

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA CALABRIA

Facoltà di Economia

Dipartimento di Scienze Aziendali

DOTTORATO DI RICERCA

IN

SCIENZE ECONOMICHE

XXII Ciclo

TESI DI DOTTORATO

**IL SISTEMA INFORMATIVO
CONTABILE
NELLE AZIENDE SANITARIE
PUBBLICHE**

Analisi teoriche ed evidenze empiriche

SUPERVISORE

Chiar.mo Prof. Antonio Ricciardi

CANDIDATO

Roberto Garzulli

Coordinatore

Chiar.mo Prof. Andrea Lanza



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA CALABRIA

Facoltà di Economia

Dipartimento di Scienze Aziendali

DOTTORATO DI RICERCA

IN

SCIENZE ECONOMICHE

XXII Ciclo

TESI DI DOTTORATO

**IL SISTEMA INFORMATIVO
CONTABILE
NELLE AZIENDE SANITARIE
PUBBLICHE**

Analisi teoriche ed evidenze empiriche

SUPERVISORE

Chiar.mo Prof. Antonio Ricciardi

CANDIDATO

Roberto Garzulli

Coordinatore

Chiar.mo Prof. Andrea Lanza

Dottorato di ricerca – XXII Ciclo – Settore disciplinare SECS- P/07

SOMMARIO

INTRODUZIONE.....	5
CAPITOLO I - L'ASSETTO ISTITUZIONALE DEL SISTEMA SANITARIO PUBBLICO. PROFILI EVOLUTIVI.....	13
1. L'ISTITUZIONE DEL SSN.....	14
2. LA RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO AI SENSI DEI D. LGS 502/92 E D. LGS 517/93 (C.D. RIFORMA-BIS).....	16
3. LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SSN - "RIFORMA SANITARIA TER" O "RIFORMA BINDI": LEGGE N. 419/1998, D. LGS. N. 229/1999.....	19
4. L'AZIENDALIZZAZIONE DELLA SANITÀ.....	25
Organizzazione e funzionamento delle AS.....	28
Il meccanismo dell'accreditamento e la creazione di un sistema competitivo di "quasi mercato".....	38
5. LA REGIONALIZZAZIONE DEL SSN – POTERI E FUNZIONI DELLE REGIONI.....	42
6. I SISTEMI DI FINANZIAMENTO NEL SISTEMA SANITARIO.....	48
Il rapporto Hope sui livelli uniformi di assistenza.....	55
Finanziamenti Europei per le AS.....	58
Finanziamenti nazionali per le AS.....	64
Le problematiche relative al finanziamento del servizio sanitario.....	69
CAPITOLO II - IL SISTEMA INFORMATIVO CONTABILE DELLE AZIENDE SANITARIE. OPPORTUNITÀ E CRITICITÀ.....	72
1. IL SISTEMA DI BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE: DALLA CONTABILITÀ FINANZIARIA A QUELLA ECONOMICO-PATRIMONIALE.....	73
Il sistema contabile nelle Aziende Sanitarie.....	80
Analisi dello schema di conto economico.....	83
Analisi dello schema di stato patrimoniale.....	98
2. LA CONTABILIZZAZIONE DELLA SPESA SANITARIA IN UN SISTEMA FEDERALISTA.....	115
3. LA RETE DEI CONTROLLI IN SANITÀ.....	128
La funzione del Collegio sindacale nelle ASL e nelle Aziende Sanitarie.....	130
I controlli esterni: la Corte dei conti.....	137
4. L'INDEBITAMENTO DELLE ASL.....	141
5. LE PATOLOGIE DEI SISTEMI INFORMATIVI CONTABILI SANITARI: LE REGIONI SOTTO OSSERVAZIONE	

CAPITOLO III - LA CONTABILITÀ DEI COSTI COME STRUMENTO DEL CONTROLLO	
CONTABILE E DEL CONTROLLO DI GESTIONE	159
1. LA STRUTTURA DEI COSTI NELLE AZIENDE SANITARIE.....	170
2. VALUTAZIONE DI CONGRUITÀ DELLE TARIFFE DI DETERMINE PRESTAZIONI	172
3. GLI STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE: IL BUDGET	178
Il ruolo del budget.....	179
L'articolazione delle responsabilità.....	181
La progettazione di un sistema di controllo di gestione in sanità.....	186
CAPITOLO IV – ANALISI DI ALCUNE BEST PRACTICES IN CALABRIA	195
1. LA BEST PRACTICE NELL'ASP DI CATANZARO, <i>VINCITRICE DEL I PREMIO AL FORUM PA 2010</i>	196
<i>Progetto Integrato di un sistema di misurazione e valutazione delle prestazioni</i>	
<i>Sanitarie</i>	196
3. LA BEST PRACTICE DELL'ASP DI VIBO VALENTIA.	200
<i>Programma di ricerca “Migliorare l’appropriatezza delle prestazioni ricomprese nei</i>	
<i>LEA”</i>	200
ALLEGATO - Progetto Integrato di un sistema di misurazione e valutazione delle	
prestazioni Sanitarie nell'Asp di Catanzaro.....	212
BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO	243

INTRODUZIONE

Un intreccio indissolubile accomuna lo sviluppo delle società moderne all'aumento del reddito pro capite, ai progressi della medicina e all'innalzamento della speranza di vita: in Occidente si vive più a lungo perché è alto il tenore di vita, così come al migliorare del reddito pro-capite aumenta la percentuale di spesa destinata alla salute, sia pubblica, come quota della spesa pubblica, che privata, con quota dei bilanci familiari. Le decisioni di spesa per la salute rappresentano scelte economiche che riguardano direttamente la vita di tutti e per questo pongono delicati problemi di scelta sociale: il motivo è che la distribuzione di reddito e di ricchezza determina anche l'opportunità di accesso alle innovazioni mediche che possono restituire la salute.

In tutte le moderne democrazie l'intervento pubblico nel settore della sanità ha come obiettivo quello di riequilibrare la disuguaglianza sociale e consentire condizioni di tendenziale uguaglianza nell'accesso alle cure sanitarie: ma una maggiore spesa pubblica impiegata per la sanità implica necessariamente una minore disponibilità di risorse per altre spese sociali¹. La scelta economica nella sanità è ulteriormente complicata dal fatto che esiste una strutturale spinta all'aumento sia dei prezzi che delle quantità delle prestazioni sanitarie. I prezzi aumentano perché l'innovazione medica è incessante e chi è malato domanda prestazioni basate sulla miglior frontiera tecnologica; il numero di prestazioni sanitarie aumenta perché, specialmente in Italia, l'innalzamento della speranza di vita consente di vivere più a lungo ma comporta anche, necessariamente, una maggiore

¹ Il ruolo chiave della salute è stata ampiamente riconosciuta ed è un elemento integrante nella maggior parte dei grandi iniziative strategiche dell'UE - come la sua strategia per la crescita e l'occupazione e lo sviluppo sostenibile. La Commissione europea ha presentato un approccio strategico per la politica sanitaria dell'UE nel periodo 2008-2013. L'iniziativa, che trae spunto dalle azioni precedenti, punta a fornire un quadro generale che affronta i temi principali della sanità in Europa, ma anche altri aspetti generali, come l'integrazione della strategia per la salute in tutte le politiche e la sanità a livello globale.

frequenza di malattie.

La Sanità in Italia è, ormai quasi ogni giorno, al centro dell'attenzione pubblica, a torto o a ragione, per i suoi costi ormai insostenibili, per i deficit soprattutto di alcune regioni², per i ritardi e la scarsa qualità di molte prestazioni troppo spesso carenti ed inefficienti. Eppure nella sanità italiana vi sono professionisti e centri di eccellenza riconosciute a livello internazionale.

La filiera della salute, nella galassia dell'economia italiana, è una stella di prima grandezza, vitale e di primaria importanza, pur essendo conosciuta da pochi: realizza il 6,5% di tutta la nostra produzione nazionale vantando un "prodotto per occupato" che supera del 6,4% la media nazionale, ponendosi tra il terzo e il quarto posto nella classifica delle potenze produttive italiane³.

La Sanità è un universo in forte crescita che, in altri Paesi dove si investe senza sprechi, dà alti profitti e diventa un business da export. Ma, prima di tutto crea salute: infatti, con la sua filiera -che va dalle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali alla ricerca scientifica, dalla produzione al commercio di farmaci e dei dispositivi medici, dagli apparecchi ortopedici alle protesi dentarie- occupa un milione e 513mila di persone ed ha un valore aggiunto a prezzi base che vale il 6,7% del totale nel Paese e un valore aggiunto a prezzi costanti che dal 2004 al 2006 è cresciuto del 6,4% contro la media italiana dell'1,9%.

Purtroppo anche la spesa sanitaria italiana, negli ultimi sei anni è lievitata di un 5% in più rispetto all'inflazione programmata, mentre i costi, sempre in sei anni, sono lievitati addirittura del 50%⁴.

² La Corte dei Conti, nel suo rapporto "Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni: esercizi 2008-2009", con deliberazione n. 17/sezaut/2010/frg, punta l'indice soprattutto verso la spesa sanitaria di Lazio, Sicilia, Campania, Abruzzo Calabria e Molise.

³ Fonte Confindustria 2009

⁴ La Corte dei Conti, "Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni: esercizi 2008-2009", deliberazione n. 17/sezaut/2010/frg.

Sin da prima dell'approvazione della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, e fino ai decreti di riordino e razionalizzazione della materia⁵, l'ordinamento dei servizi sanitari, ha assistito, spesso, al mutamento della distribuzione delle competenze istituzionali per mezzo delle quali assicurare le funzioni ed i compiti rivolti alla tutela della salute degli individui e della collettività.

Questo sistema pur avendo rappresentato una valida alternativa al sistema mutualistico, ha evidenziato anche una serie di problematiche in relazione alle quali non ha fornito una risposta risolutiva. Infatti, come già detto, lo sviluppo tecnologico, il maggiore benessere ed il progressivo invecchiamento della popolazione italiana hanno portato ad un aumento della richiesta di prestazioni sanitarie sempre più ampie e qualificate ed al conseguenziale aumento delle spese sanitarie. Tutte le democrazie occidentali, consapevoli di ciò, stanno ripensando i meccanismi propri dello Stato Sociale.

Un mutamento di grande rilievo si è avuto con la regionalizzazione della responsabilità del finanziamento e dell'organizzazione dei servizi sanitari⁶. Le Regioni hanno attualmente maggiori poteri nei seguenti ambiti: programmazione ed organizzazione delle attività, disciplina dei diversi settori, attribuzione delle risorse finanziarie, indicazione dei principi fondamentali, definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali d'assistenza⁷. In pratica si è passati da una allocazione di risorse, da parte

⁵ L'introduzione della contabilità economico-patrimoniale in luogo della contabilità finanziaria all'interno delle Aziende Sanitarie ha rappresentato un'importante innovazione, con conseguenze rilevanti non solo sul piano tecnico, ma anche dal punto di vista della governance istituzionale, che attraverso il nuovo sistema contabile si è dotata di un importante strumento di analisi degli andamenti delle Aziende e quindi dell'andamento economico-finanziario dell'intero sistema sanitario regionale e una ricerca di trasparenza, efficienza e dell'efficacia.

⁶ Le Regioni possono provvedere a coprire il proprio disavanzo sanitario con risorse proprie reperibili con nuovi ticket o maggiori tasse regionali. Come è noto, con la riforma federalista dello Stato, alle Regioni è stata assegnata l'obbligo di coprire i futuri deficit di bilancio per la Sanità, facendo ricorso a risorse proprie, manovre regionali di politica fiscale o di politica sanitaria interventi di riorganizzazione della rete sanitaria regionale finalizzati al recupero di efficienza gestionale.

⁷ Fino al 2013 opererà un fondo perequativo nazionale, attribuendo quindi, alle Regioni autonomia decisionale e, dal 2013, anche autonomia finanziaria.

dello Stato verso le Regioni, che consisteva in un ripianamento automatico a piè di lista, ad una maggiore responsabilizzazione delle Regioni. In questo nuovo scenario per il management delle aziende sanitarie si impone il richiamo al pareggio di bilancio o, comunque, al rispetto di disavanzi certi e programmati⁸.

Più che l'obiettivo formale del pareggio di bilancio i differenti livelli istituzionali, aziendale regionale e nazionale, devono operare un controllo complessivo dell'andamento economico della Sanità nella pur consapevole che è necessario superare i sistemi di controllo basati sulle sole rilevazioni economiche. Le aziende sanitarie in quanto enti pubblici, infatti, hanno come oggetto la tutela di un bene incompressibile e primario che non può essere totalmente e solamente esposto alle regole del libero mercato ma hanno invece come missione la soddisfazione della domanda che proviene dalla popolazione, dovendo garantire tariffe, qualità, diffusione del servizio, livelli di assistenza e non principalmente la remunerazione del capitale investito⁹. Questo sviluppo rappresenta, nelle realtà sanitarie, non un ennesimo passo evolutivo, bensì un punto di partenza. Il vero obiettivo strategico diventa allora quello di introdurre la cultura della misurazione dei fenomeni aziendali, che si trasforma in conoscenza a supporto di indirizzi di efficienza e di qualità del servizio¹⁰. Cultura intesa propriamente come *habitus* mentale che informa di sé l'intera organizzazione e come comportamento quotidiano che attraversa l'intera organizzazione, dall'operatore sanitario al direttore generale¹¹.

Tutto ciò ha spinto le aziende sanitarie a dotarsi di un sistema di

⁸ Cfr. GIOVANNELLI L., (1996), *Gli strumenti per programmare la gestione*, in ANSELMINI L. (a cura), *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore Libri, Milano.

⁹ Per tale motivo, nelle aziende sanitarie, si sta approfondendo la programmazione e l'analisi di profili legati alla socialità, alla competitività, alla soddisfazione dei clienti e degli altri stakeholder, allo sviluppo degli intangibles.

¹⁰ DONALDSON C., CRAIG M., (2006), *Come stabilire le priorità in sanità. Una guida all'applicazione dell'economia nel processo decisionale*, Il Mulino, Bologna.

¹¹ BRUNO P., (2006), *La competenza manageriale in sanità. I nuovi livelli di responsabilità in una sanità che cambia*, FrancoAngeli, Milano.

programmazione e di un sistema di controllo di gestione¹² (atti a cogliere il vero profilo economico-finanziario della gestione espresso nella misura monetaria dei costi-ricavi, delle grandezze patrimoniali e dei flussi finanziari)¹³ non sempre adeguato, non perché il sistema non sia nella sostanza idoneo, quanto perché esso non è supportato da dati contabili affidabili.

Con lo scopo di creare una classificazione dei ricavi, monitorare l'attività sanitaria erogata ai cittadini e quindi poter controllare la spesa sanitaria in relazione all'attività svolta, in America, negli anni '70, venne introdotto per la prima volta il sistema DRG (Diagnosis Related Groups)¹⁴.

La riforma sanitaria italiana, degli anni '90, ha introdotto anche nel nostro paese il sistema DRG, se pure con qualche differenza¹⁵.

Con l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale in luogo della contabilità finanziaria all'interno delle Aziende Sanitarie si è perseguita un'importante innovazione con conseguenze rilevanti non solo sul piano tecnico, ma anche dal punto di vista della governance istituzionale,

¹² DEL BENE L., (2000), *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle Aziende Sanitarie*, Giuffrè, Milano.

¹³ AA.VV. (GIUSEPPONI K., a cura di) (2003), *L'evoluzione del controllo di gestione nelle realtà pubbliche e non profit*, Sistemi Editoriali – Esselibri, Napoli. Si veda anche CINQUINI L., MILO VITALI P., NUTI S. (a cura di), 2002, *La dinamica economico finanziaria delle aziende sanitarie toscane: analisi a confronto*, Franco Angeli, Milano.

¹⁴ In quel periodo infatti (fine anni '70) in America si stava attraversando un periodo di crisi economica, causata anche dall'elevata spesa sanitaria. Il sistema DRG è stato introdotto da Fetter e da un gruppo d'economisti e medici dell'Università di Yale, in California.

¹⁵ Allo scopo di ridurre i costi sanitari, nel West Virginia è stato messo in piedi un modello assistenziale che, basandosi sul concetto di responsabilità personale, ricompensa coloro che aderiscono a uno speciale contratto con l'ente assicurativo sanitario **Medicaid**. Il piano statale di Medicaid, che assiste la popolazione in stato di povertà o semi-povertà, ha infatti ridotto per motivi economici i livelli assistenziali per i propri utenti, tranne che per i cittadini che sottoscrivono un vero e proprio contratto che li obbliga all'osservanza di regole di vita sane, a smettere di fumare, all'adesione alla terapia dei fattori di rischio, a seguire corsi educativi su nutrizione e attività fisica, a non mancare gli appuntamenti con il personale sanitario, eccetera. Chi firma l'impegno e lo rispetta riceve più servizi sanitari e più risorse: il principio è che ha diritto a essere curato chi lo merita, perché cerca di prevenire una patologia cronica o, dopo la sua insorgenza, aderisce alle prescrizioni. L'amministratore di Medicaid del West Virginia ha dichiarato che questo modello «farà parte di un trend emergente che responsabilizza (empowers, nel testo) i pazienti a prendere decisioni corrette in relazione al proprio trattamento medico. **Medicare** fu creato da Lyndon Johnson nel 1965 per garantire la copertura federale per le spese mediche degli anziani, dai 65 anni in su, ma non sono escluse persone sotto i 65 anni che soffrono di particolari disturbi e malattie (ad esempio chi deve essere sottoposto a dialisi per problemi renali).

che attraverso il nuovo sistema contabile si è dotata di un importante strumento di analisi degli andamenti delle Aziende e quindi dell'andamento economico-finanziario dell'intero sistema sanitario regionale.

In questa studio, dopo aver analizzato l'evoluzione della normativa riguardante il servizio sanitario in Italia, si è approfondito il sistema informativo contabile evidenziando le opportunità e le criticità presenti attualmente, specie per quelle Regioni sotto osservazione perché presentano indebitamenti notevoli. In seguito si indicano alcuni strumenti del controllo contabile e del controllo di gestione che, applicati, potrebbero ridurre le patologie dei sistemi informativi contabili sanitari.

Ciò detto, resta inteso che qualsiasi tentativo di monitoraggio delle aziende a partire dall'analisi dei bilanci è condizione necessaria ma non certo sufficiente per verificare l'efficienza tecnico-gestionale e l'efficacia nel perseguimento delle proprie finalità istituzionali, legate alla tutela e alla promozione della salute dei cittadini.

In tutte le Regioni italiane, dinnanzi alla lievitazione della spesa sanitaria, si stanno cercando di mettere a punto strumenti e attività che possano misurare e valutare economicamente le prestazioni offrendo servizi sanitari di qualità senza duplicazioni e sprechi, puntando quindi ad una maggiore efficacia ed efficienza, intesa come adeguato utilizzo delle risorse e conseguente contenimento della spesa, con l'obiettivo di ridurre gli sprechi.

A tal proposito ho indicato le più significative best practices effettuate nel 2009-2010 da due ASL della Regione Calabria, che sconta anni di inadeguatezza sul fronte dell'efficienze e dell'efficacia con un tale indebitamento del sistema sanitario che ha portato al commissariamento della stessa Regione da parte del Governo.

L'esperienza dell'ASL di Catanzaro, presentata al concorso Forum PA 2010 ha ottenuto il riconoscimento "Premiamo i risultati", per il "*Progetto integrato di un sistema di misurazione e valutazione delle prestazioni sanitarie*", quale primo classificato nel IV Gruppo di valutazione dei Piani

di miglioramento presentati ed avviati dalle varie Aziende sanitarie italiane, ma non solo, nel corso dell'anno 2009.

**CAPITOLO I -
L'ASSETTO ISTITUZIONALE DEL
SISTEMA SANITARIO PUBBLICO.
PROFILI EVOLUTIVI**

1. L'ISTITUZIONE DEL SSN

L'articolo 32 della Costituzione recita: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti”*.

Il Servizio Sanitario è “il complesso di prestazioni intese a migliorare lo stato della salute umana sia nell'ambito fisico che in quello psicologico”.

Per raggiungere questi risultati la produzione pubblica dei servizi sanitari può facilitare un'allocatione più efficiente dal punto di vista sociale attraverso una serie di interventi che “correggono” le imperfezioni di mercato.

Per tracciare un'analisi delle innovazioni e valutare l'andamento dei dati economico-finanziari ad essi relativi, è utile esporre l'iter normativo del SSN a partire dal 1978.

La prima vera riforma del sistema sanitario in Italia si ha nel 1978 con la legge n. 833¹⁶: con essa viene infatti istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) segnando così uno spartiacque rispetto al passato.

Con l'istituzione del SSN si è “integrato”, sotto un'unica proprietà, enti e funzioni prima svolte in modo autonomo e spesso scoordinato¹⁷.

Con la riforma del SSN del 1978, nascono le USL che vengono strutturate come aziende di fatto aventi una triplice funzione: 1) assicurare i propri residenti contro i rischi di malattia; 2) produrre i “beni sanitari pubblici” (riguardanti la salute collettiva, l'emergenza, la ricerca) e i servizi sanitari ad alta intensità di capitale (grandi ospedali specializzati); 3) acquistare sul

¹⁶ Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale" (Pubblicata in G. U. 28 dicembre 1978, n. 360, S.O.)

¹⁷ Le funzioni sanitarie erano svolte da enti ospedalieri, consorzi sanitari di zona, laboratori d'igiene e profilassi, ecc.

mercato i servizi complementari all'offerta pubblica (ospedalieri e diagnostici), appaltando in toto ai privati l'erogazione della medicina di base e la distribuzione dei farmaci¹⁸.

Prima di tale legge vigeva un sistema di tipo mutualistico che si sviluppava in ambito provinciale e comunale e che risultava carente di meccanismi di responsabilizzazione sull'utilizzo di risorse. L'assistenza sanitaria era garantita da numerosi enti, denominati Mutue, con finalità e compiti diversi tra loro e, soprattutto, regolati da un proprio ordinamento interno. Le Mutue¹⁹ erano delle assicurazioni sociali a cui aderivano i cittadini, in genere in base alla propria condizione lavorativa²⁰. Pur rappresentando un modello sistematico d'organizzazione della sanità, esse presentavano numerosi limiti quale, ad esempio, l'attenzione posta semplicemente alla diagnosi e alla cura delle malattie denunciate dai cittadini²¹. In pratica non si poneva alcuna attenzione all'attività di prevenzione ed inoltre ogni mutua era un centro di spesa difficilmente controllabile.

Con l'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale si passa quindi da un sistema particolarmente frammentato, con diversi organi decisionali, ad un sistema statalizzato con accesso universale con cui s'intende realizzare l'integrazione ed il coordinamento degli interventi in materia di sanità anche sotto l'aspetto della spesa.

I punti cardini su cui si basa la riforma introdotta con la legge n. 833 sono i seguenti:

¹⁸ In questa strutturazione, il 60% circa dei servizi sanitari era prodotto da enti della pubblica amministrazione ed il 40% erogato da operatori di mercato sulla base di contratti (le convenzioni).

¹⁹ Tra il 1898 ed il 1943 si ha lo sviluppo delle "Casse Mutue" per l'assicurazione contro le malattie. Nel 1976 esistevano oltre 100 enti mutualistici maggiori, tra cui alcuni sopravvivono ancora oggi (INPS), e oltre 1000 minori.

²⁰ Inoltre i servizi sanitari erano erogati in modo disomogeneo tra la popolazione: ogni mutua permetteva l'accesso a particolari categorie di cittadini in base alle caratteristiche contributive, alle condizioni lavorative, alla residenza

²¹ Il SSN si basava sul principio che l'assistenza spettava a tutti e non solo ai lavoratori, come prevedeva il sistema antecedente indipendentemente dai contributi eventualmente versati. L'attuazione partì dal 1.1.1980.

- Viene introdotta la *copertura universale*. Mentre infatti nei diversi sistemi mutualistici la copertura variava da un sistema all'altro, adesso la copertura sanitaria è resa indipendente dal reddito.
- Viene introdotta una *corresponsabilità delle Regioni e dei Comuni nella gestione della sanità* tramite l'individuazione di tre livelli decisionali: lo Stato, che ha il compito di definire il contesto normativo e finanziario e svolge una funzione di coordinamento e indirizzo attraverso il Piano Sanitario Nazionale (PSN)²²; le Regioni, che attraverso il Piano Sanitario Regionale (PSR) danno attuazione a quanto previsto nel piano nazionale; i Comuni che attuano la gestione effettiva dei servizi tramite le USSL (Unità Sanitarie Locali);
- vengono introdotte *le Ussl*. Prima esistevano gli Enti ospedalieri, cioè ogni ospedale era un ente autonomo. Con la Legge n. 833 questi enti vengono sciolti d'autorità e con essi i consigli d'amministrazione. Con l'istituzione delle Unità sanitarie locali (Ussl) si punta alla gestione dell'ospedale e dei servizi sul territorio, come, ad esempio: i servizi di medicina del lavoro, i servizi di controllo ambientale ed i primi tentativi d'agenzie regionali per la protezione dell'ambiente²³.
- Non viene più limitata l'offerta sanitaria solo alle strutture pubbliche ma è consentito anche alle strutture private, purché convenzionate, di erogare servizi sanitari, a fianco del "pubblico".

2. LA RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO AI SENSI DEI D. LGS 502/92 E D. LGS 517/93 (C.D.

²² Il PSN è triennale ed è approvato dal Parlamento.

²³ Con la legge 833 si stabilisce, per la prima volta in Italia, che la sanità è fatta di prevenzione, cura e riabilitazione, mentre prima esisteva solo l'ospedale, vale a dire la cura delle malattie.

RIFORMA-BIS)

L'inadeguatezza organizzativo-gestionale del modello prescelto precedentemente, la forte ingerenza esercitata dalle parti politiche (che si è manifestata in un'eccessiva pesantezza dell'apparato burocratico e nella mancanza di una politica sanitaria coerente), ma, soprattutto, la necessità di controllare la spesa sanitaria, che nel corso degli anni ottanta ha fatto sentire il suo peso sui bilanci pubblici²⁴, hanno dato inizio ad una serie di riforme che, a partire dagli anni novanta, hanno contribuito a determinare un profondo cambiamento nel Sistema Sanitario Nazionale che, pur operando in una situazione pesantemente condizionata da vincoli normativi, rappresenta solo uno degli aspetti della più vasta riforma che ha interessato l'intera pubblica amministrazione in Italia²⁵.

Tali riforme si inseriscono in un ampio quadro di cambiamenti avvenuti in tutti i sistemi sanitari dei paesi ad economia avanzata²⁶.

²⁴ Nei primi anni '90 la spesa sanitaria era in tutti i paesi europei ed extraeuropei in forte lievitazione e con percentuali di incidenza sul PIL (Prodotto interno lordo) molto elevate. In Italia la spesa sanitaria corrente è stata di 111.866 Mld, e l'incidenza sul PIL era passata -fra il 1981 e il 1992- dal 5,2 al 6,4%.

²⁵ I principali provvedimenti di riforma della pubblica amministrazione possono così essere sintetizzati:

- Legge 142/1990 "Ordinamento delle autonomie locali";
- Legge 241/1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto d'accesso ai documenti amministrativi";
- D. Lgs. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" e successive modifiche ed integrazioni;
- D. Lgs. 29/1993 "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego";
- Legge 20/1994 "Disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei Conti";
- Legge 77/1995 "Ordinamento finanziario e contabile degli enti locali";
- Legge 59/1997 "Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione";
- Legge 127/1997 "Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo";
- D. Lgs. 80/1998 "Nuove disposizioni in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nelle amministrazioni pubbliche, di giurisdizione nelle controversie di lavoro e di giurisdizione amministrativa";
- D. Lgs. 286/1999 "Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche";
- D. Lgs. 517/1999 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale e Università";
- D. Lgs. 267/2000 "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali";
- DPCM 28/11/2000 "Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni"
- Leggi n. 15 e n. 80 del 2005, "La nuova disciplina dell'azione amministrativa".

²⁶ Negli stessi anni, i maggiori Paesi occidentali, oltre al controllo della spesa, si trovarono ad affrontare nuove sfide legate all'appropriatezza delle prestazioni, all'accessibilità dei servizi, alla definizione delle priorità per il rimborso pubblico, al governo dei professionisti e al rafforzamento del ruolo dei pazienti e dei cittadini.

In particolare, con approvazione dei due decreti legislativi 502/92 e 517/93 si cerca di porre rimedio ad una serie di limiti che si sono purtroppo evidenziati nel tempo: l'improprio collegamento tra le attività di programmazione sanitaria e il sistema di finanziamento delle stesse; le spese che superano quanto preventivato e che vengono coperte con un sistema di "ripianamento a piè di lista"; la confusione tra elemento politico ed elemento "tecnico" all'interno dell'USL; la mancata attuazione degli strumenti essenziali di programmazione (P.S.N. e P.S.R. mai realizzati); l'attenzione quasi esclusiva ai fattori di produzione e non al prodotto finito dovuta soprattutto ad una quasi totale assenza di controllo sui risultati; la deresponsabilizzazione gestionale degli operatori.

La seconda riforma del Servizio Sanitario Nazionale²⁷ quindi nasce con l'intento di contenere e controllare la spesa sanitaria complessiva, operando da una parte attraverso un reale incremento dei livelli d'efficienza e d'efficacia nell'erogazione dei servizi e garantendo sempre un livello minimo d'assistenza sul territorio nazionale, e dall'altra attraverso l'individuazione dei soggetti preposti al soddisfacimento dei bisogni sanitari del territorio. Tali provvedimenti sanciscono un cambiamento radicale nell'ottica della maggiore razionalità economica, in essi sono previsti il Piano Sanitario Nazionale e i Livelli Essenziali di Assistenza. Si ribadisce il carattere pubblico del SSN, ma nel contempo si rivedono significativamente i contenuti ed i livelli delle deleghe.

Per raggiungere gli obiettivi sopra indicati la legge attua :

- la trasformazione delle Unità sanitarie locali in *Aziende Sanitarie Locali (ASL)*;
- la definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
- il decentramento delle autonomie e delle responsabilità;

²⁷ La cosiddetta seconda riforma del SSN si ha con la legge n. 421 del 1992, recepita con il D. Lgs. n. 502/92 poi integrata con il D. Lgs n. 571/93 (la cosiddetta riforma De Lorenzo – Garavaglia).

- l'innovazione del sistema di finanziamento;
- l'introduzione del meccanismo dell'accreditamento.

3. LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SSN - "RIFORMA SANITARIA TER" O "RIFORMA BINDI": LEGGE N. 419/1998, D. LGS. N. 229/1999

Il 18 giugno 1999 il Consiglio dei Ministri approva il Decreto Legislativo n. 229 che riordina il Servizio Sanitario Nazionale²⁸. Alcuni aspetti del decreto 502/92 vengono ripresi e coordinati in questo D. Lgs 229 emanato per la “*Razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*”²⁹, con l’obiettivo di dare un’applicazione pratica a molte tematiche affrontate nella precedente riforma: il sistema di accreditamento, il bilanciamento tra autonomia statale ed autonomia regionale e la suddivisione delle prestazioni in base all'onere finanziario.

In particolare si definiscono più chiaramente gli ambiti e le competenze dei vari soggetti istituzionali coinvolti: mentre *lo Stato* continua a mantenere il ruolo di pianificazione degli interventi e di definizione dei livelli di assistenza, *alle Regioni* vengono delegate la funzione di tutela della salute, e *le Aziende Sanitarie* e *le Aziende Ospedaliere* vengono dotate di autonomia imprenditoriale. Si tende quindi ad ampliare e rafforzare l’autonomia regionale.

²⁸ Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento Ordinario n. 132.

²⁹ Con la Legge 30 novembre 1998, n. 419 "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 286 del 7 dicembre 1998. In particolare all’art. 2 si indicavano le criteri delle deleghe: *Art. 2. (Principi e criteri direttivi di delega). 1. Nell'emanazione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1, il Governo si atterrà ai seguenti principi e criteri direttivi: a) perseguire la piena realizzazione del diritto alla salute e dei principi e degli obiettivi previsti dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni; b) completare il processo di regionalizzazione e verificare e completare il processo di aziendalizzazione delle strutture del Servizio sanitario nazionale [...]*

La riforma del 1999 inoltre introduce una serie di norme, atte a rendere ancor più selettivo il sistema di accreditamento, introducendo anche un sistema di finanziamento a budget per gli erogatori delle prestazioni sanitarie.

In pratica, con questo D. Lgs. 229, si opta a favore della “pianificazione di bilancio”, attraverso accordi (con i pubblici) e contratti (con privati), stabilendo, per ogni struttura erogatrice, il volume massimo di prestazioni erogabili e il compenso globale predefinito (budget). A monte vi è la determinazione del fabbisogno regionale complessivo di assistenza, che non può essere travalicato. In tal modo viene introdotta una sorta di “contingentamento” della produzione per ogni struttura sanitaria³⁰.

Un altro punto interessante della riforma è rappresentato dall'individuazione di una separazione tra le prestazioni essenziali che, come precisato, sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale, e le prestazioni integrative a carico del sistema privato. Non gravano sul servizio sanitario nazionale quelle prestazioni che non soddisfano il *principio dell'efficacia e dell'appropriatezza* e quelle che non soddisfano il *principio dell'economicità nell'impiego delle risorse*.

Ecco, sinteticamente, i contenuti del decreto:

- viene concessa ampia libertà di scelta ai "pazienti" su dove curarsi, selezionando tra le strutture e i professionisti "accreditati" presso il Servizio sanitario;
- i sindacati, le aziende, le associazioni, le regioni e gli enti locali possono

³⁰ MAPELLI V. (1999), Convegno - *I cambiamenti nel Servizio Sanitario Nazionale*, Milano, 15 ottobre 1999, su www.economiasanitaria.it.

La differenza con la concorrenza negoziale è che in questa il prezzo è fissato dal produttore e l'acquirente ha facoltà di selezionare i fornitori che preferisce (selective contracting), limitando se necessario la libertà di scelta degli assistiti. Nella riforma italiana, invece, il prezzo è fissato dall'acquirente, è uguale per tutti i produttori della stessa classe e la selezione dei fornitori, pur prevista, è in realtà facoltativa.

Se le aziende sanitarie non possono giocare questo ruolo attivo, lo scorporo degli ospedali risponde solo ad esigenze di funzionalità e non è più parte di un disegno di creazione di un mercato interno. Il processo avviato con la riforma del 1992-93 appare quindi bloccato a metà strada.

istituire fondi integrativi³¹;

- le Asl restano aziende pubbliche, ma devono organizzarsi secondo criteri imprenditoriali. I direttori vengono valutati ogni anno sulla base dei risultati ottenuti;

- le strutture pubbliche e private hanno un finanziamento a doppio binario: le tariffe, per ricoveri ospedalieri, analisi ed esami; i costi, per le prestazioni extra come prevenzione, malattie rare, trapianti, emergenze;

- i medici devono scegliere tra rapporto di lavoro esclusivo e libera professione fuori dal servizio sanitario, per cui solo chi ha fatto la scelta del rapporto esclusivo col servizio sanitario può dirigere distretti, dipartimenti, reparti, e unità operative³²;

- scompare la figura del primario a vita: i primari ogni 5 anni devono superare una verifica interna;

- i medici di famiglia possono esercitare la libera professione ma con l'obbligo di comunicare luogo e orario dell'attività privata. La pensione è portata a 67 anni;

- i soggetti che forniscono assistenza sanitaria vengono autorizzati dalle Regioni che li classificano in base a criteri di *tecnologia* e *professionalità* mentre viene attribuito ad una commissione nazionale il compito di certificare la qualità dei servizi. Allo stesso tempo vengono definiti i Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) vale a dire le prestazioni garantite dal sistema pubblico.

L'accordo Stato-Regioni fissa un tetto massimo di risorse da destinare al finanziamento del Servizio sanitario nazionale³³. Con la legge 16 novembre

³¹ I fondi integrativi possono essere istituiti per: rimborsi di cure odontoiatriche, prestazioni termali, terapie non convenzionali, ticket di esami e visite specialistiche, prestazioni in libera professione entro la struttura ospedaliera con determinate regole prefissate, assistenza domiciliare e ricoveri in residenze assistenziali.

³² L'esclusività diventava obbligatoria per gli assunti dal 31 dicembre '98. Per i medici che non esercitano in privato sono previsti incentivi.

³³ Le risorse destinate sono state 71.271 milioni di Euro nel 2001, 75.596 milioni di Euro nel 2002, 78.564

2001, n. 405 gli eventuali disavanzi di gestione, sono coperti dalle Regioni con modalità che prevedono: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria; variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale IRPEF o altre misure fiscali; altre misure idonee a contenere la spesa³⁴.

Il Governo ha definito i “livelli essenziali di assistenza” (L.E.A.) in relazione con le risorse possedute³⁵. I L.E.A.³⁶ definiscono l'ambito delle garanzie che il Servizio sanitario nazionale si impegna a fornire in modo uniforme a tutti i cittadini e si ispirano al principio di eguaglianza nell'accesso ai servizi e alle cure.

Sono escluse dai L.E.A., pertanto, le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità assistenziali, le prestazioni di efficacia non dimostrabile o che sono utilizzate in modo inappropriate rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti e le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, comportano un impiego di risorse superiore ad altre (sono più costose di altre).

Per garantire uniformità tra le Regioni, sono stati predisposti tre distinti elenchi di prestazioni escluse, totalmente o parzialmente, dai L.E.A., in particolare: quelle totalmente escluse dai L.E.A; quelle parzialmente escluse in quanto erogabili solo secondo talune specifiche indicazioni cliniche (ad es. assistenza odontoiatrica limitata a talune fasce di utenti); quelle che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriate o per le quali occorre comunque individuare modalità più puntuali di erogazione (ad es. casi trattati in regime di ricovero ordinario in luogo di “day hospital”).

milioni di Euro per il 2003, 81.275 milioni di Euro per il 2004.

³⁴ La legge impone, comunque, alle Regioni alcuni vincoli intesi a evitare disavanzi. Prescrivendo l'adozione, per la rete ospedaliera, di standard di dotazione media di cinque posti letto per mille abitanti, di cui l'1% riservato alla riabilitazione o alla lunga degenza e un tetto del 13% sulla spesa farmaceutica.

³⁵ Il D. Lgs. n. 502/1992, all'art. 1, così definisce i L.E.A.: l'insieme delle prestazioni che vengono garantite dal Servizio sanitario nazionale, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, perchè presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate.

³⁶ Essi si sostanziano in: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

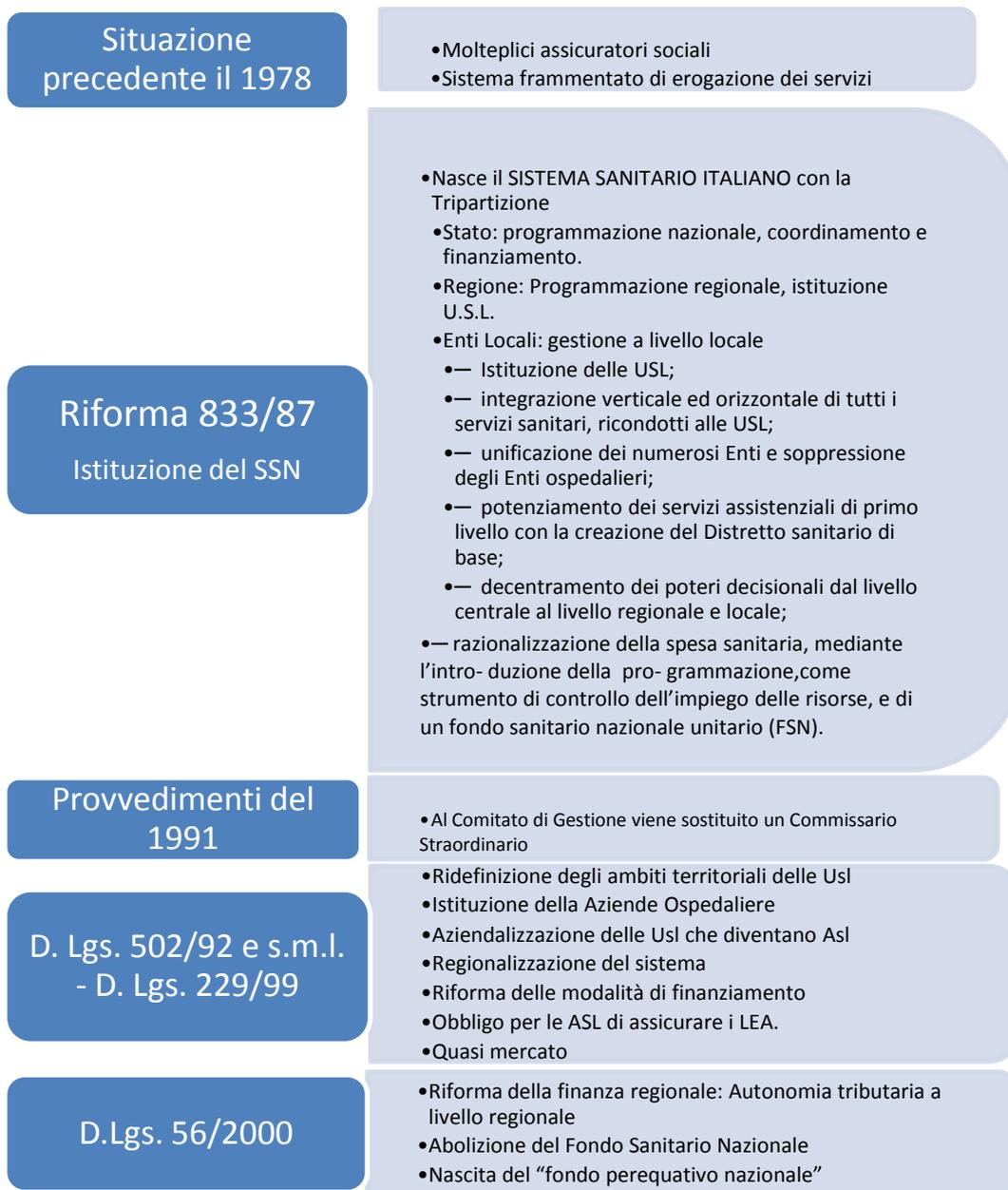
Tra gli interventi normativi successivi al D. Lgs. 229 del 1999 riveste particolare interesse l'Accordo tra Stato e Regioni dell'8 Agosto 2001 in base al quale viene attribuita sia la competenza della responsabilità della spesa Sanitaria alle Regioni, dando così definizione concreta al processo di regionalizzazione del sistema di finanziamento della sanità. Nel 2001 è stato istituito, nell'ambito della Segreteria della Conferenza Stato-Regioni, il Tavolo di monitoraggio e verifica sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria³⁷. L'obiettivo del Tavolo è quello di verificare quali siano i livelli effettivamente erogati e la corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti, al fine di identificare i determinanti di tale andamento, a garanzia dell'efficienza e dell'efficacia del Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare tra i ricoveri si individua un elenco di 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, se erogati in regime di ricovero ordinario e per i quali è consigliato il trattamento in Day Hospital o come prestazione ambulatoriale. Spetta alle Regioni il compito di individuare per ciascun Drg inappropriato i valori soglia, vale a dire i limiti entro i quali il rimborso per quei DRG avviene a tariffa piena e oltre i quali è applicato l'abbattimento³⁸.

³⁷ In attuazione dell'accordo in materia di spesa sanitaria, sancito dalla Conferenza Stato-Regioni l'8 agosto 2001, è stato istituito (repertorio atti n. 1460 del 19 giugno 2002), nell'ambito della Segreteria della Conferenza, il tavolo di monitoraggio e verifica sui Livelli essenziali di assistenza sanitaria effettivamente erogati e sulla corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti, cui sono affidati i compiti indicati ai punti 15 degli accordi Governo-Regioni dell'8 agosto 2001, 5.2 dell'accordo del 22 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza e lettera a) dell'accordo del 14 febbraio 2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

³⁸ L'introduzione dei 43 DRG a rischio di inappropriatazza rende ancora più difficile il raggiungimento di quelle condizioni di equilibrio economico che sono necessarie per il mantenimento dell'autonomia finanziaria delle strutture ospedaliere. Questa problematica è ancora più sentita in quelle Regioni in cui il raggiungimento delle condizioni di equilibrio, sia a livello di singola struttura ospedaliera che a livello di sistema sanitario regionale, risulta particolarmente difficile.

Figura 0-1.1- L'evoluzione del sistema sanitario nazionale³⁹



Fonte: Elaborazione su dati legislativi

³⁹ Si veda anche BOTTI A. (2003), *Governo e gestione dell'Azienda Sanitaria Locale*, Cedam, Padova; LONGO F. (1999), *ASL, distretto, medico di base*, EGEA, Milano; MICOSSÌ P. (2004) *Vincoli economici ed evoluzione delle organizzazioni sanitarie*, Tendenze nuove 1/2004, Il Mulino; DEL BENE L. (2000), *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle Aziende Sanitarie*, Giuffrè, Milano.

4. L'AZIENDALIZZAZIONE DELLA SANITÀ

L'attività ospedaliera, come già accennato, è caratterizzata dal perseguimento di obiettivi fondamentali e primari quali la “tutela della salute”, la prevenzione e la cura delle malattie, che rivestono un carattere di rilevanza anche a livello sociale. In considerazione di ciò, ed alla luce della molteplicità di attività svolte e della pluralità di soggetti coinvolti nel processo di erogazione dei servizi sanitari, è facile comprendere l'alto livello di complessità dell'attività di gestione ospedaliera. L'importanza degli obiettivi perseguiti non poteva più essere considerata una valida ragione per indulgere in uno spreco o in una cattiva utilizzazione delle risorse disponibili: a tal fine con la riforma avviata con il D. Lgs. 502 del 1992 si è ha voluto attuare una sorta di passaggio da un modello di gestione di tipo amministrativo ad uno di tipo aziendale⁴⁰, attraverso l'introduzione di logiche e strumenti di gestione tipici delle aziende industriali, nella gestione dell'attività ospedaliera.

Con il D. Lgs. n. 502/1992 le Unità Sanitarie Locali sono state trasformate in Aziende Sanitarie Locali, cioè aziende dotate di personalità giuridica con autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale, con finalità di produzione di beni e servizi atti a soddisfare i bisogni dei cittadini. In particolare l'art. 13, comma 1, del D. Lgs. n.502/1992⁴¹ dispone il trasferimento alle Regioni della responsabilità per i disavanzi delle ASL, attraverso la cosiddetta “regionalizzazione” del servizio sanitario⁴².

⁴⁰ A tal fine si veda TUROLLA A. (1997), *La determinazione e il controllo dei costi nelle organizzazioni ospedaliere*, Giuffrè, Milano.

⁴¹ L'art. 13, comma 1, del D. Lgs. 502/92 dispone infatti che: “Le Regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelle uniformi di cui all'art. 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento di cui al medesimo articolo 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione dell'unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato”.

⁴² In passato l'USL dipendeva, sotto il profilo economico/finanziario, dal Comune. Con la nascita dell'ASL, invece, si riesce a gestire in modo autonomo la propria attività e le Regioni hanno il compito di controllare l'andamento della spesa sanitaria regionale.

Il cambiamento nella forma, che si è attuato attraverso il passaggio dalla denominazione di Unità Sanitarie Locali a quella di Aziende Sanitarie Locali, è solo la punta di un iceberg sotto la quale si nasconde l'intento di attuare un graduale processo di aziendalizzazione del sistema sanitario nazionale, intendendo per esso l'individuazione di nuove regole gestionali delle risorse.

Con la riforma del 1992-93 si è introdotto il principio del pagamento a prestazione per tutti gli erogatori, pubblici e privati (salvo rare eccezioni), allo scopo di creare un virtuale mercato interno al SSN, introducendo la possibilità di esercitare la concorrenza tra pubblico e pubblico, e tra pubblico e privato⁴³.

Nello stesso D. Lgs. viene, altresì, istituita la figura del Direttore Generale posto al vertice della struttura aziendale con poteri di tipo gestionale.

Per le Aziende Ospedaliere inoltre si aggiunge un'ulteriore connotazione che va a sommarsi alle precedenti in quanto si prevede che l'attività di gestione sia informata al principio di autonomia economico-finanziaria, nel senso che essa sia in grado di perseguire, attraverso la gestione, un equilibrio economico che ne garantisca economicità e quindi autonomia.

L'art. 5 del D. Lgs. n. 517/1993 ha stabilito, inoltre⁴⁴:

1. l'adozione del *Bilancio Pluriennale di previsione* e del *Bilancio preventivo economico annuale*;
2. la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura dei disavanzi di esercizio;

⁴³ L'area dei servizi scambiati sulla base di contratti (anche se impliciti e generici) è così aumentata del 20% portandosi al 60% circa del totale.

⁴⁴ Il D. Lgs. n. 517/1993, all'art. 5, prevede che le Regioni debbano provvedere ad emettere norme per la gestione economica, finanziaria e patrimoniale delle ASL e delle Aziende Ospedaliere rispettando le linee guida del D. Lgs. n. 127/1991, ispirato alla 4ª Direttiva Cee in tema di contabilità e bilancio economico/patrimoniale.

3. la tenuta di una *contabilità analitica per centri di costo* che consenta le analisi comparative dei costi, rendimenti e risultati;

4. l'obbligo delle ASL e delle Aziende Ospedaliere di rendere pubblici i risultati della propria analisi dei costi, rendimenti e risultanze.

Il processo di aziendalizzazione, derivante dall'adozione di tali criteri, ha dotato le aziende sanitarie pubbliche di *strumenti di contabilità e controllo* conformi al modello di contabilità economico/patrimoniale prevedendo:

- il bilancio pluriennale che deve essere coerente con il piano strategico aziendale concordato con la Regione. Esso contiene la previsione della situazione patrimoniale e del conto economico e viene approvato dal direttore generale di concerto con il direttore amministrativo e sanitario;
- il bilancio di previsione annuale, che si compone di uno stato patrimoniale ed un conto economico. Esso deve tener conto dei limiti di spesa autorizzati dalla Regione e deve essere approvato dal direttore generale, dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo;
- il bilancio consuntivo d'esercizio, che esprime la situazione anno per anno del patrimonio e dei componenti economici (costi e ricavi); esso deve essere approvato entro il trenta aprile dell'esercizio successivo ed evidenzia il risultato dell'esercizio;
- i prospetti sulle previsioni che rappresentano le previsioni del fabbisogno annuale di cassa e vengono predisposti assieme al Bilancio di previsione.

La novità della contabilità economico/patrimoniale ha richiesto l'adattamento dello schema di bilancio civilistico alle esigenze delle aziende sanitarie e, pertanto il Ministero della Sanità e del Tesoro hanno predisposto:

- uno *schema di bilancio* economico/patrimoniale uniforme a livello nazionale;
- una delega alle Regioni per la predisposizione della nota integrativa;
- un piano dei conti tipo;
- linee guida ministeriali ai fini dell'integrazione dei *criteri di valutazione* riportati nell'art. 2424 c.c.;
- un percorso metodologico ai fini dell'introduzione della contabilità economica patrimoniale.

Il passaggio da una contabilità finanziaria ad una contabilità economico/patrimoniale ha comportato un notevole sforzo per l'adeguamento dell'impianto contabile e per il radicale cambiamento della cultura amministrativa, che da un criterio di cassa è passata ad un criterio di competenza economica⁴⁵.

Organizzazione e funzionamento delle AS

Notevoli sono stati anche i cambiamenti introdotti nella struttura organizzativa delle Aziende Ospedaliere, con l'attribuzione alle Aziende Ospedaliere di autonomia organizzativa⁴⁶, gestionale e tecnica ed alle

⁴⁵ Il nuovo metodo viene introdotto allo scopo di superare la contabilità finanziaria che prevedeva un bilancio di previsione che veniva ogni anno sottostimato perché sottostimate sono le risorse che vengono assegnate, dopo di che arriva qualche integrazione per le unità sanitarie locali dalla regione, per le regioni dallo stato e dopo si fa il bilancio consuntivo; quindi tutto è impostato sulle spese da una parte e le entrate dall'altra.

⁴⁶ Art. 4 Dlgs 229/1999: "Per specifiche esigenze assistenziali di ricerca scientifica, nonché di didattica del S.S.N., nel rispetto dei criteri e delle modalità di cui al comma 2, possono essere costituiti o confermati in aziende, disciplinate dall'art. 3, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, le aziende di cui all'art. 6 della legge 30/11/1998, n. 419, le aziende ospedaliere di rilievo nazionale o interregionale, alle quali si applicano, salvo che sia diversamente previsto, le disposizioni del presente decreto relative alle unità sanitarie locali".

I criteri per la costituzione o la conferma delle aziende ospedaliere sono i seguenti:

- Organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura;
- Disponibilità di un sistema di contabilità economico-patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;
- Presenza di almeno tre unità operative di alta specialità secondo le specificazioni di cui al decreto del Ministro della Sanità 29 G1 1992, e successive modificazioni;
- Dipartimento di emergenza di secondo livello;
- Ruolo di ospedali di riferimento in programmi integrali di assistenza su base regionale e interregionale, così come previsto dal piano sanitario regionale ed in considerazione della mobilità intra-regionale e della frequenza dei trasferimenti dai presidi ospedalieri regionali di minore complessità;

Regioni⁴⁷ il compito di determinare i principi di organizzazione dei servizi.

L'unità organizzativa elementare era costituita dal "servizio", a capo del quale era nominato un coordinatore di livello "apicale". Si erano individuati 21 modelli organizzativi diversi, che prevedevano, per l'area (socio-sanitaria), da un minimo di 5 servizi in Calabria a un massimo di 13 servizi in Friuli-V.G. e, per l'area amministrativa, da un solo servizio in molte Regioni fino a 5 servizi in Emilia-Romagna e Puglia, mentre l'organizzazione dipartimentale non era prevista e rimaneva su basi volontarie, all'interno delle Usl.

Con l'emanazione del D.Lgs. 502/92 è stata obbligatoriamente prevista l'istituzione del Dipartimento di prevenzione, nel quale far confluire le attività di igiene, sanità pubblica e veterinaria⁴⁸

All'art. 3 dello stesso D. Lgs.⁴⁹ era confermata la competenza regionale in merito alle modalità organizzative e di funzionamento delle Asl⁵⁰. A questo scopo tutte le Regioni hanno emanato, dopo il 1999, Linee-guida per la stesura dell'atto aziendale (anche perché questa era una delle condizioni poste dal Governo per l'erogazione di cassa del Fondo sanitario).

-
- Attività di ricovero in degenza ordinaria nel corso dell'ultimo triennio per pazienti residenti in regioni diverse, superiore di almeno il dieci per cento rispetto al valore medio regionale, salvo che per le aziende ubicate in Sicilia ed in Sardegna;
 - Indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario, nel corso dell'ultimo triennio superiore ad almeno il venti per cento del valore medio regionale;
- Disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute di erogazione di prestazioni sanitarie.

⁴⁷ La L. 833/78 aveva demandato alle Regioni la definizione dell'organizzazione e delle regole di funzionamento delle Usl, che vi avevano provveduto con proprie leggi.

⁴⁸ art. 7 D.Lgs. 502/92

⁴⁹ In particolare l'art. 3 del D. Lgs. 229/1999 stabiliva che: "Le Regioni, attraverso le Unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza (...) avvalendosi anche delle aziende di cui all'art. 4, c-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con la legge regionale di cui all'art. 2, comma 2-sexies. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica. (.....). Le aziende di cui agli art.1 e 1-bis informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio dei costi e dei ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato."

⁵⁰ Con il D. Lgs. 229/99 è stata riconosciuta alle stesse completa autonomia, alla quale le Aziende devono dare attuazione con "atto aziendale di diritto privato".

In base ai decreti di riordino sono adesso identificabili in un'Asl tre strutture tipiche di offerta dei servizi (figura 1.2): il presidio ospedaliero, il distretto e il dipartimento di prevenzione. Oltre a queste, è previsto un dipartimento amministrativo, che raggruppa le attività di amministrazione e supporto tecnico ai servizi sanitari⁵¹.

Figura 1-0-2 -La struttura tipica delle ASL



Fonte: Elaborazione propria

Sempre nel D. Lgs 502 del 1992 sono individuati i seguenti organi di controllo: il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, il Consiglio dei Sanitari e il Collegio dei Revisori.

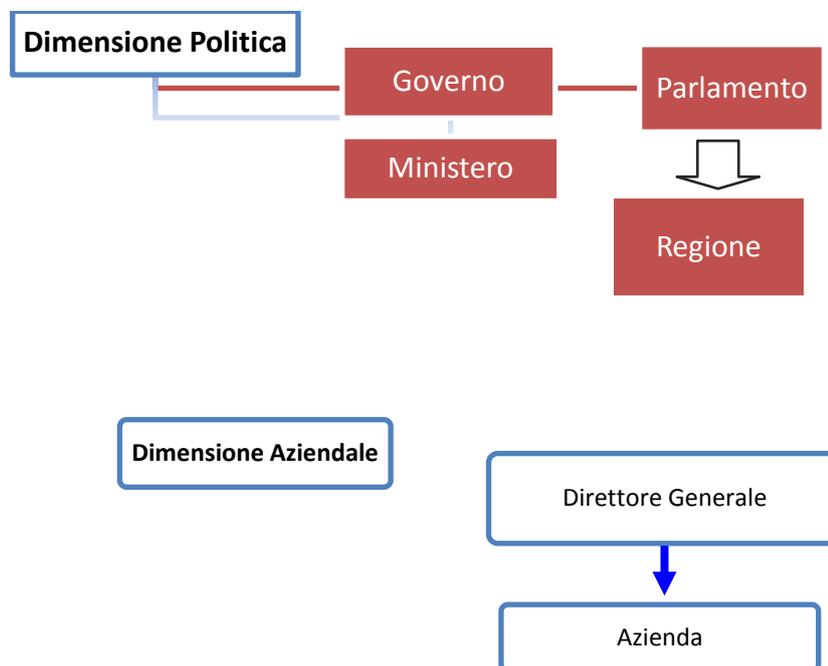
In sostanza, con gli interventi presenti nel D. Lgs. 502/92⁵² si è disciplinato l'affievolimento della presenza di Stato, Regione, Provincia e Comune nel governo e nella gestione delle prestazioni e dei servizi finalizzati alla tutela della salute psico-fisica di tutti i cittadini in piena coerenza con la previsione

⁵¹ I criteri organizzativi per l'identificazione delle tipologie di strutture (semplici o complesse) e delle conseguenti responsabilità gestionali sono fissati dalle Regioni. Ad esempio, la Lombardia ha individuato le seguenti unità: distretti, presidi, dipartimenti, servizi, unità operative ed uffici (art. 8 Lr 31/97). La Regione Lazio ha identificato le aree-sistema (distrettuali e ospedaliere), i dipartimenti, i moduli organizzativi polifunzionali, le unità operative e l'infrastruttura funzionale (Dgr 3140/95). La novità rispetto al passato è costituita dall'organizzazione obbligatoria su basi dipartimentali. Il Dipartimento è un'aggregazione di unità organizzative omogenee (ad es. dipartimento chirurgico) o complementari (ad es. dipartimento materno-infantile). I Presidi Ospedalieri sono anch'essi organizzati in Dipartimenti (art. 4 D.Lgs. 502/92), all'interno dello stesso presidio, con altri Presidi Ospedalieri o anche con i servizi territoriali.

⁵² Così come modificato successivamente con il D. Lgs. 19 giugno 1999, n.229,

di cui all'art. 32 della Carta Costituzionale, a tutto vantaggio dei nuovi soggetti pubblici del Servizio Sanitario Nazionale: le Aziende-Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere.

Figura 1-0-3 I soggetti del Servizio Sanitario Nazionale



Nello stesso Decreto legislativo si è altresì stabilito:

- il riconoscimento alle Aziende Sanitarie della “personalità giuridica pubblica” e dell’autonomia “organizzativa amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica” e di quella “imprenditoriale”⁵³. A quest’ultimo riguardo va rilevata la maggiore ampiezza dell’autonomia conseguente dall’uso dell’aggettivo “imprenditoriale” (cioè tipica dell’imprenditore privato)⁵⁴.

⁵³ CAVAZZONI G. (a cura di), (2004), *Elementi di economia aziendale*, Giappichelli, Torino.

⁵⁴ In FABBRINI G., RICCIARDI A., (2008), *Human Resources: modalità di reporting e criteri di valutazione*, FrancoAngeli, Milano, si evidenzia come in un’azienda le risorse umane abbiano un peso particolare, anche se di difficile valutazione.

Il Direttore Generale viene responsabilizzato sui risultati qualitativi ed economici, così come si opera un tentativo di razionalizzazione dell'uso delle risorse e la privatizzazione del rapporto di lavoro con le Aziende Sanitarie⁵⁵.

Nelle ASL vengono, altresì, introdotti alcuni strumenti tipici dell'impresa privata quali:

- la contabilità analitica,
- l'informatizzazione come strumento routinario di operatività,
- il controllo di gestione,
- il sistema informativo complessivo,
- l'attenzione alla qualità del prodotto (prestazioni e servizi sanitari),
- l'atto aziendale come "documento" di estrinsecazione dell' "autonomia imprenditoriale" attraverso cui definire la "mission" aziendale e la macro-struttura per perseguirla,
- l'obbligo per le singole Aziende Sanitarie di informare la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità nel rispetto del vincolo di bilancio,
- l'introduzione, obbligatoria, dell'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività svolte,
- il nuovo ruolo e le nuove responsabilità della dirigenza ed, in particolare, della dirigenza sanitaria.

Il Distretto Sanitario - Nel nuovo assetto delineato dalle predette riforme e dal Psn 1998-2000, il concetto di Distretto si è

⁵⁵ Ciò avviene in coerenza anche con le disposizioni del D.L.gs.3 febbraio 1993, n. 29, e successive modifiche ed integrazioni.

profondamente modificato, con il passaggio dalla concezione “strutturale”, quale mero contenitore di servizi, prevista dalla L. 833/789, a quella “funzionale”, come sistema organico integrato di parti che interagiscono per realizzare una finalità⁵⁶.

Il Distretto si configura come centro per l'erogazione dell'assistenza primaria, fungendo da filtro alla domanda di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali⁵⁷. Nel Distretto trovano integrazione varie figure professionali, diverse per profilo, competenza, provenienza, rapporto di lavoro, come il medico di comunità, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli infermieri professionali, gli assistenti sociali. Il Distretto coordina inoltre l'attività delle strutture specialistiche private accreditate. Al suo interno comprende anche diversi servizi che vengono erogati a specifiche classi di popolazione:

- servizi materno-infantili per la tutela della madre e del bambino;
- servizi per la tutela del disagio giovanile (ad es. servizi per le tossicodipendenze);
- servizi per la tutela degli adulti (ad es. servizi per la tutela della salute mentale);
- servizi per la tutela degli anziani (ad es. riabilitazione, assistenza domiciliare integrata, hospice e ospedale di comunità).

In più parti del D.Lgs. 229/99 viene sottolineato il ruolo nodale

⁵⁶ Nel Psn 1998-2000 il distretto fu definito “struttura operativa dell'Azienda Usl, centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale”.

⁵⁷ In pratica il Distretto era definito nel Psn 94-96 come: “un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi ed i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione”

del Distretto sanitario e l'importanza strategica delle sue funzioni, anche in termini di vere e proprie "unità di misura e di controllo" dello stato di salute della popolazione, conoscenza fondamentale per rimodulare l'offerta dei servizi e qualificare la domanda, oggi ancora impropriamente rivolta in luoghi di ricovero.

L'attuale dimensione dei Distretti⁵⁸ risente del precedente indirizzo programmatico, che lo vedeva come l'organizzazione periferica dell'Azienda, in aderenza prevalente alle caratteristiche geomorfologiche del territorio e alle dotazioni strutturali presenti.

Ad ogni Distretto sanitario è preposto un Dirigente medico denominato Direttore responsabile di distretto come responsabile delle funzioni sanitario - organizzative coadiuvato da un Dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo.

Al Dirigente medico, responsabile del distretto sanitario è assegnato un budget determinato dal Direttore Generale nel quale sono contabilizzate tutte le prestazioni richieste o erogate a favore dei residenti nell'ambito territoriale di competenza.

Al Distretto, quindi, sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento nell'ambito delle quali esso gode di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con una contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale. Le Regioni stabiliscono l'organizzazione del distretto in modo da garantire: l'assistenza primaria, il coordinamento dei medici di medicina generale e dei

⁵⁸ Secondo lo stesso decreto, l'ambito territoriale ottimale del Distretto dovrebbe essere di almeno 60.000 abitanti, ma la dimensione dei Distretti varia sensibilmente tra le Regioni: in tre Regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio) il numero medio di abitanti è di circa 100.000; nella maggior parte delle altre Regioni è compreso tra 60-80.000 abitanti (Toscana, Puglia, Veneto, Liguria, Sicilia, Umbria, Sardegna, Piemonte, Marche, Friuli-V.G., Calabria); si aggira intorno a 50.000 abitanti in Basilicata e Campania ed è di circa 20.000 in Molise, Abruzzo e a Bolzano. Così come per il numero di Asl, si riscontra un'elevata eterogeneità anche nella scelta nella dimensione dei distretti tra le Regioni.

pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate; l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni.

Il Presidio Ospedaliero - Per quanto riguarda i Presidi ospedalieri, il D. Lgs. 299/1999, li definisce come spazi adeguati da riservare all'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota non inferiore al 5% e non superiore al 10% dei posti letto per l'istituzione di camere a pagamento.

I Presidi Ospedalieri esercitano le funzioni loro attribuite dal Piano Sanitario Regionale e dal Piano Regionale Ospedaliero. L'accesso alle attività ed alle prestazioni dei Presidi Ospedalieri così come da quest'ultimo definito, ha luogo attraverso modalità disciplinate da regolamenti interni che devono prevedere le modalità di accesso alle prestazioni⁵⁹

I Presidi Ospedalieri, secondo le norme nazionali, sono coordinati da un dirigente medico, per le funzioni igienico-organizzative, e da un dirigente amministrativo⁶⁰.

Il Dipartimento di Prevenzione - *Il Dipartimento di Prevenzione* è una struttura operativa dell'Azienda sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita. A tal fine il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte ad

⁵⁹ Esso è di norma subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del servizio sanitario nazionale.

⁶⁰ A capo dei distretti, del dipartimento di prevenzione e dei dipartimenti ospedalieri è nominato, dal Direttore generale, su base fiduciaria, un responsabile che rimane in carica cinque anni.

individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Esso si articola nelle seguenti aree funzionali: igiene e sanità pubblica; igiene degli alimenti e della nutrizione: prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro; servizi veterinari. Inoltre esso partecipa alla formulazione del programma di attività dell'unità sanitaria locale, formulando proposte di intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria. I servizi svolti a livello di distretto si integrano con i Presidi Ospedalieri che rappresentano le strutture che erogano i servizi sanitari di cura dei pazienti acuti.

Il processo di programmazione - Spettando alle Regioni stabilire le modalità attraverso le quali articolare l'offerta di servizi sanitari, si è giunti al risultato che non esiste un unico modello organizzativo cui uniformarsi. Infatti questa libertà organizzativa ha condotto alla creazione di tanti modelli organizzativi diversi tra loro, cui un ruolo di particolare importanza viene occupato da tre modelli che possono essere considerati paradigmatici per l'organizzazione delle strutture interne: il modello lombardo, quello toscano e quello ligure.

