 dato che i servizi per la salute mentale e per la dipendenza dalle sostanze chimiche sono costosi e gli esperti di matematica attuariale non li hanno ancora stimati. Ma, anche se il taglio fosse stato fatto alla linea 475 (il punto più vicino alla linea 480 stimata dagli esperti di matematica attuariale), si può dimostrare che un gran numero di servizi delle categorie «essenziale» e «molto importante» non sarebbero stati erogati:

	Servizi totali	Servizi esclusi al di sotto della linea 475	% del totale
Categorie essenziali (da 1 a 9)	366	30	8.25%
Categorie molto importanti (da 10 a 13)	275	141	51.0%
	641	171	26.7%

Prendendo in considerazione entrambe le classificazioni, oltre un quarto dei servizi sarebbero esclusi dal finanziamento e questo accade a oltre la metà dei servizi delle categorie considerate « molto importante ». Con il livello di finanziamento deciso dal Legislatore al punto 587, l'effetto è minore, ma esclude comunque quasi un quinto dei servizi della categoria « molto importante ».

Obiettivi ampliamenti conseguiti

Tuttavia, la Commissione, nel compilare la lista, ha operato una significativa divisione, in senso di priorità, tra la medicina curativa e quella preventiva e fra i servizi ad alta tecnologia e quelli relativi alla maternità, all'assistenza per i bambini e alle condizioni di salute mentale e di dipendenza dalle sostanze chimiche (50). Questo era l'obiettivo dei promotori del programma e il risultato è pienamente conforme ai loro desideri. I promotori hanno avuto successo anche nella silenziosa opposizione con i fautori delle operazioni di trapianto assegnando valutazioni prudenti alla maggior parte di quei servizi (51). Anche il leader della Campagna d'Azione per la Sanità dell'Oregon sembrava essere soddisfatta. Nonostante avesse preferito che il taglio avvenisse alla linea 640 (52), la linea era posizionata abbastanza vicino per dare vittoria al suo sostegno, permettendo, così, ai lobbisti di andare a Washington con un ampio sostegno dello Stato.

- (1) Oregonian, 2 luglio 1991, pag. 88.
- (2) Le percentuali cambiano in base al tipo di assistenza: 51% per il programma AFDC che copre i nuclei familiari con un solo genitore e i nuclei familiari con due genitori quando il capofamiglia è disoccupato; 67% per il Medically Needy che copre le stesse categorie di nuclei familiari del programma AFDC le cui spese mediche, però, riducono la parte restante del reddito al 133% del livello federale di povertà; 85% (recentemente aumentato al 133%) per il programma PLM che copre le donne incinte e i bambini; 49% per il programma GA che copre gli inabili al lavoro per invalidità.
- Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, Appendice I, pag. 11 della relazione di Coopers & Lybrand.
- (3) British Medical Journal, 9 febbraio 1991, vol. 302, pag. 311.
- (4) Oregonian, 10 agosto 1991, pag. D1.
- (5) Oregonian, 26 aprile 1989, pag. D9, e 5 novembre 1989, pag. B2.

- (6) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, pag. 43 e Appendice I, pag. 12 della relazione di Coopers & Lybrand.
- (7) Oregonian, 3 agosto 1988, pag. B1.
- (8) Oregonian, 2 gennaio 1988, pag. E11.
- (9) Oregonian, 28 gennaio 1990, pag. C1.
- (10) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, pag. 5.
- (11) Resoconto della Commissione per i Servizi sanitari, 14 giugno 1990.
- (12) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, pagg. 40, 42, 63 e Appendice I, pag. 12, nota n. 2 della relazione di Coopers & Lybrand.
- (13) Oregonian, 20 agosto 1990, pag. B5.
- (14) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, pag. XVIII, e Appendice C, pag. C-3.
- (15) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, pag. XVIII. Si veda anche Oregonian, 2 maggio 1990, pag. B4 e Commissione per i Servizi sanitari, Legislative Brief, 1989.
- (16) The Health Service Journal, 22 agosto 1991, pag. 19, e The Lancet, 28 settembre 1991, vol. 338, pagg. 808-809.
- (17) Dixon, Jennifer e Welsh, H. Gilbert, « Priority Setting: lessons from Oregon », The Lancet, 13 aprile 1991, vol. 337, pagg. 891-894.
- (18) Oregonian, 26 aprile 1989, pag. D9.
- (19) Oregonian, 4 giugno 1989, pag. D3.
- (20) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, pag. 5.
- (21) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, pagg. 6-7.
- (22) Relazione preliminare della Commissione per i Servizi sanitari, 1° marzo 1990, pagg. 10-11 e il riassunto della metodologia aggiunta al riassunto della legge sui Servizi sanitari di base dell'Oregon pubblicata insieme alla Relazione preliminare.
- (23) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, Appendice C.
- (24) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, Appendice C, pag. C-11.
- (25) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, Appendice E.
- (26) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, Appendice F, relazione dell'Health Decisions dell'Oregon, Appendice A.
- (27) Relazione preliminare della Commissione per i Servizi sanitari, 1° marzo 1990, pag. 6.

- (28) Oregonian, 3 maggio 1990, pag. B1.
- (29) Oregonian, 2 febbraio 1991, pag. C6.
- (30) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, pag. 24.
- (31) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, pag. 24.
- (32) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, Appendice D, pagg. D-1, D-2, D-10, D-18.
- (33) Resoconto della Commissione per i Servizi sanitari, 12 dicembre 1990.
- (34) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, pag. 62 e Appendice F, pag. F-24.
- (35) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, Appendice J.
- (36) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, Appendice H, prima stesura della lista integrativa, 27 marzo 1991.
- (37) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, Appendice D, pag. D-13.
- (38) BMA News Review, settembre 1991, pag. 19.
- (39) Resoconto della Commissione per i Servizi sanitari, 20 febbraio 1991.
- (40) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, pag. 28.
- (41) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, Appendice H, pag. H-15.
- (42) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, Appendice H, pag. H-37.
- (43) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, Appendice H, pag. H-17.
- (44) Resoconto della Commissione per i Servizi sanitari, 14 giugno 1990.
- (45) Resoconto della Sub-commissione per la salute mentale e per la dipendenza dalle sostanze chimiche, 3 aprile 1991.
- (46) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, pag. XIV.
- (47) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, pagg. 69-71.
- (48) Relazione della Commissione per i Servizi sanitari, 1991, pag. XIV.
- (49) Resoconto della Sub-commissione per la salute mentale e per la dipendenza dalle sostanze chimiche, 3 aprile 1991.
- (50) Crawshaw nel Bulletin of Medical Ethics, giugno 1991, pagg. 32-35.
- (51) Oregonian, 21 febbraio 1991, pag. A1.
- (52) Oregonian, 2 maggio 1991, pag. C1.

IL DIBATTITO POLITICO-ISTITUZIONALE E LA VALUTAZIONE DELL'OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT

SOMMARIO: Premessa - La valutazione del piano da parte dell'OTA: Metodologia; L'impatto sul sistema di offerta; L'equità del sistema - Conclusioni.

Premessa

Il piano dell'Oregon rappresenta una esperienza originale che può essere analizzata sotto diverse prospettive. In questa sede ci limiteremo a fornire alcuni spunti di riflessione sul dibattito politico-istituzionale, riportando anche alcune valutazioni tecniche formulate in uno studio dell'OTA (Office of Technology Assessment).

L'iniziativa dell'Oregon, uno Stato della costa pacifica già famoso per analoghe innovazioni istituzionali, deve essere inquadrato sia all'interno della crisi del Sistema sanitario americano, che sotto il profilo del rapporto tra Stati e Governo federale. Il piano è infatti un tentativo di risposta alla crisi del programma Medicaid, che, negli anni '80, si è trovato a dover amministrare la copertura sanitaria ad una crescente quota di popolazione indigente con sempre più scarse risorse finanziarie. Mentre la grande maggioranza delle risposte statali a questa crisi è stata incentrata sulla restrizione dei criteri di eleggibilità al programma Medicaid, permettendo a ristrette fasce della popolazione più povera (spe-

cialmente giovani donne e bambini) un accesso incondizionato al sistema sanitario, lo Stato dell'Oregon ha cercato di perseguire una strada innovativa basata sulla definizione di un limitato pacchetto di servizi sanitari da garantire all'intera popolazione al di sotto della soglia di povertà.

A prescindere quindi dagli aspetti tecnici della proposta, l'analisi di questa innovazione deve essere riportata al più generale dibattito sull'universalità del diritto all'assistenza sanitaria.

In questo senso la proposta presentata nelle pagine precedenti è chiara e lineare: le scarse risorse finanziarie del programma Medicaid devono raggiungere l'intera popolazione indigente, a costo di fornire solo parte dei servizi che la sofisticata medicina americana è in grado di offrire.

Si tratta quindi di un approccio radicale, date la storia e le caratteristiche del sistema sanitario americano. Sebbene la proposta riguardi soltanto i beneficiari di un programma assistenziale pubblico, essa ha implicazioni sull'intera organizzazione del sistema sanitario: per la prima volta nella loro storia ospedali e al-

tre strutture sanitarie si troverebbero a fare i conti con notevoli limitazioni sulla gamma dei servizi erogabili ai pazienti. Sebbene soltanto ad una quota minoritaria dei loro utenti, medici e organizzazioni sanitarie sarebbero chiamati a negare prestazioni sanitarie sulla base di esplicite regole imposte dall'alto.

Se da un lato il dibattito si è concentrato sul riconoscimento o meno di un diritto all'assistenza sanitaria da garantire universalmente, dall'altro la proposta dell'Oregon ha indotto una riflessione attenta sulle caratteristiche e i limiti di un approccio ad impatto neutrale sulla finanza pubblica.

La definizione del pacchetto di servizi erogabile secondo la scelta di un « cut point » su di una lista ordinata per priorità sottolinea con drammaticità le difficoltà di una estensione del diritto alla salute senza una adeguata crescita della spesa sanitaria (principalmente pubblica). Il piano dell'Oregon si pone quindi anche come esemplificazione, probabilmente estrema, di un modello di riforma del sistema sanitario in cui esplicite e sostanziali forme di razionamento dei servizi liberino le risorse necessa-

rie per estendere l'accesso all'assistenza sanitaria.

Passando dal piano dei principi ispiratori (l'estensione del diritto all'assistenza) alle modalità per la loro realizzazione, si registra una ulteriore articolazione del dibattito politico: il fronte dei « riformatori » (principalmente il partito democratico) si presenta spaccato su posizioni non facilmente conciliabili: da un lato coloro sostengono uno sviluppo della copertura pubblica tramite il rafforzamento dell'intervento pubblico e la definizione di criteri espliciti di razionamento della domanda, dall'altro i riformatori dal lato dell'offerta che spingono verso una ristrutturazione tramite l'estensione della « managed competition » e altre forme di razionalizzazione del sistema sanitario nel rispetto delle sue caratteristiche pluralistiche e privatistiche.

Il rilievo nazionale della proposta nasce anche dai rapporti istituzionali tra Stati e Governo federale propri del Sistema sanitario americano. Medicaid è un programma amministrato a livello statale ma con sostegno finanziario proveniente dal livello federale. Per potere garantire il pacchetto razionato di servizi all'intera popolazione al di sotto della soglia di povertà, lo Stato dell'Oregon necessita di una autorizzazione federale.

Sottoposta nell'estate del 1991, l'autorizzazione è stata rifiutata sotto l'amministrazione di Bush nell'agosto del 1992 sulla base di una presunta lesione del diritto d'uguaglianza. Nel novembre dello stesso anno, l'Oregon ha presentato una nuova lista, parzialmente corretta e semplificata, ed è in attesa di una decisione da parte della Health Care Financing Administration; sebbene sia probabile che la nuova Amministrazione autorizzi l'esperimento, suscita qualche perplessità l'aperta opposizione al piano mostrata nella recente campagna elettorale dal neo-eletto vice presidente Gore.

La valutazione del piano da parte dell'OTA

In linea con la tradizione di « policy analysis » americana, il dibattito politico sul piano è stato supportato da diverse autorevoli valutazioni sul piano tecnico. Di seguito presentiamo una breve sintesi del contributo dell'OTA, l'autorevole Office of Technology Assessment del Congresso Americano.

Metodologia

Malgrado in una prima formulazione fossero stati impiegati strumenti riconducibili alla analisi costo-efficacia, la metodologia impiegata per redarre la lista finale sottomessa al Congresso non fa riferimento a strumenti di valutazione economica. Le tre fasi logiche con cui si è arrivati all'ordinamento di priorità costituiscono un percorso di « ricerca del consenso ». Per come strutturato, questo itinerario si è incentrato sui benefici dei servizi, piuttosto che su un rapporto tra costi e benefici delle coppie patologie-servizi. Ne è risultata una lista che non trova forte giustificazione in termini di razionalità economica e che dipende in maniera sostanziale dai giudizi soggettivi degli esperti coinvolti e dalla popolazione intervistata.

In particolare, l'OTA solleva diversi rilievi critici su questo processo.

La lista si presenta incompleta, con duplicazioni e accoppiamenti servizi-patologie illogici. Inoltre, la lista finale presenta alcuni ordinamenti relativi delle coppie patologie-servizi che non sembrano giustificabili rispetto ad alcun criterio razionale; ad esempio, per diverse patologie viene considerata prioritaria la terapia chirurgica (generalmente perseguita in seconda istanza) rispetto a quella medica. Sebbene questi difetti siano da ricondursi all'innovatività del progetto, errati ordinamenti, omissioni di

servizi rilevanti e duplicazioni suscitano preoccupazioni su di un eventuale impiego operativo della lista.

In secondo luogo, il metodo seguito per raggiungere un consenso sull'ordinamento presenta notevoli incongruenze. Non solo non sembra essere stata possibile una valutazione omnicomprendente sull'efficacia di tutti i servizi sanitari potenzialmente erogabili, ma spesso i dati pubblicati in letteratura appaiono in contrasto con le valutazioni prodotte dagli erogatori dei servizi coinvolti nel processo di definizione delle priorità. L'utilizzo di « situazioni medie » come oggetto di valutazione della potenziale efficacia dei servizi appare inoltre particolarmente problematico: il livello di dettaglio permesso da una lista con 600/700 accoppiamenti può implicare che alcuni pazienti vengano curati con scarsissimi benefici attesi e ad altri venga negato il trattamento in situazioni estremamente promettenti.

