

LE PREFERENZE DELL'UTENZA NELLE STRATEGIE DI GESTIONE DEGLI AUSILI PER INCONTINENZA. L'ESPERIENZA DELLA AUSL 2 DI LUCCA

Manuela Brusoni¹, Barbara Fazzi², Danila Garibaldi²

¹ CeRGAS Università Bocconi

² UO Farmaceutica territoriale Ausl 2 Lucca

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. I presupposti logici dell'esperienza - 3. La rilevanza del tema - 4. La situazione dell'Ausl 2 Lucca - 5. L'attuazione dell'indagine - 6. Considerazioni conclusive.

1. Premessa

L'innovazione complessiva a cui il nostro Sistema sanitario è stato chiamato sia dalle leggi di riforma sia dal cambiamento nello scenario sociale e culturale ha profondamente modificato i rapporti che legano la cittadinanza con la propria Azienda sanitaria territoriale e le interazioni reciproche tra tutti gli attori del sistema: utenti, fornitori, organizzazioni pubbliche e private del S.s.n. ed enti locali.

Il processo di riorientamento nelle politiche generali e specifiche nel settore sanitario, sia con riferimento alla territorializzazione, sia con riferimento all'integrazione di tutti i ruoli sul territorio, al fine di fornire una sempre migliore assistenza ai cittadini, si è dipanato nel tempo con continuità (vedi box 1).

In questo scenario si colloca il tema trattato nel presente articolo, che analizza l'esperienza condotta nell'Ausl di Lucca relativamente a possibili scelte sul modo di gestire gli ausili per incontinenza, come tassello di un più ampio processo di miglioramento del servizio territoriale e come snodo critico sia per il *comfort* dei pazienti, sia per gli effetti gestionali ed economici che implica.

2. I presupposti logici dell'esperienza

I cambiamenti avviati con il D.L.vo 502 e ulteriormente definiti e perfezionati da tutti i documenti ufficiali successivi tuttavia mostrano effetti tangibili solo attraverso una attuazione sostanziale nelle attività e nelle scelte che giorno per giorno i responsabili delle istituzioni coinvolte sono chiamati a fare.

Per queste ragioni e coerentemente con gli indirizzi generali di politica sanitaria, gli orientamenti su cui sono state effettuate le scelte operative anche riguardo alla problematica dell'incontinenza ed alla sua gestione da parte dell'Ausl 2 di Lucca si fondano su alcuni presupposti cardine:

a) la centralità del cittadino/utente, intesa come:

- a1) tutela ed aiuto;
- a2) possibilità di scelta;
- a3) ascolto;

b) l'innovazione nelle strategie di intervento, sotto il profilo:

- b1) della territorializzazione;
- b2) dell'appropriatezza;
- b3) della qualità per tutti gli attori del sistema;

c) il rafforzamento del ruolo della committenza, nell'attuazione:

c1) di un processo decisionale robusto;

c2) di una reale autonomia di scelta;

c3) di necessari strumenti di controllo e monitoraggio.

Per quanto riguarda il punto a) da diversi anni anche in ambito sanitario, mutuato da altri contesti produttivi, si è fatto strada il concetto della centralità del cittadino-utente che ha messo in crisi il modello di valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria basato precedentemente sul controllo pressoché esclusivo da parte del medico o del professionista sanitario. Tale centralità si estrinseca in diversi aspetti:

— in primo luogo richiede la tutela di soggetti strutturalmente deboli in un settore ad elevato livello di specializzazione professionale, quale il settore sanitario, per l'asimmetria informativa che limita la capacità decisionale degli utenti;

Pur essendo il presente articolo il frutto del lavoro congiunto delle tre autrici, nella stesura finale è possibile attribuirne i paragrafi come segue: a Manuela Brusoni i paragrafi 1, 2 e 3; a Barbara Fazzi e Danila Garibaldi i paragrafi 4 e 5; infine il paragrafo 6 alle tre autrici.

Box 1

Negli anni '90 la maggiore rilevanza istituzionale delle attività socio-sanitarie inizia a delineare orientamenti strategici precisi che si riflettono sugli scenari organizzativi e professionali. Infatti, in ordine cronologico:

— il **decreto legislativo 502/92** dispone la individuazione del servizio sociale all'interno delle Asl, per lo svolgimento degli interventi assistenziali a rilievo sanitario, rivolti, tra gli altri agli anziani non autosufficienti;

— il **Psn 1992-1994** pone l'accento sull'assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti ai fini del loro recupero e reinserimento ed identifica il DSB (Distretto sanitario di base) come sede principale delle attività di offerta di servizi socio-sanitari integrati (componente sanitaria, socio-sanitaria integrata, assistenziale) con il coinvolgimento coordinato ed integrato di Asl e Comune. Allineandosi con le indicazioni dell'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) pone delle priorità di intervento importanti con riguardo ai servizi i soggetti deboli, tra cui gli anziani non autosufficienti prevedendo l'istituzione di UVG (Unità di valutazione geriatria), l'attivazione o potenziamento dell'attività di ADI (Assistenza domiciliare integrata), l'attivazione della ST (Spedalizzazione territoriale) e la creazione in tale contesto di reti di servizi fortemente integrati capaci di gestire, in piena responsabilità ed autonomia i problemi dei soggetti più «critici»;

— il **Piano sanitario nazionale 1994-1996** ha introdotto il concetto di rete di attività, e di sue componenti (professionali, istituzionali, relazionali ecc.), che si estende intorno all'ammalato cronico, e che diventa oggetto degli sforzi di miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria, al fine di «eliminare le sovrapposizioni sanitarie e socio assistenziali a disabili ed anziani» (soggetti che presentano le maggiori ed ovvie criticità);

— il **Piano sanitario nazionale 1998-2000** ha dato rilievo strategico all'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria fornendo le necessarie linee di indirizzo;

— il **decreto 229/99** innova ulteriormente instaurando un rapporto di forte e reciproca interdipendenza tra componente sociale e componente sanitaria di una prestazione di ADI e descrivendo meglio l'oggetto di tale attività sotto tutti i profili (dei contenuti, degli obiettivi, degli attori/soggetti coinvolti, delle competenze ecc.);

— infine il **Piano sanitario nazionale 2002-2004** riconferma nei Livelli essenziali di assistenza (LEA), definiti dal D.P.C.M. 29 novembre 2001, le prestazioni di assistenza protesica elencate nel D.M. 332/99 che elenca le protesi, le ortesi e gli ausili tecnologici concedibili.

— in secondo luogo richiede il rafforzamento dell'autonomia decisionale degli utenti per l'esercizio consapevole del diritto alle salute, ma impone altresì la creazione di effettive e reali alternative di scelta;

— in terzo luogo richiede la costruzione di un orientamento di fondo e di adeguate tecniche di ascolto (monitoraggio, valutazione, controllo), per la comprensione delle esigenze, dei bisogni e dei desideri dei cittadini, senza la quale ogni supposizione, per quanto professionalmente autorevole, potrebbe risultare autoreferenziale.

Sottolinea questo orientamento il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, quando nell'elencare tra le «idee forti» a guida del cambiamento parla di: «... rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti... aiutare a convivere attivamente con la cronicità», ma soprattutto, nel presentare gli obiettivi nazionali per la salute, individua come quarto obiettivo il rafforzamento della tutela dei soggetti deboli, articolandolo, tra gli altri, nei seguenti aspetti qualificanti: «Valutare i bisogni... A tal fine va incrementato l'utilizzo di metodi di valutazione

interprofessionale del bisogno... personalizzare gli interventi... selezionando risposte appropriate con riferimento alle diverse condizioni di bisogno».

Per quanto riguarda il punto b) ci si trova oggi in uno scenario in cui la cooperazione sul territorio tra soggetti, istituzioni e competenze è sia un principio da rispettare sia una condizione favorevole allo sviluppo di interventi efficaci, efficienti e di qualità, su cui devono convergere sforzi costruttivi, ma anche verifiche reciproche per la crescita organica del sistema.

Non sono esclusi anche tutti gli attori che a vario titolo contribuiscono alla vita del settore sanitario nel suo complesso, tra cui i produttori di beni e di servizi sanitari (*non profit* e *profit*). Questi, nel contesto di una definizione strategica degli obiettivi, sono chiamati a concorrere al progetto di tutela e promozione della salute elaborando strategie assistenziali integrate per la sperimentazione sul campo di percorsi che garantiscano la migliore qualità dell'assistenza al costo più contenuto.

Con riferimento al punto c) lo spirito è di riaffermare in ogni atto dell'organizzazione la volontà di essere una vera azienda pubblica,

— nella sostanza delle scelte effettuate, che rispondano ai principi informativi dei punti a) e b);

— nell'analisi dei dati e delle informazioni su cui fondare un processo decisionale coerente con le strategie generali dell'Azienda sanitaria e funzionale al raggiungimento degli obiettivi aziendali di contenimento della spesa in generale, ed in particolare della spesa per farmaci e ausili e, nello stesso tempo, di mantenimento della qualità del servizio offerto o, meglio ancora, del suo miglioramento;

— nel fare propri i principi aziendali dell'autonomia e della responsabi-

lità delle scelte anche nello svolgere il ruolo di committenti oltre che di diretti erogatori dei servizi.

Anche in questo caso la tensione è di dare contenuto attuativo al processo di aziendalizzazione, il quale, con specifico riferimento ai processi di acquisto indirizza progressivamente verso modalità di rapporto con i fornitori attente alla sostanza ed alla qualità dello scambio e promuove la responsabilizzazione sulle scelte di chi incide nelle decisioni di spesa.

Avendo come base tali presupposti, gli obiettivi specifici dell'intervento sono stati:

1) la soddisfazione dei bisogni dei pazienti e dei loro familiari, attraverso un servizio flessibile e personalizzato sia per l'assistenza nella scelta e nell'utilizzo della tipologia di ausilio, sia per le modalità di distribuzione;

2) l'integrazione territoriale dei diversi ruoli coinvolti (Ausl, fornitori, utenti), sia in fase preliminare, sia in fase di monitoraggio;

3) il mantenimento di un livello di servizio adeguato e l'individuazione degli spazi di progressivo miglioramento, attraverso l'effettuazione di verifiche di qualità del servizio e dei prodotti offerti.

3. La rilevanza del tema

La problematica analizzata presenta diversi elementi di criticità, per la dimensione di spesa che comporta, per la diffusione delle condizioni patologiche che causano il bisogno.

L'incontinenza (1), infatti, è una condizione molto frequente, la cui rilevanza aumenta con l'età, ma che sta manifestando una diffusione crescente anche nelle persone più diverse (ad esempio una giovane madre dopo il parto o persone in estrema condizione di *stress*) assumendo risvolti medici, economici, sociali e relazionali inso-

spettati e spesso sottovalutati. Infatti l'impatto psicologico di tale stato fisico è estremamente negativo, coinvolge anche i familiari che accudiscono al paziente e, quando si assomma ad una patologia associata, che spesso ne è causa, a volte diventa l'elemento determinante per la decisione di istituzionalizzazione del paziente.

Si stima che oggi in Italia circa tre milioni di persone siano incontinenti a vari livelli. In particolare nella popolazione femminile la frequenza media è di circa il 15% nelle persone con età superiore ai 65 anni — il 10% prima dei 65 anni, mentre nella popolazione maschile, al di sopra dei 65 anni, il valore medio è pari al 10% circa, contro una incidenza dell'1-2% al di sotto di tale età (2).

Tuttavia è diffusa l'opinione che tali valori siano abbondantemente sotto-stimati in forza dell'ulteriore considerazione che i dati di riferimento, ancorché frammentari, riguardano i pazienti «conosciuti» dal servizio socio-sanitario, vale a dire dai medici di medicina generale e dagli assistenti sociali, oppure ricoverati nelle strutture sanitarie (lungodegenze, case di riposo, unità spinali) mentre esiste una componente di persone «sconosciuta» al servizio socio-sanitario la quale, benché coinvolta nel problema, non arriva neppure a consultare il medico, o tanto meno ad effettuare accertamenti o cure.

Si prevede inoltre che la prevalenza dell'incontinenza urinaria aumenti, sia per l'invecchiamento costante della popolazione (3), sia per l'aumento dei fattori di *stress* cui essa può essere associata.

Un effetto della situazione descritta è riconoscibile nella dinamica innovativa che le aziende produttrici di presidi per l'incontinenza hanno mostrato nel corso degli ultimi anni. Infatti da una ricognizione effettuata da Asso-biomedica si evince come i prodotti a

partire dagli anni settanta ad oggi siano stati oggetto di un processo di evoluzione tecnologica sia sul fronte dei materiali utilizzati (ad esempio l'introduzione di polimeri superassorbenti) sia per quanto attiene alle caratteristiche di forma e di utilizzo dei prodotti finiti (conformazione, barriere od elastici). Ne è dimostrazione l'entità dei brevetti che a livello mondiale sono stati pubblicati (25.923 nel periodo gennaio 1974-aprile 2000) e l'accelerazione nell'innovazione negli ultimi anni (6322 nel periodo gennaio 1998-aprile 2000).

Ciò porta a constatare che un prodotto apparentemente «semplice» è in realtà un oggetto «non banale» sotto il profilo tecnologico, e che, di conseguenza, le potenzialità di utilizzo siano tali, se le proprietà e le caratteristiche del prodotto sono adeguatamente conosciute, da rispondere alla pluralità e differenziazione dei bisogni emergenti, con sempre minore impatto fisico.

Un secondo effetto della dinamica evolutiva in atto riguarda la crescita in parallelo, anche se con diversi gradienti, di pazienti e di spesa indotta, sia direttamente a carico del Servizio sanitario, sia sostenuta individualmente. Nonostante la scarsità di dati organici al riguardo si può stimare che i pazienti seguiti dalle Aziende sanitarie locali, a carico del Ssn, siano in Italia — dati 1999 — circa 500.000.

Nella Azienda sanitaria Lucca 2, nell'anno 2001 si è registrata la seguente evoluzione:

- nuovi ingressi annui: + 47%;
- decessi: - 35%;
- saldo vs. 2000: + 12%.

L'extrapolazione su scala nazionale, derivante da una verifica svolta dall'Ausl su un gruppo di Aziende sanitarie locali italiane, può condurre a indicare valori di incremento annuo dei pazienti che si collocano tra il 10 ed il 15%, dati che gli operatori del

settore — produttori, medici ed amministratori — concordano nel ritenere attendibili e che utilizzano come punti di riferimento su cui basare le proprie decisioni.

