

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO
DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

2° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 10 GENNAIO 1984

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE**Audizione del professor Elio Borgonovi e del professor Severino De Logu**

PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 13 e <i>passim</i>	BORGONIVI	Pag. 7, 17, 21 e <i>passim</i>
IMBRIACO (PCI)	15	DE LOGU	3, 22, 23 e <i>passim</i>
MELOTTO (DC)	13		
RANALLI (PCI)	14		
ROSSANDA (PCI)	15, 22, 23 e <i>passim</i>		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Elio Borgonovi e il professor Severino De Logu.

I lavori hanno inizio alle ore 16,55.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria.

È in programma oggi l'audizione del professor Severino De Logu e del professor Elio Borgonovi, che parleranno soprattutto sul problema dell'assetto finanziario che richiede la riforma sanitaria.

Ricordo ai Commissari che dopo l'esposizione degli esperti non vi potrà essere dibattito, ma si potranno solamente avanzare richieste di chiarimento e delucidazione agli stessi.

Vengono quindi introdotti i professori Borgonovi e De Logu.

Audizione del professor Elio Borgonovi e del professor Severino De Logu

PRESIDENTE. Desidero rivolgere agli intervenuti un vivo ringraziamento per avere aderito alla richiesta di informazioni da noi avanzato.

Do quindi senz'altro la parola, al professor De Logu, ricercatore dell'ISPE, per un'esposizione introduttiva sull'argomento dell'indagine.

DE LOGU. Ringrazio il Presidente e i Commissari per l'invito che mi è stato formulato. Devo sottolineare però che non sono l'economista che può fare delle osservazioni sui profili finanziari della indagine né il tecnico, nel senso stretto del termine, con una approfondita conoscenza di questo problema.

Comunque le osservazioni che voglio fare fondamentalmente riguardano il problema delle entrate e il problema delle uscite del Servizio sanitario nazionale. L'argomento che dobbiamo approfondire in questa sede è quello delle entrate; infatti debbo sottolinea-

re lo scarso interesse che ha sempre avuto la questione-entrate, almeno raffrontata alla questione-uscite. In genere ci si è preoccupati di più di sapere quanto si spendeva, e come si spendeva, invece di conoscere i problemi collegati alla provvista dei mezzi per il funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Questa relativa disattenzione forse è stata causata dalla difficoltà di accedere in quella sorta di «selva selvaggia» che è costituita dai modi diversi attraverso i quali il Servizio sanitario nazionale viene alimentato; modi diversi che in parte hanno origine nella storia dello sviluppo della nostra organizzazione sanitaria. Il Servizio sanitario nazionale ha ereditato, anche sotto questo profilo, normative diverse non armonizzate, relativamente alla organizzazione contributiva, cioè norme contributive differenti a seconda delle categorie, delle caratteristiche, dei contributi, nonché dei sistemi. Infatti la legge n. 833 del 1978 non ha fatto altro che assumere storicamente questi elementi compiendo una operazione, che in larga misura è anche positiva e riguarda l'unificazione del sistema di raccolta della miriade di enti, ognuno dei quali percepiva contributi per se stesso. Di fatti, adesso, a questi enti è stata sostituita una sola struttura che provvede alla raccolta dei contributi, ed è l'Istituto nazionale per la previdenza sociale (INPS).

Questo nuovo sistema teoricamente buono, almeno dal punto di vista organizzativo, ha in sé due elementi di ordine negativo abbastanza importanti. In primo luogo, l'INPS non risponde dei ruoli non incassati e quindi di fatto si assume esclusivamente la funzione di recepire i pagamenti così come vengono fatti dalle aziende o comunque da chi è tenuto a versare i contributi. In secondo luogo l'INPS è un anticipatore di mezzi finanziari allo Stato. Il meccanismo che regola i rapporti tra l'INPS e il Ministero del tesoro, per quanto riguarda questa materia, consiste in ciò: l'INPS versa il 90 per cento della previsione e, rinviando il versamento del residuo 10 per cento, ha una rendicontazione che non ha tempi definiti e quindi può avvenire in qualunque momento.

A questi elementi si deve aggiungere un ulteriore aspetto negativo, cioè che l'INPS è

un anticipatore di mezzi statali relativamente agli effetti della fiscalizzazione degli oneri sociali. Quindi, l'ente che organizza la raccolta dei mezzi si assume la funzione di anticipatore di circa, nel caso specifico, 8.800 miliardi, cioè quanti sono attualmente quelli fiscalizzati.

Un altro elemento che comporta il non perfetto funzionamento di questo meccanismo è costituito dal fatto che il bilancio dell'INPS, relativamente a questo tipo di risorse, è fondato esclusivamente sui contributi di malattia. Quindi non si ha una stima teorica dell'entrata basata su parametri del costo del lavoro (e del reddito da lavoro autonomo) ma si ha soltanto una stima basata sull'aliquota contributiva.

Questa situazione di incertezza circa l'entrata è ulteriormente caratterizzata da altri fattori, tra cui quello fondamentale, che ha conseguenze finanziarie abbastanza consistenti, della sperequazione contributiva. In tutto questo periodo non è stata fatta alcuna manovra organica, salvo alcuni interventi normativi, per raggiungere l'obiettivo dell'equità contributiva tra le varie categorie. Questo comporta difficoltà per il raggiungimento di uno dei principali obiettivi contenuti nella legge n. 833, cioè la fiscalizzazione degli oneri sociali, e quindi il passaggio alla fiscalità generale del finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

In questa fase, l'esperienza in corso e la complessità del meccanismo, a mio avviso, non consentono una marcia rapida verso la fiscalizzazione totale, anche se ciò deve restare, nel medio periodo, l'obiettivo fondamentale, che tra l'altro costituisce anche lo strumento più adeguato di equità contributiva, nel senso che il contributo personale di ciascun cittadino non è più misurato solo in rapporto al suo reddito da lavoro ma anche ai suoi redditi complessivi. È quindi necessaria una fase di passaggio verso la fiscalizzazione che può essere costituita da un'organica politica di perequazione contributiva.

Sotto il profilo delle entrate, da un punto di vista generale, si potrebbe tenere presente l'esigenza di carattere congiunturale, determinata appunto dalla perequazione tra le aliquote contributive, della lotta all'evasione

e del miglioramento tecnico dei rapporti contabili tra INPS e Stato; dal punto di vista strutturale, invece, il consolidamento della fiscalizzazione, anche però attraverso uno studio generale delle conseguenze di questo provvedimento, che può avere effetti indesiderati sul complesso della situazione economica del paese.

Alcune osservazioni riguardano poi la spesa. In questo caso, siamo in presenza di interventi continui e consistenti, accompagnati, tra l'altro, da una viva conflittualità tra Stato e Regioni. Ultimo provvedimento in materia è stata la legge finanziaria per il 1984, che di fatto ha avviato una manovra finanziaria complessiva che sembra poggiare su tre presupposti: una drastica riduzione della spesa rispetto a quella determinabile in base alle disposizioni degli anni precedenti; l'imposizione alle unità sanitarie locali (USL) di deliberare il bilancio di previsione entro il 31 dicembre dell'anno in corso, e l'obbligo per le Regioni di coprire eventuali *deficit*, intervenendo anche attraverso altre forme di compartecipazione quando il servizio sanitario si allarga a comprendere servizi parasanitari o dichiaratamente sociali.

Credo che il successo di tale manovra dipenda essenzialmente da due condizioni: dalla determinazione di un Fondo per la spesa corrente di entità tale da rendere ragionevolmente possibile la copertura della spesa totale, tenuto conto ovviamente dei risparmi ottenibili dall'applicazione delle misure finalizzate a tale scopo, e dall'osservanza di termini temporali tali da consentire all'unità sanitaria locale la deliberazione del bilancio di previsione entro il 31 dicembre dell'anno in corso. Al riguardo, va rilevato che l'approvazione della legge finanziaria e del bilancio dello Stato è avvenuta entro il 31 dicembre, e quindi questo potrebbe facilitare, almeno per quest'anno, il soddisfacimento di tale esigenza. È invece ancora da giudicare assai poco fattibile un governo più adeguato della spesa in quanto la determinazione del Fondo, che è avvenuta attraverso la stima di una spesa di 38.590 miliardi, ha comportato d'altra parte l'indicazione di un Fondo inferiore di 4.590 miliardi, riduzione di spesa quindi ottenibile attraverso, teorica-

mente, l'adozione di misure di contenimento.

È proprio a tale proposito che voglio richiamare l'attenzione della Commissione circa la possibilità di attuazione di queste misure, possibilità di attuazione ovviamente di ordine tecnico, non di ordine politico, soprattutto per quanto concerne l'attività delle unità sanitarie locali. Infatti, gran parte delle possibilità di ottenere risparmi di spesa adoperando queste misure è legata a provvedimenti che non dipendono dalle USL.

Da questo punto di vista, vorrei fare l'esempio dei forti risparmi proposti rispetto alla spesa farmaceutica, che tra l'altro costituiscono la misura più importante di riduzione dell'entità del Fondo sanitario nazionale per il 1984. Il Ministero della sanità indica che il contenimento di 2.360 miliardi può avvenire solo se si attuano certe misure: la revisione predeterminata del prontuario, e questa è in atto e deve avvenire entro un tempo prefissato dalla legge finanziaria; l'adozione del parametro assistenziale medio come limitatore del comportamento prescrittivo del medico, e questo provvedimento è legato all'attuazione di tutto il meccanismo previsto dalla legge finanziaria all'articolo 24, nel quale le forme di responsabilizzazione dell'ordinatore di spesa sono legate alla costituzione di commissioni, all'avvio di controlli, eccetera, e quindi a tutta una serie di misure che non hanno una tempistica, per così dire, in sintonia con il 1984.

Ancora: il finanziamento delle Regioni a parametro capitaro, che costituisce una misura indicativa, nel senso che l'adozione di 70.000 lire *pro capite* è una misura media rispetto alla quale, però, non sono possibili prescrizioni rigide di mantenimento; l'adozione della prescrizione della lettura automatica e, quindi, la introduzione di misure di controllo sui consumi farmaceutici, che dipende dall'attuazione della lettura ottica, e via di seguito; l'azione al CIP, per contenere i prezzi entro il tempo di inflazione programmata, il che dipende dall'azione della libertà decisionale e, comunque, dalle iniziative che assumerà questo organismo della Pubblica amministrazione, rispetto al quale bisogna tener conto che tutta la promozione, ad esempio, del consumo dei farmaci si sta

avviando, (come già risulta dal controllo del numero dei prodotti consumati), ad una gravissima modificazione in direzione dei prodotti a più alto prezzo; gli aumenti dei prezzi subordinati all'adozione delle confezioni terapeutiche medie (nella situazione italiana questo è un provvedimento sconvolgente dal punto di vista organizzativo: la legge sulle preparazioni farmaceutiche definisce «specialità» quel tal prodotto che è contenuto in una scatola sigillata dal *cellophan*. Di conseguenza, si ha tutta una serie di parametri e determinazioni diversi dall'avere uno scatolone con compresse e poterne dare tre, cinque, dodici o ventiquattro a seconda della prescrizione del medico curante); l'uso dei fondi delle ristrutturazioni industriali e degli incentivi per la ricerca, per concordare la ristrutturazione programmata del settore, il che mette in piedi un meccanismo come quello dell'IMI per una ricerca che ha una durata media di tre anni e, quindi, molto probabilmente, il provvedimento, che in sé è molto positivo, non è fattibile nell'arco del 1984.

Da ciò deriva una situazione per cui da una parte è stato denunciato un obiettivo di contenimento della spesa farmaceutica, che presuppone un taglio pari al 37 per cento dell'ammontare complessivo, e dall'altra non esistono misure immediatamente adottabili per avviare e compiere nel corso dell'anno una tale manovra che, appunto, si dovrebbe esaurire, per quanto riguarda il tetto di 4.000 miliardi, nel 1984. Tanto è vero che la legge finanziaria è corsa essa stessa ai ripari, indicando gli *stop* di verifica a 120 giorni, per vedere che cosa succede e poi riflettervi sopra e verificare l'esistenza di possibilità o meno.

Credo che vada sottolineato il fatto che l'obiettivo, giustamente ambizioso, di contenere il Fondo sanitario nazionale entro i 34.000 miliardi contrasta con la possibilità concreta di attuare le misure relative. Gli economisti suppongono realisticamente che il risparmio di spesa ottenibile non possa superare, nella migliore delle ipotesi, i 2.000 miliardi, il che porrebbe un problema di recupero di 2.850 miliardi, quale differenza con i 4.580 non dichiarati. Quindi, ripeto,

l'ipotesi del risparmio appare palesemente irrealistica, portando di conseguenza anche un altro tipo di problemi: alle Regioni e alle unità sanitarie locali non si può chiedere di osservare obblighi che si manifestano *a priori* come inosservabili. Qualunque sia il giudizio, certamente giusto, che noi diamo della gestione dei servizi sanitari da parte delle USL, sicuramente, nel caso specifico, la fattibilità della manovra finanziaria è abbastanza vicina allo zero. Non credo che il ricorso, il quale secondo la stessa legge finanziaria dovrebbe essere straordinario, alla copertura attraverso entrate recuperate dalle singole Regioni possa rimanere straordinario e ciò con il rischio di andare inesorabilmente verso un intervento ordinario che accentuerebbe, tra l'altro, la differenza tra Regione e Regione. Infatti, ci troviamo di fronte a Regioni che si possono permettere la imposizione contributiva e Regioni che, invece, per ragioni diverse, non se la possono permettere.