- In base al *modello lombardo* le ASL non hanno presidi ospedalieri, ma hanno distretti territoriali: in tal modo la differenza tra erogatori e finanziatori dei servizi finanziari è annullata. Le ASL, infatti, si occupano di trattare le prestazioni con le aziende ospedaliere locali.

- Il *modello toscano* ricalca sostanzialmente il disposto normativo: le ASL hanno i loro presidi ospedalieri. Questa scelta privilegia la garanzia di un equilibrio economico di sistema: gli ospedali autonomi sono punto di

riferimento per determinate patologie, stabilendo la Regione quali ospedali sono da considerarsi poli di attrazione. L'ambito della negoziazione è quindi definita dalla Regione che stabilisce i bacini di utenza per determinate patologie.

- Nel *modello ligure*, detto anche delle “Asl sponsor” queste ultime hanno una piena autonomia di contrattazione: la Regione ha i suoi presidi e distretti, ma non gestisce la contrattazione delle prestazioni.

In seguito alla riforma del '92 il rinnovato assetto istituzionale si basa sulla ripartizione delle responsabilità su tre livelli:

- **Livello statale**, con il compito di redigere il Piano Sanitario Nazionale (PSN), di durata triennale e soggetto all'approvazione del Parlamento; il Governo stabilisce gli “obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del SSN nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale ed i relativi finanziamenti.”⁶¹
- **Livello regionale**, che sulla scorta del PSN redigono i loro Piani Sanitari Regionali, identificando il bisogno socio-sanitario espresso dal territorio.
- **Livello aziendale**, dove troviamo le Aziende sanitarie locali che provvedono ad assicurare nel proprio ambito territoriale i livelli di assistenza previsti dal PSN. In particolare il compito di erogare materialmente le prestazioni sanitarie ai cittadini spettano ad una serie di operatori sia pubblici che privati. I produttori pubblici sono le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere: le prime possono sia produrre direttamente che acquisire da terzi i servizi sanitari, in

⁶¹ Art. 1, comma 1, del D. Lgs 30/12/1992 n. 502.

funzione delle esigenze della popolazione residente nel territorio. Le aziende ospedaliere sono costituite da ospedali di rilievo nazionale o di alta specializzazione e sono dei meri produttori di prestazioni sanitarie.

I produttori privati sono sempre soggetti autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie che possono aver ricevuto o meno l'accreditamento da parte della Regione, vale a dire l'autorizzazione a vendere prestazioni sanitarie alle ASL, dietro corrispettivo.

Con il D. Lgs 502/92 si decide pertanto di investire sul livello regionale, che diventa il cuore del sistema sanitario: gli stessi manager vengono nominati dall'assessore regionale alla sanità, in base a graduatorie di merito e si ridimensiona il ruolo dei Comuni nella fase programmatica⁶².

Il decentramento delle autonomie e responsabilità si realizza, da una parte, attraverso una responsabilizzazione economica e finanziaria delle Regioni e, dall'altra, mediante l'attuazione di una gestione programmata dell'offerta di servizi sanitari. In base al nuovo modello, allo Stato spetta il compito di attuare il governo strategico e l'indirizzo generale dell'attività sanitaria tramite l'emanazione del Piano Sanitario Nazionale; alle Regioni spetta il potere di indirizzo e controllo dell'offerta sanitaria tramite il Piano Sanitario regionale⁶³, mentre alle Aziende Sanitarie spetta la definizione di strategie e politiche aziendali tramite i piani strategici ed i budget di esercizio.

Il meccanismo dell'accreditamento e la creazione di un sistema

⁶² Infatti gli elementi di gestione dell'azienda sanitaria vengono affidati alle Giunte regionali, per quanto riguarda la programmazione, mentre per quanto riguarda la gestione, il compito passa ai manager dell'azienda.

⁶³ L'autonomia regionale si attua sia sul piano organizzativo, mediante la definizione di principi di organizzazione dei servizi di erogazione delle prestazioni sanitarie, il calcolo del finanziamento delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e la determinazione degli indirizzi tecnici di promozione e supporto e la definizione dei livelli di assistenza che sul piano finanziario tramite il proprio gettito fiscale.

competitivo di “quasi mercato”

In base al D. Lgs. 502/1992, ogni cittadino è libero di scegliere la struttura presso cui farsi curare⁶⁴, fermo restando che la struttura privata deve essere "accreditata" per poter fornire prestazioni per conto di quella pubblica⁶⁵.

Con l'introduzione della disciplina dell'accreditamento in Italia⁶⁶ si è inteso sottoporre alla certificazione regionale della presenza di requisiti minimi di natura organizzativa, strutturale, tecnologica e qualitativa, l'idoneità di determinati soggetti erogatori, pubblici e privati, ad intrattenere rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale; una struttura accreditata, pubblica o privata, infatti, è autorizzata a fornire prestazioni sanitarie al Servizio Sanitario Nazionale e di conseguenza, è sottoposta al regime tariffario di regolazione degli scambi ed al controllo e verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate.

L'accreditamento va richiesto alla Regione di appartenenza da parte di quei soggetti, siano essi pubblici o privati, già autorizzati⁶⁷ ad erogare prestazioni sanitarie che però intendono erogarle per conto e soprattutto a carico del Servizio Sanitario Nazionale. La disciplina dell'accreditamento ha contribuito alla creazione, pur in maniera assai diversa a seconda delle regioni,

⁶⁴ Si veda in proposito l'art. 14 del D. Lgs. 502/92.

⁶⁵ L'accreditamento in sanità è il processo che porta a riconoscere che un'organizzazione sanitaria soddisfa determinati requisiti espliciti di buona organizzazione. L'accreditamento è stato, originariamente, ideato dai medici allo scopo di tutelare la propria professionalità. Il primo sistema di accreditamento è stato progettato negli Stati Uniti, all'inizio del secolo configurandosi come uno strumento attraverso il quale controllare che le strutture rispondessero ad alcuni requisiti di qualità e garantissero al professionista le condizioni adatte al proprio operare. Infatti il modello che nasce negli Stati Uniti nel 1917, si impone definitivamente negli anni '50 grazie all'attività di quella che attualmente si chiama Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO).

⁶⁶ Il concetto di accreditamento, introdotto per la prima volta in Italia con il D. Lgs. N. 502/92, va inteso come la volontà di garantire una verifica ed un monitoraggio delle strutture che forniscono prestazioni nell'ambito del SSN. Fino al 1996 l'accreditamento è stato automaticamente riconosciuto per le strutture pubbliche o private con un precedente rapporto di convenzione. Con la pubblicazione del DPR 14.01.1997, che definisce i requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi, le strutture di nuova realizzazione devono da subito attenersi ai requisiti specificati, così pure quelle che attuano ampliamenti o modifiche.

⁶⁷ Il DPR 14.01.1997 fissa anche (art. 8-bis, 3) i vari gradini che portano prima ad avere l'autorizzazione, necessaria per la realizzazione di strutture sanitarie ed esercitare le attività sanitarie, ma anche a lavorare non solo a nome del SSN (autorizzazione), ma anche a carico del SSN (accreditamento).

di un *meccanismo di quasi mercato*, in cui è possibile individuare una serie di soggetti che operano in competizione tra loro nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'obiettivo dichiarato consiste nel migliorare l'efficacia istituzionale e l'efficienza produttiva delle aziende pubbliche, alimentando una competizione "controllata" sia delle aziende pubbliche tra di loro, sia del settore pubblico verso il settore privato accreditato.

E' facile comprendere come il Decreto Legislativo 502/92 abbia contribuito a creare i presupposti per la costituzione di una condizione di quasi mercato ovvero di concorrenza amministrata attraverso :

- la separazione tra chi domanda prestazioni assistenziali (le ASL e le Regioni) e chi la offre (le Aziende Ospedaliere, gli ospedali privati...);
- la fissazione di un prezzo di mercato rappresentato dalla tariffa a cui vengono scambiate le prestazioni, sul modello americano dei DRGs;
- la responsabilizzazione delle Regioni alla copertura del proprio fabbisogno sanitario eccedente il finanziamento capitaro.

Dai dati evidenziati nella tabella seguente, si può notare come in tutta Italia siano nettamente inferiori gli istituti pubblici rispetto a quelli privati accreditati. Solo in Toscana e Puglia, nel 2006, risultavano superiori gli istituti di riabilitazione pubblici rispetto a quelli privati accreditati.

Istituti e Centri di Riabilitazione -Anno 2006

Regione	Istituti Rilevati			POSTI						
				Assistenza Residenziale			Assistenza Semiresidenziale			TOTALE
	Pubblici	Privati Accreditati	Totale	Pubblici	Privati Accreditati	Totale	Pubblici	Privati Accreditati	Totale	X 100.000 residenti
Piemonte	-	8	8	-	186	186	-	40	40	5
Lombardia	12	69	81	1.524	2.874	4.398	212	1.435	1647	64
Prov. Auton. Bolzano	-	2	2	-	131	131	-	6	6	26
Prov. Auton. Trento	1	5	6	-	74	74	-	9	9	17
Veneto	-	17	17	-	189	189	-	413	413	13
Friuli Venezia Giulia	-	8	8	-	82	82	-	350	350	38
Liguria	5	20	25	143	285	428	108	229	337	48
Emilia Romagna	-	3	3	-	188	188	-	34	34	5
Toscana	94	48	142	179	871	1.050	115	822	937	55
Umbria	-	6	6	-	195	195	-	185	185	?
Marche	1	20	21	-	679	679	-	165	165	55
Lazio	1	73	74	60	1.679	1.739	22	2.240	2.262	75
Abruzzo	2	46	48	-	854	854	-	748	748	123
Molise	-	14	14	-	273	273	-	20	20	91
Campania	5	144	149	22	1.337	1.359	-	3.239	3.239	79
Puglia	33	31	64	-	943	943	79	561	640	39
Basilicata	2	9	11	-	662	662	-	127	127	133
Calabria	1	16	17	30	655	685	5	165	170	43
Sicilia	5	89	94	-	697	697	-	1.648	1.648	47
Sardegna	21	78	99	-	708	708	-	879	879	96
ITALIA	183	706	889	1.958	13.562	15.520	541	13.315	13.856	58

Fonte: Istat

Case di Cura Accreditate e Non (2006) in Lombardia Toscana e Calabria

Regione	Accreditate	Non Accreditate	Totale
Lombardia	73	10	83
Toscana	28	3	31
Calabria	39	-	39
ITALIA	563	66	629

Dai dati suesposti si può notare come le Case di Cura accreditate siano più numerose in Calabria rispetto alla Toscana, così come è da evidenziare il dato che in Calabria tutte le case di Cura siano accreditate e quindi le prestazioni convenzionate siano a carico del SSN.

5. LA REGIONALIZZAZIONE DEL SSN – POTERI E FUNZIONI DELLE REGIONI

Con l'approvazione della legge costituzionale n. 3/2001, il tema della "regionalizzazione" delle attività inerenti la tutela della salute ha indubbiamente conosciuto un'evoluzione che ha suscitato dubbi ed interrogativi non solo nell'opinione pubblica ma anche in una parte cospicua degli operatori sanitari.

E' innanzitutto utile richiamare, preliminarmente e in modo schematico, i termini effettivi del cambiamento avvenuto.

La riforma costituzionale, entrata in vigore l'8 novembre 2001, investe la suddivisione dei poteri tra i diversi livelli territoriali di governo, stabilendo una nuova ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni. In particolare il criterio precedente della *residualità* viene invertito: la competenza legislativa è attribuita alle Regioni, mentre allo Stato spettano le competenze richiamate nell'articolo 117. Tali competenze sono esercitate nelle forme della potestà esclusiva (comma 2) e concorrente (comma 3). Il carattere residuale non riguarda più la potestà legislativa regionale, bensì quella

statale.

La portata del cambiamento è reale ed assai rilevante eppure si può sostenere che essa più che sconvolgere il sistema ne rende possibile una nuova fase di sviluppo, in cui gli elementi di definitiva regionalizzazione potranno costituire occasione per un più forte radicamento delle politiche per la salute e della programmazione e organizzazione dei servizi sanitari nel quadro delle responsabilità regionali. La sanità si configura, quindi, non più come dimensione statale bensì interregionale⁶⁸ Vediamo qui di seguito quali sono le considerazioni che supportano tale affermazione.

La regionalizzazione sostanziale della materia sanitaria non è certamente un fatto recente.

Fin dalla loro nascita, nel 1970, le Regioni hanno avuto in questa materia competenze relevantissime che ne hanno assorbito compiti di governo e risorse che rappresentavano tra il 60 ed il 75% dei bilanci regionali.

Una prima relevantissima strutturazione della dimensione regionale dell'ordinamento sanitario si ha tra il 1970 e l'emanazione del decreto delegato 616/1977. Tale avvenuta forte connotazione in senso regionalista delle attività sanitarie ha condizionato fortemente l'applicazione dell'impianto unitario ed uniforme della riforma del 1978.

Anzi si può sostenere che la stessa impostazione olistica e generale della funzione di promozione e tutela della salute, prevista dalla legge 833/78 e affidata al livello locale e regionale, consentiva localmente una variabilità applicativa assai elevata nell'esercizio di tale funzione⁶⁹.

⁶⁸ Non si perde comunque una dimensione nazionale, nell'aspetto relativo alla determinazione dei livelli essenziali di assistenza.

⁶⁹ L'attuazione della legge 833/78 ha fatto registrare una notevole variabilità applicativa nelle varie Regioni. Per fare degli esempi, le Unità Locali erano istituite in tutte le realtà regionali ma in alcune si configuravano come Unità Sanitarie Locali in altre come Unità Socio Sanitarie Locali. In alcune regioni l'apparato di igiene e sanità pubblica si è evoluto in forme integrate e dipartimentali con laboratori di sanità

Gli inizi degli anni 90 vedono, dunque, un sistema sanitario così apparentemente unitario ed uniforme eppure così caratterizzato da una grande variabilità locale e regionale di modelli assistenziali, sostenuta da una allocazione crescente di risorse del Fondo Sanitario Nazionale che arriva a toccare nel 1991 quota 6,41% del P.I.L..

Nel 1992 tale sistema ha impattato con la crisi nazionale politico finanziaria e si è determinata una diffusa consapevolezza della necessità di apportare un correttivo a tale situazione. Si è avuto conseguentemente il varo del decreto legislativo 502/92, che però non ha interrotto ma anzi ulteriormente enfatizzato il ruolo delle Regioni. Infatti tale decreto si è caratterizzato soprattutto per la conferma ed il rilancio del processo di regionalizzazione, la previsione dei livelli uniformi di assistenza da adottarsi in sede di PSN in coerenza con le risorse finanziarie del FSN, ma affidati per la definizione delle loro modalità di erogazione al livello regionale e l'avvio del processo di aziendalizzazione.

La forza del processo di regionalizzazione ha “resistito” anche ad alcune linee di parziale ricentralizzazione statale, rimaste peraltro sostanzialmente inapplicate, introdotte dal decreto legislativo 229/1999, che viceversa ha prodotto positivi risultati innovativi sul versante della accelerazione del processo di aziendalizzazione e sul rilancio dell’integrazione socio sanitaria (aspetti questi, entrambi fortemente condivisi dalla maggior parte delle Regioni).

Una conferma è invece venuta dal decreto legislativo 56/2000 (il decreto

pubblica, in altre ha mantenuto sostanzialmente inalterato il profilo preriforma, con la persistenza di uffici di igiene e laboratori provinciali di igiene profilassi. I consultori si sono diffusi dovunque ma in alcune regioni si configuravano come consultori familiari in altre come consultori materno infantili. Il prontuario dei farmaci erogabili a carico del Fondo Sanitario era lo stesso su tutto il territorio nazionale ma la variabilità dei consumi farmaceutici locali e regionali si è consolidata su livelli che non sono stati mai più ridotti. Gli ospedali sono dovunque confluiti nelle Unità Locali (non esattamente dovunque) ma hanno mantenuto o sviluppato modalità assai diversificate di strutturazione interna (dipartimenti sì/dipartimenti no) e di rapporto con le strutture territoriali. I distretti erano previsti da quasi tutte le normative regionali, ma il loro modo di realizzarsi è stato assai differenziato. E si potrebbe continuare nel descrivere questa molteplicità di approcci applicativi della legge 833/78.

sul federalismo fiscale) che, attraverso il principio della compartecipazione delle Regioni a statuto ordinario al gettito delle principali imposte (IVA, IRPEF, intero gettito IRAP), ha modificato sostanzialmente il sistema di finanziamento del servizio sanitario confermando la piena responsabilità delle Regioni nella copertura degli eventuali disavanzi nella gestione finanziaria e introducendo un fondo di solidarietà perequativa che opererà fino al 2013.

Intanto sul piano del governo del SSN, sempre più frequentemente fino a diventare alla fine degli anni 90 la modalità del tutto prevalente, gli atti ed i provvedimenti di rilievo nazionale sono stati adottati con il coinvolgimento formale della Conferenza Stato Regioni attraverso pareri, intese, accordi, deliberazioni, per un totale di oltre 240 provvedimenti approvati nel corso del solo 2001⁷⁰.

Tale lavoro di concertazione, nell'ultima fase, ha trovato i suoi momenti più significativi nell'Accordo Stato Regioni del 8 agosto 2001⁷¹ propedeutico alla L. 405/2001⁷² e nell'Accordo del 22 novembre 2001 relativo ai LEA.

È agevole, dunque, sostenere che la riforma costituzionale del 2001, per quanto riguarda la materia della tutela della salute, rappresenta sì un profondo rinnovamento istituzionale, ma è del tutto coerente con un processo pluridecennale.

Il paventato rischio che la nuova dislocazione dei poteri possa tradursi in

⁷⁰ L'attività della Conferenza Stato-Regioni è regolata dal decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e si estrinseca con: pareri; intese; deliberazioni; accordi; raccordo, informazione e collaborazione Stato-Regioni; interscambio di dati e informazioni; istituzione di comitati e gruppi di lavoro; designazioni di rappresentanti regionali.

Nel sito del Governo Italiano (<http://www.statoregioni.it/Attivita.asp?CONF=CSR>) sono indicate il numero di atti adottati dal 1990 al 2002.

⁷¹ Accordo 8-8-2001: Accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano recante integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3 agosto 2000 (repertorio atti 1004) e il 22 marzo 2001 (repertorio atti 1210) in materia sanitaria. Pubblicato nella Gazz. Uff. 6 settembre 2001, n. 207.

⁷² Legge 16 novembre 2001, n. 405, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17 novembre 2001

una frantumazione dell'organizzazione sanitaria e in una diversificazione nel grado di copertura del bisogno sanitario nelle varie realtà regionali appare francamente teorico.

Il “sistema” nazionale, come abbiamo cercato di ricordare, è stato da sempre caratterizzato da una ampia variabilità regionale e locale, rispetto alla quale, soprattutto nell'ultimo decennio, gli elementi di unificazione ed omogeneizzazione sono stati solo quelli fortemente condivisi dalla maggior parte delle Regioni.

D'altra parte, la piena autonomia che la riforma costituzionale attribuisce al livello regionale è temperata da una serie di elementi e fattori condizionanti, di livello sovra regionale⁷³.

Tenendo presente quanto fin qui illustrato, è possibile indicare alcuni elementi che caratterizzeranno il futuro a breve e medio periodo.

1. Fino alla emanazione dei nuovi statuti regionali, tutte le Regioni si troveranno ad affrontare il delicato problema dei rapporti tra ambiti decisionali riservati ai Consigli Regionali e sfera di competenza delle Giunte. Una quota assai rilevante della autonomia regionale è esercitabile solo attraverso atti legislativi e regolamenti che, attualmente, sono di competenza dei Consigli Regionali.
2. L'area della Prevenzione collettiva sarà probabilmente quella che

⁷³ Tra gli elementi e i fattori sovragionali in grado di condizionare la piena autonomia che la riforma costituzionale attribuisce al livello regionale possiamo indicare: a. La definizione nazionale dei livelli essenziali di assistenza

b. La interazione delle singole realtà regionali con fattori che rimangono fortemente caratterizzati da una loro dimensione nazionale (es. rapporto con le professioni sanitarie, con le organizzazioni sindacali, con l'industria farmaceutica, ecc)

c. Il fatto che l'organizzazione sanitaria è regionalizzata ma non lo sono una serie di sistemi che con tale organizzazione si rapportano: il sistema normativo-giudiziario civile, amministrativo, contabile e penale (si pensi solo ai temi medico legali o agli aspetti di regolazione del rapporto con gli erogatori privati accreditati), il sistema delle imprese produttive, l'apparato previdenziale, il mondo assicurativo, ecc.; d. La omogeneità del sistema di finanziamento, anche in considerazione che eventuali scompensi perequativi nei meccanismi del federalismo fiscale avranno modo di manifestarsi in tempo tale da consentire eventuali correttivi; e. La previsione da parte della Costituzione di poteri sostitutivi che lo Stato può attivare per la tutela dei livelli essenziali di assistenza e per la destinazione di risorse aggiuntive o l'avvio di interventi speciali in favore di determinati enti territoriali per promuovere l'effettivo esercizio dei diritti della persona, tra cui ovviamente rientra il diritto alla salute.

farà registrare una più contenuta variabilità nei percorsi che le singole Regioni decideranno di avviare. In questo settore vi è una consolidata esperienza di confronto interregionale. L'assetto attuale dei Dipartimenti di prevenzione è fortemente condiviso, anche se alcuni maggiori margini di flessibilità nell'organizzazione di servizi e strutture interne al Dipartimento sono probabili. Un'area di lavoro che crescerà fortemente sarà quella relativa al recepimento delle normative comunitarie.

3. Nella erogazione dei livelli essenziali di assistenza, il grado massimo di flessibilità ritenuto compatibile è già stato fissato dalle linee guida contenute nell'allegato 4 al DPCM 29 novembre 2001.
4. Sul versante dei fondi integrativi è ipotizzabile una attività delle Regioni sia per avviarne prime esperienze nei propri ambiti di azione (abbastanza ristretti) sia soprattutto per sollecitare lo Stato all'adozione delle misure fiscali indispensabili per il loro effettivo decollo.
5. I prossimi Piani Sanitari Regionali, il cui rapporto di compatibilità con il Piano Sanitario Nazionale non è ovviamente più quello delineato dal Decreto legislativo 502/92 (così come modificato dal Decreto legislativo 229/99), offriranno la cornice in cui ogni Regione ripreciserà la struttura della Aziende Sanitarie ed in particolare il rapporto tra funzioni di tutela e funzioni di produzione di servizi e prestazioni, nonché il rapporto con i Comuni.
6. Sperimentazioni gestionali ex articolo 9 bis sembrano la strada più percorribile, nel breve periodo, per introdurre modifiche, sottoponendole ad aggiustamenti e verifiche, nel rapporto tra erogatori pubblici e privati.
7. In relazione al fatto che anche la materia della ricerca e quindi

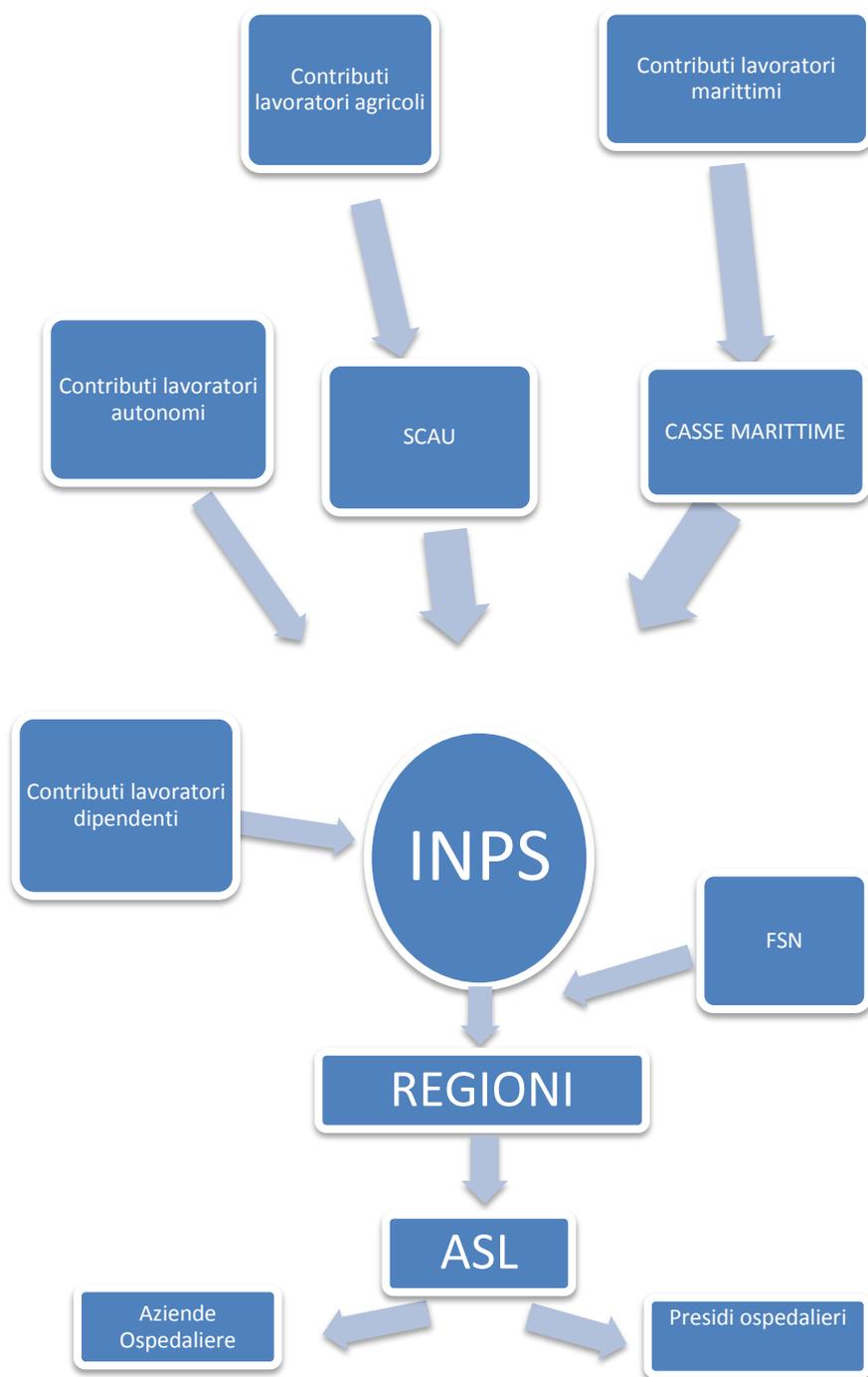
della ricerca sanitaria rientra nel novero della materie a legislazione concorrente, le Regioni inizieranno ad esercitare la propria potestà legislativa e quella regolamentare in questo campo. Sarà ridisegnato il confine ed il rapporto con gli attuali Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Sui rapporti con l'Università, le Regioni hanno già espresso la loro posizione in merito alla necessità di ricondurre alla programmazione regionale l'attività assistenziale delle aziende che ospitano i corsi di laurea in medicina.

8. Sui rinnovi degli Accordi e delle Convenzioni nazionali, relativamente al personale dipendente ed alle categorie convenzionate, vi sono state importanti prese di posizione della Conferenza permanente dei Presidenti della Regioni e delle Province Autonome che ampliano la sfera degli accordi regionali.
9. Crescerà l'intensità del lavoro di elaborazione tecnica interregionale quale supporto all'azione dei governi regionali, anche in relazione alle obiettive difficoltà che le Regioni più piccole avranno a sviluppare adeguate elaborazioni tecniche sull'intera gamma di tematiche ricomprese nella materia della tutela della salute e della organizzazione sanitaria

6. I SISTEMI DI FINANZIAMENTO NEL SISTEMA SANITARIO

Come più volte detto, dal 1979 l'Italia possiede il suo Servizio Sanitario Nazionale (SSN) cui hanno diritto tutti gli abitanti e che è prevalentemente gratuito per il fruitore⁷⁴.

⁷⁴ Il sistema è una combinazione di finanziamento per lo più pubblico, con prestazioni pubbliche e private. Le fonti di finanziamento per il SSN sono suddivise in parti quasi uguali fra contributi obbligatori versati in base alla



E' il Governo centrale che decide lo stanziamento totale per il SSN e come ripartire la cifra fra le 20 Regioni italiane.

retribuzione lorda, e gettito fiscale generale.

Il Governo stabilisce, altresì, il livello minimo delle prestazioni garantite in tutto il paese, e specifica le condizioni a cui i pazienti possono rivolgersi al settore privato ed ottenere ugualmente che il SSN paghi l'onorario del medico⁷⁵.

Di fatto, il sistema di finanziamento è il modo in cui la Regione attribuisce un valore monetario all'attività svolta dalle aziende e orienta quindi il comportamento delle stesse; con questo tentativo di superare una logica di finanziamento a spesa storica le aziende sanitarie sono state spinte a razionalizzare l'utilizzo delle risorse per far fronte al meglio ai bisogni della popolazione di riferimento (criterio della quota capitaria) e per produrre prestazioni (criterio tariffario). Le due componenti principali del nuovo sistema di finanziamento sono, quindi, rappresentate dalla quota capitaria e dalla tariffa per prestazione.

Da una parte, la quota capitaria s'ispira al principio di assegnare le risorse al bisogno, misurato dalla dimensione della popolazione di riferimento (quota capitaria semplice). Il bisogno di assistenza sanitaria si differenzia, però, in relazione alle caratteristiche socio-demografiche e questa constatazione si traduce in sforzi per correggere (ponderare) il criterio capitario semplice.

Problemi nascono perché spesso le aziende sanitarie invocano la mancata considerazione di variabili rilevanti o la scarsa attendibilità dei dati utilizzati per la ponderazione, per recriminare più risorse a loro favore.

Dall'altra parte, il meccanismo tariffario ha l'obiettivo di collegare il finanziamento all'attività prodotta, spingendo all'efficienza produttiva (per

⁷⁵ Con le recenti modalità, la logica assegnazione delle risorse nazionali e regionali è passata da un modello di finanziamento a spesa storica, ovvero in cui il finanziamento dipende dai fattori della produzione e dai livelli d'offerta, ad un modello basato sul bisogno d'assistenza della popolazione (quota capitaria, ponderata o meno) e sui livelli di produzione delle prestazioni sanitarie (sistema tariffario).

rendere coerenti i costi di produzione con le tariffe), stimolare una lettura più analitica dell'attività svolta e, attraverso il meccanismo competitivo, indurre una maggiore attenzione all'utenza. Sulla base di queste due variabili (quota capitaria e tariffa per prestazione), sono stati identificati quattro modelli di finanziamento.

- **Modello a centralità dell'azienda ASL.** Secondo tale modello, il più diffuso tra le regioni d'Italia, l'azienda ASL svolge la duplice funzione di erogatore e acquirente di prestazioni. Ciò significa che l'ASL è finanziata a quota capitaria dalla Regione e ha l'onere di finanziare a tariffa, per prestazione, la mobilità in uscita dei propri cittadini (verso aziende ospedaliere, aziende private accreditate e altre aziende ASL). Il sistema a tariffa per prestazione favorisce naturalmente l'aumento delle prestazioni sanitarie offerte dai produttori puri (aziende ospedaliere, aziende private accreditate e presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL) e incentiva l'erogazione di prestazioni sanitarie ad alta complessità e quindi più remunerative.

- **Modello di separazione tra soggetti acquirenti e soggetti produttori puri.** Tale modello prevede lo scorporo totale (o quasi totale) dalle aziende ASL delle funzioni finanziate a tariffa (generalmente prestazioni ospedaliere e ambulatoriali), che vengono attribuite interamente ad aziende ospedaliere e ad aziende private accreditate.

In questo caso l'azienda ASL viene finanziata a quota capitaria dalla Regione e finanzia a tariffa tutte le prestazioni che i propri residenti ricevono da aziende ospedaliere e aziende private accreditate.

- **Modello a centralità regionale.** In esso, la Regione mantiene, a differenza dei precedenti modelli, un forte controllo sulle assegnazioni delle risorse. Le aziende produttrici pure vengono finanziate a tariffa per prestazione. Per le aziende ASL si possono ipotizzare due meccanismi: nel primo le aziende

ASL vengono finanziate a quota capitaria, dalla quale però vengono sottratte le risorse destinate agli ospedali e alle aziende private accreditate; nel secondo anche le aziende ASL vengono finanziate a tariffa per prestazione (per quanto riguarda le sole funzioni tariffabili).

- **Modello tradizionale.** Tale modello caratterizza quelle regioni che, pur avendo istituito le aziende ASL e quelle ospedaliere, non hanno ancora modificato il modello di finanziamento delle aziende sanitarie, che risulta tuttora ancorato alla spesa storica (e ai livelli d'offerta).

Se l'incremento nominale annuo del FSN 2010 sul 2009 è dell'1,40 per cento, quindi allineato al tasso d'inflazione atteso per il 2010, minore è l'incremento in termini di finanziamento pro capite, pari allo 0,69 per cento, a causa dell'aumento di popolazione registratosi nel 2009 rispetto al 2008 (0,71 per cento)⁷⁶. La spesa pro capite in termini assoluti è di 1.742 euro per il 2009 e 1.754 euro per il 2010, registrando quindi un lieve aumento.

⁷⁶Dati provvisori Istat: Popolazione al 1.1.08: 59.619.290; al 1.1.09: 60.045.068.

Tabella 1-0-1- Riparto delle disponibilità per il SSN

Regioni	Fabbisogno indistinto 2007	Fabbisogno indistinto 2008	Var. perc. 2008/07	Fabbisogno indistinto 2009	Var. perc. 2009/08	Fabbisogno indistinto 2010	Var. perc. 2010/09
Piemonte	7.207.440.470	7.481.291.017	3,80	7.731.056.490	3,34	7.758.852.860	0,36
Valle D'Aosta	202.721.202	211.710.684	4,43	218.251.983	3,09	218.969.045	0,33
Lombardia	15.076.958.019	15.709.875.677	4,20	16.230.233.360	3,31	16.660.491.790	2,65
Bolzano	773.520.100	812.280.269	5,01	839.790.739	3,39	832.165.610	-0,91
Trento	799.352.346	835.243.487	4,49	863.971.197	3,44	883.381.572	2,25
Veneto	7.515.102.712	7.837.862.928	4,29	8.113.875.935	3,52	8.325.695.840	2,61
Friuli	2.020.674.724	2.102.326.907	4,04	2.164.605.793	2,96	2.161.683.197	-0,14
Liguria	2.878.049.570	2.994.954.034	4,06	3.056.612.673	2,06	3.023.297.623	-1,09
Emilia Romagna	6.966.639.466	7.277.779.664	4,47	7.527.478.815	3,43	7.592.928.542	0,87
Toscana	6.056.167.354	6.304.241.652	4,10	6.509.867.363	3,26	6.536.096.972	0,40
Umbria	1.451.844.045	1.511.918.575	4,14	1.565.508.767	3,54	1.572.329.542	0,44
Marche	2.521.623.868	2.624.765.905	4,09	2.711.105.227	3,29	2.741.280.087	1,11
Lazio	8.508.972.406	8.913.399.653	4,75	9.319.479.845	4,56	9.584.918.273	2,85
Abruzzo	2.099.342.359	2.183.675.527	4,02	2.254.319.011	3,24	2.306.482.457	2,31
Molise	524.835.590	544.063.804	3,66	559.742.155	2,88	557.200.888	-0,45
Campania	8.943.520.188	9.284.827.895	3,82	9.499.454.962	2,31	9.579.984.409	0,85
Puglia	6.404.602.886	6.618.840.084	3,35	6.786.980.301	2,54	6.840.657.838	0,79
Basilicata	971.750.187	1.000.985.745	3,01	1.026.711.353	2,57	1.022.091.068	-0,45
Calabria	3.225.426.383	3.327.135.377	3,15	3.419.443.700	2,77	3.403.916.049	-0,45
Sicilia	7.793.607.421	8.093.710.052	3,85	8.272.943.492	2,21	8.455.621.415	2,21
Sardegna	2.638.168.703	2.737.881.065	3,78	2.810.266.841	2,64	2.837.452.823	0,97
Totale	94.580.319.999	98.408.770.000	4,05	101.481.700.000	3,12	102.895.497.900	1,39
	Fondi a destinazione vincolata 2007	Fondi a destinazione vincolata 2008		Fondi a destinazione vincolata 2009		Fondi a destinazione vincolata 2010	
Contratto Per IZS	10.000.000	15.000.000	50,00	13.000.000	-13,33	13.000.000	
Med. Penitenziaria	6.840.000	6.840.000	0,00		0,00		
Izs	205.000.000	221.000.000	7,80	228.500.000	3,39	231.500.000	
Cri	126.500.000	134.000.000	5,93	138.500.000	3,36	140.500.000	
Altre Vincolate	1.622.340.000	1.791.390.000	10,42	1.832.460.000	2,29	1.867.000.000	
Totale Fabbisogno	96.550.999.999	100.577.000.000	4,17	103.701.000.000	3,11	105.148.000.000	
(in % di PIL)*	6,25	6,40		6,82			
Ulteriori quote finalizzate	0	0		162.800.000			

Fonte: Ministero della Salute – Elaborazione: Corte dei Conti, Sezione delle Autonomie Locali

* PIL 2007: 1.544.915 (RUEF aprile 2009)

E' interessante prendere anche visione di quanto erano, al 2006, i finanziamenti complessivi previsti del SSN, ripartiti tra IRAP e Addizionale Irpef, fabbisogno Sanitario ex D. Lgs. 56/2000, a cui si aggiungevano ulteriori trasferimenti da pubblico e privato, ricavi ed entrate proprie di diversa natura e ricavi straordinari, erano così composti:

Figura 1-4 *Finanziamenti del SSN 2006*

(valori in milioni di euro)

Regioni	Irap e Add.le Irpef	Fabbisogno Sanitario Ex D.L.vo 56/00	Ulteriori Trasfer.ti da Pubblico e da Privato	Ricavi e Entrate Proprie Varie	Ricavi Straordinari	Fsn ex D.L.vo 56/00	Totale
Piemonte	3.088,74	3.581,18	393,24	359,24	45,26	113,12	7.580,78
Valle d'Aosta	95,17	0,00	146,08	11,55	0,15	0,05	252,99
Lombardia	9.111,22	5.027,90	128,06	705,19	0,00	184,47	15.156,85
Prov. Auton. Bolzano	423,30	0,00	575,31	39,73	7,93	0,06	1.046,32
Prov. Auton. Trento	371,89	0,00	518,99	34,41	1,36	0,07	926,71
Veneto	3.748,59	3.313,89	262,00	440,83	31,16	93,72	7.890,20
Friuli Venezia Giulia	867,69	0,00	1.147,17	109,82	5,61	0,21	2.130,50
Liguria	932,25	1.721,36	7,55	106,82	6,71	142,00	2.916,70
Emilia Romagna	3.458,10	2.837,06	236,04	396,38	65,61	110,28	7.103,46
Toscana	2.416,67	3.175,84	12,62	333,51	37,78	95,54	6.071,94
Umbria	427,25	904,74	0,26	60,62	8,96	22,74	1.424,56
Marche	950,87	1.386,59	1,95	111,74	7,22	38,90	2.497,27
Lazio	4.441,56	3.487,69	298,88	313,22	131,98	191,24	8.864,57
Abruzzo	571,44	1.413,19	0,59	62,17	25,35	33,47	2.106,21
Molise	64,20	426,65	0,28	13,39	0,00	10,21	514,72
Campania	1.775,88	6.621,60	76,94	154,76	46,66	146,33	8.819,18
Puglia	1.455,49	4.551,49	59,04	127,28	34,64	102,73	6.330,66
Basilicata	105,83	792,56	2,03	20,62	4,23	15,05	940,32
Calabria	307,14	2.690,13	96,35	54,07	57,47	50,81	3.255,96
Sicilia	1.926,42	0,00	3.239,21	166,03	28,92	2.378,52	7.739,10
Sardegna	740,41	0,00	744,69	60,79	15,86	1.029,95	2.591,69
ITALIA	37.280,07	41.931,86	7.947,27	3.682,17	559,86	4.759,46	96.160,68

Fonte: Ministero della Salute – Elaborazione SIC Sanità.

Il nuovo Piano sanitario nazionale per gli anni 2010-2012 prevede interventi mirati ad aumentare l'uso efficiente e appropriato delle risorse⁷⁷ attraverso anche una profonda riorganizzazione delle reti ospedaliere regionali e la riconversione dei piccoli ospedali, operando un rilancio della prevenzione e potenziando l'assistenza

⁷⁷ Ad esempio, nel caso del consumo dei farmaci, il PSN prevede di realizzare programmi per incentivare l'appropriatezza prescrittiva, l'acquisto centralizzato, l'aumento della distribuzione diretta, il corretto uso *dell'off label* e l'introduzione di farmaci innovativi.

integrata tra territorio ed ospedale per pazienti non autosufficienti o affetti da malattie cronico-degenerative, valutando la qualità dell'assistenza e delle cure erogate, inserendo tra gli "attori" della valutazione, non solo gli esperti di settore, ma anche le organizzazioni civiche e di volontariato (il cosiddetto "Audit civico").

Il rapporto Hope sui livelli uniformi di assistenza

Si accennava prima che uno degli obiettivi nel Piano sanitario nazionale è il ridurre i costi attraverso un miglioramento dell'efficienza dell'uso delle risorse, senza una riduzione della qualità dell'assistenza. Questo è uno degli argomenti più dibattuti anche a livello internazionale: lo studio delle riforme nei sistemi del welfare. Ciò a causa della rilevanza politica sociale ed economica e delle numerose implicazioni che ne conseguono.

Interessante al riguardo è uno studio presentato nel 2007 dall'European hospital and healthcare federation (Hope)⁷⁸, L'analisi condotta mette a confronto le esperienze dei singoli Paesi europei e, per la prima volta in modo sistematico, affronta le motivazioni, le modalità di introduzione, l'applicazione ai fini del finanziamento e le dinamiche di evoluzione del sistema Drg.

Il rapporto HOPE - Il lavoro svolto da Hope, si inserisce in un più ampio filone di ricerca e studi che mira a esaminare le dinamiche evolutive dei sistemi sanitari europei. In particolare il legame è da un lato con quella che ormai viene riconosciuta come interdipendenza nei processi di riforma dei sistemi sanitari a livello internazionale, e dall'altro con lo sviluppo di un nuovo modello di analisi della politica sanitaria che, auspicato anche dall'Organizzazione Mondiale della sanità (Oms), mira a superare le etichette storicamente attribuite ai sistemi sanitari dei diversi Paesi (Bismark, Beveridge, Semashko, Managed Care e simili), per esplicitare le funzioni di base, gli strumenti, gli obiettivi della politica sanitaria e le relazioni che fra questi intercorrono.

In tal senso una rappresentazione del frame work richiamato, viene fornita in Figura

⁷⁸ L'Hope è un'organizzazione non governativa e senza fine di lucro che opera dal 1966 con l'adesione dei Paesi dell'Unione Europea ed ha come obiettivo quello di promuovere il miglioramento dell'assistenza dei cittadini europei attraverso la ricerca, lo scambio delle esperienze, l'individuazione di nuovi standard con riferimento all'umanizzazione, alla qualità dell'assistenza, all'economicità dei sistemi sanitari.

1-5, che mette in evidenza come, indipendentemente dai trascorsi storici, sociali, politici e culturali, che caratterizzano i sistemi sanitari dei diversi Paesi, le funzioni che quest'ultimi sono chiamati ad assolvere sono, grosso modo, comparabili, così come comparabili sono le problematiche di finanziamento e in ultima analisi di governance del sistema verso gli obiettivi finali di politica sanitaria.

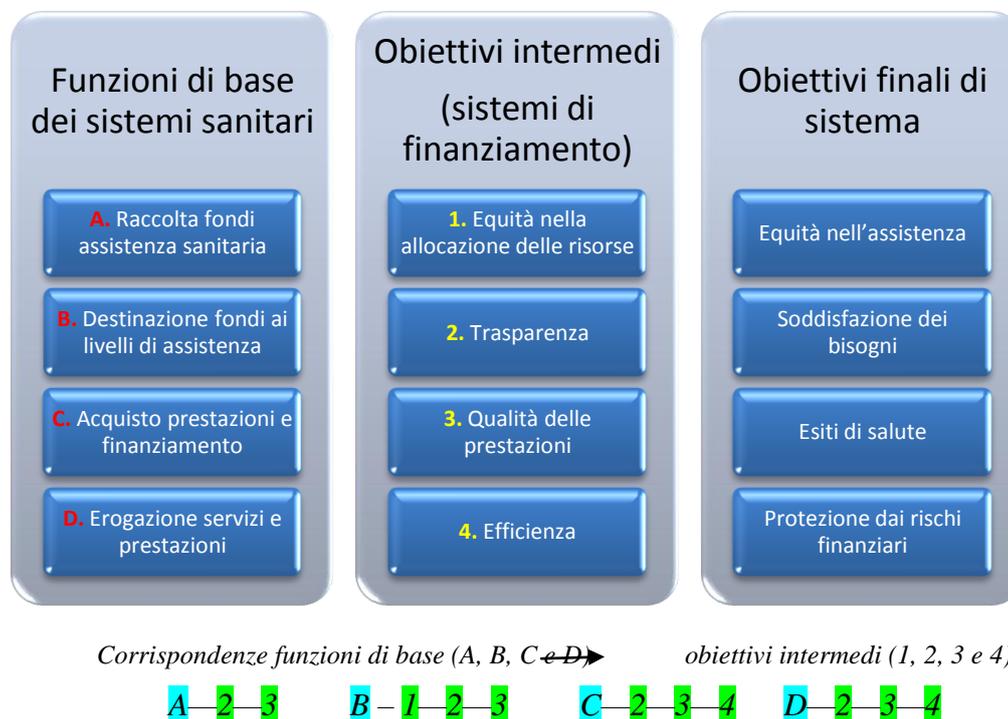


Figura 1-5 –Funzioni, strumenti e obiettivi che accomunano i sistemi sanitari in Europa

Nella colonna a sinistra in Figura 1-5 sono rappresentate le funzioni di base, che consistono essenzialmente nella raccolta di fondi, nell'allocazione degli stessi fra le diverse funzioni, nell'acquisto delle prestazioni e quindi nell'erogazione delle prestazioni all'utenza. Il mix di tali funzioni è diverso in ciascuno dei Paesi considerati e varia nel tempo, anche in relazione alla differente propensione dei Governi a intervenire nella vita sociale ed economica dei singoli Paesi. Di conseguenza in ciascun Paese si assiste a un differente articolazione delle medesime funzioni di base, con il coinvolgimento di istituzioni pubbliche, enti assicurativi e in modo residuale anche dell'utenza (il cosiddetto out of pocket).

Le funzioni di base mirano al raggiungimento di una serie di obiettivi di sistema che in Figura 1-5 sono rappresentati nella colonna più a destra. Detti obiettivi, benché possono variare di intensità nel tempo, sono comuni ai sistemi sanitari più evoluti, e

attengono all'equità nell'accesso e nella qualità dell'assistenza, al raggiungimento del più elevato grado di soddisfazione dei bisogni dell'utenza, al perseguimento di livelli di out come più favorevoli e, non da ultimo alla protezione dei rischi finanziari che possono derivare dai problemi di salute dei cittadini.

Con la Figura 1-5 si vuole evidenziare, non in modo esaustivo, come le funzioni di base, indipendentemente dalla loro articolazione, non sono direttamente collegate con gli obiettivi finali della politica sanitaria, in quanto molti sono gli attori coinvolti e gli interessi legittimi in campo. Pertanto si rende necessaria la definizione di obiettivi intermedi per ciascuno degli attori coinvolti e quindi l'adozione di opportuni meccanismi in grado di governare il sistema verso gli obiettivi finali, che attengono alla più generale politica della salute dei singoli Paesi.

Ed è proprio in tale ottica che nel corso degli ultimi vent'anni, gli strumenti di misurazione del case-mix, i sistemi di finanziamento e gli obiettivi intermedi hanno assunto rilevanza in modo pressoché uniforme nei Paesi dell'area Ocse, soprattutto a seguito della crisi finanziaria del Welfare State. In tal senso, il fine di garantire la sostenibilità del sistema Paese nel suo insieme, gli obiettivi finali di salute, che come noto sono fortemente caratterizzati da un contenuto politico e sociale, devono necessariamente essere mediati dagli obiettivi intermedi, nel rispetto di condizioni generali di sistema, la cui definizione non è più un fatto esclusivamente nazionale, ma vede sempre più coinvolgimento sopranazionale (Unione Europea, Fondo monetario internazionale, Organizzazione mondiale della sanità, Banca mondiale e altri ancora).

Da questo scenario descritto si evince da un lato l'importanza di sviluppare i meccanismi di governo del sistema che, a causa della complessità e della poliedricità delle situazioni da gestire, non dimostra una propensione automatica verso gli obiettivi finali richiamati, dall'altro l'importanza di confrontare le diverse esperienze, anche a livello internazionale, nella consapevolezza che non esiste una soluzione univoca e universale alle problematiche di governo del sistema salute.

Finanziamenti Europei per le AS

Come già detto, tra le nuove sfide in atto prevale, nei paesi europei ma anche in quelli Ocse, quella di soddisfare le crescenti aspettative di salute dei cittadini con il contenimento della spesa sanitaria.

L'Unione Europea gioca un ruolo importante ruolo nello sviluppo di standards e di scambio di "buone pratiche" tra gli stati membri, nonché sulla possibilità di fondi europei.

Per quanto riguarda i fondi europei/comunitari che interessano la sanità, essi si possono suddividere in:

- Fondi per l'innovazione tecnologica
- Fondi regionali per sperimentazioni e innovazioni gestionali
- Sponsorizzazioni
- Cofinanziamento pubblico-privato
- Fund raising

Una popolazione in buona salute è fondamentale per l'aumento della produttività, del tasso di occupazione e dell'adattabilità della manodopera. Questa caratteristica rende le regioni più attraenti in termini di investimenti e contribuisce alla stabilità della crescita economica.

Una popolazione in buona salute costituisce quindi una risorsa importante per qualsiasi economia regionale. Il ruolo svolto dalla sanità come elemento generatore di ricchezza e prosperità è stato riconosciuto inserendo proprio la Sanità fra le dodici priorità dell'UE in materia di investimenti per la coesione, da realizzare nel periodo 2007- 2013⁷⁹.

L'Europa deve affrontare una serie di problemi che gli investimenti nel settore sanitario potrebbero aiutare a sradicare, specie a causa delle disparità persistenti, all'interno dell'UE, sul piano sanitario e diversi livelli di qualità delle cure sanitarie.

Anche se la popolazione complessiva dell'UE sta invecchiando, il divario in termini di speranza di vita alla nascita tra i paesi UE raggiunge una "forchetta" di 9 anni per

⁷⁹ Orientamenti strategici comunitari in materia di coesione 2007-2013, disponibili su http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/2007/osc/L_29120061021fr00110032.pdf

le donne e di 13 anni per gli uomini, mentre la mortalità infantile può addirittura raggiungere un tasso sei volte più alto tra un paese e l'altro dell'UE.

Notevoli diversità si evidenziano anche negli investimenti nella sanità che sono assai inferiori nei nuovi Stati membri: l'Estonia, ad esempio, investe appena il 5,5% del proprio PIL nella sanità, contro l'11% per la Germania.

Il ruolo principale dei fondi strutturali europei è ridurre le disparità economiche e sociali a livello regionale e contribuire in tal modo a garantire una vita sana ai cittadini europei. Combattere le disparità in materia di sanità, soprattutto nelle regioni più in ritardo, contribuirà a ridurre tali disparità regionali⁸⁰.

Le economie europee, di fronte al rallentamento – o addirittura all'arresto – della crescita demografica, non possono permettersi di perdere potenzialità in termini di forza lavoro a causa di malattie o disabilità che si potrebbero prevenire. Inoltre, l'invecchiamento della popolazione rafforzerà la pressione sui bilanci previdenziali e sanitari. È quindi necessario mantenere il maggior numero possibile di persone nell'ambito della popolazione attiva e per il maggior tempo possibile. Tutto lascia pensare che l'aumento del numero di anni di vita in buona salute⁸¹ porti a un innalzamento dell'età media di uscita dal mondo del lavoro⁸². L'invecchiamento sano potrebbe dunque ridurre le conseguenze negative dell'invecchiamento della popolazione e favorire così la prosperità economica.

L'UE sta affrontando nuove sfide sanitarie, che dipendono sia da malattie dovute a fattori legati allo stile di vita, come l'obesità, il fumo e l'abuso di alcool, che da potenziali epidemie. Si tratta di fattori che potenzialmente potrebbero causare un ristagno, o perfino una regressione, della salute delle popolazioni europee. Non ci si deve quindi cullare sul fatto che i progressi precedentemente realizzati in materia sanitaria continueranno automaticamente anche nel futuro.

La sanità, come già detto, è riconosciuta sempre di più come un settore da finanziare nel quadro della politica di coesione dell'UE, soprattutto a causa dell'aumento delle

⁸⁰ Come indicano gli Orientamenti Strategici Comunitari, il mantenimento in buona salute della popolazione attiva è un elemento fondamentale della politica di coesione in sostegno dell'agenda per la crescita e l'occupazione. Una popolazione attiva in buona salute rappresenta una forza lavoro produttiva che contribuisce al miglioramento della performance economica regionale.

⁸¹ Window on Health & the Future (febbraio-marzo 2005, p.2) disponibile su: <http://newsletter.healthandfuturenews.org/Default.aspx?tabid=1084>

⁸² Si veda anche http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/official/regulation/newreg10713_it.htm

disuguaglianze legate all'allargamento. I programmi relativi al periodo 2000-2006 hanno permesso di investire nelle infrastrutture sanitarie (come gli ospedali), nelle attrezzature mediche e nella formazione di professionisti del settore sanitario, grazie al Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR) e al Fondo sociale europeo (FSE). Peraltro, una quota di finanziamenti sono stati destinati anche a favore dell'innovazione nel settore delle cure sanitarie ed ai progetti di cooperazione transfrontaliera.

Per il periodo 2007-2013, la consapevolezza crescente che una popolazione in buona salute è fondamentale per l'economia si riflette nella nuova legislazione in materia di politica di coesione. Un maggiore riconoscimento dell'importanza della sanità nell'ambito dello sviluppo regionale dovrebbe quindi incoraggiare l'aumento dei finanziamenti per un ampio spettro di misure in tema sanitario.

I fondi strutturali possono essere utilizzati per diverse attività. Infatti, come in occasione dei precedenti periodi di programmazione, gli investimenti nelle infrastrutture sanitarie e nelle capacità umane continueranno ad essere sovvenzionati⁸³.

Gli investimenti nelle capacità umane possono beneficiare di finanziamenti per quanto riguarda la formazione degli operatori sanitari e del personale della sanità pubblica, in modo da assicurarne un livello di competenza e di conoscenze necessari.

Per il periodo 2007- 2013, verrà attribuita una particolare attenzione alle misure a favore della promozione della salute e della prevenzione delle malattie, che possono quindi beneficiare di un crescente sostegno nel quadro dei fondi strutturali.

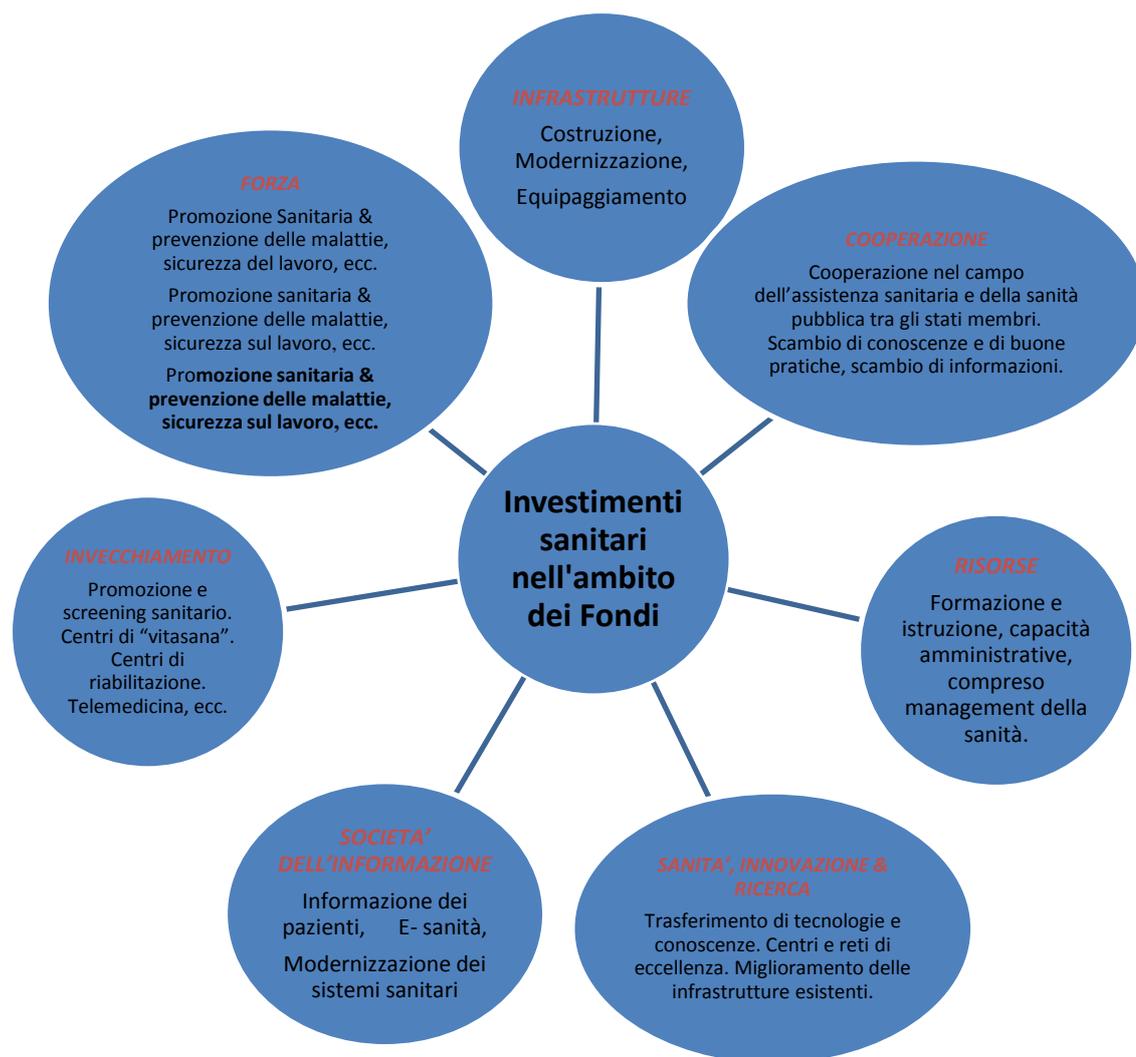
Una gamma completa di misure volte a migliorare nel complesso la salute può inoltre beneficiare di finanziamenti, nel quadro dei fondi strutturali, nei settori dell'invecchiamento sano, del mantenimento in buona salute della forza lavoro, della cooperazione transfrontaliera, dell'innovazione e della ricerca nel settore sanitario, della società della conoscenza e dell'informazione, ecc.

Alcuni esempi di azioni finanziabili grazie ai fondi strutturali possono essere:

- Promozione della salute e prevenzione delle malattie in generale;

⁸³ I finanziamenti con i Fondi strutturali potranno riferirsi a numerose attività, dalla modernizzazione del sistema sanitario in generale alla costruzione ed al rinnovamento di impianti.

- Promozione della salute e sicurezza sul posto di lavoro;
- Misure volte ad aumentare l'attività fisica e a migliorare la nutrizione dei bambini;
- Azioni d'informazione e sensibilizzazione per contribuire alla riduzione del consumo di alcool e tabacco;
- Misure volte a combattere le malattie mentali, comprese misure in materia di inserimento sociale, formazione e sensibilizzazione.



Di seguito si presentano alcune schede di progetti già finanziati con Fondi Europei:

➤ **Collegamenti sanitari**

Nome del progetto: Health ClusterNET

paesi: PT; IT; SI; Di; At; SE; Hu; FI; Ro; Pl; UK; ES

Dettagli del finanziamento: Bilancio totale: 1.511 000 €;

contributo dei fondi strutturali: 969 000 €

Sito Internet: www.healthclusternet.org



Questa rete di 13 partner regionali europei si basa sulla condivisione di informazioni, esperienze e idee tra regioni partner nel settore sanitario. Essa mira a rafforzare il contributo della sanità allo sviluppo regionale. I sistemi sanitari finanziati tramite fondi pubblici godono di notevoli vantaggi in termini di personale, capitale, approvvigionamento e innovazione, con la possibilità di contribuire allo sviluppo di regioni dinamiche e aperte. Health ClusterNET dimostra che dei raggruppamenti economici che riuniscano il settore pubblico e privato nell'ambito di partnership riuscite rappresentano una caratteristica importante delle regioni di punta.

➤ **Sostegno a lungo termine**

Nome del progetto: Saúde

Paese: PT

Dettagli del finanziamento: bilancio 2000-2006:

698 milioni di €;

contributo dei fondi strutturali: 476 milioni di €

Sito Internet: www.saudexxi.min-saude.pt



Questo ampio programma sanitario nazionale è stato parzialmente finanziato attraverso i fondi strutturali dell'UE (FESR e FSE) sin dal 1986, e copre tutto il territorio del Portogallo. Gli investimenti iniziali sono stati dedicati alle infrastrutture di base - costruzione di ospedali e di centri sanitari- ed alla formazione di personale medico. Partendo da queste solide basi, il programma Saúde ha successivamente diretto i propri sforzi verso nuove priorità che riflettono i progressi realizzati in materia di sanità nel corso degli anni.

Le priorità per il periodo 2000-2006 erano le seguenti:

- Promozione della sanità e prevenzione delle malattie – affrontare le malattie più gravi e promuovere stili di vita più sani;
- Miglioramento dell'accesso alle cure sanitarie, mettendole alla portata di tutte le

classi sociali, e, contemporaneamente, miglioramento della qualità delle cure;

- Partenariati per la sanità – incoraggiare la creazione di nuovi partenariati con il settore privato e con le agenzie sociali nelle regioni e zone che possono assicurare servizi di prima qualità.

Queste azioni dovrebbero contribuire a risolvere i problemi esistenti nel settore sanitario portoghese, ovvero il tasso di mortalità generale ed infantile e la speranza di vita, nonché il livello inferiore dei servizi sanitari e della fornitura di cure sanitarie in alcune regioni dell'interno del paese.

➤ **Eliminare le strettoie**

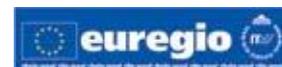
Nome del progetto: Euregio Rhein-Waal “Cross-Border Health Care”

paesi: DE; NL

Dettagli del finanziamento: bilancio totale: 990 000 €;

contributo dei fondi strutturali: 382 000 €

Sito Internet: www.euregio.org



Questa serie di progetti patrocinati da un'iniziativa transfrontaliera in materia sanitaria affronta un problema comune a tutta l'Europa. Nonostante l'esistenza di un mercato unico, succede ancora che i tempi d'attesa dei pazienti siano assai lunghi da una parte di una frontiera, mentre dall'altra parte esiste la capacità di soddisfare immediatamente la domanda.

Riconoscendo il potenziale delle regioni frontaliere, questo progetto ha permesso di migliorare l'accesso, la qualità e l'efficacia dei servizi sanitari della regione ottimizzando la collaborazione e lo scambio di informazioni e di esperienze.

Ad esempio è stato concluso un accordo tra medici generici, ospedali e società d'assicurazione dei due lati della frontiera. Ciò significa che oggi per i pazienti tedeschi è possibile farsi curare presso la clinica universitaria olandese AZN, mentre i pazienti olandesi possono recarsi all'ospedale St. Antonius di Kleve, in Germania.

➤ **Materiale di riflessione**

Nome del progetto: Bien-être

paesi: UK; FR

Dettagli del finanziamento: bilancio totale: 355 000 €;
contributo dei fondi strutturali: 142 000 €

Sito Internet:

www.kent.ac.uk/eiss/health/eufundedprojects.html



Questo progetto biennale, che mira a sostenere la salute nelle scuole e Comunità, è stato lanciato nel settembre 2005. Esso è incentrato sull'allacciamento di legami tra partner attivi nel campo della sanità e dell'istruzione dei bambini ed al benessere delle Comunità nelle regioni del Kent (Regno Unito) e del Pas-de-Calais (Francia). Il progetto punta a incoraggiare la comprensione reciproca dei diversi metodi applicati in materia di servizi sanitari ed educativi ed sondare le possibilità di ridurre le disparità in materia di sanità in seno alle scuole e alle Comunità locali.

Mettendo l'alimentazione al centro del progetto, si cerca di stimolare l'interesse per gli stili di vita più sani, tramite scambi culturali ed un rafforzamento della partecipazione della Comunità ai progetti locali. Questo progetto prevede visite di scambio transfrontaliere di operatori del settore e l'organizzazione di due festival incentrati sull'alimentazione, la cultura e lo sport – uno in Francia e l'altro nel Regno Unito. Esso riunisce scolaresche, membri della Comunità, professionisti del settore sanitario ed insegnanti coinvolti nel progetto, nonché altri professionisti del settore sanitario e dell'istruzione delle due regioni.

Finanziamenti nazionali per le AS

Il tema del finanziamento della sanità in Italia va collocato, per essere compreso almeno nelle sue linee principali, nell'ambito della più complessa vicenda del federalismo fiscale in Italia che ha visto, in particolare in questi ultimi anni, momenti di dibattito fra Stato e Regioni e una importante, quanto in parte inattuata o inattuabile, produzione legislativa.

A tale proposito va innanzitutto rammentato che l'articolo 119, comma 6, della Costituzione della Repubblica, introdotto, a modifica del precedente testo, nel 2001, prevede tra l'altro che i Comuni, le Province, le Città metropolitane e le

Regioni hanno un proprio patrimonio, attribuito secondo i principi generali determinati dalla legge dello Stato, che essi possono ricorrere all'indebitamento solo per finanziare spese di investimento e che è esclusa ogni garanzia dello Stato sui prestiti dagli stessi contratti.

La modifica alla Costituzione si è resa necessaria a seguito degli impegni assunti dalla Repubblica Italiana, rispetto alla Comunità europea, per il rispetto dei seguenti, noti vincoli, correlati al "patto di stabilità" previsto nel Protocollo del Trattato di Maastricht che impone i seguenti limiti alla finanza degli stati aderenti

- 3% nel rapporto deficit/PIL
- 60% nel rapporto debito/PIL

Al fine del raggiungimento dei parametri si evidenziano i seguenti punti:

- distinzione tra spese correnti e spese per investimenti
- utilizzazione di parametri di riferimento ciclicamente aggiustati
- collegare deficit annuale e debito complessivo

Tali vincoli sono stati accolti, per quanto riguarda il Servizio sanitario nazionale, formato dai Servizi sanitari regionali, nella reciproca accettazione delle clausole previste negli accordi siglati tra Stato e Regioni.