Un elemento caratterizzante è l'elevato *turn-over* dei pazienti, valutabile intorno al 50% circa. In altri termini a fronte dei nuovi pazienti che vengono presi in carico dall'Azienda sanitaria, vi è una rilevante percentuale di pazienti che ne esce — prevalentemente per decessi; solo una piccola parte esce dal servizio perché cambia Asl di riferimento o viene istituzionalizzato. Ciò costringe chi eroga il servizio non solo ad un continuo aggiornamento della propria base di dati ed informazioni, ma anche all'incessante rincorsa a sintonizzarsi sui bisogni dell'utenza, e ad uno sforzo informativo ed educativo che deve essere mantenuto nel tempo.

Le informazioni sulla spesa confermano la rilevanza del problema.

I dati del mercato italiano di prodotti per l'incontinenza nel 1999 sono illustrati in tabella 1.

I prodotti sono quasi completamente a carico del servizio sanitario, e quindi con circa 170 milioni di euro gli ausili per l'incontinenza ad assorbenza costituiscono la voce maggiore della complessiva spesa per i prodotti per incontinenza urinaria.

4. La situazione dell'Ausl 2 di Lucca

L'Azienda sanitaria Lucca 2 comprende una popolazione di circa 221.000 abitanti (dato Regione Toscana) ed ha le caratteristiche esposte nel box 2.

Per quanto riguarda nello specifico il problema dell'incontinenza le scelte da parte dell'Azienda sanitaria locale di Lucca si sono venute articolando nel tempo. Ciò a seguito di un insieme di esperienze e di riflessioni sulle modalità tecniche di erogazione del servi-

zio e sulle caratteristiche ed i bisogni della popolazione assistita, collegate alla necessità di rispettare gli aspetti normativi e procedurali e di tenere in conto i crescenti vincoli economici e le conseguenti esigenze di contenimento della spesa.

Nel 1997 infatti l'acquisizione degli ausili ad assorbenza venne effettuata attraverso una gara di fornitura, secondo le direttive europee, basando l'identificazione del fornitore su criteri di prezzo e di qualità — la cosiddetta offerta economicamente più vantaggiosa — in cui veniva dato peso maggiore alla variabile prezzo (che

contribuiva al punteggio complessivo con una incidenza del 60%) mentre i fattori di qualità complessivamente contribuivano per il 40%.

La consegna dei prodotti era prevista presso la farmaceutica territoriale, cui si sarebbero rivolti gli utenti per approvvigionarsi a loro volta dei presidi necessari.

Il manifestarsi successivamente:

— di problemi di logistica distributiva non trascurabili, quali il fabbisogno di personale per la movimentazione dei materiali e la distribuzione e soprattutto l'onerosità del volume da immagazzinare. Quest'ultimo aspetto di-

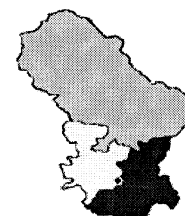
Tabella 1 - Mercato italiano di prodotti per l'incontinenza (mil €) anno 1999

| Prodotti per incontinenza | Anno 1999 (in mil € - IVA esclusa) | Percentuale sul totale |
|---|------------------------------------|------------------------|
| Ausili assorbenti urina | 170 (1) | 79% |
| Cateteri vescicali esterni e raccoglitori per urina | 45 (2) | 21% |
| Totale | 215 | 100% |

(1) Fonte: Centro studi Assobiomedica (maggio 2000).

(2) Fonte: Centro studi Assobiomedica (marzo 2001).

Box 2



- ✓ **Popolazione:** 220.970 abitanti
- ✓ 23% anziani > = 65 anni
- ✓ Tre **distretti** distribuiti su due Zone (Zona Piana di Lucca e Zona Valle del Serchio)
- ✓ 2 **presidi ospedalieri** (totale 790 p.l.)
- ✓ 185 **Medici di medicina generale e**
23 **Medici pediatri di libera scelta**
- ✓ Spesa farmaceutica convenzionata *pro capite* anno 2001: euro 193,98
- ✓ Spesa protesica anno 2001: euro 1.200.220
- ✓ Spesa per ausili assorbenti anno 2001: euro 907.370

viene determinante in una situazione in cui lo spazio disponibile è una risorsa scarsa, tanto più se deve presentare caratteristiche adeguate (locali di adeguate dimensioni e mantenuti in condizioni idonee, accessibilità al carico-scarico, possibilità di localizzare e controllare in modo corretto i beni stoccati);

— di un incremento della domanda da parte degli utenti e di complementari esigenze di controllo della spesa;

— della volontà di avvicinare l'assistenza agli utenti, nello spirito di una maggiore qualità del servizio, teso a realizzare un'assistenza più diretta. Si identificano in particolare, come obiettivi specifici (i) una maggiore prontezza nel rispondere al cambiamento dei bisogni, dovuto ad aggravamenti, (ii) il controllo di altri problemi concomitanti, quali ad esempio cateterismi ed ulcere;

hanno spinto i responsabili dell'Azienda ad interrogarsi sulla possibilità di realizzare strategie alternative di approccio alla gestione del servizio.

Si è di conseguenza avviata a fine 1999 una sperimentazione su una parte del territorio dell'Ausl, che prevedeva la fornitura e la consegna domiciliare degli ausili per incontinenza.

I riflessi di tale decisione si sono tradotti nell'impostazione della gara per la scelta del fornitore cui affidare il nuovo sistema di fornitura e distribuzione, in cui il rapporto prezzo/qualità nella valutazione dell'aggiudicatario si è spostata conferendo maggiore peso agli elementi qualitativi (60 punti alla qualità complessiva e 40 punti al prezzo, inteso come costo giornaliero per paziente). I punti a disposizione per la valutazione della qualità sono stati ulteriormente scissi in 35 punti da assegnare agli elementi di qualità del prodotto e 25 punti al «progetto» di servizio, in altre parole al sistema di distribuzione, assistenza all'uso e con-

trollo dell'idoneità dei beni utilizzati, a cura del fornitore.

Le procedure di accesso al servizio non sono state modificate se non nella fase di consegna, ed avvengono secondo lo schema riportato nel box 3.

Il servizio domiciliare secondo le nuove modalità viene avviato nel novembre 1999, e si aggiunge al precedente servizio già attivo. Nell'Azienda sanitaria Lucca 2 si trovano così a convivere due modalità di erogazione, ciascuna in capo ad un diverso fornitore.

Proprio per il suo carattere sperimentale il nuovo sistema è stato oggetto di un insieme di analisi e verifiche, per trarre utili informazioni a giudicare l'efficacia, la convenienza, la sostenibilità e l'eventuale possibilità di estenderlo a tutto il territorio dell'Azienda sanitaria di Lucca.

Una prima perplessità era collegata alla difficoltà di controllo del materiale portato direttamente a casa del pazien-

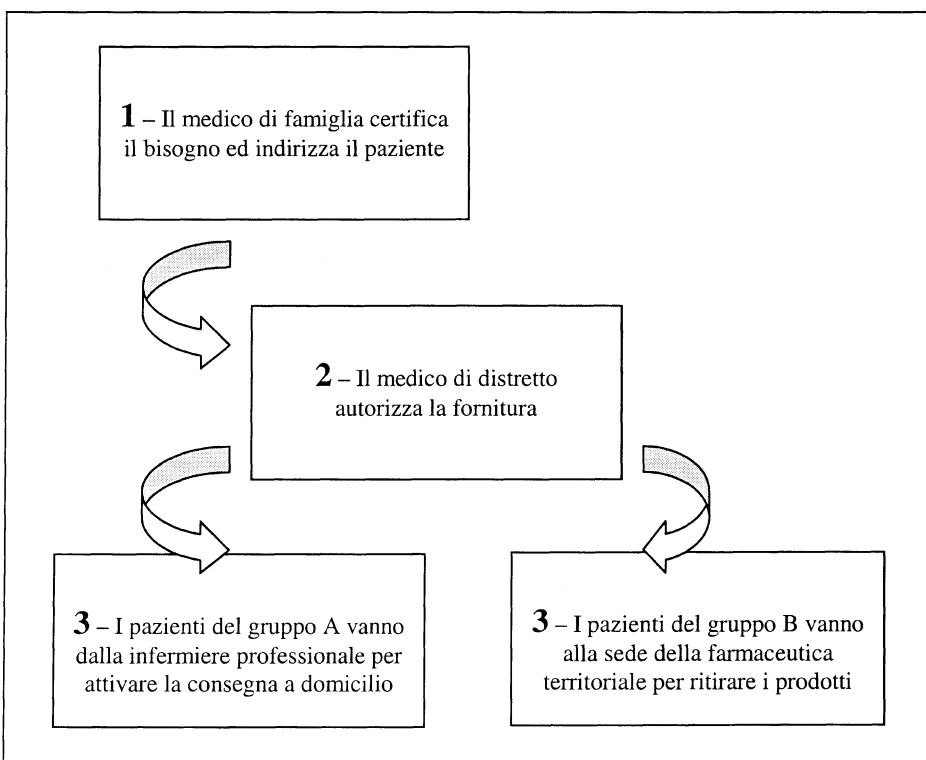
te ed alla frequenza di consegna, in altre parole alla verifica di un corretto processo di distribuzione, non più nelle mani dell'azienda, ma delegato al fornitore. Una seconda perplessità riguardava la verifica dell'effettivo impatto delle due scelte sull'insieme dei problemi connessi all'incontinenza e all'uso dei presidi, con particolare riferimento alle lesioni cutanee.

Si trattava quindi di acquisire informazioni da un lato sulle modalità inerenti ai due diversi sistemi di approvvigionamento — distribuzione — consegna ed i riflessi economici diretti e indotti sulla gestione complessiva, dall'altro valutare la percezione ed il giudizio dei destinatari finali riguardo all'assistenza ricevuta.

5. L'attuazione dell'indagine

L'analisi svolta si è quindi focalizzata su due aspetti, una ricognizione

Box 3



interna relativa all'analisi dei consumi e dei costi di gestione, ed un'indagine esterna, direttamente sui clienti finali del servizio. Entrambe le analisi hanno avuto come ambito temporale di riferimento il primo semestre del 2001: i dati di costo e di consumo si riferiscono quindi al primo semestre 2001, e l'indagine diretta ai pazienti è stata svolta nel periodo aprile-maggio 2001.

La situazione di partenza vede gli utenti distribuiti come in tabella 2.

Per quanto riguarda l'analisi interna si sono considerati i costi di gestione per le due alternative di distribuzione.

Più in dettaglio sono stati considerati i costi delle strutture e del personale che l'azienda deve sostenere nelle due diverse situazioni, ipotizzando nella prima alternativa la distribuzione di tutto il materiale gestito a magazzino dalle sedi della farmaceutica territoriale, nella seconda alternativa la consegna completa di tutto il materiale gestito da parte del servizio domiciliare, che quindi implica unicamente una gestione di tipo amministrativo da parte dell'Azienda sanitaria.

L'analisi precedente conduce alla valorizzazione complessiva dei consumi dei presidi ad assorbenza, nelle due situazioni di distribuzione coesistenti nel primo trimestre 2001 sul territorio della Ausl di Lucca, secondo quanto presentato nella tabella 4.

Dalla tabella emergono due elementi di interesse.

In primo luogo, la necessità di ponderare correttamente i costi distribuiti, per paragonare le due situazioni.

A ponderazione effettuata la distribuzione diretta risulta più onerosa del 16% circa.

Per analizzare i motivi di tale differenza occorre considerare altri due elementi: il consumo medio di ausili per paziente ed il costo unitario di ciascun presidio. Per questo secondo aspetto l'Azienda sanitaria ha contrattato

per i beni distribuiti direttamente un prezzo unitario medio di circa il 6% inferiore rispetto al prezzo medio unitario che si ottiene per i beni che ven-

gono distribuiti a domicilio. Il dato di consumo è riportato nella tabella 4 di raffronto, in cui si legge che il consumo medio semestrale è superiore per

Tabella 2 - Utilizzatori di presidi per l'incontinenza nell'Ausl 2 Lucca

| | GRUPPO A Numero di pazienti (che ricevono i presidi ad assorbenza a domicilio) | GRUPPO B Numero di pazienti (che ritirano presidi ad assorbenza dalle sedi della farmaceutica territoriale) | Totale |
|---------------------------------|---|---|---------------|
| Utenti serviti 1° semestre 2001 | 1.085 | 2.243 | 3.328 |

Tabella 3 - Voci di costo per le due alternative di distribuzione

| Voci di costo | Consegna domiciliare (i pazienti ricevono a casa i presidi consegnati dal fornitore) | Consegna diretta (i pazienti ritirano i presidi dalle sedi farmaceutiche territoriali) |
|-----------------------|--|--|
| Personale | Personale amministrativo | Personale addetto alla distribuzione Personale amministrativo |
| Facchinaggio | — | Persone addette al carico/scarico |
| Affitto | Locali ufficio | Affitto del magazzino Locali ufficio |
| Utenze | Utenze per uffici | Utenze per magazzino Utenze per uffici |
| Giacenza media | — | Stima al 7,5% del valore di giacenza media del magazzino, con un tasso di rotazione delle scorte pari a 12 |

Tabella 4 - Analisi consumi presidi ad assorbenza (1° semestre 2001)

| Modalità di distribuzione | Distribuzione al domicilio | Distribuzione diretta |
|--|-----------------------------------|------------------------------|
| Costo ausili ad assorbenza | 146.940 € | 316.790 € |
| Pezzi medi distribuiti semestralmente per utente | 558 (1) | 630 (2) |
| Costi di gestione (incidenza sul distribuito) | 1% | 15% |
| Costo semestrale totale | 148.410 € | 364.308 € |

(1) Il dato è stato ricavato «fotografando» la situazione al 30 giugno 2001, sulla base dell'archivio contenente tutte le consegne effettuate per utente. Si è poi calcolata la media di tutti i pezzi consegnati.

(2) Il dato è stato ricavato dividendo il numero di pezzi consegnato nel 1° trimestre per i pazienti in carico al servizio.

la distribuzione diretta (630 pezzi rispetto ai 558 della distribuzione domiciliare). Il dato può essere interpretato secondo chiavi di lettura opposte: si può infatti pensare che la distribuzione domiciliare «centellini» la consegna degli ausili ad assorbenza, cercando di economizzarne l'impiego. La conseguenza negativa di tale approccio potrebbe essere quella di non consegnare sufficiente materiale ai pazienti. Una seconda lettura, in positivo, porta a giudicare corretto un comportamento di utilizzo appropriato del materiale di consumo, e quindi uno spreco evitato, se ciò impatta positivamente sulla condizione del paziente.