A questo punto si inserisce il problema del controllo, che chiama in causa alcune questioni di carattere istituzionale. Penso che esperti di diritto e di organizzazione sanitaria abbiano già fatto presente alla Commissione alcune delle predette questioni. Certamente, l'esperienza che abbiamo davanti, già a partire proprio dagli aspetti più direttamente riguardanti la gestione finanziaria, chiama in causa l'esigenza di modificare il tipo di controllo che viene effettuato sulle unità sanitarie locali, trasformandolo da un controllo sui singoli atti in un controllo sulla gestione, di tipo «budgettario». Il che, però, comporta l'esigenza di ristrutturare il bilancio delle unità sanitarie locali e quindi, più a monte, il Fondo sanitario nazionale, per funzioni, in maniera che, a livello delle stesse unità sanitarie locali, la strutturazione del bilancio per funzioni possa portare ad un tipo di responsabilità che cammini attraverso l'autonomia dei servizi, dotati anche della provvista dei mezzi e, quindi, ad una responsabilizzazione degli operatori. Già a partire da questo fatto si pone un problema di modifica dell'attuale struttura istituzionale.

Mi permetto, quindi, di richiamare brevemente alcune questioni che riguardano questo tipo di problematica.

L'esperienza ha messo in evidenza alcuni tipi di situazioni difficili: la scarsa presenza operativa delle Assemblee generali delle unità sanitarie locali, anche per la loro stessa composizione a volte assai numerosa (ci sono Assemblee con 150-200 componenti che diventano difficili da governare); l'azione sostitutiva che è stata svolta dai Comitati di gestione e, per altro verso, dai Comitati di controllo, che forse hanno superato i limiti stessi della loro funzione svolgendo compiti che erano propri delle Assemblee; infine, la relativa messa in ombra (o, per lo meno, la scarsa utilizzazione) degli Uffici di direzione. Tra l'altro, la storia dell'approvazione della legge n. 833 del 1978 è intessuta di questo tipo di problemi, forse anche in modo eccessivo, sicuramente più di quanto non fosse necessario per il peso della problematica istituzionale.

Ritornano così di attualità una serie di questioni: che cosa fare delle Assemblee, del Comitato di gestione e degli Uffici di direzione? Personalmente, sono del parere che l'Assemblea (soprattutto perchè è composta, o dovrebbe essere composta, da soli consiglieri comunali raggiungendo, quindi, la totale sovrapposibilità con le rappresentanze dirette degli enti locali) debba giocare un grosso ruolo che potrebbe arrivare fino al punto di rendere del tutto secondaria la figura del Comitato di gestione. Si avrebbe così un Comitato di gestione ridotto nel numero e definito nella ripartizione delle sue competenze e delle sue funzioni.

La sostituzione del Comitato esecutivo dell'Assemblea al Comitato di gestione (sotto la presidenza del Presidente dell'Assemblea stessa) è una questione abbastanza interessante e seducente.

D'altra parte il discorso dell'Ufficio di direzione gravato di responsabilità operative totali, diretto da un coordinatore, avente come base la funzione di direzione assegnata per nomina a termine (distinguendo, quindi, *status* di carriera da *status* di responsabilità) sanerebbe, tra l'altro, tutta una serie di conflitti che esistono all'interno dell'organizzazione degli Uffici di direzione e che di fatto hanno riconfermato l'antica situazione che esisteva negli enti ospedalieri tra la direzione amministrativa e quella sanitaria (l'odio

che mai non avvicina il personale amministrativo a quello sanitario e viceversa).

PRESIDENTE. Ringrazio il professor De Logu per l'ampia esposizione con la quale ha centrato intricati problemi di natura strutturale che si collegano tra di loro.

Do ora la parola al professor Borgonovi, docente di economia sanitaria presso l'Università «Bocconi».

BORGONOVÌ. Signor Presidente, la mia esposizione riguarderà alcuni spunti di riflessione che vanno al di là dei discorsi sui problemi finanziari e toccherà anche i problemi connessi ai criteri di riparto della quota del Fondo regionale alle unità sanitarie locali.

Prima di iniziare segnalo, però, che a pagina 12 della relazione che ho consegnato vi sono alcuni errori di stesura: alle parole «prevalenza» e «riparto» sono state erroneamente sostituite le parole «prevanza» e «rapporto».

Partirò, quindi, da una prima considerazione: il problema del finanziamento non può essere affrontato correttamente se non lo s'inquadra nel problema generale della questione della riforma sanitaria. Questo è uno fra i punti di debolezza da sottolineare. Continuare, infatti, a parlare di criteri e di modalità di controllo della spesa, senza che questa venga integrata in una logica di gestione e di attuazione del Servizio sanitario nazionale significa combattere una battaglia persa in partenza. Questo non tanto per ragioni politiche, ma per ragioni tecniche.

La seconda considerazione da cui parto (si tratta della maggiore debolezza del sistema sanitario) riguarda il fatto che non si è tenuto conto di un presupposto molto generale: cioè che il funzionamento di un qualsiasi sistema dipende dalla qualità degli uomini che lo gestiscono. Quindi, non essere intervenuti sulla preparazione delle persone che a livello centrale, regionale e locale, sia in qualità di amministratori che di dirigenza tecnico-funzionale, erano chiamate a gestire il processo di finanziamento, il processo di ristrutturazione e riorganizzazione dei servizi e il rapporto con gli utenti, si è rivelato il

vero «tallone d'Achille» della riforma sanitaria.

In effetti, nella riforma si parla di nuove strutture, di nuovi obiettivi, di nuovo metodo di gestione secondo programmazione; si parla ancora di nuove forme di finanziamento, di nuovi principi, di nuove responsabilità manageriali, di nuovi tipi di controlli e poi, tutto questo «nuovo» viene gestito prevalentemente da persone che erano abituate a gestire il vecchio, cioè da persone che, preparatissime sul modo di condurre un ospedale, la mutua, il consorzio, avevano ben poca esperienza sul come gestire una struttura che unisce l'ospedale e l'extra-ospedale.

In sostanza, possiamo dire che l'attuazione del Servizio sanitario nazionale è stata demandata alla buona volontà di molte persone (questo bisogna riconoscerlo), al loro senso di autoresponsabilità e di autocontrollo, nonché all'esperienza e all'apprendimento «sul campo». Però sappiamo che il sistema è estremamente complesso e l'esperienza non è il metodo migliore per imparare a gestirlo, se non altro perchè si impara facendo errori che si pagano molto pesantemente, come quelli commessi nella gestione del Fondo, per esempio. Questa considerazione assume un preciso significato se si parte da una certa interpretazione della situazione: evidentemente esistono situazioni di difficoltà del Servizio sanitario nazionale ed esistono disfunzioni (questo non può essere negato e non vorrei che le tesi che sosterrò successivamente fossero interpretate come tesi che non si danno carico per esempio del problema del contenimento della spesa o del fatto che la gente è insoddisfatta, che l'opinione pubblica attualmente non è favorevole al Servizio sanitario nazionale). Questo tipo di analisi però ha bisogno di una interpretazione, partendo innanzitutto dal fatto che alcuni sintomi sono di tipo oggettivo, mentre altri sintomi di disfunzione sono semplicemente interpretazioni soggettive, non sempre disinteressate.

Secondo tipo di considerazione: i confronti anche sul piano finanziario col passato non sono fatti con parametri di carattere sistematico ed organico. In genere, sono fatti sugli aspetti esteriori, su casistiche: il caso

anche drammatico che va a finire sui giornali ci deve far riflettere, ma non può essere considerato un parametro per dare giudizi sul funzionamento complessivo. Questo mi sembra importante perchè, se vogliamo proiettarci verso il futuro, se per esempio dovessero passare ipotesi di riforma istituzionale o di riaggiustamento istituzionale, bisognerà immediatamente stabilire in base a che cosa tra cinque anni valuteremo il peggioramento o il miglioramento, altrimenti ci troveremo sempre di fronte a grandi discussioni di principi o su singole esperienze.

La terza considerazione ha lo scopo di ricordare come le difficoltà in un sistema che è in cambiamento sono quelle immediatamente percepite, mentre i miglioramenti vengono percepiti più lentamente; quindi, ci troviamo di fronte ad uno sbilanciamento logico, strutturale ed inevitabile e se non accettiamo questo presupposto non riusciremo a cambiare mai niente, perchè in generale è difficile, in un sistema sociale, ottenere il famoso «ottimo paretiano» per cui un cambiamento porta miglioramenti per qualcuno senza danneggiare nessuno. Quindi, le disfunzioni in un cambiamento sono sempre strutturali. Dicevo che c'è uno sbilanciamento logico: se dovessi tradurre in termini matematici la situazione, dovrei dire che la funzione ha un peso diverso per le difficoltà e le disfunzioni rispetto al peso dei miglioramenti in quanto questi sono considerati naturali, e quindi se la riforma ha portato ad alcuni miglioramenti questi non vengono conteggiati.

Inoltre, c'è uno strano comportamento degli uomini — in realtà non è poi così strano — per cui siamo sempre portati a dare molto peso ai cinque minuti di coda, ai mesi di ritardo, mentre non ci accorgiamo o non diamo peso al fatto che, per esempio, in sala operatoria la struttura pubblica ha ottenuto notevoli miglioramenti ai fini della salvaguardia della salute.

Il mio giudizio di merito (penso che siano interessanti anche i giudizi di merito) è che oggi, nel 1984, siamo ancora in presenza di situazioni di disfunzione e difficoltà del sistema che chiamerei fisiologiche, per un siste-

ma in cambiamento. Il Servizio sanitario nazionale rappresenta la più grossa riconversione, ristrutturazione «aziendale» e organizzativa che sia mai stata fatta, probabilmente non solo in Italia, e allora il mio parere è che ci troviamo ancora di fronte ad una situazione in mutamento, anche se oggi siamo in effetti vicini ad un punto patologico. Quindi, possiamo ancora chiamare «difficoltà di crescita» quelle presenti, come ho avuto modo di dire anche al convegno dell'Associazione nazionale comuni d'Italia (ANCI), anche se rispetto ad otto mesi fa sono più preoccupato per l'eventualità di una degenerazione.

Da tutto questo deriva un'ulteriore considerazione. È necessario fare attenzione perchè alcuni interventi volti a ridurre le difficoltà non si traducano in interventi peggiorativi; non è dato infatti per scontato, non è scritto da nessuna parte che interventi di contenimento della spesa, o meglio dichiarati per contenimento della spesa — il professor De Logu ne ha evidenziati alcuni —, abbiano l'effetto sperato: se sono fatti male possono peggiorare la situazione ed è necessario tener conto che non c'è un limite al peggio. Quindi, anche eventuali cambiamenti istituzionali potrebbero essere peggiorativi e non migliorativi. A mio parere potrebbero essere controproducenti se non tenessero conto di alcune considerazioni tra cui, innanzitutto, che i risultati negativi che ho ricordato sono dati non tanto dal modello istituzionale in quanto tale (anche se personalmente dico che un modello simile funzionerebbe solo in presenza di una struttura estremamente razionale che richiamerò), quanto dall'estrema debolezza nella preparazione delle condizioni di attuazione. Non si può pensare di gestire un sistema con un Fondo centralizzato continuando per sei anni a fare il riparto sulla base della spesa storica, anche se in parte «aggiustata». Infatti tale criterio induce comportamenti perversi. Se non si hanno altre informazioni, per un anno può andare bene; può essere accettabile per tre anni, dato che può ancora trattarsi della fase di passaggio; ma se non si studiano dei criteri alternativi si finisce in un circolo vizioso. Ora, non avendo mai gestito un sistema di questo tipo non si hanno a disposi-

zione criteri sperimentati; ma non preoccupandosi di studiare i criteri, perchè si è legati sempre a provvedimenti contingenti, e non cercando di applicarli, non è possibile migliorare e si resta legati alla «spesa storica». Praticamente la mia valutazione è che vi è una grossa debolezza in Italia soprattutto nelle fasi di attuazione delle proposte culturali.

Personalmente, non essendo stato presente nella fase di preparazione della riforma, ho provveduto alla rilettura degli atti (e del dibattito pre-riforma) e ritengo che vi fossero presenti una serie di componenti afferenti non soltanto al modello sociale — per così dire —, ma anche riguardanti dati tecnici. Consideriamo le caratteristiche del sistema delineato per il Servizio sanitario nazionale con la legge n. 833, cioè del «modello istituzionale» che non può essere dimenticato nella gestione del Fondo sanitario. Infatti se il finanziamento non tiene conto del modello, dei suoi punti di forza e di debolezza, inquinando non soltanto il dibattito politico e culturale in corso, ma anche e soprattutto l'operatività. Ed è di questo che bisogna preoccuparsi. Infatti, se fossi dirigente di un sistema siffatto — ma per fortuna non lo sono — mi preoccuperei di alcune regole del gioco che si sono venute affermando e che non hanno tenuto conto del modello di riferimento, giusto o sbagliato che fosse. Una volta che il dibattito politico, culturale, tecnico ed anche economico — non ci si dimentichi del disavanzo delle mutue e degli ospedali — si è consolidato in una legge, condivisa o meno che essa fosse, si è infatti riaffermato anche il mandato, che doveva essere raccolto da tutti, di far funzionare «al meglio» questo modello. Se anche si fosse trattato di un modello che poteva marciare alla velocità di dieci, invece che di cinquanta come qualcuno afferma, l'obiettivo doveva essere di farlo effettivamente marciare alla velocità di dieci, invece che a cinque. Ed invece, molti hanno continuato, e continuano, a ridiscutere il modello.