Il Patto per la salute e la finanziaria 2010 prevedono misure, finanziarie e amministrative, di sostegno alle Regioni in disavanzo strutturale, quali la possibilità di ottenere anticipazioni di liquidità, fino a 1 miliardo di euro, a carico del bilancio statale, rimborsabili al massimo in 30 anni, per la copertura dei debiti sanitari contratti fino al 2005⁸⁴, e di utilizzare per le medesime finalità le risorse FAS relative ai programmi di interesse strategico regionale. Quest'ultima disposizione della finanziaria, peraltro, a seguito del mancato conseguimento degli obiettivi intermedi previsti dai rispettivi piani di rientro, sarà disapplicata per le Regioni Lazio, Molise, Campania e Calabria; sarà autorizzata, invece, per la Regione Abruzzo, che ha superato positivamente le recenti verifiche sugli adempimenti. La finanziaria per il 2010, inoltre, disponeva la sospensione, per 12 mesi, delle azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie delle Regioni sottoposte a piani di rientro, termine

⁸⁴ La relazione tecnica del Governo allegata alla finanziaria per il 2010, indicava la Calabria come regione immediatamente interessata a questa opportunità.

successivamente limitato a due mesi dalla legge 26 febbraio 2010, n. 25.

Anche quest'ultima disposizione è stata modificata dal D.L. 78/10, che sospende di nuovo, fino alla fine dell'anno in corso, le azioni esecutive⁸⁵ nei confronti di aziende sanitarie locali e ospedaliere, mentre non recepisce altre misure previste nel Patto 2010/12 e nella finanziaria per il 2010, quali il pagamento degli interessi sui debiti insoluti esclusivamente nella misura del tasso legale (salvo accordo tra le parti per la corresponsione di interessi inferiori), e la disposizione che eventuali pignoramenti già eseguiti non impedirebbero agli enti debitori e ai tesoriери di poter comunque disporre delle relative somme per finalità legate alle attività istituzionali.

Infine, un'ulteriore misura finanziaria in favore delle Regioni a statuto ordinario e della Regione Siciliana contenuta nel D.L. 78/10, dispone che il recupero delle anticipazioni di tesoreria per il finanziamento della spesa sanitaria non possa essere effettuato sui proventi derivanti dalle manovre eventualmente disposte dalla Regione in materia di IRAP o addizionale regionale IRPEF⁸⁶.

Lo Stato concorre per l'anno 2010, a fronte delle risorse complessivamente determinate nel Patto per la Salute per il finanziamento del SSN, per 106.164⁸⁷ milioni di euro, di cui 104.564⁸⁸ milioni in base alla legislazione previgente e 1.600 milioni quale incremento riconosciuto dal Patto siglato il 3 dicembre 2009 (dei quali solo 584, al momento, effettivamente erogati dalla finanziaria per il 2010 mediante stanziamento di Bilancio, 466 milioni di euro costituendo economie sulle spese di personale, mentre alla copertura dell'importo residuo di 550 milioni provvede il D.L. 78/10⁸⁹ convertito con legge 122/2010⁹⁰), il 29 aprile 2010 la Conferenza Stato-Regioni ha ripartito⁹¹ le disponibilità finanziarie per

⁸⁵ La relazione illustrativa del governo al disegno di conversione del decreto legge afferma che tale misura è posta a garanzia della corretta esecuzione dei piani di pagamento predisposti dai commissari ad acta.

⁸⁶ La relazione tecnica del governo allegata al disegno di legge di conversione del DL78/10, afferma che tale misura è dettata dalla necessità di minimizzare il costo del debito, che per le Regioni è maggiore rispetto a quello sostenuto dallo Stato con il ricorso al mercato.

⁸⁷ Importo al netto della quota annuale di 50 milioni di euro per l'Ospedale Bambin Gesù, erogata direttamente dal ministero dell'Economia.

⁸⁸ Vedi nota precedente

⁸⁹ GU n. 125 del 31-5-2010

⁹⁰ Pubblicata in Gazzetta Ufficiale la Legge 30 luglio 2010, n. 122, in cui è stato convertito, con modificazioni, il decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica. Il provvedimento è entrato in vigore lo scorso 31 luglio 2010.

Restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base degli articoli 5, comma 10, e 12, comma 12, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, nonché del decreto-legge 23 giugno 2010, n. 94.

⁹¹ Intesa sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2010. Intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lett. a)

l'anno 2010, pari a 105.148 milioni di euro⁹², dei quali 102.895,9 per il finanziamento indistinto dei livelli essenziali di assistenza, 1.689,9 milioni a destinazione vincolata, e 562,5 milioni per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie⁹³; il finanziamento della quota per la medicina penitenziaria (ulteriori 167,8 milioni di euro) sarà ripartito con successivo provvedimento.

Nel finanziamento indistinto sono ricompresi, tra l'altro, i maggiori oneri assistenziali ricadenti sul SSN a seguito della regolarizzazione di lavoratori extracomunitari (200 milioni di euro)⁹⁴, i maggiori oneri connessi all'intensificazione degli accertamenti medico legali sui dipendenti pubblici assenti per malattia (20 milioni di euro)⁹⁵, le risorse (per le quote di spesa di competenza dell'anno 2010) che finanziano il pagamento degli oneri contrattuali del personale convenzionato del SSN e l'attuazione del Progetto Tessera Sanitaria (69 milioni di euro), la copertura dell'abolizione del ticket sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (400 milioni di euro).

Tra i progetti finanziati dalla quota vincolata, gran parte delle risorse (1.436 milioni di euro sul totale di 1.689,9 milioni di euro) è destinata alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2006/08, mentre 49 milioni finanziano i programmi per la prevenzione dell'AIDS, 31 milioni l'assistenza a extracomunitari, 50 milioni (quale quota residuale di complessivi 70 milioni di euro, di cui 20 milioni già ripartiti nell'ambito della quota indistinta) il potenziamento degli accertamenti medico legali che le aziende sanitarie effettuano sui dipendenti pubblici assenti per malattia⁹⁶

Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale passa da 103,9 miliardi nel 2009 a 105,3 miliardi di euro nel 2010, con un incremento di 1,45 miliardi rispetto all'anno precedente. L'incremento medio annuo nel triennio 2008/2010 è pari al 2,95 per cento, mentre l'incremento 2010 sul 2009 è pari all'1,4%.

del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. Repertorio Atti n.: 75/CSR del 29/04/2010

⁹² Il fabbisogno così definito, in attuazione dell'intesa sul nuovo Patto sulla Salute 2010-2012 e dall'art. 22, c. 2, della Legge finanziaria per il 2010, comprende anche la riattribuzione al riparto tra le Regioni dell'importo di 800 milioni di euro che Legge 102 del 2009 destinava al finanziamento di un fondo di dotazione (a valere sul bilancio del Ministero dell'Economia) per interventi in campo sanitario.

⁹³ Tra le attività non rendicontate vi sono, ad esempio, 173 milioni quale concorso al finanziamento degli specializzandi e 140 milioni per il finanziamento della Croce Rossa Italiana.

⁹⁴ D. L. 78/2009, art. 1-ter comma 17, convertito con modificazioni in L. 102/2009.

⁹⁵ D. L. 12/2008, art. 71 comma 5 bis, convertito in Legge 133 del 2008.

⁹⁶ D.L. 112/08 (art. 71, comma 5 bis), convertito in L. 133/08.

Il trend dell'aumento annuale del finanziamento è decrescente: +4,17% nel 2008; +3,27% nel 2009; +1,4% nel 2010.

Tabella 1-6 - Riparto disponibilità finanziarie per il servizio sanitario nazionale

Anni 2007/2010							
Anni (Milioni di euro)				Variazioni percentuali			Incremento medio annuo 2008/10
2007	2008	2009	2010	08/07	09/08	10/09	
96.551	100.577	103.863	105.316	4,17	3,27	1,40	2,95

Tabella 1-7 -Finanziamento pro capite

Anni 2008/2010						
Anni (Importi in euro)				Variazioni percentuali		Incremento medio annuo 2009/10
2008	2009	2010	Finanziamento pro capite medio 2008/2010	09/08	10/09	
1.701	1.742	1.754	1.732	2,41	0,69	1,55

Base di calcolo per il finanziamento pro capite: dati ISTAT (provvisori) su popolazione rilevata al 1/1/2007 (59.131.287), 1/1/ 2008 (59.619.290), 1/1/2009 (60.045.068).

Se l'incremento nominale annuo del FSN 2010 sul 2009 è dell'1,40 per cento, quindi allineato al tasso d'inflazione atteso per il 2010⁹⁷, minore è l'incremento in termini di finanziamento pro capite, pari allo 0,69 per cento, a causa dell'aumento di popolazione registratosi nel 2009 rispetto al 2008 (0,71 per cento)⁹⁸. La spesa pro capite⁹⁹ in termini assoluti è di 1.742 euro per il 2009 e 1.754 euro per il 2010, registrando un lieve aumento in termini nominali¹⁰⁰, proporzionalmente inferiore però

⁹⁷ Secondo la RUEF del maggio scorso, nel 2010 l'inflazione sarà pari all' 1,3 per cento (1,5 per l'indice armonizzato europeo).

⁹⁸ Popolazione (dati provvisori ISTAT) al 1/1/08: 59.619.290; al 1/1/09: 60.045.068.

⁹⁹ Dato puramente indicativo, poiché la ripartizione del finanziamento tra le Regioni avviene, all'interno delle quote di risorse assegnate a ciascun livello assistenziale (5 per cento per la prevenzione, 51 per cento per il livello distrettuale, 44 per cento per l'assistenza ospedaliera), in parte secondo la quota capitaria secca (quindi proporzionalmente al numero dei residenti sul proprio territorio), in parte secondo la quota capitaria pesata sull'età; ad esempio, nel caso dell'assistenza ospedaliera, le risorse attribuite a questo livello (44 per cento del finanziamento complessivo del SSN) sono distribuite tra le Regioni per il 50 per cento secondo la quota capitaria secca, e per la restante metà in base alla quota capitaria pesata sull'età.

¹⁰⁰ Il tasso d'inflazione atteso per il 2010, secondo la RUEF del maggio scorso, sarà pari all' 1,3 per cento (1,5 per l'indice armonizzato europeo), quindi, al netto del tasso d'inflazione, si avrà un decremento delle risorse pro capite in termini reali.

all'incremento complessivo del fondo sanitario nazionale, poiché circa il 50 per cento di detto incremento è assorbito dall'aumento di popolazione.

Le problematiche relative al finanziamento del servizio sanitario

Come si è visto, spetta allo Stato individuare le quote da assegnare alle Regioni che successivamente stabiliscono i criteri di suddivisione delle stesse tra le aziende erogatrici dei servizi sanitari.

Il mercato della sanità, così come in tutto il mondo, in Italia è caratterizzato da una parte, dall'esistenza di risorse disponibili limitate che condizionano le scelte di politica sanitaria e, dall'altra, dall'esistenza di una netta separazione tra soggetti acquirenti delle prestazioni sanitarie (che sono le ASL) e soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie (che sono tutti quei soggetti, sia pubblici che privati, autorizzati ad avere rapporti con il SSN). A completare il quadro generale, purtroppo complicandolo, si pone il processo di decentramento, nei confronti delle regioni, di autonomia e responsabilità sia organizzativa che finanziaria.

Il sistema di finanziamento, come individuato dal D. Lgs. 502/1992, si basa su "tariffe predeterminate per prestazione" e si articola a tre livelli:

1. esiste un **Fondo Sanitario Nazionale** il cui ammontare è determinato nella legge finanziaria e posto a carico del bilancio dello Stato, che viene ripartito alle Regioni in funzione dei residenti: per ciascun residente viene determinata una quota capitaria; la somma di tutte le quote capitarie confluisce nel Fondo Sanitario Regionale (FSR). A sua volta la quota capitaria viene ripartita in funzione di dati percentuali tra i livelli uniformi di assistenza. Lo Stato assegna alle Regioni quote del Fondo Sanitario Nazionale e fissa i criteri generali di determinazione delle tariffe. La ripartizione delle quote del fondo sanitario nazionale tra le regioni e le province autonome avviene sulla base di quote capitarie collegate ai livelli uniformi di abitanti;
2. *le Regioni* determinano le tariffe massime da corrispondere agli erogatori delle prestazioni sanitarie sulla base dei criteri stabiliti a livello statale;
3. il finanziamento delle *Asl* avviene sia tramite una parte del Fondo Sanitario Regionale, sia tramite entrate proprie (ticket, prestazioni a pagamento ecc.), che attraverso il ricorso a particolari forme di indebitamento. Le ASL a loro

volta rimborsano le Aziende Ospedaliere, gli Ospedali privati e le altre ASL per le prestazioni erogate ai propri assistiti sulla base di tariffe determinate dalla Regione.

I livelli essenziali di assistenza rappresentano l'insieme delle prestazioni assistenziali sanitarie garantite dal Servizio Sanitario Nazionale a titolo gratuito o con la partecipazione alla spesa, in modo uniforme sul territorio. Come già detto, spetta allo Stato la definizione dei livelli di assistenza unitamente alla definizione degli obiettivi fondamentali e delle linee di indirizzo ed in coerenza con la programmazione socio-economica nazionale e con gli obiettivi di tutela della salute individuati a livello internazionale. In tal modo si intende, da una parte, garantire ai cittadini un livello di assistenza che sia il più possibile certo ed uniforme su tutto il territorio nazionale, garantendo anche il principio di accessibilità universale e di uguaglianza dei cittadini di fronte al servizio sanitario, dall'altra, attraverso la definizione delle attività finanziabili dal Fondo Sanitario Nazionale, si intende responsabilizzare le Regioni alla copertura delle spese superiori al finanziamento capitaro.

Il quadro sopra descritto mostra il passaggio da un sistema in cui il finanziamento avveniva in funzione dei costi sostenuti, ad un sistema in cui il finanziamento avviene sulla base delle prestazioni effettivamente erogate. Tale circostanza costringe a porre sempre maggiore attenzione ai costi connessi all'erogazione dei servizi sanitari. In particolare il D.M. 15/04/1994 individua e classifica le prestazioni sanitarie per le quali spetta alle regioni fissare le tariffe nelle seguenti categorie:

- prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, articolate in: day hospital ad accesso singolo, day hospital con ciclo di accessi, ricoveri di un giorno, ricoveri inusuali, ricoveri ordinari (standard);
- prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di degenza;
- prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e territoriale;
- prestazioni di assistenza residenziale e semi-residenziale;
- prestazioni di assistenza termale;
- prestazioni di elisoccorso e trasporto assistito.

Per le prestazioni in day hospital il parametro di riferimento per determinare il finanziamento è dato dalla “categoria diagnostica principale (MDC) e dal reparto di

ricovero”, mentre per le prestazioni erogate in regime di degenza, alla tradizionale unità di misura rappresentata dalle giornate di degenza, si sostituisce il DRG¹⁰¹ (Diagnosis Related Groups) o ROD¹⁰² (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi).

¹⁰¹ Il DRG, termine mutuato dall'esperienza americana, è un “sistema di classificazione dei ricoveri negli ospedali per acuti costruito a partire da alcune informazioni contenute nella scheda di dimissioni ospedaliere (SDO), che definisce 492 categorie finali di ricoveri che sono clinicamente significative ed omogenee al loro interno quanto a consumo di risorse assistenziali e quindi anche, verosimilmente, rispetto ai costi di produzione dell’assistenza”.

¹⁰² Si tratta della traduzione italiana del termine DRG.

**CAPITOLO II -
IL SISTEMA INFORMATIVO CONTABILE
DELLE AZIENDE SANITARIE.
OPPORTUNITÀ E CRITICITÀ**

1. IL SISTEMA DI BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE: DALLA CONTABILITÀ FINANZIARIA A QUELLA ECONOMICO-PATRIMONIALE

La possibilità di governare un sistema complesso è fortemente condizionata dalla disponibilità di informazioni in grado di supportare il processo decisionale degli organi e delle persone preposte a tale funzione. Per tale motivo in tutti i contesti aziendali si sviluppano strumenti utilizzati per il controllo direzionale in grado di fornire informazioni utili per aiutare i decisori nei processi di scelta. Tra tali strumenti, un ruolo fondamentale è senza dubbio rappresentato dal sistema di contabilità generale (e il bilancio) e dal sistema di contabilità analitica¹⁰³.

L'informazione prodotta da tale sistema è utilizzata sia con finalità di controllo, in quanto consente di verificare il raggiungimento degli obiettivi (efficacia gestionale) e il rapporto esistente tra le risorse utilizzate e i risultati (efficienza), che come base per le scelte relative ad azioni future.

La legge n. 833/1978, istitutiva del SSN, aveva provveduto a delineare gli originari caratteri fondamentali del sistema contabile e di bilancio delle USL, riservando, però, alle Regioni l'utilizzazione del patrimonio e della contabilità delle USL, e la possibilità di fissare numerosi principi generali, tutti comunque, convergenti al generale sistema della contabilità pubblica. Con la definizione di questo quadro fondamentale di riferimento (cui le Regioni si sono poi attenute per la successiva emanazione delle normative dettagliate) si definivano e convalidavano, anche per il sistema contabile e di bilancio delle USL, i tradizionali caratteri che hanno contraddistinto il sistema contabile delle aziende della P.A. adottando la contabilità finanziaria.

L'esigenza di disporre informazioni economiche nelle organizzazioni

¹⁰³ TERZANI S.,(2002), *Il sistema dei bilanci*, FrancoAngeli, Milano.

sanitarie, al fine di supportare il processo decisionale dei dirigenti, fece sì che, con l'art. 5 del D.Lgs. 502/ 92 venisse innovato profondamente il sistema contabile¹⁰⁴ con la sostituzione della tradizionale contabilità finanziaria con la contabilità generale¹⁰⁵.

Nelle ASL, il cambiamento contabile è stato successivo alla trasformazione delle stesse, da ente pubblico ad azienda pubblica. Infatti, l'evoluzione verso "l'azienda" sanitaria e verso una maggiore concorrenza non poteva prescindere dalla necessità di fornire alle aziende nuovi mezzi per meglio controllare la spesa sanitaria e controllare l'efficienza dei servizi sanitari erogati¹⁰⁶. Di conseguenza le direttive nazionali, riprese dalle leggi regionali, hanno optato per l'abbandono della contabilità finanziaria a favore della contabilità generale. Tuttavia, data la prassi di definire la "contabilità" come la rilevazione in partita semplice delle movimentazioni finanziarie, si è dovuto inventare un nuovo termine che meglio identificasse, in un ambiente abituato ad identificare la "contabilità" con la contabilità finanziaria, il passaggio ad una nuova metodologia di rilevazione contabile¹⁰⁷. Si è quindi coniato il termine "contabilità economico-patrimoniale" per identificare la metodologia di tenuta della contabilità basata sul sistema del reddito, così come disposto dalle normative del codice civile per le aziende di diritto privato¹⁰⁸.

La riforma contabile, avviata nella volontà di responsabilizzare le Aziende sanitarie in merito ad una allocazione ottimale delle risorse disponibili, ha comportato numerosi problemi legati alla difficoltà di implementare un nuovo

¹⁰⁴ Dal punto di vista normativo, la sostituzione della tradizionale contabilità finanziaria con una contabilità generale non dissimile da quella in uso nelle imprese private è stata sancita dal D.lgs 502/92 (art.5) e confermata dal D.lgs 229/99.

¹⁰⁵ La nuova disciplina contabile è decorsa dal 1° gennaio 1995 con la conseguente soppressione della contabilità finanziaria.

¹⁰⁶ BATTAGLIA G., ZAVATTARO F., (1997), L'introduzione della contabilità economico-patrimoniale: quali strumenti operativi per l'interpretazione dei valori economici, Mecosan, n. 21, pp. 9-20.

¹⁰⁷ MARTINELLI M., (2001), La contabilità e il bilancio nelle aziende sanitarie, Il Sole 24 ore, Milano.

¹⁰⁸ ZANGRANDI A. (a cura di), (1993), Il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economica, Mecosan, n. 6/1993.

sistema e alla necessità di sostituire alcune funzioni¹⁰⁹, nonché il passaggio da un sistema “finanziario” ad un sistema “economico”, che ha portato con sé una serie di cambiamenti a livello non solo consuntivo, ma anche previsionale.

Tabella 0-1- Evoluzione dei sistemi di amministrazione e controllo nelle Aziende sanitarie¹¹⁰

	SISTEMI FINANZIARI	SISTEMI ECONOMICI
SISTEMI PREVISIONALI	bilancio pluriennale	→ Piano strategico triennale
	bilancio annuale di previsione	→ Budget annuale o bilancio preventivo economico
SISTEMI CONSUNTIVI	contabilità finanziaria	→ Contabilità economico patrimoniale → Contabilità analitica

Il riordino del SSN del 1992 ha, però apportato modifiche anche al sistema-contabile delle aziende Sanitarie pubbliche¹¹¹. Cosicché, sebbene la nuova legge di “riforma” abbia lasciato alle Regioni il compito di emanare delle norme specificamente regolanti il sistema informativo contabile delle USL, sono stati fissati alcuni principi generali, con lo scopo di evidenziare importanti cambiamenti operanti in materia. In particolare l’art. 5, 4° comma, del decreto del ’92 ha previsto che le Regioni fossero chiamate ad emanare norme relativamente al sistema contabile e di bilancio alle aziende sanitarie pubbliche, le quali debbono essere informate secondo i “principi di cui al codice civile, così come integrato e modificato con D. Lgs. 9 aprile 1991, n. 127”¹¹².

¹⁰⁹ PERSIANI N., (1999), L’introduzione della contabilità economica e il nuovo sistema di bilancio nell’azienda sanitaria, Cedam, Padova.

¹¹⁰ Si veda ancora MARTINELLI M., (2001), *La contabilità e il bilancio ..citato.*

¹¹¹ MAPELLI V. (1999), Convegno su “I cambiamenti nel Servizio Sanitario Nazionale, Milano, 15 ottobre 1999.

¹¹² L’art. 5 del D. Lgs. 502/92 (Come modificato dal D. Lgs. 229/99), sancisce, [...] Le Regioni emanano norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, informante ai principi di cui al codice civile, così come integrato e modificato con D. Lgs. 9 aprile 1991, n. 127, e prevedendo: [...] b. l’adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo

Si sancisce, quindi, l'adozione di un sistema di bilanci da redigere non secondo le regole finanziarie della contabilità pubblica, quanto piuttosto su base economica facendo quindi esplicito riferimento al sistema di contabilità e bilancio delle imprese. Ciò, ovviamente ha determinato rilevanti conseguenze, sia sotto l'aspetto formale che sostanziale¹¹³. Per rafforzare il cambiamento, è stato necessario individuare anche un preciso riferimento al quale le Regioni si sono dovute attenere: la normativa che il codice civile pone a base del sistema contabile e di bilancio delle società di capitali. Con il D. Lgs. 517/93, si è mantenuto un collegamento, in via provvisoria, tra la contabilità economico-patrimoniale e la contabilità finanziaria che è stato poi abbandonato con il D. Lgs. 229/99, il quale ha confermato il passaggio alla contabilità generale.

L'adeguamento delle Regioni e soprattutto delle Aziende sanitarie, non è stato né immediato né molto semplice, per tale motivo, le disposizioni regionali hanno concesso slittamenti nei campi di introduzione della contabilità generale rispetto alla scadenza prevista dai Decreti di riordino (01/01/95)¹¹⁴.

Anche le Linee Guida ministeriali per l'istituzione della contabilità economico-patrimoniale e degli schemi di bilancio¹¹⁵ consentivano alle Regioni di intervenire adattando l'impianto contabile proposto inizialmente

economico annuale relativo all'esercizio successivo; c. la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio; d. la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati; e. l'obbligo delle unità sanitarie e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità [...]. Per conferire struttura uniforme alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali [...] è predisposto apposito schema, con decreto interministeriale emanato di concerto fra i Ministri del Tesoro e della Sanità [...]. Si veda ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., (2000), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*, Egea, Milano, pag. 130.

¹¹³ Si veda in proposito REA M., (1998), *Le aziende sanitarie pubbliche: profilo economico aziendale, modello contabile e problematiche di bilancio*, Giappichelli, Torino.

¹¹⁴ Secondo la Relazione generale sulla situazione economica del Paese nel 1999, ad esempio, le Regioni che avevano abbandonato la contabilità finanziaria erano 12 nel 1998 e 14 nel 1999. Cfr. ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., (2000), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*, Egea, Milano, pag. 131.

¹¹⁵ RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO, (1995), *Linee guida per il bilancio delle aziende sanitarie*, Bollettino d'informazioni, Numero Speciale, Roma.

dai Ministeri del tesoro e della Sanità alle proprie esigenze regionali, integrando gli schemi di bilancio con la nota integrativa emanando proprie linee guida sui criteri di valutazione e sul contenuto delle voci di bilancio. Le Regioni sono così intervenute prevedendo propri schemi di bilancio, non rispettando, sempre una linea omogenea a livello nazionale, con il risultato di avere un elevato livello di eterogeneità interregionale che può essere superata solo con riclassificazioni e riconciliazioni dei valori di bilancio, confluite negli originari modelli ministeriali.

La contabilità finanziaria si basa su un sistema di rendicontazione che consente di esporre, in termini finanziari, gli obiettivi predisposti dal piano sanitario regionale e di modificarne la realizzabilità rispetto alle risorse disponibili; inoltre permette di tracciare, sempre in termini monetari, l'andamento delle entrate e delle uscite previste per l'esercizio successivo¹¹⁶. Punto fondamentale su cui ruota questo sistema contabile è la natura autorizzativa della spesa ossia una manovra diretta a controllare ciascun capitolo di spesa e gli effetti che questo produce.

L'introduzione della contabilità economico-patrimoniale in luogo della contabilità finanziaria all'interno delle Aziende Sanitarie ha quindi rappresentato un'importante innovazione¹¹⁷.

Dal punto di vista normativo, la sostituzione della tradizionale contabilità finanziaria con una contabilità generale, non dissimile da quella in uso nelle imprese private, come già detto, è stata sancita dal D. Lgs. 502/92 (art. 5) e confermata dal D. Lgs. 229/99. Per quanto riguarda invece

¹¹⁶ La contabilità finanziaria è stato lo strumento cui hanno fatto ricorso, prima della riforma contabile, tutte le aziende pubbliche di erogazione, comprese le strutture sanitarie; non a caso viene anche denominata "contabilità pubblica".

¹¹⁷ Con l'introduzione della contabilità economica, vi sono state conseguenze rilevanti non solo sul piano tecnico, ma anche dal punto di vista della governance istituzionale, che attraverso il nuovo sistema contabile si è dotata di un importante strumento di analisi degli andamenti delle Aziende e quindi dell'andamento economico-finanziario dell'intero sistema sanitario regionale.

l'implementazione della contabilità generale in sanità, le specificità (dell'assetto istituzionale, del sistema di finanziamento e delle attività) delle aziende sanitarie hanno reso necessarie alcune modifiche rispetto al sistema contabile in uso nelle imprese private. Accanto allo schema di bilancio definito dal Ministero del Tesoro e della Sanità¹¹⁸ e unitamente alla predisposizione di un percorso metodologico per l'introduzione della contabilità generale in sanità, le Regioni hanno integrato la normativa nazionale con disposizioni proprie, che hanno reso il panorama contabile profondamente eterogeneo e frammentato¹¹⁹.

L'adozione della contabilità generale sancisce la rilevanza della dimensione "aziendale" delle ASL e si inserisce in un quadro di generale evoluzione dei sistemi di amministrazione e controllo nella Sanità.

Con il successivo D.Lgs. n. 517/1993, all'art. 5, si dispone che le Regioni debbano provvedere ad emettere norme per la gestione economica, finanziaria e patrimoniale delle ASL e delle Aziende Ospedaliere seguendo le linee guida del D. Lgs. n.127/1991, ispirato alla IV Direttiva Cee in tema di contabilità e bilancio economico patrimoniale.

Lo stesso art. 5 del D. Lgs. n. 517/1993 ha previsto, inoltre:

- l'adozione del Bilancio Pluriennale di previsione e del Bilancio preventivo economico annuale;
- la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura dei disavanzi di esercizio;
- la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo che consenta le analisi comparative dei costi, rendimenti e risultati;

¹¹⁸ Decreto Ministeriale 20 ottobre 1994, Schema di bilancio delle aziende sanitarie ed ospedaliere e Decreto Ministeriale 11 febbraio 2002.

¹¹⁹ CINQUINI L., MIOLO VITALI P., NUTI S. (a cura di), 2002, La dinamica economico finanziaria delle aziende sanitarie toscane: analisi a confronto, Franco Angeli, Milano.

- l'obbligo delle ASL ed Aziende Ospedaliere di rendere pubblici i risultati della propria analisi dei costi, rendimenti e risultanze.

Attualmente la rendicontazione delle aziende sanitarie locali prevede:

- ***il bilancio pluriennale per tre anni***, che deve essere coerente con il piano strategico aziendale concordato con la Regione. Esso contiene la previsione della situazione patrimoniale e del conto economico e viene approvato dal direttore generale di concerto con il direttore amministrativo e sanitario;
- ***il bilancio di previsione annuale***, che si compone di uno stato patrimoniale ed un conto economico: anche esso deve tener conto dei limiti di spesa autorizzati dalla Regione e deve essere approvato, anche in questo caso, dal direttore generale di concerto con il direttore sanitario e dal direttore amministrativo;
- ***il bilancio consuntivo di esercizio*** che esprime la situazione anno per anno del patrimonio e dei componenti economici, costi e ricavi, inoltre deve essere approvato entro il trenta aprile dell'esercizio successivo ed evidenzia il risultato dell'esercizio;
- ***i prospetti sulle previsioni annuali di cassa***, che rappresentano le previsioni del fabbisogno annuale di cassa e vengono predisposti assieme al Bilancio di previsione.

La novità della contabilità economico/patrimoniale ha richiesto l'adattamento dello schema di bilancio civilistico alle esigenze delle aziende sanitarie e, pertanto il Ministero della Sanità e del Tesoro hanno predisposto:

- uno schema di bilancio economico/patrimoniale uniforme a livello nazionale con delega alle Regioni per la predisposizione della nota integrativa;

- un piano dei conti tipo;
- linee guida ministeriali ai fini dell'integrazione dei criteri di valutazione riportati nell'art. 2424 c.c.;
- un percorso metodologico ai fini dell'introduzione della contabilità economica e patrimoniale.

L'azienda sanitaria, oltre a redigere il bilancio secondo l'impostazione vista sopra¹²⁰, deve anche predisporre dei reports su modelli ministeriali, con una frequenza mensile o trimestrale e in sede di rendicontazione annuale.

Il sistema contabile nelle Aziende Sanitarie

Il bilancio di esercizio è il prodotto principale fornito dalla contabilità generale e rappresenta sia uno strumento prezioso per la Direzione aziendale sia un documento informativo sintetico per l'esterno. Esso si compone di un insieme di informazioni che consentono di valutare, alla fine di ogni esercizio (generalmente coincidente con l'anno solare), la struttura patrimoniale e finanziaria dell'azienda, nonché di determinare l'ammontare di reddito/perdita prodotto dalla gestione aziendale¹²¹. Questo importante documento è disciplinato dagli articoli 2423 e seguenti del codice civile, che ne prevedono la forma, i contenuti, i criteri di valutazione e le ulteriori informazioni integrative che lo devono accompagnare.

Per quanto riguarda il bilancio di esercizio delle aziende sanitarie, esso ha la duplice finalità di: a) misurare la capacità dell'azienda di preservare il proprio patrimonio nell'esercizio in corso; b) garantire un equilibrio fisiologico tra il valore della produzione (principalmente costituito dai finanziamenti pubblici) ed i costi relativi alla produzione ed erogazione dei

¹²⁰ GRANDIS F.G., (1996), *Lo schema di bilancio delle aziende sanitarie pubbliche*, Cedam, Padova.

¹²¹ CAVAZZONI G., MARI L. M., (1999), *Il bilancio d'esercizio*, Giappichelli, Torino.

servizi¹²².

Per le Aziende sanitarie, il D.lgs 502 del 1992, in conformità con il codice civile, prevede la predisposizione, a chiusura dell'esercizio, di quattro documenti, generalmente separati, ma tra loro coordinati: 1) lo stato patrimoniale, 2) il conto economico, 3) la nota integrativa e 4) la relazione del Direttore Generale.

Ogni anno le ASL e le Aziende Ospedaliere devono inviare alla Ragioneria dello Stato una "Relazione"¹²³, allegata al conto annuale, su tre macro aree.

Nel 2002 il Ministero della Salute ha avviato la progettazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)¹²⁴, con lo scopo di costruire strumenti di misura del bilanciamento qualità-costi nel sistema sanitario. Ciò al fine di avere dati certi, tempestivi ed omogenei e bisogno di metodi di misura uniformi relativamente all'assistenza sanitaria erogata sul territorio nazionale¹²⁵.

E' nato, così, un programma articolato in 15 linee progettuali, che si riferiscono ad elementi fondamentali per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di qui il concetto di "Mattoni".

¹²² Si veda al riguardo ANSELMINI L. (a cura di), (1996), *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore libri, Milano.

¹²³ La Relazione allegata al conto annuale per tali tipologie di enti avviene attraverso il sistema informativo NSIS e deve essere compilata da:

- tutte le Aziende Sanitarie Locali (ex U.S.L.);
- tutte le Aziende Ospedaliere ovvero gli Ospedali a gestione diretta costituiti in azienda ai sensi dell'art. 4, comma 1, del D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 .

Tutte le restanti tipologie di enti appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale devono redigere una relazione illustrativa sulla gestione del personale.

La rilevazione delle informazioni per la Relazione allegata al conto annuale per gli enti del SSN avviene con riferimento a tre macro-aree di attività che coincidono con i c.d. Livelli di Assistenza (L.A.) e ad un'ulteriore macroarea denominata "Attività di supporto alla organizzazione assistenziale".

La modulistica di rilevazione è articolata in 2 tabelle: T24 "Rilevazione attività" e la T25 "Rilevazione prodotti" (Risultati conseguiti e strutture disponibili).

Il personale delle Aziende del SSN è rilevato per Categorie in relazione ai ruoli.

¹²⁴ I dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario sono reperibili nel sito www.nsis.salute.gov.it

¹²⁵ Con D.M. 13 novembre 2007 (integrato con le codifiche informatiche con D.M. 31 dicembre 2007), pubblicato sulla G.U. Serie Generale n. 289 del 13 dicembre 2007 sono stati approvati nuovi modelli di rilevazione del conto economico (a cadenza trimestrale) e dello stato patrimoniale (da inviarsi come quinta comunicazione al Ministero entro il 30 giugno dell'anno successivo unitamente ai dati di consuntivo di conto economico).

A capo di ciascuna linea progettuale vi è la responsabilità di 2 Regioni, che collaborano con le altre e con gli Enti e gli Standard interessati, mentre a governare e coordinare il tutto è chiamata la Cabina di Regia del SSN, insediata dalla Conferenza Stato- Regioni.

Obiettivo di questo importante progetto è la creazione di un linguaggio comune a livello nazionale, per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel NSIS.

Si aveva infatti la necessità di avere informazioni strutturate e complete di tutti i dati necessari già dove vengono create facilitazione per i successivi livelli di governo (Aziende Sanitarie, Regioni, Ministero della Salute).

Tra i punti chiave vi è la “Misura dei costi del SSN”, affidata al **Mattone 14**¹²⁶ che ha visto come responsabili: ASSR (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali) e la Regione Abruzzo¹²⁷ e avente come obiettivi:

- Revisione dei flussi economici nazionali di bilancio delle aziende sanitarie e definizione di una metodologia di consolidamento dei bilanci sia a livello infraregionale che interregionale;
- Individuazione di un modello per la rilevazione dei costi per struttura sanitaria e per LEA, partendo dai dati di contabilità analitica;
- Individuazione di nuovi modelli CE (Conto Economico), SP (Stato Patrimoniale), CP (Conto Economico di Presidio a gestione diretta), LA (Riclassificazione costi per Livello di Assistenza ASL e AO), e relative linee guida per la compilazione;
- Elaborazione di un manuale per il consolidamento regionale e nazionale dei bilanci delle ASL.

¹²⁶ Il Mattone 14 “Misura dei Costi del SSN” ha concluso l'attività con l'approvazione da parte della Cabina di Regia del 11 Luglio 2007 della documentazione finale.

¹²⁷ Il Gruppo di lavoro ristretto comprendeva, oltre ASSR(Capogruppo) e Regione Abruzzo (Associata), anche le Regioni Puglia, Lombardia, Veneto e il Ministero della Salute.

In base a quanto previsto dall'art. 2 del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e dall'art.1, commi 164, 173 e 174, della Legge 30 dicembre 2004 n. 311 (finanziaria 2005), la Regione –con riferimento alle aziende sanitarie e ospedaliere e in genere agli enti del servizio sanitario regionale- è identificata come capogruppo cui è attribuita la responsabilità tecnica dell'elaborazione del bilancio consolidato¹²⁸, in virtù del ruolo di indirizzo, coordinamento, finanziamento e controllo sulle proprie aziende ed enti sanitari. Il bilancio consolidato è perciò il bilancio del servizio sanitario regionale, mentre l'area di consolidamento è costituita dalle aziende sanitarie locali, dalle aziende ospedaliere, dalle aziende ospedaliero-universitarie, dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), dai Policlinici, cui va aggiunta la spesa gestita direttamente dalla Regione. Nella costruzione del consolidato vengono eliminati perciò gli effetti di tutte le transazioni avvenute tra i soggetti inclusi nell'area di consolidamento (“partite infragruppo”), per tener conto e rappresentare solo le operazioni effettuate nei confronti dei terzi esterni all'area¹²⁹.

Analisi dello schema di conto economico

Con il decreto interministeriale 20 ottobre 1994 è stato emanato lo schema di bilancio per le aziende sanitarie ed ospedaliere. Il decreto in oggetto era finalizzato alla predisposizione di uno schema di bilancio che conferisse uniformità alla struttura delle voci di bilancio, che conferisse

¹²⁸ Consiste nella redazione di un “bilancio aggregato”, detto anche “bilancio somma”, da parte del soggetto consolidatore Regione e Ministero della Salute, in cui il valore di ciascuna voce corrisponde alla somma dei valori che la stessa ha nei bilanci ovvero nei modelli CE e SP delle singole aziende e/o Regioni rientranti nell'area di consolidamento. (Mattoni 14, “Misura dei Costi del SSN” 1.2 Metodologia per il consolidamento Nazionale dei bilanci delle ASL).

¹²⁹ Le tipiche rettifiche di eliminazione di partite infragruppo sono rappresentate da:
eliminazione di costi e ricavi rivenienti da transazioni tra le aziende rientranti nell'area di consolidamento;
eliminazione di crediti e debiti tra le aziende rientranti nell'area di consolidamento;
eliminazione di utili e perdite conseguenti alla cessione di beni immobilizzati ammortizzabili.

omogeneità ai valori inseriti in tali voci ed infine consentisse la comparazione tra costi, rendimenti e risultati conseguiti.

Con il decreto interministeriale dell'11 febbraio 2002, "Schema di bilancio delle aziende sanitarie ed ospedaliere", entrato in vigore dal 15 marzo 2002, è stata ravvisata la necessità da parte del legislatore di provvedere all'aggiornamento dello schema di bilancio di cui al decreto interministeriale del 20 ottobre 1994.

Con l'approvazione del Mattone 14, il nuovo CE è così strutturato:

CONTO ECONOMICO¹³⁰

CODICE	DESCRIZIONE VOCE VALORE DELLA PRODUZIONE
A000000000	A) Valore della produzione
A010000000	A.1) Contributi in c/esercizio
A020000000	A.2) Proventi e ricavi diversi
A030000000	A.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche
A040000000	A.4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)
A050000000	A.5) Costi capitalizzati
A990000000	Totale valore della produzione (A)

¹³⁰ Decreto 13 novembre 2007: Modello di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale delle aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni e Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il Servizio Sanitario Nazionale (già Policlinici Universitari a gestione diretta di diritto pubblico). (G.U. Serie Generale n. 289 del 13 dicembre 2007)

CODICE	DESCRIZIONE VOCE COSTI DELLA PRODUZIONE
B000000000	B) Costi della produzione
B010000000	B.1) Acquisti di beni
B020000000	B.2) Acquisti di servizi
B030000000	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)
B040000000	B.4) Godimento di beni di terzi
B050000000	<u>Totale Costo del personale</u>
B05A000000	B.5) Personale del ruolo sanitario
B05B000000	B.6) Personale del ruolo professionale
B05C000000	B.7) Personale del ruolo tecnico
B05D000000	B.8) Personale del ruolo amministrativo
B060000000	B.9) Oneri diversi di gestione
B070000000	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali
B080000000	<u>Totale Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali</u>
B08A000000	B.11) Ammortamento dei fabbricati
B08B000000	B.12) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali
B090000000	B.13) Svalutazione dei crediti
B100000000	B.14) Variazione delle rimanenze
B110000000	B.15) Accantonamenti tipici dell'esercizio
B990000000	Totale costi della produzione (B)
C000000000	C) Proventi e oneri finanziari
C010000000	C.1) Interessi attivi
C020000000	C.2) Altri proventi
C030000000	C.3) Interessi passivi
C040000000	C.4) Altri oneri
C990000000	Totale proventi e oneri finanziari (C)
D000000000	D) Rettifiche di valore di attività finanziarie
D010000000	D.1) Rivalutazioni
D020000000	D.2) Svalutazioni
D990000000	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)
E000000000	E) Proventi e oneri straordinari
E010000000	E.1) Proventi straordinari
E020000000	E.2) Oneri straordinari
E02B2010D0	Totale proventi e oneri straordinari (E)
E02B2010E0	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)
E02B2010F0	Imposte e tasse
E02B2010G0	Y.1) IRAP
Y020000000	Y.2) IRES
Y990000000	Totale imposte e tasse

La *macroclasse A) Valore della produzione* esprime il valore generato nell'ambito dei processi produttivi connessi con la gestione caratteristica.

Prima di analizzare le singole voci è opportuno fare alcune considerazioni di ordine generale.

Dalla macroclasse in esame, emerge in tutta evidenza come la “contestualizzazione” del conto economico civilistico alle specificità proprie delle aziende sanitarie pubbliche abbia comportato una radicale riformulazione del contenuto della macroclasse stessa¹³¹

In secondo luogo sembra essere stata recepita la logica implicita nel modello teorico di conto economico adottato. Poichè la macroclasse in oggetto deve esprimere il valore economico di ciò che l’azienda ha prodotto nel periodo, adesso sono qui ricompresi quei componenti economici dalla cui sommatoria algebrica tale grandezza scaturisce e, nel conto economico civilistico, ciò è ottenuto rettificando i ricavi di vendita, cioè il valore di ciò che è stato venduto, attraverso la variazione delle rimanenze di prodotti in corso di lavorazione, di semilavorati, di prodotti finiti, attraverso le variazioni dei lavori in corso su ordinazione e attraverso gli incrementi di immobilizzazioni per lavori interni. In tal modo lo schema civilistico consente certamente di ottenere il valore economico di quanto è stato prodotto nell’ambito della gestione caratteristica dell’azienda nel periodo. Nel precedente modello ministeriale, non vi era traccia di variazioni delle rimanenze di prodotti finiti, di prodotti in corso e di semilavorati (opzione in larga parte comprensibile, visto che le aziende sanitarie pubbliche sono aziende di servizi). Nel modello approvato nel 2007, è stata prevista la voce “costi capitalizzati” nella quale si inseriscono quei costi che nel loro insieme sono stati rilevati nel “costo della produzione”, ma poiché hanno durata

¹³¹ Fino alla definizione della struttura con i Mattoni, il precedente modello di CE aveva fatto scelte opinabili, soprattutto laddove si consideri la decisione di predisporre un unico schema di riferimento sia per le A.S.L. che per le Aziende Ospedaliere: si pensi, al riguardo, che i ricavi per prestazioni tariffate di queste ultime dovrebbero confluire (ed in modo indistinto, sulla base dello schema) nella eterogenea voce residuale “proventi e ricavi diversi”, potenzialmente destinata ad accogliere anche gli eventuali fitti attivi derivanti da immobili da reddito.

pluriennale, devono essere stornati e capitalizzati nel bene specifico¹³².

Ora, se tale generalizzata modalità di “rettifica indiretta” dei costi rilevati nel periodo non comporta, evidentemente, nessuna alterazione sul risultato economico del periodo, essa poteva produrre però, nello schema precedente, la duplice sovrastima dei valori economici relativi a quanto l’azienda ha prodotto ed a quanto l’azienda ha consumato per produrre, “annacquando” così la valenza informativa sia del *Valore della produzione* che dei *Costi della produzione*. Le perplessità relative alla voce “costi capitalizzati” aumentavano poi ulteriormente a fronte della previsione contenuta nelle “*Linee di guida*” della Ragioneria Generale dello Stato¹³³, di inserire in essa anche la quota dei contributi in conto capitale finalizzata a sterilizzare gli ammortamenti iscritti nell’ambito dei “costi della produzione”¹³⁴. In sostanza, quindi, la macroclasse in oggetto presenta, a seguito dell’entrata in vigore del Mattone 14, certamente minori difficoltà ad esprimere il *Valore della produzione aziendale*, inteso in senso stretto.

Ciò premesso la prima voce indicata nella macroclasse in esame è quella dei “Contributi in conto esercizio”. In questa voce vanno ricompresi i fondi, che derivano principalmente dal fondo sanitario, assegnati all’azienda sanitaria

¹³² Si riporta un estratto del Principio contabile 16, par. D.II.b) relativo alle costruzioni in economia da utilizzarsi nelle aziende sanitarie: “... Omissis ...

1. Il valore originario deve comprendere tutti quei costi relativi alle costruzioni che l’impresa deve sostenere perchè l’immobilizzazione possa essere utilizzata...

2. I cespiti totalmente o parzialmente costruiti in economia dall’impresa che svolge tale attività in modo continuativo con un apposito reparto, (es. Ufficio Tecnico), vanno valutati al costo di fabbricazione inclusivo dei costi diretti (materiale e mano d’opera diretta, spese di progettazione, costi per forniture esterne, ecc.), ...

Nel caso in cui l’attività di costruzione in economia abbia carattere occasionale, è accettabile escludere dalla valutazione le spese generali di produzione.....

3. I costi di natura straordinaria, quali quelli relativi a scioperi, incendi o eventi connessi a calamità naturali (quali ad esempio: le alluvioni, i terremoti, ecc.), sostenuti durante la costruzione dei cespiti, non costituiscono costi capitalizzabili, bensì vengono addebitati al conto economico dell’esercizio in cui si sono verificati.

4. I cespiti costruiti in economia solitamente rappresentano impianti speciali di cui non esiste mercato. Se i cespiti sono anche disponibili sul mercato la valutazione si effettua al minore tra costo e prezzo di mercato.”

¹³³ RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO, Linee di guida per il bilancio delle aziende sanitarie, Bollettino d’informazioni, Numero speciale.

¹³⁴ Nelle stesse Linee guida si dice, a pag. 33, che “inoltre si trova qui allocato il conto denominato utilizzo ‘quota di contributi in conto capitale’, il cui impiego consente la ‘sterilizzazione’ delle quote di ammortamento relative ai beni acquistati con i contributi in conto capitale”. RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO, Linee di guida per il bilancio delle aziende sanitarie, Bollettino d’informazioni, Numero speciale.

dalla regione o da altri Enti pubblici per lo svolgimento dell'attività istituzionale, indipendentemente dal fatto che siano o meno vincolati.

I “contributi in conto esercizio” rivestono quindi una funzione fondamentale per il complessivo sistema delle aziende sanitarie, in quanto sono per la maggior parte riconducibili all'assegnazione diretta od indiretta di quelle risorse economiche, alle quali corrispondono peraltro risorse finanziarie, attraverso le quali le singole aziende dovrebbero essere in grado di poter ricercare le proprie condizioni di equilibrio economico e di contribuire al mantenimento delle richieste condizioni di equilibrio finanziario-monetario.

Opportuna è stata la previsione, con i Mattoni 14, di:

- proporre un'adeguata scomposizione della voce in specifiche sottovoci, come espressione delle diverse tipologie di contributi in essa ricomprese, in modo da permettere una maggiore chiarezza sui meccanismi e sulle causali di ottenimento dei contributi stessi;
- I contributi in conto capitale vengono invece iscritti direttamente a Stato Patrimoniale, alla voce di Patrimonio Netto "Finanziamenti per investimenti";

La seconda voce indicata nella macroclasse in esame è quella relativa ai “proventi e ricavi diversi”.

In questa voce vanno contabilizzati i ricavi riferiti solo a prestazioni erogate ad assistiti residenti nella Regione¹³⁵.

¹³⁵ A parte la stranezza di prevedere una voce in un certo qual modo residuale (“diversi”) sequenzialmente prima di aver indicato le altre fattispecie di “proventi e ricavi” espressamente previste, l'opzione esercitata dallo schema ministeriale appariva sconcertante, in quanto nella voce in oggetto finivano per confluire grandezze

Generica ed ambigua appare la terza voce in esame, quella dei “concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche”.

Già la locuzione che è stata utilizzata tradisce infatti la eterogeneità dei componenti in essa potenzialmente confluenti, senza poi soffermarsi sul fatto che del tutto aprioristico appare il ricorso alla qualificazione di “tipiche” impiegata quale criterio discriminante per la loro determinazione.

Il comun denominatore, per le poste da includere in questa voce, sembra essere quello di riguardare componenti economici da considerarsi positivi in quanto rettificativi di costi.

La quarta voce componente il *Valore della produzione* nell’ambito dello schema ministeriale è quella denominata “compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie”, la quale non presenta particolari problematiche, essendo destinata ad accogliere i componenti economici positivi derivanti dalla quota di costo delle prestazioni sanitarie coperta attraverso i “*tickets*” pagati dagli utenti.

Della quinta ed ultima voce “costi capitalizzati” è necessario dire che la voce contiene le sterilizzazioni effettuate sugli ammortamenti delle immobilizzazioni se queste sono state pagate con risorse finanziarie provenienti dalla Regione. Accoglie inoltre le sterilizzazioni legate alle minusvalenze da dismissione o vendita delle medesime immobilizzazioni¹³⁶.

di fondamentale importanza, quali i “ricavi” per le prestazioni tariffate erogate dalle aziende ospedaliere e i ricavi per prestazioni sanitarie erogate a non residenti per le ASL, assieme a proventi caratteristici diversi (proventi da privati paganti) e (qualora si segua l’analogia civilistica) a possibili proventi accessori (fitti attivi).

¹³⁶ La sterilizzazione è effettuata per neutralizzare l’effetto sul risultato d’esercizio dei costi non monetari generati dall’ammortamento delle immobilizzazioni materiali acquisite con finanziamenti regionali. Contabilmente si traduce in un addebito (dare) della voce del patrimonio netto “Finanziamenti per investimenti” con contropartita un accredito (avere) alla voce di conto economico “Costi capitalizzati da utilizzo finanziamenti per investimenti”.

La macroclasse B) Costi della produzione è espressiva dei consumi aziendali, intesi come il valore economico dei fattori produttivi non durevoli e durevoli impiegati nel processo produttivo, e della remunerazione del lavoro dei dipendenti.

Nello schema ministeriale di conto economico essa si compone delle seguenti voci:

- 1) acquisti di beni;
- 2) acquisti di servizi
- 3) manutenzione e riparazione;
- 4) godimento di beni di terzi;
- 5) personale sanitario;
- 6) personale professionale;
- 7) personale tecnico;
- 8) personale amministrativo;
- 9) oneri diversi di gestione;
- 10) ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali (suddiviso per singolo conto);
- 11) ammortamento dei fabbricati
- 12) ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali (suddiviso per singolo conto);
- 13) svalutazione dei crediti;
- 14) variazione delle rimanenze
- 15) accantonamenti tipici dell'esercizio.

Già ad un primo e superficiale esame risulta evidente una caratteristica della macroclasse in oggetto: quella di adottare una pluralità di criteri distintivi per i costi.

Sull'originario criterio classificatorio "per natura" si innestano infatti, in modo asistemico e talvolta incongruente, altri criteri, fra i quali qui sottolineiamo:

- quello di distinguere i costi per servizi in funzione del settore di appartenenza del fornitore ("pubblico" o "privato");
- quello di tipo destinativo-funzionale che suddivide i soli costi del personale in funzione del diverso "ruolo" (sanitario,

professionale, tecnico e amministrativo);

- quello che ripropone, senza peraltro averne mai esplicitato l'accezione, la suddivisione "tipico/non tipico" ("accantonamenti tipici dell'esercizio").

Passiamo ora all'analisi delle singole voci componenti la macroclasse.

La prima delle voci indicate è la voce B1) "acquisti di beni"¹³⁷.

Tutti gli acquisti di beni devono essere iscritti al netto di resi, sconti, abbuoni, premi e imposte direttamente connesse con gli acquisti (Doc. 12 P.Contabili e Doc. 19 P. Contabili, par. I) L'obbligo di iscrivere come costo di competenza dell'esercizio sorge quando il bene è entrato nella proprietà dell'azienda.

La seconda voce indicata è :

B2) acquisti di servizi

Questa voce sostituisce quella presente nello schema esposto nel D.M.. 20 ottobre 1994 "costi per prestazioni di servizi da pubblico" e "costi per prestazioni di servizi da privato"; inoltre nel nuovo schema vengono definite sottovoci specifiche a seconda che si tratti di prestazioni sanitarie e non sanitarie¹³⁸. Quest'ultima distinzione però non risolve il problema della grande criticità delle informazioni sostanzialmente riconducibili a queste

¹³⁷ Nel D. Interministeriale 20 ottobre 1994, concernente lo schema di bilancio delle aziende sanitarie ed ospedaliere, emanato ai sensi del citato art. 5 del decreto legislativo n. 502/1992, questa voce era denominata "acquisti di esercizio".

¹³⁸ È da notare inoltre l'eliminazione, nel nuovo schema ministeriale, della voce "servizi appaltati", i quali andranno, presumibilmente, a confluire nelle prestazioni non sanitarie da pubblico o da privato. Riferimenti legislativi:

Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali, art. 8, comma 1 e 1bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e sue modificazioni;

D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270 –Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;

D.P.R. 28 luglio 2000, n. 272 –Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta

voci. Ciò in particolare per le ASL, per le quali si configurano come acquisti di servizi anche quei servizi per i quali la fruitrice non è in realtà l'azienda, ma direttamente i cittadini-utenti.

Ciò vale, ad esempio, per le convenzioni per l'assistenza sanitaria di base e per la "mobilità passiva".

Per queste situazioni, a ben vedere, è discutibile la stessa nozione di costo-consumo propria dello schema dottrinale di riferimento, in quanto l'azienda non acquista un servizio che le è necessario per produrre, ma eroga denaro a soggetti esterni affinché producano direttamente il servizio a favore della popolazione residente o a seguito dell'avvenuta fruizione del servizio medesimo in una struttura diversa da quelle dell'azienda.

Di fatto, quindi, in questo caso l'azienda non "produce" nulla, ma opera come un "intermediario" che "compra" da operatori esterni servizi a beneficio dei propri assistiti.

Per quanto riguarda la terza voce lo schema ministeriale ha previsto una voce *ad hoc* relativa alle "manutenzioni e riparazioni", con una sostanziale differenza rispetto al classico schema di conto economico civilistico che fa ricadere, le manutenzioni e riparazioni nella voce "B.5 Prestazioni di servizi".

La quarta voce "godimento di beni di terzi" accoglie i costi sostenuti dall'azienda sanitaria per: canoni di leasing (sia operativo, sia finanziario), noleggi, affitti passivi e altri costi. La distinzione tra area sanitaria e non sanitaria è da effettuarsi in relazione alla destinazione principale del servizio o bene in uso.

Le successive quattro voci verranno analizzate congiuntamente in quanto sono tutte relative ai costi del personale:

- 5) personale sanitario;
- 6) personale professionale;
- 7) personale tecnico;
- 8) personale amministrativo.

L'opzione esercitata avrebbe potuto avere notevole valenza informativa, se coerentemente mantenuta anche all'interno delle altre tipologie di costo: in altri termini, la scomposizione del costo del lavoro nelle quattro voci indicate è in sé significativa, ma purtroppo non riconducibile ad un sistematico utilizzo di un sub-criterio classificatorio volto a far emergere, per ciascuna tipologia di costo sostenuto, la componente sanitaria dalle rimanenti. Conseguentemente si offre una informazione importante, in quanto riferita ad una delle principali voci di costo aziendale, ma parziale e pertanto non sufficiente ai fini di una sistematica riclassificazione del conto economico secondo il criterio destinativo-funzionale.

La voce B9) "oneri diversi di gestione" sostituisce, in modo più opportuno, la voce "spese amministrative e generali" presente nel precedente schema ministeriale e raccoglie tutto quello che non è direttamente attribuibile alle altre voci di bilancio.

Proseguendo nell'analisi, si rileva che, in relazione agli ammortamenti, adottando una soluzione simile a quella precedentemente analizzata per i costi del personale, lo schema di conto indicato dal decreto non prevede un'unica voce, bensì, le specifiche voci:

- 10) ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali (suddiviso per singolo conto)
- 11) ammortamento dei fabbricati
- 12) ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali (suddiviso per singolo conto)¹³⁹.

¹³⁹ A differenza del precedente schema ministeriale, qui abbiamo la suddivisione per singolo conto e la distinzione dei fabbricati in disponibili e non disponibili.

Il contenuto di tali voci non pone particolari problemi interpretativi.

La successiva voce B13) “Svalutazione dei crediti” è destinata ad accogliere le perdite presunte sui crediti in essere alla chiusura dell’esercizio. Stante la natura dei soggetti con i quali si instaurano rapporti da cui, per le aziende in esame, scaturiscono crediti, è appena il caso di sottolineare che la voce in esame riguarderà essenzialmente i crediti sorti per prestazioni erogate ad imprese o comunque a soggetti privati.

Per quanto riguarda la voce B14 è da notare l’introduzione, nel nuovo schema ministeriale, della distinzione nella voce “variazione delle rimanenze. Le variazioni rimanenze accolgono la variazione in aumento o in diminuzione dei magazzini di fine esercizio rispetto ai magazzini di inizio esercizio.

La quindicesima ed ultima voce della macroclasse in oggetto è quella relativa agli “Accantonamenti tipici dell’esercizio”.

Posto che in assenza di specifiche indicazioni appare ragionevole riferire l’aggettivo “tipico” all’attività istituzionale svolta dall’azienda, nella voce in oggetto dovrebbero confluire gli accantonamenti a fondi per oneri o rischi relativi a situazioni prodottesi nel periodo ma che manifesteranno in futuro i loro effetti finanziari.

Similmente allo schema civilistico da cui deriva, anche il conto economico ministeriale prevede l’esplicitazione di un primo risultato parziale, dato dalla *Differenza tra valore e costi della produzione (A-B)*.

Come per il conto economico civilistico, anche nello schema in esame tale grandezza intermedia si presenta di incerta natura e di dubbia

interpretazione, non potendosi univocamente qualificare né come un risultato operativo caratteristico, né come un risultato operativo globale, né come un risultato ordinario, rendendo quindi di fatto evanescente il significato informativo del valore economico da essa indicato.

La macroclasse C) *Proventi e oneri finanziari* è la terza prevista dallo schema e contiene gli ordinari effetti economici prodottisi nell'ambito dell'area finanziaria della gestione, quindi tipicamente da operazioni di finanziamento e di investimento mobiliare.

Nello schema ministeriale essa si compone di quattro voci:

- 1) interessi attivi;
- 2) altri proventi;
- 3) interessi passivi;
- 4) altri oneri.

Nello schema ministeriale precedente al 2002 la seguente voce era suddivisa nei seguenti tre raggruppamenti: oneri finanziari, interessi, entrate varie, che creavano non pochi problemi interpretativi. La nuova suddivisione rende più chiaro ciò che deve rientrare a far parte della macroclasse, anche se le voci "altri proventi" e "altri oneri" lasciano spazio a varie interpretazioni.

La macroclasse D) *Rettifiche di valore di attività finanziarie* è suddivisa in

- 1) rivalutazioni e 2) svalutazioni¹⁴⁰.

In queste voci vanno inserite le rivalutazioni e le svalutazioni delle

¹⁴⁰ Nello schema ministeriale precedente al 2002 questa macroclasse non aveva una specifica voce.

immobilizzazioni finanziarie e dei titoli iscritti nell'attivo circolante che non costituiscono partecipazioni¹⁴¹.

La quinta ed ultima macroclasse, *E*), è quella dei *Proventi ed oneri straordinari*, la quale si articola nelle seguenti voci:

- 1) Proventi straordinari;
- 2) Oneri straordinari.

Nella macroclasse in esame non si accoglie la nozione di “straordinarietà” propria del conto economico di riferimento; coesistono componenti economici “straordinari” con altri più correttamente definibili come “accessori”.

A “valle” della quinta ed ultima macroclasse troviamo, sempre in piena analogia, con quanto previsto dallo schema di conto di cui all'art. 2425 c.c., il secondo ed ultimo risultato lordo intermedio e cioè il *Risultato prima delle imposte* (A-B+/- C+/-D+/-E).

La successiva voce “Imposte e tasse” ha posto ulteriori problemi interpretativi circa i componenti negativi da far confluire nella voce in esame. Nel conto economico originario, infatti, nella voce corrispondente si fa riferimento esplicito alle *Imposte sul reddito di esercizio*, chiarendo in tal modo che nella voce non devono essere iscritte tasse od altri tributi.

L'esplicito riferimento alle “tasse” pare invece indicare la volontà degli estensori del decreto di attribuire alla voce in esame il compito di esporre ogni costo/onere di natura fiscale, indipendentemente dalla natura del medesimo.

¹⁴¹ Le rivalutazioni si riferiscono esclusivamente ai ripristini di valore delle attività finanziarie quando sono venuti meno i motivi di una precedente svalutazione, NON sono quindi riferite alle rivalutazioni monetarie, le quali non transitano per il conto economico, ma incidono direttamente sulla apposita voce del patrimonio netto A.V.1.a) Riserve da rivalutazione. Sono da distinguere a seconda che riguardino una partecipazione, una immobilizzazione finanziaria o altro.

Dalla sottrazione della precedente voce al *Risultato prima delle imposte* si ottiene, infine, l'“*Utile o perdita di esercizio*”, cioè il risultato che esprime, in via sintetica, rispettivamente l'avvenuto od il mancato rispetto del vincolo economico nel periodo amministrativo di riferimento.

È da notare infine la corretta eliminazione, rispetto allo schema ministeriale precedente, della voce in calce al conto economico che richiedeva di indicare il “Contributo per ripiano perdite ricevuto nell'esercizio”.

Concludendo l'analisi sul conto economico del decreto ministeriale 13 novembre 2007 il giudizio complessivo, rispetto al precedente modello è positivo: sono stati superati buona parte dei gravi errori concettuali, che rendevano complessivamente incapace di offrire al lettore una visione sufficientemente chiara delle cause gestionali che nel periodo hanno portato l'azienda a rispettare o meno il vincolo di equilibrio economico; il precedente modello non permetteva, cioè, di comprendere appieno le diverse dinamiche che avevano portato alla generazione dell'avanzo o del disavanzo economico attribuito al periodo. Situazione questa difficilmente accettabile per un documento caratterizzato da una valenza informativa ben più critica di quella dello stato patrimoniale.

Analisi dello schema di stato patrimoniale

STATO PATRIMONIALE

ATTIVO

A) Immobilizzazioni

I - immobilizzazioni immateriali

- 1) costi di impianto e di ampliamento
- 2) costi di ricerca, sviluppo
- 3) diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno
- 4) immobilizzazioni immateriali in corso e acconti
- 5) altre immobilizzazioni immateriali

Totale I

II -Immobilizzazioni materiali

- 1) terreni
- 2) fabbricati
 - a) disponibili
 - b) indisponibili
- 3) impianti e macchinari
- 4) attrezzature sanitarie e scientifiche
- 5) mobili e arredi
- 6) automezzi
- 7) altri beni materiali
- 8) immobilizzazioni materiali in corso e acconti

Totale II

III- Immobilizzazioni finanziarie

- 1) crediti finanziari
- 2) titoli

Totale III

Totale immobilizzazioni (A)

B) Attivo circolante

I -Rimanenze:

- 1) rimanenze materiale sanitario
- 2) rimanenze materiale non sanitario

Totale I

II - Crediti

- 1) crediti v/Stato, Regione e Prov. autonoma
- 2) crediti v/Comuni

- 3) crediti v/aziende sanitarie pubbliche
- 4) ARPA
- 5) erario
- 6) altri (privati, estero, anticipi, società controllate, ...)

Totale II

III - Attivita' finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni

- 1) partecipazioni che non costituiscono immobilizzazioni
- 2) titoli che non costituiscono immobilizzazioni

Totale III

IV -Disponibilita' liquide

- 1) cassa
- 2) istituto tesoriere
- 3) c/c postale

Totale IV

Totale attivo circolante (B)

C) Ratei e risconti attivi

F) Conti d'ordine

- 1) canoni leasing ancora da pagare
- 2) depositi cauzionali

PASSIVO

A) Patrimonio netto

I. Finanziamenti per investimenti

II. Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti

III. Fondo di dotazione

IV. Versamenti per ripiani perdite

anno

anno

V. Utili (perdite) portati a nuovo

VI. Utile (perdita) dell'esercizio

Totale (A)

B) Fondi per rischi e oneri

- 1) per imposte, anche differite
- 2) rischi
- 3) altri fondi per oneri e spese

Totale (B)

C) Trattamento fine rapporto

- 1) fondo per premi di operosità
- 2) trattamento di fine rapporto dipendenti

Totale (C)

D) Debiti

- 1) per mutui passivi

- 2) v/Stato, Regione o Prov. autonoma
- 3) v/Comuni
- 4) v/aziende sanitarie pubbliche
- 5) v/ARPA
- 6) debiti v/fornitori
- 7) debiti v/istituto tesoriere
- 8) debiti tributari
- 9) debiti v/ istituti previdenziali, assistenziali e sicurezza sociale
- 10) altri debiti

Totale (D)

- E) Ratei e risconti passivi
- F) Conti d'ordine
 - 1) canoni leasing ancora da pagare
 - 2) depositi cauzionali

La struttura complessiva dello schema di stato patrimoniale può essere così sintetizzata:

STATO PATRIMONIALE

<i>ATTIVO</i>	<i>PASSIVO</i>
A) IMMOBILIZZAZIONI I -immateriali II -materiali III -finanziarie	A) PATRIMONIO NETTO
B) ATTIVO CIRCOLANTE I - rimanenze II - crediti III - attività finanziarie IV - disponibilità liquide	B) FONDI PER RISCHI ED ONERI
C) RATEI E RISCONTI	C) TRATTAMENTO FINE RAPPORTO
D) CONTI D'ORDINE	D) DEBITI
	E) RATEI E RISCONTI
	F) CONTI D'ORDINE

Analizziamo ora il contenuto delle sezioni di conto previste dallo schema.

La macroclasse A) *Immobilizzazioni* contiene gli elementi patrimoniali chiamati ad un utilizzo durevole, i cui valori devono essere esposti al netto

delle eventuali poste aventi natura rettificativa.

Analogamente a quanto previsto dallo schema civilistico, essa risulta articolata secondo un criterio di liquidabilità crescente, nelle classi delle:

- I -Immobilizzazioni immateriali;
- II -Immobilizzazioni materiali;
- III -Immobilizzazioni finanziarie.