L'impatto sul sistema di offerta

Un secondo livello di analisi del potenziale impatto del piano riguarda il sistema di offerta. Se da un lato il piano, offrendo una sostanziale estensione della copertura assicurativa, allieverebbe la tensione finanziaria creata dalla c.d. « uncompensated care » (assistenza fornita a persone non coperte da polizze assicurative e generalmente offerta in condizioni di emergenza), dall'altro gli erogatori dovrebbero gestire dei pazienti a cui la gamma dei servizi erogabili viene definita a priori, con tutte le difficoltà dovute all'incertezza (e manipolazione) delle diagnosi, all'incompletezza della lista, alle sue incongruenze, alla variabilità nel tempo dei servizi rimborsabili.

L'OTA mette anche in rilievo come l'eterogeneità della tipologia di erogatori, soprattutto rispetto ai sistemi di rimborso, crei incentivi differenziati che potrebbero indurre di-

scriminazioni sulla base del luogo di residenza e della tipologia di erogatore disponibile.

L'equità del sistema

Il livello di analisi che più ha acceso il dibattito sia tecnico che politico riguarda l'impatto del piano sugli attuali e futuri beneficiari del programma Medicaid. Se il piano dovesse essere realizzato, l'Oregon sarebbe il primo Stato degli U.S.A. a garantire una copertura assicurativa minima a tutti i cittadini al di sotto della soglia di povertà. Essendo però un progetto ad impatto finanziario sostanzialmente neutrale, tale risultato comporterebbe la modificazione del pacchetto di servizi offerti alla popolazione attualmente coperta dal programma. Il piano presenta quindi un notevole effetto redistributivo all'interno della popolazione più povera dello Stato.

Se per la popolazione attualmente non coperta il vantaggio del piano è indiscutibile, per i nuovi beneficiari il risultato verrebbe a dipendere sostanzialmente dal « cut point » del-

la lista (il livello dei servizi erogabili permesso dal budget disponibile) e dall'impatto di alcuni nuovi servizi (soprattutto preventivi) che verrebbero introdotti contestualmente all'implementazione del sistema di razionamento. Anche in una società poco « egalitaria » come quella americana, sembra difficile l'attuazione di un programma che per estendere la copertura assicurativa agli adulti, benché al di sotto della soglia di povertà, riduca in maniera drastica i benefici a categorie estremamente deboli come i bambini e le donne in gravidanza. Il successo di una eventuale implementazione del piano, la sua accettabilità sociale, e quindi il suo sostegno politico, sono perciò dipendenti dalle più generali condizioni finanziarie in cui verranno gestiti i programmi assistenziali nella nuova amministrazione Clinton.

Conclusioni

Malgrado una valutazione positiva sul tentativo di espandere la co-

pertura sanitaria all'intera popolazione indigente, l'OTA sembra dare un giudizio sostanzialmente negativo sul Piano, soprattutto alla luce del fatto che tale sperimentazione verrebbe parzialmente finanziata con risorse federali. La possibilità che alcune categorie di assistiti (specialmente le donne in gravidanza e i bambini) potrebbero diventare inelleggibili per alcuni servizi attualmente erogati da Medicaid, le numerose incertezze e ambiguità, e la stessa filosofia di fondo del piano portano l'OTA a sollevare « serious reservations about the overall demonstration project ».

Oltre alle considerazioni espresse sopra, viene rimarcato come classificare i servizi sanitari in categorie e in accoppiamenti prestazioni-patologie al fine della definizione di un sistema omnicomprensivo di razionamento non appaia un approccio promettente. L'inadeguatezza relativa ai dati di efficacia e di costo delle prestazioni suggerisce come prematuro il tentativo di un sistema globale di ordinamento dei servizi sanitari.

Sanità e impresa

Sezione 5^a

UN'ATTIVITÀ CRITICA NEL GOVERNO DELL'USL: LA GESTIONE DELLE SCORTE

di Manuela Brusoni

SOMMARIO: Premessa - Analisi del problema - La gestione dello stock - Le voci di costo - L'analisi ABC - Il lotto economico - La scorta di sicurezza.

Premessa

La gestione delle scorte, funzione aziendale ormai consolidata, nacque inizialmente come esigenza specifica delle aziende di produzione, per le quali ai diversi livelli del processo produttivo, è vitale calibrare l'esatta consistenza qualitativa e quantitativa dei vari materiali di impiego, allo scopo di rispettare termini ed entità delle consegne. I materiali acquisiti possono essere conservati presso magazzini, da cui vengono successivamente prelevati ed inseriti nel processo produttivo, o immessi direttamente nel processo produttivo stesso; in entrambi i casi per le aziende di produzione la gestione delle scorte è sempre vista come un'attività aziendale subordinata alla produzione: è il programma di produzione che stabilisce quando e quanto comprare.

Sono assimilabili ad un'azienda di produzione tutti quei comparti aziendali in cui si produce effettivamente qualcosa di tangibile (es.: pasti in mensa). In questo caso è possibile, nonché auspicabile, la definizione di un piano di produzione a cui collegare ogni conseguente fabbisogno.

Per quanto riguarda invece azien-

de di tipo « commerciale » che essenzialmente distribuiscono beni e materiali agli utenti finali, e che quindi hanno come obiettivo critico la corretta disponibilità degli stessi, di fatto, il nucleo dell'attività è costituito dalla gestione del magazzino. Il fenomeno scorte è in questo caso assai rilevante, è tra i processi prioritari ed ha una valenza autonoma a tal punto da far formulare un giudizio di efficienza aziendale sulla base dell'accuratezza con cui viene gestito il magazzino: approvvigionare in quantità giusta nel momento giusto.

All'interno della U.s.l. la logica gestionale, ad esempio, della farmacia è assimilabile a quella di un'azienda di distribuzione: infatti la farmacia ha tra le sue finalità essenziali quella di rendere disponibili i farmaci all'utente: ecco perché l'ottica con cui si affronta in questo caso il problema delle scorte è di tipo « commerciale ».

Analisi del problema

In qualsivoglia contesto, gli obiettivi della gestione delle scorte sono i seguenti:

1) garantire la disponibilità dei diversi materiali, con le corrette ca-

ratteristiche quali-quantitative e nel tempo « giusto »;

2) contenere l'investimento finanziario sotto forma di scorte di materiali;

3) contenere l'entità delle risorse destinate alla gestione dei materiali.

In linea teorica è possibile che un'azienda operi senza avere un magazzino: ciò si verifica, ad esempio, per quelle aziende che vendono a catalogo, poiché acquistano sul venduto. Questo tuttavia si può fare:

— se non esistono obblighi normativi specifici;

— se il prodotto non è critico, cioè non è così vitale da dover essere presente nel momento in cui se ne riceve richiesta;

— se l'azienda è l'unica a poter distribuire un determinato prodotto o è monopolista (può così imporre le sue politiche, costringere il cliente ad aspettare che gli si procuri il prodotto);

Manuela Brusoni è docente della Scuola di direzione aziendale, SDA, dell'Università Bocconi di Milano, nonché ricercatrice presso il CeRGAS, Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria.

— se tutti gli altri operatori si comportano allo stesso modo (se il tempo d'attesa per il cliente non cambia).

Tuttavia nel momento in cui un concorrente decide di consegnare il prodotto istantaneamente, qualunque tempo d'attesa diviene inaccettabile e danneggia chi non si adegua.

Se è possibile che un'azienda operi senza scorte, ciò implica che comunque un magazzino si realizzi in qualche punto della catena distributiva, o a livello delle aziende produttrici o a livello di grossisti intermedi.

Per visualizzare in modo molto semplice la gestione delle scorte è utile raffigurare il magazzino come un

serbatoio dotato di un rubinetto d'entrata e di un foro d'uscita (v. figura 1). Il livello di scorte del serbatoio è quel livello « obiettivo » che l'azienda ritiene ottimale per le sue necessità.

Per quanto riguarda la portata in uscita, cioè le richieste di articoli, questa è ritenuta poco controllabile, mentre il foro d'entrata è regolabile dall'azienda, che può decidere quanto e quando acquistare.

In realtà, se non è pensabile controllare od imporre l'andamento delle richieste, è sempre comunque possibile fare delle previsioni sulla domanda futura conoscendo ed elaborando statisticamente la domanda passata. Non è

vero perciò che si debba essere inevitabilmente passivi sul rubinetto d'uscita.

Quando si parla di gestione delle scorte si vuole intendere perciò lo sforzo di stabilire nel modo migliore, dopo aver previsto l'ipotetico andamento della domanda, il livello più conveniente di materiali mediamente presenti nel magazzino, attraverso la formulazione di corrette decisioni di acquisto.

In sintesi una richiesta d'acquisto per un certo materiale viene formulato in base a uno dei due seguenti criteri fondamentali:

1) un ordine di acquisto viene lanciato perché si è calcolato che, in

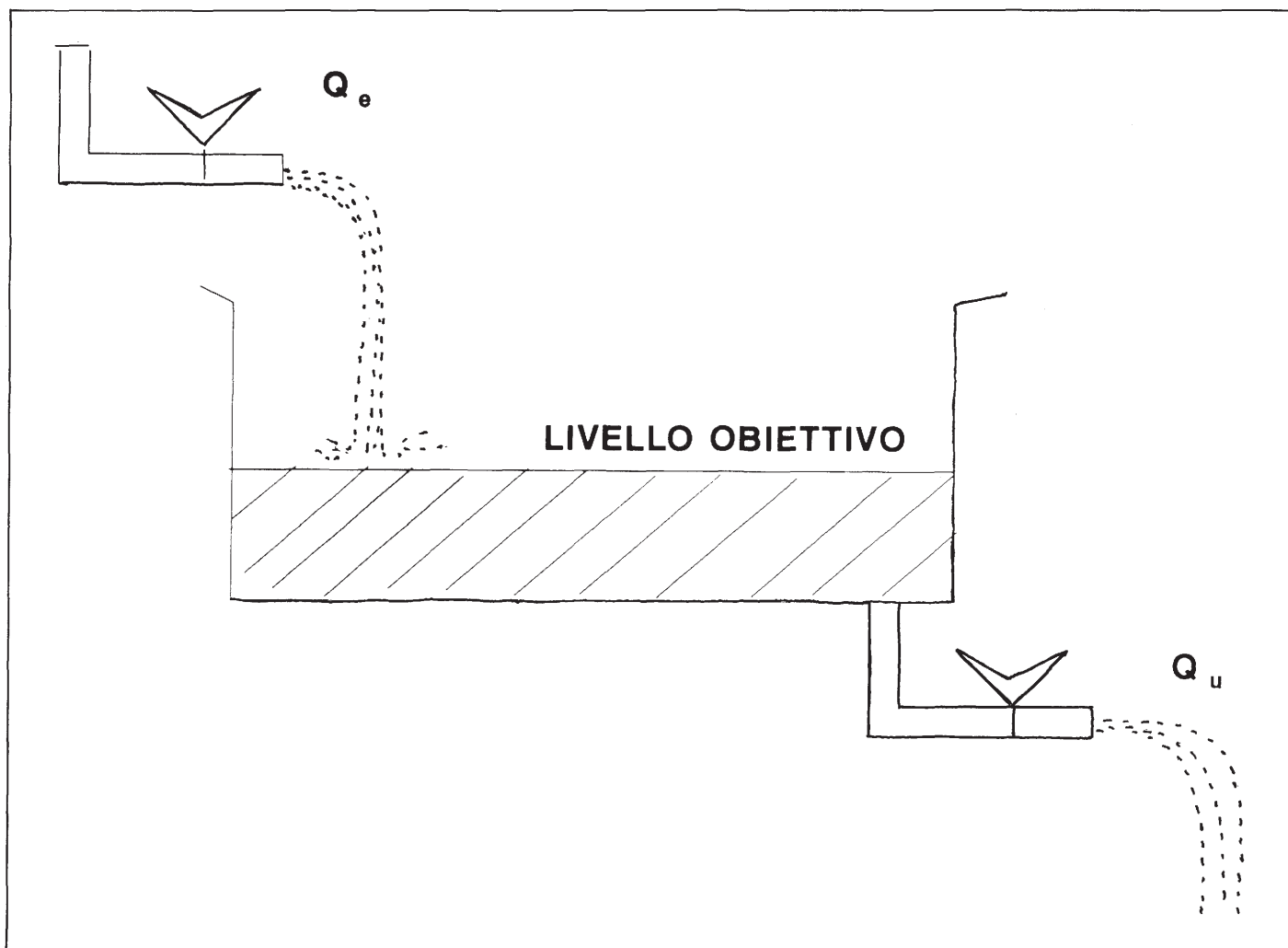


Fig. 1

un determinato istante futuro, si realizzerà il corrispondente fabbisogno (*gestione a fabbisogno*);

2) un ordine di acquisto viene lanciato perché la scorta di quel materiale, a seguito del consumo che si è verificato nei periodi passati è diventata troppo esigua per coprire i fabbisogni che si prevedono per i periodi futuri (*gestione a scorta*).

I grafici della scorta esistente a magazzino (t, q) presentano due aspetti molto diversi per ciascuno dei due

criteri. Per il primo, infatti, detto t_0 l'istante in cui viene lanciato l'ordine, t_1 il momento in cui si ottiene quanto ordinato, t_a il tempo di approvvigionamento pari ($t_1 - t_0$), il diagramma mostra l'andamento della scorta a magazzino.

Più in particolare esprime come, dopo che si è previsto con sufficiente precisione quando e quanto immettere nel processo produttivo, il materiale stazioni in magazzino per un tempo tecnico breve.

dei due criteri sono diverse:

— per il criterio di gestione « a fabbisogno » la logica è proprio quella del calcolo dei fabbisogni futuri sulla base del programma di produzione dei prodotti finiti per i periodi futuri, a cui consegue la corrispondente emissione degli ordini di acquisto;

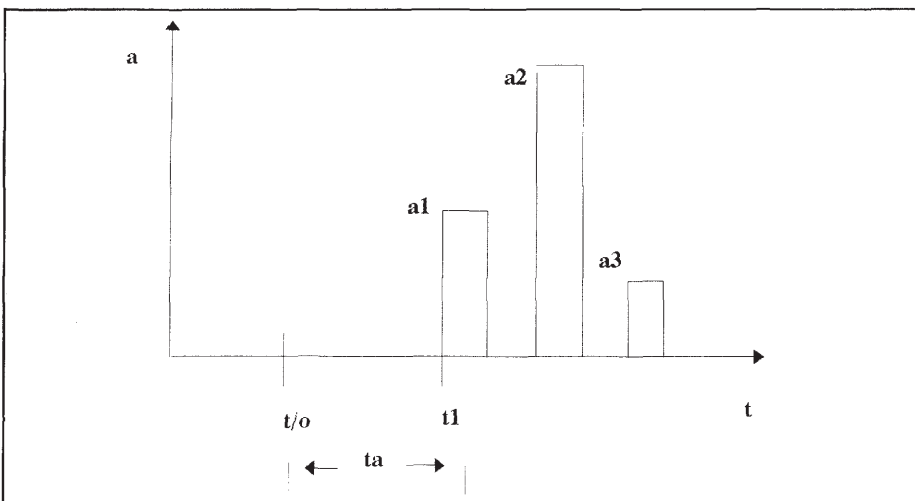
— per il criterio di gestione « a scorta » ci si propone la ricostituzione della scorta che sta per esaurirsi, in modo che non si verifichi mai la cosiddetta « rottura di stock ». Per ciò ci si avvale della conoscenza empirica dei dati di consumo del passato, sulla cui base stimare i consumi futuri.