Tra le caratteristiche del modello c'è in primo luogo che non si può pensare di gestire un sistema in modo rigidamente unitario: anche dal punto di vista finanziario questo è

un assurdo tecnico. Non si può pensare di gestire a livello finanziario un sistema retto da una *holding*, in cui le società operative abbiano una loro autonomia giuridica, con gli stessi strumenti con cui si gestisce l'assegnazione dei fondi allo stabilimento che tale autonomia non ha ed il cui direttore dipende gerarchicamente dal direttore generale. Una struttura analoga (non uguale) si ha con il Servizio sanitario nazionale.

A mio parere, si dovrebbe tener ben presente che non si è di fronte ad un sistema unitario, ma ad un sistema basato sulle autonomie gestionali delle USL e quindi bisogna studiare dei meccanismi coerenti con l'autonomia, anche riguardo al finanziamento, alla definizione dei piani e ai controlli. Infatti, se il modello istituzionale è quello delle autonomie locali, è inevitabile che si determinino poi dei comportamenti politici e politico-istituzionali che fanno saltare la presunta razionalità di meccanismi che postulano un sistema unitario. E qui viene in luce proprio la debolezza logica di certe forme di controllo del Servizio sanitario nazionale. Vi sono studi sul controllo che lo identificano come intervento di verifica su atti e aspetti di dettaglio; altri studi lo qualificano invece come capacità di definire delle regole che rendano conveniente per le singole «aziende-USL» ciò che si vuole fare: ad esempio che rendano conveniente il risparmio. Difficilmente si riesce ad imporre il risparmio nel Servizio sanitario nazionale, ma lo si può rendere conveniente per le unità sanitarie locali. Così, se le regole del gioco indicano che tale risparmio delle USL viene sostanzialmente «incamerato» dalla Regione o dallo Stato (il meccanismo tecnico lo conosciamo tutti) quale incentivo esiste per le USL per litigare con i medici, quale incentivo per cercare di risparmiare? Nessuno: ma è il meccanismo che è errato, non i comportamenti anomali!

La seconda caratteristica è logica e strutturale del modello di Servizio sanitario nazionale «decentrato»: è chiaro che, avendo dato un'autonomia gestionale che significa discrezionalità nel combinare i fattori produttivi, le persone, le risorse e le strutture, e avendo istituito diciamo 700 — il numero

preciso non ci interessa — aziende autonome, ci possono essere sprechi ed inefficienze moltiplicati per 700. Ciò però implica anche un'altra constatazione, e cioè che il decentramento consente vantaggi dal punto di vista dell'adattamento dell'azione alle condizioni esterne. Questo vale tanto per il Servizio sanitario nazionale, quanto per la «General Motors», quanto per qualsiasi altro tipo di struttura complessa. Scegliere il decentramento significa sapere che ognuna delle strutture create può avere sprechi ed inefficienze dal punto di vista tecnico-produttivo, però significa anche sapere che ci sono reali vantaggi nelle capacità di adattamento, soprattutto nel campo dei servizi cosiddetti «personalizzati».

L'ipotesi del sistema era che il saldo tra vantaggi o svantaggi delle 700 unità sanitarie locali risultasse più conveniente del saldo tra vantaggi e svantaggi delle decisioni, positive o negative, prese a livello centrale, considerando tutte le trafilie che comportano le strutture complesse centralizzate. Non dobbiamo scandalizzarci se una USL spende due milioni per attività cosiddette «non istituzionali», perchè basta un ritardo di cinque giorni nel trasferimento della quota del Fondo sanitario per causare spese di miliardi in termini di interessi; bastano dieci giorni di ritardo nel famoso provvedimento di consolidamento delle anticipazioni dei tesoriери per i debiti pregressi, anche solo per la stesura del decreto, a generare decine e decine di miliardi di interessi passivi nei confronti del sistema bancario.

Nella mia relazione ho esposto i circoli viziosi, causati dagli interventi di dettaglio che mirano a bloccare lo spreco di piccola o anche di media consistenza, ma che fanno sì che si perdano i vantaggi del decentramento. Si tratta di meccanismi che si autoalimentano in senso perverso e di cui ho fatto tre esempi. Mi soffermerò su quello finanziario, ma gli altri due dimostrano come, ad esempio, le norme di dettaglio, quelle su aspetti particolari della gestione, bloccano la macchina, perchè, partendo dalle disfunzioni fisiologiche e nel tentativo di eliminarle, intervengono con controlli centralistici che instaurano una serie di comportamenti di

«cautela» o di «immobilismo» il cui risultato finale consiste nell'abbassare il livello di funzionalità dei servizi; ciò fa a sua volta aumentare i controlli centralistici (proposti per aumentare l'efficienza!) e tutto il ciclo si autoalimenta.

Questi meccanismi spesso dimenticati sono stati presi in considerazione quaranta-cinquanta anni fa negli studi sulla burocrazia e mi permetto di dire con una battuta che valgono anche per la «buroeconomia»: come il burocrate è colui che riproduce la norma senza preoccuparsi se essa serva o meno, nella «buroeconomia» si operano sempre gli stessi interventi senza preoccuparsi di verificare se essi funzionano o meno.

Il «buroeconomista» è un povero personaggio che propone teorie senza preoccuparsi della loro efficacia. Noi stessi rischiamo di essere «buroesperti»; se le cose che affermiamo alla prova dei fatti non funzionano dobbiamo capire i nostri errori e non continuare a dire che le nostre proposte sono valide e che è la realtà che dovrebbe adattarsi.

Un altro tipo di considerazione va fatta sulla mancata integrazione orizzontale dei servizi. Infatti questo comporta, inevitabilmente, una minore efficienza e produttività sul piano operativo. La mancata ricognizione delle strutture che dovrebbero essere collegate produce una maggiore burocratizzazione che, però, potrebbe essere facilmente contrastata se gli amministratori ed i dirigenti tecnici avessero imparato ad applicare alcune regole sul controllo «non burocratico». Il servizio è avallato soprattutto da tecnici e da esperti di tecnica sanitaria, ma deve anche essere controbilanciato da un maggiore coordinamento. Se l'ospedale mette una barriera all'entrata, i pazienti che ne restano fuori devono necessariamente rivolgersi da qualche altra parte. Perciò, se si mette una barriera o un filtro si devono attuare strutture esterne idonee, per tutelare le persone che ne restano fuori. Ma a questo punto il filtro non è più molto funzionale. Inoltre se si vuole praticare la prevenzione bisogna tenere presente che questa implica degli accertamenti che si possono fare solo se ci sono le strutture adatte. Questi sono alcuni esempi di integrazione orizzontale.

Un altro punto su cui desidero richiamare l'attenzione riguarda un aspetto particolare del modello istituzionale: A mio parere si è commesso un errore di ottimismo nella progettazione. Le USL, che sostanzialmente si configurano come «strutture di servizi», rispetto ai Comuni di fatto rappresentano un modello molto difficile sul piano funzionale, ma ancora di più sul piano istituzionale. Vi sono difficoltà insite nel modello nel quale la titolarità della funzione è separata dalla gestione delle funzioni: avrebbero potuto o potrebbero essere chiarite (almeno in parte) alcune soluzioni organizzative per ridurre i conflitti originati dal modello. Sono, comunque, convinto che non siano sufficienti solo modifiche di tipo istituzionale per ridurre tali difficoltà: occorre imparare a gestire modelli organizzativi sempre più complicati.

Passo, ora, a considerare l'aspetto finanziario. Mi sono domandato che senso abbia constatare che, nel periodo che va dalla seconda metà del 1980 fino al 1983, sono aumentati i provvedimenti per il contenimento della spesa e che nello stesso periodo questa è diventata sostanzialmente più incontrollabile e meno nota. Non è lecito il dubbio che si siano utilizzati, per scopi validi, strumenti non validi? A quanto pare il dubbio non sfiora nessuno, perchè tutti affermano che se non ci fossero stati quei provvedimenti la situazione sarebbe peggiore di quella che è attualmente (ma questo è un assioma non dimostrato). A nessuno viene in mente che l'incontrollabilità della spesa possa essere determinata anche dalle caratteristiche stesse di quei provvedimenti? Ho provato a cercare una ragione per questo mio dubbio e mi sono reso conto di non capire per quale motivo mentre è ritenuto necessario sovvenzionare la ristrutturazione industriale, ciò non valga anche per la ristrutturazione della sanità. Anzi valga il contrario: si deve ristrutturare «tagliando» il finanziamento.

Un tale atteggiamento è contraddittorio, dato che può essere accresciuto (e non diminuito) da una serie di rigidi vincoli «formali» centralistici, sia quelli delle Regioni e dello Stato nei confronti delle USL, sia quelli «interni» dei coordinatori sanitari ed amministrativi nei confronti dei servizi ed operatori

(quando uso il termine centralistico mi riferisco al controllo di ogni livello decisionale nei confronti di quello inferiore).

Secondo me, con i provvedimenti adottati, anzichè modificare la gestione del sistema, si è cercato solo di contenere la spesa. Tali provvedimenti si sono mossi su tre linee, di cui la prima è l'imposizione di «tetti» di aumento. Ma rispetto a che cosa? I «tetti» si pongono rispetto a un precedente! Se poi i «tetti» non sono realistici, essi determinano solo la convenienza a sfondare e, una volta sfondato, a spendere il più possibile. Il «tetto» deve essere realistico, altrimenti è bene non crearlo.

La seconda linea è quella di cercare di controllare ogni singola voce di spesa. Questo, naturalmente, porta a ritenere che non c'è convenienza a fare delle riallocazioni di risorse e quindi irrigidire la spesa.

Sono d'accordo sull'attuazione di provvedimenti per l'incentivazione al risparmio e per il contenimento della spesa, ma se questo poi crea delle rigidità e delle disfunzioni che si ripercuotono sulle gestioni successive, si innesca un meccanismo che sarà sempre più difficile da controllare. Spesso può essere più conveniente, in termini di funzionamento generale del sistema, avere mille o duemila miliardi in più di spesa annuale piuttosto che introdurre un meccanismo di contenimento senza avere strumenti idonei per imporlo. Infatti è proprio questo che manca: siamo in un sistema politico istituzionale in cui è «debole» la capacità di imporre vincoli rigidi. Bisogna semplicemente rendersi conto che nel nostro paese non esiste un meccanismo forte di imposizione e di rispetto dei «tetti» rigidi e che bisogna quindi adottare «politiche più flessibili», ma non per questo meno rigorose, nel controllo della spesa.

Per quanto attiene alla terza linea, invece, bisogna ricordare che si è giocato sulla divaricazione tra competenza e cassa e che si è giocato sul ricordato adeguamento del Fondo sanitario dopo averlo sottostimato in sede di preventivo. Il meccanismo di assestamento tecnico-contabile con l'inserimento nel bilancio dello Stato ha creato ritardi ed ostacoli alla «regolarità formale» della gestione finanziaria delle USL. È chiaro che se l'ade-

guamento non è formalmente corretto vi sono dei grossi problemi di gestione: il personale viene pagato perchè non è soggetto a vincoli di contabilità, ma vi sono dei casi in cui vi è l'obbligo di non pagare senza l'impegno, l'impegno non è possibile perchè non vi sono stanziamenti, e lo stanziamento, anche se concordato, non è stato inserito nel bilancio dello Stato. Questa terza linea evidentemente ha portato una disfunzione nella gestione tale da causare un dilazionamento dei pagamenti ai fornitori, che però ha inciso sull'aumento dei prezzi, un dilazionamento nella manutenzione ordinaria, che però ha inciso sul deterioramento dei servizi, eccetera. Sostanzialmente questo meccanismo finanziario ha causato un peggioramento graduale dei risultati ed una incontrollabilità totale della spesa. Il non controllo della spesa, però, ha causato un aumento di provvedimenti settorializzati, ed «il cane continua a mordersi la coda» con effetti sempre più negativi.

Le conclusioni in termini di criteri da seguire non sono molte, soprattutto per quanto riguarda il problema finanziario.

In primo luogo bisogna sottolineare che in campo finanziario è inutile litigare solo sull'ammontare del Fondo, sulle cifre, sui decimali delle stesse come è stato fatto finora; è molto più importante, invece, studiare il processo attraverso il quale gli importi si determinano, vengono ripartiti e sono poi gestiti. Infatti, anche se forse sembrerà paradossale, è inutile precisare che sarebbe molto più importante delineare i criteri ed il metodo di un processo di contrattazione, assegnazione e aggiustamento in tempi rapidi. Non vi è nessuna azienda al mondo che gestisca il proprio *budget* in modo rigido, e non capisco perchè dovremmo costringere la sanità a farlo. Ci si deve preoccupare di ordini e di dimensioni: non deve interessare se la cifra di 34.000 miliardi è «vera ed oggettiva», ma solo se è realistica o meno. Infatti la spesa non è altro che la conseguenza di certi comportamenti concreti e non di certi provvedimenti; se, ad esempio, non si riuscirà ad approvare il prontuario nei termini previsti non sarà possibile ottenere i risultati sperati; se non si riuscirà a ridurre

il personale è inutile parlare di una spesa di 34.000 miliardi. Forse non sono molto tecnico nell'espone il problema, ma ritengo che sia necessario impostare un'inversione del sistema che permetta agli operatori di pensare che le regole del gioco, almeno per questa volta, valgono. Concludendo voglio ribadire che non è importante l'ammontare della cifra, ma è importante decidere il tipo di criteri che devono essere adottati.