Per quanto riguarda le “immobilizzazioni immateriali” esse sono costituite da:

- 1) Costi di impianto e di ampliamento;
- 2) Costi di ricerca, sviluppo;
- 3) Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere dell’ingegno;
- 4) Immobilizzazioni in corso ed acconti;
- 5) Altre.

È da notare, rispetto allo schema ministeriale precedente, l’auspicato inserimento delle voci 4 e 5. Il mancato inserimento di queste due voci costituiva, infatti, una grave lacuna.

Per quanto concerne le “immobilizzazioni materiali”, si può osservare il mantenimento del criterio civilistico che espone le stesse a partire da quelle che presentano l’attitudine ad un utilizzo potenzialmente illimitato nel tempo, fino a quelle il cui durevole utilizzo si svilupperà comunque entro un arco di tempo assai più limitato. Troviamo così sequenzialmente indicati:

- 1) terreni;
- 2) fabbricati
 - a) disponibili
 - b) indisponibili;
- 3) impianti e macchinari;
- 4) attrezzature sanitarie e scientifiche;
- 5) mobili e arredi;
- 6) automezzi;
- 7) altri beni;

8) immobilizzazioni in corso e acconti¹⁴².

In relazione alla più analitica articolazione proposta rispetto a quella civilistica, è opportuno osservare che lo sforzo di meglio dettagliare gli elementi componenti la classe in oggetto, seppure in sé lodevole, non ha comportato benefici informativi sostanziali, in quanto: come già nel prospetto civilistico, non risultano separati gli elementi costituenti investimenti caratteristici da quelli da considerarsi come investimenti accessori; la distinzione secondo la “destinazione sanitaria” degli elementi in oggetto si ha solo per le attrezzature, non potendosi, in questo modo, suddividere la totalità degli elementi stessi sulla base della loro diretta appartenenza o meno a tale area dell’attività aziendale.

Per quanto concerne le “immobilizzazioni finanziarie”, è prevista la seguente articolazione minima, peraltro sufficiente a sollevare pesanti interrogativi:

- 1) Crediti;
- 2) Titoli.

In relazione alle due voci contenute nella classe in oggetto, si deve infatti notare che: stante la mancanza di una esplicita richiesta di separare la quota dei crediti esigibili entro il periodo successivo, dallo schema non emerge se nei “crediti” debbano o meno essere inseriti solo crediti a scadenza ultrannuale oppure se, più verosimilmente, in analogia con le prescrizioni civilistiche, possano essere qui esposte anche quote di crediti la cui scadenza è prevista entro il periodo successivo alla data di chiusura dell’esercizio. Ciò porta ad osservare che, qualora si accetti l’interpretazione qui proposta, sarebbe assai opportuno il ripristino della separata indicazione delle eventuali quote di crediti scadenti entro i

¹⁴² Nello schema ministeriale precedente al posto di questa voce erano previsti in modo autonomo ed improprio, i “costi di manutenzione straordinaria”.

successivi dodici mesi, al fine di permettere il recupero di un minimo di informativa finanziaria nell'ambito dello stato patrimoniale; per quanto riguarda i titoli, l'esistenza di essi in azienda è possibile solo se sono acquisiti tramite donazioni, successioni, lasciti.

La macroclasse *B) Attivo circolante* accoglie gli elementi patrimoniali non destinati ad un utilizzo durevole e, in piena analogia con lo schema di stato patrimoniale civilistico, risulta articolata in quattro classi, ordinate secondo un criterio di liquidità crescente in:

- I Rimanenze;
- II Crediti;
- III Attività finanziarie;
- IV Disponibilità liquide.

Per quanto concerne le “rimanenze”, è stata indicata la seguente articolazione.

- 1) Sanitarie;
- 2) Non sanitarie;

In relazione alla classe in esame si può osservare che: riemerge il criterio classificatorio “sanitario/non sanitario”, che, tuttavia, non essendo stato proposto in modo sistematico, non consente comunque di distinguere gli investimenti più direttamente connessi all'attività istituzionale dell'azienda dai rimanenti¹⁴³; a tale riguardo vi è un'incoerenza con le indicazioni contenute nel conto economico, nel quale, come abbiamo visto, la voce concernente gli “acquisti di beni” non è organizzata mantenendo la qui richiamata distinzione tra sanitario e non sanitario; inoltre, pur tenendo conto delle peculiarità di aziende sanitarie, che sono sostanzialmente aziende di servizi, utile sarebbe stato proporre una maggiore

¹⁴³ Fermo restando, ovviamente, che non possono comunque essere considerati “caratteristici” i soli investimenti “sanitari”.

articolazione per le rimanenze, se non altro per riflettere il loro diverso grado di deteriorabilità¹⁴⁴. Infine rispetto al precedente schema ministeriale abbiamo, giustamente, l'aggiunta della voce *Acconti* in cui confluiranno gli eventuali anticipi versati ai fornitori.

Per quanto concerne i “crediti”, si ha la seguente articolazione:

- 1) Stato Regione e prov. Autonoma;
- 2) Comune;
- 3) Aziende sanitarie pubbliche;
- 4) ARPA;
- 5) Erario;
- 6) Altri (privati, estero, anticipi, personale ...).

Le indicazioni relative a questa classe non richiedono particolari osservazioni, se non quelle concernenti: la mancata esplicitazione del criterio classificatorio adottato, stante la considerazione che, coerentemente con quanto già evidenziato a proposito dei crediti da iscriversi fra le immobilizzazioni finanziarie, dallo schema ministeriale non appare chiaro come, nell'ambito delle voce qui considerata, vadano esposti i crediti scadenti entro o oltre i successivi dodici mesi¹⁴⁵. In proposito, in piena simmetria con quanto precedentemente osservato, riteniamo che risulti opportuno il ripristino della separata indicazione delle quote di crediti eventualmente scadenti oltre i dodici mesi; l'articolazione indicata riflette la prevalenza dei rapporti istituzionali intercorrenti fra la singola azienda sanitaria e soggetti comunque definibili come “pubblici”, anche se non sempre consente una piena comprensibilità della specifica natura dei rapporti stessi; la previsione di una voce residuale relativa agli “altri”

¹⁴⁴ Al riguardo commenta Rea: “*un auspicabile maggior dettaglio avrebbe dovuto consigliare almeno la distinta indicazione, tra le scorte sanitarie, di quelle relative a prodotti farmaceutici (medicinali, ecc.) la cui deperibilità, in alcuni casi molto rapida, incide sui correlati processi di valutazione*”. Cfr. M.A. Rea, *Le aziende sanitarie pubbliche*, op. cit., p. 55.

¹⁴⁵ In linea generale, per tutti i crediti esposti in questa sezione vale il disposto dell'art. 2426 CC p.8), ovvero, che i crediti devono essere valutati secondo il presumibile valore di realizzazione ed esposti in bilancio al netto del fondo svalutazione crediti e delle perdite su crediti.

crediti è quanto mai opportuna, fermo restando che, qualora presentasse un importo significativo, essa dovrebbe essere adeguatamente dettagliata o mediante l'inserimento di sottovoci (così come sembra suggerire lo stesso documento) oppure attraverso le informazioni da indicare in nota integrativa.

Per quanto concerne la classe delle "attività finanziarie", si deve rilevare che, rispetto al passato che vedeva l'unica voce dei "titoli a breve", con l'approvazione del nuovo modello, si è aggiunta la voce "partecipazioni che non costituiscono immobilizzazioni".

La successiva classe delle "disponibilità liquide" è così articolata:

- 1) cassa;
- 2) istituto tesoriere;
- 3) c/c postale.

La classe in oggetto non propone particolari problematiche, essendo specificamente finalizzata ad accogliere le liquidità esistenti alla data di chiusura dell'esercizio. Al più può essere fatto notare che, diversamente da quanto accade nello stato patrimoniale civilistico, la sequenza delle voci in essa contenute, non riflette il criterio di liquidità crescente che informa l'attivo circolante: nella classe in esame vengono infatti esposte prima la cassa e poi le disponibilità liquide esistenti presso l'istituto tesoriere ed il conto corrente postale.

La macroclasse C) *Ratei e risconti* è prevista dallo schema senza alcuna indicazione specifica.

Al riguardo si può osservare che: similmente a quanto richiesto in relazione allo schema di stato patrimoniale civilistico, in essa, ai sensi del V comma dell'art. 2424 bis c.c. "*(...) devono essere iscritti i proventi di competenza dell'esercizio esigibili in esercizi successivi, e i costi sostenuti entro la chiusura dell'esercizio ma di competenza di esercizi successivi*".

Avendo chiaro che, sempre ai sensi del medesimo comma, “*possono essere iscritte in tali voci soltanto quote di costi e proventi, comuni a due o più esercizi, l’entità dei quali varia in ragione del tempo*”; lo schema ministeriale non prevede nessuna articolazione minima, anche se, appare opportuno prevedere nello schema quantomeno la separazione dei ratei attivi dai risconti attivi. Infine, le poste in oggetto, come espressamente indicato dal disposto civilistico richiamato, prefigurano un possibile riferimento anche a valori ultrannuali, peraltro non individuabili, stante l’assenza di una qualsivoglia articolazione della macroclasse in esame, con conseguente impossibilità di procedere ad una riclassificazione del documento secondo il criterio finanziario, se non attraverso opportune specificazioni da fornirsi in nota integrativa circa l’articolazione su base temporale delle operazioni che sono riflesse in tali poste.

Per quanto riguarda la macroclasse D) *Conti d’ordine*, è difficilmente comprensibile la scelta di includere i valori ad essi riferiti nell’ambito dei totali di sezione dello stato patrimoniale, nell’ambito, cioè, di quelle grandezze che dovrebbero essere espressione del patrimonio aziendale. Ciò pone un problema di ordine sostanziale, in quanto si fanno partecipare alle periodiche sintesi volte alla determinazione del risultato economico di periodo e del correlativo capitale di funzionamento grandezze logicamente avulse da tale processo, in quanto emergenti da rilevazioni incoerenti rispetto ad esso. Questo, evidentemente, non pone alcun problema d’ordine quantitativo sulla determinazione del risultato di periodo e del patrimonio netto, stante la “natura autobilanciante” dei conti d’ordine, ma accresce senza ragione alcuna i valori attribuiti all’attivo ed al passivo, privando il lettore di una informazione immediata circa il loro corretto ammontare. La macroclasse in oggetto risulta articolata, sia nell’attivo che nel passivo, nelle seguenti voci:

- 1) Canoni leasing ancora da pagare;

2) Depositi cauzionali.

È da notare, inoltre, la mancanza di una voce di natura residuale destinata ad accogliere i conti d'ordine scaturenti da situazioni diverse da quelle riconducibili alle operazioni di leasing ed ai depositi cauzionali.

La sezione del “*Passivo*” dello stato patrimoniale in esame risulta articolata in ben sei macroclassi e precisamente:

- A) *Patrimonio netto*;
- B) *Fondi per rischi ed oneri*;
- C) *Trattamento di fine rapporto*;
- D) *Debiti*;
- E) *Ratei e risconti*;
- F) *Conti d'ordine*.

La macroclasse A) *Patrimonio netto* è destinata ad accogliere gli elementi patrimoniali nei quali è idealmente scomponibile un valore unitario che, per sua intrinseca natura, può essere sinteticamente determinato dalla differenza dei valori patrimoniali attivi e passivi.

Dal punto di vista operativo, la macroclasse in oggetto dovrebbe permettere di individuare i “finanziamenti propri” in essere alla data di chiusura dell'esercizio; finanziamenti, quindi, di cui l'azienda sanitaria, in assenza del vincolo di rimborso, dispone per un periodo virtualmente illimitato.

La macroclasse in oggetto risulta articolata nelle seguenti classi:

- I. Finanziamenti per investimenti;
- II. Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti¹⁴⁶;
- III. Fondo di dotazione;
- IV. Versamenti per ripiani perdite anno
anno
- V. Utili (perdite) portati a nuovo;

¹⁴⁶ In questa voce vanno riportate le donazioni ed i lasciti ricevuti dall'azienda. Le donazioni ed i lasciti possono essere iscritti in questa voce solo quando divenuti definitivi. Il metodo contabile potrà essere, alternativamente, con diretta imputazione alla voce di patrimonio netto o via conto economico (P.C. 16, D.II.d) alla voce "proventi straordinari", con successiva eventuale imputazione alla voce di patrimonio netto.

VI. Utile (perdita) dell'esercizio.

Prima di esaminare analiticamente ciascuna classe, è opportuno fare alcune riflessioni d'ordine generale. Risulta abbastanza evidente come l'articolazione adottata nello schema contenuto nel decreto sia scaturita dall'esigenza di contestualizzare le poste del patrimonio netto rispetto alle specificità delle aziende sanitarie pubbliche. È quindi assolutamente comprensibile che ciò abbia portato a modifiche profonde rispetto all'articolazione prevista dall'art. 2424 per l'omologa macroclasse. Nonostante ciò le soluzioni accolte destano alcune perplessità d'ordine formale e sostanziale.

In relazione ai rilievi meramente formali, si può osservare come il “fondo di dotazione” compaia solo quale terzo elemento del netto patrimoniale, quando tale posta, sia alla luce della sua genesi, sia in relazione alla funzione svolta, più correttamente avrebbe dovuto essere indicata per prima.

Ben d'altro spessore sono le problematiche d'ordine sostanziale poste dalle scelte operate dagli estensori del Mattone 14.

In primo luogo, deve essere infatti rilevata l'assenza di classi relative alle riserve, a fronte della esplicita presenza di poste connesse con la previsione di “portare a nuovo” i risultati economici dei periodi precedenti: da ciò deriva una variegata ed inutilmente pesante gestione contabile dei risultati di periodo successivamente alla loro determinazione. Infatti, stando alle indicazioni fornite dalle “*Linee di guida per il bilancio delle aziende sanitarie*” elaborate dalla Ragioneria Generale dello Stato, l'eventuale risultato economico positivo, “utile dell'esercizio”, potrà essere portato in aumento del fondo di dotazione, oppure “portato a nuovo”; mentre l'eventuale risultato economico negativo, “perdita dell'esercizio” potrà o

essere portata in diminuzione del fondo di dotazione o “portata a nuovo” o coperta con utili precedentemente “portati a nuovo”, oppure coperta attraverso eventuali contributi specifici, dei quali è peraltro prevista nello schema l’esposizione in apposite voci distinte per anno di riferimento della perdita. Almeno sotto il profilo teorico, stante la sistematica difficoltà delle aziende in oggetto a chiudere i loro bilanci almeno in pareggio, più razionale sarebbe stato, prevedere una classe di riserve da alimentarsi con gli eventuali risultati economici positivi e da utilizzarsi per la copertura di risultati economici negativi, riserve da ricostituire anche mediante gli eventuali contributi ottenuti per il ripiano di perdite pregresse¹⁴⁷: tutto ciò avrebbe portato ad un patrimonio netto senz’altro meno “stratificato”, ma più chiaramente intelligibile¹⁴⁸.

In secondo luogo, forti perplessità sono suscitate dall’osservare che nello schema in esame le prime due classi del patrimonio netto sono destinate ad accogliere i finanziamenti per investimenti “indistinti” e le donazioni e lasciti vincolati ad investimenti, a fronte delle modalità contabili individuate per la gestione dei medesimi.

In sostanza, come meglio si cercherà di dimostrare nell’analisi di seguito proposta, dallo schema di stato patrimoniale ministeriale emerge un “patrimonio netto” articolato in un modo che non può dirsi soddisfacente, la cui lettura può risultare assai faticosa e la cui evoluzione temporale può essere compresa solo attraverso un’informativa specifica, da demandarsi alla nota integrativa, costituita dal prospetto delle variazioni dei valori

¹⁴⁷ Si veda Tieghi M., Il bilancio di esercizio delle aziende sanitarie pubbliche: uno schema di analisi, op. cit., p.51 e ss.

¹⁴⁸ È infatti vero che con la tecnica del “portare a nuovo” gli eventuali utili o le assai più frequenti perdite si mantiene una eloquente traccia storica dell’evoluzione del patrimonio netto aziendale, almeno per la parte indotta dal progressivo “cumularsi” degli esiti gestionali su di esso incidenti, ma ciò può finire per comportare la durevole iscrizione di grandezze che, all’interno del patrimonio netto, dovrebbero invece avere natura transitoria: in effetti si tratta di elementi rispettivamente in attesa di un’appropriata destinazione o copertura.

relativi alle sue singole classi componenti.

Seguendo l'ordine indicato nel prospetto, passiamo pertanto ad esaminare le classi in cui si articola il "*patrimonio netto*", partendo proprio dai "finanziamenti per investimenti" e "donazioni e lasciti vincolati ad investimenti". È subito da notare che nello schema ministeriale precedente queste voci erano denominate "contributi in conto capitale da regione e provincia autonoma indistinti" e "contributi in conto capitale da regione e provincia autonoma vincolati", e ciò rendeva problematica l'iscrizione di contributi in conto capitale concessi da altri soggetti.

Ciò premesso, occorre ora approfondire la problematica relativa all'inclusione, all'interno della macroclasse in esame, dei contributi in conto capitale. Infatti, secondo le indicazioni contenute nelle "*Linee di guida*" della Ragioneria Generale dello Stato e poi riprese da i Mattoni 14, i contributi di cui si discute devono essere gradualmente accreditati al conto economico, al fine di sterilizzare le quote di ammortamento rilevate nel periodo sui cespiti ad essi idealmente collegati. Quindi i contributi vengono considerati come *elementi del patrimonio netto rettificativi di costi pluriennali*, e ciò, pur alla luce delle specificità proprie alle aziende sanitarie pubbliche, desta più di una perplessità per gli effetti che produce. Inoltre non si può non sottolineare la potenziale *sistematicità* dei contributi in oggetto per le aziende sanitarie pubbliche a fronte della sostanziale *occasionalità* dei contributi medesimi per le realtà private *for profit*.

La classe successiva è quella del "fondo di dotazione", che esprime quello che nelle aziende di natura privatistica è il "Capitale sociale" e nasce dalla differenza tra le voci dell'attivo e del passivo patrimoniale.

Il fondo di dotazione viene, in prima analisi, determinato in sede di redazione della situazione patrimoniale iniziale dell'azienda e non può subire variazioni nel corso della vita aziendale, salvo eccezioni quali: la

rideterminazione del patrimonio netto iniziale dell'azienda; il ripiano di perdite sorte antecedentemente alla determinazione del patrimonio netto iniziale. Vi potrebbero essere inoltre particolari disposizioni o autorizzazioni della Regione in merito a destinazioni a fondo di dotazione, in via eccezionale e per "patrimonializzare" l'azienda, di particolari riserve del patrimonio netto (ad es. riserve da donazione) o utili conseguiti ed accantonamenti in attesa di destinazione.

Per quanto concerne la classe dei "Versamenti per ripiani perdite", suddivisi per anno di riferimento della perdita medesima, si concorda con l'ipotesi che si debba trattare di poste aventi natura transitoria, relative ad ammontari concessi a fronte di perdite pregresse per le quali, alla data di chiusura dell'esercizio, non si fosse ancora provveduto ad effettuare le rilevazioni contabili di "copertura".

Accoglie l'ammontare delle risorse che la Regione destina a copertura delle perdite. L'iscrizione in tale voce, a contropartita è un credito v/regione per ripiano perdite (voce B.11.1.C.3 dell'attivo), deve avvenire all'atto della delibera regionale di formalizzazione del ripiano perdite, indipendentemente dall'effettiva erogazione finanziaria.

Il fatto che nello schema si preveda un'articolazione dei contributi in oggetto per anno di riferimento della perdita si giustifica quindi solamente alla luce dell'ipotesi che siano stati concessi contemporaneamente contributi destinati alla copertura di perdite portate a nuovo in relazione a più periodi, non apparendo proponibile il mantenere i contributi in esame negli stati patrimoniali successivi, senza aver provveduto al loro utilizzo per coprire le perdite pregresse a fronte delle quali sono stati concessi.

La classe relativa agli "Utili (perdite) portati a nuovo" non richiede ulteriori particolari commenti. Come già indicato, infatti, essa si riferisce all'ipotesi

di iscrivere negli stati patrimoniali successivi a quello di verificaione gli utili o le perdite precedentemente rilevati.

L'ultima classe del *Patrimonio netto* è infine destinata ad accogliere il risultato economico di periodo, risultato che, tuttavia, per quanto precedentemente illustrato in relazione alla gestione contabile dei contributi in conto capitale e delle connesse modalità di sterilizzazione degli ammortamenti, non esprime la “variazione del patrimonio netto intervenuta nel periodo per effetto della gestione”.

La macroclasse *B) Fondi per rischi ed oneri*, è designata ad accogliere i fondi alimentati con accantonamenti che, sulla base delle indicazioni contenute nel III comma dell'art. 2424 bis, “(...) sono destinati a coprire perdite o debiti di natura determinata, di esistenza certa o probabile, dei quali, tuttavia, alla chiusura dell'esercizio sono indeterminati o l'ammontare o la data di sopravvenienza”. Come è noto, in questa macroclasse non possono essere esposti fondi aventi natura rettificativa di elementi attivi, in quanto questi ultimi vengono indicati al netto dei correlativi fondi di ammortamento, svalutazione, deprezzamento, ecc. Come già nello stato patrimoniale civilistico, la macroclasse in oggetto non si articola in classi, ma nelle seguenti tre voci¹⁴⁹:

- 1) Per imposte;
- 2) Rischi;
- 3) Altri.

Nello schema di stato patrimoniale ministeriale nessuna indicazione viene fornita in relazione ai previsti tempi di utilizzo, entro od oltre i dodici mesi, per i predetti fondi, non permettendo in tal modo una riclassificazione dello

¹⁴⁹ Il processo di contestualizzazione ha peraltro portato ad un'articolazione diversa da quella di cui all'art.2424:

- 1) per trattamento di quiescenza e obblighi simili;
- 2) per imposte;
- 3) altri.

stato patrimoniale sulla base del criterio finanziario.

Il fondo “per imposte” è destinato ad accogliere passività di natura tributaria per le quali non ricorrano ancora i presupposti giuridici per considerare le medesime come “debiti”, nel quale caso l’esposizione degli ammontari relativi deve avvenire utilizzando la voce espressamente prevista, “debiti tributari”, nell’ambito della macroclasse *D) Debiti*.

I fondi “Rischi”, non vengono altrimenti specificati. Secondo le “*Linee di guida*”, essi “*costituiscono una forma di cautela per l’azienda a fronte di rischi specifici, legati al verificarsi di particolari eventi incerti e dannosi, quali incendi, avarie di magazzino, furti, perdite su crediti, e così via. L’accensione dei fondi in discorso sarà opportuna solo se esistono quantificabili e qualificabili rischi da permettere una previsione attendibile*”.

Pur condividendo, in linea di massima, la descrizione generale proposta per la fattispecie in oggetto, dobbiamo tuttavia osservare che la costituzione di fondi rischi in relazione agli eventi espressamente richiamati (gli incendi, i furti e le “avarie” di magazzino) sembra essere alquanto sconcertante, poiché sulla base delle migliori indicazioni elaborate dalla prassi contabile, un fondo rischi può essere costituito solo a fronte di specifici eventi negativi già latenti, ma non ancora manifestatisi alla data di redazione del bilancio, rispetto ai quali si ritenga probabile la futura verifica e sia anche possibile stimare con sufficiente ragionevolezza l’onere che ne scaturirà per l’azienda: non comprendiamo quindi come gli esempi proposti possano riflettere le condizioni in tal modo richieste per la costituzione di un fondo rischi.

Problematico appare anche il riferimento operato in relazione ad eventuali “fondi rischi” costituiti a fronte di “perdite (presunte) su crediti”, stante la

natura sostanzialmente rettificativi di tali fondi, i quali, quindi, qualora costituiti, devono essere portati in diminuzione dei correlativi crediti, che sono quindi esposti in bilancio al loro “*valore di presumibile realizzazione*”, così come espressamente richiesto dal punto 8 dell’art. 2426 c.c.

Si deve infine sottolineare la necessità di sub-articolare opportunamente la voce in esame, al limite nell’ambito della sola nota integrativa.

Assolutamente generica, ancorché opportuna, appare la voce di chiusura “altri”. Anche in questo caso la generica voce in esame deve trovare una più puntuale specificazione dei singoli fondi componenti o attraverso la sua disaggregazione in sottovoci nel prospetto contabile o, almeno nell’ambito della sola nota integrativa.

La macroclasse *C) Trattamento di fine rapporto* si suddivide nelle seguenti due voci: 1) premi di operosità e 2) trattamento di fine rapporto. È da notare che nello schema ministeriale precedente la macroclasse in esame era denominata “Premio di operosità medici SUMAI”.

La macroclasse *D) Debiti* è destinata ad accogliere gli importi derivanti da obbligazioni a pagare ammontari determinati, di solito ad una data prestabilita e risulta così articolata:

- 1) mutui;
- 2) regione e prov. Autonoma;
- 3) comune;
- 4) aziende sanitarie pubbliche;
- 5) ARPA;
- 6) debiti verso fornitori;
- 7) debiti verso istituto tesoriere;
- 8) debiti tributari;

- 9) debiti verso istituti di previdenza;
- 10) altri debiti.

L'elencazione proposta appare soddisfacente ed in grado di accogliere, se del caso subarticolando la voce residuale "altri debiti", qualunque fattispecie si possa concretamente prefigurare. Si deve tuttavia sottolineare come la reiterata (ancorché coerente) mancanza dell'esplicitazione degli importi relativi ai debiti esigibili entro i dodici mesi successivi privi il lettore di una rilevante informazione di natura finanziaria, contribuendo ad interdire, al soggetto esterno, la possibilità di operare la riclassificazione in chiave finanziaria dello stato patrimoniale sulla base delle sole informazioni emergenti dal prospetto contabile.

Per quanto concerne, infine, le due ultime macroclassi, *E) Ratei e risconti* ed *F) Conti d'ordine*, si rinvia alle considerazioni precedentemente esposte per le loro omologhe nell'ambito dell'analisi dell'attivo dello stato patrimoniale.

2. LA CONTABILIZZAZIONE DELLA SPESA SANITARIA IN UN SISTEMA FEDERALISTA

La sanità pubblica è il settore che, ormai da molti anni, più incide sulla finanza regionale: infatti le somme destinate dalle Regioni al servizio sanitario, ammontano a circa il 73,3 per cento del totale delle spese¹⁵⁰. Il peso di tali somme, pur in presenza di un leggero calo avvenuto nel 2009 rispetto all'anno precedente, rimane comunque notevole e particolarmente difficile nella sua gestione.

Questo importante impegno finanziario sui bilanci pubblici, comporta

¹⁵⁰ E' quanto si rileva dalle comunicazioni inerenti al Patto di stabilità, con riferimento alla spesa corrente sanitaria. Si veda la relazione della Corte dei Conti, Sezioni autonomie locali, sulla "Gestione finanziaria delle regioni per gli esercizi 2008-2009, Deliberazione n. 17/sezaut//2010/frg.

sempre continui monitoraggi e ricerca di nuovi sistemi per il controllo della spesa e della sua riduzione, anche se ciò è di notevole difficoltà sia per la complessità del sistema che per l'incapacità delle Regioni di avere dati attendibili che siano "fissati" ad un certo momento storico¹⁵¹

In termini assoluti la spesa tra il 2007 e il 2009 è continuata a crescere (+9 miliardi nel triennio considerato); il maggior incremento si è avuto nel 2008 (+6,6% sul 2007), con un rallentamento nel 2009 (+0,4% sul 2008), mentre in termini percentuali la dinamica della spesa corrente per il SSN, che, era in crescita nel periodo 2000-2005 ad un tasso medio annuo del 7,3 per cento, ha fatto registrare, nel triennio 2007-2009, un valore medio più contenuto, pari al 2,9 per cento.

Tabella 0-2- Spesa corrente per il Servizio sanitario nazionale anni 2006/2009

Anni (Milioni di euro)				Variazioni percentuali			Incremento medio annuo 2007/09
2006	2007	2008	2009	07/06	08/07	09/08	
101.379	101.743	108.486	110.588	0,4	6,6	1,9	2,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Relazione unificata economia e finanza maggio 2010 (Corte dei Conti, 2010)

Il Patto per la Salute¹⁵² predispone il settore sanitario ad un processo di autovalutazione dei Servizi Sanitari Regionali, da attuarsi sia mediante l'obbligo di certificazione delle procedure e dei dati contabili, al fine di

¹⁵¹ Si veda Corte dei Conti, sez. autonomie locali, Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni per gli esercizi 2008-2009, cit. Nella stessa relazione si ammette che: "I bilanci delle aziende sanitarie, sono sottoposti a verifica da parte delle Regioni di appartenenza, e possono subire anche più variazioni a distanza di tempo; i conti inviati dalle Regioni al Ministero della Salute sono sottoposti a verifiche, e i risultati sono di continuo rettificati a seguito dei confronti nei tavoli tecnici. Ciò dà ragione, tra l'altro, anche della difformità di alcuni dati esposti nella relazione dello scorso anno, pur se riferiti ad anni precedenti, con i dati riportati nelle serie storiche del presente elaborato. Ulteriori rettifiche, poi, sicuramente interverranno in esito alle verifiche effettuate dai tavoli tecnici tra il momento delle acquisizioni istruttorie su cui si basa la presente relazione, e la pubblicazione della medesima."

¹⁵² Il Patto per la Salute contiene disposizioni finanziarie e programmatiche indicanti i provvedimenti che le Regioni sono tenute ad attuare per: a) raggiungere l'obiettivo dell'equilibrio economico all'interno del bilancio annuale; b) valutare l'erogazione dei LEA sotto il profilo dell'appropriatezza e della qualità; c) accedere alle risorse integrative.

costituire una base di dati affidabile e omogenea su cui calcolare i valori standard di costo e fabbisogno e confrontare i risultati.

Tabella 0-3- Modello di consolidamento

ISTITUZIONI	CONTROLLO OPERATIVO	CONTROLLO DI GESTIONE	STRUMENTI
MINISTERI DELLA SALUTE E DELL'ECONOMIA	DATI DI ATTIVITA', CONTO ANNUALE	PIANO SANITARIO NAZIONALE, FINANZIARIA	FLUSSI AUTENTICATI
REGIONE	BILANCIO CONSOLIDATO REGIONALE	RIPARTO DEL FONDO, PSR	PIATTAFORMA ERP
AZIENDA SANITARIA	BILANCIO CONSOLIDATO	BUDGET DI AZIENDA	
DISTRETTO PRESIDIO	BILANCIO		
MMG/PLS			

Purtroppo il consolidamento dei bilanci delle ASL, all'interno dei bilanci delle Regioni, avviene senza una chiara base contabile¹⁵³, divenendo, in alcuni casi, sommatorie di dati disomogenei che rendono gli aggregati di bilancio scarsamente significativi¹⁵⁴.

La tabella seguente mostra sinotticamente per gli anni 2007, 2008 e 2009 i costi e i ricavi ed i risultati d'esercizio ripartiti per Regione.

¹⁵³ PERSIANI N. (2006), Rilevazione e controllo contabile della spesa delle aziende sanitarie, Nota 12/2006 del CERM

¹⁵⁴ PAMMOLLI F., SALERNO N.C., (2005), *Sanità alla ricerca di regole nella "traversata" federalista: alcune osservazioni "futuriste" tra economia e politica*, Quaderni CERM 2/05.

Tabella 0-4- COSTI E RICAVI DEL SSN Anni 2007 - 2009

COSTI E RICAVI DEL SSN Anni 2007 - 2009

(milioni di euro)

	2007					2008					2009				
	Saldi Mobilità RISULTATO				procapite	Saldi Mobilità RISULTATO				procapite	Saldi Mobilità RISULTATO				procapite
	COSTI	RICAVI	Sanitaria	DI		COSTI	RICAVI	Sanitaria	DI		COSTI	RICAVI	Sanitaria	DI	
interregionale ESERCIZIO				euro	interregionale ESERCIZIO				euro	Valori 2007				euro	
PIEMONTE V.	-7.900,270	7.934,359	-3,399	30,690	7	-8.271,230	8.279,739	-3,056	5,454	1	-8.519,651	8.539,967	-3,056	17,261	4
AOSTA	-251,834	254,694	-16,387	-13,527	-108	-264,566	266,139	-14,296	-12,723	-101	-270,015	267,424	-14,296	-16,887	-133
LOMBARDIA	-16.430,335	15.999,137	441,008	9,810	1	-16.973,833	16.532,229	445,735	4,131	0	-17.406,092	16.986,027	445,735	25,670	3
PA BOLZANO	-1.068,885	1.083,699	7,589	22,403	46	-1.116,048	1.125,725	5,616	15,293	31	-1.114,869	1.122,803	5,616	13,550	27
PA TRENTO	-976,016	984,530	-16,993	-8,478	-17	-1.013,947	1.018,534	-14,824	-10,237	-20	-1.064,368	1.070,568	-14,824	-8,624	-17
VENETO	-8.446,109	8.421,658	99,867	75,417	16	-8.637,731	8.608,266	97,081	67,616	14	-8.914,682	8.716,175	97,081	-101,425	-21
FRIULI	-2.194,699	2.218,813	15,361	39,476	32	-2.365,234	2.366,449	20,569	21,784	18	-2.451,950	2.440,678	20,569	9,297	8
LIGURIA	-3.149,880	3.025,815	-17,745	-141,810	-88	-3.226,427	3.136,446	-20,136	-110,117	-68	-3.309,860	3.230,443	-20,136	-99,553	-62
E. ROMAGNA	-7.821,722	7.520,181	327,467	25,926	6	-8.153,699	7.842,693	337,507	26,501	6	-8.438,622	8.140,115	337,507	39,000	9
TOSCANA	-6.641,939	6.577,594	106,589	42,244	12	-6.878,030	6.772,395	102,274	-3,360	-1	-7.040,774	6.952,261	102,274	13,761	4
UMBRIA	-1.525,698	1.517,256	15,328	6,886	8	-1.584,136	1.577,343	15,316	8,523	10	-1.626,084	1.624,092	15,316	13,325	15
MARCHE	-2.572,859	2.631,093	-43,212	15,022	10	-2.681,263	2.756,258	-38,189	36,806	24	-2.799,268	2.852,416	-38,189	14,959	10
LAZIO	-11.173,781	9.494,286	44,548	-1.634,947	-296	-11.261,329	9.551,895	44,919	-1.664,515	-298	-11.280,596	9.863,948	44,919	-1.371,728	-244
ABRUZZO	-2.385,403	2.237,668	-3,732	-151,467	-115	-2.394,114	2.300,256	-29,640	-123,498	-93	-2.408,173	2.388,905	-29,640	-48,907	-37
MOLISE	-636,104	547,630	21,845	-66,630	-208	-658,463	559,511	28,514	-70,438	-220	-676,000	575,192	28,514	-72,294	-225
CAMPANIA	-9.878,302	9.295,080	-280,472	-863,694	-149	-10.230,963	9.705,463	-289,258	-814,758	-140	-10.187,342	9.751,501	-289,258	-725,099	-125
PUGLIA	-6.869,762	6.731,893	-174,977	-312,846	-77	-7.199,811	7.001,414	-159,771	-358,167	-88	-7.202,327	7.069,743	-159,771	-292,355	-72
BASILICAT	-988,984	1.010,475	-39,079	-17,588	-30	-1.026,671	1.037,194	-39,673	-29,150	-49	-1.038,571	1.056,427	-39,673	-21,817	-37
A	-3.456,280	3.509,510	-223,069	-169,838	-85	-3.421,684	3.583,969	-227,723	-65,438	-33	-3.501,139	3.506,484	-227,723	-222,378	-111
CALABRIA	-8.472,527	8.097,346	-198,697	-573,879	-114	-8.386,370	8.323,663	-198,884	-261,591	-52	-8.519,672	8.485,875	-198,884	-232,681	-46
SICILIA	-2.734,156	2.773,514	-61,841	-22,483	-14	-2.943,371	2.874,665	-62,082	-130,788	-78	-3.050,405	2.919,408	-62,082	-193,079	-116
TOTALE	-105.575,545	101.866,232	0,000	-3.709,313	-62	-108.688,919	105.220,246	-0,000	-3.468,674	-58	-110.820,459	107.560,452	-0,000	-3.260,008	-54
	SOLO PERDITE		-3.977,186			SOLO PERDITE		-3.654,781			SOLO PERDITE		-3.406,829		
	SOLO UTILI		267,874			SOLO UTILI		186,107			SOLO UTILI		146,821		

Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE

Dati del Sistema Informativo Sanitario (SIS): di consuntivo per gli anni 2007 e 2008; al IV° trimestre per l'anno 2009 (questi ultimi risultano aggiornati alla data del 22 marzo 2010).

I valori dei saldi della mobilità interregionale non sono ancora aggiornati in relazione agli esiti degli accordi regionali bilaterali per la composizione delle controversie concernenti i relativi importi di addebito e di accredito. Il risultato di esercizio può differire da quello risultante dal Tavolo di Verifica degli Adempimenti che opera a decorrere dal 2001 sulla base di una metodologia concordata con le regioni.

Il rapporto tra costo complessivo e PIL si attesta, nel 2009, al 7,2% manifestando un lieve incremento rispetto al risultato degli anni precedenti, ma pur sempre in linea con la media dell'ultimo quadriennio. Rispetto al 2008 il livello di costo, al netto di altri enti finanziati con il FSN, espone un incremento percentuale pari all'1,96%.¹⁵⁵

Considerevole la crescita dei costi dall'anno 2005 (costo totale 98.621 milioni) al 2009 (costo totale 110.820 milioni) che ha segnato un incremento complessivo del 12,37%.

Si registra, peraltro, un andamento decrescente degli incrementi annuali: 3,58% nel 2006 sul 2005, 3,35% nel 2007 sul 2006, 2,95% nel 2008 sul 2007, 1,96% nel 2009 sul 2008.

Nel medesimo periodo, la crescita dei ricavi non riesce comunque a coprire i costi, con il perdurante effetto della reiterazione dei disavanzi.

Dal confronto interregionale dei risultati d'esercizio del 2009 rispetto al 2008 e al 2007 emerge una realtà differenziata che vede i disavanzi concentrarsi al Centro-Sud; il che consente di focalizzare fenomeni particolarmente critici, ove le situazioni di squilibrio, oltre che ad inefficienze organizzative e gestionali, si coniugano altresì ad aspetti nevralgici di alcune realtà. Ciò vale specialmente per Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna cui è attribuibile il maggiore contributo alla formazione del disavanzo complessivo anno 2009, di 3.037,3 milioni di euro, delle tredici Regioni che presentano un risultato negativo in base ai dati di CE – IV trimestre. Tuttavia, anche per tali Regioni, grazie al deciso sforzo di risanamento posto in essere per l'attuazione dei Piani di rientro, che ha introdotto il sistema di responsabilizzazione delle Regioni anche basato sul sistema sanzionatorio¹⁵⁶ è riscontrabile un miglioramento dei risultati di esercizio anche nel 2009 e una progressiva diminuzione dei deficit a partire dal 2004.

Una delle conseguenze di questa situazione (quella a più alto livello nella "gerarchia" di finanza pubblica) è che la verifica dei conti ai fini del Patto Interno di Stabilità rimane soggetta ad una alea che complica sia la comprensione degli andamenti reali in corso sia le scelte di politica economica. Questa alea inevitabilmente si trasferisce al Programma di Stabilità che l'Italia presenta in Europa e all'interno del quale le previsioni e le proiezioni di lungo termine della

¹⁵⁵ Corte dei Conti, Sezione delle Autonomie, Relazione sulla gestione finanziaria Esercizi 2008-2009, Deliberazione n. 17/sezaut/2010/frag.

¹⁵⁶ Art. 1, comma 174 della legge 311/2004 per le Regioni che non hanno sottoscritto il piano di rientro e art. 1, comma 796, lett. b) della legge 296/2006 per quelle che lo hanno sottoscritto.

spesa sanitaria hanno un peso di rilievo¹⁵⁷.

Per comprendere meglio l'evoluzione della spesa sanitaria è interessante è anche avere la visione dei costi per funzioni di spesa riguardo agli anni 2003-2006, evidenziati nella tabella seguente.

¹⁵⁷ L'ECOFIN, con raccomandazione dello scorso novembre 2009, aveva sollecitato l'Italia a mettere in atto entro il 2 giugno 2010 provvedimenti che riportassero i saldi di finanza pubblica entro i livelli concordati nell'ambito del Patto di Stabilità e Crescita. Con la manovra di stabilizzazione della finanza pubblica 2010, varata con decreto legge il 31 maggio 2010 (D.L. n. 78/10), si è parzialmente modificato il quadro delle risorse per il SSN delineato dall'Intesa

Tabella 0-5- Costi del SSN per Funzione di Spesa Anni 2003 - 2006

Regione	2003		2004		2005		2006		Numeri Indici 2001=100			
	Costi	+ / - Anno Preced.	2003	2004	2005	2006						
Piemonte	1.668,783	8,6%	2.197,946	31,7%	2.200,013	0,1%	2.229,484	1,3%	113,1	148,9	149,1	151,0
Valle d'Aosta	61,129	3,1%	63,096	3,2%	69,935	10,8%	78,574	12,4%	121,5	125,4	139,0	156,1
Lombardia	2.974,293	4,2%	3.008,986	1,2%	3.903,271	29,7%	4.055,993	3,9%	111,2	112,5	145,9	151,6
Prov. Auton. Bolzano	288,901	9,9%	287,154	-0,6%	301,93	5,1%	301,284	-0,2%	127,1	126,3	132,8	132,5
Prov. Auton. Trento	221,825	0,8%	231,727	4,5%	249,303	7,6%	250,065	0,3%	111,7	116,6	125,5	125,9
Veneto	1.983,781	7,0%	2.130,840	7,4%	2.380,116	11,7%	2.428,011	2,0%	114,9	123,4	137,8	140,6
Friuli Venezia Giulia	532,177	10,8%	624,155	17,3%	681,038	9,1%	694,752	2,0%	115,6	135,6	147,9	150,9
Liguria	655,320	7,6%	900,549	37,4%	854,763	-5,1%	909,174	6,4%	113,1	155,4	147,5	156,9
Emilia Romagna	1.890,358	10,1%	2.091,030	10,6%	2.338,474	11,8%	2.347,078	0,4%	121,3	134,2	150,1	150,7
Toscana	1.672,580	10,2%	1.889,762	13,0%	2.131,195	12,8%	2.120,282	-0,5%	120,3	135,9	153,2	152,4
Umbria	444,075	22,1%	447,302	0,7%	495,432	10,8%	501,332	1,2%	139,1	140,1	155,2	157,1
Marche	613,003	3,0%	731,725	19,4%	773,461	5,7%	777,258	0,5%	110,2	131,6	139,1	139,7
Lazio	1.701,516	20,4%	1.920,743	12,9%	2.731,630	42,2%	2.706,271	-0,9%	139,2	157,2	223,5	221,4
Abruzzo	474,979	8,1%	516,837	8,8%	660,340	27,8%	626,833	-5,1%	120,8	131,4	167,9	159,4
Molise	123,666	18,3%	128,124	3,6%	154,639	20,7%	145,970	-5,6%	124,3	128,8	155,4	146,7
Campania	1.502,218	16,7%	1.859,555	23,8%	2.449,680	31,7%	2.189,701	-10,6%	135,6	167,8	221,1	197,6
Puglia	1.283,308	17,1%	1.369,517	6,7%	1.723,990	25,9%	1.634,338	-5,2%	128,0	136,6	172,0	163,0
Basilicata	214,045	15,9%	223,004	4,2%	273,132	22,5%	249,525	-8,6%	123,6	128,8	157,7	144,1
Calabria	505,991	10,7%	609,856	20,5%	567,712	-6,9%	666,055	17,3%	123,4	148,7	138,4	162,4
Sicilia	1.279,770	17,3%	1.526,969	19,3%	1.875,037	22,8%	1.889,597	0,8%	125,5	149,7	183,8	185,3
Sardegna	561,604	4,2%	607,029	8,1%	740,468	22,0%	714,670	-3,5%	116,8	126,2	154,0	148,6
ITALIA	20.653,322	10,5%	23.365,906	13,1%	27.555,559	17,9%	27.516,247	-0,1%	120,6	136,4	160,9	160,7

Tra le diverse misure adottate per contenere la spesa sanitaria, si è stabilito che la spesa per il personale¹⁵⁸, che è la maggiore spesa nella sanità, nel triennio 2010/2012 non potrà superare, per ciascuno degli anni considerati, il corrispondente ammontare del 2004 diminuito dell'1,4%¹⁵⁹. L'obiettivo della riduzione della spesa per il personale è da conseguirsi anche mediante riduzione della consistenza del personale e la relativa riduzione dei fondi per la contrattazione integrativa. I dati 2005-2006 riguardanti il personale del Servizio sanitario nazionale sono evidenziati nella tabelle successiva.

Tabella 0-6 -Dipendenti del SSN (Anni 2005-2006)

Regione	2005	2006	VAR. % 2006/2005
Piemonte	55.848	56.291	0,8%
Valle d'Aosta	1.889	2.004	6,1%
Lombardia	95.251	91.495	-0,8%
Prov. Auton. Bolzano	7.916	8.051	1,7%
Prov. Auton. Trento	7.011	7.063	0,7%
Veneto	57.232	57.777	1,0%
Friuli Venezia Giulia	16.125	17.330	7,5%
Liguria	21.621	21.703	0,4%
Emilia Romagna	54.110	55.588	2,7%
Toscana	47.636	49.344	3,6%
Umbria	10.776	10.759	-0,2%
Marche	17.701	18.006	1,7%
Lazio	50.176	48.368	-3,6%
Abruzzo	15.326	15.725	2,6%
Molise	3.925	4.025	2,5%
Campania	54.842	55.560	1,3%
Puglia	35.052	35.440	1,1%
Basilicata	6.516	6.579	1,0%
Calabria	22.846	22.996	0,7%
Sicilia	48.016	47.831	-0,4%
Sardegna	20.904	20.652	-1,2%
ITALIA	647.719	652.587	0,8%

¹⁵⁸ La sede è il Tavolo tecnico per gli obiettivi economici e di Comitato paritetico per la valutazione dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, le misure di contenimento della spesa per il personale e la razionalizzazione della rete ospedaliera.

¹⁵⁹ Tale disposizione costituisce proroga al 2010 della norma contenuta nella finanziaria 2007 per il triennio 2007/09.

Alla luce delle polemiche politiche e giornalistiche circa la sproporzione tra il costo del personale in Calabria rispetto al resto d'Italia, mi è sembrato interessante mettere a confronto l'incidenza percentuale del costo del personale ospedaliero sul costo totale del personale in Italia con quella calabrese per il periodo 2002-2004, così come evidenziato nella tabella seguente.

Tabella 0-7 -Incidenza percentuale del Costo del Personale Ospedaliero sul Costo Totale del Personale - Raffronto

	ANNO 2002 Indicatore	ANNO 2003 Indicatore	ANNO 2004 Indicatore	ANNO 2004	
				Costo Pers. Ospedaliero (in Migliaia di Euro)	Costo Totale Personale (in Migliaia di Euro)
Calabria	67,9%	69,4%	67,9%	724.430	1.067.653
ITALIA	64,2%	64,6%	63,4%	18.697.652	29.474.824
Parametro di Riferimento	64,2%	64,6%	63,4%	-	-

Appare pure utile, per comprendere il peso del costo del personale, evidenziare il numero personale dipendente del SSN secondo i ruoli ricoperti, suddivisi tra le Regioni.

Tabella 0-8 - personale dipendente del SSN suddiviso per ruoli

Regione	RUOLI				TOTALE	DI CUI	
	Sanitario	Professionale	Tecnico	Amministrativo		Medici e Odont.	Pers. Infermieristico
Piemonte	36.684	110	11.415	8.081	56.291	8.606	21.150
Valle d'Aosta	1.277	5	428	294	2.004	297	677
Lombardia	60.567	221	19.386	11.317	91.495	12.686	35.575
Prov. Auton. Bolzano	4.910	26	1.949	1.114	8.051	870	2.807
Prov. Auton. Trento	4.459	12	1.755	836	7.063	881	2.717
Veneto	39.669	119	11.758	6.231	57.777	7.577	25.349
Friuli Venezia Giulia	11.738	40	3.815	1.737	17.330	2.279	7.189
Liguria	15.365	46	3.835	2.456	21.703	3.337	9.303
Emilia Romagna	39.861	178	9.663	5.886	55.588	8.062	23.940
Toscana	35.103	157	8.927	5.110	49.344	7.383	21.244
Umbria	7.979	30	1.768	977	10.759	1.833	4.701
Marche	13.074	26	3.088	1.810	18.006	2.831	7.877
Lazio	35.818	131	6.329	6.084	48.368	9.445	20.353
Abruzzo	11.088	28	2.823	1.783	15.725	2.827	6.699
Molise	2.905	5	753	362	4.025	724	1.621
Campania	38.908	156	9.794	6.640	55.560	10.838	22.600
Puglia	24.806	87	6.354	4.119	35.440	6.363	13.993
Basilicata	4.733	15	1.198	633	6.579	1.118	2.816
Calabria	15.375	59	4.008	3.529	22.996	4.319	8.567
Sicilia	33.084	106	8.894	5.646	47.831	9.837	18.151
Sardegna	14.851	41	3.790	1.968	20.652	3.747	8.115
ITALIA	452.254	1.598	121.730	76.613	652.587	105.860	265.444

Le Regioni, per rientrare dei deficit accumulati si sono obbligate a ridimensionare la rete ospedaliera e incrementarne l'uso appropriato, anche promuovendo il passaggio dall'assistenza ospedaliera al ricovero diurno e al regime di assistenza ambulatoriale, e favorendo forme di assistenza residenziale e domiciliare.

A tal proposito è interessante avere la visione nazionale della distribuzione, suddivisa per Regione, delle giornate di degenza per l'anno 2006.

Tabella 0-9- Distribuzione per Regione delle Giornate di Degenza - Anno 2006

Regione	Acuti						Riabilitazione						Lungodegenza Numero
	Regime Ordinario		Day Hospital		Totale		Regime Ordinario		Day Hospital		Totale		
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	
Piemonte	3.768.667	85,8	625.851	14,2	4.394.518	100	938.293	95,6	40.490	4,1	978.783	100	379.495
Valle d'Aosta	119.774	84,9	21.368	15,1	141.142	100	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	8.691.191	89,4	1.029.438	10,6	9.720.629	100	2.242.304	92,9	171.481	7,1	2.413.785	100	127.270
Prov. Auton. Bolzano	511.787	90,3	54.686	9,7	566.473	100	60.120	97,2	1.735	2,8	61.855	100	57.735
Prov. Auton. Trento	438.419	92,2	36.956	7,8	475.375	100	117.603	90,06	12.222	9,4	129.825	100	96.824
Veneto	4.449.740	87,4	641.925	12,6	5.091.665	100	528.089	84,1	99.806	15,9	627.895	100	312.326
Friuli Venezia Giulia	1.152.604	91,8	102.451	8,2	1.255.055	100	78.161	98,1	1.502	1,9	79.663	100	29.533
Liguria	1.625.694	77,2	480.236	22,8	2.105.930	100	194.301	93,1	14.414	6,9	208.715	100	-
Emilia Romagna	3.969.640	82,0	873.805	18,0	4.843.445	100	528.717	89,8	59.767	10,2	588.484	100	1.004.594
Toscana	3.137.483	84,4	580.288	15,6	3.717.771	100	229.736	90,7	23.575	9,3	253.311	100	91.481
Umbria	729.076	84,7	131.742	15,3	860.818	100	58.229	82,0	12.792	18,0	71.021	100	4.585
Marche (1)	1.353.085	93,5	94.121	6,5	1.447.206	100	102.778	98,4	1.682	1,6	104.460	100	133.937
Lazio	5.846.919	82,8	1.217.478	17,2	7.064.397	100	1.415.466	79,5	365.392	20,5	1.780.858	100	477.143
Abruzzo	1.323.219	86,0	215.617	14,0	1.538.836	100	204.341	97,6	4.959	2,4	209.300	100	26.562
Molise (1)	419.380	92,1	35.858	7,9	455.238	100	71.685	98,0	1.477	2,0	73.162	100	6.774
Campania	4.315.798	79,2	1.130.775	20,8	5.446.573	100	431.671	87,4	62.044	12,6	493.715	100	446.340
Puglia	3.856.468	90,4	407.704	9,6	4.264.172	100	377.082	97,8	8.412	2,2	385.494	100	131.409
Basilicata	435.496	79,5	112.257	20,5	547.753	100	43.648	88,1	5.918	11,9	49.566	100	10.523
Calabria	1.614.600	83,3	324.573	16,7	1.939.173	100	157.957	93,5	10.975	6,5	168.932	100	106.548
Sicilia	3.948.682	74,9	1.326.308	25,1	5.274.990	100	267.069	82,3	57.586	17,7	324.655	100	121.248
Sardegna	1.485.635	87,8	207.095	12,2	1.692.730	100	21.303	79,9	5.348	20,1	26.651	100	39.449
ITALIA	53.193.357	84,6	9.650.532	15,4	62.843.889	100	8.068.553	89,4	961.577	10,6	9.030.130	100	3.603.776

L'attuale Patto non si limita a valutare i sistemi sanitari regionali non solo in funzione dell'obiettivo contabile dell'equilibrio economico, ma anche della qualità dei servizi sanitari prodotti¹⁶⁰, dell'appropriatezza e della soddisfazione del cittadino, vista anche la rilevanza costituzionale che il diritto alla salute ha quale bene fondamentale della persona e della collettività.

¹⁶⁰ Da ciò, oltre che dalla prossima definizione dei nuovi LEA, deriva la necessità di rivedere ed integrare gli indicatori attualmente in uso, poiché gran parte di essi è orientato su misurazioni di efficienza (utilizzo delle risorse) e non di efficacia (conseguimento dei risultati). L'aggiornamento del sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali è attualmente allo studio dell'Agenas. Il Ministero della Salute, in attesa del nuovo sistema di valutazione, ha affidato al laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, l'elaborazione di un primo insieme di 34 indicatori per la valutazione dei sistemi sanitari regionali, sulla base dei dati riferiti al 2008. Gli indicatori non misurano grandezze finanziarie o di costo, ma esclusivamente l'efficienza nell'uso delle risorse, l'appropriatezza, la qualità clinica e l'efficacia delle cure erogate da ciascuno dei tre livelli assistenziali: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza territoriale, assistenza ospedaliera. Gli indicatori consentono il "benchmarking", ovvero il confronto sistematico dei risultati, sia tra i Servizi sanitari regionali, che, all'interno di ciascuno di essi, tra le aziende sanitarie e ospedaliere, permettendo così di evidenziare, accanto ai valori medi, gli scostamenti dai valori obiettivo e quindi le inefficienze da correggere.

3. LA RETE DEI CONTROLLI IN SANITÀ

La Corte dei Conti, sezione Autonomie Locali, nella “Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni per gli esercizi 2008 - 2009”¹⁶¹, ha ribadito che la sanità pubblica è il settore che più incide sulla finanza regionale, dal momento che la maggior parte delle risorse (oltre il 73 per cento sul totale delle spese delle Regioni) sono destinate al servizio sanitario, secondo quanto rilevato dalle comunicazioni inerenti al Patto di stabilità, con riferimento alla spesa corrente sanitaria.

Certamente questa “esplosione” delle spese sanitarie, è stata facilitata da una carenza nei controlli contabili. E’ opportuno, pertanto, inquadrare lo stato dei controlli interni (con i compiti che la legge assegna al collegio sindacale dell’ASL e dell’Azienda Ospedaliera) e quelli esterni (affidati alla Corte dei conti) e cercare di capire dove quali sono le cause di questi mancati controlli.

Nella ricostruzione della "rete" dei controlli si possono schematicamente individuare, per una prima riflessione, nella congerie di controlli e verifiche che interessano il sistema, ai fini del discorso :

un **controllo interno**, da rileggersi oggi in base al citato d. lgs. 286/1999, diretto a dare agli enti una maggiore "consapevolezza" delle proprie azioni, e dunque una capacità di autovalutarsi e di autocorreggersi, migliorando le proprie prestazioni e la risposta alle attese dell’utenza;

un **controllo a livello regionale**, da parte delle Regioni (a tali enti, com’è noto, sono attribuiti con le recenti riforme, sempre maggiori compiti e responsabilità, di ordine legislativo ed amministrativo) e delle Agenzie regionali per i servizi sanitari regionali. In base all’art. 2, comma 1 del d.lgs.

¹⁶¹ Corte dei Conti, Sezione Autonomie Locali, Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni, Esercizi 2008-2009, Deliberazione n. 17/sezaut/2010/frg

229/1999 ¹⁶² è demandata alle regioni anche la competenza a precisare norme in materia di controlli delle aziende, in particolare finalizzati a valutare i risultati di gestione delle stesse in rapporto agli obiettivi stabiliti dalla programmazione regionale e dalla programmazione attuativa locale.

un **controllo a livello centrale** (ministeri della sanità e del tesoro), con una fondamentale ricomposizione prevalentemente "tecnica" e comparativa affidata all'Agenzia per i servizi sanitari regionali;

un **confronto "tecnico-politico"** sull'incrocio di responsabilità nella sede Conferenza Stato regioni, oggi sempre maggiormente coinvolta nelle sequenze propositive e di controllo (per tutte vedasi la disciplina del patto di stabilità interno"- art. 28 l. 448/1998)- un momento di sintesi e propositivo affidato ad un **controllo esterno e neutrale** (Corte dei conti) di natura prevalentemente giuridico-finanziaria, inerente alla compatibilità complessiva ed alla tenuta del quadro finanziario; al reale impatto delle norme approvate sul tessuto amministrativo (si pensi agli effetti delle misure, non solo finanziarie, ma di ordine organizzativo e procedurale contenute nelle annuali manovre di bilancio); alla coerenza del sistema "di prescrizioni" - legislative, regolamentari, programmatiche - ed alla conseguente utilità o meno di eventuali modifiche normative e procedurali. Tali valutazioni non possono che scaturire da un controllo comparativo sulle diverse gestioni, basato sulla rispondenza dell'azione amministrativa agli obiettivi indicati dal legislatore (nazionale e regionale) e sulla congruità delle procedure seguite e dei risultati delle scelte gestionali nella accennata complessità del sistema finanziario, normativo e programmatico, generale e di settore, utilizzando naturalmente, in una efficace sinergia e con esclusione di ogni inutile duplicazione, l'esito degli altri controlli, come indicato dalla legge 20 del 1994.

¹⁶² L'art. in questione ha introdotto il comma 2-sexies nell'art. 2 del d.lgs. 502/1992.

La funzione del Collegio sindacale nelle ASL e nelle Aziende Sanitarie.

A partire dalle riforme costituzionali del 1999, con la trasformazione ed il rafforzamento dei caratteri autonomi degli enti locali, sono stati soppressi i controlli che il Commissario di Governo esercitava sulle leggi regionali.

Circostanza questa che seguiva, di pochi anni, la soppressione del precedente organismo esercitante, dall'esterno, il controllo preventivo di legittimità sugli atti degli enti locali: i Comitati Regionali di Controllo. L'intero sistema legislativo, sull'onda di un preteso efficientismo ed alla ricerca di una nuova responsabilizzazione della pubblica amministrazione, ha dunque, inteso scientemente eliminare progressivamente ogni forma di controllo preventivo avente ad oggetto la legittimità dei provvedimenti assunti dagli organismi locali¹⁶³.

Il risultato è stato, paradossalmente, di sradicare la p.a. dal proprio alveo costituzionale di riferimento, affidandone le sorti, per intero, a quella politica che nelle intenzioni iniziali doveva letteralmente uscire dalla gestione della cosa pubblica¹⁶⁴.

La produzione normativa degli ultimi due decenni si è sviluppata su di un preteso e miracolistico principio privato ed efficientista (principio di efficacia ed efficienza, art. 97 Cost.) della macchina pubblica, dimenticando completamente la pari rilevanza dei principi costituzionali di imparzialità e buon andamento dell'attività amministrativa (Cfr. artt. 3 e 97 Cost.), con il fine ultimo, palesamente dichiarato, di condurre l'ordinamento sui binari del

¹⁶³ La riforma, nel senso ora esposto, trova spunti importanti già nel testo originale del d.lgs. n.29/93 ed è per così dire, consacrata, dal d.lgs. n.165/2001, oltre che, per l'ambito sanitario dal d.lgs. n.502/92 e s.m.i..

¹⁶⁴ Cfr. LUCA CAPILUPI, La responsabilità del collegio sindacale nelle A.S.L. e nelle Aziende ospedaliere, LexItalia.it n. 3/2006.

settore privato e sulle regole che governano tale settore, nell'illusione ultima che ciò potesse ridonare la perduta efficacia/efficienza alla p.a..

Il risultato effettivo, invece, è che tutta la gestione dell'attività amministrativa è lasciata (sarebbe più giusto dire... abbandonata) nelle mani di soggetti nominati od incaricati direttamente dal potere politico e che ad esso rispondono direttamente, vuoi per l'affidamento e la revoca dell'incarico del dirigente che a detta attività è preposto; vuoi, addirittura, per la conservazione del posto di lavoro dei dirigenti testè nominati.

Ad essi si richiede unicamente la fedeltà al potere politico ed alle sue direttive e non il perseguimento corretto ed imparziale del pubblico interesse.

Se questo, è il quadro generale di riferimento di materia di controlli e responsabilizzazione dell'attività amministrativa, l'articolo 3 ter, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, aggiunto dal d.lgs. 19 giugno 1999 n. 229, si colloca perfettamente in tale contesto.

Nonostante i controlli gestionali e di risultato vengano lasciati ad altri organismi interni alla ASL ed alla A.O., il legislatore individua nel Collegio Sindacale l'ultimo baluardo della regolarità e legittimità dell'azione amministrativa, affidandogli i seguenti compiti di controllo:

“a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico; b) vigila sull'osservanza della legge; c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa; d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda

ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei Sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.”¹⁶⁵

Il Collegio dei Revisori, istituito originariamente dall'articolo 15 della legge n. 833/78, era organo che svolgeva in seno alla USL un controllo interno, successivo, di legittimità formale sui provvedimenti amministrativi adottati da tale ente pubblico. Un ulteriore controllo di legittimità - esterno - sui provvedimenti della USL, di tipo preventivo, era svolto, come accennato, dal Comitato Regionale di Controllo (Co.Re.Co.), organismo poi abolito dall'articolo 8 della legge 30 dicembre 1991 n. 412¹⁶⁶.

Il meccanismo dei controlli sugli atti della USL si fondava, sul controllo interno svolto dal collegio di revisori e su quello, preventivo, della regione (legge n. 412/91), incentrato solo sugli atti di maggiore rilevanza della USL (bilancio, programmi di spesa pluriennale, etc...).

Con l'adozione del d.lgs. n.502/92, il legislatore dà una svolta alla normativa del comparto della sanità. Infatti con questo decreto si stabilisce “...*la necessità di individuare nuove modalità di controllo più adatte ad una conduzione aziendale ancorata alla logica della programmazione e al raggiungimento degli obiettivi in termini di valutazione dei costi benefici ed efficacia e efficienza dei risultati...*”, decretando il passaggio storico da un'amministrazione sanitaria che si muove “per atti” pubblici ad un'amministrazione che opera “per i risultati”, con mezzi e strumenti tipicamente economici, finanziari e gestionali propri del contesto societario¹⁶⁷.

¹⁶⁵ Il testo previgente del d.lgs. n. 502/92, all'articolo 3, comma 13, stabiliva, tra l'altro, per quanto d'attuale interesse, che “...il collegio dei revisori vigila sull'osservanza delle leggi...”.

¹⁶⁶ Il legislatore ha dunque chiaramente inteso delineare, già con la legge n.412/91, un quadro normativo che “...*ampliando la sfera degli atti non soggetti a controllo ... ha evidenziato ...la maggiore responsabilità con cui venivano investite l'Amministrazione delle Unità Sanitarie Locali e i suoi organismi di vertice*”. (FIUMANÒ M., ROBERTI A., ROBERTI M. (2000), Testo Unico per la formazione degli operatori delle ASL, Il regime dei controlli nelle aziende sanitarie, Verducci Editore.).

¹⁶⁷ Il collegio sindacale, nel nuovo contesto delle regole aziendali vigenti anche per gli enti sanitari del SSN, per quanto riguarda la vigilanza del rispetto delle legge, è dunque incaricato di svolgere a campione,

La crescente necessità di porre rimedio ai vistosi disavanzi nella gestione delle ASL, pur cercando di soddisfare la crescente domanda di servizi sanitari sono le ragioni che hanno apparentemente portato alla riforma del SSN attuata con il D.Lgs. n.502/92. Per tali motivi è stato imposto alle aziende sanitarie di impiantare una nuovo tipo di contabilità (economica, già adottata per le imprese private) a costi e ricavi e di controlli, onde assimilare il più possibile il sistema di gestione, delle responsabilità e dei controlli a quelli delle aziende private.

Il controllo svolto dal Collegio Sindacale di cui al menzionato articolo 3 ter si colloca nel mutato contesto normativo aziendalistico nel quale il legislatore ha voluto calare le ASL e la Aziende Ospedaliere ed appare fondamentalmente indirizzato nella medesima direzione privatistica, essendo sostanzialmente onerato delle verifiche idonee a garantire l'effettività e l'efficacia del percorso intrapreso con il decreto legislativo n. 502/92.

periodicamente e tali verifiche si pongono in termini di complementarietà rispetto ai tipici controlli societari di efficienza gestionale, incentrati sugli aspetti di gestione amministrativo-gestionale e contabile-finanziario.

E ciò risulta evidente dalla stessa interpretazione meramente letterale delle norme su richiamate, dal momento che:

- 1) il decreto definisce formalmente "aziende" gli enti sanitari Asl od A.O.;
- 2) l'organo interno deputato allo svolgimento dei controlli sull'amministrazione dell'azienda è definito alla stessa stregua dell'omologo organismo societario, con significativo mutamento di denominazione rispetto all'epoca precedente, avendo oggi assunto la denominazione di Collegio Sindacale (quella preesistente era Collegio dei Revisori);
- 3) l'articolo 3 ter del d.lgs. n. 502/92 non individua specifiche verifiche di legittimità "formale" in ordine al rispetto della legge, ma, analogamente a quanto stabilito per il Collegio Sindacale delle società, grava il Collegio Sindacale della A.O. di un generale onere di vigilanza, che va letto unitamente a maggiori e specifici obblighi di controllo di tipo gestionale, economico, contabile e finanziario;
- 4) il d.lgs. n. 286/99 stabilisce in modo inequivocabile che il Collegio Sindacale svolge i controlli affidatigli applicando i principi civilistici della revisione aziendale asseverati dagli ordini e collegi professionali del settore;
- 5) il d.lgs. n. 165/2001, da un lato ed il d.lgs. n. 502/92 dall'altro, prevedono, rispettivamente, che le pubbliche amministrazioni e gli enti del SSN, operino con gli strumenti civilistici (atti privatistici adottati con libertà di forme e strumenti contrattuali) tipici del privato datore di lavoro, così riducendo sensibilmente l'ambito di applicabilità del diritto amministrativo alle PP.AA. e, di conseguenza, il margine entro il quale possono essere ritenuti ancora operanti i controlli di legalità formale dei provvedimenti amministrativi;
- 6) lo stesso d.lgs. n.165/2001, nel contesto della richiamata azione di responsabilizzazione e verifica dell'efficienza ed efficacia dell'attività della P.A., ha confermato (d.lgs. n.80/98) il mutamento dei controlli giurisdizionali svolti sul personale dipendente, stabilendo il mutamento della giurisdizione in materia di cause di lavoro del personale dipendente dalle pubbliche amministrazioni, sottratta alle verifiche di legittimità prevalentemente formale del Giudice Amministrativo e attribuita, in via esclusiva, al Giudice Ordinario in funzione di Giudice del Lavoro.