La scelta del criterio di gestione dei materiali più conveniente è correlata alla natura dell'attività svolta ed alle specifiche operative, in vista del migliore bilanciamento dei tre obiettivi della funzione di gestione dei materiali.

In termini sintetici la scelta del criterio « gestione a scorta » porta ad un metodo che consente in primo luogo di avere i materiali *sempre* disponibili (almeno teoricamente) con la consegna della quantità ordinata prima dell'esaurimento della scorta ancora presente. Il successivo bilanciamento del « quanto » e « quando » ordinare terrà pertanto conto delle conseguenze di natura economico-finanziaria derivanti dall'aver sempre un quantitativo di scorte a magazzino.

La scelta del criterio « gestione a fabbisogno » comporta conteggi ed elaborazioni per risalire dal programma di produzione alle caratteristiche degli ordini di acquisto (qualità, quantità, tempo).

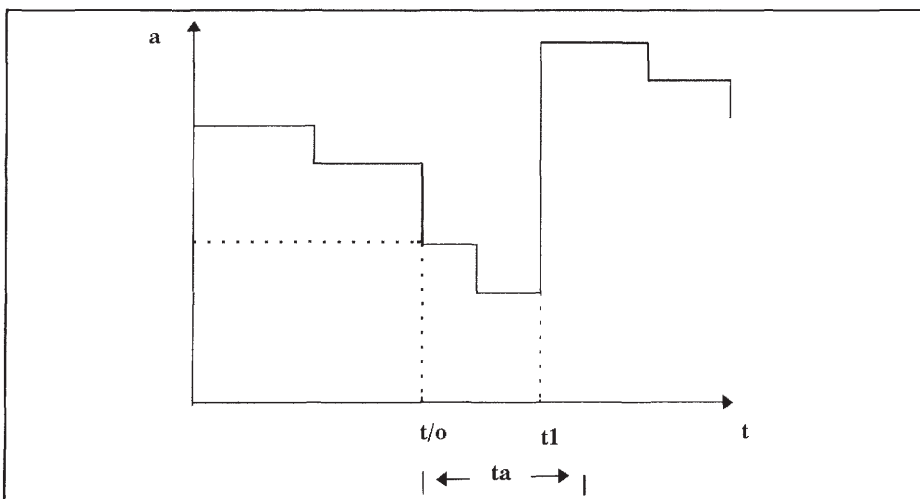
In questo caso si terrà quindi conto delle risorse necessarie per tali elaborazioni valutandone l'entità rispetto ai benefici derivanti. Ad esempio, materiali di elevato valore e di impiego frequente possono giovare di un criterio che lavora a basso livello di giac-



Per l'altro criterio, invece il grafico mostra come essendosi raggiunto, a seguito di prelievi di materiale, un certo livello di scorta q_0 (« scorta troppo piccola ») si verifichi la ne-

cessità di un reintegro della stessa in modo che, dopo un determinato t_a , ci si riporterà ad un consistente valore dello stock di magazzino.

Le filosofie che stanno alla base



cenze (basso fabbisogno finanziario) pur richiedendo un notevole impiego di risorse per pervenire al lancio dell'ordine.

D'altra parte, considerazioni di convenienza, di opportunità e di fattibilità portano ad adottare il criterio della « gestione a scorta »:

1) per materiali la cui domanda a magazzino, ed i relativi consumi, risentono della tipica casualità delle richieste di mercato;

2) se è difficile o organizzativamente poco realistico effettuare una consistente ed affidabile programmazione dettagliata delle attività;

3) per materiali ad elevata frequenza di consumo (es. materiale a consumo molto generalizzato, in molti processi distinti ed in molte e diverse unità operative).

Nelle U.S.I. e negli ospedali poche sono le attività in cui si configurano condizioni di applicabilità del criterio « gestione a fabbisogno » mentre la prevalenza dei casi, come è agevole dedurre dalle considerazioni precedenti, suggerisce l'adozione del criterio « gestione a scorta ».

La gestione dello stock

Per scorta s'intende qualsiasi prodotto conservato a magazzino ed utilizzato in un tempo successivo; in tal modo la scorta è in grado di scolleghere il momento degli acquisti dal momento delle richieste, di cercare di assorbire in tutto o in parte le variazioni della domanda senza far attendere gli utenti, beninteso con il vincolo del minor impiego possibile in scorta.

In realtà la « scorta », di per se stessa, non rappresenta che una veste momentanea assunta dai beni utilizzati dall'azienda, in una delle diverse fasi del loro percorso nel « processo produttivo » o di erogazione di un servizio. Ecco perché, generalmente, si preferisce, con terminologia più

ampia, parlare di « gestione dei materiali », intendendo con ciò una funzione aziendale trasversale che si occupa di presidiare tutti i momenti del transito dei beni nell'azienda dall'ingresso, alla gestione a scorta, all'immissione nel processo produttivo fino all'uscita. Una buona gestione allora consiste nell'ottimizzare in modo coordinato e coerente tutti questi momenti, a partire da quello più a monte, il momento degli « acquisti ».

E ciò specialmente oggi, in cui ci si avvia ad una fase di revisione e mutamento del tradizionale concetto sotteso al rapporto fornitore-cliente. Si sta infatti passando, da una concezione legata al reciproco e migliore « sfruttamento » e cioè alla ricerca, da entrambe le parti del vantaggio massimo in termini di prezzo (anche a costo di penalizzare un rapporto duraturo nel tempo) ad una modalità di intendere il rapporto di scambio in senso autenticamente collaborativo, quale migliore sistema per ottenere vantaggi comuni di lungo periodo e in modo stabile.

Il primo passo allora per un corretto avvio della gestione-scorte richiede la costituzione di un sistema informativo che consenta di documentarsi sulle fonti di approvvigionamento, cioè su tutti i fornitori possibili dell'articolo, sulle loro abitudini e tempi di consegna, sui prezzi e sulle modalità di pagamento, sugli eventuali vincoli di quantità.

Il secondo fronte informativo riguarda le uscite: stima della domanda per articolo/prodotto, natura della domanda, tipi di utilizzatori finali e loro esigenze (clienti che, non trovando l'articolo nel momento in cui lo richiedono non possono aspettare, clienti per cui è invece possibile procrastinare, ed in quale misura, l'ottenimento di quanto richiesto).

In più, sul fronte interno aziendale, è bene valutare i diversi vincoli gestionali:

— vincoli di tipo spaziale (esiste

o meno la possibilità di istituire un magazzino);

— vincoli di personale (avere un magazzino vuol dire anche avere qualcuno che lo faccia funzionare);

— vincoli di tipo finanziario (se esiste o meno la possibilità di investire in scorte).

Le voci di costo

Le scorte sono soggette a due effetti contrapposti. Conservare scorte elevate, da un certo punto di vista può essere *vantaggioso*, prima di tutto perché può costituire un investimento, nel caso in cui un eventuale aumento di prezzo del materiale stoccato sia superiore al tasso medio d'inflazione, in secondo luogo perché si possono ottenere all'acquisto sconti di quantità, realizzando un effetto positivo allorché lo sconto che si ottiene è tale da superare i maggiori costi di magazzinaggio. Inoltre, per acquisti consistenti, si possono ottenere condizioni di pagamento nettamente favorevoli, quali dilazioni dei termini di pagamento o riduzioni sui prezzi unitari, che consentono di portare all'interno dell'azienda un dato quantitativo di materiale a costo zero per un certo periodo di tempo. Gli *effetti negativi* riguardano il costo dell'investimento in scorta, sia che si paghi con capitale proprio, poiché in tal modo si sottrae il capitale con cui si acquista ad impieghi alternativi eventualmente più vantaggiosi, sia che si acquisti con capitale di terzi, oneroso in termini di interessi passivi.

Altri effetti svantaggiosi di un elevato livello di scorte sono costituiti dal rischio di obsolescenza o deperimento del materiale, dai costi di magazzinaggio (la scorta costa perché assorbe risorse, richiede personale dedicato al controllo ed alla movimentazione, appositi spazi dedicati, genera costi di conservazione se ha particolari esigenze di refrigeramento, ri-

scaldamento o condizionamento degli ambienti). In ogni caso i problemi di tipo gestionale delle scorte in un'azienda sono tanto più gravi quanto maggiore è il suo bilancio, quanto più ampio è il ventaglio degli articoli trattati (al crescere del numero degli articoli, una scorta pur minima per ciascuno di essi moltiplica di altrettante volte l'ampiezza del magazzino e di conseguenza l'ampiezza dell'investimento e la necessità di attuare delle accurate politiche di gestione), quanto più instabile e imprevedibile è la loro domanda, quanto più sono problematici gli articoli in sé (di difficile rifornimento o conservazione, se sono articoli il cui ambito di approvvigionamento è regionale o che è necessario approvvigionare all'esterno, se hanno scadenze più o meno brevi, se devono essere conservati con precauzioni particolari).

In forza delle precedenti considerazioni è così possibile focalizzare corrispondenti voci di costo.

Una prima categoria è quella dei *costi di magazzino*, vasta area in cui si possono ritrovare diverse voci di costo: spese di gestione del magazzino, rischio di possibile obsolescenza o deperimento del materiale, tutte le spese di riscaldamento, condizionamento, illuminazione, ecc., costo opportunità del capitale investito.

Il costo opportunità è il tasso di rendimento che massimizza la resa del capitale: fra tutti gli impieghi possibili di un certo quantitativo di denaro, il costo opportunità rappresenta il rendimento del miglior impiego possibile.

Anche per l'investimento in scorte, è necessario far riferimento al costo opportunità, poiché il denaro è comunemente sottratto a migliori impieghi alternativi o, sempre nell'ambito della destinazione ad acquisto di materiali, è importante scegliere quali categorie di articoli privilegiare.

Questa categoria di costi aumenta

con la quantità acquistata e destinata a scorta.

Esistono poi i *costi di ordinazione* che raggruppano un certo numero di voci di spesa: accertamento delle necessità di ordinare (tipico delle aziende maggiori), ricerca del fornitore, trattativa e conclusione (attività di routine se il fornitore è abituale; tuttavia se il fornitore non risponde più alle esigenze dell'azienda, oppure è necessario ampliare l'orizzonte di riferimento per cercare di capire se esiste un'offerta migliore sul mercato, allora il tempo speso per la ricerca del fornitore costituisce un preciso costo), emissione ordini ed eventuali solleciti ricevimento materiale, analisi e collaudo dei materiali ricevuti, registrazione contabili ed amministrative, contabilità fornitori.

I costi di ordinazione diminuiscono al crescere della quantità acquistata.

L'analisi ABC

Uno strumento molto semplice, ma molto utile nel momento in cui è necessario gestire e controllare il magazzino — e soprattutto quando nel magazzino esiste una pluralità di articoli per ciascuno dei quali è necessario decidere il livello di sofisticazione della gestione — è l'analisi ABC.

L'analisi ABC fornisce un criterio di selezione degli articoli, suddividendoli in classi di diversa importanza ed entità, a cui si può decidere se e quale tipo di controllo applicare. Si procede in questo modo: si elencano i materiali in ordine decrescente di *valore*, dato per ogni articolo dal prezzo per il volume di vendita. L'insieme dei valori elencati in modo decrescente, si riporta in un diagramma (figura 2) o curva di concentrazione, descrittiva della si-

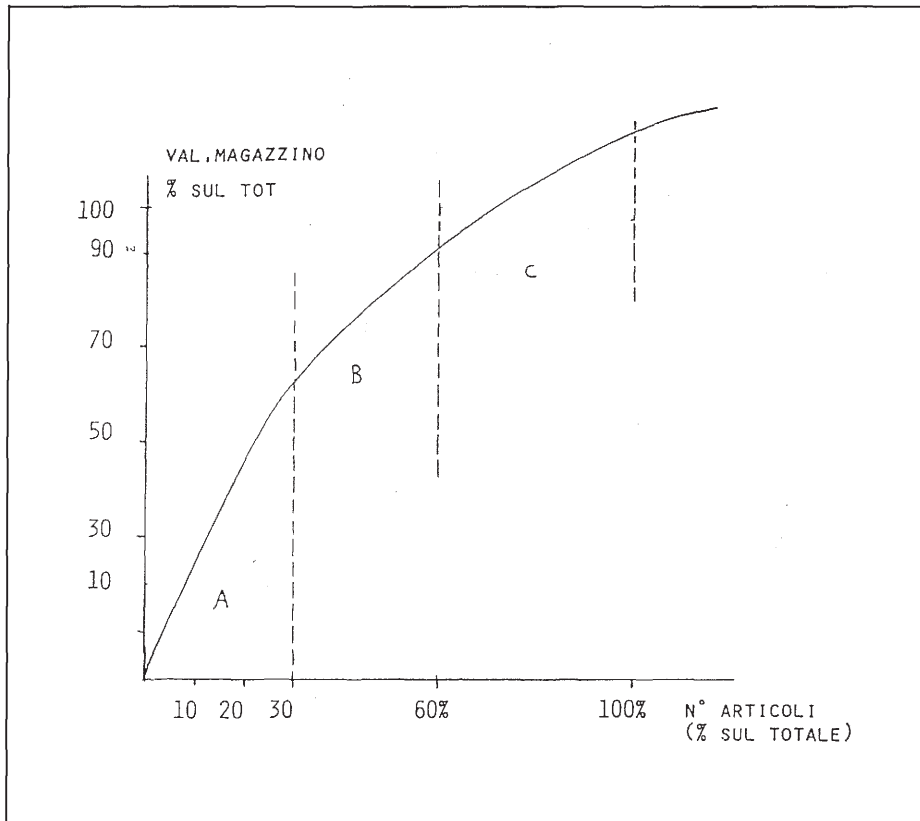


Figura 2

tuazione del magazzino, poiché fornisce una rappresentazione grafica delle aree di articoli in cui si concentra effettivamente il valore del magazzino. Infatti, in corrispondenza dei cambiamenti della pendenza della curva, si possono individuare tre diverse classi. Ad esempio, sempre con riferimento alla figura 2, si legge che il 30% degli articoli sul totale del magazzino costituisce il 70% del valore complessivo delle scorte; in corrispondenza del secondo punto in cui la curva cambia pendenza, si possono individuare quegli articoli intermedi che danno, con il 30% in termini numerici, il 28% del valore del magazzino. Una classe finale, la C, è costituita dal 40% degli articoli che incorporano solo il 2% del valore del magazzino: questa è una classe molto « povera », anche se numericamente molto estesa. Ciò significa che il controllo del magazzino nel suo complesso richiede di monitorare con più intensità e cura quel 30% degli articoli (la classe A) che da soli muovono ed assorbono il 70% del valore totale. Per il gruppo intermedio, la classe B, si può essere un po' meno precisi, mentre addirittura per l'ultimo gruppo si può effettuare un controllo sporadico, considerandolo residuale.