Il secondo problema che vorrei rilevare consiste nel fatto che a mio parere è erroneo legare la quota alla «spesa storica». In effetti nei due ultimi anni si è deciso per uno spostamento del 10-20 per cento della quota rispetto al dato storico. È necessario proseguire su questa linea cercando di non considerare la proporzionalità alla popolazione residente come il *non plus ultra*, dato che occorre tener conto dei costi medi di prestazione e di altri parametri di bisogno e di efficienza.

Il terzo tipo di considerazione da fare riguarda a mio parere il riequilibrio. Si fanno operazioni di riequilibrio sulla base di dati storici, quindi su punti di riferimento non validi, mentre si dovrebbe operare sulla base di indicatori di efficienza e di bisogno-domanza di salute.

La quarta considerazione riguarda il fatto che la spesa sanitaria troppo spesso viene considerata come spesa improduttiva. Ciò a mio parere distorce la teoria e la realtà economica, secondo la quale la spesa sanitaria è una spesa di consumo, e tutti sappiamo che l'economia si basa sul consumo e sulla produzione. Legati alla spesa sanitaria vi sono problemi di settori industriali collegati, alcuni dei quali sono qualificati come settori di avanguardia. Quindi la riduzione della spesa sanitaria non è (e non può essere) sempre valutata come «riduzione di una spesa improduttiva a vantaggio di altre spese produttive». Non è sempre vero che si deve contenere la spesa sanitaria per finanziare il FIO poichè genera occupazione mentre la spesa sanitaria distrugge ricchezza. In realtà tutto dipende dal concreto funzionamento dei diversi circuiti produzione-consumo: se così non fosse non si riuscirebbe a motivare l'esistenza delle economie di guerra che «di-

struggono per produrre». Infatti si può sostenere che è meglio consumare la ricchezza prodotta per aumentare lo stato di salute piuttosto che per soddisfare altri bisogni.

L'ultimo problema che vorrei richiamare attiene al fatto che è assurdo credere che gli interventi o i controlli dei revisori risolvano il problema della conoscenza della spesa sanitaria. Non voglio entrare nel merito del problema, su cui eventualmente si potrà ritornare. Voglio solo dire che in un meccanismo ove sono presenti livelli responsabili della assegnazione distinti dai livelli responsabili per i servizi, in un sistema di contabilità in cui la funzione del bilancio di previsione è anche quella acquisitiva, vi è sempre una sorta di gestione della «politica di bilancio» che di fatto produce spese non sempre oggettive, dato che i bilanci dipendono sempre e comunque da determinati criteri di impostazione. Se non si modifica la disciplina dei revisori dei conti, che secondo la legge attuale dovrebbero anche operare certificazioni ed attestazioni, si rischia di introdurre una specie di potere formale e discrezionale di questi signori che si sentirebbero i padroni della sanità. Infatti qualcuno potrebbe pensare che senza «visto dei revisori» non si possano assumere una serie di atti amministrativi, il che evidentemente non è corretto.

Il vero problema è che la revisione e la certificazione devono essere legate ad uno sforzo di formazione delle persone e di definizione di metodi e tecniche congrui. Dobbiamo darci delle «regole della revisione», altrimenti questo nuovo istituto porterà ad un ulteriore livello di confusione, di incertezza e di burocratizzazione.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Borgonovi che ha dato una lezione di «management sanitario».

I Commissari possono ora richiedere informazioni, spiegazioni ed ulteriori ampliamenti e chiarimenti.

MELOTTO. Professor Borgonovi, vorrei porle due domande che si riferiscono ad alcune sue considerazioni. Debbo premettere alla prima domanda che, pur essendo previ-

sto il decentramento, di fatto se non di diritto è rimasto invece l'accentramento. Tuttavia ritengo che la strada che dobbiamo continuare a perseguire sia quella del decentramento perchè facendo un confronto tra i *pro* e i *contro*, sono più i vantaggi che gli sprechi. Se bene congegnato, il sistema, con la personalizzazione del servizio e l'adattabilità alle diverse situazioni, rende molto più efficaci le scelte e molto più efficiente il servizio stesso in quanto permette un controllo diretto dell'utente che con esso per lo meno dovrebbe trovarsi in sintonia.

La domanda quindi che voglio porle è: come si intende regolare la corresponsabilità nell'entrata e nella spesa da parte degli amministratori locali? L'argomento è importante perchè altrimenti per quanti marchingegni teorici, ipotetici, o utopici noi possiamo realizzare, alla fine il pie' di lista sarebbe inevitabile. Giustamente il professor Borgonovi parlava anche di convenienze, perchè dobbiamo evitare che il risparmio vada a finire nel «calderone», nel momento in cui eroghiamo un servizio, in sintonia con i bisogni, esso deve tendere cioè non ad alimentare gli sprechi ma a fornire il necessario. Tutto ciò che cosa può portare? Il sistema deve essere tale da consentire di stare dentro certe «regole del gioco» permettendo alla fine anche di ampliare o di integrare, se del caso, qualche servizio. Ritengo che abbiamo concorso anche noi ad alimentare quelle lamentele, pur non avendo altra possibilità in quanto trattavasi della fase di avvio.

La seconda domanda che vorrei sottoporre al professor Borgonovi riguarda gli amministratori, che rivestono una importanza fondamentale in una struttura che eroga il servizio attraverso un altissimo numero di persone, perchè o queste ultime si sentono coinvolte, o difficilmente il servizio potrà essere erogato in maniera efficiente. Volevo sapere in particolare, e mi riferisco alla premessa che ha fatto il professor Borgonovi, se si sono tenute presenti le qualità che debbono possedere coloro che sono adibiti a questo servizio. La legge n. 833 del 1978 prevedeva il trasferimento e conseguente accorpamento di tutto il «residuato» (tra virgolette senza offesa ovviamente per nessuno). Ci si è trova-

ti di fronte a delle situazioni tra le più assurde per quanto riguarda gli enti, per così dire messi in mora, il cui personale doveva essere trasferito; si è seguita una logica «dimissionaria» rispetto ad un impegno che invece si andava ampliando e che peraltro le limitazioni finanziarie hanno reso ancora più acuto.

Ritengo che la preparazione del personale per la gestione sia estremamente importante se vogliamo condurre avanti un sistema di questo tipo, che deve essere unitario perchè altrimenti non rientrerebbe nella logica ispiratrice della riforma. Ma è sufficiente la preparazione? Quale deve essere lo *status* del rapporto rispetto ad una tradizione burocratica che ha trasferito l'attenzione e l'impegno verso la qualità delle «carte» necessarie per l'erogazione di questo servizio piuttosto che verso la qualità del prodotto? Oggi è ancora più importante, in questa struttura, l'amministrativo piuttosto che il medico, che lo si voglia o no, perchè è più importante il mettersi a posto con le carte che supportano la decisione che non la qualità del servizio che discende da quella decisione. Se noi volgiamo la nostra attenzione al di là delle Alpi, verso altri paesi sia dell'Est sia dell'Ovest, possiamo constatare che a capo di una simile struttura vi è un medico e non certo un amministrativo. Il *manager* è il tecnico che si estrae dalla professione, è colui che in un certo momento possiede una capacità tecnica ed organizzativa tale da poter fare il *manager* e non certo il supporto della «carta». Quindi la mia domanda è questa: quale *status* deve avere oggi il personale di gestione? Condivido la sua affermazione, professor Borgonovi, che la gente è insoddisfatta; ma perchè i servizi prima funzionavano, almeno al Nord ed al Centro, e perchè, soprattutto, i vari reparti ospedalieri avevano una grande notorietà, mentre oggi con lo stesso personale registrano una caduta? Non credo che quattro anni di mancato aggiornamento possano portare al decadimento del servizio anche perchè, sia pure in minima parte, vi è stato pure un certo aggiornamento in quei reparti.

RANALLI. Ho potuto cogliere con piacere nella esposizione del professor Borgonovi al-

cune argomentazioni tendenti a liberare la discussione, che è in corso nel paese e anche qui nella Commissione sanità, di quel pessimismo diventato ormai di moda che sollecita misure di riorganizzazione riformatrici e provvedimenti penalizzanti nei confronti della riforma, ritenuta «malata».

Ho colto il tentativo di ricondurre tutta la discussione in un quadro più oggettivo, meno intriso di luoghi comuni e, in un certo senso, più stimolante per le riflessioni che si possono fare, toccando anche la radice delle questioni.

Sono, ad esempio, particolarmente sensibile alla sollecitazione espressa dal professor Borgonovi, che consiglia di non adottare provvedimenti che, sulla base della constatazione che le cose siano già patologiche e negative, possano produrre, a loro volta, peggioramenti rispetto a situazioni che si vorrebbero correggere e migliorare.

Questa impostazione, che ricolloca il decentramento nella sua funzione positiva, che propone un finanziamento legato a criteri e a misure tali da incentivare una gestione «aziendale», potrebbe avere maggiore efficacia nel contenimento della spesa, e nel recupero di margini di economia, più di tante minacce e più di tante misure adottate o enunciate, peraltro controverse. Tuttavia, vorrei avere dal professor Borgonovi qualche ulteriore chiarimento: nel concreto, si dovrebbe arrivare alla risoluzione delle carenze attuali del Servizio sanitario solo attraverso principi — come dire? — di comportamento filosofico, solo con la speranza che il corpo politico periferico sia meno guasto di quello centrale, e quindi più sensibile se lasciato nella possibilità di crescere, o bisognerebbe invece anche modificare la legge n. 833 del 1978? Fatti salvi cioè — e questo ormai lo dicono tutti — l'ispirazione, i principi e gli obiettivi della legge n. 833, è necessario, a suo giudizio, operare in parte una revisione della stessa? Ed eventualmente quali parti di essa occorrerebbe modificare per rendere tale sistema più funzionale?

Lei, professor Borgonovi, ha anche affermato che è stato un errore l'aver separato il titolare della funzione sanitaria dal gestore; quindi ha fatto cenno al problema del rapporto del Comune con la struttura operativa

cioè la USL; nella prospettiva di un possibile miglioramento di tale rapporto, che tipo di intervento occorrerebbe, a suo giudizio, per evitare la persistenza di tale separazione?

ROSSANDA. Vorrei rivolgere alcune domande ad entrambi gli esperti.

In particolare, vorrei sapere qual è, a loro giudizio, nella realtà italiana degli anni Ottanta, la sede più adatta per la definizione degli indicatori, che — se ho ben capito — costituiscono la spina dorsale del discorso relativo alla riforma dell'allocazione delle risorse cui accennava, in particolare, il professor Borgonovi. La spesa non dovrebbe quindi essere predeterminata nè in rapporto ai suoi valori «storici», nè con un sistema di «tetti», ma modificando dei comportamenti con la definizione di indicatori programmatici tali da poter essere o incentivanti o vincolanti. Se non ho capito bene, mi farebbe piacere avere una spiegazione al riguardo. La domanda ha un rapporto preciso con il nostro futuro compito di legislatori, perchè forse proprio noi dovremo individuare questi strumenti.

Vorrei inoltre sapere quale sia, nella situazione attuale, e se si possa quantificare in qualche modo, il margine di libertà consentito all'amministratore di USL in rapporto alla definizione della spesa. Infatti, in qualche caso si dice che il margine di libertà non esiste; oggi invece ci sentiamo dire che questo margine non viene usato perchè non ci sono convenienze.

Vorrei poi rivolgere una domanda specifica al professor Borgonovi. Egli ha parlato della necessità di preparazione di gestori della riforma: vorrei sapere a quali soggetti si riferisce il suo discorso. Nella sua qualità di docente di economia sanitaria, egli forse suggerisce — e certamente sarei d'accordo con lui — che si debba costituire una specie nuova di amministratore, che non è nè quello dell'ospedale, nè quello della mutua; del resto, questo lo abbiamo detto tante volte. Tuttavia, mi chiedevo se il discorso si riferisce solo a questa specifica figura di amministratore. Vorrei anche sapere quale itinerario formativo dovrebbe seguire questo soggetto e se in fondo non si ritenga necessario estende-

re tale trasformazione ad altri soggetti; infatti, molti altri operatori influiscono in modo rilevante sulla spesa, e anche loro probabilmente avrebbero bisogno di una nuova preparazione culturale, di un riadattamento agli obiettivi della riforma sanitaria.

Infine, desidererei che il professor Borgonovi — ma anche il professor De Logu può dare il suo contributo, e di questo gli sarò molto grata — mi aiutasse a risolvere un altro dubbio. La struttura di bilancio così come è attualmente non si presta — se ho capito bene — ad un'azione programmatica ben comprensibile da parte degli amministratori elettivi perchè, comunque siano designati, i membri del comitato di gestione sono sempre soggetti elettivi e non di carriera amministrativa. Pertanto, come deve essere strutturato un bilancio affinché un amministratore possa leggerlo correttamente?

Sono membro di un collegio commissariale della regione Lombardia e so che da quando è stata emanata la legge di contabilità si dice che i bilanci di previsione hanno un carattere strettamente formale che non consente alcuna elasticità, nè una lettura nel senso di individuarne i contenuti reali, di programmazione, come invece dovrebbe essere. Suppongo quindi che si dovrebbe trasformarli, verificando se questo limite viene da una norma nazionale o da come sono strutturate le leggi di contabilità regionali.

IMBRIACO. Vorrei tre chiarimenti dal professor De Logu. Un chiarimento riguarda il tema del finanziamento, trattato all'inizio del suo intervento, l'altro riguarda il tema dei controlli e il terzo riguarda il ruolo dell'assemblea della USL, tema questo forse un po' al margine dell'ordine del giorno, ma sempre interessante.