Alla luce di tali considerazioni e riscontri, sembra che il compito dei sindaci della Asl ed A.O. di vigilare sull'osservanza del rispetto delle leggi debba essere inteso alla stregua di un'ordinaria incombenza di accertamento sulla legalità degli atti amministrativi, non rilevandosi specifici e maggiori doveri di accertamento dei sindaci stessi se non nel (qui inesistente) caso di fondati sospetti di gravi irregolarità dell'atto controllato.

L'Asl, nata dalle ceneri della USL, viene quindi dotata di autonomia organizzativa, gestionale, contabile e finanziaria e di mezzi e strumenti aziendali e si "trasferisce" dal contesto della legittimità formale di diritto amministrativo a quello di tipo societario, dove (fermo restando – almeno all'apparenza - l'obiettivo della tutela della salute pubblica) si opera per obiettivi e risultati gestionali, adottando la contabilità analitica del settore industriale, al posto della contabilità finanziaria che non era in grado di fornire informazioni sull'utilizzo effettivo delle risorse, di formulare un giudizio di efficienza su chi aveva generato le entrate e le spese dell'ente e di interpretare i fenomeni gestionali interni.

Il controllo esercitato dal Collegio Sindacale con le modifiche legislative ha come presupposto ed oggetto i risultati forniti dalla contabilità economica (che rileva tutti ed i ricavi utilizzati dalla gestione attraverso la partita doppia), i bilanci economici annuali e pluriennali (che evidenzino tutti i costi e ricavi dei relativi periodi di riferimento), il bilancio d'esercizio (redatto secondo i noti criteri civilistici e composto dai tre documenti fondamentali: stato patrimoniale, conto economico e nota integrativa) e la contabilità analitica (tenuta per centri di costo e decisiva per responsabilizzare i centri di costo ed i responsabili di essi rispetto al corretto ed economico utilizzo delle risorse) ¹⁶⁸.

Con il D. Lgs. 6/2003, che è intervenuto in materia di diritto societario, si sono state introdotte novità di rilievo anche per il Collegio sindacale ed in particolare ha modificato l'impianto dei controlli ad esso delegati.

Alla luce di tale norma, sembra che il compito dei sindaci della Asl ed A.O. di vigilare sull'osservanza del rispetto delle leggi debba essere inteso alla

¹⁶⁸ Il legislatore ha stabilito che il Collegio Sindacale, pur dovendo vigilare in linea generale sul rispetto dell'osservanza della legge, non è stato onerato ex lege di effettuare controlli "atto per atto", ma solo di svolgere verifiche a campione sulle delibere sottoposte a controllo.

E ciò appare ancor più evidente nel caso della A.O., viste le peculiarità che contraddistinguono l'azienda sanitaria pubblica dalla società.

stregua di un'ordinaria incombenza di accertamento sulla legalità degli atti amministrativi, non rilevandosi specifici e maggiori doveri di accertamento dei sindaci stessi se non nel (qui inesistente) caso di fondati sospetti di gravi irregolarità dell'atto controllato.

E ciò, nel caso di omesso approfondito controllo su provvedimento non affetto da macroscopici vizi di illegittimità, dovrebbe indurre a ritenere l'assenza di responsabilità penali in capo ai membri del Collegio dei Sindaci, avendo essi svolto sull'atto "incriminato" i controlli ordinari previsti dalla legge.

D'altro canto, il ragionamento ora svolto sembra corretto ove si tenga conto che, ragionando a contrario, dovrebbe sempre ritenersi la responsabilità penale dell'organo di controllo anche in circostanze e per atti che la stessa Procura della Repubblica ritiene giuridicamente complessi.

Si dovrebbe, infatti, desumere in tal caso che i sindaci sono gravati da un dovere professionale specifico ed analitico (il cui non corretto svolgimento sarebbe penalmente sanzionato) di risolvere positivamente qualsivoglia analoga questione giuridica emerga dall'analisi delle centinaia di delibere di una Asl od A.O..

Ai sensi della legge 23 dicembre 2005, n. 266 ¹⁶⁹ gli organi di revisione economico-finanziaria degli enti sanitari sono tenuti ad inviare alle competenti Sezioni regionali di controllo della Corte una relazione sul bilancio di previsione ed una relazione sul bilancio d'esercizio.

Le anzidette relazioni del collegio sindacale devono essere trasmesse alle Sezioni regionali della Corte dei conti fornendo dati oggettivi tali da consentire, anche con l'ausilio eventuale di altri strumenti informativi, le

¹⁶⁹ L. 23 dicembre 2005 n. 266 (legge finanziaria per il 2006) all'art.1, comma 170, prevede che le disposizioni contenute nei commi 166 e (167) seguenti si applichino anche agli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

seguenti valutazioni: 1) il profilarsi di situazioni di rischio inerenti al conseguimento e mantenimento degli equilibri di bilancio; 2) il rispetto delle regole contabili e finanziarie recate negli atti di indirizzo regionali; 3) l'osservanza del vincolo previsto in materia di indebitamento dall'art.119 della Costituzione; 4) l'emergere di ogni grave irregolarità contabile e finanziaria, in ordine alla quale l'ente sanitario non abbia adottato le misure correttive segnalate dall'organo di revisione.

Ove la competente Sezione Regionale riscontri situazioni di (gravi) irregolarità contabili e finanziarie, trasmetterà la propria segnalazione alla Regione interessata per i conseguenti provvedimenti. Una previsione questa che dovrebbe consentire di rendere il controllo contabile sugli enti sanitari tempestivo e cogente, sia nella fase di programmazione della spesa che in quella di rendicontazione.

Quanto alle specifiche fattispecie di reato che, *ex lege*, possono determinare la responsabilità penale del collegio dei sindaci, visto che le norme aziendali esaminate sono applicabili anche al settore sanitario pubblico, non sembra che possa essere contestata una specifica ipotesi di reato a quei sindaci che non abbiano meramente svolto un controllo approfondito su di un atto apparentemente non affetto da gravi vizi di legittimità, ovvero laddove i sindaci non hanno avuto un ruolo attivo e, tantomeno, una compartecipazione intenzionale rispetto al comportamento degli amministratori stessi.

Sulla natura colposa della responsabilità per omissioni dei sindaci, ovvero degli organismi deputati al controllo degli atti degli enti pubblici, esiste peraltro una copiosa giurisprudenza della Corte dei Conti che, in linea di principio ed in assenza di elementi di prova certi, precisi e concordanti, assolve i sindaci dal reato di danno all'erario ove non ne sia provata la

responsabilità grave nell'omessa vigilanza¹⁷⁰.

Ciò detto, sembra che dette pronunzie confermino come nelle fattispecie anzidette siano assolutamente carenti sia i presupposti soggettivi che quelli oggettivi alla base dell'ipotizzata responsabilità penale o erariale del collegio sindacale.

E ciò, si ribadisce, sia nel caso che i sindaci abbiano compiuto un accertamento ordinario sul provvedimento in esame, sia nel caso il provvedimento presenti una particolare complessità normativa della questione, che, esulando dalle ordinarie e specifiche competenze economiche e finanziarie dei sindaci, non potrebbe onerare, *ultra vires*, tali soggetti della sua soluzione, ma, piuttosto, solo dello svolgimento dei controlli previsti in merito dalla legge.

I controlli esterni: la Corte dei conti

Al sistema in evoluzione delle Pubbliche amministrazioni (e della sanità in

¹⁷⁰ La Corte dei Conti, sezione giurisd. Calabria, con sentenza n. 1 del 2004, pubblicata il 1.8.2004, ha osservato che i revisori dei conti di un ente pubblico non sono responsabili sotto il profilo amministrativo-contabile quanto la funzione di controllo sia stata svolta secondo parametri di ordinarietà, cioè alla stregua delle aspettative che istituzionalmente possono essere riposte nella loro azione di verifica. E ciò specialmente quando l'azione di colui che ha posto in essere il fatto dannoso aveva connotati tali da non poter essere rilevata con l'ordinaria diligenza da parte dei revisori. Ciò per la Corte interrompe il nesso di causalità tra comportamento e danno, siccome rilevato da Cass. SS.UU. civili n. 3061 del 1993, dall'orientamento giurisprudenziale prevalente della Corte (sez. giur. Per Emilia Romagna n.350/96 e sez. I centrale n.29/95) e dalla Cass. pen., sez. IV, 26.11.1990 n. 12549; sez. VI, 18.12.1979 n. 10902; sez. V, 9.10.81 n. 8688).

La stessa sezione per la Calabria della Corte dei Conti, con sentenza n. 484/2002, sull'omissione di controllo da parte dei revisori, ha chiarito che "...l'attività dei suddetti organi ..." è limitata "...sotto il profilo temporale...per evitare l'intralcio che inevitabilmente un'attività siffatta può causare al regolare svolgimento dell'attività amministrativa...". E ciò perché l'attività di revisione e controllo è "...un'attività ad ampio respiro che investe la legittimità e la proficiuità sotto il profilo economico finanziario dell'attività amministrativa e che non implica il controllo analitico dei singoli atti...tanto che ai revisori è consentita la tecnica del campionamento...", salvo fatti eccezionali che abbiano richiesto ed ottenuto un approfondimento.

La stessa Corte, sezione giurisd. Campania, con sentenza n. 635/2004, ha sottolineato l'assenza di colpa grave nell'omissione di controllo dei revisori, quando, come rilevato nell'ivi richiamata CTU disposta dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Sala Consilina, sia stato riscontrato che le funzioni di controllo non vennero svolte con grave trascuratezza, negligenza e noncuranza dei pubblici interessi, poiché le eventuali condotte illecite (ed è il caso in esame) non erano di facile accertamento, stante la mole dei documenti eventualmente da acquisire e la complessità degli accertamenti da eseguire.

La sezione Toscana della stessa Corte condivide tale orientamento con sentenza n. 1179/2001, ed evidenzia che i revisori non sono responsabili per colpa grave per omesso controllo "...tenuto anche conto della scarsa chiarezza e della instabilità delle norme introdotte in materia in quello stesso periodo".

particolare), si è accompagnata una sensibile coeva modifica anche dei controlli svolti dalla Corte dei conti (l. n. 20 del 1994; l. n. 639 del 1996), con particolare attenzione ai profili sostanziali del raggiungimento dei risultati e della legalità "piena"¹⁷¹. L'evoluzione dell'ordinamento in senso autonomistico ha comportato naturalmente una ricaduta sul versante dei controlli: il legislatore ha pertanto ricalibrato i moduli del controllo della Corte dei conti, riducendo l'area del controllo preventivo e conferendo primario rilievo, con riguardo a tutte le pubbliche amministrazioni, al controllo sulla gestione, avente per oggetto non già i singoli atti, ma l'attività amministrativa considerata nel suo concreto e complessivo svolgimento.

Non è questa la sede per ripercorrere le novità introdotte dalla legge n. 20 del 1994, con l'affermazione di un controllo *successivo* sulle gestioni finanziarie e patrimoniali, esteso all'universo delle amministrazioni pubbliche (art. 3, comma 4), con esito di referto alle Assemblee elettive ed alle Amministrazioni stesse, al fine di stimolare le iniziative di autocorrezione. In tale ottica, l'elemento (che naturalmente resta essenziale) del rispetto della norma va necessariamente "integrato" con le valutazioni di efficacia complessiva e di raggiungimento degli obiettivi. Essenziale è, come è noto, nel disegno della riforma, il rapporto con gli organi di controllo interno: la legge prevede, in via generale, che il compito di accertare la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa agli obiettivi stabiliti dalla legge, valutando comparativamente costi, modi e tempi del suo svolgimento, viene attuato anche in base all'esito di altri controlli: va qui ricordata, nel sistema delineato dalla legge n. 20 del 1994, la stretta interrelazione tra gli organi competenti a svolgere il controllo *interno* di gestione e la Corte dei conti, chiamata al controllo *esterno* sulle

¹⁷¹ Come ha ricordato anche la Consulta nell'ampia sentenza n. 29 del 1995 e successivamente con la n. 470 del 1997 e la numero 181 del 1999.

gestioni. La Corte dei conti può infatti richiedere direttamente ad essi, oltre che alle stesse amministrazioni, qualsiasi atto o notizia (art.3, comma 8), deve accertarsi del funzionamento dell'organo di controllo interno (art. 3 comma 4); deve espressamente operare nelle sue Relazioni una valutazione sul relativo funzionamento.

L' "efficienza comparativa" è infatti una delle chiavi di lettura del nuovo sistema dei controlli: ci sembra che proprio l'attuazione corretta di una fondamentale e complessa normativa, quale quella in discorso, presuppone, nella autonomia delle scelte, la conoscenza (funzionale alla valutazione ed alla conseguente decisione politico-amministrativa) delle strade da seguire: in altri termini il controllo esterno svolto in chiave comparativa non servirà a dare "pagelle" di "buoni, meno buoni e cattivi", ma a rappresentare e confrontare gli esiti delle soluzioni amministrative adottate, in termini di economicità, di efficienza e di efficacia, prospettando all' ente, che dovrà assumere autonome valutazioni, l'opportunità di seguire percorsi orientati in una o in altra direzione (es. acquisti e servizi centralizzati, ricorso all'esterno o produzione in proprio,etc.) naturalmente nei margini, sempre più ampi, consentiti dalla normativa di riferimento.

Una seconda, concorrente - ma nella logica nel sistema prioritaria - chiave funzionale di lettura è quella del referto al Parlamento nazionale ed alle Assemblee regionali, sulla coerenza delle nuove scelte finanziarie dal punto di vista qualitativo e quantitativo. I controlli esterni a valenza comparativa, si muovono, infatti, in un'ottica di referto complessiva ed imparziale, sulla base di confronti che sono di ausilio a scelte autonome (e che, proprio in quanto tali possono giovare dei comportamenti riusciti di altri ed evitare, per converso, di far incorrere in eventuali fallimenti o scelte diseconomiche già verificatesi) e soprattutto di contributo neutrale alle decisioni normative, finanziarie e di indirizzo per l'amministrazione. In base alla legge n. 20 del 1994, è infatti da ricordare che, oltre al *reporting* nei confronti delle

Assemblee elettive, centrali e regionali, è espressamente previsto un ausilio diretto nei confronti delle Amministrazioni, cui la Corte invia, in qualsiasi momento, le proprie *osservazioni* (art.3, comma 6); relativamente a queste ultime, è previsto che dei provvedimenti consequenzialmente adottati ne siano messi a conoscenza tanto la stessa Corte dei conti, quanto le Assemblee elettive, nel cui alveo decisionale sono riportati, dal nuovo modello, eventuali contrasti non risolti.

In tale ottica strategica vanno quindi differenziati - e non confusi - i ruoli ed i momenti - pur interagenti dei controlli: si tratta di collocare correttamente i compiti relativi, potenziando differenze ed interazioni, ed evitando duplicazioni e sovrapposizioni. Da una lettura coordinata della norma (art. 3 l. 20 del 1994) e soprattutto dei commi 4 e 6, appare invero evidente che la funzione collaborativa e la conseguente possibilità di autocorrezione da parte delle amministrazioni, pur rappresentando una relevantissima scansione, non costituisce la finalità del nuovo tipo di controllo, essendo questo preordinato, come si è detto, a rappresentare al Parlamento ed ai Consigli regionali, in una visione neutrale, il reale stato delle pubbliche amministrazioni, con le opportune proposte di eventuali modifiche legislative, come necessario supporto imparziale nelle scelte di indirizzo amministrativo e di ottimale allocazione delle risorse. L'invio delle relazioni della Corte dei conti altresì (come si esprime la norma) alle amministrazioni, è dunque diretto, nella ratio del sistema, non tanto e non solo a consentire processi pur auspicabili di autocorrezione, ma a riportare, in forma fortemente propositiva, anche per le eventuali ipotesi di riforma normativa, le problematiche non risolte nell'alveo delle decisioni politico-programmatiche degli Organi elettivi (Parlamento, Consigli regionali); in tal senso trova spiegazione logica, nell'attivazione di un contraddittorio, ben più familiare all'esperienza anglosassone, anche la contestuale previsione dell'invio delle misure adottate dalle amministrazioni in esito alle

osservazioni della Corte.

Eppure, nonostante gli svariati e notevoli obblighi che gravano sui revisori, e la presenza dei controlli esterni operati dalla Corte dei Conti, essi non hanno avuto la capacità di prevenire i gravi disavanzi nei bilanci delle ASL.

4. L'INDEBITAMENTO DELLE ASL

L'indebitamento degli enti sanitari rappresenta uno degli indicatori dai quali desumere elementi di rischio per la tenuta degli equilibri di bilancio.

Infatti la valanga delle spesa sanitaria sta travolgendo i bilanci regionali e riservando amare sorprese in più ai governatori¹⁷².

La magistratura contabile avverte, già da qualche anno¹⁷³, che il peso della spesa sanitaria sulla spesa regionale complessiva, sta diventando ormai soverchiante: nel 2007 ha rappresentato in termini di impegni l'83,5% del totale, contro l'81,4% del 2006 e addirittura rispetto all'80% del 2005, col Veneto in testa (86,9%) e l'Umbria (75,9%) in coda.

Sul finanziamento della Sanità si gioca la partita decisiva, come dimostra la complicata partita a scacchi sul federalismo fiscale, anche perché i margini di manovra sui bilanci regionali continuano ad assottigliarsi con difficoltà gestionali sempre più diffuse e non limitate alle solite "Regioni canaglia" con i conti sanitari perennemente in rosso.

La Corte dei conti, già nella sua Relazione alla gestione finanziaria delle

¹⁷² Roberto Turno, *Sanità, per Asl e ospedali debiti a 51 miliardi (+11%)*, Il Sole 24 Ore.com, 29 maggio 2008. Nell'articolo si evidenziava che nel 2006 la crescita esponenziale dell'indebitamento più o meno occulto di Asl e ospedali ha raggiunto i 51,4 miliardi, con una crescita dell'11% sull'anno prima. Un indebitamento che in larghissima parte è dovuto ai crediti vantati dai fornitori del Ssn: ben 33,7 miliardi, un valore che nel giro di soli 12 mesi è esploso del 15,6 per cento.

¹⁷³ Corte dei Conti, Relazione alla gestione finanziaria delle Regioni, per gli esercizi finanziari 2006-2007.

Regioni, per gli esercizi finanziari 2006-2007, punta l'indice soprattutto verso la spesa sanitaria di Lazio, Sicilia, Campania, Abruzzo Calabria e Molise. Ma è l'intero sistema regionale, mette in guardia, ad essere in difficoltà sempre più gravi: il finanziamento della Ssn «inceppato» e affidato pressoché esclusivamente alle anticipazioni di tesoreria, sta infatti creando contraccolpi negativi sui bilanci di tutte le Regioni, che scontano pesanti e ormai generalizzati problemi di cassa. Finendo per indebitarsi a costi ancora più elevati.

L'analisi dell'indebitamento di Asl e ospedali è la dimostrazione dell'estrema aleatorietà dei bilanci del Ssn. Il vortice dei debiti degli enti dal Ssn diventa anno dopo anno più preoccupante: i debiti verso i fornitori sono cresciuti dal 2003 al 2006 di 12 miliardi di euro, passando da 20,6 a 33,7 miliardi: un "sintomo delle criticità di cassa risolte tramite il rinvio dei pagamenti"¹⁷⁴, che finisce per aggiungere debito al debito, poiché i privati in attesa del pagamento hanno diritto alla «mora automatica» del 7% con l'aggiunta del tasso di interesse. La gran parte del debito verso i fornitori è a carico delle Asl, sulle quali pesano 25,5 miliardi (il 75% circa del totale) con un aumento del 14,57% sul 2005, mentre sulle spalle dei bilanci degli ospedali-azienda pesa un macigno da 8,1 miliardi (+19,5%).

Gli altri 17,7 miliardi di indebitamento accumulati a fine 2006 dalle aziende sanitarie e dagli ospedali erano invece distribuiti tra mutui (1,23 miliardi, di cui 794,6 milioni sulle Asl, con un'impennata del 40,8% nel 2006) e cosiddette "altre tipologie di indebitamento": dai debiti verso aziende sanitarie di altre Regioni a quelli nei confronti di Comuni, enti tesoreri, personale, perfino enti di previdenza. Una voce di tutto rispetto, quest'ultima: vale ben 16,4 miliardi (+1,32% sul 2005) e le Asl con 12,9

¹⁷⁴ "Rapporto Sanità" curato da Rita Arrigoni, consigliere della Corte dei Conti, durante l'audizione al Senato presso la Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale del 24.02.2009, resoconto stenografico n. 8.

miliardi di scoperto fanno ancora una volta la parte del leone (indebitato).

Sempre la magistratura contabile ha evidenziato la grossa problematicità relativa al debito consolidato di ASL e ospedali, che ha poi avuto un risvolto importante con riferimento ai piani di rientro, a riguardo dei quali sono intervenuti provvedimenti legislativi importanti. Dopo che la finanziaria aveva disposto integrazioni a favore delle Regioni in situazioni di particolare difficoltà, con ripiani selettivi (Lazio, Campania, Molise, Abruzzo e Sicilia), e dopo che il decreto-legge n. 23 del 2007 ha assegnato a queste Regioni altri 3 miliardi nel 2007, con riferimento alle operazioni di cartolarizzazioni, è sorto un problema.

Si tratta di una difficoltà nata quando il Ministero dell'economia e delle finanze si è posto l'interrogativo di come qualificare un debito commerciale, che peraltro veniva trasformato tramite la cartolarizzazione; se cioè il debito commerciale dovesse rimanere tale o assumere natura di debito finanziario. Si è trattato di un dubbio che per l'Italia non si è risolto positivamente, perché l'ISTAT è stato sollecitato a chiedere un parere a EUROSTAT, che ha stabilito che il debito commerciale una volta cartolarizzato e trasformato a lunga scadenza e con il cambiamento del soggetto creditore non sarebbe stato più tale ma sarebbe diventato debito finanziario.

Il sistema dei conti europei ha suggerito questa interpretazione, seppure in assenza di una esplicita disposizione in tal senso: il risultato, però, è che i debiti commerciali, quindi, sono divenuti debiti finanziari.

Questo aspetto non è senza rilievo per le nostre finanze perché, a differenza del debito commerciale, il debito finanziario (cartolarizzato) pesa sul debito pubblico determinando un innalzamento del rapporto debito/PIL di due punti percentuali.

A motivo di quanto detto¹⁷⁵, nel 2008 si è provveduto ad anticipare 9 miliardi alle stesse Regioni affinché ritirassero consensualmente i titoli che erano stati emessi, trasformando il debito nei confronti dei prenditori di titoli in debito trentennale nei confronti del Tesoro.

Si è detto che proprio attraverso i piani di rientro il debito è stato in gran parte sistemato, anche se non del tutto; tant'è che nei confronti dei fornitori è ancora consistente. Ciò che in realtà si è ottenuto è che una parte del debito da breve scadenza è diventato debito a lunga scadenza (trentennale). Un modo che ha finito per scaricare sulle generazioni future l'enorme problema della sanità nell'ambito del quale il vero grido di allarme nasce, a nostro avviso, dallo stato patrimoniale, che rappresenta il modo più affidabile per avere cognizione dei conti della sanità regionale e che, peraltro, manifesta maggiore veridicità rispetto alle stesse modalità di copertura riferite ai conti economici.

¹⁷⁵ A causa delle cartolarizzazioni che pesavano sul debito pubblico, e della volontà di aiutare le Regioni.

Tabella 0-10- INDEBITAMENTO TOTALE ENTI SSN

(importi in migliaia di euro)

RSO (1)	ASL + AZIENDE OSPEDALIERE + AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE + IRCCS								
	2005	2006	var. %	2007	Var. %	2008	Var. %	2009 (5)	Var. %
PIEMONTE	2.940.708	3.696.164	25,6	3.919.491	6,04	4.118.601	5,08	4.166.278	1,16
LOMBARDIA	5.198.656	5.468.887	5,2	4.806.578	-12,11	4.120.946	-14,26	3.939.404	-4,41
VENETO	3.456.581	3.683.256	6,5	3.396.754	-7,78	3.217.930	-5,26	3.613.396	12,29
LIGURIA	1.168.933	1.213.575	3,8	1.089.314	-10,24	974.012	-10,58		
E. ROMAGNA	3.954.889	4.691.308	18,6	4.425.416	-5,67	4.389.946	-0,80	4.557.871	3,83
TOSCANA	2.768.379	2.515.684	-	2.456.523	-2,35	2.482.197	1,05	3.078.574	24,03
UMBRIA	425.843	423.617	-	353.868	-16,47	324.372	-8,34	369.076	13,78
MARCHE	930.443	1.152.200	23,8	801.048	-30,48	680.570	-15,04	625.184	-8,14
LAZIO	11.468.927	13.617.511	18,7	13.728.787	0,82	8.938.682	-34,89		
ABRUZZO	2.061.150	2.040.811	-	2.073.695	1,61	1.720.473	-17,03		
MOLISE	395.510	190.034	-	369.367	94,37	349.652	-5,34	380.270	8,76
CAMPANIA	8.017.954	9.238.433	15,2	7.350.641	-20,43	6.846.319	-6,86	7.950.595	16,13
PUGLIA	1.737.165	1.952.574	12,4	2.193.830	12,36	2.602.065	18,61	2.752.453	5,78
BASILICATA	207.823	231.028	11,1	212.146	-8,17	236.919	11,68	197.341	-16,71
CALABRIA (6)	1.703.141	1.804.737	5,9	2.014.283	11,61	1.637.449	-18,71		
TOTALE RSO	46.436.102	51.919.819	11,8	49.191.741	-5,25	42.640.133	-13,32		
Totale al netto dei debiti verso az. san. extra reg.				49.010.427		42.449.788	-13,39		
RSS (2)	2005	2006	variaz. %	2007	variaz. %	2008	variaz. %	2009 (5)	variaz. %
VALLE D'AOSTA				45.846		56.722	23,72	56.614	-0,19
P. A. BOLZANO		177.861		193.026	8,53	200.288	3,76	227.486	13,58
P. A. TRENTO				100.581		94.521	-6,02	90.774	-3,96
FRIULI V. G. (3)				515.339		340.114	-21,57	366.915	-8,86
SICILIA (4)				4.925.457		3.770.496	-23,45	4.023.869	6,72
SARDEGNA				837.931		712.156	-15,01	968.509	36,00
TOTALE RSS				6.618.180		5.174.297	-20,85	5.734.167	9,5
Totale al netto dei debiti verso az. san. e Extra reg.				6.374.671		4.744.055	-25,58	5.574.380	17,50
Totale Nazionale				55.809.921		47.814.430	-14,33		
Tot. Naz.le al netto debiti verso az. san. extra reg.				55.385.098		47.193.843	-14,79		

(1)Fonte:Uffici Regionali Settore Sanità - (2) Fonte: Sezioni reg. di contr.; Uffici ed Enti delle Reg/P.A.

(3)Nota:Per il Friuli V.G. - solo es. 2007- i dati comprendono i debiti degli Enti ausiliari regionali, Agenzia reg. Salute e della Centrale della committenza Centro Servizi Condivisi.

(4) (5) Nota:I dati della Sicilia 2009 sono quelli definitivi risultanti alla data del 31 agosto. Per le altre Regioni i dati sono riferiti all'intero esercizio 2009, ma provvisori.

(6) Non comprende i dati dell'ASP di Reggio Calabria al 31.12.2008 per mancata adozione del bilancio d'esercizio da parte dell'Azienda.

Tabella 0-11- DEBITI VERSO AZIENDE SANITARIE EXTRA-REGIONALI

(importi in migliaia di euro)

RSO. (1)	ASL + AZIENDE OSPEDALIERE + AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE + IRCCS				
	2007	2008	variaz. %	2009 (5)	variaz. %
PIEMONTE	3.344	3.743	11,93	13.335	256,27
LOMBARDIA	0	0	-	0	-
VENETO	0	3.196	-	3.637	13,80
LIGURIA	696	605	-13,07		-100,00
E. ROMAGNA	2.577	2.773	7,61	3.565	28,56
TOSCANA	143.694	135.188	-5,92	142.433	5,36
UMBRIA	24.917	26.479	6,27	26.435	-0,17
MARCHE	2.466	2.821	14,40	2.406	-14,71
LAZIO	0	10.081	-		-100,00
ABRUZZO	2.713	0	-100,00		-
MOLISE	0	0	-	74	-
CAMPANIA	0	303	-	789	160,40
PUGLIA	0	4.050	-	4.139	2,20
BASILICATA	907	863	-4,85	235	-72,77
CALABRIA	0	243	-		-100,00
TOTALE RSO	181.314	190.345	4,98		
RSS (2)	2007	2008	variaz. %	2009 (5)	variaz. %
VALLE D'AOSTA	202.943	373.568	84,08	113.027	-69,74
P. A. BOLZANO	2.993	1.998	-33,24	2.361	18,17
P. A. TRENTO	0	0	-	0	-
FRIULI V. G. (3)	2.203	2.429	10,26	2.788	14,78
SICILIA (4)	35.370	52.243	47,70	36.559	-30,02
SARDEGNA	0	4	-	5.052	126.200,00
TOTALE RSS	243.509	430.242	76,68	159.787	-62,86
TOTALE NAZIONALE	424.823	620.587	46,08		

(1)Fonte:Uffici Regionali Settore Sanità - (2) Fonte: Sezioni reg. di contr.; Uffici ed Enti delle Reg/P.A.

(3)Nota:Per il Friuli V.G. - solo es. 2007- i dati comprendono i debiti degli Enti ausiliari regionali, Agenzia reg. Salute e della Centrale della committenza Centro Servizi Condivisi.

(4) (5) Nota:I dati della Sicilia 2009 sono quelli definitivi risultanti alla data del 31 agosto. Per le altre Regioni i dati sono riferiti all'intero esercizio 2009, ma provvisori.

(6) Non comprende i dati dell'ASP di Reggio Calabria al 31.12.2008 per mancata adozione del bilancio d'esercizio da parte dell'Azienda.

L'aspetto principale di questo nuovo quadro viene riscontrato nell'adozione di meccanismi sanzionatori automatici basati sull'incremento dell'imposizione locale (di fatto l'aumento delle aliquote d'imposizione dell'addizionale IRPEF e dell'IRAP)¹⁷⁶.

I principali interventi prefigurati per il contenimento dei costi nei Piani sono individuati nella razionalizzazione dei costi del personale, nella riduzione della spesa farmaceutica e della mobilità interregionale, nel miglioramento delle procedure di acquisto di beni e servizi, nella riorganizzazione dell'offerta di servizi sanitari con l'intento di migliorarne efficienza ed efficacia, attraverso la revisione delle tariffe e l'introduzione di tetti di spesa.¹⁷⁷

In particolare una spesa che è tenuta sotto osservazione è quella farmaceutica convenzionata netta SSN che, nel primo semestre 2010, ha fatto registrare una diminuzione del -1,4% rispetto allo stesso periodo del 2009, a fronte di un aumento del numero delle ricette del +2,8%.

Nel primo semestre 2010 le ricette sono state quasi 299 milioni, pari a 5 ricette per ciascun cittadino. Le confezioni di medicinali erogate a carico del SSN sono state quasi 547 milioni, con un aumento del +3,4% rispetto allo stesso periodo del 2009. Ogni cittadino italiano ha ritirato in farmacia in media 9,2 confezioni di medicinali a carico del SSN. Nel mese di aprile 2010, la spesa farmaceutica netta convenzionata SSN è diminuita del -2,5% rispetto ad aprile 2009, mentre è aumentato il numero delle ricette (+2,6%); nel mese di maggio la spesa è rimasta invariata rispetto a maggio 2009, mentre il numero delle ricette è aumentato del +5,1%; nel mese di giugno la spesa è diminuita del -2,5% a fronte di un aumento del numero delle ricette del

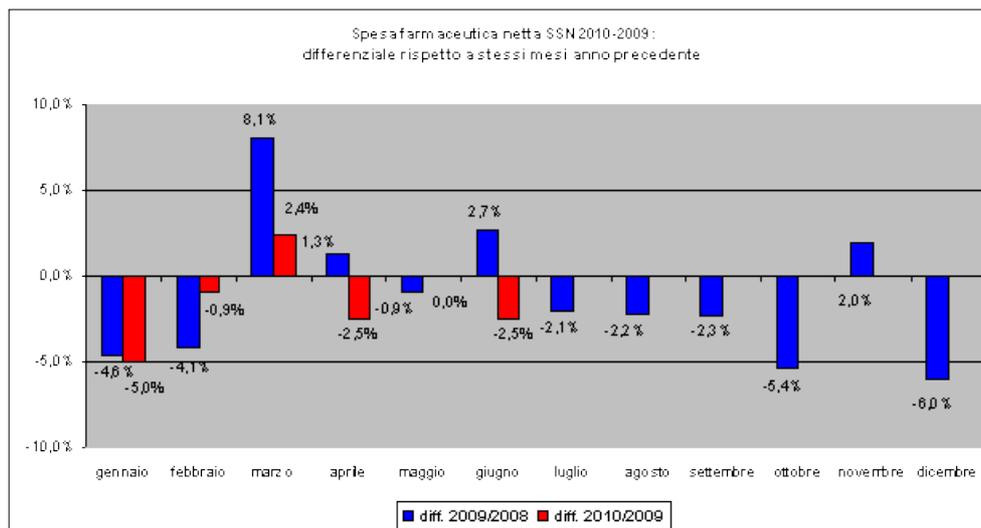
¹⁷⁶ L'incremento dell'imposizione a livello locale va chiaramente a colpire i soli elettori regionali; e tutto ciò dovrebbe quindi rendere i politici locali più attenti nel raggiungimento degli equilibri di bilancio. Peraltro Moody's "prende atto" che la maggior parte degli interventi "automatici" sarebbero riferiti all'IRAP, una soluzione "controproducente e insostenibile sul lungo periodo poiché sfavorisce la crescita economica".

¹⁷⁷ La valutazione delle regole introdotte con la Finanziaria 2007 come un passo avanti in termini di trasparenza e di "irrigidimento" dei vincoli di bilancio regionali è certamente da condividere. Si tratta di un meccanismo che va nella giusta direzione per le ragioni discusse anche sopra, perché soprattutto fa cadere la responsabilità dei dissesti sugli amministratori locali. Ma soffre del limite evidenziato anche nel rapporto di Moody's: "potrebbe non essere sostenibile a lungo; o addirittura essere insufficiente (o impraticabile) in alcune Regioni con limitata base imponibile (le aliquote non possono essere innalzate all'infinito). Il meccanismo sanzionatorio automatico dovrebbe quindi prevedere (accanto alla leva fiscale) altri incentivi al raggiungimento dell'equilibrio finanziario."

+4,3%.

L'andamento della spesa nei primi sei mesi del 2010 continua a essere influenzato dall'incremento del numero delle ricette e dal contestuale calo del valore medio delle ricette stesse (-4,1%): si prescrivono più farmaci, ma di prezzo mediamente più basso.

Tale risultato è dovuto alle riduzioni dei prezzi dei medicinali varate a più riprese dal Governo e dall'AIFA (da ultimo quello del 12,5% sui medicinali equivalenti SSN, in vigore dal 1° giugno al 31 dicembre 2010), al crescente impatto del prezzo di riferimento per i medicinali equivalenti e alle misure applicate a livello regionale. Tra queste ultime, la reintroduzione (Abruzzo, Campania, Lazio e, dall'8 maggio 2009, Calabria) o l'appesantimento (Sicilia) del ticket; la distribuzione diretta o tramite le farmacie di medicinali acquistati dalle ASL.



Fonte Aifa

Un ultimo aspetto merita di essere sottolineato: nella discussione di politica sanitaria si parla spesso di riduzione attesa dei costi ma non si discute mai del livello dei servizi. Il problema da affrontare – se si vogliono davvero combattere le inefficienze e non fare un mero maquillage dei bilanci regionali – non è quello di ridurre i costi totali, ma di ridurre i costi medi di produzione e di fornitura del servizio. In altre parole, per fare un esempio, il problema non è quello di chiudere gli ospedali e ridurre

i posti letto ma di riorganizzare le modalità di produzione dei servizi di assistenza ospedaliera in modo più razionale ed efficiente. Questa è la vera sfida che attende gli amministratori regionali.

Tabella: Indice di invecchiamento e spesa corrente pro-capite per la sanità

REGIONI	Indice di invecchiamento(*) (media 1999-2003)	Spesa corrente pro-capite (euro, media 2001-2005)
Piemonte	174	1496
Valle d'Aosta	148	1654
Lombardia	137	1424
Trentino-Alto Adige	105	1906
Veneto	135	1628
Friuli-Venezia Giulia	187	1451
Liguria	239	1486
Emilia-Romagna	193	1622
Toscana	191	1538
Umbria	184	1496
Marche	167	1500
Lazio	126	1432
Abruzzo	144	1617
Molise	146	1509
Campania	75	1575
Puglia	93	1418
Basilicata	116	1299
Calabria	100	1308

5. LE PATOLOGIE DEI SISTEMI INFORMATIVI CONTABILI SANITARI: LE REGIONI SOTTO OSSERVAZIONE

In questi anni il Parlamento italiano, con l'istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta "Sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali"¹⁷⁸ ha operato per comprendere le cause di ordine normativo, amministrativo, gestionale, finanziario, organizzativo e funzionale -ovvero attinenti al sistema di monitoraggio e controllo che nelle Regioni- che hanno contribuito alla formazione di disavanzi sanitari non sanabili autonomamente dalle Regioni medesime, anche al fine di accertare le relative responsabilità.

Com'è noto le Regioni, alle quali si fa riferimento, sono quelle che, al fine della riduzione strutturale del disavanzo del Servizio sanitario nazionale, hanno sottoscritto un accordo con lo Stato per la predisposizione di uno specifico piano di rientro¹⁷⁹, a seguito del quale, lo Stato concorre al ripiano del relativo disavanzo sanitario regionale. Questa seconda funzione della Commissione parlamentare va inquadrata nel percorso che sta portando ad una responsabilizzazione dell'ente Regione sul fronte della spesa sanitaria, iniziato con l'introduzione nella nostra Costituzione dell'articolo 119, ad opera della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3¹⁸⁰.

In questi anni, oltre la Corte dei Conti, anche il Parlamento ha evidenziato che molti bilanci delle Aziende Sanitarie e di quelli consolidati regionali, non sono risultati attendibili¹⁸¹.

Tra i profili critici attinenti alla rilevazione dei dati, alla qualità e comparabilità degli

¹⁷⁸ Nel 2008, durante la XVI Legislatura, è stata istituita la "Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali".

¹⁷⁹ Ai sensi del decreto legge 20 marzo 2007, n. 23.

¹⁸⁰ Si tratta di una norma sul federalismo fiscale, che richiama gli enti locali ad una nuova assunzione di responsabilità nei confronti dei cittadini residenti sul proprio territorio e, quindi, ad una necessaria, puntuale e corretta amministrazione delle risorse di cui ciascun ente può disporre, al netto di ripianamenti a fondo perduto da parte dello Stato che, inevitabilmente, derogano al principio della responsabilità delle regioni nella copertura degli eventuali disavanzi regionali.

¹⁸¹ È quanto ha affermato il Presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari e i disavanzi sanitari regionali, Leoluca Orlando, a seguito delle audizioni dei presidenti di alcune regioni, come quella calabrese nel settembre 2010.

stessi, la Corte dei Conti ha osservato¹⁸² che permane il problema della conciliazione dei dati degli enti del Servizio sanitario, che adottano un sistema contabile di tipo economico, con le risultanze dei bilanci delle Regioni, che seguono ancora il criterio finanziario.

La qualità dei dati contabili in alcune realtà è seriamente messa in discussione da carenze dei flussi informativi dei dati contabili e di gestione, in assenza di un'adeguata applicazione di un sistema di controlli interni, con conseguente scollamento di processo tra dato gestionale e registrazioni contabili. Questa situazione -unitamente ad altri problemi relativi alle disomogenee e/o non corrette modalità di iscrizione di specifiche poste- rilevata sia da alcune Sezioni regionali di controllo della Corte¹⁸³, sia nei Tavoli tecnici per la verifica degli adempimenti relativi ai piani di rientro, dà luogo ad una scarsa attendibilità dei conti, e, quindi, ad un "rischio" di sovrastima dell'effettivo risultato d'esercizio.

Il problema non è di poco conto, e anche nel Patto per la Salute si prevedono adempimenti per il monitoraggio della qualità dei dati.

La Corte dei Conti, negli ultimi anni, ha preferito condurre indagini sui bilanci della sanità non basandosi sui dati richiesti direttamente alle Regioni, ma andando a verificare gli stati patrimoniali, non quelli che risultano allegati ai modelli CE (Conti Economici) trasmessi trimestralmente al Ministero dell'economia e che potrebbero essere molto aggiornati, bensì quegli stati patrimoniali allegati ai bilanci di esercizio, che hanno come termine per l'adozione, da parte dei direttori generali, il 30 aprile¹⁸⁴.

¹⁸² Corte dei Conti, Sezione delle Autonomie Locali, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni, esercizi 2008-2009*, Deliberazione n. 17/sezaut/2010/frg

¹⁸³ La Corte dei Conti, nella "Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni, esercizi 2008-2009" afferma che "...La qualità dei dati contabili esposti nei bilanci degli Enti del SSR è presupposto necessario per ogni analisi comparativa ed è, perciò, oggetto di attenzione da parte delle Sezioni Regionali, le quali, sia in sede di pronunce ex art.1 comma 170 legge 266/2005, sia in sede di referto al Consiglio regionale, hanno evidenziato: discrasie (vedi ad.es. Del. Sez. Reg. Contr. Calabria n. 450 e 487/2009 PRSS - Del. Sez. Reg. Contr. Abruzzo 301/2009/SSR - Del. Sez. Reg. Contr. Basilicata 10/2010/PRSS) nei dati indicati nelle relazioni dei Collegi sindacali, che hanno reso necessario articolate istruttorie; disomogeneità in ordine alla classificazione e all'aggregazione di alcune poste di bilancio (Del. Sez. Reg. Contr. Abruzzo 301/2009/SSR - Del. Sez. Reg. Contr. Puglia n. 62/2009/SSR - Del. Sez. Reg. Contr. Molise 22/2010/PRSS); non omogenea informatizzazione sul territorio (Del. Sez. Reg. Contr. Lazio 29/2009/SSR); problemi di confronto ed omogeneità tra i conti degli enti sanitari e quelli regionali, anche quando le Aziende hanno utilizzato sistemi di contabilità economico patrimoniale ed analitica (Del. Sez. Reg. Contr. Lombardia 435/2009/SSR)".

¹⁸⁴ Le Giunte regionali di solito li approvano il 30 maggio, ma alcune Regioni li approvano anche più tardi, soprattutto

La perenne provvisorietà dei dati contabili degli enti del servizio sanitario, accoppiata a diversi metodi di contabilizzazione seguiti dalle varie fonti, comporta che anche le analisi svolte dalla Corte dei conti, danno risultati complessivi difformi, a seconda degli aspetti affrontati, su rilevazioni effettuate in momenti diversi o con diversi criteri, pur se ravvicinati nel tempo.

Attualmente, con i Piani di rientro la situazione è migliorata: si approvano regolarmente i bilanci assicurando, in questo modo, una maggiore visibilità e trasparenza¹⁸⁵.

Le situazioni delle Regioni che hanno elevati disavanzi (Liguria, Lazio, Campania, Molise, Abruzzo, Sardegna, Regione Siciliana, e Calabria) comunque, hanno comportato l'adozione di accordi con conseguenti Piani di rientro, per il conseguimento del risanamento finanziario e per la valutazione delle relative manovre.

Il Piano di rientro dal deficit 2007 ha rappresentato, anche per la Corte dei conti¹⁸⁶, il mezzo con cui si è affrontata l'emergenza, privilegiando gli aspetti strettamente economici, senza rinunciare però ad una prospettiva di razionalizzazione degli interventi. Infatti, oltre ai tagli, si sono programmati cambiamenti tesi alla salvaguardia delle risorse sul lungo periodo. Ritiene, però, necessaria la definizione di un Piano che concili il guadagno di efficienza con un parallelo aumento di efficacia e di equità dell'azione del Servizio sanitario regionale e promuova la sua modernizzazione tecnica e organizzativa.

Sempre la Sezione centrale di controllo della Corte dei conti ha verificato lo stato di attuazione dei Piani di rientro delle Regioni dissestate osservando che la dimensione del perdurante deficit di alcune Regioni come il Lazio, ma anche Campania, Sicilia e Calabria, e le disfunzioni emerse inducono previsioni non ottimistiche sulla capacità

nelle Regioni in difficoltà che le Giunte tardano o omettono addirittura di approvare i bilanci, specie se ciò comporta un'assunzione di responsabilità rispetto a situazioni che sottendono problemi. La Giunta della Calabria rappresenta un esempio di tale comportamento così come anche nel Lazio in passato i conti non sono stati approvati per qualche anno.

¹⁸⁵ Rita Arrigoni, consigliere della Corte dei Conti, Relazione al Senato presso la Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficace e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, svoltosi in data 29.5.2009.

¹⁸⁶ Corte dei conti, Sez. delle Autonomie, Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni, Esercizi 2008-2009, Del. N. 17/Sezaut/2010/Frg

di realizzare il risanamento, in tempi brevi con riguardo alla tempistica prevista dalla complessa normativa, dagli atti amministrativi ad essa conseguenti e dalla documentazione relativa alla verifica trimestrale e annuale di attuazione del Piano di rientro visionata. Emerge, sempre secondo la Corte dei conti, la difficoltà nella realizzazione degli obiettivi prefissati dai Piani di rientro, che in quanto interventi strutturali, non possono essere sviliti con azioni dettate dalla logica emergenziale¹⁸⁷.

Di seguito si riportano in sintesi gli esiti, delle regioni Lazio, Campania e Calabria, delle riunioni congiunte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza.

Regione Lazio

Tavolo e Comitato, nella riunione congiunta del 24 marzo 2010, sulla base dei dati di CE relativi al IV trimestre 2009 e dei saldi di mobilità di cui alla lettera del Coordinatore della Commissione salute del 2 marzo 2010, hanno rilevato un disavanzo pari a 1.374,46 milioni, cui va aggiunta una perdita non coperta e portata a nuovo, dell'esercizio 2008 pari a 186,37 milioni di euro.

Sia l'advisor, sia la Regione, hanno fatto rilevare che, dall'analisi delle scritture contabili, al risultato predetto a seguito di particolari criticità è necessario apportare alcune rettifiche, ovvero minori entrate per 5 mln di euro e maggiori costi per 42 mln di euro¹⁸⁸.

In conclusione, a fronte degli impegni già deliberati¹⁸⁹, Tavolo e Comitato, hanno

¹⁸⁷ Corte dei conti, Sez. delle Autonomie, Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni, Esercizi 2008-2009, Del. N. 17/Sezaut/2010/Frg

¹⁸⁸ Al fine di provvedere alla copertura di tale nuovo disavanzo la Regione Lazio, con legge regionale n. 32/2009 art. 7 commi 1 e 2, ha disposto una serie di provvedimenti a copertura. Oltre a questa legge, sono state individuate ulteriori risorse: 264,35 milioni per accesso al Fondo transitorio per l'anno 2009; 797,48 milioni quale stima gettito derivante per il 2010 dall'aumento delle aliquote fiscali di Irap e addizionale regionale all'Irpef ai livelli massimi previsti dalla legislazione vigente; stanziamento nel bilancio della Regione di 125,00 milioni di euro, di cui alla l.r. 32/2009 – art. 7 comma 1 e 2, a copertura del mancato raggiungimento degli obiettivi di Piano per l'anno 2009.

¹⁸⁹ Nella riunione successiva del 19 maggio 2010, prioritariamente Tavolo e Comitato hanno preso atto che in data 23 aprile 2010 il Consiglio dei Ministri ha nominato il Presidente pro tempore della Regione Lazio quale nuovo Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro.

valutato che la gestione per l'anno 2009 presenta un disavanzo non coperto di 421 mln di euro.

Regione Campania

Nella riunione congiunta tra Tavolo e Comitato, svoltasi il 24 marzo 2010, si è evidenziato un disavanzo pari a 727,57 milioni, cui va aggiunta una perdita non coperta e portata a nuovo, dell'esercizio 2008 pari a 223,62 milioni di euro.

Al netto delle coperture previste, attraverso l'accesso al Fondo transitorio 2009 e la stima del gettito da aumento delle aliquote Irap e addizionale Irpef ai livelli massimi per il 2010, resta un disavanzo da coprire di circa 498 milioni di euro.

Il Tavolo e il Comitato, riunitosi il 7 aprile 2010, per valutare in via definitiva la copertura del predetto disavanzo, hanno concluso con le seguenti valutazioni¹⁹⁰:

- la gestione per l'anno 2009 ha presentato un disavanzo non coperto di 497,70 mln di euro;
- le verifiche trimestrali dell'anno 2009 hanno evidenziato una sostanziale carenza di concrete iniziative attuative del Piano di rientro, con conseguente commissariamento della Regione Campania;
- la documentazione trasmessa ai fini dell'istruttoria della verifica sugli adempimenti 2008, è ancora insufficiente;
- le prescrizioni di cui ai verbali in scadenza al 30 novembre 2009 ed al 31 gennaio 2010, non sono state rispettate;
- che sulla base di quanto previsto dall'art.1, comma 2, del d.l. 154/2008 conv. dalla l. 189/2008 e sulla base della presente istruttoria, non essendo state osservate le prescrizioni di cui al precedente punto, non sarà possibile erogare alla Regione alcuna somma.

Successivamente, nella riunione del 19 maggio 2010, Tavolo e Comitato hanno:

¹⁹⁰ Corte dei conti, Sez. delle Autonomie, Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni, Esercizi 2008-2009, Del. N. 17/Sezaut/2010/Frg

- valutato in via definitiva la copertura del disavanzo per l'anno 2009 stimato, nella precedente riunione del 24 marzo 2010 in circa 497,701 mln di euro¹⁹¹;
- esaminato i provvedimenti trasmessi dal Commissario¹⁹².

Pertanto non è stato possibile erogare alla Regione alcuna ulteriore somma.

Regione Calabria

Il Tavolo con il Comitato si è riunito congiuntamente in data 23 marzo 2010. In quella sede è stato valutato il risultato d'esercizio dell'anno 2009, sulla base dei dati di CE relativi al IV trimestre 2009, rettificati dalla Regione in data 19/03/2010, e sulla base dei saldi di mobilità di cui alla lettera del Coordinatore della commissione salute del 2 marzo 2010: è emerso un disavanzo pari a 231,97 milioni di euro.

E' da tenere presente che la verifica del 2009 aveva richiesto prioritariamente una verifica sulle annualità precedenti, evidenziato nella riunione del 3 febbraio 2010, nella quale la Regione aveva inviato i provvedimenti adottati.

Tavolo e Comitato, sulla base delle ulteriori informazioni e delle valutazioni dell'advisor, rideterminano il risultato di gestione, prima delle coperture, in 243,47 mln.

Nella precedente riunione del 3 febbraio Tavolo e Comitato avevano valutato che la perdita dell'esercizio 2008, non coperta, veniva rideterminata in 93,22 mln mentre il debito relativo al periodo 1 gennaio 2006 – 31 dicembre 2007 sarebbe risultata pari a circa 800 mln, come confermato dall'advisor, anche se la procedura di certificazione del debito sia attualmente in corso. A tal proposito, Tavolo e Comitato, da ulteriori

¹⁹¹ Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1, comma 796, lettera b), sesto periodo, della legge 296/2006 e dell'articolo 2, commi 86 e 91, della legge 191/2009

¹⁹² In ottemperanza delle prescrizioni di cui al verbale del 4 novembre 2009 alla cui valutazione positiva, su richiesta della Regione ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto legge 154/2008, è legata l'erogazione delle risorse spettanti a tutto l'anno 2008, pari a 1.258,679 mln di euro suddivisa in tre tranches in scadenza il 30 novembre 2009, il 31 gennaio 2010 e il 15 aprile 2010

informazioni richieste, sia all'advisor sia alla Regione, in merito alla spesa accentrata regionale il cui debito non era ricompreso negli 800 mln, hanno rilevato che, non essendo tuttora quantificato il relativo debito, sussiste un ulteriore elemento di rischio che potrebbe far lievitare il citato debito al 31 dicembre 2007.

Pertanto, alla luce di quanto sopra detto, Tavolo e Comitato, hanno valutato che la perdita cumulata, non coperta, per il periodo 1 gennaio 2006–31 dicembre 2009 è pari a 1.014,03 mln di euro così composta: 120,81 mln per l'anno 2009; 93,22 mln per l'anno 2008; 800,00 mln per il periodo 01/01/2006–31/12/2007¹⁹³.

A tale debito vi è da aggiungere quello relativo al 31 dicembre 2005, stimato in ulteriori 800 mln, la cui copertura potrebbe essere affrontata dall'anticipazione di parte della liquidità delle risorse FAS¹⁹⁴.

Tavolo e Comitato hanno valutato che le prescrizioni di cui al verbale del 3 febbraio 2010 concernenti l'attuazione dell'Accordo del 17 dicembre 2009 sono state integralmente rispettate, mentre gli obiettivi del piano di rientro sono stati parzialmente rispettati e necessitano di ulteriori modifiche ed integrazioni, pur rilevando un complessivo ritardo nell'attuazione degli interventi previsti nel Piano di rientro¹⁹⁵.

Conclusivamente, Tavolo e Comitato, hanno valutato i risultati emersi dalle predette riunioni ed in particolare che:

- le gestioni per l'anno 2009 e precedenti, a seguito della massimizzazione delle aliquote fiscali nella misura di 0,15 e 0,30 punti, evidenziano una perdita cumulata non coperta per il periodo 1 gennaio 2006-31 dicembre 2009 di 961,23 mln di euro;
- la Regione dovrà, quindi, prevedere nel corso del 2010 una manovra

¹⁹³ Valore sottostimato per le considerazioni precedentemente indicate.

¹⁹⁴ Ai sensi dell'art. 2, comma 98, della legge 23/12/2009 n.191, così come richiesto con nota del 24/02/2010 dal Vice Presidente della Regione ai Ministri dello sviluppo economico e delle finanze.

¹⁹⁵ Successivamente, Tavolo e Comitato si sono riaggiornati in data 29 aprile, 20 maggio e 27 maggio 2010 al fine di valutare le varie misure risultate insoddisfacenti nella precedente riunione del 23 marzo 2010.

aggiuntiva al fine di pervenire ad una copertura definitiva della perdita cumulata non coperta, per il periodo 1 gennaio 2006-31 dicembre 2009, di 961,23 mln di euro;

- la verifica adempimenti 2008 continua ad avere esito negativo;
- si conferma il grave ritardo, già più volte segnalato da ultimo nella riunione del 20 maggio
- 2010, da parte della Regione nell'attuazione della certificazione della propria posizione debitoria, prevista per il 31 maggio 2010, ivi inclusa la gestione accentrata regionale e ivi incluse le somme eventualmente dovute a titolo di interessi per i ritardati pagamenti;
- lo stato di attuazione degli obiettivi del Piano di rientro risulta assolutamente inadeguato in funzione della mancata adozione di numerosi provvedimenti e dell'adozione di atti non coerenti con gli obiettivi previsti dal Piano di rientro e di atti inidonei riguardo all'effettiva

realizzazione della manovra prevista nel Piano stesso, e ciò a prescindere dall'ulteriore manovra necessaria per recuperare il disavanzo non coperto 1 gennaio 2006-31 dicembre 2009 valutata nella riunione del 20 maggio 2010.

Pertanto, Tavolo e Comitato hanno ravvisato che si sono verificati i presupposti per l'avvio della procedura di cui all'articolo 4, comma 1, del decreto legge 159/2007, convertito, con modificazioni, dalla legge 222/2007, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 2, commi 87 e 85 della legge 191/2009.

**CAPITOLO III -
LA CONTABILITÀ DEI COSTI COME
STRUMENTO DEL CONTROLLO
CONTABILE E DEL CONTROLLO DI
GESTIONE**

L'inefficienza conclamata della Pubblica Amministrazione aveva indotto il legislatore, a partire dagli inizi degli anni '90¹⁹⁶, a dettare norme finalizzate a realizzare il superamento della organizzazione burocratica che aveva caratterizzato e caratterizzava ancora i "soggetti" della stessa e quindi a trasformarli in "soggetti" capaci di utilizzare in maniera efficiente tutte le risorse disponibili con l'obiettivo di fornire servizi/prestazioni altamente qualificati e quindi in grado di soddisfare le attese dei singoli, nei vari campi di intervento della Pubblica Amministrazione, cioè di fornire risposte efficaci alle istanze dagli stessi rappresentate.

In tale contesto appariva doveroso il superamento della gestione in atto di tipo esclusivamente "formalistico" e quindi l'inserimento, al suo posto, di una gestione di tipo manageriale.

Al fine di raggiungere l'obiettivo, si ritenne che i singoli soggetti della Pubblica Amministrazione dovessero realizzare lo svolgimento delle procedure e concretizzare un rapporto singolo con l'utenza, individuando quali strumenti l'introduzione delle tecnologie informatiche e rispettivamente la partecipazione dei cittadini alla fase di formazione delle decisioni¹⁹⁷ nonché la costituzione degli uffici per le relazioni con il pubblico (URP)¹⁹⁸.

L'introduzione delle tecnologie informatiche fu però considerata – a giusta ragione – anche come strumento per realizzare non solo la contabilità "generale" in luogo di quella finanziaria ma anche un qualsiasi sistema di

¹⁹⁶ Nell'ormai lontano 1994 in un editoriale pubblicato sul numero 9 di Mecosan "Sul concetto di azienda sanitaria occorre fare chiarezza", il prof. Borgonovi affermava che "in Italia si discute troppo di azienda sanitaria in astratto, quando invece il problema reale è capire che:

- possono esserci aziende gestite bene e aziende gestite male
- si possono avere aziende gestite bene solo se si sviluppano e diffondono

Conoscenze, competenze e comportamenti di management ai diversi livelli di responsabilità, da quelli di direzione generale, a quelli di direzione dei dipartimenti e di settori di attività, a quelli di direzione di unità operative, a quelli di quadri intermedi".

¹⁹⁷ L. 7 agosto 1990, n. 241

¹⁹⁸ D. Lgs 3 febbraio '93, n. 29, art.12

controllo di gestione¹⁹⁹ in grado di fornire al management gli elementi di conoscenza necessari per assumere tempestivamente, decisioni puntuali e quindi appropriate rispetto al raggiungimento degli obiettivi predeterminati in piena assonanza con le richieste e le aspettative dell'utenza²⁰⁰. In tale contesto il richiamato D. Lgs n.502/1992²⁰¹ aveva peraltro resa obbligatoria l'introduzione nelle Aziende Sanitarie della contabilità analitica per centri di costo²⁰² in sostituzione di quella finanziaria onde:

- consentire il controllo delle modalità di utilizzo delle risorse disponibili,
- responsabilizzare i singoli centri di costo e quindi chi fosse preposto agli stessi sul razionale uso delle risorse, sulla quantità e qualità delle attività, sui costi sopportati e sui ricavi realizzati e cioè per dirla con una espressione di comune uso "sul rapporto costi/benefici".

La normativa richiamata ha avuto un ulteriore momento di evoluzione all'interno del dettato del D. Lgs 19 giugno 1999, n. 229, il quale modificando il precedente testo ha riformulato l'art.5 del D. Lgs 30 dicembre 1992, n. 502, nel senso – tra l'altro – di obbligare le aziende

¹⁹⁹ "Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie" si può definire, come "insieme integrato e coordinato di criteri, strumenti, procedure finalizzati ad attivare un processo iterativo di programmazione degli obiettivi da conseguire e di verifica della rispondenza dell'andamento gestionale rispetto agli obiettivi prefissati, finalizzato a consentire ad una organizzazione di conseguire i propri obiettivi con la massima efficacia e con la massima efficienza possibili". (SCHEGGI MARZIO, Health Management – Istituto Di Management Sanitario Firenze)

²⁰⁰ Al riguardo è da rilevare l'obbligo di costituzione e gestione di servizi di controllo interno e, quindi, la realizzazione del controllo di gestione, previsto e disciplinato per tutte le Pubbliche Amministrazioni dall'art. 20, comma 2, del D.Lgs 3 febbraio 1993 n.29. D'altra parte il combinato disposto della richiamata normativa con quella dettata dall'art. 3, comma 6, del D.L. 30 dicembre 1992 n.502 come modificato con il D.Lgs 7 dicembre 1993, n.517, consente di affermare che le Aziende Sanitarie erano obbligate a modificare il loro modo di operare basato sull'osservanza di meri aspetti formali per concretizzare un sistema teso al raggiungimento – da verificare – dei risultati, nel presupposto che l'utilizzo delle risorse dovesse essere informato a criteri di "razionalità" e quindi di "economicità" pur nel rispetto della massima efficacia delle attività svolte.

²⁰¹ Con il decreto legislativo 502 del 30 dicembre 1992 veniva successivamente delineato il quadro normativo di riferimento per il riordino del servizio sanitario nazionale che fu da alcuni definito riforma della riforma (rispetto alla legge 833 del 23 dicembre 1978, che più che legge di riforma del servizio sanitario nazionale è da ritenersi la tutti gli effetti la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale), quadro normativo che facendo salvi i principi portanti della legge 833 (il diritto alla tutela della salute, l'unitarietà e la continuità dell'intervento sanitario, dalla prevenzione alla cura alla riabilitazione, l'universalità nell'accesso alle prestazioni sanitarie) ridisegnava il quadro complessivo delle funzioni e delle responsabilità dei diversi livelli istituzionali di governo del sistema sanitario e introduceva criteri e strumenti di gestione di carattere aziendale.

²⁰² La profonda trasformazione della amministrazione pubblica di cui la legge delega 421 delineava le direttrici portanti rispondendo all'esigenza di riportare sotto controllo l'andamento di una spesa pubblica che agli inizi degli anni 90 risultava assolutamente incompatibile con gli impegni internazionali che l'Italia aveva assunto sottoscrivendo il trattato di Maastricht il 7 febbraio dell'anno 1992.

ospedaliera alla tenuta di una contabilità analitica oltre che per “centri di costo” anche per “centri di responsabilità”.

Tenuto conto della normativa richiamata²⁰³ ed in particolare della normativa secondo la quale la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle Aziende Sanitarie deve avvenire organizzando e gestendo una “contabilità analitica per centri di costo e di responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati” va evidenziato come al Direttore Generale di qualsiasi azienda sia consentito e consentibile uno “stile di direzione” del tipo “vivere alla giornata”/“giorno per giorno” esclusivamente per il tempo necessario ad acquisire la piena conoscenza della realtà della quale gli è stata affidata la responsabilità, semprechè – anche una volta conosciuta detta realtà – non vi ostino altri elementi. D’altra parte è nostra convinzione che, pur non volendo considerare la scelta del legislatore, per poter gestire convenientemente Aziende complesse quali sono quelle che erogano prestazioni e servizi sanitari, sia necessario sviluppare una attività direzionale con approccio “razionale/anticipatorio” (e, cioè, lo ricordiamo basata sulla programmazione e sul controllo); infatti un’attività direzionale basata sull’approccio “vivere alla giornata” o del “giorno per giorno” va ritenuta non congrua non solo per la complessità che caratterizza tali tipi di aziende ma anche perché la tipologia di approccio in questione presuppone, perché sia possibile solo sperare di ottenere dei buoni risultati, un periodo di stabilità nella direzione di media-lunga durata cioè di una situazione che è verificabile solo in rare situazioni. Tornando al controllo di gestione inteso quale sistema/strumento per realizzare la gestione di tipo manageriale delle Aziende Sanitarie²⁰⁴ voluta

²⁰³ Nel 2003 Mario Del Vecchio, (nel suo articolo: *Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, reintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica* —CeRGAS Bocconi – Mecosan, 46), ripercorre le diverse fasi di trasformazione del sistema sanitario nazionale che si sono succedute dal 1978 (anno in cui come noto fu istituito il Servizio Sanitario Nazionale), al 1992 (in cui fu varata la riforma che modificava il sistema introducendo assetti e strumenti aziendalistici), al 1999.

²⁰⁴ Il controllo di gestione è sicuramente, tra gli strumenti innovativi introdotti dalla normativa di riordino

dal legislatore, va detto che lo stesso deve concretizzarsi “nell’attività” attraverso la quale la direzione aziendale (strategica ma, anche, operativa) verifica che la gestione si sta svolgendo in maniera efficace, funzionale, efficiente ed economica, e quindi sia tale da permettere il raggiungimento degli obiettivi generali predefiniti dalla direzione generale nel documento di pianificazione (di medio-lungo periodo) aziendale, detto anche PAL²⁰⁵ in coerenza con gli indirizzi e le scelte della programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Qualunque sia il sistema di controllo realizzato va detto che lo stesso - va incentrato sui risultati registrati dall’organizzazione e sul rapporto degli stessi con le risorse utilizzate per conseguirli,

- deve servire a rimodellare l’organizzazione nonché i comportamenti dei soggetti maggiormente coinvolti nei processi decisionali ed operativi,

- deve avere la capacità di coinvolgere tutti gli operatori di cui l’organizzazione si avvale.

Per perseguire il suddetto obiettivo molte Aziende Sanitarie avevano previsto l’istituzione di uno specifico “ufficio di staff”²⁰⁶, che utilizzi persone e strumenti allo scopo di raccogliere, archiviare, elaborare e valutare tutte le informazioni necessarie al processo decisionale dell’Azienda.

Le informazioni devono essere chiare, disponibili, affidabili, tempestive

e quindi devono derivare direttamente dalla gestione ordinaria.

Da quanto precede risulta inequivocabilmente che le Aziende Sanitarie si

del servizio sanitario nazionale, quello più diffuso nelle aziende sanitarie italiane, anche perché la sua introduzione costituisce un specifico obbligo normativo sancito dall’articolo 4 del decreto legislativo 286 del 30 luglio 1999 (riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell’attività svolta dalle amministrazioni pubbliche).

²⁰⁵ Piano Attuativo Locale. Il Piano Attuativo Locale (PAL), più noto come Piano Strategico Triennale, è un documento programmatico. E’ denominato “attuativo” proprio perché ha lo scopo di rendere concreti nella realtà locale gli indirizzi generali dettati dai Piani sanitari nazionali e regionali.

²⁰⁶ Tale ufficio è stato reso obbligatorio dal Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n.286.

sono dotate di un sistema di controllo di gestione non solo per attuare la previsione legislativa ma anche per sperare di assicurare con pienezza, in un contesto di “rete”, i servizi e le prestazioni finalizzate alla tutela psico-fisica di ciascuna persona/cittadino.