Procedendo in questo modo si classifica il magazzino in termini monetari, utilizzando un criterio di valutazione puramente economico. A ciò si potrebbero opporre diverse obiezioni, poiché si utilizza di certo un criterio riduttivo: gli articoli potrebbero essere classificati secondo una molteplicità di parametri a seconda delle criticità specifiche di ogni magazzino: se l'aspetto critico di un magazzino è la dimensione, vale a dire è ridotto lo spazio disponibile, il volume potrebbe essere l'indicatore determinante nella scelta del materiale da tenere in magazzino. Si potrebbe cioè dover rinunciare agli articoli voluminosi. O ancora, se alcuni artico-

li, pur non essendo di classe A, si comportassero tuttavia come una sorta di « fattore limitante » allo svolgimento di alcune attività, ecco che la loro mancanza arrecherebbe danni ben maggiori del costo causato dal sovradimensionamento della scorta o dal continuo monitoraggio della giacenza.

Data tuttavia la difficoltà e la complessità di classificare secondo fattori diversi dal valore monetario, quest'ultimo risulta essere, pur con tutti i suoi limiti, il modo più immediato per rendere omogenei e confrontabili tutti gli articoli.

È quindi importante raggiungere comunque una prima classificazione, sulla base del valore d'impiego, da contemperare successivamente caso per caso con le specifiche considerazioni qualitative e di opportunità gestionale.

Un indicatore specifico è poi di utile impiego a supporto della gestione del magazzino: il tasso di rotazione. L'indice di rotazione delle scorte esprime il numero di volte in cui uno stock si è completamente rinnovato in un determinato lasso di tempo. Normalmente il periodo di tempo a cui si fa riferimento è l'esercizio inteso in senso tradizionale, cioè l'anno. Può essere espresso in due modi: a quantità, come rapporto fra quantità uscita e giacenza media, oppure a valore, facendo il rapporto fra il valore uscito e il valore di giacenza media.

La giacenza media indica il valore medio delle scorte presenti nel magazzino nel corso dell'anno.

L'indice di rotazione a quantità si utilizza solo per il singolo articolo, a valore invece si può calcolare e confrontare per il magazzino nel suo complesso.

Per quanto riguarda il valore intrinseco del tasso di rotazione esistono valori tipici medi per aziende di diversi settori. Tendenzialmente quanto maggiore è il tasso di rotazione delle

scorte tanto minore è lo stanziamento dei materiali a magazzino: esso dà un'indicazione sull'efficienza del processo di acquisto-magazzinaggio-utilizzo dei materiali misurando la « velocità di transito » di un articolo.

Il lotto economico

Nell'affrontare aspetti più specifici della gestione delle scorte, il problema viene in genere approcciato gradualmente, ponendo come ipotesi di lavoro alcune condizioni semplificate della realtà. Ci si pone cioè nella cosiddetta « condizione di certezza » che facilita l'inquadramento del « quanto » e « quando » acquistare, stabilendo alcuni punti fermi di riferimento.

Le ipotesi di gestione delle scorte in condizioni di certezza sono in primo luogo l'esatta conoscenza della giacenza in magazzino, condizione in apparenza ovvia, ma frequentemente non verificata.

Una seconda ipotesi, più pesante, è che il consumo di materiale, in un dato periodo di tempo, sia costante. Anche se normalmente questo non è vero, è possibile ritenere il consumo costante in un arco di tempo tale per cui le sue variazioni non siano così evidenti da costituire una contraddizione all'ipotesi.

Un ulteriore vincolo semplificato è che il tempo di approvvigionamento sia nullo, intendendosi per tempo di approvvigionamento l'intervallo che intercorre tra il momento in cui si riconosce la necessità di dover ricostituire la scorta ed il momento in cui il rinnovo della scorta è presente in magazzino.

In tale lasso di tempo la quantità di scorta presente al tempo 0 è Q, il consumo è costante e annulla la scorta nel tempo t. A questo punto parte la richiesta di riapprovvigionamento, che riporta istantaneamente la scorta a Q. In questa situazione la giacenza media del magazzino è $Q/2$

ed il tempo in cui si utilizza la quantità Q è t (v. figura 3a).

Come esempio, per fissare le idee, supponendo che l'arco di tempo sia l'anno, che in sei mesi si consumi la

scorta Q e che si riacquisti istantaneamente, per l'articolo in esame, sempre la quantità Q , il comportamento di approvvigionamento potrebbe essere quello di ordinare il pro-

dotto due volte all'anno e per un quantitativo Q pari alla metà del consumo annuo.

Tuttavia se a parità di quantità totale consumata nell'anno si decide di variare il numero di approvvigionamenti, varieranno la quantità di materiale riapprovvigionata ogni volta e la quantità di materiale mediamente a magazzino, e di conseguenza, anche tutti quei costi correlati a questa quantità: costi di approvvigionamento e costi di magazzinaggio (v. fig. 3b).

Al crescere del quantitativo acquistato, e quindi al diminuire del numero di volte in cui si acquista, cresce contemporaneamente la quantità che giace in magazzino e quindi crescono tutti quei costi correlati con l'aumento della quantità (i costi di magazzinaggio) e viceversa, diminuiscono tutti quei costi che diminuiscono all'aumentare della quantità (i costi di acquisto).

Il quantitativo più idoneo da acquistare è perciò quello che rende minima la somma di questi costi, sempre coesistenti, ma con comportamento opposto: se uno diminuisce l'altro aumenta, e viceversa. La curva che descrive graficamente l'andamento del costo totale (figura 4), somma dei due costi precedenti, presenterà un punto di minimo corrispondente al quantitativo ottimale da acquistare ad ogni riordino, tale per cui la somma dei costi della scorta sia il minore possibile.

Analiticamente il quantitativo ottimale da acquistare (o *lotto economico*) si può esprimere in questo modo:

- detti: C = quantità globale annua consumata
- Q = quantità approvvigionata ogni volta
- L = costo di emissione di un ordine (per ipotesi costante)
- P = prezzo di acquisto unitario medio (per ipotesi costante)
- i = costo-opportunità (es. tasso ufficiale di sconto) (per ipotesi costante)

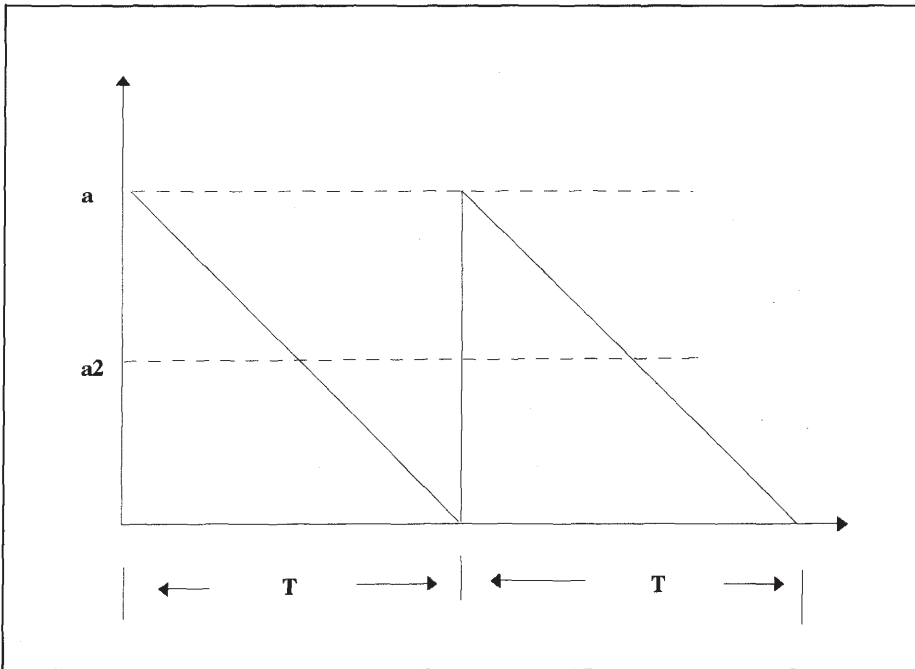


Figura 3a

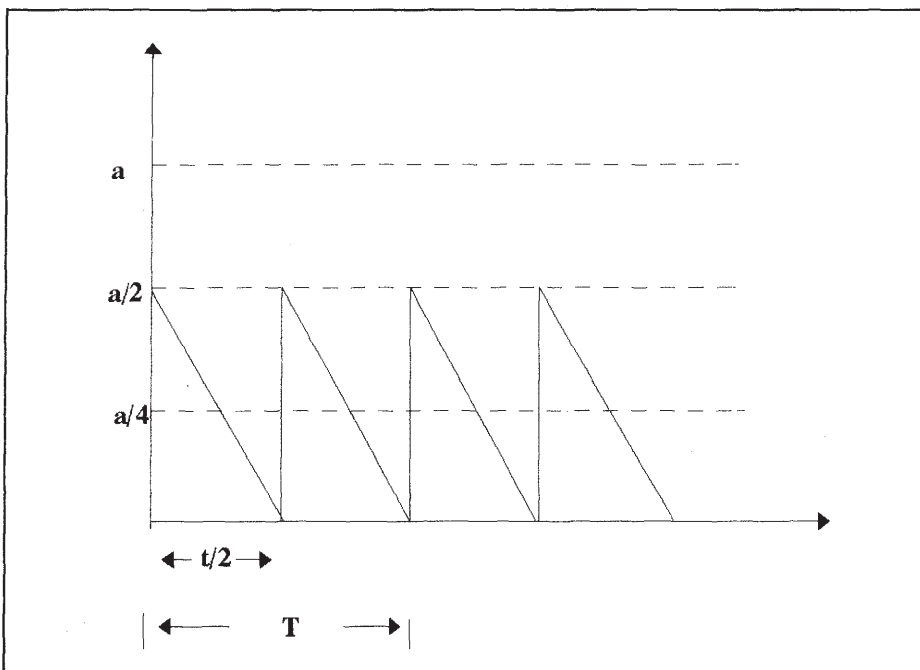


Figura 3b

— il costo di ordinazione è dato da $(C/Q \times L)$

— il costo di magazzinaggio è $(Q/2 \times P \times i)$

— il costo totale sarà:

$$C = C/Q \times L + Q/2 \times P \times i$$

— il punto minimo si ottiene derivando e ponendo uguale a zero la formula del costo totale:

$$dC/dQ = d(C/Q \times L + Q/2 \times P \times i)/dQ = 0$$

Risolvendo si ottiene il lotto economico di acquisto:

$$Q^o = \sqrt{2 CL/Pi}$$

La scorta di sicurezza

Se ipotizziamo ora che il tempo di approvvigionamento non sia nullo, ma sia t_a , si dovrà attendere un certo arco di tempo per avere la merce

in magazzino, dal momento in cui si ci accorge che manca e quindi la si ordina. Bisogna allora definire qual è il livello di giacenza del materiale a cui emettere l'ordine d'acquisto, livello tale da coprire il consumo durante il tempo di attesa dell'approvvigionamento. Come già detto l'ipotesi più condizionante è che il consumo sia in questo periodo costante: si può così fissare il punto di approvvigionamento con una certa tranquillità. Del resto finché c'è merce in magazzino si può far fronte ad ogni eventuale variabilità dei consumi, in quanto non si sono ancora intaccate le scorte da utilizzare in attesa dell'approvvigionamento.

Il problema nasce quando i consumi si comportano in modo diverso dall'ipotesi (sono maggiori) nel momento in cui ci si avvicina ad un bas-

so livello di giacenza; si rischia allora di rimanere senza scorte prima di avere ricevuto il rinnovo.

Se questa situazione per l'azienda è particolarmente pericolosa, e se quindi deve essere evitata, è necessario cautelarsi con uno « stock di sicurezza » in grado di assorbire in tutto o in parte gli squilibri derivati dalla variabilità dei consumi (figura 5).

Per far sì che la scorta di sicurezza non costituisca un ulteriore aggravio in termini di costo di magazzinaggio è necessario tentare di studiare statisticamente l'andamento dei consumi/vendite. Di nuovo per la scorta di sicurezza si pone lo stesso problema delle scorte in generale, e cioè fino a che punto ha senso impiegare del capitale in scorta di sicurezza. Il criterio che guida in questa decisione richiede la valutazione del costo della rottura di stock, cioè del costo che l'azienda subisce come conseguenza della mancata evasione alle richieste.

Se definiamo come « livello di servizio » il rapporto:

$$\frac{\text{domanda annua soddisfatta}}{\text{domanda annua totale}}$$

ogni azienda potrebbe interrogarsi sul valore più idoneo a cui tentare di attestarsi.

Il livello di servizio che si prefigura non è una decisione semplice ed automatica, ma, oltre che funzione degli specifici articoli che si stanno considerando, strettamente correlata agli obiettivi che l'azienda si è prefissata.

Indubbiamente la domanda non soddisfatta crea per la struttura effetti negativi la cui entità (costo della rottura di stock o stock-out) è tuttavia di non agevole quantificazione e variabile da situazione a situazione.

In ogni caso se si stima che sia molto elevato il costo di stock-out, sarà opportuno che venga mantenuto parimenti ed adeguatamente alto il livello di servizio.