La richiesta di chiarimento per quanto riguarda il finanziamento, anche se può apparire un po' scontata, deriva dal fatto che abbiamo vissuto l'esperienza della legge finanziaria da poco tempo e, per dichiarazioni di Ministri e di esperti, l'organica politica di perequazione contributiva, a cui fa riferimento il professor De Logu, per un prossimo futuro mi sembra di fatto improponibile. Noi non siamo riusciti a mettere in piedi un

discorso, per quanto minimo, che puntasse all'abbattimento del fenomeno di evasione contributiva o, quanto meno, ad un suo contenimento. Allora, è proprio necessaria una fase di transizione, che punti, come fase di passaggio verso la fiscalizzazione, ad una politica di perequazione contributiva? Non è il caso, invece di giocare d'assalto, puntare alla realizzazione della norma e, quindi, avviarci verso quella sana politica che è la fiscalizzazione complessiva? Questa è la domanda che mi pongo, perchè diversamente credo che ancora per molti anni dovremo rincorrere un finanziamento parziale che ci porterà sistematicamente alla sottostima del fabbisogno.

La seconda richiesta riguarda i controlli. Il professor De Logu suggerisce di modificare il tipo di controlli pervenendo ad un controllo per funzioni. Attraverso questa strada, se non ho capito male, possiamo arrivare ad una responsabilizzazione persino degli operatori: obiettivo che dobbiamo senz'altro porci. Però, il problema, molto serio, coniugato ad una realizzazione effettiva del decentramento, dovremmo tradurlo, secondo me, in proposte molto più precise. Infatti, è probabile che si tratti di una di quelle innovazioni, di quei correttivi, che dobbiamo apportare alla legge n. 833 al termine dell'indagine, per rimettere in piedi qualcosa che, invece, strada facendo si è andato un po' sbilanciando. Quindi, vorrei che il professor De Logu, possibilmente, ci offrisse qualche elemento in più, affinché noi possiamo tradurre il discorso, che allo stato è generale, in una norma precisa.

Altrettanto dicasi per l'assemblea della USL. Che cosa fare dell'assemblea? Mi è parso di capire che, in buona sostanza, l'assemblea, di fatto, per una serie di ragioni, espropriata dai suoi compiti, è stata addirittura surrogata o sostituita dai comitati di controllo per alcuni aspetti. Anche qui, come possiamo puntualizzare meglio il discorso, raccordandoci in parte con le osservazioni generali fatte dal professor Borgonovi, per riempire queste strutture di strumenti e contenuti precisi, che ci facciano superare le antinomie, i contrasti e le contraddizioni che abbiamo registrato?

COLOMBO SVEVO. Vorrei alcune indicazioni per quanto riguarda l'organizzazione all'interno delle USL: i due oratori hanno dato indicazioni interessanti circa i livelli istituzionali, ma io vorrei sentire qualcosa di più su come l'organizzazione diversa all'interno delle varie USL — che tra l'altro si è attuata con una gamma di fantasia molto maggiore di quella che poteva esserci per i livelli istituzionali, per i quali la legge è più rigida — ha agito sull'efficienza ed efficacia dei servizi. Naturalmente questo anche in rapporto ad alcune indicazioni che il professor Borgonovi ha dato sulla integrazione dei servizi, sulla possibilità di rendere i servizi con maggiore efficacia e via di seguito.

In secondo luogo vorrei approfondire la metodologia di formazione del Fondo, proposta dal professor Borgonovi. Nella legge finanziaria abbiamo indicato alcuni di questi processi, che possono essere variamente valutati ma sono certamente innovativi, quali la responsabilità diretta delle Regioni, il potere sostitutivo delle Regioni o del comitato di controllo nel caso di disavanzo, una politica nei confronti dell'ordinatore di spesa tramite una responsabilità dello stesso e dei medici con *standards* a livello nazionale, il controllo della spesa, eccetera; vorrei conoscere il vostro giudizio su tali meccanismi, i quali, poi, mi sembra che possano essere estremamente significativi, anche per una eventuale evoluzione delle indicazioni finanziarie per quanto riguarda il Fondo sanitario.

PRESIDENTE. Se non vi sono altri che desiderano porre domande, gradirei io stesso porre qualche quesito. Gran parte dei problemi sono già stati sollevati dai colleghi, ma io vorrei insistere ancora su un punto. Parlando di decentramento e constatando, come si fa attraverso la legge finanziaria per il 1984 recentemente approvata, che si va ad un rafforzamento reale e concreto del potere regionale secondo ulteriori strumenti legislativi che vengono dati alla Regione, si può considerare questo il punto di controllo «centralizzato» sulle USL, Regione per Regione, per ristabilire quel minimo di verticalità rispetto al processo orizzontale di cui avete parlato, oppure molto probabilmente

vi saranno sul piano politico resistenze ad accettare del tutto una soluzione del genere e rimarrà sempre la esigenza di un intervento più centrale, più «statale» di controllo? Allora, in tal caso, io domando se un tale intervento di controllo più centrale, più «statale», debba identificarsi a livello ministeriale, oppure non potrebbe essere costituito da una legge-quadro per il finanziamento del sistema sanitario nazionale, che tenga presente non solo il criterio di formazione del Fondo sanitario nazionale, ma anche i criteri di ripartizione, quelli di amministrazione a livello regionale, quelli di impiego, e così via. Dico questo come ipotesi di lavoro che potrebbe essere sviluppata in sede di Commissione. Questa è la prima domanda.

In secondo luogo, si è parlato della critica rivolta a questo meccanismo di rastrellamento dei contributi tramite l'INPS; orbene, tale meccanismo di rastrellamento a vostro parere può essere sostituito con qualche altro strumento? Se ciò fosse possibile, in che modo potrebbe avvenire?

Si tratta di una domanda specifica rivolta al professor De Logu, ma credo che anche il professor Borgonovi possa darci il suo punto di vista.

Si parla poi di fiscalizzazione; ma c'è anche un'altra ipotesi sul tappeto: quella di una contribuzione obbligatoria specifica per il settore sanitario *pro capite* anche se rapportata, evidentemente, ad un differenziamento sulla capacità contributiva di ciascun individuo, con un contributo specifico che comincerebbe al momento della nascita e finirebbe con la morte.

Vorrei chiedere agli esperti pregi e difetti, anche sotto il profilo scientifico, dell'uno e dell'altro sistema, insieme al loro punto di vista personale sulla fiscalizzazione totale.

Dirò, poi, qualche parola sulla formazione del «manager-sanitario» di cui si è parlato con interventi anche di chiarimento. Mi è sembrato di capire, infatti, che se vi fosse una figura professionale formata in modo specifico o individuata con adatti parametri (quindi riconosciuta attraverso un vero e proprio albo professionale), si potrebbe elevare la qualità dell'Amministrazione sanita-

ria. Bisognerebbe poi stabilire la possibilità di circolazione di queste persone anche con modalità di contratto a termine oppure, con modalità concorsuali. In fondo, non vedo per quale motivo le unità sanitarie locali non possano bandire un concorso per disporre di un proprio *manager* con fisionomia molto precisa e magari inaugurare un sistema non proprio liberistico ma, per lo meno, di concorrenza tra le capacità individuali.

Vorrei infine che il professor Borgonovi ci fornisse alcuni chiarimenti circa la configurazione dei criteri indicatori relativi alla allocazione delle risorse ed al modo in cui possano essere presi in considerazione sul piano legislativo.

BORGONOVÌ. Affronto, innanzitutto, il discorso della corresponsabilizzazione sulla spesa. In seguito farò alcuni accenni sul discorso della corresponsabilizzazione sull'entrata.

Il tema della corresponsabilizzazione presuppone che esista un corretto patto, supportato da alcune analisi tecniche, sull'attribuzione della responsabilità per il livello di spesa. Per esempio, per quanto riguarda l'aumento di spesa per farmaci, è ovvio che se avviene in una unità sanitaria locale in modo più rilevante rispetto alle altre unità sanitarie locali che si trovano nella stessa Regione e sotto le stesse leggi, l'incremento di spesa è attribuibile all'unità sanitaria stessa. Invece l'aumento di spesa per farmaci derivante dall'aumento dei prezzi non è riconducibile a responsabilità dell'unità sanitaria locale.

Allora, adottando un sistema cosiddetto di «analisi delle variazioni» di spesa, ne deriva che se l'aumento della spesa è determinato dai consumi, in qualche modo di questi consumi è responsabile l'unità sanitaria locale. Poi, andando a vedere all'interno dell'unità stessa, ci si dice che il consumo è determinato dal prescrittore e dal medico. Tutto ciò non è vero in termini assoluti perchè esistono comportamenti prescrittivi diversi a seconda che il medico sappia che c'è (o non c'è) qualcuno che nella USL ha il compito di verificare ed analizzare le ricette. Ma se il

medico sa che nessuno «fa passare» le ricette, è scarsamente indotto a forme di autocontrollo.

Corresponsabilizzazione vuol dire far recepire questo tipo di messaggio: nessuno deve essere finanziato a piè di lista, ma nessuno deve essere responsabile *in toto*, anche di fattori da lui non controllabili. Solo in questo modo si ha una corretta corresponsabilizzazione.

Un secondo tipo di meccanismo di coinvolgimento deriva dal riconoscimento di un *quid* del risparmio realizzato alla struttura che ha ottenuto il risparmio stesso. Riconoscere, però, non vuol dire soltanto dare incrementi di remunerazione, ma significa «utilizzare» i risparmi per agire sulle motivazioni nelle persone. È noto che certi medici sarebbero disposti a dare un contributo maggiore sul fronte del risparmio se, quando chiedono una qualsiasi piccola attrezzatura, invece di sentirsi rispondere che non ci sono gli stanziamenti, fossero aiutati a risolvere il loro problema e fossero incoraggiati a continuare la loro opera.

Altro meccanismo di corresponsabilizzazione dovrebbe essere applicato a livello regionale: nei piani regionali che sono stati approvati o semplicemente proposti, domina l'idea di stabilire il parametro del personale per unità operativa in dettaglio. In questo modo, si dice, si riesce a controllare il personale. Poi, le autorizzazioni vengono o non vengono concesse e di conseguenza il personale viene pagato a piè di lista. Da nessuna parte, però, è scritto che il personale debba essere finanziato a piè di lista.

Nella direzione dei piani, quindi, si dovrebbero stabilire i parametri di personale non per singola unità operativa o per singoli servizi ma, per esempio, per fasce, perchè così si ottiene un parametro di riferimento leggermente più stretto rispetto a teoriche aggregazioni dei singoli servizi.

Infatti è chiaro che le Regioni saranno sempre fortemente criticate e contestate se fisseranno in modo basso i parametri per singoli servizi; al contrario, se i parametri vengono riferiti a grossi settori, si potranno fare le politiche graduali di contenimento e

di «rientro». Per esempio: se il parametro aggregato fosse di 2.000 posti per il grosso settore, o di 100 per ogni mille abitanti, eccetera, si potrebbe decidere di assegnarne solo 1995 oppure 98, senza suscitare eccessivi contrasti: comunque contrasti minori di quelli suscitati se si passasse da 3 a 2 posti per una unità operativa.

Corresponsabilizzazione, quindi, vuol dire che a livello di Regione si possono fare dei meccanismi per cui il finanziamento venga commisurato al parametro complessivo «ri-dotto».

Il problema evidentemente potrebbe essere affrontato dettagliatamente, però posso fare un altro tipo di esempio: la corresponsabilizzazione per quanto riguarda i protocolli. Il protocollo può essere imposto per legge, ma in questo caso vi sarebbe una sollevazione generale; ovvero, può essere utilizzato dalla singola unità sanitaria locale per stimolare certi comportamenti, dicendo per esempio ai medici: «Signori medici, dato che continuate a lamentarvi per la mancanza di soldi, cerchiamo di risparmiare razionalizzando l'iter diagnostico in modo da recuperare risorse necessarie a risolvere un dato problema di un dato reparto», eccetera. In questo modo si corresponsabilizzano nell'attività di contenimento anche gli operatori.

Tutto ciò si collega al discorso che ho fatto nella mia relazione sui margini di discrezionalità delle unità sanitarie locali. Non sono in grado di porre il problema in termini quantitativi, ma ripeto che so per certo che in alcune USL il semplice fatto di essersi messi a spulciare le ricette ha portato ad una diminuzione di prescrizioni di farmaci. So per certo che qualche USL, avendo i medici di base posto dei quesiti in merito al loro ruolo, li ha riuniti per discuterne: essi stessi hanno individuato dei modi attraverso cui utilizzare congiuntamente certe strutture. So per certo che in alcune USL il «convenzionato esterno» è stato ridotto attraverso l'aumento della produttività dei laboratori e delle strutture radiologiche interne. So per certo che in alcuni reparti vi sono dieci infermieri, mentre in reparti di altre USL con patologie simili gli infermieri sono nove:

la differenza è dovuta semplicemente al fatto che si è adottata una diversa modalità di organizzazione del lavoro.

Volendo quantificare i margini di discrezionalità, ritengo — la mia è una sensazione — che il margine di azione su cui lavorare (dato anche che l'introduzione di entrate proprie consente sempre spazi di manovra) si aggira intorno al 25-30 per cento. Fra l'altro il mio parere è che molte volte il recupero di efficienza nel settore sanitario non si tradurrà in riduzione di spesa, ma in aumento della sua produttività. Per accettare questa situazione, occorre rivedere la cultura «industriale» legata al principio per cui un miglioramento di efficienza debba comportare una diminuzione dei costi, mentre nel settore dei servizi (per esempio anche nelle banche) il miglioramento di efficienza non necessariamente si traduce in riduzione dei costi, ma in aumento della qualità delle prestazioni. Sarebbe opportuno superare questa cultura «industriale», non adatta per valutare correttamente la politica di servizi nel settore sanitario che si vuole attuare.