A tale ufficio di staff è affidata anche ogni competenza in materia di cosiddetta “qualità gestionale”, sia al fine di “monitorare” un aspetto molto importante per la definizione dei processi decisionali sia al fine di accrescere gli aspetti non puramente ed esclusivamente “economici” che - troppo spesso- lo stesso assume anche in conseguenza del fatto che la relativa responsabilità è, di norma, attribuita ad un dirigente del ruolo amministrativo o comunque fortemente caratterizzato, professionalmente, nel settore economico²⁰⁷.

Circa il tipo di “controllo di gestione” da realizzare tra i tanti “messi a punto” durante circa un secolo di esperienze²⁰⁸ nell’impossibilità di fornire una indicazione puntuale, riteniamo comunque importante sollecitare l’attenzione sul fatto che la scelta venga effettuata tra le tipologie di controllo di gestione che siano in grado di “eliminare od, almeno, circoscrivere i limiti più evidenti (dei quali si è accennato in precedenza) derivanti dall’approccio tradizionale e, conseguentemente, di migliorarne significativamente:

- l’orientamento ai processi
- la multidimensionalità
- la dimensione strategica

²⁰⁷ A nostro parere, invece, la responsabilità dell’ufficio di staff “Controllo di gestione” dovrebbe essere affidata ad un dirigente del ruolo sanitario -possibilmente medico- che abbia particolare dimestichezza nel settore informatico ed in quello economico.

²⁰⁸ FACCHINETTI I., *Contabilità analitica, calcolo dei costi e decisioni aziendali: metodologie, soluzioni operative e casi*, Il Sole 24 ore Libri, Milano.

- l'orientamento all'esterno.

Un controllo di gestione (perché non chiamarlo “controllo di gestione e della qualità gestionale”?) che risponda alle caratteristiche esplicitate: a) è utile non solo al Direttore Generale o, più in generale, ai componenti della Direzione Generale, ma anche a tutti coloro che hanno responsabilità di programmazione, organizzazione e gestione dei “servizi sanitari” e quindi anche ai medici ed agli altri operatori sanitari dirigenti e non; b) agevola il processo di aziendalizzazione favorendo l'affermazione del management in sanità dovendosi comunque tenere presente che l'obiettivo finale per chi opera in questo settore è il raggiungimento di risultati in “termini di salute” e non in “termini di contenimento dei costi”. In tale contesto mentre è indispensabile fornire servizi e prestazioni sanitarie appropriate, cioè in grado di soddisfare i cittadini, è parimenti indispensabile farsi carico di perseguire detto obiettivo attraverso il razionale uso delle risorse e quindi avendo presenti gli aspetti dell'economicità e dell'efficienza nonché la necessità di gestire con appropriatezza gli aspetti organizzativi, amministrativi ed, in linea più generale, di supporto all'attività assistenziale (qualità gestionale). Ciò impone al Direttore Generale di ispirare il suo operare quotidiano alle teorie del management, nonché di tenere conto del fatto che costi e strutture vanno correlati al volume di attività da svolgere e che la loro adeguatezza alle necessità ed ai risultati in termini di quantità e di efficacia è obiettivo irrinunciabile del servizio sanitario.

Da quanto precede consegue che il Direttore Generale e tutti i dirigenti che hanno responsabilità di programmazione, organizzazione, e gestione dei servizi sanitari, in primis i medici, devono agire in modo da perseguire e realizzare il miglioramento delle qualità delle prestazioni e contestualmente il contenimento dei costi.

Il controllo di gestione, qualunque sia la tipologia prescelta da parte di

ciascuna Azienda Sanitaria, costituisce elemento irrinunciabile ed imprescindibile in quanto consente di sconoscere e monitorare consumi, strategie e risultati raggiunti in relazione agli obiettivi di politica sanitaria aziendale prestabiliti.

Esso infatti costituirà in ogni caso un “sistema” e cioè un “insieme coordinato ed integrato” di criteri, strumenti, metodologie e procedure finalizzati ad attivare un processo iterativo di programmazione degli obiettivi da conseguire e di verifica costante della rispondenza dell’andamento gestionale quotidiano rispetto agli stessi in un contesto, lo si ripete, della massima efficacia e della massima efficienza possibili, che tenga conto anche dei contenuti di carattere tecnico-professionale capaci di orientare e supportare la gestione in una logica di qualità totale.

Il raggiungimento dei risultati indicati presuppone:

a) il recupero delle notizie/dati con il consenso degli operatori interessati, onde evitare che gli stessi considerino l’iniziativa come “strumento di controllo”;

b) la previsione che i responsabili dei singoli centri di costo rispondano al responsabile del centro di responsabilità di riferimento, ferma restando la consapevolezza di poter e dover contare sulle risorse loro affidate e di dover rispondere del loro utilizzo con riferimento agli obiettivi concordati; onde consentire al sistema di controllo di gestione prescelto di trasformarsi da mero atto contabile a processo direzionale/manageriale, attraverso l’utilizzo di tre diverse tecniche aziendali e cioè:

- il budgeting, inteso come “sistema” previsionale in cui la Direzione stabilisce gli obiettivi generali e concorda con i responsabili dei centri di responsabilità (di norma i responsabili di ciascuna “struttura complessa”) le risorse da impiegare ed i tempi per raggiungerli nonché, opportunamente, gli indicatori e gli standards attraverso cui procedere alla verifica;
- la contabilità analitica, intesa come “sistema” di rilevazione corrente dei

fenomeni aziendali, avendo presente che la stessa è realizzabile solo giovandosi di un adeguato sistema informativo;

- il reporting, inteso come “sistema” che attraverso l’utilizzo di indicatori di sintesi consenta di raffrontare/coniugare i dati ricavati dall’applicazione delle due tecniche aziendali precedenti per concretizzare una oggettiva attività di valutazione.

Da quanto detto ne consegue che un sistema di controllo di gestione finalizzato a favorire il processo decisionale sia irrinunciabile perché l’Azienda operi in maniera efficiente ed efficace; nonostante che le scelte legislative²⁰⁹ sembrano aver focalizzato l’attenzione sul processo di definizione della “missione” delle singole Aziende Sanitarie e sulla successiva valutazione del suo perseguimento, facendo venir meno la fase di forte attenzione sul controllo di gestione ma confermando nella sostanza la validità di quest’ultimo²¹⁰.

Uno dei problemi critici che si pongono nell’attivazione di sistemi di controllo

direzionale è quello dell’organizzazione interna del sistema, proprio perché sia nella dimensione di processo decisionale che in quella di sistema

informativo di supporto al processo decisionale molteplici soggetti e strutture

aziendali (la direzione amministrativa, la direzione sanitaria, i servizi

amministrativi centrali, in primis l’unità operativa deputata alla gestione

²⁰⁹ Vedasi D.L.gs. 30 luglio 1999, n.286

²¹⁰ Infatti le più importanti funzioni dallo stesso realizzate, e cioè la gestione della contabilità analitica e l’attivazione del sistema di budget, assumono particolare rilevanza nel processo che si sviluppa a valle delle scelte strategiche aziendali e della definizione del relativo piano di attività (PAL) in quanto consentono la verifica sia in corso d’opera che a consuntivo della coerenza tra obiettivi e scelte operative adottate con possibilità di evidenziazione dei problemi insorti in fase attuativa e di individuazione dei responsabili in caso di parziale o totale insuccesso e conseguentemente di ridefinire le scelte strategiche piuttosto che il modello organizzativo “adottato” per realizzarle.

amministrativa delle risorse economico finanziarie, il servizio informativo aziendale) devono necessariamente interagire sia per rendere possibile l'acquisizione tempestiva, corretta e completa dei dati necessari a produrre le informazioni (i reports) che supportano la direzione aziendale nelle valutazioni e nelle decisioni in cui si sostanzia il processo di programmazione e controllo, sia per rendere possibile quella integrazione e responsabilizzazione diffusa che costituiscono riferimenti imprescindibili del processo di budgeting.

La soluzione di questo tipo di problemi è possibile solo realizzando meccanismi forti di integrazione, che consentano di superare la tendenza ad operare per linee verticali, tra l'altro scarsamente comunicanti, così diffusa nelle amministrazioni pubbliche.

Il processo di programmazione e controllo di gestione è come noto connotato da intrinseci elementi di complessità; è indispensabile, per questo, regolamentare il sistema di interazioni tra le diverse articolazioni operative aziendali che in tale processo sono chiamate ad interagire, ed in particolare definire funzioni e compiti dell'unità operativa controllo di gestione, come peraltro esplicitamente previsto dall' articolo 4 del citato decreto legislativo

2861 30 luglio 1999.

1. LA STRUTTURA DEI COSTI NELLE AZIENDE SANITARIE

Le strutture erogatrici di prestazioni sanitarie, tipicamente le aziende ospedaliere, sono caratterizzate da una struttura dei costi fortemente orientata verso i costi fissi. La voce più rilevante è notoriamente il costo del lavoro. Si tratta di una caratteristica comune a gran parte delle aziende che producono servizi, anche in settori diversi da quello sanitario²¹¹. Il costo del personale è trattato spesso, nella letteratura anglosassone, come un costo variabile. Si assume infatti che il numero di ore lavorate sia proporzionale alla quantità di prestazioni richieste. Questo non è quasi mai vero in Italia, dove i rapporti di lavoro sono spesso “rigidi”. E’ particolarmente falso in Sanità, dove il dimensionamento dell’organico deve essere idoneo a garantire la completa operatività delle diverse strutture: reparti di degenza, ambulatori, servizi, uffici amministrativi, etc.. Il costo del personale rappresenta, nelle aziende sanitarie, il 50% ca. di tutti i costi.

La seconda voce per rilevanza, tra i costi fissi, è certamente rappresentata dagli ammortamenti. L’ammontare di questa voce rappresenta, idealmente, il valore del deperimento economico annuale dei cespiti. I cespiti sono i beni strumentali all’attività dell’azienda, la cui vita utile ha normalmente una durata pluriennale. Tipicamente si tratta degli immobili e di quei beni che, in regime di contabilità finanziaria, venivano indicati come “beni mobili del patrimonio”: impianti, attrezzature sanitarie, automezzi, mobili e arredi, attrezzature informatiche, etc.. Il costo degli ammortamenti viene spesso trascurato dagli operatori a causa dello strano regime contabile al quale sono sottoposti. Si tratta della cd. “sterilizzazione”. In base a questa tecnica,

²¹¹ Interessante è la classificazione e lo studio dei costi effettuato dal dr. Franco Ancona, economista Pricewaterhouse Coopers Italia

introdotta nelle aziende del Servizio sanitario nazionale su indicazione del ministero del tesoro, il conto economico deve accogliere, tra i ricavi, un importo pari all'ammontare degli ammortamenti relativi ai beni acquisiti grazie a specifici contributi in conto capitale. L'effetto è che gli ammortamenti di questi beni, che rappresentano la quasi totalità dei cespiti in dotazione alle aziende, non esercitano alcun impatto sul risultato d'esercizio. Tale circostanza ha di fatto reso meno visibile, agli occhi meno esperti, il peso degli ammortamenti sulla struttura dei costi aziendali.

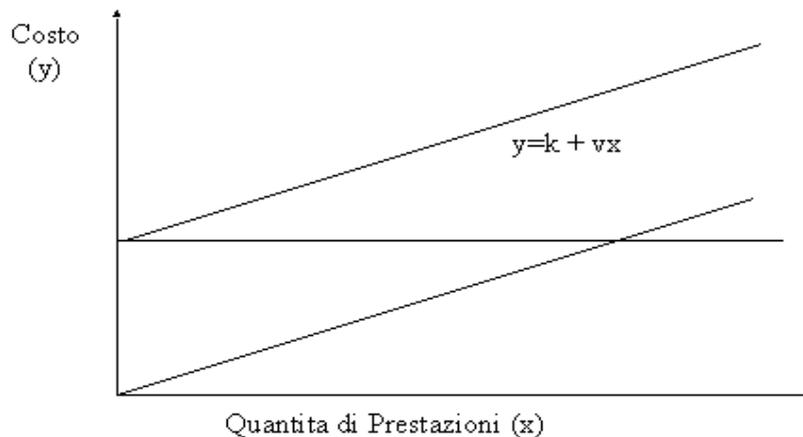
Ma le dotazioni di beni strumentali comportano il sostenimento di ulteriori costi, anch'essi in massima parte fissi, diversi dagli ammortamenti. Si pensi alle manutenzioni ordinarie, al costo per il riscaldamento/condizionamento dei locali, alle spese di pulizia, disinfezione, derattizzazione etc. Tra i costi fissi possono inoltre essere annoverati tutti i canoni per le utenze e gran parte dei consumi stessi. Si pensi al costo dell'illuminazione, all'uso del telefono che è in gran parte slegato dal numero di casi trattati e così via. Chi ha l'occasione di imbattersi nel bilancio di qualche azienda sanitaria, sa che questi costi rappresentano circa l'80% dell'intera struttura dei costi aziendale .

I costi variabili, direttamente legati al numero di prestazioni erogate, possono essere identificati essenzialmente nei farmaci, nei presidi sanitari, nelle protesi, negli alimentari, nei costi per il lavaggio della biancheria e in poche altre voci. Il peso di questi costi può variare a seconda delle caratteristiche dell'azienda alla quale ci si riferisce ma, mediamente, non supera il 20% dei costi totali.

Riprendendo le rappresentazioni grafiche precedenti, possiamo definire i costi complessivi quale sommatoria delle due rette rispettivamente dei costi fissi e dei costi variabili. La risultante sarà una retta parallela a quella dei costi variabili (perché ha lo stesso coefficiente angolare), che parte dal punto (0,k).

Analiticamente si tratta di una retta del tipo $y = k + vx$. Si veda la figura 1.

Figura 1-1: i costi totali



Sulla scorta di questo semplice modello di riferimento testé illustrato, si può ora provare ad imbattersi in alcune delle analisi economiche più tipiche e ricorrenti, finalizzate all'adozione di importanti decisioni gestionali. Ci si riferisce in particolare a problemi del tipo:

- valutazione di congruità delle tariffe di determinate prestazioni;
- analisi del punto di pareggio (break even analysis);
- ricerca dell'equilibrio economico complessivo a livello aziendale e a livello di sistema sanitario regionale.

2. VALUTAZIONE DI CONGRUITÀ DELLE TARIFFE DI DETERMINATE PRESTAZIONI

Non è infrequente, per chi opera in sanità, imbattersi in considerazioni tese a valutare la congruità o meno delle tariffe applicate a determinate

prestazioni²¹². Molti operatori dubitano che le tariffe riconosciute siano sufficienti a compensare le aziende sanitarie dei costi sostenuti per produrre determinate prestazioni. Implicitamente la domanda è: “Dal punto di vista strettamente economico, conviene a quest’azienda erogare la tale prestazione?”. Per giudicare la convenienza economica a realizzare una determinata prestazione, dato un certo prezzo di vendita (assicurato dalla tariffa), è necessario conoscere il costo di produzione.

Il costo di produzione può essere determinato sulla base di una delle seguenti configurazioni:

- il costo pieno (o full cost);
- il costo standard;
- il costo diretto;
- il costo marginale.

Vengono di seguito illustrate le diverse configurazioni valutando, per ciascuna di esse, quelle che appaiono, a parere di chi scrive, i vantaggi e gli svantaggi di ciascuna di esse.

Il costo pieno - E’ apparentemente la configurazione più oggettiva, in quanto tiene conto di tutti i costi effettivamente sostenuti. La sua misura può essere ottenuta rapportando i costi complessivi al numero di prestazioni effettivamente realizzate. Si tratta pertanto del costo unitario medio.

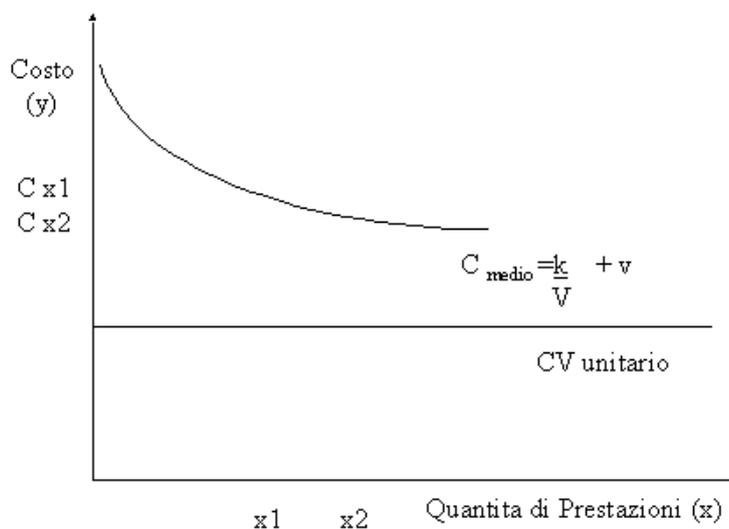
I vantaggi di questa configurazione è che quando le prestazioni erogate dalla struttura oggetto dell’indagine sono sufficientemente omogenee, la sua determinazione è relativamente semplice.

• ²¹² Si veda BARRETTA A., (2004), *L’unità nella diversità. La “dimensione sovraaziendale” del controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Cedam, Padova, 2004.

Gli svantaggi invece riguardano la determinazione della quota di costi comuni e di costi generali di competenza di ciascuna area aziendale omogenea non è mai agevole (in ogni caso non esistono criteri oggettivi per effettuarla) e il costo medio unitario che è pesantemente condizionato dal numero di prestazioni effettuate.

Si veda a tal proposito il grafico in figura 2. E' evidente che, a seconda che la struttura produca una quantità di prestazioni pari a x_1 o a x_2 , il costo medio sarà più o meno elevato: C_{x1} nel primo caso e C_{x2} nel secondo.

Figura 1-0-2- Il costo unitario medio



Analiticamente, $C_x = CT/x = k/x + v$.

Dove: C_x è il costo unitario medio in corrispondenza della generica quantità prodotta x ; CT sono i costi totali.

Ciò significa che, a parità di costi fissi, il costo medio unitario è tanto più basso quanto più elevata è la quantità prodotta. La conclusione è perfettamente compatibile col buon senso comune: quanto più elevato è il grado di utilizzo della capacità produttiva, a parità di costi fissi, tanto più basso è il costo medio unitario della prestazione.

Resta tuttavia il dubbio: "Qual è il giusto valore a cui far riferimento per rispondere al quesito iniziale?"

Per rispondere si può tentare un'altra via: quella del costo standard di produzione²¹³.

Il costo standard di produzione - Per la determinazione del costo standard si può far ricorso alla tecnica dell' "activity based costing". Si tratta di una metodologia contabile che studia il processo di produzione della prestazione, lo scompone in una serie di attività semplici, calcola il costo di ciascuna attività e determina il costo complessivo come sommatoria dei costi delle singole attività²¹⁴.

I vantaggi della determinazione dei costi attraverso i costi standard²¹⁵ sono: Il costo così determinato non risente delle condizioni di maggiore o minore efficienza presenti nella struttura.

Lo svantaggio invece è dato dal fatto che esso fa riferimento a condizioni operative ideali, spesso non presenti in azienda. Oltretutto si tratta di una metodologia piuttosto laboriosa in quanto, prima di procedere alla valutazione, è necessario analizzare il processo di produzione, reingegnerizzarlo secondo criteri di massima efficienza (evidentemente salvaguardandone o potenziandone l'efficacia), quindi procedere al calcolo del costo. Un'altra difficoltà nell'utilizzo dei costi standard è che il costo complessivo della struttura di riferimento è normalmente più elevato della sommatoria dei costi standard delle prestazioni effettuate. La differenza va attribuita a inefficienza.

²¹³ BERGAMIN M., (1997), *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*, UTET.

²¹⁴ BUTLER J., (1995), *Hospital Cost Analysis*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.

²¹⁵ BICINI V., (2005), *I processi di standardizzazione in un'azienda: un'analisi riferita alle aziende sanitarie*, 10° Workshop annuale AIDEA Giovani, Napoli.

Il costo diretto - Considera i costi direttamente imputabili alla prestazione (esempio: costo del lavoro diretto; ammortamenti diretti, consumi di materiale direttamente imputabili alla prestazione), a prescindere dal fatto che il loro ammontare sia più o meno influenzato dalla quantità di prestazioni effettuate.

Da non confondere con la definizione anglosassone di “direct cost” che si traduce, correttamente, con “costo variabile”.

I vantaggi di poter determinare i costi attraverso i costi standar è dato dal fatto che la sua determinazione è relativamente semplice.

Invece dal lato degli svantaggi si può osservare che è una misura parziale, scarsamente utilizzabile ai fini decisionali.

Il costo marginale - Data una determinata capacità produttiva presente, rileva semplicemente i “costi differenziali” generati dalla produzione di una unità di prestazione in più (o unità marginale). Entro i limiti della capacità produttiva presente questa misura coincide con il costo variabile unitario. La differenza tra il ricavo marginale ottenibile con la vendita di una unità di prestazione in più e il costo marginale della stessa, viene definita “margine di contribuzione unitario”.

I vantaggi che si ottengono dall'utilizzare tale metodologia è che la sua determinazione è semplice e oggettiva, è uno strumento molto utile per l'analisi differenziale ed infine la sua conoscenza è di supporto a una grande quantità di decisioni.

I principali svantaggi riguardano il fatto che è una misura parziale del costo, nella produzione delle prestazioni sanitarie i costi variabili sono normalmente una quota molto bassa dei costi complessivi. Il margine di contribuzione è pertanto generalmente positivo e piuttosto elevato.

Ne consegue che il dubbio sulla congruità o meno delle tariffe riconosciute per le prestazioni è spesso privo di significato, per le seguenti ragioni:

- quasi sempre il margine di contribuzione c'è ed è elevato. Esso è in grado di contribuire positivamente al risultato d'esercizio;
- l'equilibrio economico complessivo dell'azienda che eroga prestazioni dipende prevalentemente dal corretto dimensionamento della capacità produttiva, generatrice di costi fissi.

Analisi del punto di pareggio - La ricerca del punto di pareggio (o break-even analysis) può essere definita come lo strumento che permette ad un'azienda di determinare il livello di attività/produzione che garantisce la copertura dei costi totali e quindi l'equilibrio economico della gestione.

Graficamente si giunge a questo risultato identificando l'intersezione della retta dei costi totali e di quella dei ricavi.

Analiticamente si giunge allo stesso risultato imponendo che i ricavi siano uguali ai costi. Dal momento che

$C = k + vx$ e $R = px$, sarà sufficiente imporre $C = R$, cioè

$$px = k + vx$$

$$k = px - vx$$

$$x = k/(p-v)$$

$(p - v)$ si definisce margine di contribuzione.

Per concludere, si può affermare che il pareggio si ottiene per una quantità di produzione in corrispondenza della quale la sommatoria dei margini di

contribuzione eguaglia i costi fissi²¹⁶.

Al di sotto di tale quantità l'azienda è in perdita. Oltre tale quantità si entra nella cd. area dell'utile.

3. GLI STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE: IL BUDGET

Il budget è lo strumento caratteristico e principale dell'attività di programmazione: in esso vengono definiti e quantificati i programmi di azione; esso traduce i programmi di lungo periodo in obiettivi di breve periodo da attribuire a specifici centri di responsabilità. In particolare : “Il budget è un piano espresso in termini quantitativi (solitamente monetari), riferito ad un periodo di tempo determinato (generalmente si fa coincidere con l'anno solare, ma può riferirsi anche a periodi di tempo inferiori) ed articolato per centri di responsabilità. In altre parole mentre la programmazione articola le attività da svolgere in termini di programmi, il budget le articola secondo la struttura delle responsabilità, ossia in funzione dei centri responsabili del loro svolgimento²¹⁷” .

Quanto esposto vale in generale e per tutte le aziende ma è facile intuire come gran parte delle affermazioni descritte sopra siano difficili da adattare alla realtà specifica delle aziende sanitarie.

La prima difficoltà si riscontra nella esigenza di determinazione quantitativo-monetaria degli obiettivi di budget. Ricordiamo, infatti, che

²¹⁶ Al proposito si veda POLI S., (2003), *La valutazione della performance delle aziende sanitarie pubbliche: un modello di interpretazione*, Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale, n. 7-8, pp. 366-376.

²¹⁷ ANTHONY R.N., YOUNG D.W. (1992) *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni no profit*, McGraw - Hill, Milano.

L'obiettivo delle aziende sanitarie non è la remunerazione del capitale, ma il soddisfacimento di un bisogno primario della società, che si esplicita nella tutela della salute. Tale obiettivo viene perseguito mediante la realizzazione di svariate attività e nella prestazione di una serie di servizi, che non sempre vengono remunerati in base al loro effettivo valore: i ricavi delle aziende sanitarie pubbliche non sempre riflettono la qualità e la quantità dei servizi erogati. In alcuni casi sarà, quindi, necessario esprimere gli obiettivi mediante indicatori quantitative non monetari che tengano conto della eterogeneità delle attività svolte.

Nelle aziende sanitarie pubbliche l'attività è svolta da professionisti altamente specializzati, che godono di ampia autonomia clinica nella determinazione delle azioni da svolgere per soddisfare i bisogni sanitari della collettività con una limitata capacità manageriale: un buon medico deve saper curare il malato e non semplicemente gestire le risorse a lui assegnate. E' auspicabile che nella redazione del budget la direzione tenga conto delle esigenze di autonomia clinica dei professionisti e mediante un processo di negoziazione degli obiettivi non si limiti a guardare le esigenze dell'azienda nel suo complesso, ma tenga conto delle specifiche esigenze dei singoli soggetti che in essa operano²¹⁸.

II ruolo del budget

Il sistema di programmazione dell'attività sanitaria per budget è divenuto sempre più il sistema con il quale si cerca di governare i fenomeni della Sanità in Italia.

La comparsa sia della parola "budget" che della procedura di contrattazione che ne è alla base sono spesso ricorrenti nella legislazione.

²¹⁸ Cfr. BERGAMIN M., (1997), Programmazione e controllo in un'ottica strategica, UTET.

Prima di accingersi alla redazione concreta del budget operativo è importante soffermarsi su alcune considerazioni preliminari, che consentano di individuare quale ruolo esso dovrà svolgere nella realtà aziendale e ciò al fine di renderlo un valido supporto all'attività decisionale.

In primo luogo dovranno essere stabiliti oltre agli obiettivi (che cosa fare?) anche i soggetti deputati al loro raggiungimento (chi deve fare?), con particolare riferimento alla distinzione dei ruoli tra direzione strategica e centri di responsabilità. Nelle aziende sanitarie i vincoli ed i controlli esterni sull'acquisizione delle risorse, l'estrema frammentarietà e rigidità dell'organizzazione pubblica e la struttura dei costi di tipo prevalentemente fisso, determinano un approccio al budget in cui l'azienda condiziona il sistema di budget sul fronte dell'allocazione delle risorse pur lasciando ampio spazio nella determinazione dei risultati conseguibili mediante l'impiego delle risorse disponibili. Oggetto di discussione nel sistema di budget saranno quindi le attività, vale a dire il cosa fare, e non tanto le risorse disponibili²¹⁹.

Sembrerebbe logico pensare che uno strumento come il budget, per essere proficuamente utilizzato, debba avere necessariamente caratteristiche di flessibilità; ma è importante stabilire in che modo è possibile modificare gli obiettivi di budget prevedendo le conseguenze che tale azione correttiva può avere sul fronte del sistema premiante legato ai risultati.

Mediante l'attività di controllo di gestione si attua il confronto tra obiettivi e risultati intermedi al fine di individuare mediante l'analisi degli scostamenti anche le possibili cause²²⁰ che li hanno determinati e di conseguenza porre

²¹⁹ Interessante è quanto evidenziato in GUANTI S., (2003), La cultura del controllo nelle aziende sanitarie ed ospedaliere italiane, Il controllo nelle società e negli enti, Giuffrè, Milano, Luglio-Ottobre.

²²⁰ Dopo una prima fase di mero confronto numerico, il controllo di gestione si occupa di interpretare le cause degli scostamenti mediante l'utilizzo di algoritmi matematici ben definiti, che cercano di stabilire se le eventuali cause devono essere imputate a una modificazione nei prezzi di acquisto delle risorse impiegate nei processi produttivi, ad una modificazione nei volumi di produzione, ad una modificazione delle modalità con cui sono prodotte le prestazioni ed i servizi.

in essere adeguate azioni correttive²²¹.

L'articolazione delle responsabilità

Com'è stato già detto esistono due tipologie di definizione del budget: un modello top-down in base al quale la definizione degli obiettivi è eseguita dalla direzione strategica aziendale e da questa è imposto ai livelli direzionali sottostanti in modo autoritario; un modello di definizione bottom-up in base al quale la definizione degli obiettivi coinvolge i vari livelli aziendali e si attua mediante un processo di negoziazione degli stessi²²². Si è precisato inoltre che nelle aziende sanitarie il modello di definizione degli obiettivi di budget dovrebbe essere di tipo bottom-up, sia per l'elevata complessità che caratterizza l'attività delle aziende sanitarie dovuta, da una parte, alle dimensioni delle strutture gestite; sia per le caratteristiche proprie dell'attività svolta, che comprende al suo interno svariate tipologie di prestazioni tra loro molto differenti²²³.

I metodi di determinazione degli obiettivi di tipo top-down sembrerebbero poco auspicabili, sia in quanto è difficile che un unico soggetto abbia le conoscenze necessarie per stabilire gli obiettivi di organismi complessi ed eterogenei, sia perché la forte autonomia decisionale dei dirigenti, che deriva dall'autonomia clinica, rende poco efficaci meccanismi impositivi di tipo gerarchico che a lungo andare potrebbero portare a raggiungere i risultati imposti senza raggiungere gli obiettivi. In molti casi, infatti, si è arrivati a produrre il numero espressivo dell'obiettivo, come ad esempio determinati volumi di prestazioni o determinati indici di occupazione dei

²²¹ Le azioni correttive possono riguardare sia la gestione al fine di correggere l'andamento dei risultati nel futuro, sia gli obiettivi fissati a livello di budget in funzione da quanto evidenziato dall'andamento gestione.

²²² Cfr MICOSSI P. (2004) *Vincoli economici ed evoluzione delle organizzazione sanitarie*, Tendenze nuove 1/2004, Il Mulino.

²²³ La stessa azienda può erogare prestazioni di carattere ispettivo, di vigilanza, di diagnosi, cura e riabilitazione. Inoltre nell'ambito delle singole tipologie di attività ed in base alle caratteristiche del segmento di domanda o bisogno cui ci si riferisce le prestazioni possono essere le più vane e disparate.

posti letto, perdendo di vista l'efficacia dell'azione: la riduzione della degenza media non si attua mediante il ricovero inappropriato di pazienti, che potrebbero benissimo essere trattati in day-hospital o addirittura ambulatorialmente. Se, quindi, i soggetti coinvolti nel raggiungimento degli obiettivi vengono esclusi dalla determinazione degli obiettivi a livello di budget si rischia di perdere di vista il significato dell'intera attività di programmazione.

Un processo di definizione degli obiettivi di tipo bottom-up non si limita a consentire ai centri di responsabilità di formulare delle proposte di obiettivo mediante la compilazione di una scheda di budget, ma implica la negoziazione e la discussione delle singole proposte con la direzione aziendale. Tuttavia, per non cadere nell'eccesso opposto, non è il centro di responsabilità che definisce gli obiettivi al posto della direzione aziendale, ma, piuttosto, si tratta di formulare proposte che vengano di volta in volta esaminate e vagliate dalla direzione strategica aziendale che le dirige ed orienta in base alle esigenze aziendali. Quello che deve prevalere non è una parte o l'altra quanto, piuttosto, il bene dell'azienda. La determinazione di obiettivi che siano il più possibile condivisi tra direzione strategica e centri di responsabilità non deve far perdere di vista l'obiettivo fondamentale di garantire l'unitarietà aziendale. In questo senso è importante fissare, quindi, le linee programmatiche generali dell'azienda a cui i singoli centri di responsabilità devono fare riferimento nell'individuazione dei loro obiettivi.

Nella complessa articolazione delle responsabilità esistenti in un'azienda sanitaria, come delineate con il D. Lgs. 502/92, è importante stabilire a quale livello organizzativo si pongono i centri di responsabilità²²⁴ e quale ruolo assumono i dirigenti che si trovano in posizione subordinata o

²²⁴ In ANTHONY R.N., YOUNG D.W. (1992) *Controllo di gestione per...*, *op.cit.*, il centro di responsabilità viene definito come "un gruppo di persone che opera per raggiungere un obiettivo dell'azienda, ed è guidato da un dirigente che si assume la responsabilità delle azioni intraprese".

sovraordinata ad essi. In particolare, si tratta di individuare i soggetti chiamati a formulare gli obiettivi assumendosene la responsabilità diretta nei confronti dell'azienda, Un aspetto di rilievo nella determinazione del processo di budget è la creazione o meno di un comitato di budget: si tratta di un soggetto collegiale che si occupa di definire, congiuntamente con la direzione strategica, gli indirizzi annuali di settore ai quali i centri di responsabilità dovranno attenersi nella formulazione delle proposte di budget e di valutare le proposte di budget formulate dai singoli centri di responsabilità, valutandone la coerenza rispetto agli indirizzi aziendali e di settore.

Le fasi del processo di budget

Il processo di budget può essere articolato nelle seguenti fasi:

Fase 1: acquisizione delle informazioni relative ai vincoli di sistema, soprattutto di carattere economico - finanziario, ed ai macro obiettivi nazionali e regionale definiti a livello di Piano Sanitario Nazionale e Piano Sanitario Regionale, e formulazione di un primo documento di base nel quale sono inquadrati le linee di indirizzo aziendali espresse in termini di vincoli, opportunità e maggiori aree di intervento per l'arco temporale cui si riferisce il budget. Tale documento, redatto dalla direzione strategica aziendale, rappresenta il documento di avvio del processo di budget;

Fase 2: scomposizione degli indirizzi generali in indirizzi di distretto e presidio ospedaliero ed orientamenti in merito all'allocazione delle risorse. Tale secondo passo si realizza mediante un incontro che ha carattere di collegialità ed interessa la direzione strategica ed i componenti del comitato di budget che insieme redigono un documento di indirizzo per ciascun distretto e presidio ospedaliero.

Fase 3: coinvolgimento dei centri di responsabilità nella predisposizione delle proposte di obiettivi mediante la compilazione della scheda di proposta

di budget;

Fase 4: analisi e valutazione da parte del comitato di budget delle schede e definizione degli interventi correttivi;

Fase 5: effettuazione degli incontri di budget con i centri di responsabilità e predisposizione di un primo consolidato provvisorio di distretto o di presidio ospedaliero;

Fase 6: analisi dei budget sintetici di distretto o di presidio ospedaliero, effettuata congiuntamente dal comitato di budget e dalla direzione strategica, mediante la verifica del rispetto delle linee aziendali e dei vincoli di risorsa. In questa fase si può determinare un assestamento del budget e in ogni caso la predisposizione del consolidato aziendale finale;

Fase 7: formalizzazione e presentazione del budget all'azienda ed alla Regione o alla Provincia Autonoma.

La definizione schematica sopra riportata non entra nel merito di quello che avviene all'interno del singolo centro di responsabilità quando, come indicato nella fase 3, esso viene coinvolto nel processo di definizione degli obiettivi di budget.

La "scheda di budget"

La scheda di budget è lo strumento operativo di supporto nel quale sono esplicitati gli obiettivi che si intendono perseguire, essa contiene per ogni centro di responsabilità:

- i livelli assistenziali e/o di prestazione attesi;
- le modalità generali di carattere organizzativo gestionale con le quali si intendono ottenere i risultati di cui sopra;
- la tipologia e la quantità di risorse necessarie.

Quest'ultimo dato è di fondamentale importanza in quanto rappresenta

l'anello di congiunzione con il sistema della contabilità generale, di cui ci accingiamo a parlare, e quindi con i livelli di finanziamento previsti nei rapporti con la regione o la provincia autonoma. La determinazione di questo valore è molto complessa in quanto esso rappresenta la quantificazione monetaria degli obiettivi perseguiti e prende il nome di "costo complessivo standard": esso è determinato dalla somma dei costi che si ritiene di dover sostenere per lo svolgimento di ogni attività, costi che a loro volta sono determinati dalla somma dei prodotti tra i singoli standard fisici unitari, per i singoli prezzi standard e per i relativi volumi di produzione standard.

Non sempre si è in grado di fornire schede complesse e ben articolate: nella maggior parte dei casi si ricorre a modelli molto elementari, che tuttavia non perdono il loro carattere di significatività come supporto alla determinazione degli obiettivi di budget. Non è necessario, infatti, calcolare gli obiettivi in modo esatto o scientifico in quanto il budget è uno strumento di orientamento della gestione. Inoltre la scheda di budget, prima di tutto, deve essere considerata un utile strumento di comunicazione tra centri di responsabilità e direzione generale per cui, al di là dei più o meno sofisticati modelli matematici utilizzati per la sua compilazione, una delle caratteristiche che deve avere è la schematicità e l'orientamento grafico al fine di risultare di facile ed immediata lettura. Essa deve essere coerente con le linee programmatiche aziendali e contenere i risultati e gli obiettivi, rappresentati mediante indicatori della situazione attuale e della situazione attesa finale.

Nella scheda di budget gli obiettivi devono essere sempre esplicitati in forma quantitativa: essi possono essere riassunti in una serie di parametri ai quali sono abbinati valori quantitativi espressivi dei risultati che si intende perseguire. I parametri utilizzati possono essere di carattere economico (costi, ricavi, margini) o possono essere parametri di attività (essi cioè

esprimono i livelli di attività e di servizio rispetto ai quali il centro di responsabilità si impegna a perseguire specifici obiettivi).

La progettazione di un sistema di controllo di gestione in sanità

Il controllo di gestione, detto anche controllo direzionale, è il sistema operativo volto a guidare l'attività di un'azienda verso il conseguimento degli obiettivi stabiliti in sede di pianificazione operativa, rilevando lo scostamento tra obiettivi e risultati conseguiti e informando di ciò i soggetti deputati ad assumere decisioni, al fine di adottare le opportune azioni correttive. Provenendo dall'esperienza delle imprese, esso si è esteso progressivamente alle pubbliche amministrazioni, in ossequio alla filosofia del new public management, affermatasi a livello mondiale sul finire del secolo scorso.

Nella pubblica amministrazione italiana, dopo un'embrionale introduzione contenuta nel D. Lgs. 29/93 (art.20), esso è entrato a regime a seguito della emanazione del D. Lgs. 286/99.²²⁵

Scopo del controllo di gestione è quello di aiutare i dirigenti ad indirizzare il proprio comportamento verso il conseguimento degli obiettivi "aziendali", che nel caso di specie sono gli obiettivi delle amministrazioni pubbliche percepite, nell'ottica del new public management, come aziende.

Nelle aziende il sistema di controllo di gestione è normalmente progettato e gestito da un organo posto in staff al vertice aziendale (o di una divisione

²²⁵ Una delle linee ispiratrici dal d. lgs. 286, è la netta separazione dei controlli di regolarità amministrativa e contabile, intesi come controlli "repressivi", da quelli "collaborativi". I primi sono assegnati a specifiche strutture, da identificare in quelle già operanti (organi di revisione, di ragioneria, servizi ispettivi), con la espressa limitazione delle verifiche da effettuarsi a preventivo e fatto salvo, in ogni caso, il principio di prevalenza dell'organo amministrativo responsabile. E' importante sottolineare che la norma (art. 2) prevede che le verifiche in questione debbano rispettare in quanto applicabili alla P.A., i principi generali della revisione contabile e che di conseguenza, i membri dei collegi di revisione degli enti pubblici siano a maggioranza nominati tra gli iscritti all'albo dei revisori contabili e che le amministrazioni pubbliche, ove occorra, possano ricorrere a soggetti esterni specializzati nella certificazione dei bilanci.

aziendale), affinché lo informi sull'andamento delle varie attività e lo assista nell'assumere le decisioni autocorrettive più appropriate.

Nelle amministrazioni pubbliche occorre tener conto della dicotomica separazione dei ruoli tra direzione politica e direzione amministrativa e di questa interrelazione nella scansione degli obiettivi gestionali.

La legislazione inerente i controlli interni nella pubblica amministrazione ha subito diverse modifiche in questi anni, da ultimo con il D. Lgs 159 del 2009²²⁶ che in parte ha modificato il D. Lgs. 286/99²²⁷.

Per progettare un sistema di controllo di gestione in sanità che sia il più possibile efficace si deve tener conto sia del contesto ambientale in cui l'azienda opera che della struttura interna dell'azienda stessa. E' importante che il sistema di controllo sia coerente con le variabili ambientali ed aziendali al fine di evitare di incorrere nell'errore di introdurre strumenti e metodologie che, indipendentemente dalla loro efficacia e validità, non sono in linea con le esigenze specifiche della struttura sanitaria portando così ad un inutile appesantimento amministrativo che, non solo, non trova concreta applicazione ma che, lungi dal produrre benefici per l'azienda, ne rappresenta un inutile onere. Introdurre il controllo di gestione in sanità non

²²⁶ Il D. Lgs. 159/09 attua la legge delega n. 15/09, finalizzata all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico ed alla efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

²²⁷ I principi generali contenuti nell'art. 1, comma 1, del D.Lgs 286 del 1999 sono rimasti inalterati: (... "le pubbliche amministrazioni, nell'ambito della rispettiva autonomia, si dotano di strumenti adeguati a: a) garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile); b) verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione); c) valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza); d) valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico)", così come il principio della progettazione di insieme dei controlli interni (art. 1, comma 2), quelli di integrazione dei controlli gestionali (art. 1, comma 2, lett. d), quello di separazione dei controlli di regolarità amministrativa e contabile dai controlli gestionali (art. 1, comma 2, lett. e).

significa adempiere ad un obbligo normativo, quanto piuttosto cogliere una opportunità per migliorare la gestione delle strutture sanitarie.

Una volta chiarito il ruolo del controllo di gestione, si tratta di definire le caratteristiche specifiche che deve avere il sistema di controllo nell'ambito della realtà aziendale²²⁸, si tratta cioè di definire:

- *l'articolazione*: ovvero la numerosità dei criteri utilizzati per configurare le aggregazioni contabili;
- *la rilevanza*: ovvero la scelta delle informazioni utili e mirate rispetto ai problemi decisionali;
- *la selettività*: ovvero la capacità di distinguere le informazioni rilevanti rispetto a quelle meno rilevanti;
- *la prontezza*: ovvero la tempestività con cui il sistema è in grado di fornire le informazioni ai soggetti interessati;
- *l'orientamento*: al breve piuttosto che al medio-lungo termine.

Come è facile intuire, il punto di partenza per la definizione degli obiettivi è rappresentato dal Piano Sanitario Regionale. In esso sono contenuti gli obiettivi strategici che ogni azienda locale deve recepire e tradurre, grazie al supporto dei responsabili ai vari livelli, in obiettivi operativi quantificabili. Il risultato di questo processo è il budget operativo.

In riferimento alla valutazione della razionalità dell'organizzazione strutturale, si tratta di esaminare con attenzione l'articolazione della struttura aziendale con particolare riferimento ai ruoli degli operatori preposti, al fine di individuarne le relative responsabilità gestionali. Si tratta di una fase contestuale al processo di definizione degli obiettivi aziendali e

²²⁸ La progettazione di un corretto sistema di controllo di gestione comporta l'individuazione degli obiettivi: la pianificazione degli obiettivi aziendali è la premessa per l'attivazione del sistema di controllo di gestione, e va attuata a livello di ogni singola unità operativa. È indispensabile individuare con chiarezza gli obiettivi operativi da monitorare ed i relativi responsabili del raggiungimento di specifici risultati.

comporta l'identificazione dei soggetti responsabili del raggiungimento di specifici risultati, i cosiddetti centri di responsabilità. Questi ultimi vanno individuati in base all'articolazione strutturale in servizi ed uffici, a livelli più o meno aggregati. Secondo le finalità del controllo di gestione. Volendo classificare i centri di responsabilità si potrebbero distinguere tra: centri di responsabilità principali, quelli che riguardano centri di costo che intervengono sul prodotto/servizio svolgendo una fase di produzione; centri di responsabilità ausiliari, quelli che svolgono specifiche prestazioni a favore dei centri principali (ad es. manutenzioni); centri di responsabilità per servizi comuni quelli che svolgono servizi a favore dell'intera struttura (ad es. amministrazione, direzione generale ecc.). La valutazione dell'organizzazione strutturale comporta in primo luogo un'analisi di tipo strutturale della realtà aziendale nel suo complesso²²⁹ volta ad individuare:

- il livello di accentramento o decentramento delle unità operative, il dimensionamento dei vari settori, servizi ed uffici in termini di articolazione degli stessi e del loro relativo personale, le specifiche competenze di ciascuna unità organizzativa e le relative esigenze di integrazione operativa con altri settori, servizi ed uffici, i livelli gerarchici e /o funzionali che caratterizzano il sistema organizzativo nel suo complesso;

²²⁹ Gli strumenti utilizzati per effettuare un'analisi organizzativa di tipo strutturale sono da una parte il colloquio-intervista, volto all'acquisizione degli elementi necessari all'eventuale progettazione di un nuovo sistema organizzativo, e dall'altra l'utilizzo di organigrammi di tipo gerarchico e funzionale, volto a rappresentare la situazione rilevata. In fase di progettazione si procederà di volta in volta a definire i livelli di accentramento/decentramento e la relativa distribuzione delle competenze, oltre che la definizione dei collegamenti di tipo funzionale e le eventuali esigenze di accorpamento o di maggiore articolazione di determinate unità operative. Un corretto processo di analisi della struttura dovrebbe seguire il seguente iter: rilevazione della macro-struttura attraverso un colloquio con i dirigenti di più alto livello (nel caso delle ASL il direttore generale, il direttore amministrativo, il direttore sanitario) volto all'individuazione dei vari referenti di settore, a cui rivolgersi per ottenere indicazioni più specifiche sul settore di competenza (articolazione in servizi, uffici, unità organizzative) fino ad arrivare all'analisi puntuale di ciascuna unità operativa. Tale metodologia prevede quindi un approccio graduale che parte dalla rilevazione della struttura organizzativa in tutte le sue articolazioni in unità di tipo centrale ed unità di tipo periferico, per poi procedere alla rilevazione di ciascuna unità in cui è articolato il settore, servizio, ufficio sottoposto ad analisi. Per ognuno di questi si procederà quindi alla rilevazione del personale addetto per qualifica e quantità, alla rilevazione delle specifiche competenze e dei collegamenti gerarchici e funzionali con le altre, fino alla rilevazione delle eventuali disfunzioni avvertite dagli operatori e delle esigenze e proposte di questi ultimi.

- la valutazione dei processi di erogazione dei servizi: si tratta di individuare sia le attività sviluppate che le risorse impegnate secondo modalità che permettano la connessione con la struttura organizzativa aziendale, al fine di imputare correttamente i costi ed i ricavi alle varie unità responsabili. Premessa indispensabile alla definizione di un corretto sistema di controllo di gestione e l'adozione di un'adeguata contabilità per centri di costo²³⁰ e di ricavo, finalizzata alla definizione del costo di ciascuna specifica prestazione e di ogni servizio erogato;
- l'individuazione di indicatori e standard: a supporto del sistema di controllo di gestione per una corretta valutazione dei risultati e opportune costruire una serie di indicatori e standards²³¹ rispetto ai quali l'organizzazione possa misurarsi, in modo tale da individuare le modalità di intervento che possano contribuire al miglioramento del processo di produzione dell'azienda sanitaria nel suo complesso;
- L'elaborazione di reports per la valutazione gestionale e la predisposizione degli eventuali interventi correttivi: le informazioni prodotte dal sistema devono essere raccolte e presentate in modo chiaro e semplice. L'elaborazione di report ha l'obiettivo specifico di favorire l'utilizzo delle informazioni prodotte dal sistema di controllo di gestione da parte degli organi decisionali. Il sistema di reporting rappresenta uno strumento critico per il corretto funzionamento dell'intero sistema di programmazione e controllo di

²³⁰ A seconda delle modalità di gestione ed allocazione dei costi, si possono individuare due tipologie di contabilità dei costi di interesse per la pubblica amministrazione; la contabilità dei costi per commessa e la contabilità dei costi per processo. La contabilità dei costi per commessa è caratterizzata dalla possibilità di ricondurre direttamente a ciascun singolo prodotto/servizio l'utilizzo di materiali e di manodopera diretta (questo è il caso in cui si prende in considerazione una specifica patologia, una determinata tipologia di assistito e così via). La contabilità dei costi per processo è caratterizzata dall'identificazione del centro di costo con una specifica unità produttiva (questo è il caso in cui si prende in considerazione uno specifico reparto ospedaliero, un laboratorio di analisi chimico-cliniche, un servizio di radiodiagnostica, un servizio ecografico e così via).

²³¹ Si possono costruire diverse categorie di indicatori standard. Tra le più utilizzate troviamo: indicatori di attività, indicatori di efficienza, indicatori di efficacia qualitativa e quantitativa.

gestione in quanto è solo attraverso la tempestiva disponibilità delle informazioni, realmente utili e necessarie, che è possibile progettare un sistema di controllo efficace che consenta da una parte di valutare i risultati perseguiti e dall'altra di adattare le scelte gestionali in funzione dei cambiamenti in atto nel contesto ambientale esterno e nel contesto organizzativo interno all'azienda.

Il processo di controllo si svolge secondo un ciclo periodico articolato in una fase programmatica ed organizzativa, in una fase di raccolta di dati ed elementi concomitante alle attività controllate, alla successiva elaborazione di osservazioni e proposte correttive.

Nelle amministrazioni pubbliche la fase propedeutica si articola in un confronto tra la direzione politica e la dirigenza per scandire le politiche strategiche in singoli obiettivi, con assegnazione di risorse umane, strumentali e finanziarie. L'art. 5 del D. Lgs. 150/09 riassume questo concetto con riguardo agli obiettivi disponendo che essi debbano essere *“rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione”*.

Negli enti che sono strutturati come aziende, quali le ASL, il sistema di pianificazione si sostanzia nella cosiddetta contrattazione budgetaria, attraverso la quale a ciascuna divisione aziendale vengono assegnati compiti e risorse: a differenza degli enti dotati del tradizionale bilancio di previsione finanziario, nel budget entrano in gioco anche le quantità (oltre ai valori monetari), sia nella stima dei ricavi, che nei costi delle risorse necessarie alla produzione e ai servizi.

Tuttavia anche gli enti che possiedono la tradizionale contabilità finanziaria devono improntare le loro procedure amministrative ai principi del controllo

di gestione²³².

Sulla base dell'art. 4 del D. Lgs 286/99, rimasto sostanzialmente inalterato dopo la novella Brunetta²³³, il controllo di gestione delle amministrazioni pubbliche si può così schematizzare²³⁴:

- a) traduzione del programma politico e delle altre missioni istituzionali in singoli obiettivi, resi misurabili, con la definizione di indicatori e di traguardi intermedi, ossia di valori che l'indicatore deve assumere per qualificare l'attività oggetto di sindacato;
- b) affiancamento ai singoli obiettivi delle unità organizzative responsabili (centri di responsabilità) della loro realizzazione e delle risorse necessarie al loro conseguimento corredate della loro allocazione in bilancio;
- c) specificazione delle strutture deputate alla gestione complessiva o al coordinamento del processo del controllo sulla gestione;
- d) individuazione delle unità organizzative a livello delle quali si intende misurare efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- e) determinazione delle unità di rilevazione dei dati nei singoli dipartimenti oggetto del controllo;
- f) determinazione delle modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le unità organizzative;
- g) frequenza e modalità di rilevazione delle informazioni necessarie per il processo autocorrettivo;

²³² Recita in proposito l'art. 6 del decreto "1. Gli organi di indirizzo politico amministrativo, con il supporto dei dirigenti, verificano l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi di cui all'articolo 5 durante il periodo di riferimento e propongono, ove necessario, interventi correttivi in corso di esercizio. 2. Ai fini di cui al comma 1, gli organi di indirizzo politico amministrativo si avvalgono delle risultanze dei sistemi di controllo di gestione presenti nell'amministrazione".

²³³ Il D.lgs in questione è il n. 150/2009, denominato "Decreto Brunetta". Il tessuto del decreto n. 150/09 e, di conseguenza, gli aspetti di governo e supporto alle decisioni pubbliche sono contenuti agli articoli 2, 3 e 4.

²³⁴ Cfr. *Governance e sistemi di controllo interno nelle amministrazioni pubbliche dopo il d.l.vo n. 150/09* di Aldo Carosi, magistrato della Corte dei conti

- h) misurazione periodica dello stato di avanzamento delle attività, attraverso la rilevazione dei costi (diretti ed indiretti, per definire il cosiddetto costo pieno) e dei risultati;
- i) assunzione delle eventuali modifiche correttive.

Nel nuovo assetto normativo i punti a), b) e c) sono sviluppati nel piano della performance di cui al precedente paragrafo 3.2. La valutazione consuntiva è invece redatta su base annuale.

Questa scissione tra il tempo della programmazione e quello della accountability potrebbe essere ispirata alle attuali difficoltà della finanza pubblica, strettamente condizionata dalla limitatezza delle risorse, da tagli, da manovre correttive in corso d'anno, che nell'ottica del Legislatore troverebbero in un periodo triennale riferimento operativo più attendibile dell'annuale²³⁵, consentendo ai dirigenti un migliore margine temporale per adattare il loro operato alle circostanze.

Per quel che concerne gli aspetti sintetizzati alle lettere d), e) ed f), gli ambiti e le modalità di interrelazione degli uffici e dei servizi interessati devono trovare un forte momento di condivisione delle strutture interessate, fin dalla fase pianificatoria. Solo attraverso la consapevolezza e condivisione delle modalità autoinformative, possono rendersi funzionali i meccanismi di rilevazione ed elaborazione dei dati, conferendo in tal senso, motivazione ed autorevolezza ai funzionari deputati a tali operazioni.

Quanto al profilo sub i), è da sottolineare come nella pubblica amministrazione la gestione del ciclo di correzioni (c.d. riprevisioni) è quello che presenta margini di difficoltà più elevate in considerazione della lunghezza dei tempi burocratici e della scarsa capacità di interrelazione della

²³⁵ Si pensi, ad esempio, con quale ritardo vengono emanate in alcuni ministeri le direttive generali contenenti gli indirizzi strategici oppure l'effetto ridimensionatore dei cosiddetti decreti taglia-spese sui programmi di valenza annuale.

organizzazione nel suo complesso. In ambito aziendale, il presupposto del controllo direzionale è che ciascuna funzione deve relazionarsi con le altre, dal momento che la “produzione” deve avere una conoscenza in tempo reale del piano e dei tempi in cui il prodotto “deve essere immesso sul mercato”.

**CAPITOLO IV –
ANALISI DI ALCUNE BEST
PRACTICES IN CALABRIA**

1. LA BEST PRACTICE NELL'ASP DI CATANZARO, VINCITRICE DEL I PREMIO AL FORUM PA 2010

Progetto Integrato di un sistema di misurazione e valutazione delle prestazioni Sanitarie²³⁶

Il progetto nasce dalla necessità di sopperire all'evidente criticità e ritardo, nell'implementazione dei sistemi di controllo interno ed auditing negli apparati organizzativi e funzionali delle singole Aziende Sanitarie ed Aziende Ospedaliere; non essendo, soprattutto in Calabria, maturata la percezione del valore aggiunto dell'auditing che favorisce la conoscenza oggettiva per il corretto utilizzo delle risorse impiegate a fronte dell'erogazione di prestazioni ottimali ed appropriate. Tale percorso virtuoso può essere più agevolmente completato se i controlli interni saranno vissuti come un "quid pluris" rispetto agli strumenti di governo e non come sovrastruttura che si aggiunge ai normali compiti istituzionali appesantendoli inutilmente. Il raggiungimento di questo risultato lo si ottiene attraverso "prodotti" validi, soprattutto strumentali per garantire le funzioni ed i compiti istituzionali di programmazione del vertice politico e gestionale degli apparati organizzativi dell'azienda, al fine di creare un circolo virtuoso che misuri la coerenza programmatica e di risultato e renda univoca l'azione dispiegata in un sistema dove i vari elementi interagiscono in un equilibrio dinamico orientato verso lo stesso fine: l'**ottimalità**. Il progetto è rivolto alla misura del punto di ottimalità per tutte le prestazioni sanitarie erogate nell'ASP di Catanzaro; ottenuto attraverso la conoscenza di due funzioni: quella dei costi e quella delle prestazioni.

²³⁶ Il Responsabile del progetto è il dr ROMANO GIUSEPPE Telefono: 0961/703258 – 329/3174415 E-mail: siaas7@libero.it - Ruolo: Direttore del Servizio Informativo Aziendale

Mettendo a sistema queste due funzioni si ottiene il punto di ottimalità nell'erogazione della prestazione, che rappresenta un valore x nel cui intorno si ottiene una minimizzazione dei costi ed una massimizzazione dei prodotti. Questi calcoli vengono eseguiti attraverso un apposito software sviluppato dal Servizio Informativo Aziendale. La metodologia proposta coinvolge le tre aree erogatrici dei Livelli Essenziali ed Appropriati di Assistenza ed utilizza i dati provenienti dal controllo di gestione e dal servizio gestione risorse economiche. Onde garantire il corretto apporto si è costituito un gruppo di lavoro coordinato dal Responsabile del progetto e dai responsabili delle tre aree LEA Prevenzione, Distrettuale ed Ospedaliera che attraverso apposite le “schede dati”, trattate dal personale del Servizio Informativo Aziendale, sono andate a popolare la base dati del software per la verifica e **misura** della funzione di **ottimalità** ed **appropriatezza** della prestazione erogata. In conclusione l'obiettivo principale è garantire il corretto utilizzo delle risorse a fronte di prodotti qualitativamente elevati per soddisfare la domanda di salute.

In questo progetto sono stati coinvolti 18 dirigenti e 10 non dirigenti

Le azioni programmatiche da mettere in atto per contenere da un lato la spesa sanitaria nelle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e dall'altro il dare risposte sanitarie alla popolazione assistita è un compito molto arduo. Nel mondo sanitario, rispetto a quanto fissato nella legge 502/92 e s.m.i., molte cose sono state cambiate sia dal nuovo piano sanitario nazionale che dal piano sanitario regionale. Se a queste norme nazionali si aggiungono tutte le direttive regionali, si comprende quanto sia arduo e difficile gestire bisogni sanitari con efficienza ed efficacia di azione. Complessivamente la politica sanitaria nazionale va sempre più verso una maggiore razionalizzazione della spesa puntando su forme di prevenzione. In questo rapporto le Aziende Sanitarie devono farsi carico di seguire da vicino ogni cittadino utente in modo da soddisfare i suoi bisogni di salute in termini preventivi o erogativi

comprando o fornendo prestazioni sanitarie.

Il Direttore Generale deve conciliare la compatibilità della politica aziendale con la politica di programmazione della regione. Nel corso del 2009, da parte dell'ASP di Catanzaro, è stato applicato un metodo di misura dei punti di ottimalità per un set di prestazioni sanitarie, questo per consentire di dare una leva alla Direzione Generale per una riorganizzazione e ristrutturazione dell'Azienda Sanitaria, tale da vincere la mentalità e la cultura acquisita in tanti anni dalla Dirigenza, abituata ad una gestione burocratica- giuridica. Mentalità che è agli antipodi dei principi della legge di Riforma fondati sui nuovi criteri gestionali fissati dal legislatore per le aziende sanitarie. Peraltro, dato l'aspetto culturale del problema, ogni iniziativa tendente alla riorganizzazione dei vari settori sanitari ed amministrativi deve "convincere" il dirigente a gestire le risorse assegnate e con esse riuscire a rendere produttiva in termini aziendale la struttura ad esso assegnata.

Non è stato possibile verificare completamente la compatibilità dei dati economici del 2008, in quanto gli strumenti contabili non consentono di effettuare analisi ai livelli di dettaglio auspicati. Inoltre la struttura degli strumenti contabili consente solo di controllare le risorse assegnate e parzialmente i risultati.

Nel progetto è stato evidenziato che “L'analisi dell'informazione acquisita, la verifica dei risultati, il conseguente controllo direzionale saranno per l'anno 2010 il presupposto indispensabile per migliorare l'azione di gestione da parte della direzione generale.”

Come già accennato dal 1992 ad oggi il quadro di riferimento per le condizioni di accesso alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale è stato in continuo mutamento e ciò a causa della necessità di contenimento della spesa pubblica e sanitaria. Si sono succeduti negli anni interventi atti a ridefinire la quantità delle risorse, di agevolarne un uso più

efficiente, di stabilire dei parametri obiettivi di riferimento per la dotazione e l'utilizzo di strutture essenziali. Ma tali provvedimenti, sia a livello nazionale che a livello regionale non hanno potuto trovare reale applicazione nella gestione delle Aziende Sanitarie vista la carenza di strumenti manageriali, la mancanza di continuità nei vertici delle aziende, la carenza culturale della Dirigenza che hanno reso più difficile l'ottenimento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità voluto dalla legge di riordino del SSN.

Nell'anno 2009 con la metodologia di miglioramento approntata nell'ASP di Catanzaro, si sono create le premesse che potranno consentire, a partire dal 2010 di recuperare in parte i ritardi precedentemente accumulati e, successivamente, assicurare a regime la gestione manageriale, in linea con le norme nazionali e regionali.

Si illustra, in allegato, la relazione previsionale programmatica di utilizzo del piano di miglioramento, così come presentata al Forum PA 2010 dall'ASP di Catanzaro.

3. LA BEST PRACTICE DELL'ASP DI VIBO VALENTIA.

Programma di ricerca “Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni ricomprese nei LEA”

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia, già ASL n. 8, negli ultimi anni è spesso stata sulle prime pagine di tutti i giornali e tv nazionali e locali per quanto accadeva al suo interno, (morti sospette, presunte

Nel più complessivo impegno inteso a restituire all'ospedale di Vibo Valentia la credibilità e la fiducia di un tempo che i drammatici casi di Federica Monteleone e Eva Ruscio e gli scandali per i presunti appalti truccati per il nuovo costruendo ospedale, hanno ridimensionato e messo in cattiva luce, sta giocando un ruolo di non secondaria importanza anche l'evoluzione organizzativa e sanitaria che è in atto da oltre un anno in diversi delicati settori.

L'intensa e qualificata attività dell'Ospedale “G. Jazzolino” pensa ad andare oltre e viaggia in direzione di obiettivi pronti a rendere competitiva la erogazione di prestazioni che aiutano a capire che è già in corso la messa in opera di una brusca frenata al fenomeno dell'emigrazione dell'ammalato.

Notevole sostegno è stato offerto, in quest'opera di risanamento, dal direttore generale Rubens Curia e dal direttore sanitario Franco Petrolo e del Direttore amministrativo avv. Francesco Procopio che stanno riuscendo a motivare il personale e a creare rapporti sinergici con altre strutture sanitarie, per alcune sperimentazioni che sono uniche in Calabria.

In data 26 ottobre 2007 è stato avviato l'accordo di collaborazione tra il Ministero della Salute l'Azienda Ospedaliera Policlinico Tor Vergata e nell'ottobre del 2008, l'Azienda Ospedaliera Policlinico Tor Vergata ha

avanzato al Ministero della Salute una richiesta di proroga della ricerca al fine di consentire l'arruolamento nel Progetto di una nuova Azienda che, a seguito di riunioni ministeriali, è stata individuata nell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia. Il dott. Luigi Rubens Curia, allora Commissario Straordinario dell'ASP di Vibo Valentia, individua, quale Referente Aziendale del Programma di ricerca, la Dott.ssa Palma Grillo²³⁷.

La ricerca focalizza l'attenzione sulla appropriatezza organizzativa e per promuoverla ha individuato le seguenti azioni strategiche:

1. Promozione del buon uso dei farmaci.
2. Definizione dei criteri di priorità delle prestazioni chirurgiche in lista per il ricovero ordinario ed individuazione delle prestazioni odontoiatriche nei soggetti vulnerabili.
3. Trasferimento di un maggior numero di interventi chirurgici e procedure interventistiche invasive e seminvasive dal regime di ricovero ordinario a quello diurno e ambulatoriale (promozione della Day Surgery e della Chirurgia ambulatoriale).
4. Promozione del buon uso del sangue attraverso il funzionamento del Comitato per il Buon Uso del Sangue (CBUS).
5. Sviluppo di programmi di controllo delle infezioni nelle strutture del SSN attraverso il funzionamento del Comitato per il controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO).

²³⁷ All'uopo, è stato istituito un gruppo di lavoro operativo, all'interno dell'ASP di Vibo Valentia, coordinato dalla Dott.ssa Palma Grillo, costituito come di seguito elencato:

Dott.ssa Palma Grillo – Dirigente Medico - Staff Direzione Generale - Referente Aziendale per il suindicato Progetto e Coordinatore del gruppo di lavoro

Dott.ssa Concetta Congesrì – Dirigente Medico - Staff Direzione Generale

Dott.ssa Anna Maria Renda – Dirigente Medico - S.S Verifica Appropriatezza - Coordinamento Day Service Ambulatoriale

Dr.ssa Caterina Garaffo – Dirigente Farmacista - Staff Direzione Generale

Dott. Agostino Scardamaglio – Dirigente Medico - Staff Direzione Generale

Dr.ssa Rosaria Morani - Segreteria Direzione Generale

Promozione del buon uso dei farmaci - Obiettivo dell'ASP di Vibo Valentia, in linea con il Centro Regionale Sangue, è il contenimento dell'utilizzo di plasma e plasma derivati attraverso un programma di monitoraggio e controllo sui consumi, al fine di ridurre il consumo improprio, e quindi operare sia sul versante dell'utilizzo sempre più consapevole e dei prodotti farmaceutici, che sul risparmio sull'uso dei farmaci, voce che incide sempre più notevolmente nei bilanci delle Aziende sanitarie.

Monitoraggio del consumo di Albumina umana ed emanazione di linee guida per il suo impiego clinico - E' stato elaborato, approvato dal "Comitato per il buon uso del sangue", ratificato con atto deliberativo e diffuso il "Protocollo per l'uso appropriato dell'albumina in ospedale" con allegato il relativo modello di richiesta unico regionale.

Il Direttore del SIT, presso l' Azienda vibonese, espleta il controllo dell'applicazione dello specifico protocollo ed il monitoraggio delle prescrizioni, attraverso l'analisi dei dati riportati sul relativo modello di richiesta, al fine di ottenere il raggiungimento dell'autosufficienza in plasma e plasma derivati ed un impiego razionale dell'albumina con una conseguente riduzione sia dei consumi che della spesa.

Controllo dell'uso perioperatorio di antibiotici a scopo profilattico, finalizzato alla prevenzione delle infezioni perioperatorie - Poiché tra le priorità del S.S.N. vi è la necessità, sempre più sentita, di promuovere tutte le iniziative volte al miglioramento della

qualità e della sicurezza delle prestazioni, tra cui la promozione del buon uso dei farmaci ed in particolare il controllo perioperatorio di antibiotici a scopo profilattico, finalizzato alla prevenzione delle infezioni perioperatorie, l'ASP di Vibo Valentia ha avviato le seguenti iniziative:

1. Ha attivato un "*infection team*" (Medico Staff Direzione Generale + Medico UO di Chirurgia Generale + Medico Infettivologo + Medico Microbiologo + Farmacista).
2. Ha adottato il modulo di richiesta motivata degli antibiotici iniettabili a criticità di impiego.
3. Con delibera del Commissario n. 538/C del 18/03/2009, ha recepito e diffuso le Linee Guida "Antibiotico-profilassi perioperatoria nell'adulto" elaborate (settembre 2008) dal Ministero della Salute e dall'I.S.S. di concerto con il Ce.V.E.A.S. ed ha adottato la scheda di rilevazione dell'uso degli antibiotici denominata "Scheda per antibiotico-profilassi in chirurgia" elaborata dall'*infection team* dell'ASP di Vibo Valentia.