Naturalmente più alto è il livello

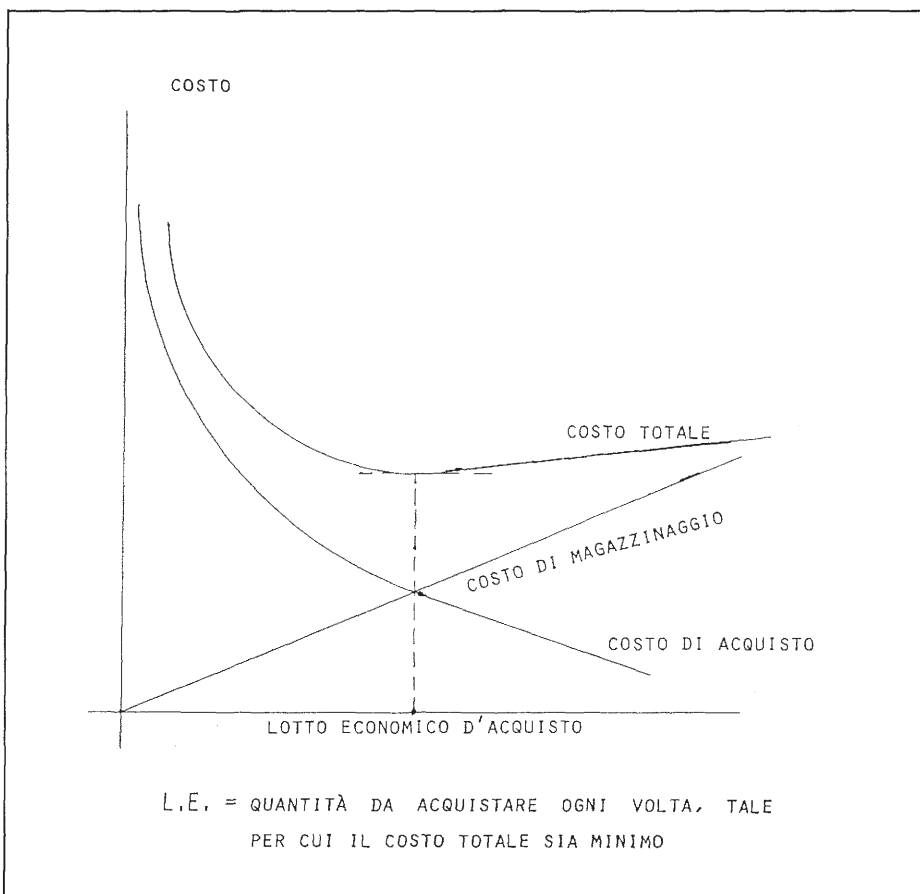


Figura 4

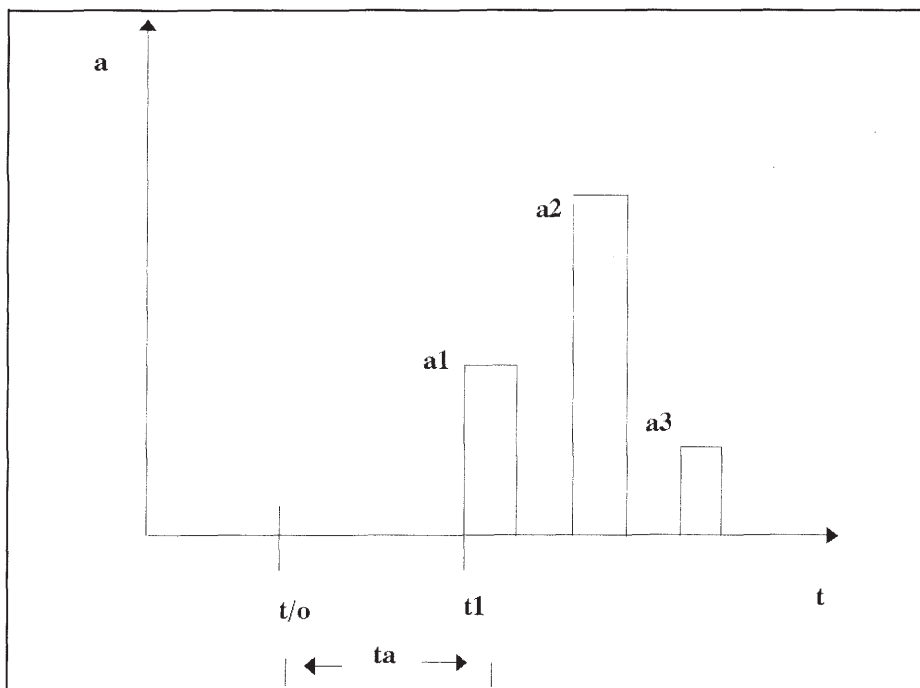


Figura 5

di servizio desiderato e più alta sarà la scorta di sicurezza.

Non si approfondiscono in questa sede gli ulteriori aspetti per la determinazione ed il calcolo della scorta

di sicurezza, rimandandoli ad una successiva trattazione ed ai riferimenti bibliografici.

Giova solo, da ultimo, sottolineare come le risorse di impegno ed at-

tenzione indirizzate alla razionalizzazione del processo di acquisizione-magazzinaggio-utilizzo dei materiali, poiché incidono su una problematica vitale per l'U.s.l. (la disponibilità dei beni) e di significativo peso economico-finanziario (l'U.s.l. è una struttura ad elevata « intensità di acquisto »), nel momento in cui ottengono anche piccoli miglioramenti percentuali, apportano, in termini assoluti, sensibili vantaggi di efficacia ed efficienza globali.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRIANI A., *Programmazione e controllo della produzione industriale*. F. Angeli, 1981.
- DE WITT G., *La gestione delle scorte*. F. Angeli, Milano 1982.
- MARINI G., *La logistica delle imprese commerciali e industriali*. F. Angeli, 1983.
- SCHMENNER R.W., *Produzione*. Ed. Sole 24 ore, Milano 1987.
- URGELETTI TINARELLI G., *La gestione delle scorte*. Etas libri, 1988.

Biblioteca

Sezione 6^a

RECENSIONI

Nancy Alfred Persily et al.

Eldercare: positioning your hospital for the future

American Hospital Publishing, Inc., 1991, pp. 365

Il libro « Eldercare: Positioning your Hospital for the Future » suggerisce un approccio per l'erogazione dei servizi sanitari ospedalieri, nel contesto dei cambiamenti di ordine demografico, epidemiologico e culturale verificatisi negli ultimi anni nel « mercato sanitario » americano.

Gli autori sostengono che l'introduzione dei DRGs ha profondamente mutato lo scenario dell'assistenza sanitaria e in particolar modo l'atteggiamento con cui sia gli ospedali sia i medici operano. La spinta a valutare e a conoscere il mercato, quindi, è molto forte. Le rigide politiche governative di contenimento dei costi e le forti pressioni esercitate dalle assicurazioni hanno fortemente influenzato e cambiato, dal lato dell'offerta dei servizi sanitari, il tipo di scelte operative modificando profondamente la tipologia degli interventi sanitari forniti dalle diverse strutture sanitarie. Minimo comune denominatore è la deospedalizzazione di molte attività cliniche a cui ha fatto seguito una drammatica riduzione dei ricoveri ospedalieri in tutte le classi d'età, eccezione fatta per gli anziani.

Tuttavia, i cambiamenti demografici caratterizzati da un invecchiamento della popolazione danno origine ad un mercato nuovo: quello degli anziani.

Ed è all'analisi di questo nuovo mercato che si indirizza il libro. Suggestendo un nuovo ruolo dell'ospedale nell'erogazione delle cure per l'anziano, non più rivolto esclusivamente alla fase acuta della malattia, ma recuperando il suo ruolo di centro organizzativo di un continuum di assistenza.

Secondo la Persily, solo programmi sanitari innovativi, in particolar modo rivolti agli anziani, permetteranno la sopravvivenza degli ospedali americani nel difficile mercato competitivo, quale è quello statunitense. Questo sicuramente rappresenta un rischio imprenditoriale, ma ha, secondo l'autrice, maggiori possibilità di successo poiché i pazienti-utenti di questo ultimo decennio di secolo, e ancor di più quelli a venire, sono molto più esigenti sia dal punto di vista tecnologico sia dal punto di vista della qualità del servizio. In particolar modo l'utenza ospedaliera sarà rappresentata da persone sempre più anziane ma anche economicamente sempre più in grado di sostenere costi di cure e prestazioni per la salute. In questa particolare realtà gli ospedali dovranno, se vogliono sopravvivere, sviluppare molteplici strategie organizzative orientate a servizi con alto contenuto tecnologico, assistenziale, innovativo, e rispondente ai bisogni della comunità. Gli ospedali degli anni '90 sono così

obbligati, per sopravvivere nel mercato sanitario, ad orientare i loro servizi verso una maggiore attenzione della sfera affettiva, in senso lato, del paziente e della sua famiglia. La centralità del paziente si traduce, quindi, in un continuo interscambio assistenziale tra struttura ospedaliera ed extraospedaliera. Spingendo i diversi managers ospedalieri a mettere a punto politiche sanitarie caratterizzate dalla continuità dell'assistenza, estesa anche al territorio, organizzando una serie completa di servizi di supporto al paziente. L'appropriata presa in carico del paziente si traduce, secondo l'autrice, inevitabilmente in una rispondenza anche ai bisogni dei familiari, che spesso nel caso degli anziani sono i giudici ultimi della qualità del servizio prestato. La nuova politica non può, quindi, che manifestarsi in un ritorno di immagine positiva, che in ultima analisi rappresenta l'obiettivo del manager e la sopravvivenza stessa dell'ospedale.

Il libro si articola in due parti, la prima presenta tre momenti di riflessione riguardo al futuro dell'assistenza sanitaria rivolta agli anziani. La seconda parte è rappresentata da 14 casi studio che si rifanno a diversi contesti ospedalieri, che hanno già ridefinito la loro attività verso un'assistenza di carattere continuativo a favore degli anziani.

Il libro si apre con un capitolo dedicato alle sfide future dell'assistenza agli anziani dove viene sottolineato il bisogno, da parte degli ospedali, di focalizzare l'attenzione sui mutamenti di mercato in termini di quadro demografico di riferimento e di aspettative dell'utenza. Secondo l'autrice per far fronte a questi cambiamenti è indispensabile una strategia manageriale indirizzata su più fronti. Gli ospedali dovranno essere più attenti alle esigenze della comunità, fornendo un servizio qualitativamente elevato sia sul piano umano che tecnologico, caratterizzato anche da una continuità del servizio attraverso interrelazioni con strutture extraospedaliere.

In tale contesto non poteva, quindi, mancare l'analisi del cambiamento demografico e le sue implicazioni sia di tipo economico che sociale. Si evince che la percentuale di anziani negli Stati Uniti, al di sotto della linea di povertà sta diminuendo e, in media stanno aumentando coloro che sopra ai 65 anni possono mantenere un elevato tenore di vita. Queste considerazioni non devono, tuttavia, rappresentare un freno a sviluppare modelli di assistenza alternativi, dove le modalità di azioni sono da ricercarsi essenzialmente nella continuità dell'intervento.

Il secondo punto di riflessione riguarda le strutture organizzative atte a rispondere a queste nuove tendenze di mercato e suggerisce possibili modalità di intervento per attuare il modello assistenziale basato sulla continuità dell'approccio assistenziale alla persona anziana. Questa sezione suggerisce anche l'importanza della valutazione, del giudizio che dà il paziente alla struttura ospedaliera.

Il terzo punto affronta le problematiche finanziarie legate a questo nuovo modello di assistenza suggerendo orientamenti pratici necessari per sviluppare programmi innovativi.

La sezione dei casi riporta l'esperienza di 14 centri, che si sono orientati verso un servizio esteso nel tempo a favore degli anziani, descrivendo queste esperienze. Vengono a questo scopo presi in esame diversi contesti organizzativi, urbani e rurali, pubblici e privati.

Il libro nel complesso è esauriente e di facile lettura. I diversi capitoli possono essere letti indipendentemente, senza nulla togliere all'organicità della struttura. Il testo affronta la problematica dell'assistenza agli anziani in maniera esaustiva, anche se contenuti particolarmente innovativi non vengono espressi. Il libro ha, tuttavia, il merito di riportare esperienze già in corso in alcune realtà ospedaliere statunitensi, rendendo possibile sia il confronto, sia l'approfondimento delle tematiche trattate nella prima sezione.

È da segnalare, oltre alla bibliografia che accompagna ogni capitolo, una bibliografia posta in appendice al libro che si rivela utile a chi fosse interessato ad approfondire l'argomento.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

FORMEZ, EHMA

**La formazione
del management
sanitario.
Prospettive per l'Italia**

Franco Angeli, 1992,
pag. 206, lire 30.000

La formazione, nodale in tutte le organizzazioni, risulta cruciale in quelle che forniscono servizi alle persone, dove l'esito delle prestazioni dipende dalla funzionalità delle strutture, dalla qualità degli interventi e dal comportamento degli operatori. La ricerca, voluta dal Formez e realizzata dall'Ehma, dopo aver fornito un quadro del S.s.n., passa ad analizzare i sistemi di formazione dei quadri di quattro paesi europei; Francia, Gran Bretagna, Spagna, Svezia. Le esperienze straniere sono lette successivamente in rapporto alla situazione italiana e alle iniziative di formazione svolte dalle Regioni.

L'uso più appropriato dello strumento degli indicatori è quello di illustrare in modo coerente e sistematico la struttura e la dinamica del sistema sanitario, con l'obiettivo di permettere validi confronti nel tempo e nello spazio, di segnalare gli andamenti prevalenti e gli scostamenti dalla linea di tendenza e in tal modo da segnalare i fatti anormali che richiedono ulteriori analisi. In questo tipo di impiego degli indicatori si colloca la ricerca condotta dal CRESA relativa all'elaborazione di sistemi di indicatori utili ai livelli di governo regionale e di U.s.l. riguardanti sia la valutazione sanitaria che quella economica.

MAGDA ZANONI
(a cura di)

**Il controllo
del Servizio sanitario
un sistema di indi-
catori**

Franco Angeli, 1991,
pagg. 144, lire 20.000

ASSCO

**L'efficacia
nel settore pubblico**

Franco Angeli, 1992,
pagg. 212, lire 34.000

La necessità di un più efficace funzionamento della pubblica amministrazione, il miglioramento della qualità e dell'efficienza dei servizi offerti alla collettività: questi sono, oggi, temi cruciali per lo sviluppo del sistema-Italia e per il suo adeguamento al contesto internazionale. Le società di consulenza possono dare un notevole contributo, soprattutto a livello organizzativo, mettendo a disposizione anche della pubblica amministrazione quelle competenze specialistiche che, negli ultimi anni, hanno contribuito alla riuscita della ristrutturazione delle imprese. Questa pubblicazione presenta tredici casi emblematici di come la consulenza può aiutare la pubblica amministrazione, offrendo un contributo concreto a tutti coloro che intervengono nei processi di cambiamento.

M. GEDDES

**La salute degli italiani
Rapporto 1992**La Nuova Italia
Scientifica, 1992,
pag. 365, lire 35.000

Questo terzo rapporto sulla salute degli italiani si colloca in una linea di riflessione ormai consolidata, volta ad esaminare i bisogni della popolazione e la risposta che a questi bisogni danno, in termini di efficienza e di accettabilità, le strutture sanitarie. L'obiettivo è quello di offrire un'antologia di anno in anno diversificata dei principali problemi sanitari e di delineare strade percorribili per migliorare la situazione attuale.