Il sistema sanitario poi dipende da comportamenti delle persone ed è necessaria una scelta di fondo: o si ritiene che il comportamento degli uomini sia governabile attraverso l'imposizione di vari vincoli (però si deve tener conto della eventualità che essi siano «aggirati»), o si riesce a determinare il loro comportamento cercando di far coincidere certi loro obiettivi con quelli dell'organizzazione. È indubbio che esiste uno spazio di coincidenza ancora tutto da percorrere. Ci sono medici ed altri operatori che, avendo interessi esterni, molto probabilmente si troveranno in conflitto con gli interessi di una struttura pubblica funzionante, ma questo è un discorso più ampio. È necessario invece evitare di perdere tutta la disponibilità dei medici che lavorano a tempo pieno o che comunque credono alla sanità pubblica i quali, al di là della remunerazione, non trovano poi le condizioni di lavoro e di aggiornamento che si attendono: è necessario evitare la demotivazione di queste persone, il decadimento di sensibilizzazione, e questo dovrebbe essere ottenuto con una attenta gestione degli strumenti di motivazione. Vi

sono studi molto interessanti sulle motivazioni dell'uomo che vale la pena di non trascurare. Non ho approfondito ulteriormente il tema della corresponsabilizzazione anche perchè presenta molte difficoltà «tecniche».

Due parole sul tema delle entrate. Una via classica, anche se molto criticata, è quella di mantenere o reintrodurre alcune prestazioni «a pagamento». Considerando che c'è chi è disposto ad esempio a pagare servizi alberghieri, non vedo perchè la struttura pubblica non possa seguire una «politica di entrata», predisponendo i servizi necessari: a condizione però di non togliere nulla in termini di servizi sanitari ai pazienti «non solventi».

Per quanto riguarda la contribuzione, si potrebbe ridefinire l'intero sistema riducendo la contribuzione sanitaria obbligatoria e si potrebbe introdurre per le unità sanitarie un meccanismo simile a quello adottato in USA con le HMO che ricevono una specie di quota assicurativa «facoltativa» e con le somme acquisite sono in grado di offrire maggiori o minori servizi a secondo della maggiore o minore efficienza nella gestione delle quote stesse. Evidentemente un simile sistema significa spostare completamente l'ottica: in Italia esiste un servizio sanitario fondato sull'ottica del controllo dell'offerta, mentre il sistema sinteticamente esposto suggerisce di recuperare anche qualche strumento di controllo della domanda tramite l'attivazione della «preferenza del consumatore». Va detto che articolare un sistema del genere non è cosa semplice.

Per quanto riguarda il discorso del personale, ho parlato di formazione professionale, ma non mi riferivo esclusivamente ai vertici dirigenziali. Non so se è consentito dalla Commissione, ma ho portato la documentazione relativa ad alcuni corsi organizzati all'Università «Bocconi», semplicemente per far vedere che per noi la formazione di tipo gestionale riguarda molte figure professionali. Ad esempio abbiamo un corso per medici, per primari, per far capire loro quali sono i problemi economici, dell'organizzazione, della programmazione, del rapporto istituzionale, dei metodi quantitativi per le decisioni. Il medico deve avere questo *background* e per-

ciò tali corsi lo introducono agli elementi di gestione delle strutture complesse.

Riteniamo fondamentali i corsi per infermieri, per capisala, perchè sia il sistema industriale che quello dei servizi molte volte si basano sui cosiddetti «quadri intermedi». Questi personaggi hanno dei ruoli determinanti nel funzionamento di una struttura. Tanto per dare un'idea, teniamo un corso di dieci giorni, scaglionato, per dirigenti dei servizi infermieristici: anch'io tengo lezioni alla scuola per dirigenti infermieristici dell'Università di Milano perchè credo fermamente in ciò che sto dicendo. Ci sono poi dei corsi per coordinatori sanitari ed amministrativi, che mettiamo in aula insieme, ritenendo importante la comune funzione di coordinamento e di direzione. In definitiva la «Bocconi» offre una vasta gamma di corsi di formazione manageriale per i diversi livelli gestionali, corsi che comunque da soli non servono a risolvere i problemi della sanità. Questi problemi si risolvono anche mediante una formazione e un'attività di tipo manageriale, ma non soltanto con queste.

Parlando di formazione si può affrontare diversamente dal solito il problema del personale non qualificato: ciò può essere vero, ma la risorsa umana è elastica e quindi occorre fare qualcosa. Ma cosa? Bisognava tirarsi su le maniche e, invece di continuare a dire che il personale andava formato, iniziare dei veri corsi di formazione. Quindi cominciare a spiegare i concetti di programmazione sul piano operativo, di costi e così via.

Una formazione manageriale però, deve essere inserita in una struttura funzionante. Rispondo così ad un'altra domanda che aveva posto il senatore Melotto: perchè le parti che prima funzionavano ora non funzionano più? Ciò dimostra semplicemente che il fattore inquinante è quello dell'organizzazione generale presa nel suo complesso. Se non ci si preoccupa di mantenere efficiente la nuova organizzazione il reparto che in essa si inserisce, già efficiente nell'ospedale non lo sarà più — pur con le stesse persone — in un ospedale inserito nella unità sanitaria.

Non basta occuparsi della sala operatoria e delle capacità infermieristiche: si deve far

si che una richiesta relativa alla sala operatoria non rimanga sospesa per quindici giorni a causa della burocrazia. Bisogna preoccuparsi del miglioramento della organizzazione complessiva e non solo degli aspetti specifici.

Non vorrei aver dato l'impressione di portare il dibattito a livelli filosofici. Il problema è che, a mio parere, bisogna pensare in termini generali ed agire in termini particolari. Io parlo della filosofia della formazione come modello, però, se da domani non vado a sperimentare come realmente si attua la formazione, le cose non cambiano. Prendiamo allora in esame alcuni aspetti operativi.

Non mi sono particolarmente preoccupato di vedere in quali punti la legge n. 833 può essere cambiata, perchè personalmente ho sempre creduto che il suo cambiamento non serva a risolvere i problemi; forse li sposta solamente. Consideriamo, ad esempio, i presidi multizonali. È vero che si tratta di un grosso problema di strutture, ma questo problema non si risolve, a mio parere, mettendo fuori dalle unità sanitarie locali in modo generalizzato gli stessi multizonali, perchè, altrimenti, sarebbe meglio ripensare l'intera struttura del sistema. Forse non c'è neanche bisogno di un cambiamento di tipo istituzionale; si può «far esplodere» la famosa norma che dà un'autonomia operativa ai multizonali con alcune soluzioni di tipo organizzativo interno, cercando di indicare criteri di responsabilità connessi a questa autonomia operativa (per esempio, dei parametri di costo per prestazione o altri dati di attività che non siano le classiche giornate di degenza).

Riguardo al problema del Comune, non critico la distinzione tra titolarità delle funzioni e gestione, ma dico che essa rimane un sistema estremamente difficile da gestire. Quindi, dobbiamo riuscire a far capire ai Comuni che il loro controllo sulle unità sanitarie locali non deve essere sul funzionamento, sull'amministrazione, ma riguarda la definizione di certi obiettivi, la ricerca di un punto di accordo tra i criteri di assistenza sociale dei primi e quelli di assistenza sanitaria delle seconde e infine l'attivazione di meccanismi di controllo sul perseguimento di questi obiettivi. Si dà vita così ad un

sistema in cui i Comuni assumono la veste di «committenti» per determinate prestazioni e che deve essere considerato in un quadro generale: chi gestisce l'offerta delle prestazioni viene responsabilizzato sulla capacità di mediare tra i tanti che chiedono ed i vincoli delle risorse scarse.

D'altra parte, i sistemi vanno avanti perchè si fa leva sulle pressioni, facendo perno su certe tensioni all'interno delle nostre istituzioni. In questo modo ad esempio, si stimola il Comune a cercare di comprendere e chiarire gli obiettivi da assegnare alle unità sanitarie locali e si individuano nelle stesse, una volta che esse hanno accettato il bilancio in termini sostanziali, i soggetti chiamati a rispondere del raggiungimento di questi obiettivi.

Non ho avuto il tempo di pensare a fondo sul problema dei punti della legge n. 833 da cambiare; eventualmente, si potrebbe anche pensarci con maggiore attenzione.

RANALLI. Non è obbligatorio, comunque.

BORGONOVÌ. In effetti c'è un discorso di impostazione. Anche la migliore legge sulla programmazione non riesce a programmare effettivamente se mancano persone preparate a tale funzione. Ho esperienza di gente che parla di programmazione e poi, messa di fronte al primo problema, ad un semplice intervento per la cui valutazione occorre prevedere il numero di prestazioni dell'anno successivo, non sa usare corrette metodologie. Allora, il problema non è della legge, che anzi non è proprio da buttar via: il problema è che non si riesce a spiegare che cos'è la programmazione. Personalmente, ho un concetto di programmazione per cui sostengo che i piani sono fatti per non essere rispettati: se la situazione dopo sei mesi cambia, non si può continuare ad agire secondo il piano. Nel piano, alcune parti potranno restare fisse per tre o quattro o più anni (come ad esempio le scelte di localizzazione), ma ci saranno anche una serie di disposizioni caratterizzate da una necessaria elasticità.

Altro grosso discorso è quello degli indicatori. Bisogna fare delle distinzioni: ci sono degli indicatori di efficienza che possono

essere utilizzati solo a livello di confronto di unità operativa; quindi si cominci, all'interno delle unità sanitarie locali, a considerare che cosa vuol dire l'indicatore di efficienza del poliambulatorio, piuttosto che dell'ospedale, eccetera.

Occorre però specificare ulteriormente un concetto generale come quello di «indicatore di efficienza». Ci sono indicatori tipici per il funzionamento interno di una struttura operativa, ci sono indicatori di dotazione di strutture, caratteristici per le scelte a livello regionale. Ci sono poi indicatori di riferimento per la definizione della quota di riparto del Fondo: un indicatore di riferimento per questa quota può essere il numero di popolazione residente «aggiustata» con alcuni parametri, espressivi dell'invecchiamento, ad esempio. Ci sono indicatori di costo e di quantità-qualità dei servizi: i due congiunti consentono di assegnare una quota con la quale, se ha una elevata efficienza, l'unità sanitaria può essere in pareggio e magari può ampliare anche i servizi: se invece l'efficienza è bassa, si può sempre sopravvivere, a meno di casi clamorosi.

Quindi, per quanto riguarda gli indicatori sostengo che il problema va visto a diversi livelli e per scopi specifici, non si può scrivere un libro generico sugli indicatori. Occorre che coloro che organizzano il PAL (Piano di attuazione locale), avendo a disposizione un certo tipo di personale medico e paramedico, trovino degli indicatori (e ci sono) tali che permettano di far emergere che è in grado di gestire e chi non lo è. Comunque, chi organizza il piano a livello regionale necessita di un indicatore di personale, non per le singole unità operative, ma per i grossi aggregati o le grosse aree di funzioni.

PRESIDENTE. In una eventuale memoria scritta, è possibile avere un elenco di questi indicatori, sia pure sommario e pur considerando le difficoltà che lei ci ha prospettato? Le faccio questa richiesta perchè noi dobbiamo valutare in modo omogeneo i vari piani; se si deve offrire un modello, è necessario avere a disposizione una serie di riferimenti univoci. Per questa ragione vorremmo sapere se è possibile avere delucidazioni su questi

indicatori, con l'esplicazione del loro valore e delle garanzie che possono offrirci.

BORGONOVÌ. Sì, questo è possibile. Secondo me è necessario abituare le persone ad utilizzare gli indicatori.

PRESIDENTE. La preparazione di un elenco di indicatori già costituirebbe un primo passo!

ROSSANDA. Vorrei fare alcune osservazioni sul problema degli indicatori che, a mio giudizio, è molto importante e su cui si è arenato il tentativo di Piano sanitario nazionale.

Si è accennato agli indicatori di efficienza e agli indicatori di riferimento. I primi dovrebbero essere gli strumenti di controllo da parte degli amministratori, anche in funzione di future nuove proposte di controllo programmatico. Gli indicatori di riferimento potrebbero essere quelli di partenza anche se poi verranno modificati da una programmazione successiva. Questi a noi interessano in modo particolare per identificare — credo che la risposta a questa mia domanda sia attesa anche dal professor Bompiani — alcuni punti di riferimento da definire a livello nazionale; insieme agli indicatori di riferimento si potrebbero immaginare meccanismi di elasticità.

Vi sarei molto grato se poteste fornirci del materiale per chiarire questo punto.

DE LOGU. Credo che già da adesso si possa dare qualche chiarimento. Certo non si possono utilizzare gli indicatori come dei *passe-partout* per risolvere ogni questione.

La cultura programmatica ha fatto strada in questo campo; da una parte ha fatto strada in senso negativo, ma dall'altra diventa positivo il risultato rispetto a vecchie mitizzazioni per quanto riguarda il posto-letto, ad esempio. Per quanto concerne l'indicatore posto-letto e il quoziente posto-letto/popolazione, come misura di efficienza, questa è una logica che per fortuna è stata abbandonata, perchè questo indicatore non entra in relazione con altri indicatori che sono di funzionamento operativo nel comparto ospede-

daliero (tasso di ospedalizzazione, indice di utilizzazione, durata e scomposizione della degenza nelle sue varie caratterizzazioni); questa è la conclusione a cui si è giunti.