Il dato finale evidenzia un risparmio complessivo a favore della distribuzione domiciliare, il che consente di concludere che pur a fronte di un prezzo medio per pezzo distribuito maggiore, le modalità di consumo e di erogazione del servizio consentono un bilancio finale a favore della strategia di distribuzione domiciliare.

A questo proposito l'esigenza conoscitiva che si è posta ai referenti aziendali è stata proprio quella di verificare l'impatto sull'utente delle due alternative di servizio.

La scelta orientata in modo deciso ad «ascoltare la voce del cliente» si è tradotta in un'indagine sul campo (4) che ha avuto come interlocutori diretti gli stessi utilizzatori degli ausili ad assorbenza o i familiari che li assistono.

Il campione di pazienti è indicato in tabella 2, diviso tra i due gruppi utilizzatori delle diverse modalità di erogazione del servizio. Le informazioni sono state raccolte mediante interviste:

- telefoniche per il gruppo A (5);
- personali per il campione B (6).

Il questionario alla base dell'intervista è stato messo a punto da un gruppo di lavoro multidisciplinare ed approvato dall'Azienda sanitaria.

Gli obiettivi conoscitivi generali sono centrati sulla comprensione del livello di soddisfazione dei pazienti per le modalità di gestione dell'incontinenza, relativamente a:

- qualità percepita del prodotto;
- qualità percepita delle condizioni di vita o delle difficoltà assistenziali;
- qualità del servizio ricevuto dall'Ausl.

Più in particolare si sono esaminati i seguenti aspetti:

- la condizione dei pazienti in termini di autonomia e di presenza di problemi di pelle;
- le modalità di gestione della situazione di incontinenza (es.: frequenza dei cambi, situazioni sgradevoli di diversa natura...);
- alcuni elementi specifici sul prodotto utilizzato;
- valutazione di una distribuzione alternativa.

Prima di passare all'analisi specifica dei risultati principali, è necessario premettere che la suddivisione dei pazienti in due gruppi, che fanno riferimento a due modalità diverse di servizio, non è avvenuta sulla base di criteri professionali, quali ad esempio il carico assistenziale, ma è la situazione risultante dall'applicazione della sperimentazione ad aree territoriali, quindi è il frutto di una selezione casuale. La comparazione tra due insiemi di risposte non è il risultato di un confron-

to diretto da parte dei pazienti, ma piuttosto confronta due strategie di servizio complessive.

Per quanto riguarda le condizioni dei pazienti, ci si trova ragionevolmente di fronte a persone prevalentemente non autonome, naturalmente anche per la gestione dell'incontinenza.

La fotografia del campione è mostrata nella tabella 5.

La percentuale di persone con qualche grado di autonomia è leggermente più elevata per i pazienti serviti al domicilio, anche se in misura tale da non creare distorsione nei risultati successivi.

Si rileva inoltre che l'età delle persone che usufruiscono degli ausili è molto elevata in entrambi i campioni. In dettaglio gli ultrasettantacinquenni sono il 76% nel Gruppo A e il 78% nel Gruppo B.

Per quanto riguarda i disturbi della pelle, presso i pazienti del Gruppo B si registra una maggiore concentrazione di persone — oltre un terzo del campione intervistato — con disturbi della pelle quali arrossamenti e irritazioni. Per i pazienti del Gruppo A viene riferita una situazione migliore: il 25% presenta tali disturbi e prevalentemente in modo saltuario.

Invitati a fornire la propria opinione sul motivo della presenza dei disturbi, in maggioranza riferiscono che gli intervistati all'origine del problema vi è

Tabella 5 - Grado di autonomia

| Domanda | Totale (n = 300) % | Gruppo A (n = 154) % | Gruppo B (n = 146) % |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| La persona è: | | | |
| • completamente autonoma | 5 | 6 | 4 |
| • parzialmente autonoma | 21 | 23 | 20 |
| • non autonoma | 74 | 71 | 76 |

Per le persone non autonome le risposte sono state date dal familiare che assiste.

l'immobilità o la postura assunta dal paziente e l'uso continuato dell'ausilio assorbente (rispettivamente l'11% ed il 10% di tutti coloro che indicano i motivi dei disturbi riportati). Non si può prescindere dal fatto che l'ausilio rappresenti effettivamente una causa dei disturbi della pelle, anche quando non viene considerato direttamente tra le fonti del disturbo, e che quindi assuma un ruolo di rilievo quando all'origine del problema vi sia l'immobilità o la postura assunta dal paziente (7).

Si è voluto indagare anche il problema più pesante a danno della pelle, vale a dire le piaghe da decubito.

Riguardo a ciò si è rilevata una differenza tra i due campioni esaminati, in quanto il 13% del Gruppo B ed il 5% del Gruppo A dichiarano la presenza di piaghe da decubito. Inoltre i pazienti del Gruppo B risultano soffrire da più tempo di piaghe da decubito, in media da sei mesi, rispetto ai quattro mesi circa indicati dall'altro gruppo.

I dati riassuntivi relativamente a questo aspetto sono sintetizzati nella tabella 7.

Rispetto alla gestione quotidiana dell'incontinenza gli aspetti più problematici che si devono affrontare sono essenzialmente connessi alla parziale o nulla autonomia dell'assistito. Tuttavia emergono anche evidenti aree di disagio indirettamente riferibili all'uso ed alle caratteristiche dell'ausilio ad assorbenza, quali i cambi notturni e gli aspetti igienici e di disagio personale.

I dati di insieme consentono di individuare gli aspetti su cui focalizzare l'attenzione, anche se complessivamente la situazione può essere considerata sotto controllo. È comunque utile il confronto tra le due situazioni, emergenti dalle risposte.

Infatti complessivamente per i pazienti che ricevono i presidi a domici-

lio si manifesta un minore livello di disagio, sia complessivo, sia legato ad alcuni momenti particolarmente gravosi dell'assistenza, e cioè il cambio notturno ed il cambio d'abito, che richiedono un notevole aggravio di fatica per chi li assiste.

Da ultimo viene verificata l'accettabilità/appetibilità di una diversa alternativa di distribuzione: la distribuzione dalla farmacia territoriale per i pazienti che attualmente ricevono a casa il materiale, e vice versa, la distribuzione domiciliare per i pazienti che attualmente ritirano il presidio presso le sedi farmaceutiche territoriali.

Le risposte indicano in entrambi i casi la consegna a casa come la migliore alternativa dal punto di vista dell'utilizzatore. Infatti il servizio di consegna a domicilio rappresenta un indubbio vantaggio che gli intervistati del Gruppo B (che ritirano dalla farmacia territoriale), nella maggior parte dei casi, considerano auspicabile

(l'82% risponde che costituirebbe un vantaggio alto/molto alto). Al contrario gli intervistati che ricevono a casa gli ausili considerano, nella grande maggioranza dei casi, come un disagio molto consistente l'eventualità che cessi il servizio domiciliare (il 98% dichiara che comporterebbe un sacrificio alto/molto alto).

Come sguardo d'insieme finale si sono aggregate le diverse dimensioni di analisi ed i relativi risultati in una tabella riassuntiva (tabella 10) che sintetizza le informazioni ricavate dall'indagine, e risulta un utile strumento di confronto a fini decisionali da parte dei responsabili aziendali.

6. Considerazioni conclusive

La sintesi delle informazioni emerse dall'indagine conferma il fatto che l'incontinenza è un problema per così dire «oscuro», sia perché spesso messo in secondo piano da patologie con-

Tabella 6 - Disturbi della pelle

| Domanda | Totale (n = 300) % | Gruppo A (n = 154) % | Gruppo B (n = 146) % |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Disturbi della pelle: | | | |
| • sì, spesso | 10 | 5 | 15 |
| • sì, qualche volta | 22 | 20 | 24 |
| • mai | 68 | 75 | 61 |

Tabella 7 - L'incidenza delle piaghe da decubito

| Domanda | Totale (n = 300) % | Gruppo A (n = 154) % | Gruppo B (n = 146) % |
|---|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Presenta piaghe da decubito: | | | |
| • no, non ne ha | 91 | 95 | 87 |
| • sì, ne ha | 9 | 5 | 13 |
| Media mesi di trattamento per i pazienti con piaghe da decubito | 5,6 | 4,5 | 6,0 |

comitanti più gravi, sia perché percepito come una conseguenza ineluttabile il cui disagio non è evitabile, piuttosto di una problematica che può essere inquadrata con mezzi e logiche specializzate.

Tutto ciò se da un lato alleggerisce l'onere per l'azienda sanitaria dell'assistenza continua, dall'altro mette in luce la difficoltà di interagire da parte dei professionisti sanitari con la specifica situazione di disagio, di monitorarla con continuità e di intervenire in modo proattivo con suggerimenti quando se ne ravvisi la necessità, senza aspettare la richiesta esplicita di pazienti e familiari, che a volte non immaginano di poter avere un consiglio specialistico.

La ricerca sul campo effettuata dalla Ausl di Lucca, proprio per queste premesse, non aspira a proporre risultati sulla patologia o sul disagio, ma mira ad analizzare il livello di soddisfazione complessivo per la gestione dell'incontinenza, esaminando singolarmente e poi confrontando due distinte strategie di approccio ai bisogni dell'utenza, attraverso i punti chiave relativi:

- alla qualità percepita del prodotto;
- alla qualità percepita delle condizioni di vita ed assistenziali;
- alla qualità percepita del supporto fornito dall'Ausl.

Una lettura trasversale dei dati raccolti mostra una diffusa scarsa consapevolezza del prodotto e dell'intero processo assistenziale, in cui null'altro se non quanto è collegato all'esperienza personale è conosciuto (alternative di prodotto, ruoli professionali coinvolti, possibilità reali di minore disagio o minore fatica).

Nel concreto giocano anche in questo caso tutti gli elementi di asimmetria informativa che si rilevano nei servizi ad elevato contenuto professionale.

Infatti non viene decodificata la qualità del prodotto-servizio: il prodotto in particolare non è visto come differenziato o differenziabile, e ciò in evidente contrasto con il *trend* innovativo riferito nel paragrafo 2 dalla rico-

gnizione di Assobiomedica, ma ne vengono percepiti i problemi (vedi tabella 8) o i vantaggi, laddove i pazienti si dichiarano soddisfatti (vedi tabella 9). In altre parole, come è naturale, gli utilizzatori sono in grado di riferire

Tabella 8 - Aspetti problematici nella gestione dell'incontinenza

| Domanda | Totale (n = 300) % | Gruppo A (n = 154) % | Gruppo B (n = 146) % |
|--|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Indica aspetti problematici: | | | |
| • no, nessun aspetto problematico | 29 | 43 | 13 |
| • sì, indica aspetti problematici | 71 | 57 | 87 |
| Per i pazienti che indicano aspetti problematici: | | | |
| • assistenza continua, fatica fisica per il cambio | 36 | 31 | 40 |
| • necessità di cambi notturni | 21 | 3 | 39 |
| • problemi dati dall'uso dell'ausilio assorbente | 7 | 9 | 5 |
| • disagio personale | 13 | 10 | 15 |
| • altro | 3 | 4 | 1 |
| Deve effettuare cambi anche di notte? | | | |
| • sì, mi capita | 46 | 43 | 50 |
| • no, no mi capita | 54 | 57 | 50 |
| Effettua cambi di abito? | | | |
| • sì, spesso | 46 | 41 | 50 |
| • molto raramente | 23 | 19 | 28 |
| • no, mai | 31 | 40 | 22 |

Tabella 9 - Grado di soddisfazione per la soluzione abituale

| Domanda | Totale (n = 300) % | Gruppo A (n = 154) % | Gruppo B (n = 146) % |
|--|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| • Molto soddisfatto | 65 | 71 | 60 |
| Per i pazienti che si dichiarano soddisfatti: | | | |
| • assorbono bene | 24 | 43 | 5 |
| • validi per forma e dimensioni | 13 | 21 | 5 |

Tabella 10 - Tabella riassuntiva dei dati dell'indagine

| CARATTERISTICHE DEI CAMPIONI | GRUPPO A | GRUPPO B | TABELLA DI CONFRONTO DEI PLUS PERCEPITI DAGLI UTENTI | |
|---|--------------|--------------------------------|--|----------|
| | | | GRUPPO A | GRUPPO B |
| Numerosità (n. intervistati) | 154 | 146 | 14 | |
| % persone autonome | 71 | 76 | 8 | |
| Età: % oltre 75 anni | 76 | 78 | 9 | |
| Modalità di consegna degli ausili assorbenti | al domicilio | dalla farmacia territoriale | 33 | |
| % non presenta disturbi pelle | 75 | 61 | 5 | 14 |
| % presenza piaghe | 5 | 13 | 31 | 8 |
| % assistenza continua e pesante per il cambio | 3 | 40 | 10 | 9 |
| % cambi notturni (percezione disagio) | 10 | 39 | 9 | 33 |
| % problemi disagio personale | 9 | 15 | 5 | 5 |
| % problemi uso ausili assorbenti | 43 | 50 | 4 | 4 |
| % cambia di notte (si capita, no non capita) | 40 | 22 | 7 | 7 |
| % non cambia abito per perdite | 71 | 60 | 18 | 18 |
| % molto soddisfatto degli ausili assorbenti | 43 | 5 | 11 | 11 |
| % assorbono bene | 21 | 5 | 38 | 38 |
| % validi per forma e dimensione | | 5 | 16 | 16 |

gli effetti positivi o negativi di un determinato prodotto/servizio e, in mancanza di informazioni e di un'educazione adeguata non possono porsi come soggetti attivi in grado di dare un contributo diretto nella individuazione dell'alternativa più appropriata ai propri bisogni. Da questo punto di vista l'indagine «di mercato» può essere un punto di partenza per avviare un ciclo di «ascolto del cliente-pianificazione delle comunicazioni-valutazione del *feedback*» alla base di ogni processo di miglioramento della qualità.

L'insieme delle informazioni raccolte e monitorate dall'Ausl consentono infatti ai responsabili di avere oggi in mano i principali vettori della qualità del servizio:

- logistica distributiva;
- livello dei consumi;
- preferenze degli utenti.

Per quanto riguarda il primo punto l'analisi gioca a netto favore del servizio di distribuzione domiciliare, fatto intuitivo del resto, e confermato ampiamente dai dati. Il rischio, o meglio la preoccupazione, che al risparmio logistico corrisponda una riduzione della qualità del prodotto non viene confermata dall'analisi svolta, che anzi mostra una sistematica maggiore qualità complessiva di prodotto.

L'intendimento è quindi di riproporre periodicamente l'indagine, i cui risultati è importante vengano condivisi con il fornitore, per eventuali miglioramenti.