Come cambiare la mentalità di chi deve utilizzare tutte le risorse disponibili per poter soddisfare al meglio il cliente? Migliorando il servizio e riducendo progressivamente i costi della non qualità. In altre parole, bisogna tramutare il sistema sanitario in un'industria della qualità! È questa la ricetta che propongono gli autori, i quali dimostrano come, utilizzando l'impostazione e la metodologia del controllo della qualità, si dà priorità all'aspetto della prevenzione, si ottengono diagnosi più accurate e si formano gruppi di lavoro per specifici programmi terapeutici. Il risultato finale è quello di salvare vite umane e ottenere drastiche riduzioni di costi.

SLOAN M.D.
CHMEL M.**La rivoluzione
della qualità
e il sistema sanitario**Editoriale Itaca, 1992,
pagg. 221, lire 48.000M.F. DRUMMOND
G.L. STODDARD
G.W. TORRANCE**Metodi
per la valutazione
economica
dei progetti sanitari**Franco Angeli, 1992,
pag. 226, lire 32.000

La tutela della salute sta diventando molto costosa nei paesi economicamente sviluppati, dove le risorse assorbite dall'attività sanitaria e sottratte al resto del sistema economico rappresentano una quota elevata del P.I.L. L'origine dell'esplosione dei costi cui si sta assistendo risiede principalmente nel fatto che nel settore sanitario l'operare del mercato è fortemente limitato. Da qui la necessità di trovare strumenti in grado di surrogare il mercato, migliorando l'efficienza allocativa delle risorse assorbite dal sistema sanitario. Il lavoro degli autori è utilissimo non solo come « Manuale per il valutatore » ma anche perché permette di fare il punto dopo circa trent'anni di sforzi finalizzati alla ricerca di tecniche in grado di stabilire se e quanto una determinata azione sanitaria sia giustificata dal punto di vista economico, e cioè conveniente per la società.

L'etica sanitaria viene proposta con particolare riferimento alle scuole infermieristiche e in linea con la rinnovata coscienza sul ruolo degli infermieri in difesa della salute. Chiunque guardi con occhio attento al ruolo dell'infermiere non può non accorgersi di quanto questi possa fare nel contatto diretto con l'uomo ammalato, con le persone da assistere, con il cittadino da consigliare o da seguire nei vari percorsi della malattia, della prevenzione e della riabilitazione. Inoltre questa nona edizione, notevolmente ampliata e rinnovata, si propone anche come sussidio di aggiornamento etico-professionale per quanti operano a diverso titolo nel mondo socio-sanitario e come testo di consultazione per quanti desiderano delle chiarificazioni sulle tematiche sanitarie.

DAVANZO G.

Etica sanitariaEditrice Ancora, 1992
pagg. 272, lire 25.000

C. CHERNISS

**La sindrome
del burn-out**

Centro Scientifico
Torinese, 1992
pag. 193, lire 28.000

Il termine « burn-out syndrome », coniato nel 1976 da una psicologa americana, si riferisce ad una situazione osservata con sempre maggior frequenza negli operatori dei servizi socio-sanitari; dopo mesi o anni di impegno, gli operatori « si bruciano », manifestando un atteggiamento o di nervosismo o di irrequietezza o di apatia ed indifferenza nei confronti del loro lavoro. Questa situazione genera, attraverso un tipico processo a spirale, un deterioramento nella qualità del lavoro, che porta, inevitabilmente, ad un ulteriore aumento dell'irritabilità o dell'apatia. Questo volume costituisce una introduzione chiara ed esauriente all'analisi di questo fenomeno che non risparmia nessuna categoria di operatori socio-sanitari e che esercita senz'altro un ruolo determinante nel complesso sistema di sprechi e disservizi di cui soffre oggi l'apparato sanitario socio-assistenziale di quasi tutti i paesi occidentali.

La riforma sanitaria inglese, basata sulle indicazioni della « White paper » dell'amministrazione Thatcher, viene analizzata nei suoi aspetti principali, specialmente riguardo alle problematiche finanziarie che hanno caratterizzato la fine degli anni '80.

Rileggendo la recente storia dell'N.H.S., viene mostrato come anche le vicende più recenti di questa « admirable institution » confermano la bontà e la forza di una scelta istituzionale pubblica quale è il modello del Servizio sanitario nazionale. Il pericolo principale di un approccio di mercato non pianificato è di ridurre la stabilità e la popolarità di un sistema che è stato punto di riferimento per molti paesi industrializzati.

PATON C.

**Competition
and planning
in the NHS
The danger of
unplanned markets**

Chapman & hall, 1992,
pagg. 206

M. McCARTHY
S. REES

**Health Systems and
Public Health Medicine
in the European
Community**

RCP publications, 1992
pag. 81

Il trattato di Maastricht ha attribuito alla C.E.E. competenza nel campo della sanità pubblica. Su questo tema, a tutt'oggi inesplorato, il libro offre un primo contributo. Nella prima parte vengono descritti gli aspetti strutturali della C.E.E. attraverso un breve inquadramento storico sullo sviluppo dei sistemi sanitari in Europa; nella seconda parte, invece, sono puntualmente descritti i sistemi sanitari dei dodici paesi della comunità. Se da un lato ogni singola descrizione può essere letta come contributo autonomo, dall'altro gli autori hanno utilizzato una griglia comune per offrire degli spunti di analisi comparata.

L'ultima parte del libro contiene una discussione più generale sui possibili sviluppi della sanità pubblica nella comunità europea, fornendo anche alcuni utili suggerimenti.

SPOGLIO RIVISTE

(DIVISE PER ARGOMENTI)

- Struttura ed organizzazione dei sistemi sanitari** MOST REVEREND SULLIVAN J.M.
Health Care Reform: toward a Helthier Society
Hospital & Health Services Administration, 1992, 37 (4): 519-532
- ABEL-SMITH B.
Health insurance in developing countries: lessons from experience
Health Policy and Planning, 1992, 7 (3): 215-226
- PAGANI V.
Il riordino della sanità
Isis, 1992, 52:25
- KENNETH ACKERMANN F., III
The movement toward vertically integrated Regional Health Systems
Health Care Management Review, 1992, 17 (3): 81-88
- LEIDL R., JOHN J., MIELCK A., SATZINGER W.,
Perspectives on Health Reporting for the European Community
European Journal of Public Health, 1992, 2 (1): 38-44
- KECK C.W.
Creating a Health Public
American Journal of Public Health, 1992, 82(9): 1206-1209
- MAPELLI V.
Mutue volontarie e assicurazioni private di malattia
Prospettive sociali e sanitarie, 1992 19: 1-4
- IGLEHART J.K.
The American Health Care System'
The New England Journal of Medicine, 1992, 327 (20): 1467-1472
- SIMMONS H.E., RHOADES M.M., GOLDBERG M.A.
Comprehensive Health Care Reform and Managed Competition
The New England Journal of Medicine, 1992, 327 (21): 1525-1528

RICCIARELLI G.
La trasformazione del S.S.N.: dalla L. 4 aprile 1991, n. III alla L. 30 dicembre 1991, n. 412 al D.M. 29 gennaio 1992 ed al progetto di Piano sanitario nazionale 1992/1994
Sanità pubblica, 1992, 7: 867:989

RICCIARELLI G.
Le trasformazioni istituzionali del S.S.N.: dalla L. 4 aprile 1991, n. III alla L. 30 dicembre 1991, n. 412, al D.M. 29 gennaio 1992 ed al progetto di Piano sanitario 1992/1994
Sanità pubblica, 1992, 8/9: 1011-1159

SALTMAN R.B.
Recent health policy initiatives in Nordic Countries
Health Care Financing Review, 1992, 13 (4): 157-172

**Valutazione economica
delle attività sanitarie**

GRENIER B.
Quel traitement en fonction du rapport cout-efficacité?
Journal d'Economie Medicale, 1992, 6: 371:385

**Gestione
dei servizi sanitari**

COUGHLIN T.A., MCBRIDE T.D., PEROZEK M., LIU K.
Home Care for the Disabled Elderly: Predictors and Expected Costs
Health Services Research, 1992, 27 (4): 453-479

GAUTHIER A.K., ROGAL D.L., BARRAND N.L., COHEN A.B.
Administrative Costs in the U.S. Health Care System: the Problem or the Solution?
Inquiry, 1992, 29 (3): 308-320

COLLINS C.D.
Planning General Surgical Services in the N.H.S.: the Surgeon's Perspective
Journal of Management in Medicine, 1992, 6 (3): 23-27

GINN G.O., YOUNG G.J.
Organizational and Environmental Determinants of Hospital Strategy
Hospital & Health Services Administration, 1992

WEIL T.P.
The German Health Care System: a Model for Hospital Reform in the United States?
Hospital & Health Services Administration, 1992, 37 (4): 533-548

CHAN P.S., WAYLAND G.
Evaluating Mergers as a Strategic Option: the Case of Hospitals
Journal of Management in Medicine, 1992 6 (4): 5-16

EASTAUGH S.R.
Hospital Strategy and Financial Performance
Health Care Management Review, 1992, 17 (3): 19-32

WILEY M.M.
Hospital Financing Reform and Case-Mix Measurement: an International Review
Health Care Financing Review, 1992, 13 (4): 119-134

LA RIFORMA DEL SERVIZIO SANITARIO BRITANNICO

a cura di G. France

Introduzione di Elio Borgonovi

Il libro bianco «al servizio dei pazienti»: la riforma del Servizio sanitario britannico. Una valutazione italiana EO.ISR-CNR (1)

La proposta di riforma del N.H.S. si preoccupa di ricostruire uno schema logico di intervento basato su pochi essenziali aspetti. Ciò in coerenza con le indicazioni della teoria secondo cui « all'aumento della complessità di un sistema la capacità del suo governo si recupera attraverso poche, essenziali regole di funzionamento e non attraverso tentativi di regolazione dei vari aspetti di dettaglio che determinano la complessità ».

Un primo elemento dell'impianto logico consiste nella chiara separazione dei processi e delle responsabilità di definizione degli obiettivi e della strategia dai processi e dalle responsabilità sulla loro realizzazione. Nel Libro bianco si afferma che il ministro e tutti gli organi « elettivi », o comunque « rappresentativi », sono responsabili nei confronti della collettività per il grande ammontare della spesa sanitaria », ma che per esercitare in pieno e correttamente tale responsabilità devono costruire un sistema idoneo a « gestire le operazioni » sul piano tecnico, organizzativo ed economico: il ministro e gli altri organi rappresentativi, sia afferma, non devono interferire nello svolgimento delle attività operative, che devono essere governate con criteri tecnici, organizzativi ed economici da organi dotati di una loro autonomia (e conseguente responsabilità) composti da persone qualificate da una specifica professionalità.

Si prevede pertanto a livello centrale l'istituzione di un *Management executive board* (Direttiv di gestione) la cui responsabilità è quella di prendere tutte le decisioni e di attivare tutte le azioni idonee a far funzionare il sistema, a realizzare un efficiente uso delle risorse messe a disposizione dal settore sanitario, in definitiva idonee ad attuare la strategia di intervento.

Il formale riconoscimento dell'importanza della funzione di management assume rilievo anche rispetto al ruolo ed alle responsabilità dei « professionisti » della salute, *in primis* i medici. Si completa il processo logico che ha caratterizzato una serie di interventi sul Servizio sanitario inglese negli anni '80, di separazione della competenza e della responsabilità sugli atti e sulle attività di assistenza (propri dei professionisti del settore) dalla competenza e dalla responsabilità sulle condizioni organizzative che consentono di realizzare gli interventi di assistenza (propri dei manager).

Solo separando tal responsabilità è possibile stimolare una migliore focalizzazione degli uni (i professionisti) e degli altri (i manager) sulle conoscenze e le competenze necessarie a far compiere all'intero sistema quel « salto di efficienza e di funzionalità » che oggi si richiede per affrontare la pressione derivante da esigenze di tutela della salute crescenti a tassi elevati e da vincoli sulle risorse sempre più pesanti.

Un secondo elemento del modello logico è rappresentato dalla forte accentuazione

(1) In *Ragiusan* 1990, n. 75/76/77 ne sono stati pubblicati ampi stralci.

della esigenza di recupero della unitarietà della gestione a tutti i livelli di ospedale e/o di D.H.A. sembra essere dettato non tanto dall'idea di un modello organizzativo di tipo gerarchico, che sarebbe incompatibile con il ruolo, le funzioni e le responsabilità riconosciute ai « professionisti » (medici ed altri), quanto dal riconoscimento che la gestione dell'ospedale o della D.H.A. ed in funzionamento del sistema a livello regionale e centrale hanno caratteristiche di interdipendenza tali da richiedere una responsabilità unitaria. Infatti, vi possono essere responsabilità di gestione delle risorse finanziarie, del personale (specie infermieristico che è il più numeroso), delle strutture fisiche e della tecnologia, ecc., e sono perciò previste figure manageriali per queste specifiche funzioni (manager funzionali), ma è considerata fondamentale una posizione ed una figura cui attribuire la responsabilità del funzionamento nel suo complesso, nella sua unitarietà. Poco o nulla, invece, si dice sui contenuti specifici della funzione del *Chief executive* e sulle modalità di esercizio di tale responsabilità in quanto si tratta di aspetti demandati ad atti di indirizzo del ministero. In coerenza con la natura di proposta di una « strategia istituzionale », il libro bianco si limita a porre il fondamentale problema dell'unitarietà della gestione e a suggerire una soluzione: l'individuazione di una figura cui è attribuita la responsabilità complessiva sulla gestione.

Un terzo elemento della nuova architettura del sistema introdotto dal Libro bianco consiste nel proporre una linea di relazioni manageriali dirette tra il livello centrale, il livello regionale, il livello locale di gestione delle D.H.A. o degli ospedali. Lo schema concettuale di fondo è in sostanza il seguente: occorre tenere distinti gli aspetti di autonomia e di decentramento sugli indirizzi di politica sanitaria dalle esigenze di coordinamento sul piano tecnico operativo dei diversi interventi e dalle esigenze di creare forti linee di responsabilizzazione nell'uso delle risorse e nel rispetto dei criteri di equilibrio della gestione.

Attivando un sistema di relazioni manageriali dirette tra il centro, le R.H.A. e le D.H.A. o gli ospedali si perseguono due obiettivi:

- consentire una più rapida, attenta ed uniforme applicazione degli indirizzi nazionali sull'intero territorio;
- rafforzare il potere degli organi di management nei confronti degli organi politici, rappresentativi delle comunità regionali e locali.