Tale scheda, in linea con le predette linee guida ministeriali, prevede la rilevazione di tutti i parametri relativi all'utilizzo degli antibiotici nei reparti ospedalieri con le caratteristiche dei pazienti, delle patologie, delle molecole utilizzate e delle eventuali reazioni avverse.

Dal 1 aprile 2009 al 31 maggio 2009 presso il reparto di Chirurgia Generale di Vibo Valentia (dir. Dott. F. Miceli) sono state applicate le linee guida sull'antibiotico profilassi.

In particolare, sono state applicate le suddette linee guida su circa 40 pazienti sottoposti ad interventi programmati (ernioplastiche, colecistectomie, etc) e in urgenza (appendicectomie).

La scelta dell'antibiotico e il timing della somministrazione sono avvenuti secondo le linee guida ed è stata regolarmente compilata la scheda fornita.

Non sono state registrate reazioni avverse nè complicanze di tipo infettivo, potendosi così evitando terapie aggiuntive di antibiotici.

L'applicazione delle linee guida per antibiotico profilassi in chirurgia ha permesso al reparto in questione un notevole risparmio nell'utilizzo di antibiotici, pur garantendo la sicurezza dei pazienti.

In fase iniziale è stata arruolata l' U.O. di Chirurgia Generale del P.O. di Vibo Valentia, successivamente, considerato l'esito positivo dell'iniziativa, la stessa sarà estesa ad altre Unità Operative Chirurgiche.

1. Con delibera del Commissario n. 1294/C del 19/06/2009 è stato adottato lo schema terapeutico denominato "*Terapia empirica ad uso ospedaliero per le principali sindromi infettive*" elaborato dall'infection team di quest'Azienda e sono state approvate le "*Linee guida e protocolli diagnostici*" dell'U.O. di Microbiologia e Virologia dell'ASP di Vibo Valentia. Tale schema terapeutico affronta e rappresenta in modo sintetico il trattamento empirico delle patologie batteriche di maggiore interesse che si osservano nella pratica clinica quotidiana, con particolare riferimento alla terapia delle infezioni batteriche delle basse vie respiratorie, delle vie urinarie, della cute e dei tessuti molli, dei pazienti immunocompromessi con sepsi o endocardite. In particolare si sono rese omogenee le scelte terapeutiche, le posologie e la durata dell'antibioticoterapia, nonché i metodi di diagnosi degli agenti patogeni, i percorsi del paziente con sospetta infezione e la risposta alla terapia antibiotica.
2. Questo schema terapeutico, appena descritto, a breve termine, sarà esteso al trattamento dei pazienti non ospedalizzati quali, ad esempio, i pazienti affetti da polmoniti comunitarie senza fattori di rischio e da sepsi urinarie non complicate, patologie altrimenti

trattate in ospedale, che potranno essere facilmente curate a domicilio, anche in questo caso con relativa contrazione della spesa. All'uopo è stata avviata un'attività di collaborazione tra l' infection team aziendale ed i medici di Medicina Generale, con il coinvolgimento del Segretario FIMMG.

3. Il predetto protocollo, diffuso in tutti gli ambiti dell'Azienda ed esteso al trattamento extra ospedaliero, con la revisione e l'aggiornamento del Prontuario Terapeutico Aziendale alla luce delle più recenti evidenze scientifiche, potrà senz'altro produrre anche risparmio sulla spesa farmaceutica.

Definizione dei criteri di priorità delle prestazioni chirurgiche in lista per il ricovero ordinario ed individuazione delle prestazioni odontoiatriche nei soggetti vulnerabili

Criteri di priorità negli ambulatori chirurgici - Il “Regolamento per l'accesso e la gestione dei ricoveri programmati”, già in uso presso l'Azienda Sanitaria di Vibo Valentia, disciplina i criteri e le modalità di accesso ai ricoveri programmati, assicurando i necessari criteri di specificità, eticità e trasparenza, affinché la diagnosi ed il successivo trattamento terapeutico non siano ingiustificatamente procrastinati compromettendo la prognosi e la qualità della vita.

Con il predetto Regolamento si è disciplinata inoltre la gestione delle liste d'attesa tenendo in debita considerazione le “determinanti” delle liste di attesa, che possono essere individuate in principali e secondarie, connesse al paziente, alla prestazione, agli erogatori dei servizi ed al contesto di riferimento ed assegna ad ogni paziente un codice di priorità, sulla base di

criteri stabiliti dal Direttore di Unità Operativa.

Tale codice viene obbligatoriamente riportato nel registro dei ricoveri programmati, con l'intento di evitare o almeno ridurre abusi. Con l'adozione di tali codici, nell'Unità Operativa di Oculistica la lista di attesa per i ricoveri programmati è scesa a circa 14 giorni rispetto ai 45 giorni di attesa usuali, mentre presso l'Unità Operativa di Ostetricia la lista di attesa per i ricoveri programmati è adesso ridotta a circa 10 giorni. E presso l'Unità Operativa di Chirurgia Generale la lista di attesa per i ricoveri programmati è di circa 7 giorni.

Ancora vi sono notevoli margini di miglioramento sulla riduzione dei tempi di attesa presso l'Unità Operativa di Ortopedia per i ricoveri programmati che è attualmente di circa 90 giorni a causa della ristrutturazione del reparto i posti letto sono stati ridotti del 62% (da n. 21 a n. 8). E' auspicabile che, al termine della ristrutturazione, avvenuta alla fine del mese di settembre, i tempi di attesa per i ricoveri programmati siano sovrapponibili a quelli antecedenti alla riduzione dei posti letto e cioè di circa 30 giorni.

Prestazioni odontoiatriche nei soggetti vulnerabili - Il gruppo di lavoro costituito nell'ambito della presente ricerca ha ritenuto che la vulnerabilità sanitaria debba essere riconosciuta almeno ai cittadini affetti da gravi patologie, le cui condizioni di salute possano essere pregiudicate da una patologia odontoiatrica concomitante.

I destinatari sono così stati individuati: pazienti in attesa di trapianto e post-trapianto (escluso trapianto di cornea); pazienti con stati di immunodeficienza grave; pazienti affetti da patologie oncologiche; pazienti affetti da talassemia maior; pazienti psichiatrici.

In aggiunta alla vulnerabilità sanitaria si tiene in considerazione anche le condizioni socio-economiche che di fatto impediscono l'accesso alle cure

odontoiatriche nelle strutture private (vulnerabilità sociale).

Il gruppo di lavoro ha ritenuto che tale condizione di vulnerabilità debba essere identificata attraverso strumenti, possibilmente già attivi sul territorio nazionale, atti a valutare la condizione socio-economica (ad es. indicatore ISEE o altri) con contestuale individuazione dei valori minimi al di sotto dei quali garantire alcune prestazioni (visita odontoiatrica, estrazioni dentarie, otturazioni e terapie canalari, applicazioni di protesi rimovibili escluso il manufatto protesico).

La Regione Calabria, con DGR n.6 del 12 gennaio 2009 ha introdotto nuovi codici regionali, da apporre sul ricettario unico, per indicare l'appartenenza dell'assistito alle categorie socialmente vulnerabili²³⁸.

A tali pazienti si ritiene debbano essere garantite tutte le prestazioni odontoiatriche incluse nel nomenclatore generale, con eccezione dell'implantologia, dei manufatti protesici e degli interventi di tipo estetico.

Per motivi organizzativi, in fase iniziale, sono stati arruolati i pazienti affetti da patologie oncologiche; in seguito saranno coinvolti anche gli altri destinatari.

Ai suddetti pazienti sono state riservate 2 ore al giorno in tre giorni settimanali, per un totale di 6 ore settimanali.

I pazienti, cui è stata dedicata una corsia preferenziale, muniti di impegnativa per visita odontoiatrica redatta dallo specialista oncologo, previo appuntamento concordato tra gli infermieri dei due ambulatori di oncologia ed odontoiatria, si presentano nell'orario e nell'ambulatorio odontoiatrico stabilito.

Promozione della Day Surgery e della Chirurgia

²³⁸ Delibera Giunta Regione Calabria n. 6 del 12.1.2009 "Codici di esenzione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale parzialmente escluse dai LEA, ricomprese nei livelli di assistenza in virtù delle DD.GG.RR: 963/02 e 208/3" pubblicata sul bur n.3 del 16.2.2009

ambulatoriale -

La Regione Calabria, con atto deliberativo del 06/10/2008²³⁹:

- ha individuato i criteri di appropriatezza per l'accesso al ricovero in Day Hospital medico,
- ha predisposto le linee guida per l'istituzione del modello organizzativo del Day Service,
- ha individuato le patologie per le quali è indicato il ricorso al Day Service,
- ha istituito, con precedente atto deliberativo, per determinate patologie, specifiche liste di prestazioni denominate Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC).

Per quanto riguarda la promozione della Chirurgia ambulatoriale, sono state avviate idonee iniziative per effettuare interventi in regime di Chirurgia ambulatoriale secondo il Modello organizzativo del Day Service Ambulatoriale (DSA), di recente istituzione presso la nostra Azienda. Tale modello organizzativo prevede una lista di attesa unica (distinta per ciascuna Unità Operativa) nonché la selezione di pazienti , con una responsabilità medico-assistenziale in capo all'equipe che propone ed effettua la procedura ed una responsabilità clinico-organizzativo-gestionale in capo alla segreteria DSA e prevede infine un processo assistenziale declinato mediamente in 3 accessi.

L'appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere rappresenta un attributo inderogabile del servizio sanitario, al fine di perseguire obiettivi di qualità professionale, di efficacia e di uso efficiente

²³⁹ Delibera G.R. Calabria n. 726 del 6.10.2008 pubblicata sul burc n 22 del 15.11.2008: Interventi per la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri: Linee guida per il corretto funzionamento dei posti letto di assistenza ospedaliera a ciclo diurno: Istituzione del modello organizzativo del day service

delle risorse.

Si individua quale azione essenziale all'interno dell'A.S.P. di Vibo Valentia il trasferimento delle attività inappropriate verso i regimi che consentono una maggiore efficienza nell'uso delle risorse, quindi, dal ricovero ordinario verso il day hospital e da questo verso l'ambulatorio.

L'obiettivo atteso è quello di una sostanziale riduzione del tasso di ospedalizzazione dei residenti senza che venga meno la capacità da parte dell'Azienda di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie.

Le strutture ospedaliere sono, infatti, chiamate:

- a) ad operare secondo criteri di appropriatezza;
- b) a mettere in atto tutte le misure utili a livello locale per favorire il trasferimento di attività verso i regimi più appropriati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme regionali;
- c) a potenziare e qualificare l'assistenza ambulatoriale, dove dovrà confluire parte consistente dell'assistenza attualmente erogata in Day Hospital / Day Surgery.

In ottemperanza a quanto disposto dalla DGR n. 541/08, presso le strutture pubbliche e private dell'Azienda, si sta procedendo all'erogazione in regime ambulatoriale delle prestazioni chirurgiche di:

- Intervento di cataratta,
- Intervento di liberazione del tunnel carpale,
- Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta e indiretta,
- Riparazione monolaterale con innesto o protesi diretta e indiretta,
- Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi.

Per tutte queste prestazioni è stato altresì previsto il pagamento di un ticket massimo.

Vi è da aggiungere che, per l'intervento di cataratta la lista di attesa è di circa 14 giorni.

Tutti i processi indicati hanno determinato una riduzione consistente dei ricoveri in regime ordinario, e delle giornate di degenza, anche con riferimento alla produzione attesa e comunicata dall'ASP di Vibo Valentia alla Regione Calabria.

Promozione del buon uso del sangue attraverso il funzionamento del Comitato per il Buon Uso del Sangue - Il Comitato per il Buon Uso del Sangue dell'ASP di Vibo Valentia è stato istituito con Delibera del Commissario n.1317/C del 13 ottobre 2008.

Nel corso delle riunioni periodiche sono stati approvati :

- Linee Guida e Procedure per la Terapia Trasfusionale
- Linee Guida e Procedure Emaferesi Terapeutica
- Linee Guida e Procedure per l'Autoemotrasfusione
- Protocollo per l'uso appropriato dell'albumina in ospedale
- Indicazioni alla trasfusione di globuli rossi concentrati
- Indicazioni alla terapia con plasma fresco congelato
- Indicazioni alla trasfusione di concentrati piastrinici
- Richiesta Massima di Sangue per Tipo di Intervento – MSBOS

Al fine di promuovere il buon uso del sangue nella pratica clinica, le linee guida e le indicazioni sono state ampiamente diffuse presso tutte le strutture aziendali che sono supportate anche dalla presenza assidua del medico trasfusionista.

Vi è tuttavia da aggiungere che l'ASP di Vibo Valentia, non solo ha

raggiunto l'autosufficienza in emocomponenti, ma provvede anche a rifornire degli stessi altre Aziende Sanitarie della Regione.

Sviluppo di programmi di controllo delle infezioni attraverso il funzionamento del Comitato per il controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO) - E' stato svolto un accurato lavoro di preparazione delle schede di rilevazione, diversificate per reparti chirurgici, di terapia intensiva e schede standard per gli altri reparti.

Si sta ora procedendo alla raccolta di tali schede e all'elaborazione dei dati in esse contenuti al fine di predisporre interventi specifici ed istruzioni operative.

E' stata implementata l'applicazione delle linee guida sull'antibiotico profilassi, nelle quali, oltre alle raccomandazioni sulla profilassi antibiotica, vengono riportati i principi generali di prevenzione poiché essi rappresentano la base irrinunciabile per il contenimento delle complicanze infettive postoperatorie e difatti, l'applicazione di tali linee guida presso l'Unità Operativa di Chirurgia Generale ha evitato le complicanze di tipo infettivo.

Presso questa Azienda il CIO coopera con il Nucleo Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico (NARC) presso il quale sono in corso di approvazione il " Protocollo per il lavaggio delle mani" ed il " Protocollo per il corretto uso dei disinfettanti".

ALLEGATO -

***Progetto Integrato di un sistema di misurazione e valutazione
delle prestazioni Sanitarie nell'Asp di Catanzaro***

RELAZIONE PROGRAMMATICA PER IL PIANO DI MIGLIORAMENTO

La Relazione Programmatica definita nel piano di miglioramento gestionale assume indubbiamente un ruolo preminente nell'ambito dei documenti di pianificazione e programmazione che la Direzione Generale deve adottare per l'anno 2010. Il tutto inserito nel quadro normativo introdotto dal legislatore con l'art. 1-quater della L. 26/4/1983, n. 131, di conversione del decreto legge 28/2/1983, n. 55, come un documento da allegare al bilancio annuale di previsione, per il periodo coperto dal bilancio pluriennale della Regione. In tale ambito, la RPP poteva essere considerata il prodotto dell'indagine prospettica, volta ad identificare le condizioni ambientali ed aziendali per procedere a definire gli obiettivi strategici, generali e particolari da perseguire in un certo periodo di tempo.

Attualmente, le previsioni normative relative alla RPP sono contenute nel PSR di cui alla legge 11/2004 (ancora oggi vigente in prorogatio) ed all'art. 170 del TUEL. Il primo comma di tale articolo stabilisce che essa debba essere allegata al bilancio annuale di previsione ed avere un'estensione temporale pari a quella del bilancio pluriennale. La relazione è predisposta dall'organo di governo dell'azienda e segue le vicende del bilancio per quanto riguarda la sottoposizione all'Organo di Controllo. Essa ha carattere generale, e, secondo il modello introdotto (con poche varianti per le diverse tipologie di enti) dal D.P.R. 3 agosto 1998 n. 326 in attuazione dell'art. 12 del D.Lgs. 77/1995 (successivamente trasposto nell'art. 160 TUEL) innanzitutto illustra le caratteristiche generali della popolazione, del territorio, dell'economia insediata e dei servizi dell'ente, precisandone risorse umane, strumentali e tecnologiche, per poi proseguire con un'analisi delle entrate e delle spese dell'ente. Per la parte relativa alle entrate comprende una valutazione generale sui mezzi finanziari, individuando le fonti di finanziamento ed evidenziando l'andamento storico degli stessi ed i relativi vincoli. Per la parte relativa alla spesa la relazione è redatta per programmi e per eventuali progetti, con espresso riferimento ai programmi indicati nel bilancio annuale e nel bilancio pluriennale, rilevando l'entità e l'incidenza percentuale della previsione con riferimento alla spesa corrente consolidata, a quella di sviluppo ed a quella di investimento (art. 170 TUEL, commi 2 e 3. *La spesa corrente consolidata è stata definita dalla Circ.Min. Interno F.L. 10/1980 del 24 ottobre 1980 come: «(...) le spese correnti normali o ripetitive che hanno il loro fondamento nelle leggi, nei regolamenti, nei contratti o in atti deliberativi e che per il loro carattere di rigidità non lasciano possibilità di manovra all'amministrazione. Solo questa particolare operazione offre gli elementi per individuare le spese, sia correnti sia d'investimento, che l'amministrazione autonomamente decide di effettuare per l'ampliamento o per il miglioramento dei servizi esistenti, per l'istituzione di nuovi servizi e per l'assunzione di spese»*). Ciascun programma deve specificare le finalità che s'intendono perseguire, nonché le risorse umane e strumentali ad esso destinate, distintamente per ciascuno degli esercizi in cui il programma si articola, motivando specificatamente le scelte adottate. La relazione fornisce, inoltre, la dimostrazione motivata delle variazioni intervenute rispetto all'esercizio precedente. Per gli organismi gestionali dell'ente locale, la relazione indica anche gli obiettivi che si intendono raggiungere, sia in termini di bilancio che in termini di efficacia, efficienza ed economicità del servizio. Comprende inoltre una sezione relativa allo stato di attuazione dei programmi deliberati negli anni precedenti, con le relative valutazioni, ed, infine, un prospetto per la rilevazione dei dati finanziari rilevanti ai fini del consolidamento dei conti pubblici. In questo contesto la metodologia proposta nella MISURA dei PUNTI di OTTIMALITA' assume particolare importanza.

Le previsioni dell'art. 170 citato possono, perciò, essere viste come il risultato della volontà di applicare ed affermare una logica di azione per obiettivi, programmi e risultati. La programmazione di medio-lungo periodo consiste proprio nell'attività di traduzione in termini operativi di ciò che è stato deciso in sede di pianificazione.

La definizione di *programma* è fornita dalla normativa all'art. 165, comma 7, del TUEL «(...) costituisce il complesso coordinato di attività, anche normative, relative alle opere da realizzare e di interventi diretti ed indiretti, non necessariamente solo finanziari, per il raggiungimento di un fine prestabilito, nel più vasto piano generale di sviluppo dell'ente.

La RPP si inserisce all'interno del complessivo processo di programmazione a medio termine. Il documento dei macro obiettivi è formulato anche sulla base di una relazione concernente il quadro delle risorse disponibili, redatta, generalmente entro la fine di giugno, dal direttore generale. Il direttore generale illustra il documento

al comitato di direzione; dopodiché ogni "area" o macro-area tiene delle apposite riunioni in cui i macro obiettivi stessi vengono specificati (per la parte di propria pertinenza). Partecipano alle riunioni i dirigenti di area, i responsabili delle U.O. e dei servizi (facenti capo a quella data area). In base a questa "specificata" di dettaglio dei macro obiettivi in sotto obiettivi, ed infine in azioni, vengono formulate, sempre a livello decentrato, le proposte di stanziamento per il PEG (Piano Esecutivo di Gestione), queste, aggregate per area, giungono alla direzione generale entro il mese di settembre. A questo punto si avvia un processo di negoziazione delle proposte avanzate, sia in termini di obiettivi/azioni che di stanziamenti richiesti, che coinvolge inizialmente il comitato di direzione e, di seguito, le stesse aree (con relativi servizi ed U.O.) al fine di arrivare ad una "quadratura" tra risorse disponibili e proposte pervenute.

In conclusione è in questo documento che la "politica aziendale" ritrova il suo momento più alto di collettore delle istanze collettive dovute al bisogno di salute, dovendo rendere palesi le "scelte di fondo" assunte, gli obiettivi che si intendono perseguire in futuro e, quindi, in che modo l'azienda stessa intende rapportarsi con gli altri enti ed associazioni di categoria operanti nello scenario socio-economico-sanitario. In particolare, la RPP si qualifica come un "momento di scelta" in quanto, di fronte alla molteplicità delle classi di bisogno da soddisfare e data, contemporaneamente, la scarsità della ricchezza che si renderà disponibile, spetta all'organo politico dell'azienda operare le necessarie "selezioni" e stabilire i correlativi vincoli affinché, negli anni a venire, si possano conseguire le finalità poste impiegando in modo efficiente i ridotti mezzi disponibili.

ANALISI DEGLI OBIETTIVI DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO NEL CONTESTO DI PSR

Il P. S. R. si vuole connotare come un patto di solidarietà per la salute che impegni contestualmente le istituzioni preposte alla tutela della salute, gli operatori sanitari e i cittadini. Da decenni l'OMS, e per essa in particolare il suo Ufficio Regionale per l'Europa, non si stanca di sottolineare l'influenza del comportamento di ciascuno di noi sulle condizioni della salute non solo nostra ma anche quella dell'intera popolazione. Soprattutto nei paesi a elevato livello di sviluppo economico, ove l'accentuato tasso di invecchiamento si accompagna a una pronunciata prevalenza delle malattie cronic-degenerative, la salute, e più in particolare la qualità della vita della popolazione, dipende sempre meno dalla funzionalità dei sistemi sanitari e sempre più da fattori a questi esterni, quali fattori ambientali (la stessa sopravvivenza dell'intera umanità dipende dalla nostra capacità di controllare i processi di inquinamento tutt'ora in atto dell'atmosfera, delle acque, del suolo) e comportamentali. Il nuovo P.S.R. rilancia la salute come un bene, anzi come un capitale che ognuno di noi deve conservare o ancora meglio potenziare, tramite "opportuni investimenti". L'osservanza di misure igieniche e di norme profilattiche elementari, un'alimentazione sana ed equilibrata, un moderato uso di bevande alcoliche, il rifiuto del tabagismo, la pratica di attività sportive possono far auto-riprodurre la nostra salute. Sulla base di queste considerazioni il Ministero della Sanità e di concerto la nostra Regione con il P.S.R., ritiene che alla tutela e alla promozione della salute siano chiamate a collaborare attivamente varie branche della Pubblica Amministrazione. Si consideri, ad esempio, l'importanza del ruolo assunto dal Ministero del Lavoro (per la normativa attinente le malattie professionali, gli infortuni sul lavoro e oggi la qualità di vita del lavoratore), dal Ministero dei Trasporti (le morti e le inabilità conseguenti ad incidenti stradali sono, purtroppo, in costante crescita). Ovviamente gli esempi potrebbero continuare. Da una parte, dunque, si punta su una responsabilizzazione dei cittadini, personale, diretta e consapevole, nei riguardi del loro benessere fisico, psichico e sociale, e dall'altra, alla valorizzazione delle competenze e delle disponibilità professionali ed umane degli operatori del SSN. Questi ultimi, infatti, rappresentano lo strumento essenziale per assicurare il buon funzionamento del servizio, l'efficacia degli interventi e la soddisfazione dei cittadini attraverso l'umanizzazione del rapporto medico/paziente, e più in generale la graduale eliminazione del "rapporto di agenzia".

LIVELLI DI ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA

Sebbene gli obiettivi attribuiti al sistema sanitario possono variare profondamente da paese a paese, ogni sistema persegue tre finalità principali:

Mantenere sotto controllo l'ammontare di risorse destinate alla produzione ed all'erogazione dei servizi sanitari,

- Contribuire al mantenimento, miglioramento e recupero dello stato di salute,
- Garantire condizioni di equità di accesso.

Il nostro sistema sanitario, condividendo queste finalità, si colloca tra i sistemi sanitari di tipo universalistico. Come tale garantisce livelli uniformi di assistenza sull'intero territorio nazionale e all'intera collettività dei cittadini.

Il Piano della Salute per la nostra Regione, rifacendosi alla normativa vigente, prevede tre grandi macro aree di offerta, identificati nei seguenti tre livelli di assistenza:

- L'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (Prevenzione),
- L'assistenza distrettuale,
- L'assistenza ospedaliera.

La nuova articolazione del Piano Sanitario in tre livelli di assistenza (il precedente ne contemplava sei) si rifà alla "nuova" necessità di puntare su attività volte alla prevenzione, sia a livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, sia a livello di assistenza distrettuale.

La somma destinata al Fondo Sanitario Regione viene ripartita nei livelli di assistenza con le seguenti percentuali: alla prevenzione spetterà il 5%, all'area distrettuale toccherà il 50% del totale della quota capitolaria, vedendosi così assegnato il 5% in più rispetto alla percentuale che spetterà all'area ospedaliera pari al 45%. Le percentuali di cui sopra sono comprensive dei costi generali di gestione delle attività.

IL RIPARTO DEL FINANZIAMENTO NEI SUB-LIVELLI DI ASSISTENZA

I livelli di assistenza come individuati dal PSN si articolano in sotto-livelli, così individuati:

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO:

Igiene e Sanità Pubblica

Igiene degli alimenti e nutrizione

Prevenzione e sicurezza dei rischi connessi con gli ambienti di vita e di lavoro

Sanità pubblica veterinaria

ASSISTENZA DISTRETTUALE:

Medicina di base e pediatria di libera scelta

Emergenza sanitaria territoriale Assistenza farmaceutica territoriale Assistenza integrativa e protesica

Assistenza specialistica ambulatoriale (compresa la specialistica ospedaliera) Assistenza ambulatoriale e domiciliare - cure termali

Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale

ASSISTENZA OSPEDALIERA:

Attività non tariffabile e funzioni presidi ospedalieri a gestione diretta

Quota per attuazione indirizzi del PSR

Assistenza per acuti (emergenza, ordinaria e in day hospital), sia a gestione diretta che indiretta

Il SSN assicura i livelli di assistenza definiti dallo stesso PSN, attraverso l'adeguamento l'inflazione della quota capitolaria. Mantenendo questo parametro e nelle more di attivazione a regime della devolution si prevede per ogni cittadino della Regione Calabria una quota capitolaria nell'anno 2009 di € 1.669,03 (questa quota viene ridotta a € 1.574,58 a seguito di accantonamenti a livello regionale) per l'anno 2010 € 1.700,75 (ipotesi di un

incremento del 2,5 %) ed infine € 1.733,26 (ipotesi di mantenimento inflazione al 2,5%).

Il PSN e di conseguenza il PSR considera la struttura dei servizi generali e di management, compresi quelli relativi alla raccolta ed elaborazione dei dati per ogni livello assistenziale, come attività di supporto per l'erogazione delle prestazioni ed attività contemplate dai livelli di assistenza. Questa considerazione e assume che il livello di supporto all'organizzazione delle attività non sia più separato (come accadeva, appunto, in passato: livello 6 del PSN 1994/96) ma strettamente funzionale all'organizzazione ed all'erogazione delle attività comprese negli altri livelli di assistenza. Anche alla luce del D.Lgs. 150/2009. Ai fini della nostra analisi, tuttavia, in relazione alle attività di miglioramento, continueremo ad attribuire la stessa percentuale di finanziamento di cui godevano nella precedente ripartizione del Fondo sanitario, vale a dire il 4,38% della quota capitaria.

Il Distretto sanitario nel PSR vede ricomporsi al suo interno i tre livelli di assistenza (relativi all'assistenza sanitaria di base, all'assistenza specialistica, semi-residenziale territoriale e all'assistenza residenziale sanitaria: livelli 2, 3 e 5 del PSN 94/96) precedentemente classificati separatamente, ma fortemente interdipendenti.

La nuova configurazione nasce dall'esigenza di conferire al Distretto una precisa identità per quanto riguarda le attività di assistenza sanitaria di carattere extra-ospedaliero.

Alla luce delle nuove percentuali di finanziamento, all'Area Distrettuale Territoriale toccherà il 50% delle risorse, pari a € 147.133.764,70 da distribuirsi tra i sotto-livelli disaggregando l'importo complessivo della quota capitaria per il numero di abitanti nelle seguenti percentuali:

- all'Assistenza di base e pediatri di libera scelta toccherà il 6,5%,
- all'Emergenza territoriale toccherà il 2,5%
- all'Assistenza Farmaceutica territoriale toccherà il 14%
- all'Assistenza integrativa e protesica toccherà il 1,8%
- all'Assistenza specialistica ambulatoriale il 9,13%,
- all'Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare cure termale il 2,6%
- alle Assistenza territoriale semi-residenziale e residenziale il 13,52%.

Notiamo esplicitamente che le percentuali di cui sopra comprendono sia i costi per gli acquisti di beni e servizi che i costi del personale dipendente direttamente impiegato all'erogazione del servizio stesso.

Il costo di tale attività, che chiameremo "costi generali di funzionamento dell'Assistenza Territoriale" può essere stimato nel valore del 6% dell'intero finanziamento attribuito all'Area Territoriale.

Alla luce di quanto detto finora si può proporre un piano di riparto del finanziamento che metta in luce e le risorse destinate ai livelli di assistenza veri e propri e alle attività di supporto sia a livello centrale che periferico.

DEFINIZIONI DI PIANO SECONDO GLI ATTI D'INDIRIZZO NELLA REALIZZAZIONE DI PROGETTO

Questo momento programmatico è stato disaminato in:

- Contesto Geo Funzionale dell'Azienda Sanitaria Provinciale.
- Strutture Organizzative dell'azienda.
- Prestazioni da erogare per l'ottimalità prestazionale.

Contesto Geo Funzionale

Il documento è un'illustrazione analitica del contesto geo-morfologico del territorio in cui opera l'Azienda, correlato alle strutture di erogazione dell'assistenza sanitaria e ai bisogni della popolazione.

Parlare delle condizioni di salute di una popolazione è cosa estremamente ardua giacché l'argomento sfugge ad un inquadramento univoco. Le condizioni di salute possono essere valutate in un'ottica oggettiva, cioè basata sulla mortalità, sull'invalidità, o in un'ottica soggettiva, cioè basata sulla personale percezione del proprio stato di salute. Ancora, si può pensare che, dato che lo stato di salute è un fattore di ricorso o meno ai servizi sanitari, uno strumento indiretto di valutazione delle condizioni di salute possano essere degli indicatori di domanda, quali il tasso di ospedalizzazione, il tasso di ricorso a visite mediche, l'uso di farmaci. Di fatto, la salute è un concetto complesso e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la definisce come "benessere psico-fisico" che in quanto tale ha una sfaccettatura oggettiva (presenza o meno di malattie), una soggettiva (il modo di viverla e sentirla), una di impatto sul sistema erogatore di cure.

In questi ultimi anni del XX secolo - anni in cui viviamo in tutta la loro forza gli effetti della transizione sanitaria che ha spostato l'ago della bilancia dalle malattie infettive, tipiche del secolo scorso, alle patologie cardio-vascolari, tumorali e cronico-degenerative, tipiche delle società moderne caratterizzate da bassa mortalità, alto tasso di invecchiamento e alti rischi ambientali - diventa quanto mai importante parlare di salute a tutto tondo, integrando cioè i tre aspetti di cui sopra.

Lo stesso PSN, approvato con DPR 23 luglio 1998, conferma l'ambito del diritto alla tutela della salute definito nella legge finanziaria per il 1998 prevedendo i livelli di assistenza, essenziali, efficaci, appropriati ed uniformi. Il Piano intitolato "Patto di solidarietà per la salute", da un lato pone al centro del sistema sanitario il cittadino con i suoi bisogni, e dall'altro impone l'individuazione di modelli di risposta più adeguati alle crescenti aspettative della popolazione.

Sul perché, dunque, la programmazione debba dare primaria importanza ai dati relativi alla popolazione non è il caso di ritornare, se non per confermare che è necessario conoscere i bisogni sanitari della popolazione che l'Azienda è chiamata ad assistere per poter erogare i servizi assolutamente indispensabili a soddisfare questi bisogni. Per cui è stata effettuata un'analisi demografica che ha messo in luce la composizione della popolazione per fasce di assistenza e, quindi, la necessità dei bisogni sanitari.

Strutture organizzative

Il documento riporta l'articolazione delle strutture aziendali classificate come Centri di Costo e Centri di Responsabilità. Per una visione espressiva la mappa dei Centri di Costo, oltre che per codifica, viene presentata sotto forma di organigrammi.

Prestazioni da erogare per l'ottimalità prestazionale

In questo documento sono indicate le attività che si intendono erogare per ogni livello di assistenza. Il volume delle attività indicate viene confrontato con i volumi erogati nell'ultimo triennio. Le attività che si intendono erogare sono aggregate nelle tre grandi aree di assistenza:

- Prevenzione,
- Assistenza territoriale,
- Assistenza ospedaliera,

a loro volta sotto-articolate nelle varie tipologie di prestazioni.

Dividiamo le prestazioni secondo i tre livelli di assistenza, Prevenzione, Distrettuale ed Ospedaliera.

1° Livello: Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Il Dipartimento nell'insieme delle sue articolazioni: Igiene degli Ambienti di vita e di lavoro, Igiene degli Alimenti e bevande, Medicina Veterinaria, Medicina Legale, Tutela Ambiente, Educazione Sanitaria ed Epidemiologia, privilegerà le attività definite nei LEA; eventuali attività integrative richieste da evoluzione normativa in materia potranno diventare onerose per l'utenza, in tal caso occorre un intervento della Regione. Il Dipartimento di Prevenzione, oltre alle prestazioni ed attività relative e specifiche di cui in seguito, ha come obiettivo coordinante e di aumento dell'efficacia e dell'efficienza del complesso delle stesse,

il potenziamento e l'ampliamento della strutturazione del sistema informativo S.I.Mo.R.A. L'obiettivo - strategico per il passato anno - oramai raggiunto, consente di mettere a fattor comune i dati anagrafici delle Aziende che operano nel territorio e, cosa ancora più importante, consente la condivisione di dati epidemiologici rilevati da tutte le Strutture operanti nel dipartimento di prevenzione. Tali informazioni possono essere posti a sintesi e della qualità e della quantità delle attività delle stesse, in termini di analisi e sviluppo di iniziative coordinate e finalizzate ad obiettivi comuni. Infine l'ottimizzazione dell'uso del sistema in questione promuoverà, per forza di cose, il riordino e la parametrizzazione delle singole attività e, quindi, l'ammodernamento ed il potenziamento dell'organizzazione e dell'organigramma delle singole Strutture.

Per quanto attiene, invece, le singole Strutture afferenti a questo Dipartimento si ritiene opportuno specificarne le iniziative relative a specifiche linee di prodotto le cui prestazioni e attività specifiche - per il 2010 - si riportano di seguito.

Sub Livello: IGIENE PUBBLICA E SANITA' PUBBLICA

Il focus delle attività della Struttura sarà posto su tre linee fondamentali tra quelle reperibili nella normali attività di Istituto con un aumento dei controlli previsti dalla normativa e dal PSR:

- a) lotta alle malattie infettive e diffuse;
- b) tutela della collettività e dei singoli dai rischi derivanti dagli ambienti di vita e lavoro in riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- c) Attività di prevenzione rivolte alla persona coinvolgendo e formando il personale dipendente e convenzionato;
- d) aumento della popolazione da sottoporre a Vaccinazioni;
- e) promozione dei corretti stili di vita promuovendo le attività fisiche e motorie con un corretto monitoraggio della popolazione delle categorie professionali sportive;
- f) analisi epidemiologica delle malattie infettive, cronico degenerative e della patologia ospedalizzata
- g) promozione dell'educazione alla salute attraverso la formazione, informazione e comunicazione del personale degli enti locali, scuola ed organizzazione pubbliche e private;
- h) Prestazioni ed attività di supporto specifiche per come individuato nel DPCM 29/11/2001 e s.m.i., nel PSR di cui alla L.R. 11/2009, nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti e nella L.R. 53/1990 relativamente alla Medicina Legale;
- i) vigilanza e controllo sulle strutture sanitarie pubbliche e private per la verifica ed il monitoraggio dei parametri imposti dalla legislazione nazionale e regionale.

Sub Livello: IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE

La centralità dell'attività della Struttura si impernerà fondamentalmente su due aspetti che sinergicamente dovranno portare ad un livello più elevato e sicuro delle condizioni di igiene della produzione degli alimenti:

- a) formazione degli Operatori addetti alla produzione alimentare;
- b) aumento della sinergia di comportamento con i produttori- erogatori per il perseguimento della tutela dei consumatori-utenti;
- c) controllo della filiera produttore consumatore;
- d) Potenziamento ed allargamento del servizio ispettivo indirizzato a Pasticcerie, Ristoranti e Rosticcerie.

Sub Livello: PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO

Fermo restando l'obiettivo generale della riduzione del rischio nelle Aziende di ogni comparto assicurata dal normale svilupparsi delle attività connesse alle linee di prodotto del Servizio SPISAL l'attività sarà indirizzata a:

- a) Ridurre il fenomeno infortunistico nei settori di maggiore incidenza statistica in termini di frequenza di

accadimento e di gravità agendo sui cardini tradizionali della formazione/informazione e sul livello di vigilanza sul territorio;

- b) Riduzione delle patologie da lavoro con preciso e puntuale riferimento al mesotelioma derivante dal fenomeno amianto e sugli agenti chimici cancerogeni.
- c) Intensificazione delle attività di controllo, vigilanza e messa in sicurezza negli ambienti di lavoro;
- d) Predisposizione di apposite indagini tramite supporto informativo Si.Mo.R.A. per infortuni e malattie professionali.

Sub Livello: SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

L'attività delle singole aree in cui è articolata la Struttura di Sanità Animale saranno rispettivamente e particolarmente dedicate a:

Sanità animale

- a) incrementare gli interventi di sorveglianza e vigilanza epidemiologica delle principali zoonosi;
- b) incrementare l'esecuzione di piani di risanamento sostenuti da normative Comunitarie;
- c) potenziare la lotta al randagismo nel territorio dell'azienda.
- d) Attività di vigilanza e controllo di tutti gli allevamenti nei riguardi dell'applicazione del regolamento di polizia veterinaria con specifico riferimento alla prevenzione ed al contenimento di tutte le malattie infettive infestive sia a carattere zoonosico che di esclusivo interesse zootiatrico;
- e) Effettuazione sul territorio dell'azienda della profilassi vaccinale obbligatoria contro la febbre catarrale degli ovini 'Blue-tongue';
- f) Attività di campionamento effettuata anche sulla base di piani programmatici;
- g) Elaborazione ed aggiornamento degli specifici piani e mappe di rischi direttamente connesse a calamità naturali anche di natura non epidemiologica;
- h) Effettuazione sul territorio aziendale del piano nazionale e regionale di eradicazione della (Brucellosi, tubercolosi, leucosi) bovina e della brucellosi ovicaprina, tale da garantire il raggiungimento dell'obiettivo di Regione ufficialmente indenne, di conseguenza bonifica sanitaria, piani di monitoraggio e di controllo, nonché di tutti gli accertamenti previste da normative comunitarie e nazionali;
- i) Attività programmate di sorveglianza delle encefalopatie spongiformi trasmissibili degli animali (TSE) per garantire il mantenimento dell'attuale favorevole situazione sanitaria nei confronti della BSE, esame clinico;
- j) Effettuazione del piano nazionale e regionale di eradicazione della "Malattia Vescicolare dei Suini " che garantisca l'accreditamento della Regione;
- k) Effettuazione del piano nazionale della malattia di Aujeszky e della Peste suina;
- l) Accertamenti diagnostici e clinici ai fini delle attività di compravendita del bestiame " mod. 4";
- m) Attuazione del D.P.R. 3 17/96 e Reg. 1760/2000 CE in materia di anagrafe del bestiame;
- n) Igiene urbana veterinaria;
- o) Vigilanza e controllo sulle malattie infettive e diffuse della cosiddetta zootecnia minore;
- p) Interventi inerenti la profilassi antirabbica ivi compresa la cattura e il ricovero degli animali vaganti, l'osservazione degli animali morsicatori presso strutture pubbliche o a domicilio del proprietario o detentore, l'assistenza zoosanitaria nei canali sanitari;
- q) Interventi inerenti la prevenzione del randagismo compresa l'anagrafe canina;
- r) Espletamento di Ufficio Veterinario Adempimenti CEE "controllo degli animali di provenienza comunitaria", per quanto di competenza

- s) Educazione sanitaria in materia di sanità animale;
- t) Adempimenti derivanti dalla qualifica di Ufficiali di polizia giudiziaria;
- u) Gestione delle emergenze veterinarie mediante la predisposizione di piani ed effettuazione delle relative attività, per quanto di competenza.

Il Servizio Veterinario di Sanità Animale, compreso tra i Servizi essenziali, deve assicurare il servizio nell'arco delle 12 ore diurne feriali mediante un'opportuna programmazione e una funzionale e preventiva articolazione degli orari per fare fronte alle esigenze ordinarie e di emergenza, nelle ore notturne e nei giorni festivi le emergenze devono essere assicurate mediante l'istituto della pronta disponibilità.

Il Servizio di Sanità animale è articolato in un livello centrale e in tre subarticolazioni distrettuali (Distretto 1-2-3) il cui ambito coincide con il territorio dei tre DSB.

L'attuale dotazione organica è composta da n.11 Veterinari Dirigenti di cui uno con incarico di Struttura Complessa, tre con incarico di Responsabile di Sub articolazione, n.6 con incarico Professionale e uno con incarico di base.

Le prestazioni e le attività specifiche da erogare sono individuate dai LEA ovvero da specifiche normative comunitarie nazionali e regionali e vengono codificate in linee di attività e prodotti.

Il Servizio per la sua peculiarità eroga prevalentemente prestazioni presso le aziende dislocate sul territorio dei 78 comuni che fanno parte dell'ASP di Catanzaro.

Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

- a) Vigilanza e controllo sulle concentrazioni di animali e sui ricoveri, anche in relazione agli ambienti rurali, silvestri e acquatici;
- b) Certificazione, attestazione, formulazione di pareri preventivi sugli aspetti igienico- sanitari inerenti il rilascio di autorizzazioni sanitarie per le attività di competenza, nullaosta nonché di ogni altro provvedimento amministrativo inerente il Servizio;
- c) Attività di campionamento effettuata anche sulla base di piani programmatici;
- d) Controllo del benessere degli animali vigilanza e controllo sugli impianti di acquicoltura;
- e) Vigilanza e controllo sulla fauna dei parchi naturali, montani marini;
- f) Controllo degli animali domestici, sinantropici e selvatici anche al fine di individuare le modificazioni dell'equilibrio ambientale nel rapporto uomo – animale che possono arrecare danno alla popolazione. Attivando una programmata sorveglianza delle Encefalopatie Spongiformi trasmissibili degli animali (Tse) per garantire il mantenimento dell'attuale favorevole situazione sanitaria nei confronti della BSE;
- g) Vigilanza e controllo sulle tecniche di allevamento delle produzioni animali anche ai fini della promozione della qualità dei prodotti di origine animale;
- h) Vigilanza e controllo sulla produzione, raccolta, deposito, trasporto, trasformazione e trattamento del latte e dei prodotti lattiero caseari per gli aspetti di competenza;
- i) Farmacovigilanza;
- j) Vigilanza e controllo sulla produzione, commercializzazione e deposito degli alimenti destinati agli animali;
- k) Vigilanza e controllo sugli animali morti, sulla raccolta, sul trattamento ed i relativi impianti sulla distruzione delle carcasse;
- l) Vigilanza e controllo in materia di protezione degli animali utilizzati per fini sperimentali;
- m) Vigilanza e controllo sulla riproduzione animale, fecondazione animale, biotecnologia;

- n) Espletamento piano nazionale e regionale residui, per quanto di competenza;
- o) Espletamento piano nazionale e regionale alimentazione animale;
- p) Vigilanza e controllo sulla produzione delle uova, ad eccezione della commercializzazione;
- q) Vigilanza e controllo sulla produzione del miele, ad eccezione della commercializzazione;
- r) Vigilanza sul trasporto animale da reddito e parere sull'autorizzazione dei mezzi di trasporto;
- s) Vigilanza sugli animali esotici in via di estinzione e pericolosi;
- t) Vigilanza e controllo su arti e professioni veterinarie;
- u) Espletamento adempimenti ufficio veterinario "Adempimenti CE";
- v) Educazione sanitaria in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- w) Attuazione dei provvedimenti di polizia veterinaria;
- x) Adempimenti derivanti dalla qualità di ufficiali di polizia giudiziaria;
- y) Vigilanza e controllo sui ricoveri animali, stalle di sosta, fiere e mercati, esposizione di animali, circhi, pubblici abbeveratoi e concentramenti di animali nonché sull'igienicità delle strutture e delle attrezzature;
- z) Gestione dell'emergenze veterinarie ed effettuazione delle relative attività.

Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale

- a) Verifica preliminare alla realizzazione e/o attivazione e/o modifica;
- b) La vigilanza ed il controllo sugli impianti, le tecnologie ed i mezzi utilizzati, per le attività di competenza;
- c) Gli indirizzi sulla attività di autocontrollo, la supervisione e verifica della stessa, per i settori di competenza;
- d) La vigilanza, il controllo e le ispezioni presso gli impianti di macellazione;
- e) La vigilanza ed il controllo ufficiale sanitario ed annonario, dei prodotti di origine animale e loro derivati per le attività di competenza, anche mediante la predisposizione e l'attivazione di piani, ai fini del:
- f) Rilascio dei pareri tecnici relativi ai regolamenti comunali di igiene
- g) Informazione ed educazione sanitaria in materia di "Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione, trasporto e somministrazione degli alimenti di origine animale e loro derivati per quanto di competenza;
- h) Espletamento adempimenti Ufficio veterinario, Adempimenti Cee (controllo derrate alimentari di origine animale di provenienza comunitaria) per l'attività di competenza;
- i) Adempimenti derivanti dalla qualifica di Ufficiali di polizia giudiziaria;
- j) Gestione delle emergenze veterinarie ed effettuazioni delle relative attività.

Nella nostra azienda per il mantenimenti di questo livello assistenziale si spende in media il 6,2% del finanziamento annuale. Questo è dovuto sia alla forte presenza sul territorio della U.O./servizi che erogano "prevenzione" secondo gli indirizzi di PSR sia alla peculiare

2° Livello: Assistenza distrettuale

Il territorio dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro è diviso in cinque distretti che a loro volta si suddividono in poli sanitari territoriali.

La legge di riforma sanitaria ed il PSR individua nel Distretto Sanitario la struttura tecnico- funzionale finalizzata alla erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento. Il Distretto è quindi la postazione

avanzata dell'Azienda Sanitaria sul territorio. Suoi compiti prioritari sono quelli di individuare i bisogni e di dare risposta alla domanda di salute. Ed è anche il punto di rapporto diretto, in chiave partecipativa, fra servizi e popolazione, come esplicitato da molte leggi regionali.

Il distretto affronta i temi legati alla disgregazione dell'offerta ed alla frammentarietà degli interventi, rappresenta un riferimento preciso e concreto per la popolazione, reintegra il rapporto personale tra operatori ed utenti, esalta il momento preventivo a spese di quello curativo, si accosta al medico convenzionato, lo supporta, lo integra, al fine di evitare al massimo il ricorso al ricovero ospedaliero.

Il primo obiettivo del distretto è quello di analizzare bisogni in termini epidemiologici e la domanda. I bisogni pur animati da ampie oscillazioni, sono più stabili della domanda, che, influenzata da fattori che nulla hanno di sanitario, è soggetta a importanti modificazioni e turbolenze, sia nello spazio che nel tempo. Continuo deve essere il processo di captazione e decodifica dei segnali in ingresso, al fine di adeguarvi la metodologia operativa ed i processi di trattamento. Ed è inutile sottolineare che lo studio dei bisogni in chiave epidemiologica, ma anche dell'offerta, deve essere effettuato proprio in periferia, e ciò al fine di consentire mutui aggiustamenti sul fronte della progettazione, esecuzione, verifica delle specifiche attività.

Il secondo obiettivo del distretto, è quello di selezionare la richiesta di prestazioni di livello specialistico o comunque di secondo livello; così facendo si vede invertire il trend paradossale che vede rappresentare gli ospedali ed i servizi specifici quali necessari, ed i servizi di base quali facoltativi.

Sino ad oggi è sempre l'utente, che organizza, gravosamente, i suoi percorsi assistenziali districandosi in un dedalo di offerte che restano fra loro "diverse" e "distinte". Al paziente invece, specie se rappresentante un bisogno complesso, ci si deve avvicinare globalmente; e la risposta al suo bisogno, non potendo essere data da un singolo servizio, deve scaturire dalla confluenza sinergica dell'azione di più operatori che non solo lavorano "vicini", ma, soprattutto, lavorano "insieme", guidati da processi di coordinamento sostanziali.

Perché a livello distrettuale possa realizzarsi la ricomposizione degli interventi in capo al soggetto occorre riorganizzare i processi operativi in modo da garantire:

- monitoraggio dei bisogni e della domanda con attente analisi epidemiologiche chiarezza dell'informazione
- accettazione integrata
- organizzazione dell'offerta al fine di evitare duplicazioni e frammentazione degli interventi integrazione del momento preventivo con quello curativo
- integrazione del livello di base con quello specialistico.

Il modello organizzativo più moderno è il modello sistemico. Esso fonda il suo focus sulla lettura del bisogno, del cui soddisfacimento è responsabile il Distretto stesso, mediante processi integrati su percorsi deframmentati. In questo modello le risorse umane, materiali e finanziarie, sono allocate completamente nel Distretto, nel mentre i Dipartimenti svolgono l'esclusivo compito di elaborare strategie e politiche sanitarie.

Sub Livello: Medicina di base e pediatria di libera scelta

Nel corso del 2010 si potrà applicare l'ipotesi che legano l'azienda sanitaria provinciale di Catanzaro al primo front office territoriale che è costituito dal MMG e dai PLS. L'interfaccia principale dell'azienda sarà il distretto, le norme sono quelle previste dal PSR, dal DPR n 270/2000, DPR 272/2000 e dagli atti d'indirizzo ed accordi decentrati sia aziendali che regionali o nazionali.

La nostra azienda intende nel corso del 2010 investire in un potenziamento delle reti telematiche atte a favorire un interscambio di dati tra gli induttori principali delle prestazioni, MMG e PLS e le sedi di erogazione distrettuale. A tale scopo vi è da sottolineare che ad aprile del corrente anno è stato avviato nella nostra azienda il CUP del progetto Provinciale CAT@HOSPITAL che mette a fattor comune le prestazioni erogate in tutte le A.S. ed A.O. del territorio della Provincia di Catanzaro. Quando anche le altre strutture A.O.P.C., A.O."Mater-Domini" ed A.S.n. 6 di Lametia Terme inseriranno le agende di erogazione e le relative prenotazioni sulla stessa base dati, si potrà garantire uno degli obiettivi principali di piano che è quello dell'abbattimento delle liste d'attesa grazie al controllo delle prenotazioni multiple ed alla migliore conoscenza

dell'offerta.

Attualmente è in avanzata fase di studio la possibilità di far direttamente accedere il MMG ed il PLS alla prenotazione tramite il suo computer con collegamento in banda veloce. In tal modo eviteremo le possibili code che si verificano all'atto della prenotazione presso lo sportello, infatti l'assistito con il suo MMG chiuderà direttamente il circuito impegnativa, prenotazione. Un ulteriore momento di abbattimento delle liste d'attesa potrebbe essere fatto attraverso le odierne modalità di pagamento (carta di credito o di debito), sempre effettuata tramite il MMG o PLS.

Inoltre nel corso del 2010 si possono prevedere appositi momenti formativi congiunti atti a trovare percorsi sinergici tra azienda sanitaria, MMG e popolazione assistita.

Saranno favoriti i momenti di associazione tra MMG e PLS nell'ottica di una migliore e assistenza sia sul piano della continuità che sul piano della specialità.

Sub Livello: Emergenza sanitaria territoriale

Il PSR all'articolo 11 comma 3 affida alle aziende sanitarie competenti per provincia le centrali operative del 118. La precedente normativa affidava la gestione delle P.E.T. su base territoriale alla nostra azienda mentre la centrale operativa era gestita dall'azienda ospedaliera 'Pugliese-Ciaccio'. La doppia gestione ha provocato dei problemi economico gestionali che ora possono essere riportati alla normalità, con la legge n. 9/2007.

Sub Livello: Farmaceutica Convenzionata Esterna

Dall'analisi dei volumi e dei livelli di spesa per le prescrizioni farmaceutiche si evidenzia che qualunque politica di contenimento della stessa non può prescindere dalle realtà locali. Sui medicinali è stato più volte sostenuto che è possibile fare, con una politica complessiva del farmaco, delle economie, attraverso l'introduzione di protocolli diagnostici e terapeutici, la revisione costante del prontuario terapeutico, una politica dei prezzi, un controllo dell'esenzione dei ticket, un controllo sulla prescrizione dei farmaci come stabilito dalla Commissione Unica del Farmaco. Il servizio farmaceutico territoriale dell'Azienda Sanitaria ha avviato da tempo un controllo analitico della spesa farmaceutica mediante l'inserimento delle singole ricette su supporto magnetico. In tal modo è possibile gestire in modo puntuale e preciso sia la spesa degli induttori (medici di medicina generale) che degli erogatori (farmacie convenzionate). Una variabile non controllabile della lievitazione costante della spesa farmaceutica è da imputare all'adeguamento del prezzo dei farmaci (è stata aperta di recente un'inchiesta su questo fenomeno). L'azienda, nel tentativo di contenere gli aumenti, ha coinvolto all'inizio del 2005 i medici di medicina generale, firmando un protocollo con le loro organizzazioni sindacali rappresentative. L'obiettivo è stato quello di organizzare processi formativi finalizzati alla definizione dei protocolli prima indicati, che sono indispensabili per realizzare, non solo l'economicità nella prescrizione, ma soprattutto consentire una assistenza primaria qualificata atta a garantire livelli uniformi di assistenza. Tale obiettivo è stato parzialmente ottenuto.

Nell'anno 2010 consigliamo per il raggiungimento programmatico di quest'obiettivo, l'inserimento di una apposita articolazione del servizio farmaceutico atta a garantire la razionalizzazione della spesa farmaceutica attraverso una corretta informazione aziendale sul buon uso del farmaco con una interrelazione tra i Distretti, Servizio di farmacia ospedaliera, il Servizio di educazione sanitaria ed il Servizio di epidemiologia e statistica sanitaria. Ulteriori iniziative potranno trovare momenti qualificati nella definizione della contrattazione decentrata che dovrà integrare le parti della convenzione di medicina generale relativa alla continuità assistenziale, all'assistenza domiciliare, alla retribuzione legata alle prestazioni aggiuntive e la formazione. Gli interventi a breve e medio periodo da perseguire nell'anno 2010 e successivi, sono:

- a) rinnovare la convenzione con i medici di medicina generale ed estenderla ulteriormente soprattutto ai medici che non hanno aderito a pieno alle indicazioni impartite;
- b) un ulteriore intensificazione del controllo delle esenzioni ticket per reddito o patologia con un'attenzione al tipo di farmaco prescritto onde evitare la migrazione familiare dei medicinali, utilizzando il meccanismo della tessera sanitaria;
- c) un dettagliato controllo soprattutto sul followup dei farmaci prescritti con nota e degli emoderivati per evitare il circuito spesso vizioso specialista, paziente, induttore.

d) Attraverso l'articolazione del Servizio Farmaceutico Territoriale definita CAIF si attiveranno i sistemi di controllo sul buon uso del farmaco.

E' utile a questo "capire" l'andamento della spesa nei primi 4 mesi del 2010 in confronto ai mesi del 2009. Questo ci permetterà di capire controllare il fenomeno. Abbiamo aggiunto una disamina suddivisa anche per distretto.

Sub livello: SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Il valore economico del sub livello di specialistica ambulatoriale deve essere "calmierato" dei bisogni di prestazioni espresse, fermo restando l'applicazione di tutti i meccanismi di contenimento in sede negoziale delle prestazioni e del relativo importo economico.

Il PSR caratterizza le funzioni strategiche del Distretto con riferimento all'analisi della domanda, al governo dell'offerta, al coordinamento e alla gestione delle risorse, alla verifica dei risultati di salute.

Il buon funzionamento del Distretto è condizione necessaria per lo sviluppo del welfare locale, sanitario e sociosanitario, integrato con le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, garantendo accesso unitario ai servizi, continuità assistenziale, responsabilizzazione sui risultati e sugli esiti di salute. Il vigente PSR, ed ancor più il D.Lgs. n. 229/99, hanno indicato nel Distretto uno dei tre macro livelli di assistenza, delineandone l'identità all'interno dell' Azienda Sanitaria. In quanto livello essenziale di assistenza il Distretto realizza i propri obiettivi nel coordinamento e nell'integrazione:

- a) di tutte le attività di prevenzione rivolte alla persona;
- b) di tutte le attività extraospedaliere di assistenza sanitaria di base e specialistica, erogate con modalità residenziali, intermedie, ambulatoriali e domiciliari;
- c) delle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale di cui all'art. 3-septies, lettera a, comma 2, del D.Lgs. n. 229/99;
- d) delle attività ad elevata integrazione sociosanitaria.

Il Distretto realizza i propri obiettivi nella unitarietà degli interventi, con una visione globale dei problemi e una gestione integrata delle responsabilità e delle risorse. L'evoluzione normativa nazionale ha delineato il Distretto come il livello di attività sanitarie e socio-sanitarie più prossime alle comunità locali, fulcro del sistema dei servizi sanitari. In tale quadro di riferimento l'articolazione distrettuale stabilisce obiettivi prioritari di:

- a) una chiara distinzione fra il livello e responsabilità organizzative e produttive;
- b) una maggiore personalizzazione del prodotto Aziendale sanitario, portandolo in un ambito più vicino e a misura del cittadino e del complesso della realtà locale, nel quale la realtà locale stessa si riconosce e si vede rappresentata e garantita nelle proprie specifiche esigenze e bisogni di salute;
- c) un rimodellamento del territorio Aziendale attraverso una rete di servizi sanitari sempre più ampia e a portata del cittadino che, partendo dal Distretto quale unità di base, si sviluppi attraverso una rete produttiva territoriale, articolata a livello distrettuale e integrata con il sociale, quale risposta alle esigenze di tipo extraospedaliero.

Il Distretto costituisce centro di responsabilità e di autonomia gestionale ed economica, nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica aziendale e coerentemente con le scelte di programmazione regionale.

Una configurazione quindi del Distretto che passi da quella attuale, operante in modo settoriale, prevalentemente concentrata sul versante della produzione delle singole prestazioni territoriali, ad una configurazione incentrata in via prioritaria sul governo della domanda e sulla garanzia di salute, in cui la responsabilità è attribuita alla globalità della presa in carico dell'utente e non alle singole attività, le quali invece fanno capo alle strutture produttive.

Le priorità e gli interventi

Lo sviluppo e la qualificazione dell'assistenza distrettuale devono essere caratterizzati, con riferimento alle funzioni strategiche del Distretto, alla promozione dell'integrazione sociosanitaria, ai problemi di controllo dell'offerta, al miglioramento dell'accesso, alla valutazione dei bisogni, alla progettazione personalizzata delle

risposte, alla continuità assistenziale, alla creazione di alternative positive ai ricoveri, ponendo attenzione in primo luogo alla qualificazione delle cure domiciliari, alla integrazione operativa nel Distretto dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Per sviluppare le suddette funzioni strategiche, il Distretto deve essere in grado di:

1. governare e dirigere unitariamente il sistema di erogazione, avvalendosi della conoscenza dei bisogni e delle strategie previste per affrontarli dal Programma delle Attività Territoriali;
2. promuovere l'integrazione sociosanitaria;
3. predisporre valutazioni periodiche, quantomeno annuali, finalizzate a verificare il conseguimento dei risultati attesi e a renderli disponibili per la comunità locale;
4. mettere in atto strategie per facilitare la piena integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'organizzazione distrettuale, anche promuovendo e valorizzando forme associative di lavoro tra medici;
5. rendere contigue e possibilmente unitarie la medicina specialistica ospedaliera e territoriale, con un'organizzazione in cui vengono erogate le prestazioni appropriate nei luoghi adeguati, in quantità e qualità tali da soddisfare i bisogni di salute della popolazione;
6. promuovere la condivisione degli strumenti informativi a supporto delle decisioni e delle verifiche di efficienza e di efficacia da parte di tutti gli operatori;
7. mettere in atto verifiche sistematiche sulla gestione degli accessi, sulla qualità dei progetti personalizzati, sulla loro attuazione, sulla verifica degli esiti e, per quanto possibile, della qualità percepita dagli utenti sui servizi resi;
8. diventare promotore dello sviluppo della comunità e della solidarietà locale, facilitando il sorgere di nuove risorse ispirate a principi di sussidiarietà;
9. partecipare attivamente alla programmazione sanitaria aziendale.

LE ATTIVITÀ DEL DISTRETTO ALLA LUCE DELLA TEORIA DELL'OTTIMALITÀ'

In tale quadro di riferimento e per l'assolvimento del nuovo ruolo ciascun Distretto deve:

1. assicurare i servizi dell'assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle delle altre strutture operative dell'Azienda;
2. gestire le risorse attribuite (budget complessivo del Distretto) e definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento;
3. avere autonomia tecnico - gestionale ed economico - finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda;
4. predisporre il Programma delle Attività Territoriali di cui all'art. 3-quater, comma 3, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., che è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Direttore del Distretto ed è approvato dal Direttore Generale;
5. assicurare l'organizzazione dell'accesso dei cittadini alle prestazioni fornite dal sistema dei servizi, fondamentale è perciò il perseguimento di strategie di semplificazione delle procedure e di trasparenza dei percorsi;
6. acquisire le funzioni proprie dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico con particolare attenzione all'informazione tempestiva e corretta e alla gestione dei reclami. Per questi in particolare, considerati come elemento cruciale della relazione tra i servizi e il cittadino, è affidato al Distretto il triplice compito di analisi delle cause, di risposta al cittadino, di garanzia e controllo delle azioni intraprese per il superamento delle criticità, potendo per questo contare sulla collaborazione di tutti i responsabili della produzione;
7. assicurare la centralità del ruolo svolto dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali, insieme con gli altri profili professionali sanitari, nell'operatività del Distretto e nella sua organizzazione, valutandone la loro azione nel più ampio quadro dei fattori produttivi del Distretto;

8. in ogni Distretto deve essere inoltre garantita:

l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e presidi specialistici ambulatoriali;

il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative del Distretto nonché con i servizi specialistici ambulatoriali a gestione diretta e le altre strutture private accreditate erogatrici di prestazioni di assistenza specialistica;

l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni;

l'assistenza specialistica ambulatoriale;

le attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;

le attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;

le attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;

le attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;

le attività o servizi domiciliari per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

All'interno dell'organizzazione distrettuale operano in modo trasversale i dipartimenti di Prevenzione e di Salute Mentale ed ogni altra U.O./servizio semplice o complessa che produce ed eroga prestazioni o attività per la popolazione risiedente nel distretto.

Integrazione socio sanitaria

In ogni distretto deve essere garantita l'integrazione socio sanitaria secondo i seguenti principi:

1. Prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria.
2. Prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle seguenti aree assistenziali:
 - a) Materno - infantile b) Anziani
 - c) Handicap
 - d) Patologie psichiatriche
 - e) Dipendenze da droga, alcool e farmaci f) Patologie per infezioni da HIV
 - g) Patologie in fase terminale
 - h) Inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative.
3. Prestazioni di cui al presente comma sono assicurate dalle aziende sanitarie secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dal piano sanitario nazionale e regionale.
4. Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale secondo attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite. Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale sono di competenza delle aziende sanitarie.
5. Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni.
6. Sino alla emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento del PSR, che individuerà le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui ai precedenti punti 2 e 3 ed i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle aziende sanitarie e ai comuni, i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie

garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, le prestazioni sociosanitarie rimangono stabiliti per come previsto dalla vigente normativa nazionale e regionale.

DISTRETTO SANITARIO n. 1 DI CATANZARO

Il distretto sanitario di Catanzaro è composto da 16 comuni divisi in popolazione e superficie secondo il seguente schema (in neretto sono indicati i comuni sedi di polo):

SUB LIVELLO: ASSISTENZA TERRITORIALE DOMICILIARE

A seguito del progressivo invecchiamento della popolazione ed il conseguente incremento delle patologie cronico-degenerative, è necessario dare impulso sul territorio all'Assistenza Domiciliare (così come previsto dalla norma finale n. 14 dell'A.C.N. 270/2000);

L'assistenza domiciliare, costituisce un importante elemento di sviluppo delle attività di diagnosi e cure nel territorio, offre al cittadino un servizio più adeguato alle nuove esigenze di cure al paziente, sviluppa quel processo di de-ospedalizzazione che costituisce uno degli obiettivi del presente accordo;

L'assistenza domiciliare è erogata nelle tre modalità previste dall'A.C.N. (Art. 39) e cioè:

- assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.);
- assistenza Domiciliare Programmata (A.D.P.), assistenza domiciliare per pazienti non ambulabili;
- assistenza Domiciliare Residenziale (A.D.R.), assistenza domiciliare per pazienti ospiti in residenze assistenziali e/o protette;

Il M.M.G. è il responsabile del processo di Assistenza Domiciliare.

Assistenza domiciliare integrata

L'attivazione dell'A.D.I. è consentita nei casi di:

- malati terminali;
- malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
- incidenti vascolari acuti;
- gravi fratture in anziani;
- forme psicotiche acute gravi;
- morbo di Alzheimer e Alzheimer-Tipe;
- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione di neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti in anziani (Forme respiratorie ed altro);
- dimissioni protette da strutture Ospedaliere (Spedalizzazione domiciliare);
- soggetti in età pediatrica non autosufficienti con gravi patologie.

Il Medico di Medicina Generale è l'unico responsabile della gestione del soggetto in A.D.I. in ogni suo aspetto: Diagnostico, Terapeutico o Riabilitativo;

Requisito indispensabile per l'attivazione dell'intervento di A.D.I. è l'unanime consenso delle parti individuate, e segnatamente:

- 1) Il soggetto eleggibile in A.D.I. o suo vicario identificato come «Referente della cura»;
- 2) Il Medico di Medicina Generale (o Pediatra) titolare della scelta;

3) Il Responsabile del Distretto Sanitario o suo delegato;

Il Responsabile del Distretto Sanitario assume, quindi, ogni decisione in relazione alle necessità sanitarie, tecniche, amministrative e di verifica e rende operativo ogni intervento con un proprio atto autorizzativo formale;

Per la valutazione dell'eleggibilità in A.D.I., per la formulazione e la revisione del Piano di Intervento Domiciliare (P.I.D.), per la verifica di qualità e congruità delle prestazioni, il Responsabile del Distretto può avvalersi della Unità di Valutazione Distrettuale.