Resta da discutere il dato sui consumi, che risultano minori nella distribuzione domiciliare rispetto alla consegna da distretto (vedi tabella 4). Una lettura «semplificata» del problema potrebbe indurre infatti a condividere l'equazione «minore consumo = mag-

giore disagio», rispetto alla quale sono necessarie alcune considerazioni.

In primo luogo l'evidenza delle risposte date non conferma tale assunto, in quanto la percezione dei pazienti del Gruppo A, che ricevono un minor numero di pezzi, segnala una situazione complessivamente migliore sia per le problematiche connesse allo stato di salute (disturbi della pelle, piaghe da decubito) sia per la gestione complessiva dei pazienti che impegna con frequenza lievemente minore (cambi di abiti e di ausili assorbenti).

Se allora si collega il minor numero di pezzi con la minore necessità di cambi, ed in particolare con il cambio notturno, si può pensare che l'utilizzo di un numero di pezzi inferiore, beninteso sempre collegato ad un uguale, se non maggiore livello di *comfort*, sia un effetto positivo da perseguire, non una diminuzione del livello di servizio. Si vuole comunque sottolineare che le considerazioni sono relative a dati medi, rispetto ai quali l'effettiva erogazione del servizio non deve generalizzare, ma mantenere il necessario grado di personalizzazione.

In conclusione, dal punto di vista dei criteri decisionali da adottare nei processi di acquisto, anche in questo caso si è verificato che il prezzo unitario di un prodotto, come criterio di scelta, non permette di garantire l'economicità del sistema di offerta del servizio; sono infatti da valutare i costi complessivi di gestione del prodotto.

Inoltre la convenienza di ogni scelta dovrebbe essere sottoposta anche ad una verifica con il destinatario finale, per avvalorare in caso positivo, o per spingere ad ulteriori verifiche in caso negativo, le alternative in esame.

Tuttavia, come nel caso presentato, non è detto che ci si trovi di fronte a

elementi divergenti, da bilanciare, ma piuttosto a conclusioni di rinforzo e a fattori convergenti verso scelte che risultano simultaneamente idonee per i diversi *stakeholders*.

(1) Si definisce incontinenza la perdita involontaria di urina e feci in quantità e/o in frequenza tale da compromettere la qualità della vita di chi ne è affetto.

(2) Centro Studi Assobiomedica (2000).

(3) L'Italia in particolare, tra i paesi industrializzati è al primo posto come incidenza percentuale della popolazione oltre i 65 anni sulla popolazione totale raggiungendo un valore del 26% nel 2000, e con una previsione di aumento al 41% nel 2030 (fonte: OCSE 2000 in Centro Studi Assobiomedica, op. cit.).

(4) Lo svolgimento dell'indagine è stata affidata ad un istituto di ricerche esterno.

(5) A seguito di assenso fornito dai pazienti attraverso una dichiarazione liberatoria.

(6) Realizzato attraverso la presenza degli intervistatori presso i punti di distribuzione.

(7) Zanetti, Calosso (2000).

BIBLIOGRAFIA

- CENTRO STUDI ASSOBIOMEDICA (2000), *Ausili assorbenti per incontinenza*, 6, maggio 2000.
- CENTRO STUDI ASSOBIOMEDICA (2001), *Dispositivi per incontinenza e ritenzione*, marzo 2000.
- ELEFANTI M., BRUSONI M., MALLARINI E. (2001), *La qualità nella sanità*, EGEA, Milano.
- DECRETO MINISTERIALE N. 332 DEL 27 AGOSTO 1999, *Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe*.
- DECRETO MINISTERIALE N. 321 DEL 31 MAGGIO 2001, *Modifica del regolamento per le prestazioni di assistenza protesica*.
- DECRETO PRESIDENTE CONSIGLIO MINISTRI N. 26 DEL 29 NOVEMBRE 2001, *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*.
- ZANETTI, CALOSSO (2000), *Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito. Linee guida*, Lauri Edizioni.

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

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

La lingua ammessa è l'italiano.

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

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

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

Sommario

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

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

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

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

Note

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

Lunghezza articoli

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

Riferimenti bibliografici

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

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

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

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

I testi

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

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

Devono essere inviati a:

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

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

CONSUMI DI OSSIGENO: VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE DELL'AUSL LECCE 1

Luigi Cosentino¹, Pasquale Taurino²

¹ Presidio Ospedaliero Pneumologico «A. Galateo» - S. Cesario di Lecce

² Area Farmaceutica Ausl Lecce/1

SOMMARIO: 1. Premessa e scopo dello studio - 2. Materiali e metodi - 3. Risultati e discussione - 4. Conclusioni.

1. Premessa e scopo dello studio

1.1. Ossigenoterapia a lungo termine (OLT)

Definizione «somministrazione continuativa di ossigeno supplementare, in quantità tali da riportare il contenuto arterioso a valori quanto più prossimi alla norma». Tale terapia sarà effettuata ogni giorno e per tutta la vita.

Esistono sufficienti dati di evidenza scientifica per ritenere la OLT come indispensabile, in una popolazione di pazienti ben selezionati che soddisfino determinati criteri clinico-funzionali, per conseguire significativi miglioramenti della qualità della vita (aumento della sopravvivenza, migliore qualità del sonno, minore incidenza di aritmie, ecc.) (Fiorentini F. *et al.*, 2000; Medical Research Council Working Party, 1981; Nocturnal Oxygen Therapy Trial, 1980; Tarpay S.P. *et al.*, 1975; Okubadejo A.A. *et al.*, 1996).

Il concetto di «somministrazione continuativa» richiama e presuppone il principio della cura domiciliare (ossigenoterapia domiciliare) mirato e modulato in funzione delle condizioni cliniche, del punto di vista e dei livelli di conoscenza del paziente ed anche delle sue residue capacità di attività lavorativa e di vita sociale (To-

raldo D.M. *et al.*, 1998; Ippolito A., 1999).

1.2. Sorgenti e modalità di somministrazione

Sono rappresentate da:

ossigeno gassoso: utilizzato per gli interventi di emergenza; è la forma più tradizionale e deve essere presente in farmacia per obbligo di legge; può essere fornito (in bombole) con la semplice richiesta del medico curante;

concentratori di ossigeno: apparecchiature capaci di filtrare l'aria arricchendola di ossigeno; garantiscono una terapia continuativa al domicilio del paziente. Nella Ausl Lecce/1 non vengono praticamente utilizzati;

ossigeno liquido: è la modalità più recente di erogazione che consente ai pazienti una migliore vita di relazione (attività lavorativa, uscire di casa, andare in vacanza, ecc.). La fornitura di ossigeno liquido segue un preciso iter prescrittivo e un determinato sistema di distribuzione.

1.3. Iter prescrittivo dell'ossigeno liquido nella Ausl Lecce/1

Sono state adottate delle linee guida per la OLT Gruppo di studio OLT Ausl Lecce/1 (2000) (1) quale stru-

mento operativo aziendale per governare questo settore considerato di «nicchia», con le tipiche anomalie del mercato sanitario (asimmetria informativa, esternalità, rapporto di agenzia, terzo pagante, ecc.) (Dirindin N., Vineis P., 1999; Garattini L., Tediosi F., 2000).

Nel modello organizzativo definito nelle citate linee guida, sono state accolte le indicazioni della letteratura scientifica che individuano nello specialista pneumologo il prescrittore più appropriato per la OLT (Fiorentini F. *et al.*, 2000; Gruppo di studio AIPO, 1995; Dottorini M. *et al.*, 1998; Bellone A. *et al.*, 1994; Strom K., 1997).

Pertanto la modalità operativa adottata per la *prima prescrizione* è la seguente:

— *prescrizione temporanea (Short-term)*: dal gennaio 2001 può essere fatta da pneumologi dei 2 centri pneumologici aziendali (P.O. Galateo, Servizio pneumo-tisiologico) ed anche da specialisti pneumologi e/o non pneumologi (internisti, geriatri), operanti in strutture sanitarie aziendali o extra aziendali;

— *prescrizione definitiva (Long-term)*: dal gennaio 2001 può essere fatta solo da pneumologi dei 2 centri pneumologici di riferimento.

Una volta ricevuta la prescrizione (temporanea e/o definitiva) il paziente si reca presso il distretto di residenza per la verifica della completezza e correttezza della procedura prescrittiva e per la rilevazione nel registro distrettuale.

1.4. Modalità di distribuzione e controllo nella Ausl Lecce/1

La fornitura dell'ossigeno avviene presso l'abitazione del paziente mediante ditte specializzate incaricate dalle farmacie territoriali; il farmacista che riceve dal paziente la richiesta di ossigeno liquido (formulata dal Mmg su ricetta regionale) attiva, a sua discrezione, un fornitore che si occuperà del servizio a domicilio. Oltre alle funzioni di selezionatore della ditta e ordinatore della fornitura, il farmacista ha il compito di verificare la qualità/quantità del prodotto da consegnare. L'analisi di mercato del settore conferma, anche nella Ausl Lecce/1, un numero elevato di società di distribuzione e una qualità del servizio non sempre ritenuta soddisfacente (Garatini L., Tediosi F., 2000).

Dall'ottobre 2000, su indicazione della Direzione generale, sono stati attivati, da parte del Servizio pneumotisiologico (STP) della Ausl Le/1, i controlli domiciliari e/o ambulatoriali dei pazienti in OLT; dal gennaio 2001 sono state adottate le «Linee guida per la

prescrizione e i controlli della OLT» e il relativo percorso organizzativo e la definizione dei centri di riferimento (ospedaliero e territoriale) per la attività di prescrizione e di controllo (allegato 1) (Cosentino L., Donateo L., 2001).

Attualmente la distribuzione dell'O2 liquido (costo unitario di 9 lire a litro; D.M. del 2 settembre 1994) avviene attraverso le farmacie territoriali che, una volta acquisita la prescrizione (centro prescrittore) e l'autorizzazione (distretto), attivano le ditte specializzate per la consegna al domicilio del paziente. Le modalità (a domicilio, in ambulatorio) e i tempi dei controlli (rispetto alla prima prescrizione di ossigenoterapia nella fase di *long-term*) vengono stabiliti e pianificati dal Servizio PT.

1.5. Ambito demografico

La Ausl Lecce/1 ha una popolazione di 472.813 abitanti, ed è suddivisa in 7 distretti socio-sanitari (tabella 1). Il numero di pazienti in trattamento OLT rilevati al 31.12.01 è di 819 ed il conseguente tasso medio di prevalenza (pz‰) aziendale è pari a 1.73 (tabella 1); il consumo totale annuo, nel corso del 2001, è di 415.094,93 mc e il conseguente consumo medio mensile per paziente di O2 liquido (mc/pz/mese) è stato di 42.23 mc (tabella 1); la spesa totale per O2 liquido nel corso

del 2001 è stata di lire 3.735.854.411 (tabella 2).

1.6. Stima del carico epidemiologico

Partendo dal dato di popolazione e applicando i criteri indicati dall'AIPO (Nardini S. *et al.*, 2002) per programmare un modello assistenziale per le patologie pneumologiche, si possono stimare i seguenti dati epidemiologici riferiti all'Ausl Lecce/1:

— prevalenza di broncopneumopatie croniche: 10% della popolazione pari a 47.281 pazienti;

— prevalenza pazienti con insufficienza respiratoria in OLT: 0,75‰ pari a 355 pazienti;

— prevalenza pazienti in ventilazione meccanica domiciliare (VMD): 0,15‰ pari a 71 pazienti.

Se si tiene conto che, di norma, il consumo medio mensile per paziente in OLT ritenuto adeguato è stimato in almeno 54 mc, ne consegue che, nelle condizioni di massima efficienza ed efficacia del sistema, il consumo di O2 liquido nella Ausl Le/1, nel contesto demografico sopra citato, dovrebbe essere di 230.040 mc/anno per un importo di lire 2.070.360.000.

1.7. Obiettivo principale dello studio

È stato quello di verificare se l'analisi dei dati economici e amministrativi relativi all'ossigeno (costi, consu-

Tabella 1 - Prevalenza di pazienti in trattamento con O2 liquido e consumi medi nella Ausl Le/1 - Anno 2001: dati per distretto

| | LE/1 | LE/3 | LE/4 | LE/5 | LE/6 | LE/7 | LE/8 | Totale |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Abitanti | 114.063 | 65.782 | 59.973 | 68.837 | 50.772 | 63.780 | 49.606 | 472.813 (1) |
| Numero pazienti | 203 | 92 | 112 | 95 | 134 | 123 | 60 | 819 (2) |
| Pazienti/000 | 1,77 | 1,39 | 1,86 | 1,38 | 2,63 | 1,92 | 1,20 | 1,73 |
| Mc/pz/mese | 36,09 | 44,14 | 53,10 | 35,53 | 42,27 | 43,58 | 47,55 | 42,23 |
| Mc/anno | 87.921,96 | 48.739,24 | 71.369,63 | 40.515,45 | 67.982,40 | 64.326,07 | 34.240,15 | 415.094,93 |

(1) Popolazione residente Ausl Le/1 al 31 dicembre 1999 (Istat).

(2) Dati riferiti al 31 dicembre 2001.

mi, numero di pazienti registrati, ecc.) è in grado di fornire anche indicazioni sull'appropriatezza della OLT (tasso di prevalenza dei pazienti trattati, consumo medio mensile per paziente di O2 liquido, scostamenti dai valori ritenuti adeguati, ecc.).

La discussione e le considerazioni finali delineano le possibili azioni da avviare per migliorare l'efficienza e l'efficacia del processo assistenziale.

2. Materiali e metodi

2.1. Dati esaminati

Sono stati i seguenti:

— la spesa per O2 liquido e O2 gassoso nella Ausl Le/1 (distinta per singolo distretto) in 4 mesi del 2000 (giugno, ottobre, novembre, dicembre che rappresentano gli unici disponibili) e in tutto il 2001; i costi sono stati espressi in lire/mese; per la valutazione del consumo medio mensile di O2 liquido nei 4 mesi del 2000, è stato assunto, arbitrariamente, come invariato (819) il numero di pazienti in OLT;

— i corrispondenti consumi (espressi in mc/mese, mc/pz/mese) per i quali

è stato inoltre determinato il valore medio mensile aziendale, gli scostamenti dei singoli distretti e il relativo andamento nell'arco temporale esaminato;

— il numero di pazienti in trattamento con O2 liquido a lungo termine; tali pazienti (819) sono stati correlati con il numero di abitanti al fine di determinare il tasso di prevalenza aziendale (pz‰) e i tassi dei singoli distretti con i relativi scostamenti dal valore aziendale medio.