Quello che interessa maggiormente è che è necessario distinguere le tre grosse «famiglie» di indicatori. Il gruppo degli indicatori di economicità dei servizi è costituito sulla base di criteri eminentemente economico-finanziari, per sapere quanto costa organizzare un determinato servizio o l'organizzazione di altri servizi alternativi (cioè sapere se è più conveniente imboccare l'una o l'altra strada). Per non ripetere errori commessi in precedenza, non bisogna usare solo questo tipo di indicatori, ma è necessario che si intersechino, nell'organizzazione, almeno i tre tipi più importanti: quelli dell'economicità, dell'efficienza e dell'efficacia. Infatti, se si utilizzasse solo il primo gruppo potrebbe accadere che un determinato servizio costi poco, ma che abbia il rapporto costo-efficienza poco significativo, perchè sarebbe tale da richiedere anche l'utilizzo di un altro servizio. Subentra, quindi, anche l'indicatore di efficienza, che concerne i tempi di esecuzione e le caratteristiche del personale che è necessario impiegare.

È importante anche il gruppo degli indicatori di efficacia, perchè potrebbe accadere che un servizio sia economico ed efficiente ma non soddisfi il bisogno dell'utente; poniamo il caso di una persona che necessita del taglio di una unghia del piede: potrebbe accadere che a questa si prestino tutte le cure immaginabili meno quelle di cui ha veramente bisogno.

Vi sono molti esempi che ci hanno consentito di verificare l'importanza dell'interazione fra queste grandi «famiglie» di indicatori, che tra l'altro si possono applicare a qualunque altro servizio, sistema o struttura di bilancio.

A proposito del *day hospital*, dopo tanti innamoramenti si è finito per verificare che questo sistema non è economico, ma è efficiente e soprattutto efficace rispetto ad altri sistemi. Quindi, in questo tipo di organizzazione, non vi è l'interazione dei tre tipi di indicatori. Comunque, nonostante il costo sia più elevato, si è visto che la frequenza di

utilizzo di questo sistema di riabilitazione è alta, soprattutto in Inghilterra che, per antonomasia, è la patria del *day hospital*. Il discorso su un servizio di questo genere è necessario perchè si colloca nel contesto di tutta una rete di servizi. È chiaro poi che alcuni *day hospital* non funzionano, non sostituiscono l'ospedale e soprattutto non vicariano il servizio domiciliare, perchè necessitano a monte dell'ospedale e a valle dell'assistenza domiciliare, quindi si corre il rischio di rendere questa struttura inefficace a soddisfare i bisogni della popolazione.

PRESIDENTE. È necessario avere una documentazione sintetica e valida, altrimenti ci troviamo di fronte al dilemma di come valutare i servizi, in base a quale rapporto di efficacia ed efficienza; oppure avere dei presupposti che siano scientificamente validi. Questo è il problema che viene posto.

DE LOGU. Mi riservo comunque di fruire ulteriori elementi di documentazione.

BORGONOVÌ. Mi sembra che sia rimasto in sospenso il discorso sulla struttura dei bilanci. Le norme di contabilità (legge n. 335 del 1976, legge n. 468 del 1978 e legge n. 421 del 1979) cui si richiamano le norme di bilancio delle unità sanitarie, aprivano la possibilità di avere una formulazione articolata dei bilanci stessi ai fini della funzione di programmazione, e non più per la semplice funzione di autorizzazione alla spesa. Purtroppo, non avendo mai sperimentato tale possibilità e non sapendo di fatto che cosa vuol dire programmazione, i bilanci non sono mai stati formulati in base a questa logica. Programmare significa realizzare un processo che identifica obiettivi, individua una serie di azioni coerenti e arriva ad una quantificazione finanziaria coerente. Operando in questo modo si riesce a collegare la spesa agli obiettivi, fermo restando il discorso delle autorizzazioni che classifica la spesa per capitoli dato che in una struttura pubblica è necessario avere meccanismi di autorizzazione. Tutto questo purtroppo non si è verificato. Quindi, pur avendo le Regioni fatto riferimento ai bilanci pluriennali, è di fatto man-

cata la strumentazione necessaria per renderli operanti. Infatti, per varare un bilancio funzionale rispetto all'articolazione organizzativa estremamente eterogenea, sarebbe necessario avere un sistema interno di rilevazione di contabilità dei costi. In uno studio per una USL si sono individuati 380 centri di costo, il che consente di suddividere la spesa rispetto all'attività ambulatoriale, all'attività di degenza e così via: senza un complesso sistema di contabilità dei costi la suddivisione non sarebbe possibile.

La logica formale che attualmente viene adottata per il bilancio impedisce di vederlo come strumento di programmazione e di controllo. Per dare al bilancio stesso contenuto di programmazione ci sarebbero le leggi; è chiaro però che guardando il modo in cui sono concretamente gestiti i bilanci bisogna essere già soddisfatti quando vi è una regolarità rispetto alle norme formali, che tecnicamente non sempre è possibile rispettare in queste condizioni. Si tratta semplicemente di avviare un mutamento tecnico: è necessario cambiare la contabilità e renderla snella. Non è possibile continuare a legare tecnicamente una serie di fasi formali in base alle quali se non vi è la legge finanziaria non vi sono i bilanci, non vi è la definizione delle quote assegnate e quindi formalmente le USL non possono commutare le entrate.

A mio parere, non va sottovalutata una carenza culturale di fondo. Infatti credo che i famosi coordinatori sanitari ed amministrativi ed i famosi dirigenti potrebbero fare qualcosa di più. D'altra parte tutta la struttura è organizzata in termini di sopravvivenza, ed è proprio la struttura che andrebbe riformata e devo dire che in proposito non mancano proposte valide.

ROSSANDA. Propongo che queste proposte vengano acquisite dalla Commissione per essere esaminate.

BORGONOVÌ. Abbiamo molto materiale a disposizione nel quale è esposta la nostra concezione della funzione del bilancio, con particolare riferimento ai bilanci delle strutture pubbliche.

Per quanto riguarda l'organizzazione era praticamente inevitabile che si avesse un'articolazione organizzativa molto differenziata dato che questo rientrava nel modello e dato che le Regioni hanno varato in preda all'euforia le leggi di organizzazione. A mio parere, però, poteva essere fatta un'operazione diversa, e nel 1979 e 1980 c'erano le condizioni che permettevano di operare. Se a livello di momento centrale, infatti, si fosse riusciti a mantenere il collegamento con le Regioni dando al collegamento un contenuto tecnico di elaborazione di un modello organizzativo, si sarebbero potuti riconoscere certi errori organizzativi. Un serrato confronto tecnico avrebbe aiutato a capire che, dato che le organizzazioni con tre linee di dipendenza non hanno mai funzionato, questo tipo di organizzazione non avrebbe potuto funzionare neanche per la sanità. Invece di preoccuparsi delle disfunzioni, tutti si sono preoccupati di essere organizzativisti. Purtroppo coloro che avevano poca esperienza in campo organizzativo si sono messi a progettare per la sanità modelli di organizzazione «non gestibili» dando poi la colpa ai «cattivi» se questi modelli non funzionavano. Già nelle aziende, le strutture a due dimensioni, le famose «matrici», fanno sudare gli esperti di organizzazione perchè vi è sempre una di esse che prevale sull'altra: era ben prevedibile l'ingovernabilità di strutture ancor più complesse. A mio parere errati modelli di organizzazione hanno influito grandemente sull'inefficienza e sull'aumento dei costi. Forse sarebbe stato più opportuno operare dando conoscenza e non solo imponendo dall'alto. È assurdo a questo punto pensare di cancellare i modelli organizzativi regionali e di farne uno *standard* perchè a mio parere è giusto che vi sia un adattamento alle realtà locali. Il problema è che alcune cose andavano curate all'interno: se si fa un ufficio di direzione collegiale è indispensabile insegnare la collegialità. Non è possibile che ognuno si collochi all'interno dell'ufficio di direzione come responsabile unicamente del suo servizio. Si potrebbe fare a questo proposito l'esempio classico del distretto che è in divenire, e il modello organizzativo che dipende da uno dei servizi va contro la logica del di-

stretto. Infatti il distretto è momento di integrazione a livello orizzontale di più servizi; se esso dipende da un servizio, per definizione risponderà di fronte a questo servizio e non di fronte agli altri. Diventa necessario allora inventare una matrice di responsabilità per definire ed utilizzare le conoscenze dei vari servizi, come ad esempio quello della medicina specialistica.

Voglio ora esprimere un preciso giudizio sui meccanismi previsti dalle recenti leggi. Il meccanismo di penalizzare gli «ordinatori di spesa» che prescrivono più della media nazionale sarà inapplicato: assomiglia alle grida manzoniane. Non è possibile controllare «burocraticamente» (applicando cioè la media) il comportamento prescrittivo: occorrerebbe pensare a sistemi avanzati di incentivazione per i medici e le professioni mediche ad applicare forme di autoregolazione ed autocontrollo. Ed anche queste sono difficili, come dimostrano i *juries* di medici in Inghilterra. Vi sono strumenti avanzati di autodefinizione e di controllo degli obiettivi, ma con la recente legislazione la spesa medica viene affidata a dei burocrati che magari puniscono il medico bravo che agisce coscienziosamente. Quindi ripeto che a mio avviso questo meccanismo è pericoloso se non si spiega il modo con cui deve essere utilizzato.

Per quanto riguarda la responsabilizzazione delle Regioni voglio richiamarmi a quanto diceva prima il professor De Logu. Se la responsabilizzazione viene collegata a criteri non credibili e ad assegnazioni non realistiche, si rischia di riaprire tutto il dibattito. È inutile dire che le Regioni sono responsabili dei disavanzi e come responsabili hanno un potere sostitutivo nei confronti delle USL, perchè è chiaro che se non si danno indicazioni «ragionevoli» nella farmaceutica ed in molte altre voci di spesa i «tetti» saranno sfondati. Forse il riaffermare la responsabilità delle Regioni produrrà un cambiamento nelle «regole del gioco» solo se in sede di variazione di bilancio si cercasse di riportare i 34.000 miliardi ad una cifra più realistica: in tal caso, forse, il meccanismo di responsabilizzazione potrebbe funzionare.

ROSSANDA. Quello dei medici.

BORGONOVÌ. Quella è un'altra spesa, che ha una prescrizione superiore alla spesa medica.

Si tratta di un tipico strumento di gestione che va in parte gestito a livello locale con meccanismi più raffinati. Bisogna fare attenzione a che lo strumento sia più adeguato e più avanzato. Ora, quel limite mi sembra pericoloso, mentre sarei invece d'accordo con il discorso, che è stato fatto in questa sede, sul Fondo per il rinnovo della riconversione perchè l'idea è quella di una assegnazione finalizzata a qualcosa che verrà verificato. In questo caso si tratterà non tanto di cambiare ma di procedere nel dettaglio scendendo dal livello nazionale al livello delle Regioni. Con quali modalità? Come si valuta i piani di rinnovo e di riconversione? Su questo argomento, dovrebbe uscire tra breve una pubblicazione della regione Friuli che contiene la raccolta dei materiali di una serie di incontri organizzati con molti responsabili del settore economico-finanziario delle Regioni.

DE LOGU. Vorrei procedere solamente ad alcuni chiarimenti, quelli che sono in grado di dare, considerata l'esauriente replica del professor Borgonovi.

Prendendo in considerazione le questioni di carattere più strettamente tecnico-finanziario, che poneva il senatore Imbriaco, vorrei sottolineare che il sistema, per andare verso la fiscalizzazione generalizzata, incomincia a presentare alcuni problemi, tenuto conto dell'efficienza del sistema fiscale nazionale. Ogni volta che misuriamo il grado di partecipazione, cioè il grado di perequazione tributaria, delle diverse categorie di cittadini, scopriamo non il decimo sommerso, come si registrava vent'anni fa, ma almeno il cinquantesimo sommerso. Infatti le persone che in base alla loro dichiarazione non avrebbero la possibilità di sopravvivere sono quelle che invece, guarda caso, che palesemente vivono con migliore dovizia o ampiezza di dispendio; non c'è artigiano o avvocato che abbia dichiarato più di tre milioni di reddito imponibile e così via, almeno da quanto si può apprendere dai giornali. Allora mi domando quanto può essere fattibile un discorso di

perequazione accelerata che gravi ulteriormente sul funzionamento più che sull'efficienza del sistema fiscale, e se al contrario non sia più opportuno, in questa fase, trovare degli indicatori e dei criteri, nel sistema fiscale, di misurazione oggettiva del livello dei redditi attraverso l'analisi di elementi di cooperazione: più di duemila centimetri cubici di cilindrata per l'automobile, la doppia casa, la collaborazione domestica, 400 metri quadrati di superficie dell'appartamento costituiscono degli elementi indicativi di un certo reddito. Quindi, anche in questo settore, si possono trasferire e far funzionare sistemi di oggettivazione del reddito. Mi riferisco soprattutto alle categorie da lavoro non dipendente, che sono quelle poi più sperequate rispetto alla massa perchè i lavoratori dipendenti, tutto sommato, salvo alcune eccezioni, sono sostanzialmente allineati.

In questa sede si dovrebbero analizzare ed esaminare alcune iniziative in tal senso, come quella del professor Borgonovi, citata dal Presidente, tendente ad introdurre un sistema tipo quello inglese, lo «zoccolo contributivo» e poi l'autonomia impositiva sostanzialmente dei servizi. A questo punto noi andremmo, nel nostro paese, ad una esasperazione di consenso del decentramento che non so, anche in questo caso, quale terreno di consolidamento possa avere in una simile fase mentre la divisione tra fiscalizzazione e contribuzione del servizio, in relazione a certi scopi, può essere di fatto un modello già presente nel settore pensionistico (non dimentichiamo che la pensione sociale è interamente a carico della società, mentre la pensione contributiva è la pensione spettante in base ai contributi versati).