La prassi dell'Attivazione dell'A.D.I. è la seguente.:

- il Responsabile del Distretto, acquisita la richiesta di eleggibilità in A.D.I., attiva formalmente (se non già attivato) il M.M.G. del paziente: ne richiede una prima valutazione di eleggibilità in A.D.I., acquisendo formalmente il giudizio attraverso apposita scheda. Nel caso di giudizio positivo, il M.M.G., assieme alla scheda di valutazione, invierà anche la scheda sanitaria individuale del soggetto interessato o suo riassunto;
- il Responsabile del Distretto, solo nel caso di valutazione positiva da parte del M.M.G., attiverà l'équipe distrettuale per la verifica di sussistenza dei requisiti di legge per l'accesso in A.D.I. e per la programmazione del P.I.D. Fisserà, inoltre, il luogo, la data e l'ora per la formalizzazione del P.I.D. con il M.M.G. in sede UVD;
- il Responsabile del Distretto Sanitario, verificata l'acquisizione di tutti gli elementi della valutazione multidimensionale, determina il P.I.D. in ogni sua componente e lo rende operativo con atto formale, che vincola al rispetto delle modalità ivi contenute, le parti oggetto del presente regolamento. Nella stessa seduta, il Responsabile distrettuale, in accordo con il M.M.G. e l'équipe valutativa, determina la data e l'ora della verifica successiva, che di norma non può essere fissata oltre il 45° giorno; determina i modi e i tempi di acquisizione di eventuali nuove valutazioni per verificare l'efficacia dell'intervento o modificazioni e integrazioni del P.I.D.

SUB LIVELLO: ASSISTENZA TERRITORIALE, SEMI-RESIDENZIALE e RESIDENZIALE

Il DL 229 individua nel Distretto il momento integrante delle attività sociosanitarie, ovvero delle attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

La DGR n. 685/30.7.2002 ha stabilito il recepimento del DPCM 14.2.2001, del DM 308 del 21.5.2001, delle linee guida emanate dal Ministero della Sanità 31.3.1994 e di attribuire le prestazioni erogate nelle RSA per il 100% al FSR.

Il crescente bisogno di servizi assistenziali per cure a lungo termine è condizionato da quattro determinanti fondamentali:

- L'invecchiamento generale della popolazione;
- Lo specifico aumento dell'aspettativa di vita media dei pazienti affetti da malattie croniche e disabilitanti;
- La riduzione della potenzialità di assistenza informale da parte dei nuclei familiari;
- La progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso l'assistenza agli acuti con livelli sempre più spinti di specializzazione e tecnologia.

L'insieme dei fenomeni sopra enunciati pone quindi con urgenza il problema della assistenza a lungo termine (domiciliare o residenziale) di una ampia varietà di pazienti, con almeno tre diverse necessità:

- «Lungodegenza» per la gestione a breve/medio termine di pazienti anziani, disabili, in fase di convalescenza post- acuta o post-chirurgica, o comunque con necessità di eseguire terapie programmate in un ambiente ospedaliero ad elevata tutela sanitaria;
- «Riabilitazione» in fase post-acuta, con l'obiettivo specifico del massimo recupero funzionale;
- «Residenze» per la gestione a lungo termine di pazienti non autosufficienti.

La Lungodegenza è una funzione ospedaliera che riveste un preciso connotato di tutela sanitaria in fase post acuta. È finalizzata alla stabilizzazione delle condizioni cliniche od al completamento di programmi terapeutici ed è caratterizzata comunque da una degenza a termine.

La Riabilitazione presuppone inoltre almeno tre livelli di intervento definite dalla «Linee Guida Ministeriali» sulla Riabilitazione: quello di alta specializzazione, quello intensivo e quello estensivo.

I livelli di Alta Specializzazione e quello Intensivo devono prevedere specifici obiettivi riabilitativi su cui viene costruito il piano di trattamento: la durata della degenza è funzione del piano terapeutico e degli obiettivi, ma è comunque a termine. Il livello Estensivo è finalizzato alla attuazione di programmi riabilitativi di lungo termine o di contrasto della evoluzione delle patologie. Può avere obiettivi terapeutici anche di lunga durata, ma che devono comunque essere individuati nel piano di trattamento.

Le «Residenze» sono per definizione strutture, sostitutive del domicilio, per l'assistenza a tempo indeterminato di pazienti non autosufficienti non assistibili. Il carattere di residenzialità presuppone la relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, ma la forte variabilità dei bisogni sanitari ed assistenziali impone una loro classificazione in differenti categorie.

Il D.L.vo 502/92 e successive modifiche, ma anche il Decreto sull'Integrazione Sociosanitaria

(D.P.C.M. 14/2/2001) e quello sui Livelli Assistenziali di Assistenza (D.P.C.M. 29/11/2001), pur

nella relativa diversità della terminologia utilizzata, individuano almeno due classi: quello delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, e quello sociale e valenza sanitaria.

Le residenze per anziani

Seguendo lo sviluppo di questi livelli assistenziali riteniamo di dover individuare almeno due tipologie di strutture Residenziali:

- le RSA., destinate alle prestazioni ad elevata integrazione sanitaria; definite come strutture di assistenza continuativa, senza limiti di degenza, destinate a pazienti non autosufficienti cronici stabilizzati in condizioni cliniche che impongono assistenza «intensiva» ad elevata integrazione sanitaria.

- le Residenze Protette (o Case Protette) destinate alle prestazioni sociali a valenza sanitaria; strutture di assistenza continuativa senza limiti di degenza, destinate a pazienti non autosufficienti cronici stabilizzati in condizioni cliniche che non necessitano di particolari interventi sanitari, oltre quelli che possono essere garantiti dal Medico di Medicina Generale.

In Calabria vi è sostanziale inesistenza di servizi di lungodegenza e riabilitazione ospedaliera.

Ne consegue che possono giungere in R.S.A. pazienti di elevata complessità, ed in particolare pazienti in fase post-acuta o con patologie non stabilizzate (che dovrebbero trovare adeguata assistenza in lungodegenza) e pazienti malati terminali (che dovrebbero essere assistiti in specifiche strutture come gli Hospice).

Nella more della realizzazione di una adeguata rete di servizi è apparso opportuno riconoscere alle R.S.A. le funzioni di assistenza a questi pazienti, individuando in alcune di esse dei moduli ad assistenza intensiva, con

assistenza medica e infermieristica 24 ore su 24.

E' stata individuata una tipologia di R.S.A. ad elevata Medicalizzazione, (R.S.A.-M.) capace di accogliere pazienti post-acuti o in fase terminale, con degenza a termine (60 giorni, prorogabili dopo valutazione multidimensionale possibilmente V.A.O.R.).

Accedono alle R.S.A. tutti i pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di interventi terapeutici assistenziali specialistici ad elevata connotazione sanitaria come; nutrizione enterale o parenterale; terapie mediche per via endovenosa; cura di ferite chirurgiche e/o di piaghe da decubito; insufficienza respiratoria o cardio-respiratoria con necessità di assistenza respiratoria non invasiva; pazienti con quadro di demenza senile di grado medio-grave (punteggio Mini Mental State inferiore a 20) che presentino almeno due dei seguenti sintomi produttivi: wandering; auto- etero-aggressività; deliri; rifiuto del cibo o delle cure; comportamento antisociale e/o disturbi dell'area cognitivo-comportamentale che necessitano di trattamenti psicologici e/o neuropsicologici riabilitativi; pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, affetti da patologie croniche che impongono una supervisione sanitaria continua per elevato rischio di instabilità clinica.

In via temporanea, nelle more della realizzazione della rete della lungodegenza ospedaliera, su proposta della UVG vengono accolti nei moduli di R.S.A.-M. ad elevata medicalizzazione:

pazienti post-acuti o non completamente stabilizzati, provenienti di norma dal ricovero ospedaliero, che presentino necessità di supervisione medica ed assistenza infermieristica

24 h (per ogni nucleo) per instabilità delle condizioni cliniche generali.

Vengono avviati al ricovero presso le Case Protette i pazienti non autosufficienti che non hanno i requisiti per i quali viene giustificato il ricovero in R.S.A. o R.S.A.-M. i quali pur non esprimendo bisogni sanitari rilevanti si trovino nelle condizioni di 2+ o 3+ ADL perdute (particolare riguardo è da destinare alla capacità di lavarsi e vestirsi).

Le residenze per disabili

I bisogni assistenziali dei disabili possono essere soddisfatti sia nelle RSA che nelle CP alle seguenti condizioni:

- a) Che il paziente si trova in condizioni di disabilità cronica stabilizzata, non più passibile di miglioramento a seguito di trattamenti intensivi od estensivi di riabilitazione sia sul versante delle autonomie che dell'inserimento lavorativo o sociale;
- b) Che il paziente non si trovi in una condizione di rischio di progressione ed aggravamento della malattia che debba essere contrastato mediante trattamenti riabilitativi intensivi o estensivi;
- c) Che il paziente presenti un elevato grado di dipendenza funzionale (più di 3 A.D.L. perdute) e necessiti di cure ad elevata integrazione sanitaria (respirazione assistita, o nutrizione entrale o parenterale, o cure infermieristiche quotidiane, o supervisione medica per patologie ad alto rischio di instabilità).

L'Atto Aziendale ed il relativo regolamento di esecuzione, individuano tra le attività a capo dei

Distretti sanitari:

l'attività di valutazione geriatrica espletata dalla UVG;

l'attività di filtro della domanda di ricovero in case di cura o di riposo, attraverso la UVG;

l'attività di vigilanza sulle case di cura o di riposo, attraverso la UVG;

l'attività di A.D.I.

Presso i Distretti Sanitari della A.S.P. CZ, sono da tempo attive le UVD costituite da:

un medico del Distretto;

un geriatra della U.O. Tutela Anziani un medico di M.G.

un infermiere professionale un fisioterapista

un assistente sociale

che svolgono prevalentemente funzioni di ammissione dei pazienti in ADI-CSD.

3° Livello: Assistenza Ospedaliera

Riduzione dei costi di produzione ospedaliera

I costi di produzione ospedaliera si possono distinguere in tre grosse tipologie:

costi ospedalieri privati;

costi ospedalieri pubblici;

costi ospedali a gestione diretta.

Nel primo, come nel secondo caso, il contenimento della spesa ospedaliera si ottiene tramite il controllo dei singoli ricoveri e la negoziazione dei volumi di prestazioni che gli erogatori dovranno garantire per la popolazione assistita. In questo mutato spirito collaborativo tra azienda sanitaria ed erogatori privati si sono stipulati negli anni passati atti negoziali per il contenimento dei ricoveri entro il 160 per mille imponendo il numero massimo di ricoveri che ogni erogatore potrà effettuare ed abbattendo in modo proporzionale la tariffa a DRG se si superano tali volumi negoziati, fatte salve le deroghe ed indicazioni regionali per l'alta specialità.

Le possibili manovre di contenimento della spesa sono:

- una negoziazione allargata dei ricoveri che coinvolga anche i due erogatori pubblici il Pugliese-Ciaccio e il Policlinico Mater Domini. Infatti le due aziende pubbliche che insistono nell'area 7, non sono oggi finanziati in modo esatto sui ricoveri e prestazioni che erogano, ma su un bilancio di previsione e chiusura a consuntivo. Il meccanismo descritto, pur permettendo la sopravvivenza di due aziende ospedaliere nell'area 7, implica una sottrazione di somme al bilancio dell'azienda sanitaria con l'effetto che la sola azione di contenimento della spesa sul privato non otterrà in termini assoluti un risanamento del bilancio della nostra azienda.

- Incentivare la libera concorrenza differenziando l'offerta di prestazioni sanitarie per evitare la migrazione degli utenti fuori azienda e fuori Regione.

- Stessa metodologia di controllo delle prestazioni di ricovero erogate dalle strutture pubbliche o private accreditate.

Nel contenimento della spesa dei due ospedali a gestione diretta si dovrà tenere conto della massimizzazione della produzione di prestazioni, possibilmente di secondo livello, evitando i ricoveri per prestazioni altrimenti erogabili territorialmente. Inoltre, secondo le indicazioni regionali, si dovrà procedere ad una riconversione del presidio ospedaliero di Chiaravalle erogando nello stesso prestazioni di riabilitazione e lungodegenza che al momento sono marginalmente erogate e favorendo nello stesso presidio prestazioni multidisciplinari, day-hospital, day-surgery ed attività di elezione. Questo permetterà di potenziare il presidio di Soverato sia in termini di continuità assistenziale che in termini di investimenti per l'acquisizione di nuove tecnologie favorendo così l'urgenza.

E' ovvio che la programmazione regionale data dal PSR potrà permettere una più idonea pianificazione e controllo della spesa sanitaria che tenga conto dei bisogni della popolazione assistita e dei differenti livelli erogativi che le strutture ospedaliere pubbliche e private sono deputate ad erogare. Inoltre la Regione con la

ridistribuzione dei posti letto per ricovero ordinario, lungodegenza e riabilitazione, nell'area 7, permetterà di ottenere l'obiettivo del 75% sul tasso d'occupazione e del 160%.

RICOVERI COMPLESSO OSPEDALIERO DI CHIARAVALLE-SOVERATO

Dalla elaborazione dei punti di ottimalità prestazionali per il Complesso Ospedaliero di Chiaravalle- Soverato, si è notato che tutti le produzioni a DRG dei Reparti SONO MOLTO LONTANI DAL PUNTO DI OTTIMALITA'. Le azioni da svolgere in ambito ospedaliero, in rapporto agli obiettivi determinati per i livelli di assistenza ed alle risorse finanziarie assegnate, sono orientate al recupero di efficienza attraverso l'introduzione del modello organizzativo dipartimentale, l'integrazione e differenziazione dei due Presidi Aziendali, lo sviluppo delle capacità di attrazione, il miglioramento dell'immagine degli ospedali, lo sviluppo della capacità competitiva.

Ovviamente non si possono chiudere i reparti che si allontanano dal punto di ottimalità prestazionale ma si possono sicuramente rimodulare in termini di efficienza allocativa e di prodotti a maggiore richiamo.

ASSISTENZA OSPEDALIERA: PIANO DI ACQUISTO SUB LIVELLO ATTIVITA' DI RICOVERO A PRESTAZIONE

Per l'anno in corso i riferimenti normativi da applicare nella individuazione dei volumi e delle tipologie di prestazioni da acquistare sono costituiti dalla L.R. di riparto che stabilisce i criteri per l'individuazione dei volumi e dei limiti di spesa ospedaliera per il 2009, e dal PSR approvato con L.R.11/04 che indica gli obiettivi di salute anche in prorogatio.

Viene inoltre confermato il tariffario nazionale vigente così come applicato nel 2008 secondo le direttive dell'assessorato regionale alla sanità.

Entro tale contesto normativo deve essere definito il contenuto del piano preventivo annuale del fabbisogno erogativo della nostra Azienda che, deve essere fatto tenendo in conto i punti di ottimalità prestazionali; la definizione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere cioè i volumi e le tipologie di prestazioni da richiedere mediante accordi/contratti con gli erogatori pubblici e privati accreditati; l'indicazione della spesa da sostenere in conformità alla normativa del vigente piano di rientro.

DOTAZIONE ORGANICA DEL PERSONALE ANNO 2009

La teoria dell'ottimalità deve contemperare sia per la funzione di costo che per quella di produttività la dotazione del personale dipendente.

Oggi le aziende sanitarie ed ospedaliere sono poste di fronte a tre grandi sfide:

1. La prima sfida è quella di rendere attrattive le aziende per i talenti migliori. Se la qualità del personale rappresenta la variabile fondamentale per determinare gli effetti delle politiche sanitarie, allora le aziende devono recuperare una capacità competitiva sul mercato del lavoro per attrarre i giovani migliori. Si tratta di valorizzare il rapporto con le università, di migliorare le logiche di reclutamento e selezione, di favorire più adeguate condizioni di lavoro, di mostrare all'opinione pubblica la rilevanza, la varietà e le opportunità che le aziende sanitarie possono offrire.
2. La seconda sfida riguarda la capacità delle aziende sanitarie di sviluppare un maggiore senso di appartenenza e motivazione tra le persone che operano nei servizi sanitari e di supporto. Troppo spesso è possibile osservare personale demotivato che lamenta di non essere stato coinvolto nei profondi processi di riforma e programmazione che magari ha conosciuto solamente dalla lettura dei quotidiani, ma che nella sostanza ha solamente subito. E' necessario avviare percorsi di ascolto e coinvolgimento dei lavoratori, valorizzare le esperienze riconoscendo ai migliori una differenziazione di condizioni e una visibilità esterna dei risultati ottenuti, investire sull'immagine dei dipendenti e sulle professionali e leadership dei dirigenti.
3. La terza sfida a cui sono poste di fronte le aziende sanitarie è quella dell'adeguamento delle capacità e delle competenze degli operatori. I lavori della sanità richiedono spesso saperi e capacità professionali di alto profilo e

per questo una grande parte del personale è laureato o diplomato. Non è però sufficiente. Gli scenari che le aziende sanitarie si trovano a dover affrontare richiedono di investire nella formazione del personale e in percorsi di apprendimento capaci di sviluppare nuove competenze, capaci di andare oltre ai tradizionali saperi e conoscenze, per entrare anche nello sviluppo delle qualità personali. Sempre più ad esempio un dirigente (medico, veterinario, sanitario o TPA) di alto profilo deve sapere governare sistemi complessi di relazioni o contribuire attraverso una visione sistemica ad elaborare politiche sanitarie efficaci.

Queste tre sfide alle quali le aziende sanitarie ed ospedaliere sono chiamate a rispondere richiedono politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane articolate e complesse. In questi anni l'attenzione si è concentrata sull'adeguamento di alcuni meccanismi normativi e contrattuali per rendere più dinamici e competitivi il rapporto di lavoro, le modalità di accesso all'amministrazione, i percorsi di carriera e le retribuzioni. I risultati sono stati a luci ed ombre. Le opportunità offerte dalle norme di flessibilità del lavoro sono state colte solamente in parte, più che ad una vera strategia di impiego degli strumenti, si è assistito ad una certa casualità dove l'attenzione si è particolarmente rivolta alla percorribilità giuridica di alcuni istituti normativi piuttosto che a valutare quali erano le ottimali condizioni di trade-off tra flessibilità, discrezionalità e precarizzazione. Da un lato, infatti, i nuovi istituti hanno permesso di rinnovare gli organici, di introdurre nuove competenze, tradizionalmente assenti nel mercato della sanità, di aumentare i margini di discrezionalità nella gestione del personale. Dall'altro, però, l'approccio ha più riguardato il "cosa si può fare" piuttosto che il "cosa conviene fare" con il rischio di non sviluppare competenze o sviluppare competenze precarie non capitalizzabili in futuro, di stabilire condizioni critiche nella gestione di una pluralità di rapporti scarsamente trasparenti in termini di equità e di difficile governo complessivo. Il nuovo sistema di inquadramento professionale ha permesso di muovere posizioni di lavoro bloccate nello sviluppo da anni, di rispondere a tensioni retributive e di migliorare in parte la flessibilità dei ruoli organizzativi. D'altra parte ha anche reintrodotti meccanismi di avanzamento basati sull'anzianità (vedi accordi decentrati nell'area del

comparto), ha prodotto uno spostamento di risorse salariali da voci variabili a voci fisse e ricorrenti, ha messo in luce le carenze gestionali nelle logiche di definizione dei profili e delle famiglie professionali, di programmazione e sviluppo del personale, di coerenza tra percorsi di valutazione e formazione. Ma le norme, per quanto possano avere aperto nuove opportunità, richiedono culture, strategie e logiche d'azione per individuare gli obiettivi e i contenuti di cui si vogliono riempire gli spazi che si aprono. Nel corso del 2010 si dovrebbero introdurre i meccanismi d'innanzi descritti nell'intento di recuperare quella risorsa enorme e fondamentale che è il personale.

Il personale costituisce una spesa fissa del bilancio dell'azienda. Nell'azienda sanitaria di Catanzaro la spesa per il personale ha inciso nel 2008 per un 41,69% sul bilancio complessivo il che è inferiore alla media nazionale del 45,2%, per un'azienda sanitaria con dei presidi a gestione diretta. Nel caso del personale più che di contenimento di spesa si deve parlare di razionalizzazione nell'utilizzo in modo da distribuire le professionalità sul territorio in funzione del soddisfacimento dei bisogni sanitari. A questo si deve aggiungere che l'azienda ha in nuce la possibilità di istituire una sede unica amministrativa consentendo così dei notevoli risparmi in termini di affitti pagati e nel contempo evitando spese di trasferimento dei dipendenti tra la sede centrale e le sedi periferiche. Il piano triennale delle assunzioni permetterà di eliminare le figure professionali di cui l'azienda non ha più bisogno (anche in funzione dell'affidamento all'esterno di alcuni servizi) privilegiando figure sanitarie che permettano la continuità assistenziale o il miglioramento territoriale delle produzioni di primo livello.

CONTROLLO DI CONGRUITA' DELLE PRESTAZIONI

Punto fondamentale della teoria dell'ottimalità è la correttezza del dato e la verifica di congruità delle prestazioni erogative. Di seguito si consigliano i meccanismi da attivare.

AREA DISTRETTUALE

Per quanto attiene i controlli di congruità di appropriatezza clinica ed organizzativa vengono svolti presso i PP.SS.TT. e le U.O. afferenti al Distretto dai responsabili degli stessi.

I centri accreditati invece trasmettono a questo distretto le impegnative, le copie dei referti, i tabulati delle prestazioni erogate distinti per branca e per mese.

Su quanto inviato, sempre presso il distretto ed ad opera dell'Area Assistenza Specialistica Ambulatoriale,

vengono eseguiti i dovuti controlli sanitari ed amministrativo-contabili oltre alla redazione delle proposte degli atti deliberativi di liquidazione.

Il controllo, di merito, contabile e formale delle prestazioni erogate avviene a cura del dirigente medico di settore e del personale amministrativo allo stesso assegnato e sono dallo stesso dirigente certificate essendo propedeutiche alla formulazione di ogni atto deliberativo liquidatorio

AREA OSPEDALIERA

La nuova impostazione dei controlli nei ricoveri eseguiti sulle strutture convenzionate si avvale dell'utilizzo di un software, elaborato in azienda, che permette la scrematura di congruità, accuratezza ed altro per singolo ricovero, in tal modo l'ispezione e verifica della cartella clinica si effettua solo su quei ricoveri che non superano indenni questo passaggio di verifica. Sull'applicazione della normativa sui LEA e sull'appropriatezza delle prestazioni questa U.O. ha avviato la implementazioni di procedure informatizzate che consentono una dettagliata analisi dei ricoveri e della loro appropriatezza nelle sue diverse accezioni. Inoltre è stato implementata una procedura informatizzata che consente controlli e valutazioni ulteriori rispetto a quelli di mera regolarità delle SDO. Si tratta di controlli che entrano nel merito del ricovero per valutarne l'appropriatezza e il grado di rispondenza ad un effettivo bisogno e che, partendo dalla verifica informatizzata dei tabulati presentati dagli erogatori, applica una procedura interna ed aggiuntiva al fine di rilevare, quantificare e valutare:

1. I ricoveri ripetuti;
2. I ricoveri brevi (1/2 giorni);
3. Le dimissioni precoci;
4. La coerenza della diagnosi della prescrizione con quella di accettazione e quella di dimissione;
5. La congruità tra la diagnosi e gli interventi effettuati;
6. I ricoveri a rischio di inappropriatezza elencati nell'allegato 2C del DPCM 29.11.02;
7. Casistica dei DRG degli interventi e delle diagnosi più frequenti.

COMPLESSO OSPEDALIERO DI CHIARAVALLE-SOVERATO

Le modalità di controllo di congruità sull'attività sanitaria viene espletato:

Per le prestazioni ambulatoriali: il controllo viene fatto a campione sulla congruità tra prestazione richiesta , tariffa e prestazione erogata.

Per l'attività di ricovero, viceversa, vengono utilizzate le SDO prodotte dalle Unità Operative; delle SDO si valuta la completezza dei dati in esse contenute, l'accuratezza nella compilazione attraverso il monitoraggio di DRG sentinella, l'appropriatezza organizzativa applicando il metodo PRUO sia sull'attività di ricovero ordinario che su quello di Day Hospital su campioni di cartelle cliniche.

TEORIA DELL'OTTIMALITA'

Produzione del COSTO in Sanità

La gestione di un'azienda, finalizzata alla produzione di beni o servizi, comporta il sostenimento di costi. La produzione è il processo in base al quale alcuni fattori produttivi vengono combinati e trasformati per ottenere un prodotto finale diverso dai fattori produttivi utilizzati. Il costo è il valore dei fattori produttivi impiegati nel processo di trasformazione.

Il concetto di produzione non comporta necessariamente una trasformazione in senso fisico di materiali (es: la lamiera che viene trasformata nella portiera di un'automobile) ma soltanto in senso economico (es. la pasta venduta al dettaglio nel negozio sotto casa anziché venduta all'ingrosso presso lo stabilimento di produzione,

eventualmente localizzato a centinaia di chilometri dalla nostra abitazione). Esso inoltre può essere riferito indifferentemente alla produzione di beni (ad esempio automobili) o a quella di servizi (ad esempio: la produzione di uno spettacolo teatrale o l'erogazione di una prestazione sanitaria).

Generalmente, il valore dei beni o dei servizi che risultano da un processo produttivo è superiore alla somma dei valori dei fattori produttivi impiegati (e quindi consumati) per la sua realizzazione. Ciò comporta che un'organizzazione produttiva restituisce all'ambiente in cui è inserita beni o servizi di valore superiore a quelli assorbiti. In tal senso si dice che essa "crea ricchezza".

Il valore della produzione realizzata e collocata nell'ambiente è espresso dai ricavi: questi ultimi possono essere aritmeticamente definiti quale prodotto del prezzo unitario per le quantità prodotte: px . Dove p è il prezzo e x è la quantità prodotta.

Per completezza è opportuno precisare che il prezzo non è un valore certo e immutabile. Esso varia in dipendenza di numerosi fattori di carattere oggettivo e soggettivo, quali ad esempio:

- l'utilità che il destinatario del bene o del servizio attribuisce allo stesso, in un determinato luogo fisico, in un certo istante;

- la scarsità o l'abbondanza di quel bene e la conseguente facilità o difficoltà di procurarselo;

la condizione socio economica del soggetto interessato;

- la sua scala di valori e quant'altro. Per i prodotti (siano essi beni o servizi) che vengono collocati sul mercato, il valore ad essi attribuito viene espresso dal prezzo di mercato.

Le tariffe dei servizi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale non si generano sul mercato attraverso il libero incontro della domanda e dell'offerta, ma vengono stabiliti dalle autorità pubbliche. Per questa ragione è corretto parlare, in questo caso, di "prezzi politici".

Classificazione dei costi

I valori di costo possono essere analizzati avendo come oggetto di riferimento le seguenti quattro dimensioni:

- l'esercizio oppure il periodo infrannuale di riferimento

- il prodotto o la prestazione oggetto del processo di trasformazione economica dell'azienda

- le singole unità organizzative dell'azienda medesima

- le singole fasi dei processi (core e di supporto) identificabili all'interno della catena del valore aziendale.

Partendo da questo presupposto è possibile individuare diverse tipologie di costo a seconda

- del grado di attribuibilità dei medesimi alle singole unità organizzative (costi specifici e costi comuni)

- dalla possibilità di imputare direttamente i costi ai prodotti/prestazioni generati dal processo di trasformazione economica (costi diretti/costi indiretti)

- dalla possibilità (in un'ottica di responsibility account) di controllo sui medesimi da parte del responsabile di un'unità organizzativa dell'azienda;

- dalla variabilità dei medesimi in relazione ai volumi di produzione (costi fissi/costi variabili).

E' importante sottolineare come quest'ultima classificazione assume significato solo se inquadrata in un orizzonte temporale circoscritto nel quale si assumono come definite, sia la tipologia dei processi di produzione posti in essere dall'azienda, sia la capacità produttiva (generatrice di costi fissi).

Costi specifici e costi comuni

Si definiscono specifici i costi immediatamente imputabili ad una data unità organizzativa aziendale, es: centro di costo, centro di responsabilità. Negli altri casi si parla di costi comuni. E' da notare che la caratteristica di specifico o comune non è strettamente legata alla natura del costo ma alla possibilità concreta o alla convenienza pratica di imputazione a uno degli oggetti descritti. Nei sistemi di contabilità direzionale, si rinuncia talvolta a trattare come specifici alcuni costi pur tecnicamente attribuibili con precisione. Ciò avviene nei casi in cui la rilevazione specifica sarebbe eccessivamente onerosa rispetto ai benefici che produrrebbe. Si

pensi al costo dell'energia elettrica. Questo è tecnicamente imputabile con precisione a ciascun reparto di degenza e perfino a ciascun ambulatorio. Sarebbe sufficiente installare un contatore in ogni locale. E' tuttavia evidente che questa soluzione sarebbe generatrice di costi eccessivi rispetto ai benefici economici che una tale precisione potrebbe favorire.

Costi diretti e costi indiretti

Si definiscono costi diretti quelli direttamente imputabili all'oggetto dell'output del processo di produzione economica aziendale, es: ai singoli prodotti/prestazioni, o ad una determinata fase di un processo di produzione. Tutti gli altri costi che emergono dall'attività produttiva, ma non direttamente attribuibili ad uno degli oggetti indicati, si definiscono costi indiretti.

Costi controllabili e costi non controllabili

Questa definizione si riferisce alla possibilità che il responsabile di un'area aziendale sottoposta a budget (tecnicamente centro di responsabilità) possa realmente governare un costo imputato al suo centro. La discriminante non è di poco conto dal momento che, sulla base di questa, avrà senso o meno la responsabilizzazione del dirigente sul budget del proprio centro, con tutto quanto ne consegue, o dovrebbe conseguire, in merito all'applicazione dei sistemi di rewarding.

Costi fissi e costi variabili

E' forse la classificazione più rilevante ai fini dell'analisi economica orientata alle decisioni. Si definiscono costi fissi quelli che non variano al variare della quantità di produzione.

Si pensi ad esempio ai costi per l'ammortamento dell'immobile che ospita un'azienda ospedaliera o allo stipendio di una caposala. Il loro ammontare prescinde dal numero di prestazioni effettuate mentre è strettamente correlato alla capacità produttiva dispiegata.

Per calcolare i Costi relativi ad una qualsiasi prestazione si deve introdurre nel calcolo l'efficienza che permette di stabilire le minime risorse per ottenere la prestazione ottimale.

EFFICIENZA

L'efficienza misura il rapporto tra le risorse impiegate ed ottenimento dei risultati secondo gli indicatori della qualità: appropriatezza, accessibilità, gradimento. Prima di procedere all'analisi delle relazioni matematiche che legano l'efficienza ai parametri relativi alla produzione occorre fissare l'attenzione su alcuni concetti correlati all'efficienza.

Efficienza Allocativa indica l'impossibilità di miglioramenti economici all'interno del sistema pur riducendo o ridistribuendo le risorse impiegate.

Efficienza del Processo misura in ambito sanitario il miglioramento continuo della qualità delle azioni per l'ottenimento di un prodotto.

Efficienza Tecnica indica il raggiungimento del miglior risultato possibile con il minor consumo di risorse.

Efficienza Paretiana indica il bilanciamento tra efficienza tecnica ed efficienza allocativa, ovvero il miglioramento di una va a discapito dell'altra.

La misura dell'efficienza può essere assimilata alla misura della produttività intesa come produttività del lavoro e valutazione della qualità. In quest'ottica parleremo di misura dell'efficienza di produzione effettiva, misura dell'efficienza di presenza nella produzione ed infine misura dell'efficienza di costo nella

produzione.

Efficienza di produzione effettiva

La misura viene intesa come rapporto tra produzione e risorse umane impiegate:

$$\text{Eff}(P1) = \text{OrePre}(P1) / \text{Num}(P1)$$

Dove $\text{OrePre}(P1)$ indicano le ore di presenza effettive utilizzate per realizzare il numero di prodotti $\text{Num}(P1)$. La misura dell'efficienza di produzione è essenzialmente finalizzata a conoscere gli indici di produzione di U.O./servizio e delle successive aggregazioni fino agli indici di azienda. Si pone il problema della sommabilità di efficienza su prodotti non omogenei. In questo caso si possono introdurre opportuni 'pesi' che permettano di effettuare la somma rendendo omogenei i valori di efficienza. Se indichiamo con z_i il peso per la correzione omogenea del prodotto P_i si ha che la misura dell'efficienza totale per la produzione di un'azienda, U.O./servizio o macroarticolazione sarà data da:

$$\text{EffTot} = \sum_i \text{OrePre}(P_i) / (\sum_i z_i * \text{Num}(P_i))$$

La difficoltà nel calcolo sta nell'individuare i corretti fattori di trasformazione.

Efficienza di presenza nella produzione

Viene definita come il rapporto fra ore di presenza effettive ed ore di presenza contrattuali sulla produzione per il dipendente $D1$.

$$\text{EffPres}(D1) = \text{OrePres}(D1) / \text{OreContr}(D1)$$

Ovviamente quest'indicatore va calcolato su ogni singolo dipendente impiegato sulla produzione. La somma complessiva della efficienza di presenza nella produzione per una U.O./servizio su n dipendenti è data:

$$\text{EffPresTotale} = \sum_i \text{EffPres}(D_i) = \sum_i (\text{OrePres}(D_i) / \text{OreContr}(D_i))$$

Questa misura nel caso di U.O./servizi di erogazione di prestazioni sanitarie serve a capire se il personale viene utilizzato in modo ottimale.

Efficienza di costo nella produzione

Viene misurata come rapporto fra produzione realizzata e costi sostenuti per realizzare la produzione.

$$\text{EffCosto}(P1) = \text{Prod}(P1) / \text{Costo}(P1)$$

Il $\text{Prod}(P1)$ misura il numero di prodotti $P1$ effettuati, mentre $\text{Costo}(P1)$ è la somma complessiva dei costi sostenuti per produrre $\text{Prod}(P1)$.

Anche in questo caso per misurare l'efficienza di costo di produzione complessiva per U.O./servizio o per l'azienda si dovranno omogeneizzare i prodotti moltiplicandoli per un opportuno peso w_i in tal modo si ha:

$$\text{EffCostoTotale} = (\sum_i w_i * \text{Prod}(P_i)) / \sum_i \text{Costo}(P_i)$$

La difficoltà è sempre quella di trovare gli opportuni pesi per l'omogeneizzazione dei prodotti P_i .

APPROPRIATEZZA

Introduciamo un altro concetto l'appropriatezza. La si potrebbe definire come fare "la cosa giusta al soggetto giusto, al momento giusto, da parte dell'operatore giusto, nella struttura giusta". Tradotto in altri termini significa adattare un rimedio ad un male.

In sanità l'appropriatezza rappresenta le scelte di carattere politico aziendale atte ad individuare una "filosofia"

di obiettivi comuni volti alla tutela della salute ed alle azioni organizzative per l'erogazione delle prestazioni.

Un approccio appropriato rappresenta la sintesi dei concetti d'innanzi descritti, deve essere efficiente, efficace ed economico, fermo restando che l'indirizzo politico dell'azienda deve considerare l'opportunità di allocazione delle risorse in termini di costo-utilità attesa. L'appropriatezza rappresenta la distanza che intercorre "tra un comportamento osservato ed un comportamento atteso in base alle conoscenze scientifiche ed agli aspetti normativi". In tale contesto si devono sia definire i comportamenti attesi che misurare i comportamenti osservati. Nella definizione dei comportamenti attesi entrano in campo delle variabili che tengano in considerazione i pronunciamenti della comunità scientifica su una prassi da seguire, come questa prassi si possa identificare con gli obiettivi, il ruolo del paziente di "indurre" una procedura, in quale contesto socio-economico deve inserirsi il comportamento atteso.

La misura dei comportamenti osservati deve tenere conto di alcune variabili che servono ad omogeneizzare le diversità tra i sistemi sanitari e le diverse culture medico scientifiche sulle procedure da seguire.

Analisi Incrementale

Le funzioni di costo possono avere un immediato utilizzo nell'analisi incrementale. Viene espressa come la differenza delle funzioni di costo tra due alternative in virtù della differenza dei risultati ottenuti. Nel caso di una terapia somministrata per una patologia secondo l'utilizzo di due farmaci A e B si ha come funzione di analisi incrementale:

$$AI = (\text{Costo}(A) - \text{Costo}(B)) / (\text{Esiti}(A) - \text{Esiti}(B))$$

Ad esempio nella cura della cefalea supponiamo di utilizzare due farmaci e la misura degli esiti è il numero di giorni che nell'anno il paziente passa senza mal di testa. Immaginiamo che il farmaco A, per un anno di trattamento, abbia un costo di € 3200, mentre quello del farmaco B ha un costo di €

2750. Con l'utilizzo del farmaco A il paziente passa 150 giorni all'anno senza il mal di testa, mentre con il farmaco B il numero di giorni è 135. la AI da come valore 30 €/giorno ovvero il trattamento con il farmaco A porta ad un incremento di € 30 al giorno per ogni giornata senza emicrania guadagnata in più dal paziente.

PRODUTTIVITA'

La produttività è una misura del conseguimento di un risultato superiore rispetto ai mezzi impiegati da un punto di vista quantitativo, fisico e di valore. Si parla di produttività media quando calcoliamo il rapporto tra il risultato dell'attività economica ed i mezzi impiegati, tra il prodotto e l'insieme dei fattori di produzione che hanno concorso a produrlo, o anche con riferimento al solo fattore lavoro (quantità di prodotto pro capite) non per esprimere il solo apporto del lavoro al processo produttivo ma per dare un'idea dell'efficienza del processo stesso che è il risultante di della combinazione di almeno due fattori, capitale e lavoro. Gli indicatori che si possono utilizzare per la misura della produttività devono mettere in rapporto la produzione, espressa in quantità o in valore, e uno dei fattori produttivi in genere il lavoro (numero di dipendenti per U.O./servizio o numero di ore impiegate alla produzione) o il capitale (in unità monetarie con potere d'acquisto costante).

TEORIA SULLE FUNZIONI DI COSTO E PRODUTTIVITA'

Analizziamo il costo e di produttività, introducendo due funzioni nelle quali la variabile indipendente x indichi il numero di prodotti, mentre le costanti sono valori di costo o ricavo. La teoria che svilupperemo terrà conto dell'efficienza e dell'efficacia per definire le funzioni costo e di produttività.

FUNZIONE DI COSTO

Nella definizione di una funzione che sia soddisfatta del costo sostenuto per una linea di attività si deve tenere conto dei costi fissi + costo delle attrezzature, del costo del personale, del costo delle attrezzature, del costo di produzione + costo energetico, costo di ammortamento + costo di manutenzione. Indicando con:

a = costi fissi + costo delle attrezzature b = costi del personale

c = costo di produzione + costo energetico

d = costo d'ammortamento + costo di manutenzione

La funzione di costo è:

$$c(x) = a + \frac{b}{x} - cx^2 + dx$$

Come si può vedere la funzione ha un termine costante a ovvero la somma dei costi fissi più il costo delle attrezzature che indipendentemente dai prodotti x rimangono costanti. Il termine di costo del personale viene diviso per i prodotti questo termine diviene piccolo al crescere dei prodotti, ottimizzazione del personale. Il termine di costo di produzione più costo energetico diviene negativo e viene moltiplicato per il quadrato dei prodotti questo permetterà di ridurre i costi del termine a e quelli del termine dx (costo d'ammortamento + costo energetico moltiplicato il numero di prodotti).

Questa da un punto di vista matematico rappresenta una curva asintotica, il cui studio ci permetterà di ipotizzare una programmazione che tenda alla minimizzazione della funzione di costo nelle U.O./servizi delle aziende che erogano sanità.

La derivata prima della funzione di costo è:

$$c'(x) = -\frac{b}{x^2} - 2cx + d$$

per $c'(x) = 0$ vi è un punto di massimo per valori negativi della produzione x pertanto non è di nostro interesse. L'asintoto verticale è $x=0$.

A questo punto vi sono delle considerazioni da fare:

- 1) nel far tendere a zero il numero delle prestazioni prodotte ovvero $x \rightarrow 0$, nella funzione di costo diventa predominante il costo del personale, in teoria tende all'infinito;
- 2) nel minimizzare i costi si deve avere la $c(x) = 0$ (equilibrio dei costi) questo si traduce nel risolvere un'equazione di terzo grado ovvero:

$$cx^3 - dx^2 - ax - b = 0$$

la soluzione di quest'equazione è di tipo grafico a seconda dei parametri di costo associati.

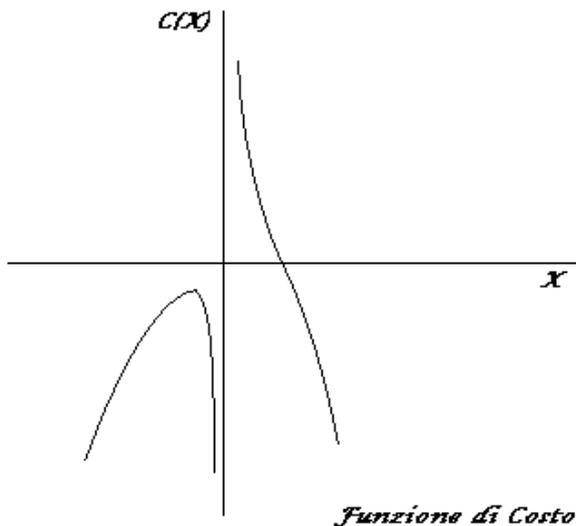
Nell'ipotesi che:

$$d = a$$

$$b = c = n \cdot a$$

ovvero il costo d'ammortamento + costo di manutenzione è uguale ai costi fissi, mentre il costo del personale ed il costo di produzione + costo energetico è uguale ad n -volte a , si verifica che la curva di costo $c(x)$ tenderà a zero (equilibrio) per valori di produzione piccoli al limite nulli per $n \rightarrow \infty$.

Lo studio completo viene effettuato tramite un apposito software allegato al presente lavoro. Questo software ci permette di visualizzare graficamente l'andamento della funzione di costo $c(x)$ oltre a calcolare i valori x di produzione che rendono nulli la $c(x)$. Il grafico della funzione è:



FUNZIONE DI PRODUTTIVITA'

La definizione di una funzione di produttività oltre a tenere in considerazione alcuni parametri descritti precedentemente, deve essere comprensiva di fattori qualità e ricavo. Un primo fattore è la produttività media che è rapporto tra il risultato dell'attività economica ed i mezzi impiegati. Il secondo fattore è la bontà dell'esame intesa come rapporto tra la differenza di successi ed insuccessi sul numero totale delle prestazioni. Il terzo fattore è la difficoltà dell'esame o della prestazione che è il rapporto tra il numero di pazienti che hanno concluso l'esame o la prestazione meno il numero di pazienti che non hanno concluso l'esame o la prestazione, sul numero totale dei pazienti trattati. Infine vi è il ricavo dell'esame a costi tariffati. I parametri sono:

$a_1 = (\text{risultato dell'attività economica}/\text{mezzi impiegati})$

$b_1 = (\text{successi-insuccessi})/\text{totale prestazioni}$

$c_1 = (\text{Nr. pazienti a conclusione}-\text{Nr. pazienti senza conclusione})/\text{Totale pazienti}$

$d_1 = \text{Ricavo della prestazione}$

La funzione di produttività può così essere scritta:

$$p(x) = a_1x^2 + b_1x - c_1/x + d_1x$$

Questa curva presenta un asintoto verticale per $x=0$

Anche questa da un punto di vista matematico è una curva asintotica, il cui studio ci permetterà di ipotizzare una programmazione che tenda alla massimizzazione della funzione di produttività nelle U.O./servizi delle aziende che erogano sanità.

La derivata prima della funzione di produttività è:

$$p'(x) = 2a_1x + b_1 + (c_1/x^2) + d_1$$

per $p'(x) = 0$ vi è un punto di minimo per valori negativi della produzione x pertanto non è di nostro interesse.

A questo punto vi sono delle considerazioni da fare:

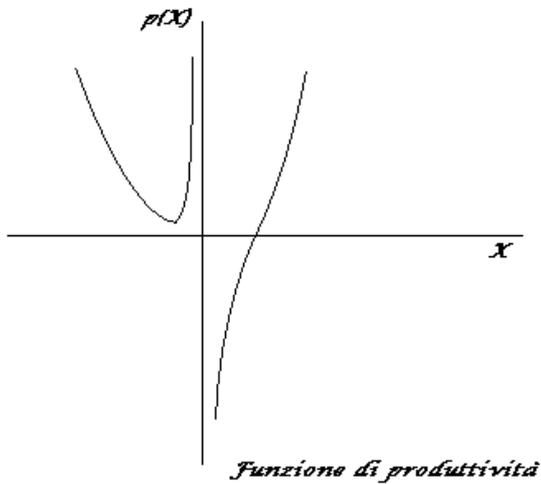
1) nel far tendere a zero il numero delle prestazioni prodotte ovvero $x \rightarrow 0$ nella funzione di produttività diventa predominante la difficoltà dell'esame, in teoria tende all'infinito. Questo

è ragionevole tanto più è difficile l'esame tanto maggiore saranno, al diminuire delle prestazioni effettuate, il numero di prestazioni non completate (ovvero equipe poco preparata);

2) nel massimizzare la funzione di produttività si deve avere la $p(x)$ (aumento esponenziale della

produttività) questo si traduce nell'aumentare il numero di prodotti x ma non portando gli stessi

Lo studio completo viene effettuato tramite un apposito software allegato al presente lavoro che ci permette di visualizzare graficamente l'andamento di $p(x)$.



TEORIA DELL'OTTIMALITA'

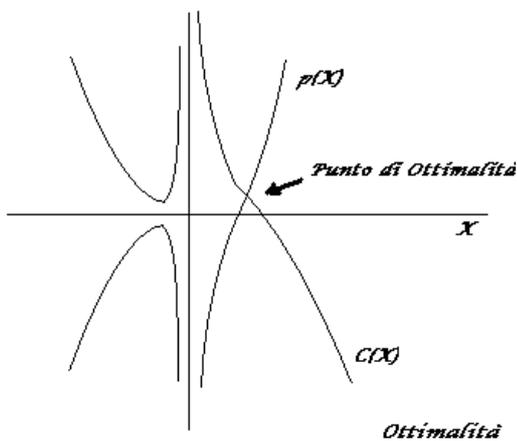
A questo punto sorge spontanea una domanda: Qual è il punto x nel cui intorno abbiamo una minimizzazione dei costi ed una massimizzazione dei prodotti ?

Questo punto è dato dall'intersezione delle curve $c(x)$ e $p(x)$ in altri termini si tratta di risolvere il sistema:

$$c(x) = a + (b/x) - cx^2 + dx$$

$$p(x) = a_1x^2 + b_1x - c_1/x + d_1x$$

La soluzione matematica è molto complessa la teoria ci dice che vi sono due soluzioni reali una per valori negativi di x , priva di significato nella nostra trattazione, ed una per valori positivi di x . La soluzione numerica è quella perseguibile in funzione dei parametri dati alle due funzioni.



CASO APPLICATO ALLE PRESTAZIONI DEFINITE NEL DOCUMENTO "NOME LATORE" PER LA MISURA DELL'OTTIMALITÀ

Il calcolo analitico dei costi abbisognerebbe di un controllo di gestione funzionante nelle varie aziende sanitarie ed ospedaliere della regione, purtroppo sulla carta esistono una pleiade di strutture ed uffici di controllo di gestione o peggio di controllo interno che non hanno minimamente implementato un sistema di contabilità analitica per linee di prodotto.

Stante così le cose si possono derivare con un buon grado di attendibilità i parametri che entrano all'interno della funzione di costo.

Nell'ipotesi sotto studio sarebbe opportuno risolvere il sistema di equazioni sopra proposto per calcolare il punto di ottimalità corrispondente, nel nostro caso, al valore ottimale delle prestazioni da produrre x che è il potenziale produttivo per una determinata linea di prodotto ma dobbiamo ricavare il valore di d_1 = Ricavo della prestazione.

Nel calcolo dei parametri necessari per la funzione di costo si sono derivati i dati di spesa sostenuti dai conti economici delle aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione Calabria inseriti nel sistema sanitario statistico del Ministero della Salute.

Parametri della Funzione di COSTO

VALORE DI a = costi fissi + costo delle attrezzature

Il valore medio dei costi fissi viene derivati dai costi della produzione relativamente alla voce B) del C.E. utilizzando il driver della divisione per la produzione media delle aziende sanitarie ed ospedaliere derivato sempre dai dati sanitari presenti nel SISAN. I costi delle attrezzature utilizzate nella prestazione vengono calcolati sommando i prezzi di un laser, di una lampada a fessura, di una pompa ad infusione e di una lente a contatto per il trattamento laser, diviso il tempo di utilizzo medio annuo.

VALORE DI b = costi del personale

Il costo medio del personale viene derivato dal C.E. per il personale che interviene all'interno del processo.

Costo annuo medio medico compreso di oneri riflessi 102.665,78

Costo annuo medio personale paramedico (infermieri o tecnici) 33.010,24

In termini di costo per minuto:

Costo medio minuto per medico = $102.665,78 / (47 \text{ sett.} * 30 \text{ h} * 60 \text{ min}) = 1,21$

Costo medio minuto per infermiere = $33.010,24 / (47 \text{ sett.} * 30 \text{ h} * 60 \text{ min}) = 0,39$

VALORE DI c = costo di produzione + costo energetico

Anche in questo caso valgono le considerazioni espresse nel caso dei costi fissi, ovvero:

VALORE DI d = costo d'ammortamento + costo di manutenzione

Il valore lo deriviamo dal costo delle attrezzature mantenendo una percentuale d'ammortamento del 20% ed un'incidenza della manutenzione pari al 5%.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- AA.VV. (2005), *Il controllo contabile e gestionale delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere*, Corte dei Conti, Seminario permanente sui controlli, Roma.
- AA.VV. (GIUSEPPONI K., a cura di) (2003), *L'evoluzione del controllo di gestione nelle realtà pubbliche e non profit*, Sistemi Editoriali – Esselibri, Napoli.
- ACHARD P.O., (2002), *Economia ed organizzazione delle imprese sanitarie*, FrancoAngeli, Milano.
- ACHARD P.O., CASTELLO V., PROFILI S., (2004), *Il governo del processo strategico nelle aziende sanitarie. Attori, strumenti e sistemi regionali a confronto*, FrancoAngeli, Milano.
- ALTIERI L., CIPOLLA C, GIRELLI G., (2002), *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, FrancoAngeli, Milano.
- ANESSI PESSINA E., CANTU' E., (2000), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*, Egea, Milano.
- ANESSI PESSINA E., CANTU' E., (2010), *Rapporto Oasi 2010, L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- ANSELMINI L., SAITA M. (a cura di), (2002), *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie. L'evoluzione organizzativa del sistema sanitario nella prospettiva federale*, Il Sole 24 Ore libri, Milano.
- ANSELMINI L., (1995), *Il processo di trasformazione della pubblica amministrazione. Il "percorso aziendale"*, Giappichelli, Torino.
- ANSELMINI L. (a cura di), (1996), *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore libri, Milano.
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W. (1992) *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni no profit*, McGraw - Hill, Milano.
- ARDUINI R (2010), *Economia e gestione delle aziende sanitarie*, FrancoAngeli, Milano.
- BARALDI S., (2005), *Il Balanced Scorecard nella aziende sanitarie*, McGraw Hill, Milano.
- BARRETTA A., (2004), *L'unità nella diversità. La "dimensione sovraziendale" del controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Cedam, Padova, 2004.
- BASTIA P., (1999), *Sistemi di controllo nella gestione aziendale*, Clueb, Bologna.
- BERGAMASCHI M., (2000), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, Mc Graw-Hill, Milano.
- BERGAMINI M., (1997), *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*, UTET.
- BERTINI G., (2003), *Il learning audit nella sanità. Guida ai processi di miglioramento autogestiti*, FrancoAngeli, Milano.
- BODENHEIMER T. S., GRUMBACH K., (1998), *Understanding health policy. A clinical approach*, Appleton & Lange.
- BORGONOVANI E., (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- BOTTI A. (2003), *Governo e gestione dell'Azienda Sanitaria Locale*, Cedam, Padova.
- BRAGANTI M., PERSIANI N., (2002), *Il controllo di regolarità*

amministrativo-contabile sulle procedure delle aziende sanitarie ed ospedaliere, FrancoAngeli, Milano.

- BRUNO P., (2006), *La competenza manageriale in sanità. I nuovi livelli di responsabilità in una sanità che cambia*, FrancoAngeli, Milano.
- BRUSA L., (1995), *Contabilità dei costi*, Giuffrè, Milano.
- BUCCOLIERO L., CACCIA C., NASI G., (2002), *Il sistema informativo automatizzato nelle aziende sanitarie*, McGraw Hill, Milano.
- BUCCOLIERO L., CACCIA C., NASI G., (2005), *e-He@lth: percorsi di implementazione dei sistemi informativi in sanità*, McGraw Hill, Milano.
- BUTLER J., (1995), *Hospital Cost Analysis*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.
- CALIUMI F., PUGGIOLI C., (1999), *Accreditamento e qualità: i servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali delle aziende sanitarie*, Il pensiero scientifico editore, Roma.
- CAPASSO A., PASCARELLA G. (2005), *La gestione dell'azienda sanitaria. Sviluppi teorici e strumenti gestionali per governare il cambiamento*, FrancoAngeli, Milano.
- CARAMIELLO C., (1965), *Il grado di aziendalità delle case di cura*, Corsi, Pisa.
- CARAMIELLO C., (1993), *Indici di bilancio*, Giuffrè, Milano.
- CASATI G., (1996), "Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie", EGEA e GIUFFRÈ' editori spa, Milano.
- CASOLINI E., SGARAMELLA N., (1992), *Il volontariato tra società ed istituzioni. Esperienze nel socio-sanitario*, FrancoAngeli, Milano.
- CAVAZZONI G., MARI L. M., (1996), *La contabilità di impresa*, Giappichelli, Torino.
- CAVAZZONI G., MARI L. M., (1999), *Il bilancio d'esercizio*, Giappichelli, Torino.
- CAVICCHI I., (2005), *Sanità, un libro bianco per discutere*, Dedalo, Bari.
- CIACCI G., (2005), *Privacy e Sanità*, Il pensiero scientifico editore, Roma.
- CICCHETTI A., DONATINI A., D'AMBROSIO M.G., LO SCALZO A., PROFILI S., RICO A., (2001), *Health Care Systems in Transition: Italy*, European Observatory on Health Care Systems, World Health Organization (WHO).
- CINQUINI L., MIOLO VITALI P., NUTI S. (a cura di), 2002, *La dinamica economico finanziaria delle aziende sanitarie toscane: analisi a confronto*, Franco Angeli, Milano.
- CRUPI D., LAGOSTENA A., PASDERA A. (2008), *Costi standard ricoveri. Manuale per elaborare ed utilizzare in un'ottica strategica gli indicatori gestionali relativi alla degenza ospedaliera*, FrancoAngeli, Milano.
- DAMIANI G., RICCIARDI G. (2004), *Manuale di programmazione e organizzazione sanitaria*, Gnocchi, Roma
- DEGLI ESPOSITI I., VALPIANI G., BAILO G. (2001), *Valutare l'efficacia degli interventi in sanità*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- DE FRANCHIS R., (1997), *Sanità : l'azione manageriale nelle aziende*

- sanitarie ed ospedaliere*, Idelson, Napoli.
- DEL BENE L., (2000), *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle Aziende Sanitarie*, Giuffrè, Milano.
 - DEL BENE L., (2002), *I sistemi di cost accounting nelle aziende sanitarie: approcci tradizionali e impostazioni innovative*, Il Sole 24Ore, Milano.
 - DEL BENE L., (2003), *Il controllo di gestione in sanità: l'esperienza della Regione Marche*, in: AA.VV., *L'evoluzione del controllo di gestione nelle realtà pubbliche e nel non profit*, Esselibri, Napoli.
 - DI CIACCIO A., BORRA S., (1996), *Introduzione alla statistica descrittiva*, Mc Graw- Hill, Milano.
 - DONALDSON C., CRAIG M., (2006), *Come stabilire le priorità in sanità. Una guida all'applicazione dell'economia nel processo decisionale*, Il Mulino, Bologna.
 - ELLIS J., (2006), *All inclusive benchmarking*, J Nurs Manag.
 - FABBRINI G., RICCIARDI A., (2008), *Human Resources: modalità di reporting e criteri di valutazione*, FrancoAngeli, Milano.
 - FACCHINETTI I., *Contabilità analitica, calcolo dei costi e decisioni aziendali: metodologie, soluzioni operative e casi*, ultima edizione Milano - Il Sole 24 ore.
 - FALCITELLI N., LANGIANO T. (2007), *La remunerazione delle attività sanitarie: caratteristiche attuali ed ipotesi evolutive*, Il Mulino, Bologna.
 - FALCITELLI N., LANGIANO T. (2004), *Politiche innovative nel Snn: i primi 10 anni dei DRG in Italia*, Il Mulino, Bologna.
 - FARNETI G., (2004), *Ragioneria pubblica. Il "nuovo" sistema informativo delle aziende pubbliche*, FrancoAngeli, Milano.
 - FIORENTINI G. (a cura di), (2003), *I servizi sanitari in Italia*, Società Editrice il Mulino, Bologna.
 - FIUMANÒ M., ROBERTI A., ROBERTI M. (2000), *Testo Unico per la formazione degli operatori delle ASL, Il regime dei controlli nelle aziende sanitarie*, Verducci Editore.
 - FONDAZIONE FARMAFACTORING (2010), *Il Sistema Sanitario in controluce. Rapporto 2009*, FrancoAngeli, Milano
 - FRANCE G., (2003), *I livelli essenziali di assistenza: un caso italiano di policy innovation*, in GIARELLI G., (2003), *Il Malessere della Medicina*, FrancoAngeli Editore, Milano
 - GARZULLI R., GRILLO S. D., (2004), *I Controlli*, in TOMEI R. (a cura di), *Il rapporto di lavoro alle dipendenze degli enti locali*, Cedam, Padova
 - GIANNESSI E., (1961), *Interpretazione del concetto di azienda pubblica*, Corsi, Pisa.
 - GIOVANNELLI L., (1996), *Gli strumenti per programmare la gestione*, in ANSELMINI L. (a cura), *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore Libri, Milano.
 - GORI E. (2004), *La pianificazione e il controllo strategico nelle aziende ospedaliere pubbliche*, FrancoAngeli, Milano.
 - GRANDIS F. G., (1996), *Lo schema di bilancio delle aziende sanitarie pubbliche*, Cedam, Padova.
 - GREENHALGH T., HUGHES J., HUMPHREY C., ROGERS S,

- SWINGLEHURST D, MARTIN P. (2002), *A comparative case study of two models of a clinical informaticist service*, BMJ.
- GRILLO S.D., GARZULLI R., (2005), *Uso della telematica*, in TOMEI R., (a cura di), *La nuova disciplina dell'azione amministrativa*, Commento alla legge n. 241 del 1990 aggiornato alle leggi n. 15 e n. 80 del 2005, Cedam, Padova.
 - LONGO F. (1999), *ASL, distretto, medico di base*, EGEA, Milano.
 - LONGO F., VENDRAMINI E. (2001), *Il budget e la medicina generale*, McGraw Hill, Milano.
 - MARCHI L., PAOLINI A., QUAGLI A., (1997), *Strumenti di analisi gestionale*, Giappichelli, Torino.
 - MARCHI L., MARESCA S., (1998), *“Il bilancio civilistico fiscale. I nuovi principi di classificazione e valutazione”*, edizione ERGON s.r.l.
 - MARINÒ L., (2001), *Dinamiche competitive ed equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, Milano.
 - MARTINELLI M., (2001), *La contabilità e il bilancio nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore Libri, Milano.
 - MIOLO VITALI P., (2004), *Sperimentazione dell'activity based management nella sanità pubblica: l'esperienza dell'azienda Usl 3 di Pistoia*, FrancoAngeli, Milano.
 - MULAZZANI M., (1990), *“Le USL lineamenti economico- aziendali”*, Padova, CEDAM, Padova.
 - PAGANELLI O., *La contabilità analitica di esercizio*, Patron, Bologna (Ultima Ristampa)
 - PERSIANI N., (1999), *L'introduzione della contabilità economica e il nuovo sistema di bilancio nell'azienda sanitaria*, Cedam, Padova.
 - RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO, (1995), *Linee di guida per il bilancio delle aziende sanitarie*, Bollettino d'informazioni, Numero speciale, Roma.
 - REA M., (1998), *Le aziende sanitarie pubbliche: profilo economico aziendale, modello contabile e problematiche di bilancio*, Giappichelli, Torino.
 - SAITA M., KAINICH F., SARACINO P. (2002), *La pianificazione strategica e il controllo di gestione nella sanità*, Collana di Economia delle Aziende Pubbliche, Il Sole 24 Ore S.p.A., Milano.
 - SALVATORE C. (2000), *I Sistemi di controllo nell'economia dei sistemi sanitari*, Cedam, Padova.
 - SÒSTERO U., FERRARESE P., (2000), *Analisi di bilancio*, Giuffrè, Milano.
 - SWINGLEHURST DA, PIERCE M, FULLER JC, (2001), *A clinical informaticist to support primary care decision making*, Qual Health Care.
 - TARONI F., (1996), *DRG/ROD, Nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
 - TARONI F., (2000), *Livelli essenziali di assistenza: sogno, miraggio o nemesi?*, in FIORENTINI G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2000*, Società Editrice il Mulino, Bologna
 - TERZANI S., (2002), *Il sistema dei bilanci*, FrancoAngeli, Milano.

- TIEGHI M., (2000), *Il bilancio di esercizio delle aziende sanitarie pubbliche: uno schema di analisi*, Clueb, Bologna.
- VASSELLI S., FILIPPETTI G., SPIZZICHINO L. (2005), *Misurare la performance del sistema sanitario*, Il pensiero scientifico editore, Roma.
- VENDRAMINI E. (2004), *Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche*, McGraw-Hill, Milano.
- VETTORI A., VANNOZZI D. (2010), *La valutazione delle performance individuali nelle aziende sanitarie*, FrancoAngeli, Milano.

Articoli

- AICARDI N., (1998), *I soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie*, in Sanità Pubblica, Rimini, n. 2.
- ANELLI C., (1996), *Aspetti di diritto sanitario, amministrazione, personale, professioni*, in Rassegna amministrativa della sanità, Roma.
- ANESSI PESSINA E., CIFALINO' A., MAMMOLA M., (2001), *Il dipartimento nelle aziende sanitarie: diffusione dei modelli ed impatto sulla gestione*, in Ragiusan, Roma, n. 211/212.
- ARCA S., (2004), *I livelli essenziali di assistenza*, in Ragiusan, Roma, n. 239/240.
- ASSR, 2003, *Confronto tra le aziende ospedaliere 2001*, Monitor, n. 6, pp. 49-61.
- ASSR, 2004, *Confronto tra le aziende ospedaliere 2002*, Monitor, n. 11, pp. 41-59.
- AZZAROLI E., (2002), *L'atto aziendale e i suoi indirizzi applicativi*, in L'atto aziendale di organizzazione e funzionamento delle aziende sanitarie, Spisa, Bologna.
- BAGNOLI L., (1998), *Il bilancio di esercizio dell'azienda sanitaria: una lettura critica*, Revisione Contabile, n. 19, pp. 35-47.
- BARRETTA A. (2005), *Valutazione preventiva delle iniziative di project financing in sanità salvaguardia degli interessi collettivi*, Mecosan.
- BARTOCCI L., (2002), *Il budget come strumento di governo delle aziende sanitarie pubbliche: profili teorici ed operativi*, Rirea, n. 11/12.
- BATTAGLIA G., LEONI G., (2000), *L'analisi per quozienti di bilancio nelle aziende sanitarie pubbliche: il caso della regione Piemonte*, Mecosan, n. 36, pp. 99-112.
- BATTAGLIA G., ZAVATTARO F., (1997), *L'introduzione della contabilità economico-patrimoniale: quali strumenti operativi per l'interpretazione dei valori economici*, Mecosan, n. 21, pp. 9-20.
- BICINI V., (2005), *I processi di standardizzazione in un'azienda: un'analisi riferita alle aziende sanitarie*, 10° Workshop annuale AIDEA

Giovani, Napoli.

BORGONOV I E., (1996), *Economia Sanitaria o l'economia per il settore sanitario*, Mecosan, n. 19.

CINQUINI L., NUTI S., BOCCACCIO A., VAINIERI M., (2005), *Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della regione toscana*, Mecosan, n. 54, pp. 43-64.

DEL BENE L., MARINO' L. (2007), *Dalle prestazioni sanitarie ai profili assistenziali*. Azienda Pubblica, n. 2/2007

GUANTI S., (2003), *La cultura del controllo nelle aziende sanitarie ed ospedaliere italiane*, Il controllo nelle società e negli enti, Giuffrè, Milano, Luglio-Ottobre.

MACIOCCO G., (2003), *Dal liberismo al liberismo. La parabola del diritto alla salute dall'ottocento al duemila*, in "Prospettive sanitarie e sociali", n. 4.

MAPELLI V. (1999), Convegno su "I cambiamenti nel Servizio Sanitario Nazionale", Milano, 15 ottobre 1999.

MICOSSI P. (2004) *Vincoli economici ed evoluzione delle organizzazione sanitarie*, Tendenze nuove 1/2004, Il Mulino.

MURA A., (2004), *I contributi in conto esercizio nel bilancio delle aziende sanitarie pubbliche*, Mecosan, n. 51, pp. 59-68.

PAMMOLLI F., SALERNO N.C., (2005), *Sanità alla ricerca di regole nella "traversata" federalista: alcune osservazioni "futuriste" tra economia e politica*, Quaderni CERM 2/05.

PAMMOLLI F., SALERNO N.C., MADIA M., (2004), *In attesa del federalismo compiuto: LEA, spesa sanitaria e risorse finanziarie a livello regionale*, Quaderni CERM,4/04.

POLI S., (2003), *La valutazione della performance delle aziende sanitarie pubbliche: un modello di interpretazione*, Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale, n. 7-8, pp. 366-376.

POLI S., (2004), *Le aziende sanitarie locali: leve direzionali e valutazione della performance*, Budget, n. 37, pp. 21-32.

SANTESSO E., SÒSTERO U., (1999), *La sterilizzazione degli ammortamenti: alcune riflessioni critiche*, Mecosan, n. 30, pp. 37-43.

ZANGRANDI A. (a cura di), (1993), *Il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economica*, Mecosan, n. 6.

Alcuni siti internet

Siti italiani

www.salute.gov.it
www.nsis.salute.gov.it
www.sanitaincifre.it
www.careonline.it
www.assr.it
www.economiasanitaria.it
www.humanitasalute.it
[/www.issirfa.cnr.it](http://www.issirfa.cnr.it)
www.ilbisturi.it
www.agenas.it

Siti europei

http://ec.europa.eu/health/index_it.htm	Portale dell'Unione europea sulla salute pubblica
http://ec.europa.eu/regional_policy/index_it.htm	Sito Internet della Direzione Generale responsabile della Politica Regionale
http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_en.htm	Sito Internet della Direzione Generale per la Salute e la Tutela dei Consumatori
http://ec.europa.eu/regional_policy/projects/stories/search.cfm?LAN=FR&PAY=ALL&the=21&region=ALL	Progetti nazionali e regionali finanziati dai fondi strutturali
http://www.jcaho.org/mainmenu.html	Joint Commission on accreditation of healthcare org