2.2. Provenienza dei dati

— Abitanti: Istat al 31 dicembre 1999;

— spesa farmaceutica per l'O2 liquido e gassoso: area farmaceutica Ausl Le/1;

— numero pazienti in trattamento con O2 liquido: area farmaceutica Ausl Le/1; la rilevazione dei pazienti è stata fatta al 31 dicembre 2001.

2.3. Affidabilità dei dati

Per quanto riguarda gli abitanti e la spesa farmaceutica i dati sono ufficiali e validati; non vi sono invece dati uffi-

ciali per quanto riguarda il numero di pazienti in trattamento con O2 liquido e quindi esistono dei margini di variabilità e di discrepanza (rilevabili nei singoli distretti e nei servizi, aree e presidi ospedalieri interessati) che derivano dalla mancanza di un efficace sistema di registrazione delle prime prescrizioni di O2 liquido e di cancellazione in caso di sospensione del trattamento a seguito di controlli ambulatoriali e/o domiciliari.

Ciò rende necessario e urgente implementare un'adeguata procedura per l'attivazione (presso l'area farmaceutica) di un registro aziendale per la OLT che possa ricevere in tempo reale, le segnalazioni di nuove prescrizioni (provenienti dal P.O. Galateo e dal Servizio PT., che dovranno essere gli unici centri prescrittori per la OLT definitiva: fase di *long-term* indicata nelle vigenti linee guida), e delle cancellazioni (per sospensione del trattamento a seguito di controlli ambulatoriali e/o domiciliari che sono affidati al Servizio PT., o per decessi o trasferimenti che vengono comunicati dai competenti distretti).

Tabella 2 - Costi (lire) per O2 liquido anno 2001 nella Ausl Le/1: dati per distretto

| Mese | LE/1 | LE/3 | LE/4 | LE/5 | LE/6 | LE/7 | LE/8 Nardò | Totale Ausl |
|---------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| Gennaio | 84.067.000 | 42.433.000 | 71.208.900 | 40.070.700 | 58.993.200 | 50.444.300 | 26.925.300 | 374.142.400 |
| Febbraio | 60.209.100 | 33.418.100 | 52.415.100 | 30.557.700 | 50.401.800 | 41.807.900 | 28.356.300 | 297.166.000 |
| Marzo | 67.412.400 | 38.882.600 | 59.708.200 | 35.079.300 | 48.080.700 | 51.098.400 | 25.965.000 | 326.226.600 |
| Aprile | 68.666.500 | 43.116.300 | 56.687.400 | 32.012.100 | 52.812.900 | 48.077.100 | 29.547.300 | 330.919.600 |
| Maggio | 73.677.200 | 39.147.000 | 53.937.900 | 29.181.600 | 53.113.500 | 49.396.500 | 23.592.600 | 322.046.300 |
| Giugno | 71.938.800 | 37.201.900 | 48.529.800 | 27.979.200 | 44.981.400 | 50.308.000 | 25.762.500 | 306.701.600 |
| Luglio | 54.313.300 | 36.467.700 | 49.325.400 | 28.296.900 | 52.073.100 | 32.875.300 | 20.692.300 | 274.044.000 |
| Agosto | 65.348.500 | 34.127.500 | 59.277.600 | 31.293.300 | 53.415.900 | 51.022.100 | 27.129.000 | 321.613.900 |
| Settembre | 67.466.700 | 31.025.200 | 49.703.400 | 28.717.100 | 46.650.600 | 54.272.700 | 24.726.800 | 302.562.500 |
| Ottobre | 70.242.300 | 36.254.600 | 51.918.300 | 30.146.700 | 53.946.000 | 53.214.500 | 25.458.300 | 321.180.700 |
| Novembre | 53.853.300 | 33.702.000 | 46.027.800 | 26.839.900 | 49.466.700 | 47.142.100 | 27.151.200 | 284.183.000 |
| Dicembre | 54.102.561 | 32.877.332 | 43.586.874 | 24.464.613 | 47.905.824 | 49.275.807 | 22.854.800 | 275.067.811 |
| Totale | 791.297.661 | 438.653.232 | 642.326.674 | 364.639.113 | 611.841.624 | 578.934.707 | 308.161.400 | 3.735.854.411 |

Comunque sia, il dato rilevato nella presente analisi (819 pazienti) è da ritenersi affidabile con un possibile range di variabilità compreso fra 819 e 871 che, data l'invariabilità della popolazione assistita (tabella 1) e della spesa a consuntivo del 2001 (tabella 2), non modifica in modo sostanziale il significato dei risultati dell'analisi (tavola 1).

3. Risultati e discussione

3.1. Tasso di prevalenza (Pz‰) di pazienti in trattamento con O2 liquido

Il tasso di prevalenza aziendale (1.73‰) è nettamente superiore a quello rilevato in altre aree geografiche (italiane e/o europee) (tavola 2).

La scarsa affidabilità dei dati di morbilità delle Bpco, non determina soltanto una sottostima della prevalenza di tali patologie, ma produce una significativa incertezza sulla stima del tasso di prevalenza dei pazienti con insufficienza respiratoria in OLT.

L'assenza di *standard* di riferimento ufficiali non consente conclusioni puntuali di tipo statistico; tuttavia è evidente lo scostamento in eccesso rilevato nella Ausl Le/1 (rispetto al valore stimato in Italia) che è però in linea con il dato rilevato nella Ausl di Teramo, mentre il dato della Regione Emilia-Romagna è sovrapponibile al valore nazionale.

Sembrerebbe delinearci una netta divaricazione della prevalenza fra Italia settentrionale e Italia meridionale che meriterebbe un approfondimento alla luce della nota variazione di mortalità (prevalente nelle regioni centro-meridionali) per malattie respiratorie, rilevabile nelle aree geografiche sopra citate (tavola 3).

Ciononostante, si può tranquillamente concludere che il tasso di prevalenza di pazienti in OLT nella Ausl Le/1 è significativamente superiore al

tasso di riferimento medio nazionale e dunque si rendono necessari degli interventi operativi capaci di ricondurlo a livelli più accettabili.

Azioni consigliate:

— applicazione coerente dei criteri clinici e/o funzionali per la Prima prescrizione della OLT: che deve essere effettuata (almeno nella fase di *Long-term*) soltanto dai 2 centri prescrittori (P.O. Galateo e Servizio PT.) sulla base delle linee guida vigenti;

— estensione dei controlli ambulatoriali e/o domiciliari per i pazienti già in OLT che devono essere effettuati

soltanto dal Servizio PT., con l'unica eccezione di quei pazienti che risultino ricoverati nel P.O. Galateo e che quindi, per evidenti motivi di funzionalità, potranno essere controllati dalla U.o. pneumologica di degenza;

— miglioramento della comunicazione e delle sinergie fra centro ospedaliero (P.O. Galateo) e centro territoriale (Servizio PT.) e fra questi e i distretti e l'area farmaceutica.

Si ritiene indispensabile programmare degli incontri periodici per verificare la corretta applicazione delle procedure previste dalle linee guida

Tavola 1

| Numero pazienti | Tasso di prevalenza ‰ | Consumo medio mc/pz/mese |
|-----------------|-----------------------|--------------------------|
| 819 | 1.73 | 42.23 |
| 871 | 1.84 | 39.71 |

Tavola 2

| Area geografica | Tasso prevalenza ‰ | Fonte |
|-----------------|--------------------|--|
| Francia | 0.4 | Direttive per l'ossigenoterapia domiciliare - Ausl Ravenna, 1999 |
| Francia | 0.55 | L. Garattini, 2000 |
| Francia | 0.61 | Chailleux E. <i>et al.</i> , 1996 |
| Germania | 0.63 | L. Garattini, 2000 |
| Danimarca | 0.54 | L. Garattini, 2000 |
| Italia | 0.7 | G. Repposi, 1998 |
| Italia | 0.5 | E. Guffanti, 2001 |
| Italia | 0.75 | S. Nardini <i>et al.</i> , 2002 |
| Emilia-Romagna | > 0.6 | P. Grandi, 1998 |
| Ausl Teramo | 1.25 | L. Di Re, 2001 |
| Ausl Le/1 | 1.73 | Ausl Lecce 1, 2001 |

Tavola 3 - Tasso medio grezzo di mortalità/100.000 abitanti per malattie respiratorie. Periodo 1989-1994 dati Istat

| Italia | Nord | Centro | Sud-Isole |
|--------|-------|--------|-----------|
| 34.39 | 32.00 | 33.88 | 37.37 |

per la OLT e per scambiare i dati acquisiti dalle singole strutture interessate (nuove prescrizioni, controlli, cessazioni, consumi, ecc.).

3.2. Consumo di ossigeno liquido

Consumo medio mensile per paziente (mc/pz/mese): il consumo aziendale mensile medio di O2 liquido per ogni paziente in OLT è di 42.23 mc (tabella 1), pari a un consumo totale annuo di 415.048,93 mc. Tale valore appare chiaramente inferiore al consumo medio mensile stimato adeguato per un paziente affetto da insufficienza respiratoria in OLT e che è compreso in un range fra 54 e 64.8 mc/pz (tale stima rappresenta la base di calcolo del «consumo forfetario» per paziente trattato). Da questa osservazione consegue la necessità di sottoporre ad attenta verifica l'appropriatezza della OLT erogata nella nostra Ausl sia dal punto di vista dell'indicazione clinica (è stato ampiamente dimostrato al punto 1) la sovrastima del numero dei pazienti messi in trattamento con O2 liquido) che da quello della adeguatezza del piano terapeutico (durata, flusso di erogazione dell'ossigeno, tipo di sorgente, ecc.) nella fase iniziale della prescrizione e nella fase dei controlli; è necessario infine, verificare il livello di adesione del paziente alla terapia (*compliance*) (Dottorini M. *et al.*, 1998; Barjoux C. *et al.*, 1994).

In definitiva, si può tranquillamente affermare che gli interventi finalizzati alla riduzione del tasso di prevalenza, devono essere affiancati da interventi per adeguare il consumo medio mensile per ogni paziente al fine di non compromettere l'efficacia del trattamento stesso; quest'azione combinata consentirà una volta raggiunto il punto di equilibrio (stimato indicativamente in un tasso di prevalenza dell'1% e un consumo medio pz/me-

se di 54 mc), un miglioramento degli esiti assistenziali (si dovranno adottare degli indicatori di risultato e di *outcome*) ed una riduzione dei consumi (e quindi, alle attuali condizioni, anche dei costi) rispetto ai livelli del 2001 (tabella 2), quantificabile nel 26.16% (977.318.411).

Non si può fare a meno di sottolineare, tuttavia, l'estrema difficoltà del controllo del consumo di ossigeno; si sta pertanto sempre di più delineando l'esigenza di una forma di approvvigionamento mediante contratti aziendali (per costo unitario o per costo forfetario di paziente trattato) con ditte private che devono soddisfare alcuni requisiti tecnico-economici per poter partecipare alle gare d'appalto (Corsi F., 1999).

Azioni consigliate:

— applicazione puntuale e coerente (sia in fase di prescrizione che dei controlli ambulatoriali, domiciliari, ospedalieri) dei criteri clinico-funzionali delle linee guida aziendali vigenti per la OLT;

— formazione continua dei professionisti coinvolti (medici, infermieri) (Gruppo di lavoro Ausl Modena, 1999);

— informazione, motivazione dei pazienti e dei familiari (*compliance*) e istruzione sull'uso dell'apparecchiatura per OLT (Neri M. *et al.*, 1999; Monaco S. *et al.*, 1999);

— avvio di una procedura di accreditamento delle ditte fornitrici (indicatori e *standard* del servizio offerto) (Fiorentini F. *et al.*, 2000; Garattini L., Tediosi F., 2000).

Andamento del consumo di O2 liquido nel periodo esaminato:

— anno 2001: il consumo medio mensile per paziente di O2 liquido ha presentato una lenta e graduale riduzione (tabella 4; figure 2 e 3) raggiungendo 37.31 mc/pz nel mese di dicembre;

— anno 2000: mesi di giugno, ottobre, novembre, dicembre; il consumo medio mensile per paziente non ha mostrato variazioni significative rimanendo sempre superiore a 44 mc/pz (tabella 3; figure 1 e 3).

N.B. La valutazione è stata fatta assumendo come invariato, nel corso del 2000, il numero di pazienti in OLT, non essendovi altri dati disponibili.

Il confronto fra consumo medio mensile/pz nell'anno 2000 e nel 2001 (tabella 5; figura 4) mostra una significativa riduzione (- 10.92%) nel corso del 2001. Volendo tuttavia evitare possibili sovrastime del consumo medio mensile/pz nel corso del 2000 (dal momento che non è possibile conoscere il numero reale di pazienti in OLT, che potrebbe essere superiore a 819 alla data del 31 dicembre 2000), sono stati confrontati i costi (lire/mese) e i consumi (mc/mese) sostenuti per l'O2

Tabella 3 - Andamento consumo medio mensile (mc) per paziente di O2 liquido nella Ausl Le/1. Anno 2000: giugno, ottobre, novembre, dicembre

| Mese | Consumo medio mensile mc/pz (*) |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| Giugno | 48,80 |
| Ottobre | 49,45 |
| Novembre | 46,57 |
| Dicembre | 44,81 |
| Consumo medio mensile/paziente | 47,41 |

(*) Assumendo come invariato il numero di pazienti in OLT.

liquido nei mesi di giugno, ottobre, novembre, dicembre 2000 e 2001 (tabelle 6 e 7; figura 5) indipendentemente dal numero dei pazienti in trattamento.

Appare evidente nel corso del 2001, una progressiva e costante riduzione dei costi e dei consumi, compresa fra l'11.89% e il 16.72%.

Come già affermato in precedenza resta da interpretare il significato di tale riduzione in termini di appropriatezza della indicazione alla OLT e degli schemi terapeutici proposti in fase di prescrizione e/o di controllo ambulatoriale e domiciliare, ovvero di *compliance* dei pazienti.

Questa variabilità dei consumi medi mensili per paziente si riconferma analizzando l'andamento nei singoli distretti (figura 6) e valutando lo scostamento del consumo di ogni distretto dal valore medio aziendale.

I dati diventano ancora più incoerenti e dispersi se analizzati in base alla prevalenza di pazienti in OLT nei singoli distretti (figura 7; tabella 1) e il corrispondente scostamento dal valore medio aziendale.