Infatti è evidente che se gli organi manageriali di ospedale o della D.H.A. sono chiamati a rispondere all'applicazione dei criteri di economicità, efficienza e funzionalità *direttamente* ad organi manageriali con responsabilità regionali e questi, a loro volta, sono chiamati a rispondere ad un organo centrale, si crea a livello locale, regionale e centrale un « potere autonomo del management » che interagisce con gli indirizzi, i desideri, le esigenze espresse dagli organi rappresentativi e/o di partecipazione delle comunità locali: ne deriva un sistema in cui si cerca di attivare una « dialettica » tra ambito dell'elaborazione delle politiche sanitarie, espressivo dei bisogni sanitari che sono per definizione differenziati nelle diverse aree, e ambito della verifica della fattibilità tecnica, organizzativa ed economica che esprime l'esigenza di confrontare e valutare le scelte locali con criteri omogenei. Lo scopo è quello di realizzare un decentramento politico-istituzionale senza perdita di controllo del sistema, come accade quando i centri decisionali sulla spesa sono diversi dai centri decisionali responsabili del finanziamento. Tramite il rafforzamento della « spina dorsale » delle responsabilità manageriali, ed attraverso altri interventi che danno autonomia agli ospedali ed alle D.H.A. nella raccolta di proventi dell'attività svolta, si cerca di spostare a livello locale una responsabilizzazione sia sulla spesa che sull'equilibrio economico della gestione, il che dovrebbe, nell'intenzione del Libro bianco, favorire una evoluzione del sistema verso un modello di « decentramento non deresponsabilizzante ». Tale modello viene perseguito tramite il decentramento politico ed un accentramento tecnocratico e manageriale (costituito dalle linee di dipendenza degli organi di management).

Si tratta di un modello che evidenzia la strutturale differenza tra N.H.S. inglese e S.S.N. italiano, dato che quest'ultimo sia nella versione attuale sia nella versione che sta emergendo dalle proposte di sua modifica, si basa sul principio di autonomia istituzionale delle Regioni e degli Enti locali, per cui gli organi di management delle U.s.l. e degli ospedali sono, e sarebbero, comunque nominati e dipendenti degli organi istituzionali (politici) delle Regioni (nel caso prevalga la tesi delle aziende U.s.l. ed aziende-ospedali regionali) e degli Enti locali (nel caso in cui prevalga la tesi delle aziende locali).

La scelta del Libro bianco si fonda sull'ipotesi di sostanziale sfiducia nella possibilità che organi politico-amministrativi locali possano realmente perseguire obiettivi di equilibrio economico. Si ritiene che le spinte degli interessi e delle oggettive esigenze delle differenti aree territoriali finiscano col prevalere, e perciò si scommette sul « bilanciamento » affidato al potere autonomo degli organi manageriali.

La tradizione e le scelte che stanno emergendo nel sistema italiano si fondano invece sulla ipotesi che possano essere rafforzati meccanismi e logiche di responsabilizzazione di tipo istituzionale (ad esempio, fondo interregionale con *obbligo* per le Regioni di coprire l'eventuale disavanzo, oppure obbligo per gli Enti locali di accollarsi l'eventuale disavanzo della gestione della sanità).

Altri autori

GREAT BRITAIN. DEPARTMENT OF HEALTH
Working for Patients
H.M.S.O., 1989

GREAT BRITAIN. DEPARTMENT OF HEALTH
Self-Governing Hospitals
Working Paper 1. H.M.S.O., 1989

GREAT BRITAIN. DEPARTMENT OF HEALTH
Funding and Contracts for Hospital Services
Working Paper 2. H.M.S.O., 1989

GREAT BRITAIN. DEPARTMENT OF HEALTH
Practice Budgets for General Medical Practitioners
Working Paper 3. H.M.S.O., 1989

GREAT BRITAIN. DEPARTMENT OF HEALTH
Indicative Prescribing Budgets for General Medical Practitioners
Working Paper 4. H.M.S.O., 1989

GREAT BRITAIN. DEPARTMENT OF HEALTH
Capital Charges
Working Paper 5. H.M.S.O., 1989

GREAT BRITAIN. DEPARTMENT OF HEALTH
Medical Audit
Working Paper 6. H.M.S.O., 1989

GREAT BRITAIN. DEPARTMENT OF HEALTH
N.H.S. Consultants: Appointments, Contracts and Distinction Award
Working Paper 7. H.M.S.O., 1989

GREAT BRITAIN. DEPARTMENT OF HEALTH
Implications for Family Practitioner Committees
Working Paper 9. H.M.S.O., 1989

GREAT BRITAIN. DEPARTMENT OF HEALTH
Capital Chages: Funding Issues
Working Paper 9. H.M.S.O., 1989

GREAT BRITAIN. DEPARTMENT OF HEALTH
Education and Training for Non Medical Staff
Working Paper 10. H.M.S.O., 1989

GREAT BRITAIN. DEPARTMENT OF HEALTH
Framework for Information Systems: an overview
Working Paper 11. H.M.S.O., 1989

DAVIES W.
Health or Health Service?: reform of the British National Health Service
Knight C., London, 1972

LETWIN O., REDWOOD J.
Britain's biggest enterprise: ideals for radical reform of the N.H.S.
Centre for Policy Studies, London, 1988

BRAZIER J., HUTTON J., JEAVONS R.
Reforming the U.K. Health Care System: a framework for analysis and a review of some recent proposals
Centre for Health Economics. University of York, York, 1988

PIRIE M., BUTLER E.
The Health Alternatives
Adam Smith Institute, London, 1988

SASS H.M., MASSEY R.U.
Health Care Systems: moral conflicts in European and American public policy
Kluwer Academic Publishers, 1988

ROBINSON R.
Efficiency and the N.H.S.: a case for internal markets?
I.E.A. Health Unit, 1988

LUDBROOK A., MAYNARD A.
The funding of the National Health Services: what is the problem and is social insurance the answer?
Centre for Health Economics, University of York, 1988

BUTLER E., PIRIE M.
The Health Alternative
Adam Smith Institute, London, 1988

KING'S FUND INSTITUTE
Health Finance: assessing the options
The Institute, 1988

- AKEHURST R., BAZIER J., NORMAND C.
Internal markets in the National Health Service: a review of the economic issues
York Health Economics Consortium, 1988
- INSTITUTE OF HEALTH SERVICES MANAGEMENT
Working Party on Alternative Delivery & Funding of Health Services. The search for a system-establishing the criteria
Institute of Health Service Management, London, 1988
- MAXWELL R.
Reshaping the National Health Service
Policy Journals, 1988
- GOLDSMITH M., WILLETS D.
Managed Health Care: a new system for better Health Service
Centre for Policy Studies, London, 1988
- BEVAN M., BEVAN G.
Greening the White Paper: a strategy for N.H.S. reform
The Social Market Foundation, London, 1989
- Funding the N.H.S.: which way forward?*
National Association of Health Authorities, Birmingham, 1989
- HARRISON S.
Competing for Health: a commentary of the N.H.S. review
Nuffield Institute for Health Services Studies, Leeds, 1989
- COCHRANE A.L.
Effectiveness and efficiency: random reflections of Health Services
British Medical Journal: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1989
- STOWE K.
On caring for the National Health
Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, 1989
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION
Special report of the council of the British Medical Association on the government's white paper, « Working for patients »
British Medical Association, 1989
- BACH S.
Too high a price to pay? a study of competitive tendering for domestic services in the N.H.S.
Industrial Relations Research Unit, 1989
- MAYNARD A.
Whither the National Health Services?
Centre for Health Economics, York, 1989
- CUNINGHAME K.
« Working for patients »: the government's review of the N.H.S.
The Division, London, 1989

- LEATHARD A.
Health Care provision: past, present and future
Chapman and Hall, London, 1990
- FORMAN N.
The Nationale Health Service: « The debate »
Barnstaple: Philip Charles Media, 1990
- BURSTALL M.L., NEUBERGER J.
The N.H.S. reforms: whatever happened to consumer choice?
The I.E.A. Health and Welfare Unit, London, 1990
- STRONG P.
The N.H.S. under new management
Open University Press, 1990
- CULYER A.J., MAYNARD A., POSNETT J.
Competition in Health Care: reforming the N.H.S.
McMillian, London, 1990
- BIDWELL S., POTTER T., RICE C.
The growing divide: poverty, health and government reform of the National Health Service
West Midlands LOw Pay Unit, Birmingham, 1990
- The privatisation experience: competitive tendering for N.H.S. Services*
Joint Privatisation Research Unit, 1990
- TAYLOR D., MAYNARD A.
Medicines, the N.H.S. and Europe: balancing the public's interest King's Fund Institute and the Centre for Health Economics
Univerity of York, London, 1990
- DRUMMOND M.
Assessing efficiency in the new National Health Services
University of York, Centre for Health Economics, 1990
- Health Affairs (special issue): pursuit of Health reform*
Vol. 3, Chevy Chase, 1991
- CRESA
Le proposte di riforma del N.H.S.: possibilità e problemi di una loro applicazione al S.S.N.
Cresa, 1991
- FRANKEL S., WEST R.
Rationing and rationality in the National Health Service: persistence of Waiting Lists
McMillian, London, 1992
- LEVITT R., WALL A.
The reorganized National Health Service
Chapman & Hall, London, 1992
- LATTIMER M., HOLLY K.
Charity and N.H.S. reform: a report into the changing role of charitable funds in the N.H.S.
The Directory of Social Change, London, 1992

Health dimensions of economic reform
World Health Organization, Geneva, 1992

SALTMAN R., VON OTTER C.
Planned markets and public competition: strategic reform in northern European Health Systems
Open University Press, Buckingham, 1992

SMITH B.A.
Cost containment and new priorities in Health Care: a study of the European Community
Aldershot: Avebury, 1992

BUTLER J.
Patients, policies, and politics: before and after « Working for patients »
Open University Press, Buckingham, 1992

PATON C.
Competition and planning in the National Health Service: the danger of unplanned markets
Chapman & Hall, London, 1992

LOVERIDGE R., STARKEY K.
Continuity and crisis in the N.H.S.: the politics of design and innovation in Health Care
Open University Press, Buckingham, 1992

APPLEBY J.
Financing Health Care in the 1990s
Open University Press, Buckingham, 1992

PETTIGREW A., FERLIE E., MCKEE L.
Shaping strategic change: making changes in large organization: the case of the National Health Service
Sage Publication, 1992

TESI DI LAUREA

Tesi di laurea presentata all'Università Commerciale « L. Bocconi ». Corso di laurea in Economia Aziendale. A.A. 1991/92. Relatore: Elio Borgonovi

“CRITERI DI PROGETTAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA: IL CASO DELL'U.S.L. DI MODENA ”

di Paolo Ferroni

L'Unità sanitaria locale n. 16 ed il comune di Modena a partire dalla metà degli anni '80 hanno intrapreso congiuntamente iniziative programmatiche e progettuali per la riorganizzazione strutturale e funzionale della rete ospedaliera modenese.

Tale rete attualmente si basa su due strutture fondamentali: il vecchio ospedale S. Agostino (risalente addirittura al '500) e il Policlinico la cui costruzione risale alla metà degli anni '60.

Un approfondito studio ha portato nel 1987 alla conclusione che l'ospedale S. Agostino, ormai da tempo inadeguato sotto il profilo funzionale, igienico ed organizzativo, non si prestava ad alcun significativo intervento di ristrutturazione date le caratteristiche strutturali del complesso edilizio, gravato peraltro da insuperabili vincoli connessi al suo valore monumentale ed architettonico.

Pertanto nell'aprile del 1987 le due amministrazioni hanno adottato un « Piano di edilizia sanitaria » finalizzato alla ristrutturazione del Policlinico ed alla edificazione di un nuovo ospedale destinato a sostituire il S. Agostino.

Le due strutture ospedaliere dovrebbero collocarsi ad est ed ovest dell'area urbana, in particolare il polo est (Policlinico) dovrebbe essere la sede principale dell'attività didattica universitaria e delle strutture assistenziali convenzionate.

Il polo ovest (ospedale nuovo) dovrebbe invece essere destinato allo svolgimento di attività integrative della stessa didattica universitaria, oltre che essere sede anch'esso di strutture assistenziali convenzionate.

Lo scopo principale di questo scritto è spiegare come si sia svolto il processo di riprogettazione della rete in questi anni, evidenziando le difficoltà incontrate e le soluzioni adottate per farvi fronte.

Si è ritenuto opportuno premettere all'analisi del caso lo studio degli aspetti qualificanti e delle problematiche connesse alla riorganizzazione ospedaliera.

Pertanto la tesi è suddivisa in due parti, la prima di natura teorica presenta una panoramica degli elementi da considerare nel momento in cui ci si accinge ad analizzare la riprogettazione di una rete ospedaliera.

La seconda parte è invece incentrata sullo studio delle modalità attraverso le quali si è proceduto alla effettiva riprogettazione della rete di Modena.

L'analisi del processo di implementazione della riprogettazione della rete ospedaliera modenese è stata organizzata secondo tre grandi aspetti logici che qualificano un processo di pianificazione:

- 1) l'analisi degli obiettivi e degli indirizzi di programmazione sanitaria nazionale e regionale che hanno costituito i vincoli entro i quali operare;
- 2) considerazioni sui vincoli all'offerta di servizi sanitari erogabili dalla rete ospedaliera, evidenziando le tendenze che si delineano nel campo delle metodiche di offerta e più in generale del trattamento sanitario;
- 3) esplicitazione delle linee guida su cui si fonda il riassetto organizzativo ed edilizio della rete ospedaliera modenese.

Studiando le varie fasi della riprogettazione sono giunti alla conclusione che le difficoltà principali incontrate sono di natura essenzialmente istituzionale, e che gli altri tipi di difficoltà incontrati ne sono in gran parte la conseguenza.

In primo luogo l'incertezza istituzionale in campo sanitario che sta caratterizzando questi ultimi anni. Infatti siamo attualmente in una fase di transizione, in attesa della riforma della legge n. 833/78 la sanità vive in un clima di attesa che si traduce in una maggiore difficoltà ad assumere decisioni.

In secondo luogo l'elevata frammentazione delle responsabilità che caratterizza il nostro assetto istituzionale, infatti ogni materia è di competenza di diversi organi di diversi enti locali, così che anche il prendere una semplice decisione richiede procedure complesse e tempi lunghi.

Almeno per quanto riguarda la frammentazione delle competenze tra U.s.l. e Comune in materia sanitaria, per cui ad esempio esistono strutture di proprietà del Comune ma con vincolo di destinazione sanitaria, il caso analizzato dimostra che è possibile risolverlo positivamente utilizzando un'adeguata metodologia di lavoro.

Infatti nel caso in questione si è fatto ricorso all'attivazione di commissioni composte da esperti dei due enti incaricate di studiare soluzioni alle diverse problematiche connesse alla ristrutturazione.

Collegato al problema dell'elevata frammentarietà delle responsabilità è da sottolineare la mancanza di autonomia finanziaria degli enti locali.