Vorrei aggiungere alle precisazioni fatte dal professor Borgonovi sulla strutturazione di bilancio, la necessità di acquisire un sistema valido di osservazione del flusso dei costi e un sistema di osservazione totale. Noi stiamo lavorando in questo senso e penso che entro marzo avremo la possibilità di presentare alla Commissione il risultato della ricerca, che sta facendo l'Istituto di studi sulle Regioni del CNR, sul comportamento di spesa delle unità sanitarie locali del territorio di Roma e del Lazio, riunendo in questo modo

l'analisi di due tipi di unità sanitarie locali: quelle dell'area metropolitana di una città come Roma con i suoi problemi e difficoltà, e quelle di piccoli centri con popolazione limitata e meno dotate di servizi.

Una seconda parte della ricerca, che faremo successivamente, sarà diretta all'esame dell'economicità, dell'efficienza e dell'efficacia dei singoli settori di spesa e della possibilità di verificare i vantaggi della responsabilizzazione della gestione diretta anche delle risorse dinanziarie da parte dei servizi; e quindi riguarda un ufficio di direzione trasformato in un organo di decisione operativa assai precisa. Infatti in questa fase noi ci siamo fermati al punto della proposizione; poi la copertura di tutto è costituita da un comitato di gestione che, efficiente o meno che sia, si assume sulle sue spalle tutti i peccati del mondo: questo è il risultato attuale.

Tale questione chiama in causa quella dell'organizzazione delle USL. Condivido il discorso che è stato fatto poc'anzi al riguardo, ma ritengo che sia necessario in qualche misura fare anche riferimento a come è andata la vicenda.

In base alla legge n. 833, gli organi nazionali avevano un anno (il 1979) a disposizione per elaborare tutti gli strumenti di indirizzo e coordinamento che dovevano servire per costruire l'impalcatura del Servizio sanitario nazionale; questa funzione è mancata invece totalmente. Certamente, non sono qui per chiamare in causa responsabilità — non è questo il mio compito —; voglio però ricordare che la realtà della situazione è questa: vi è stata l'assenza totale di un qualunque atto di indirizzo e di coordinamento.

Senza dubbio, le Regioni non sono fatte con la carta carbone, non mi meraviglia quindi che esista una certa varietà tra esse; tuttavia voglio rilevare che in questo caso non si tratta di varietà, ma di follia, questo è il problema; non siamo nell'ambito della differenziazione, ma di qualcosa di diverso, che non è accettabile perchè è addirittura *contra legem*.

La legge della regione Sicilia, che elenca le incompatibilità con la carica di membro del comitato di gestione, a partire dai membri

del Parlamento nazionale fino ai consiglieri comunali, tagliando quindi tutti i legami tra la realtà degli enti locali, la titolarità delle funzioni degli stessi e la loro possibilità di gestione, è fuori dalla legge n. 833. Ma questo fatto diventa ancor più grave nel momento in cui vi sono esempi opposti e sento il dovere di dirlo.

Quale era la questione? Si intendeva organizzare un Servizio sanitario nazionale unitario e globale e lo sforzo che bisognava compiere era proprio di superare la disarticolazione della struttura mutualistica, delle mutue all'interno dell'organizzazione sanitaria di quel periodo: da una parte, il comparto ospedaliero, dall'altra, il comparto della sanità pubblica.

Un primo elemento di assemblaggio di tutto questo sistema doveva essere raggiunto sul territorio, nelle USL, attraverso l'unitarietà e globalità dell'organizzazione dei servizi, anche per ragioni di riconduzione all'equilibrio del sistema, nel quale l'egemonia era in mano al comparto ospedaliero. Non ce lo siamo inventato oggi che l'ospedale si mangia il 60 per cento del bilancio; questo avveniva anche ai tempi della mutualità più rigogliosa. Io stesso ho vissuto questa situazione in prima persona come anche il senatore Ranalli, con maggiori responsabilità, quando era assessore.

La legge regionale del Lazio ha condotto in porto una operazione di limitazione dei servizi portandoli a quattro ed evitando così la dispersione settoriale e quindi la riproduzione della verticalizzazione all'interno di una organizzazione unitaria come quella delle USL.

Mi spiace che il senatore Melotto non sia presente in questo momento perchè vorrei far presente che è esattamente il contrario, tanto è vero che alla fine, nella regione Veneto, è stato necessario creare i coordinatori dei servizi, cioè un livello di responsabilità intermedia tra il coordinamento generale e il capo del servizio, perchè un'esigenza di tipo organizzativo che si poneva era quella di accorpate per gruppi i servizi.

PRESIDENTE. Ma così stando le cose, è ancora possibile ricondurre le diversità esi-

stenti ad una omogeneizzazione o è preferibile lasciare le cose come stanno e creare invece criteri uniformi di valutazione sulla base di parametri corretti, da adottare con un atto di indirizzo da parte del Governo? Non so se adesso è possibile ricominciare tutto da capo.

DE LOGU. Questa stessa osservazione è stata fatta l'altro giorno al convegno di Todi da uno dei padri della riforma.

PRESIDENTE. Vorrei però saperlo in questa sede.

DE LOGU. Personalmente, ritengo che l'operazione sia estremamente difficile, per non dire impossibile. Una revisione generalizzata delle leggi regionali in materia presenta enormi difficoltà, anche se alcune Regioni hanno imboccato questa strada.

Quindi, molto probabilmente, questa è un'operazione di lungo respiro che però non ha, e non può avere, il fiato e l'urgenza che vorremmo avesse. Pertanto, credo che adesso sia necessario adottare indicatori uniformi di valutazione, aggirando così l'ostacolo della disarticolazione organizzativa.

BORGONOVÌ. Ritengo che un'operazione di omogeneizzazione organizzativa «per legge» non sia da perseguire. Bisogna invece agire proprio su alcuni parametri di valutazione che costringono ad avviare certi meccanismi di revisione organizzativa per eliminare le maggiori disfunzioni.

PRESIDENTE. Quindi, questo con un atto di indirizzo da parte del Governo?

BORGONOVÌ. In questo caso, direi di sì.

DE LOGU. Vorrei infine fare rapidamente riferimento a tre questioni.

Una, di carattere istituzionale. All'inizio mi sono riferito ad un possibile nuovo assetto istituzionale che veda attenuarsi e precisarsi il ruolo «gestionale» del comitato di gestione.

Ciò sembrava facile, avendolo chiamato comitato di gestione, ma non è stato così. Al

di là delle responsabilità, sono convinto che a molti Comuni non è sembrato vero di potersi scaricare della «patata bollente» della sanità.

ROSSANDA. Questo è uno dei grossi guai.

DE LOGU. Certamente è così. Pertanto, se fate il raffronto tra condizioni di democraticità della gestione del Servizio sanitario realizzata nelle leggi regionali e utilizzo di questa possibilità di controllo da parte dei Comuni, lo scarto è abissale. Non c'è Comune, o vi sono pochi Comuni, in cui questo non si sia verificato. Forse il sistema emiliano, che impone una lettura entro un mese dei disegni di legge, delle leggi, eccetera, ha ovviato in parte a questa situazione, ma in altre Regioni questo non è stato possibile in funzione del non uso delle disponibilità che le leggi regionali prevedevano.

Sono personalmente favorevole ad una ricerca di identità tra titolarità e gestione, legata all'assunzione di maggiori responsabilità da parte dell'assemblea circa le decisioni fondamentali e non in funzione quindi della operatività; quest'ultima può tranquillamente essere ricondotta nell'ambito della responsabilizzazione — quella, sì, che sarebbe la vera responsabilizzazione — dell'ufficio di direzione. Rispetto a proposte che sono circolate quali la controfirma del coordinatore amministrativo e del coordinatore sanitario sulle delibere del comitato di gestione, cioè la balia asciutta dei due coordinatori al comitato di gestione, e una responsabilizzazione diretta dell'ufficio di direzione, il discorso è assai diverso e qualitativamente, secondo me, serve a far venire allo scoperto i *managers*, i dirigenti, i tecnici, sul terreno della responsabilità e della responsabilizzazione.

La seconda questione si riferisce agli interventi della senatrice Rossanda e del presidente Bompiani. Esiste uno strumento di controllo fondamentale che non è di ordine tecnico-finanziario, ed è il grande assente della vicenda sanitaria di questi quattro anni: il Piano sanitario nazionale. Al di là del modo in cui si è andati avanti sino a questo momento, credo che il risultato conseguito nel decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463,

recentemente convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, sia un risultato positivo, se si arriva anche ad un coordinamento. Per esempio, lo stesso elemento di delegificazione deve essere introdotto per i piani regionali, perchè altrimenti si corre il rischio di avere un livello nazionale di programmazione combinato in una certa maniera e un livello regionali che deve innescare un meccanismo molto più complesso. Però, la prima stesura del Piano, che fra l'altro conteneva anche elementi di correzione della ripartizione, aveva indicato il termine di sei anni, divisi in due trienni, attraverso i quali si sarebbe raggiunto in fine un riequilibrio tra due gruppi di Regioni, quelle al di sopra di una certa situazione organizzativo-operativa e quelle al di sotto.

A proposito della questione della formazione e responsabilizzazione di operatori *managers*, condivido le osservazioni che sono emerse. Ci sono, però, alcuni elementi che bisogna ancora esplicitare meglio, tra cui uno è quello del prendere per il verso giusto un certo tipo di operatori. L'operazione di modifica della cultura sanitaria è un'operazione lunga che non può dare subito i suoi frutti, e tra l'altro il bombardamento dei *mass media* è tale che questa operazione si scontra con resistenze che vanno a cercare un risultato immediato. Allora è difficile introdurre un fiscalismo nel controllo degli operatori, anche perchè l'esperienza mutualistica, da questo punto di vista, è ricca di fallimenti. L'INAM ha perso tutte le cause contro gli ospedali perchè nessun tribunale ha mai accolto la sua richiesta di togliere dalla retta mutualistica i servizi generali della popolazione. Nessun professionista è mai stato condannato per eccesso. È vero anche che esistevano meccanismi contrari, in qualche misura di pressione psicologica, magari anche distorti. Vi è una differenza sostanziale tra un'organizzazione professionale obbligatoria, come è la nostra, ed altre organizzazioni che si basano più sull'autorevolezza che sulla fiscalità degli organi. Un medico che viene allontanato dall'associazione medica britannica, che è una libera associazione, non ha più la possibilità di svolgere la professione. Da noi, sono capitate cose assai

rilevanti, rispetto alle quali non si è verificata in alcun modo neanche la possibilità di dare esempi di autorevolezza. Io credo che sia più efficace la forma del rapporto fiduciario, il quale oggi è anche in qualche misura possibile, in relazione al fatto che il clima è cambiato e credo che oggi vi siano molte categorie mediche e sanitarie, ma soprattutto mediche, notevolmente più disponibili alla riforma, di quanto non lo fossero prima. Io seguo per ragioni di carattere politico le vicende di alcune categorie. Per esempio, a mio parere, la strada compiuta dalla Federazione italiana dei medici di medicina generale (FIMMG) è una strada di grande responsabilità, contrassegnata anche da iniziative positive. Il prontuario terapeutico della FIMMG, pur non avendo efficacia, può comunque essere utilizzato come strumento di comportamento. In questo senso sto sperimentando un'iniziativa presso la USL del centro di Roma, concordata con la FIMMG di Roma.

Vi è, poi, il discorso delle incentivazioni di diversa natura. A suo tempo, abbiamo perso alcuni treni che potevano servire a chiarire il discorso del tempo pieno e del tempo definito, riguardo, per esempio, alla incentivazione culturale dei medici. Negli ospedali in cui sono stato amministratore, il consiglio di amministrazione ha sempre agevolato la partecipazione a congressi, corsi, eccetera, solo di coloro che erano impegnati a tempo pieno.

Una tale discriminazione all'interno dell'ospedale premia una scelta di collocazione all'interno del servizio pubblico. Si sono fatte esperienze in Inghilterra che hanno percorso molta strada e che oggi, proprio perchè abbiamo un sistema a quota capitaria, sono possibili anche in Italia. Non devo certo spiegare al professor Bompiani un sistema di cui egli è perfettamente al corrente. Di iniziative del genere ve ne sono a non finire e, pertanto, a mio parere, si può arrivare a trovare un terreno di unificazione della figura manageriale, superando le antinomie medico-amministrative. Noi dobbiamo arrivare a creare una figura di gestore, che sia di *manager*, di coordinatore, una figura che sia in grado di programmare, di organizzare, di

12^a COMMISSIONE

2° RESOCONTO STEN. (10 gennaio 1984)

valutare un servizio e di dirigere il personale. Questa è la sostanza dell'operazione che deve essere svolta.

Concludendo, anche io mi farò carico di inviare alla Commissione tutto il materiale utile che ho a mia disposizione.

PRESIDENTE. Restiamo, quindi, in attesa del materiale che vorrete consegnarci o inviarci, in maniera che la Commissione possa prenderne conoscenza.

Dichiaro conclusa l'audizione ringrazian-

do il professor De Logu ed il professor Bordonovi per la loro squisita disponibilità per tutta la durata dei lavori.

Non facendosi osservazioni, il seguito dell'indagine conoscitiva è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 20,20.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il Consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici
DOTT. ANTONIO RODINÒ DI MIGLIONE