Nel distretto a più bassa prevalenza (1.20‰) si rileva un consumo medio mensile per paziente (47.55 mc) nettamente superiore a quello (42.27 mc)

Figura 1 - Andamento consumo medio mensile (mc) O2 liquido per paziente Ausl Le/1. Anno 2000. Periodo: giugno, ottobre, novembre, dicembre

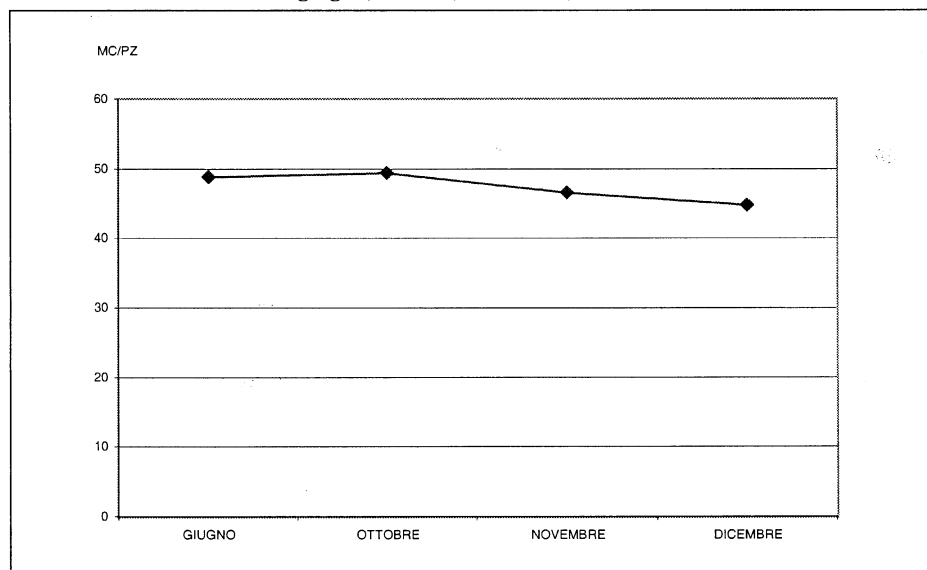


Figura 2 - Andamento consumo medio mensile (mc) per paziente O2 liquido nella Ausl Le/1: anno 2001

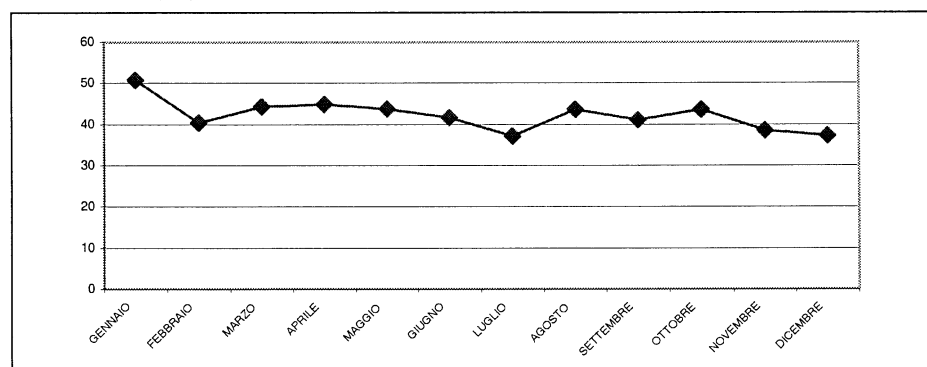
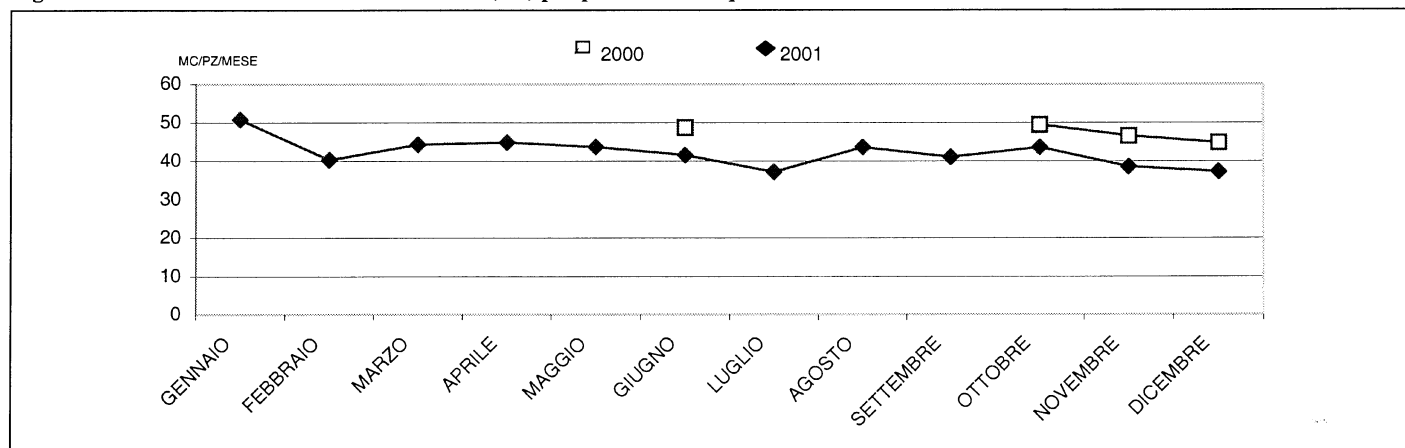


Figura 3 - Andamento consumo medio mensile (mc) per paziente O2 liquido nella Ausl Le/1: anno 2000-2001



del distretto a maggiore prevalenza (2.63%).

Solo un distretto presenta un consumo medio mensile (53.10 mc/pz) in linea con il valore ritenuto adeguato; sarebbe interessante valutare se la presenza del presidio ospedaliero pneumologico nel territorio di tale distretto, ha il significato di semplice coincidenza o può assumere invece, una valenza funzionale all'interno del processo assistenziale.

Comunque sia, si deve prendere atto di una disomogeneità dei dati e delle tendenze espresse nei diversi ambiti territoriali, che non può trovare alcuna spiegazione plausibile in fattori epidemiologici e/o di popolazione. Si tratta evidentemente di una eccessiva variabilità dei profili assistenziali adottati.

Azioni consigliate:

- verifica puntuale ed estesa degli schemi terapeutici adottati;
- verifica della corretta esecuzione della prescrizione terapeutica.

3.3. Consumo di ossigeno gassoso

Nel tentativo di spiegare l'andamento del consumo di O2 liquido, sono state analizzate le variazioni dei consumi dell'O2 gassoso negli stessi periodi esaminati.

Andamento consumo medio mensile (mc/mese): il consumo medio mensile è stato valutato globalmente, ossia non è stato riferito ai pazienti trattati, considerate le modalità di prescrizione dell'O2 gassoso.

Anno 2001: il consumo medio mensile (tabella 9) che è più alto di quello del 2000, mostra un tendenziale aumento negli ultimi tre mesi dell'anno (figura 9), assumendo un andamento opposto a quello dell'ossigeno liquido dello stesso anno (figura 10).

Anno 2000: mesi di giugno, ottobre, novembre, dicembre, il consumo medio mensile (tabella 8; figura 8) rimane stabile e mostra un andamento del

Tabella 4 - Andamento consumo medio mensile (mc) per paziente di O2 liquido nella Ausl Le/1. Anno 2001: gennaio-dicembre

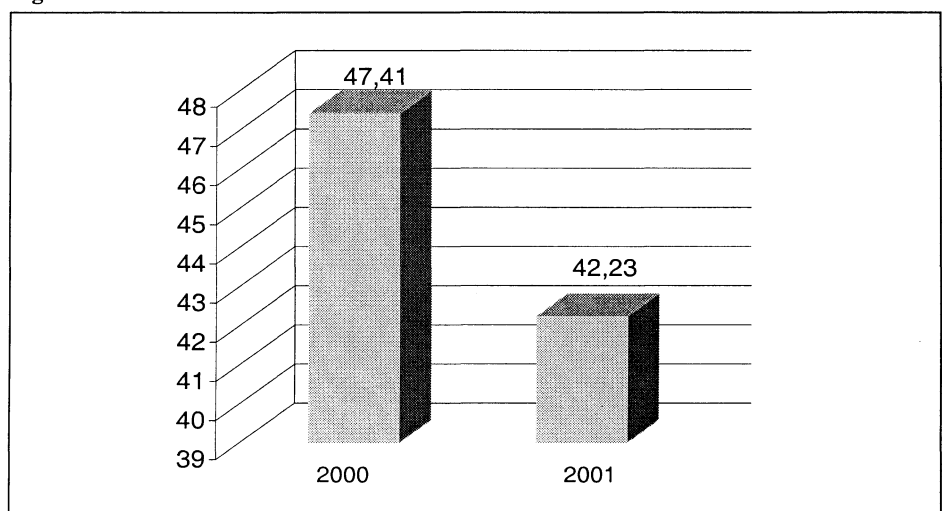
| Mese | Consumo medio mensile mc/pz (*) |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| Gennaio | 50,75 |
| Febbraio | 40,31 |
| Marzo | 44,25 |
| Aprile | 44,89 |
| Maggio | 43,69 |
| Giugno | 41,60 |
| Luglio | 37,17 |
| Agosto | 43,63 |
| Settembre | 41,04 |
| Ottobre | 43,57 |
| Novembre | 38,55 |
| Dicembre | 37,31 |
| Consumo medio mensile/paziente | 42,23 |

(*) Numero di pazienti in OLT 819.

Tabella 5 - O2 liquido: confronto consumo medio (mc) mensile per paziente. Anno 2000-2001

| | 2000 | 2001 | Differ. mc |
|------------------------------|-----------|-----------|----------------------|
| Consumo medio mensile/paz. | 47,41 | 42,23 | (- 10,92%) - 5,18 |
| Consumo medio mensile totale | 38.830,34 | 34.591,24 | - 4.239,10 |

Figura 4



tutto sovrapponibile a quello dell'ossigeno liquido dello stesso periodo (figura 1).

In definitiva dall'analisi comparata dei consumi medi mensili dei due tipi di ossigeno, si ricava l'impressione che la riduzione tendenziale dei consumi di O2 liquido nel corso del 2001 (in particolare nell'ultimo trimestre) sia stata in parte compensata da un incremento del consumo di O2 gassoso.

Per cercare di confermare questa ipotesi, sono stati confrontati i costi e i consumi di O2 gassoso nei mesi di giugno, ottobre, novembre, dicembre del 2000 e del 2001 (tabelle 10 e 11; figura 11). Appare evidente, nel corso del 2001, un progressivo e costante incremento dei costi e dei consumi, compreso fra il 20.63% e il 27.23%, che risulta percentualmente superiore alla riduzione rilevata per l'O2 liquido nello stesso periodo (tabelle 6 e 7; figura 5).

Per valutare inoltre il risultato economico finale, sono stati confrontati (tabella 12; figura 12) i costi complessivi (O2 liquido + O2 gassoso) nei mesi di giugno, ottobre, novembre, dicembre; nel corso del 2001 si rileva una riduzione della spesa compresa fra il 3.87% e il 9.18%; il risultato di esercizio, nei 4 mesi considerati, mostra quindi una riduzione del 6.93% pari a lire 122.279.315.

Non vi sono indicatori disponibili, allo stato attuale, per verificare se, a fronte di questo tendenziale risparmio, vi sia stato un miglioramento della qualità del servizio e dell'efficacia del trattamento terapeutico.

4. Conclusioni

L'analisi dei dati amministrativi relativi ai consumi di ossigeno liquido per pazienti in OLT nella Ausl Le/1 ha consentito una valutazione, seppure indiretta, del processo assistenziale mettendone in evidenza diverse criti-

cità: dai tassi di prevalenza, alla fase prescrittiva, agli schemi terapeutici, ai criteri applicati nella fase di controllo, ai sistemi di rilevazione dei pazienti e di monitoraggio della *compliance* e

degli esiti, ai consumi medi nei diversi distretti aziendali. La disomogeneità e variabilità dei dati e, in alcuni casi, l'incoerenza di alcuni parametri valutati, rendono necessaria una accurata

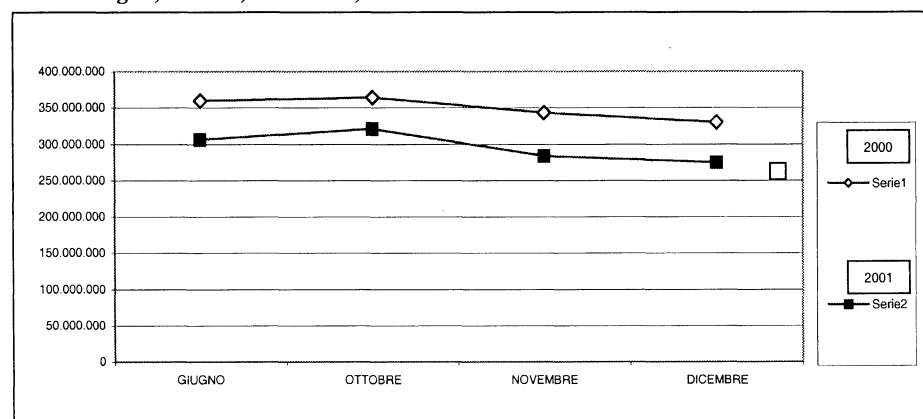
Tabella 6 - O2 liquido: confronto costi (lire/mese) Ausl Le/1. Anni 2000-2001. Mesi di giugno, ottobre, novembre, dicembre

| Mese | Costi (lire) | Costi (lire) | Differenza |
|---------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|
| | 2000 | 2001 | |
| Giugno | 359.734.900 | 306.701.600 | - 53.033.300 (- 14,74%) |
| Ottobre | 364.539.000 | 321.180.700 | - 43.358.300 (- 11,89%) |
| Novembre | 343.323.800 | 284.183.000 | - 59.140.800 (- 17,22%) |
| Dicembre | 330.294.800 | 275.067.811 | - 55.226.989 (- 16,72%) |
| Totale | 1.397.892.500 | 1.187.133.111 | - 210.759.389 (- 15,07%) |

Tabella 7 - O2 liquido: confronto consumi (mc/mese) Ausl Le/1. Anni 2000-2001. Mesi di giugno, ottobre, novembre, dicembre

| Mese | Consumi (mc) | Consumi (mc) | Differenza |
|---------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|
| | 2000 | 2001 | |
| Giugno | 39.970,54 | 34.077,95 | - 5.892,59 (- 14,74%) |
| Ottobre | 40.504,33 | 35.686,74 | - 4.817,59 (- 11,89%) |
| Novembre | 38.147,08 | 31.575,88 | - 6.571,2 (- 17,22%) |
| Dicembre | 36.699,42 | 30.563,09 | - 6.136,33 (- 16,72%) |
| Totale | 155.321,37 | 131.903,66 | - 23.417,71 (- 15,07%) |

Figura 5 - O2 liquido: andamento costi (lire/mese) anni 2000-2001 Ausl Le/1. Mesi di giugno, ottobre, novembre, dicembre



pianificazione di interventi operativi finalizzati alla razionalizzazione e al governo di questo settore assistenziale (Gruppo di studio OLT Ausl Lecce/1, 2000; Gruppo di studio VMD Ausl Lecce/1, 2001).