Infatti la causa principale dei ritardi nei lavori è stata proprio la complessità dell'iter per l'ottenimento dei finanziamenti statali per la realizzazione dell'opera.

Un secondo ordine di problemi era implicito nella stessa scelta del contratto-concessione come metodologia di lavoro per l'esecuzione dell'opera.

In effetti l'amministrazione modenese ha affidato ad un consorzio di imprese, selezionato tramite un appalto-concorso, la progettazione e la realizzazione della ristrutturazione sulla base delle linee guida fornite dall'amministrazione stessa tramite un'apposita commissione.

Questa procedura, pur presentando notevoli vantaggi, ha però richiesto molto tempo, cosicché non si è ancora giunti alla stesura completa del progetto esecutivo.

Tesi di laurea presentata alla Facoltà di Economia e Commercio dell'Università degli Studi di Torino. Corso di laurea in Economia e Commercio. A.A. 1991/92. Relatore: Carla Marchese

“L'EFFICIENTE PRODUZIONE DEI SERVIZI E LA TEORIA DEI CLUBS”

di Laura Beltramo

Un primo passo da compiere per indagare l'efficiente produzione di un servizio pubblico locale, quale quello sanitario, consiste nel soffermare l'attenzione sul concetto di efficienza. Come noto, in un processo input-output l'efficienza può essere suddivisa nei seguenti elementi:

- 1) efficienza tecnica;
- 2) efficienza gestionale;

3) livello ottimo di produzione.

La soddisfazione simultanea di queste tre condizioni costituisce l'efficienza Paretiana.

Tuttavia, una piena efficienza economica richiede anche il soddisfacimento di una condizione distributiva la quale postula che qualsiasi trasferimento di risorse fra i partecipanti al processo produttivo non riduca il livello aggregato di benessere.

Di particolare interesse risulta la ricerca delle cause che in generale intervengono a determinare una produzione inefficiente; tra queste, di sicuro rilievo per il Servizio sanitario nazionale, è la cosiddetta « inefficienza X » che si manifesta come la scelta di produrre ad un più alto livello dei costi. Si tratta di uno spreco che, se in apparenza è irrazionale, tuttavia ha una serie di giustificazioni. Una prima spiegazione è data dal fatto che questi maggiori costi nascondono dei « privilegi »; per esempio ritmi di lavoro più bassi.

Altre motivazioni sono la scarsa conoscenza della tecnica di produzione « più efficiente », o anche l'ambiente di mercato in cui si opera. È chiaro, infatti, che minori incentivi ad attuare interventi correttivi si hanno in mercati in cui la pressione concorrenziale è più debole. Infine, per quel che riguarda l'efficienza gestionale, si possono verificare degli scostamenti rispetto alla combinazione ottimale dei fattori produttivi a causa del manifestarsi di « preferenze per un fattore ». Spesso il settore pubblico preferisce o il fattore capitale o il fattore lavoro e si comporta come se il prezzo di tale fattore fosse più basso di quello di mercato.

Per giungere ad una fornitura efficace, oltreché efficiente, è poi opportuno riflettere sulle implicazioni della definizione di « prodotto finale » di un servizio locale come « la variazione del benessere dei residenti in una circoscrizione derivante da un servizio ». La valutazione del prodotto finale offerto richiede la conoscenza di due elementi: il numero di utenti che in modo diretto od indiretto risentono degli effetti del servizio e, soprattutto, la misura del cambiamento nel benessere di questi soggetti.

Sicuramente questa analisi presenta una serie di difficoltà, anche oggettive, nella definizione stessa delle caratteristiche fisiche e qualitative dell'output oltreché nella misurazione della variazione del benessere degli utenti. Ciononostante, è doveroso sottolineare che solo una prospettiva che pone al centro dell'attenzione l'utente ed il suo benessere può indurre ad una gestione efficiente ed efficace.

Tra gli aspetti dell'attuale Sistema sanitario nazionale sui quali si prevede d'intervenire a breve scadenza, vi è la ridefinizione dei confini delle attuali Unità sanitarie locali. Il tema delle relazioni esistenti fra « ottima dimensione », « ottimo livello di fornitura del servizio » ed efficienza è stato l'oggetto principale dello studio qui presentato. Quale supporto teorico dell'analisi è possibile utilizzare la teoria dei clubs elaborata in origine da J. Buchanan. Nella sua formulazione base la teoria prende in considerazione una comunità (club) i cui membri sono chiamati a condividere costi e benefici connessi al godimento di un certo bene o servizio. I risultati a cui si perviene sono le condizioni che permettono di derivare la dimensione e il livello di fornitura del servizio che fanno sì che la comunità sia Pareto efficiente. La struttura molto semplice della teoria include comunque gli elementi più interessanti del problema e cioè: la ripartizione dei costi comuni fra un maggior numero di utenti e l'effetto congestione o affollamento che si manifestano al crescere della dimensione; la possibilità di realizzare economie di scala, insieme alla comparsa di un effetto di saturazione, al crescere della quantità offerta.

In conclusione, se in generale è auspicabile un approccio in termini di efficienza ed efficacia per quel che riguarda il servizio sanitario, allora anche nell'attuale fase di ridefinizione dei confini delle U.s.l. è opportuno avvalersi di strumenti che riconducono a tali principi le scelte operative. La teoria dei clubs, in particolare, si presenta come un supporto versatile, in grado di includere alcune problematiche di specifico interesse, quali gli aspetti redistributivi e l'elemento spaziale.

Tesi di laurea presentata all'Università Commerciale « L. Bocconi ». Corso di laurea in Economia Aziendale. A.A. 1991/92. Relatore: Elio Borgonovi

“SPECIFICITÀ DEI PROCESSI DI COMUNICAZIONE NEI SERVIZI SANITARI”

di Andrea Lupo

Scopo di questo lavoro è dimostrare la necessità di attivare una strategia di comunicazione integrata per migliorare l'efficacia dei servizi sanitari.

La complessità delle argomentazioni esposte, le sensibili differenze riscontrate nella determinazione dei processi di comunicazione, e nel diverso ruolo che la comunicazione assume, ha reso necessario suddividere la ricerca in due parti:

- a) rapporto tra Servizio sanitario pubblico e ambiente esterno;
- b) specificità della comunicazione nel rapporto tra medico e paziente.

Nella prima parte vengono presentate le funzioni e le caratteristiche dei processi di comunicazione nel servizio sanitario, con particolare riferimento alla possibilità di porre in essere un sistema di comunicazione integrata nell'ambito delle strategie di marketing sanitario. Lo scopo è quello di dimostrare come la comunicazione possa contribuire al miglioramento dell'efficacia del servizio offerto.

La seconda parte considera le peculiarità dei processi di comunicazione nel rapporto tra medico e paziente. Ciò che si intende dimostrare è la necessità, per il medico, di acquisire le informazioni essenziali e le competenze comunicative fondamentali per l'attività pratica.

Nel rapporto medico-paziente, infatti, non solo la comunicazione migliora l'efficacia del servizio, ma costituisce di fatto un elemento determinante e prioritario della genesi del servizio stesso.

Per comprendere appieno i meccanismi che regolano il settore sanitario e di conseguenza il ruolo che la comunicazione vi gioca sono stati introdotti alcuni chiarimenti sulla struttura della domanda e dell'offerta dei servizi sanitari. Tali fenomeni sono stati suddivisi per comodità, procedendo attraverso una schematizzazione del percorso che l'utente dei servizi sanitari si trova normalmente a dover seguire, in funzione delle principali fasi che contraddistinguono il processo di formazione della domanda.

La domanda rappresenta l'esito di un processo multifase nel quale giocano un ruolo fattori che condizionano il comportamento del paziente e del personale sanitario: al momento di scegliere entrano in gioco la conoscenza delle opportune offerte e il giudizio su di esse. Ma è proprio su queste variabili che si verificano le principali distorsioni nella risposta ai bisogni.

La struttura dell'offerta evidenzia una certa inadeguatezza nel rispondere ai nuovi bisogni manifestati dall'utenza e comporta un uso strumentale e improprio dei servizi che finiscono col perdere efficacia.

Rimangono sottodimensionate o addirittura inesistenti alcune componenti del servizio che pure vengono ritenute molto importanti dal pubblico quali coordinamento e coerenza dell'attività delle strutture sanitarie, informazione e prevenzione, efficienza del servizio sanitario.

In sostanza si sottolinea da più parti un'effettiva indisponibilità di strumenti istituzionali adeguati per regolamentare in modo razionale e ordinato la domanda.

Spettano quindi all'organizzazione sanitaria i compiti di migliorare la preparazione del servizio, di controllare la riduzione della variabilità della domanda e della risposta, di curare la standardizzazione della relazione tra personale medico e utente.

Il problema di base è allora quello di promuovere azioni tese a costruire e a rafforzare un rapporto di fiducia tra utente e istituzione, condizionare positivamente l'atteggiamento dell'utente e, soprattutto di guidare al servizio favorendo l'accesso al luogo e al tempo della prestazione, riducendo il disagio della ricerca dell'itinerario fisico e burocratico che conduce all'utilizzo del servizio esistente.

La comunicazione può diventare l'asse portante di un processo di integrazione

attiva che, attraverso l'informazione e la formazione, porti ad un vero e proprio coinvolgimento e alla partecipazione dell'utente.

Sviluppata in questi termini la comunicazione potrebbe costituire un'opportunità interessante e contribuire al riorientamento dell'organizzazione sanitaria rispetto ai propri comportamenti e alle proprie relazioni con i clienti-utenti.

Quanto al rapporto tra medico e paziente, la realtà italiana evidenzia una sorta di conflitto tra un'istituzione sanitaria sempre più burocratizzata, che deve assicurare a tutti un adeguato livello qualitativo dei servizi e un individuo che richiede al sistema sanitario un'attenzione preminente ai suoi problemi specifici, alle sue esigenze e soprattutto al rapporto umano.

La stessa definizione del servizio sanitario sarebbe derivabile da un nuovo approccio alla salute non più circoscritto alla cura della malattia, ma allargato al benessere complessivo del cittadino: il servizio non si esaurisce nella prestazione medica ma verrebbe a comprendere, nel suo contenuto sostanziale, altri elementi quali l'attenzione ai problemi emotivi e psicologici derivanti dallo stato di malattia, l'attenzione al prima e al dopo della prestazione.

Parallelamente giungono, dal mondo della sanità, numerosi segnali relativi a un vero e proprio cambiamento nel comportamento del paziente: negoziazione della domanda, ricombinazione di spezzoni d'offerta, personalizzazione del bisogno, desiderio di informazione e comunicazione, sono caratteristiche della domanda, ormai percepite e riconosciute anche dai responsabili dei servizi sanitari, che mettono in crisi il rapporto fiduciario tra medico e paziente.

Un rapporto basato esclusivamente sull'accettazione fideistica dello status e dell'operato medico non è più sufficiente; la fiducia si costruisce oggi con la consapevolezza, con l'informazione, con il dialogo, e cioè con la comunicazione.

Pertanto la salute dell'individuo è strettamente legata alla capacità del medico e dei servizi di raccordare contemporaneamente i vari aspetti sanitari e sociali, attraverso una comunicazione attiva e coerente tra bisogni organici e bisogni sociali. Tale corrispondenza si può realizzare soltanto se il sistema socio-sanitario si organizza adeguatamente superando l'attuale livello di impasse provocato da istituzioni che pure riconoscendo la complessità dei bisogni, non sanno risolverla.

La risposta a queste problematiche non può che passare attraverso una più marcata centralità della comunicazione nella gestione delle risorse umane. È evidente allora che la capacità di comunicare con il paziente diventa uno dei parametri fondamentali sui quali valutare l'attività del medico.

Da « incollare » a pag. 63 del n. 4 di « Mecosan »

Tabella 1

U.s.l.	Capitolo 001 (R.N.D. 31-12-1991) (1)	Assegnazione esercizio 1992 del. n. 1010/92 (2)	Raffreddamento tendenza incremento spesa esercizio 1992 (3)	Ulteriore manovra di decremento (4)	Parziale utilizzo 2 per cento (5)	Totale assegnazione esercizio 1992 (6)
24 Budrio	68.972.480.000	73.110.829.000	1.096.662.435	559.270.000	136.700.000	71.591.596.565
25 S. Giorgio di Piano	85.399.451.000	90.523.418.000	1.357.851.270	618.056.000	1.707.900.000	90.255.410.730
26 S. Giovanni in Pers.	62.501.890.000	66.257.003.000	993.780.045	417.558.000	158.100.000	64.998.764.955
27 Bologna ovest	378.675.900.000	401.396.454.000	6.020.946.810	2.647.243.00	7.573.500.000	400.301.764.190
28 Bologna nord	644.753.958.000	683.439.195.000	10.251.587.925	5.260.733.000	15.212.300.000	683.139.174.075
29 Bologna est	244.497.000.000	259.166.820.000	3.887.502.300	2.639.811.000	538.900.000	253.178.406.700
30 Cento	65.232.070.000	69.125.394.000	1.036.871.910	473.592.000	841.000.000	68.455.330.090
31 Ferrara	858.256.313.000	485.751.692.000	7.286.275.380	3.320.181.000	389.800.000	475.535.035.620
32 Portomaggiore	70.565.045.000	74.798.948.000	1.121.984.220	457.747.000	314.100.000	73.333.316.780
33 Codigoro	31.984.187.000	36.903.238.000	1.303.548.570	532.777.000	944.400.000	86.016.312.430
34 Copparo	62.401.870.000	66.145.982.000	992.189.730	440.276.000	104.800.000	64.817.316.270
35 Ravenna	334.814.999.000	354.903.899.000	5.323.558.485	2.750.653.000	742.100.000	347.571.787.515
36 Lugo	187.273.908.000	198.516.342.000	2.977.655.130	1.285.071.000	173.800.000	194.429.415.870
37 Faenza	191.036.159.000	202.498.329.000	3.037.474.935	3.746.636.000	205.900.000	197.920.123.065
38 Forlì	311.177.640.000	329.848.298.000	4.947.724.470	2.765.969.000	271.300.000	322.385.904.530
39 Cesena	285.995.600.000	303.155.336.000	4.547.330.000	2.484.753.000	3.352.200.000	299.475.452.960
40 Rimini	265.842.296.000	281.792.834.000	4.226.892.510	2.817.914.000	621.400.000	275.369.427.490
41 Riccione	322.089.100.000	129.414.446.000	1.941.216.690	953.336.000	1.324.700.000	127.844.599.320
Istituto Ortop. Rizzoli	82.282.623.000	87.219.580.000	1.308.293.700	581.646.000	1.645.000.000	86.974.640.300
	7.204.192.998.000	7.636.144.577.000	114.546.668.655	59.520.551.000	66.005.090.000	7.528.382.437.355