Si può quindi concludere che sono necessarie le seguenti azioni:

1) applicazione e diffusione delle linee guida per la OLT approvate dalla Ausl Le/1 come strumento operativo aziendale;

2) attivazione di un registro unico aziendale per la OLT (presso l'area farmaceutica) e collegamento in rete con i Centri prescrittori (P.O. Galateo, Servizio PT.) e con i distretti della Ausl, con possibilità di aggiornamento in *real-time* dei nuovi arruolati, delle cessazioni, dei trasferimenti, dei decessi (ciò presuppone l'adozione di un Sistema informativo che sia in grado di integrare tutti i dati della rete assistenziale);

3) indagine di prevalenza delle Bpco nei presidi ospedalieri della Ausl Le/1 utilizzando le Sdo e criteri omogenei di diagnosi nelle strutture aziendali coinvolte;

4) interventi mirati per ridurre il tasso di prevalenza dei pazienti in OLT che dovrà essere ricondotto nel breve periodo (3 anni) all'1‰ (con un limite massimo accettabile dell'1,26‰);

5) monitoraggio continuo e analitico (mediante *report* mensili e/o sistemi di telemetria) (Dal Negro R. *et al.*, 1991-1992; Pesce L., 2001; Pretto P., 2002) dei consumi di O₂ liquido dei pazienti in OLT e adozione di sistemi per economizzare l'ossigeno (Tiep B., 1995; Pesce L., 1991; Hoffman LA., 1994);

6) piano di formazione per gli operatori sanitari e piano di istruzione per i pazienti e i familiari;

7) attivazione di modelli assistenziali di *home care* respiratoria (Ospedalizzazione domiciliare respi-

atoria: ODR) per pazienti che necessitano di OLT e di ventilazione meccanica domiciliare (VDM) (Pesce L., 2001; Gruppo di Studio OLT/VMD Ausl Lecce/1 2000, 2001; Pepin J.L. *et al.*, 1996; Casali L. *et al.*, 1995; Dal

Negro R. *et al.*, 1995; Dottorini M. *et al.*, 1989);

8) verifica di efficacia gestionale (n. di ricovero/anno, gg. di degenza per Drg specifici, n. di ricoveri in UTIR e/o UTI, n. di ricoveri ripetuti

Figura 6 - Andamento consumo medio mensile (mc) per paziente di O₂ liquido nei singoli distretti della Ausl Le/1: anno 2001

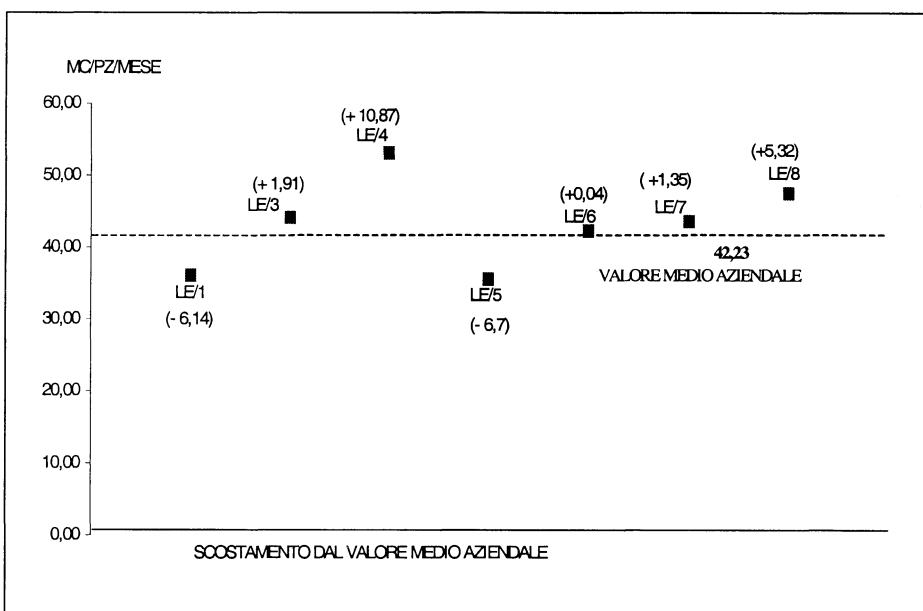
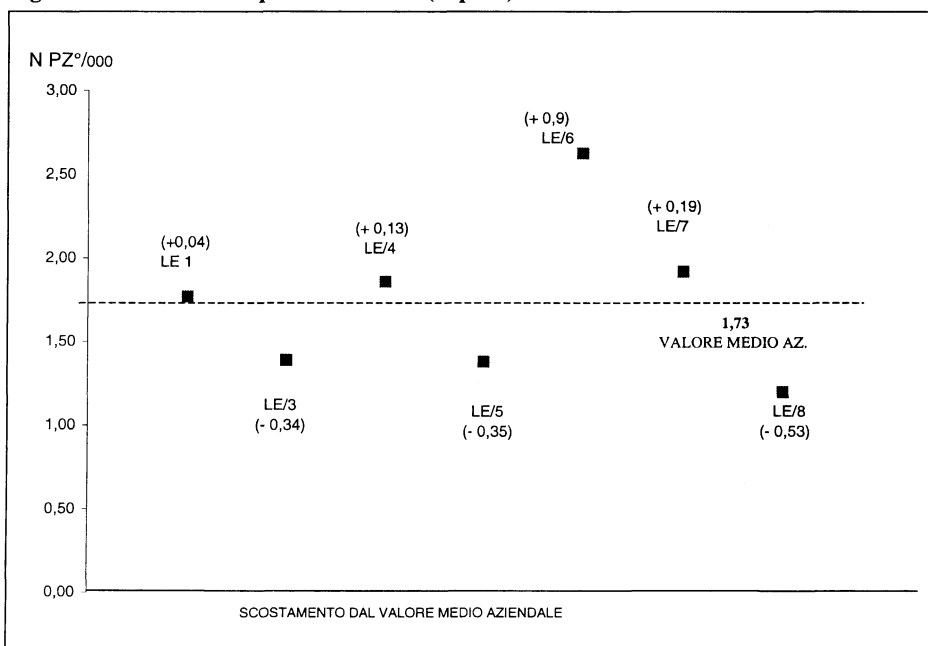


Figura 7 - Prevalenza di pazienti in OLT (n. pz‰)



entro 1 mese dalla dimissione, ecc.) e di efficacia clinica (indicatori di *outcome*) del trattamento in OLT;

9) accreditamento delle ditte fornitrici di ossigeno, sulla base di indicatori di qualità;

10) analisi costi-benefici di una eventuale distribuzione diretta dell'O2 liquido, tramite affidamento (gare d'appalto) a società private (è necessario verificare con molta attenzione l'applicabilità di un'analisi di minimizzazione dei costi in condizioni contrattuali di distribuzione diverse da quelle attuali; valutando distintamente l'opzione per costo unitario/litro e quella per costo forfetario/paziente) (Heavy L.G. *et al.*, 1999; Lawson K.V. *et al.*, 1981; Granados A., 1997; Pierson D.J., 1994; Howard P., 1989).

(1) Composizione Gruppo di studio OLT P.O. Galateo: C. Aversa, L. Cosentino, B. Degli Atti, R. Lorenzo, L. Montuori, S. Scoditti.

BIBLIOGRAFIA

- BARJOUX C. ET AL. (1994), «Oxygenotherapie au long cours à domicile», *Rev. Mal. Respir.*, 11: 35-37.
- BELLONE A. ET AL. (1994), «Who Should prescribe long-term oxygen in patients affected by chronic arterial hypoxemia?», *Monaldi Arch. Chest Dis.*, 5: 396-398.
- CASALI L. ET AL. (1995), «Home respiratory care in Pavia, Italy: organization and results after 3 year follow-up», *Monaldi Arch. Chest Dis.*, 50: 77-91.
- CHAILLEUX E. ET AL. (1996), «Predictor of survival in patients receiving domiciliary oxygen therapy or mechanical ventilation, A 10-year analysis of ANTADIR observatory», *Chest*, 109: 741-749.
- COSENTINO L., DONATEO L. (2001), *Linee guida per la prescrizione e i controlli della OLT: modello operativo della Ausl Le/1*, ufficio stampa Ausl Lecce/1.
- CORSI F. (1999), «I dispositivi medici nei principali paesi europei», «Italia» in Garattini L., Kappadue editore, Milano.
- DAL NEGRO R., POMARI C., MICHELETTO C. (1995), «Ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (OTLT) sotto controllo telemati-

Tabella 8 - Andamento consumo mensile (mc/mese) di O2 gassoso nella Ausl Le/1. Anno 2000: mesi di giugno, ottobre, novembre, dicembre

| Mese | Mc/mese |
|----------------------|-----------------|
| Giugno | 6.242,59 |
| Ottobre | 6.126,38 |
| Novembre | 6.121,99 |
| Dicembre | 5.948,66 |
| Consumo medio | 6.109,90 |

Figura 8 - Andamento consumo mensile O2 gassoso (mc/mese) Ausl Le/1. Anno 2000. Periodo: giugno, ottobre, novembre, dicembre

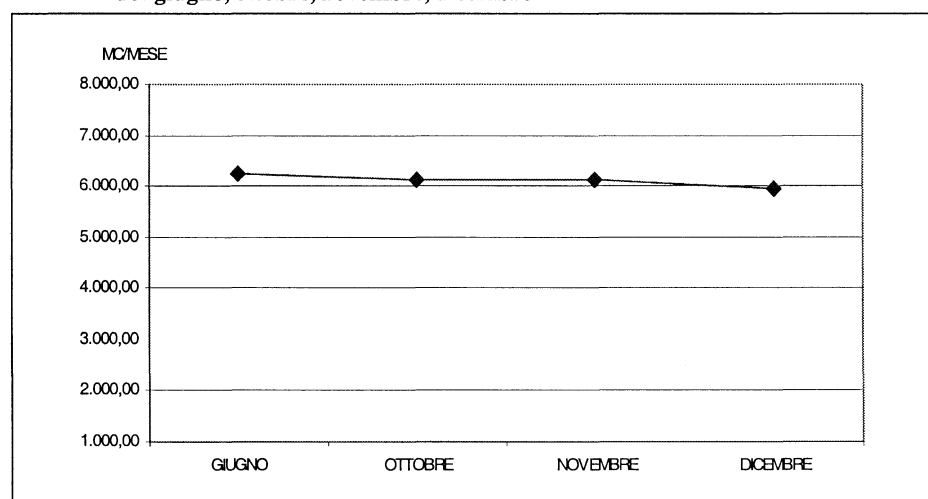


Tabella 9 - Andamento consumo mensile (mc/mese) di O2 gassoso nella Ausl Le/1. Anno 2001. Periodo gennaio-dicembre

| Mese | Mc/mese |
|----------------------|-----------------|
| Gennaio | 7.165,63 |
| Febbraio | 5.444,44 |
| Marzo | 6.510,36 |
| Aprile | 6.815,51 |
| Maggio | 7.140,25 |
| Giugno | 7.530,57 |
| Luglio | 6.966,80 |
| Agosto | 6.770,48 |
| Settembre | 6.533,09 |
| Ottobre | 7.839,27 |
| Novembre | 7.399,53 |
| Dicembre | 7.568,92 |
| Consumo medio | 6.973,74 |

co: aspetti farmaco economici», *Farmaco economia*, 2: 43-46.

DAL NEGRO R., TURCO P., POMARI C. (1991), «Progetto di Telemetria per l'Home Care Respiratoria - Risultati preliminari», *Rass. Pat. App. Resp.*, 6: 11.

DAL NEGRO R., TURCO P., POMARI C. (1992), «A telemetric System for respiratory home care», 2° Int. Conference on advances in *Pulmonary Rehabilitation and Management of chronic Respiratory Failure*, Venezia.

DI RE L. (2002), «Telemedicina ed Home Care Program», II Convegno Nazionale *Informatica e Telemedicina in Pneumologia*, Abano Terme.

DIRINDIN N., VINEIS P. (1999), *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna.

DOTTORINI M. ET AL. (1998), «Ossigenoterapia a lungo termine. Problematiche economiche», *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio*, 13: 616-622.

DOTTORINI M. ET AL. (1989), «Riabilitazione respiratoria: epidemiologia dell'uso e consumo di O2 terapia nella Regione Umbria», *Giornale di Riabilitazione*, 4: 299-304.

FIorentini F. ET AL. (2000), «Proposta di direttiva regionale per la prescrizione di ossigenoterapia nell'insufficienza respiratoria cronica», *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio*, 15: 58-67.

GARATTINI L., TEDIOSI F. (2000), «L'ossigenoterapia domiciliare in cinque paesi europei: un'analisi comparativa», *Mecosan*, 35: 137-148.

GRANADOS A. (1997), «Is it time for cost-effectiveness analysis?», Comunicazione orale al Congresso Europeo ERS, Berlino, 20-24 settembre.

GRANDI P. (1998), Relazione al convegno pneumologico provinciale Emilia-Romagna (dati non pubblicati).

GRUPPO DI LAVORO AZIENDA USL MODENA (1999), *Percorso diagnostico-terapeutico per l'ossigenoterapia domiciliare*, ufficio stampa Azienda Usl Modena.

GRUPPO DI LAVORO AZIENDA USL RAVENNA (1999), *Direttive per la ossigenoterapia domiciliare*. Centro stampa Ausl Ravenna.

GRUPPO DI STUDIO AIPO (1995), «Riabilitazione e terapia intensiva respiratoria», direttive AIPO per la ossigenoterapia a lungo termine (OLT) nei pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica secondaria a broncopneumopatia cronica ostruttiva, *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio*, 10: 334-344.

GRUPPO DI STUDIO AUSL LECCE/1 (2000), *Linee guida per l'OLT: modello organizzativo*, ufficio stampa Ausl Lecce/1.

Figura 9 - Andamento consumo mensile O2 gassoso (mc/mese) Ausl Le/1. Anno 2001

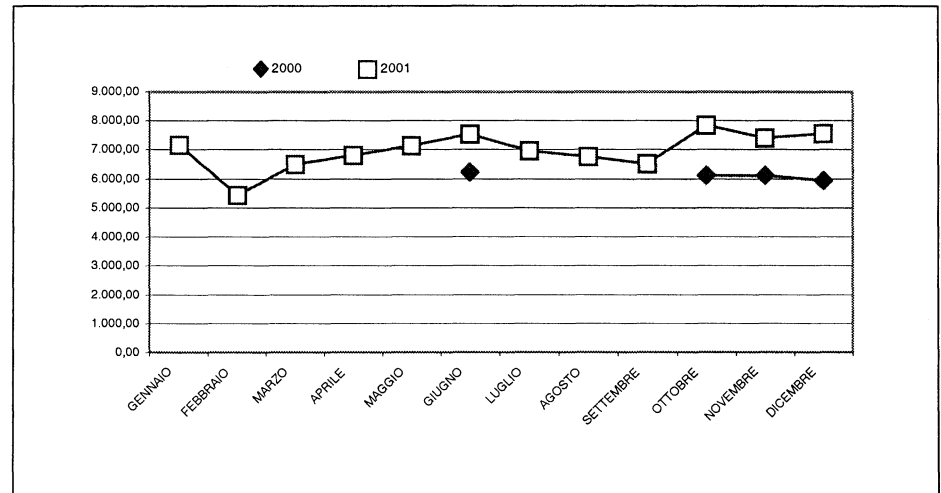


Figura 10 - Andamento consumo O2 liquido e O2 gassoso. Anno 2001

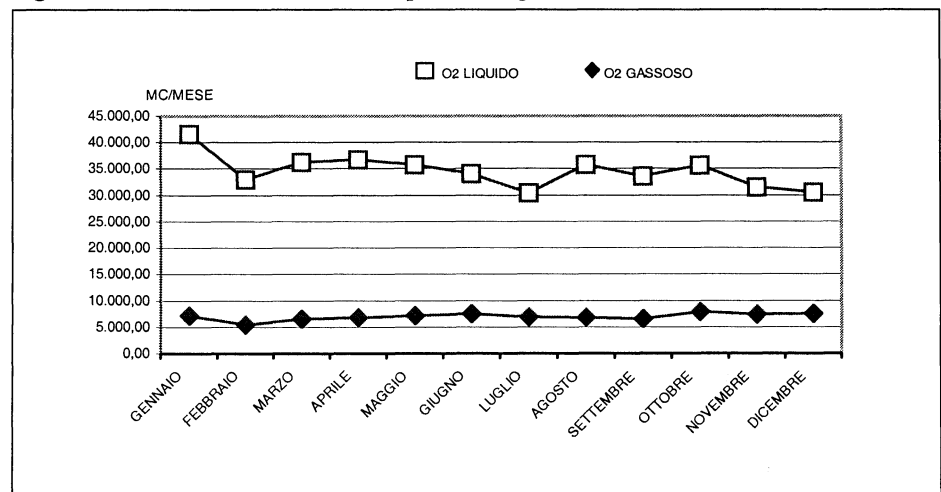


Tabella 10 - O2 gassoso: confronto costi (lire/mese) Asl Le/1. Anni 2000-2001: mesi di giugno, ottobre, novembre, dicembre

| Mese | Costi (lire) | | Differenza |
|---------------|--------------------|--------------------|--------------------------------|
| | 2000 | 2001 | |
| Giugno | 93.638.950 | 112.958.550 | + 19.319.600 (+ 20,63%) |
| Ottobre | 91.895.700 | 117.589.165 | + 25.693.465 (+ 27,95%) |
| Novembre | 91.829.900 | 110.993.000 | + 19.163.100 (+ 20,86%) |
| Dicembre | 89.230.000 | 113.533.909 | + 24.303.909 (+ 27,23%) |
| Totale | 366.594.550 | 455.074.624 | + 88.480.074 (+ 24,13%) |

GRUPPO DI STUDIO OLT AUSL LE/1 (2000), *Direttiva della Direzione generale per l'avvio dei controlli domiciliari*, ufficio stampa Ausl Le/1.

GRUPPO DI STUDIO PER LA VENTILAZIONE MECCANICA DOMICILIARE AUSL LECCE/1 (2001), *Linee guida per la VMD*, ufficio stampa Ausl Lecce/1.

GUFFANTI E. (2001), *Presentazione progetto teleassistenza pneumologica ASL di Lecco*, Milano.

HEAWY L.G., MC ALLISTER D., MAC MAHON J. (1999), «Cost minimisation analysis of provision of oxygen at home: are the Drug Tariff Guidelines cost effective?», *British Medical Journal*, 319: 19-23.

HOFFMAN L.A. (1994), «Novel strategies for delivering oxygen: reservoir cannula, demand flow and transtracheal oxygen administration», *Respir. Care*, 39: 363-377.

HOWARD P. (1989), «Cost effectiveness of oxygen therapy», *Eur Respir. J.*, 2: 637s-639s.

IPPOLITO A. (1999), «Progetto per la gestione sistematica dei pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)», *Mecosan*, 32: 107-117.

ISTAT (1989-1994), *Tasso medio grezzo di mortalità/100.000 abitanti* (popolazione 1991), codici ICD-9, pneumopatie correlate a BPCO.

LOWSON K.V., DRUMMOND M.F., BISHOP J.M. (1981), «Costing new services: long-term domiciliary oxygen therapy», *Lancet*, 318: 1146-1149.

MEDICAL RESEARCH COUNCIL WORKING PARTY (1981), «Long-Term domiciliary Therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema», *Lancet*, 1(8222): 681-686.

MONACO S. ET AL. (1999), «L'educazione sanitaria personalizzata come strumento per la promozione della salute», *Rass. di patologia dell'app. resp.*, 14 (suppl. 1): 92.

NARDINI S., RAMPULLA C., AROSSA W., POTENA A. (2002), «Programmazione le U.O. di pneumologia nell'ambito delle Aziende sanitarie», Il Convegno nazionale *Informativa e telemedicina in pneumologia*, Abano Terme.

NERI M., AMBROSETTI M. (1999), «Il ruolo dell'educazione del paziente nella prevenzione e trattamento delle broncopneumopatie croniche ostruttive», in Fabbri L., Ciaccia A. *Broncopneumopatie croniche ostruttive*, Ed. AIPO Scientifica, Pisa, pp. 199-209.

NOCTURNAL OXYGEN THERAPY TRIAL (1980), «Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemia chronic obstructive lung dis-

Tabella 11 - O2 gassoso: confronto consumi (mc/mese) Asl Le/1. Anni 2000-2001. Mesi di giugno, ottobre, novembre, dicembre

| Mese | Consumi (mc) | Consumi (mc) | Differenza |
|---------------|------------------|------------------|------------------------------|
| | 2000 | 2001 | |
| Giugno | 6.242,59 | 7.530,57 | + 1.287,98 (+ 20,63%) |
| Ottobre | 6.126,38 | 7.839,27 | + 1.712,89 (+ 27,95%) |
| Novembre | 6.121,99 | 7.399,53 | + 1.277,54 (+ 20,86%) |
| Dicembre | 5.948,66 | 7.568,92 | + 1.620,26 (+ 27,23%) |
| Totale | 24.439,62 | 30.338,29 | + 5.898,67 (+ 24,13%) |

Figura 11 - O2 gassoso: andamento costi (lire/mese) Ausl Le/1. Anni 2000-2001. Mesi di giugno, ottobre, novembre, dicembre

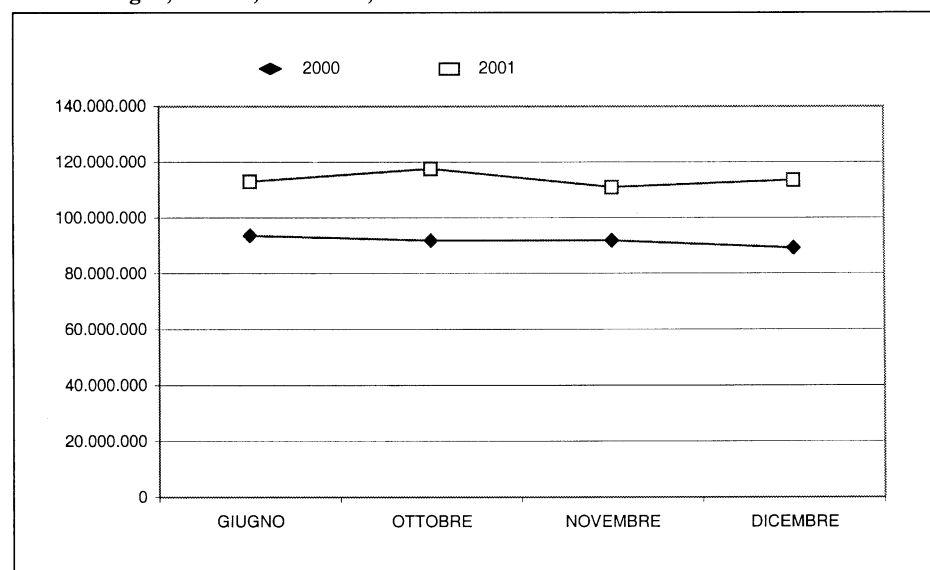


Tabella 12 - O2 liquido + gassoso: confronto costi (lire/mese) Ausl Le/1. Anni 2000-2001. Mesi di giugno, ottobre, novembre, dicembre

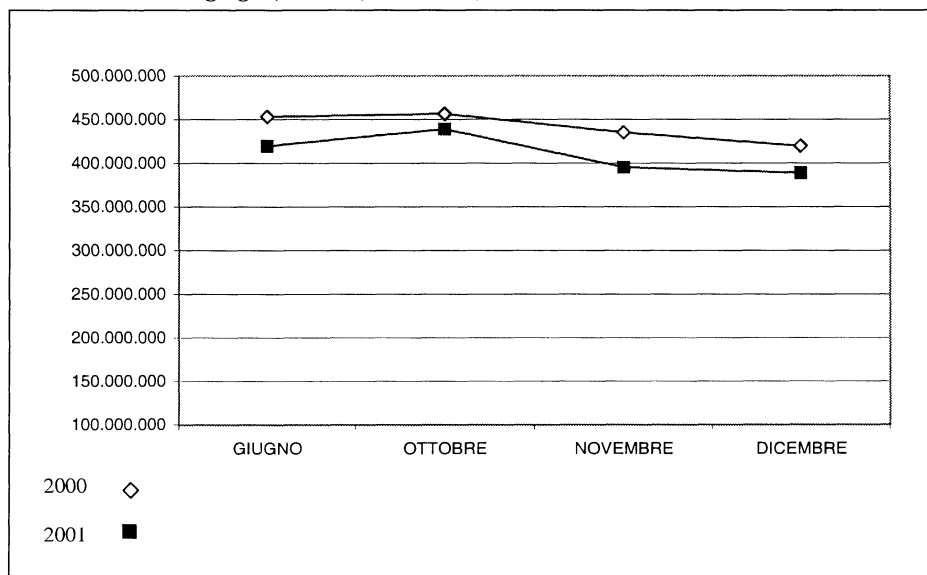
| Mese | Costi (lire) | Costi (lire) | Differenza |
|---------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|
| | 2000 | 2001 | |
| Giugno | 453.373.850 | 419.660.150 | - 33.713.700 (- 7,43%) |
| Ottobre | 456.434.700 | 438.769.865 | - 17.664.835 (- 3,87%) |
| Novembre | 435.153.700 | 395.176.000 | - 39.977.700 (- 9,18%) |
| Dicembre | 419.524.800 | 388.601.720 | - 30.923.080 (- 7,37%) |
| Totale | 1.764.487.050 | 1.642.207.735 | - 122.279.315 (- 6,93%) |

- ease: a clinical trial», *Am Int. Med.*, 93: 391-398.
- OKUBADEJO A.A., PAUL E.A., JONES P.W., WEDZICHA J.A. (1996), «Does long-term therapy affect quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and severe hypoxaemia», *Eur Respir J.*, 9: 2335-2339.
- OKUBADEJO A.A., PAUL E.A., JONES P.W., WEDZICHA J.A. (1996), «Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and severe hypoxaemia», *Thorax*, 51: 44-47.
- PEPIN J.L., BARJHOUC C.E., DESHAUX C., BRAMBILLA C. (1996), «Long-Term oxygen therapy at home. Compliance with medical prescription and effective use of therapy», *Chest*, 109: 1114-1150.
- PESCE L. (1991), «Nuovi sistemi di veicolazione e di economizzazione dell'ossigeno», in Iodice F., De Michele F. (eds), *L'ossigenoterapia a lungo termine nella riabilitazione delle malattie respiratorie*, Rocco Curto Editore, Napoli: 101-111.
- PESCE L. (2001), «ADI-HR pneumologica», Documento Dedalo, *Panorama Sanità*, suppl. n. 12.
- PIERSON D.J. (1994), «Controversies in home respiratory care: conference summary», *Resp. Care*, 39: 294-308.
- PRETTO P. (2002), «Telemonitoraggio di pazienti con BPCO/insufficienza respiratoria», Il convegno nazionale *Informatica e Telemedicina in pneumologia*, Abano Terme.
- REPOSSI G. (1998), «Giornata di studio in Lombardia e rinnovo delle cariche», *Teme*, 3.
- STROM K. (1997), «Ossigenoterapia a lungo termine: come ottimizzare i benefici?», *Monaldi Med*, 52, 6 (suppl. 2): 148-151.
- TARPY S.P., CELLI B.R. (1975), «Long-Term oxygen therapy», *NEJM*, 710-714.
- TIEP B. (1995), «Portable oxygen therapy with oxygen conserving devices and methodologies», *Monaldi Arch Chest Dis*, 50, 1: 51-57.
- TORALDO D.M., MELELEO F., LORENZO R. (1998), «La ventilazione meccanica non invasiva domiciliare nel paziente con insufficienza cronica scompensata: aspetti medico-legali deontologici e bioetica», *Eur Respir News*, 3: 17-28.
- de l'AC NA de Médecine, 182(6): 1139-1158.
- NUTI F. (1998), *Introduzione all'economia sanitaria e alla valutazione economica della decisione sanitaria*, G. Giappichelli Editore, Torino.
- REES P.J., DUDLEY F. (2000), «Oxygen therapy in chronic lung disease. British Med Journal 1998: 317:871-874. ERS Vs ATS Definition», *Chest*, 117: 3395-3455.
- SULLIVAN S.D. ET AL. (1996), «Characterization of the incidence and cost of COPD in the USA», *EUR Respir. J.*, 9 (suppl. 23): 421 S.
- VIEGI G., PAOLETTO P., PREDILETTO R. (1988), «Prevalence of respiratory symptoms in an unpolluted area of Northern Italia», *Eur Respir J.*, 1: 311-318.
- VIEGI G. ET AL. (1997), «Epidemiologia delle malattie polmonari nell'anziano», in Grassi V. et al., *Aging Lung*, Scientific press. Firenze.

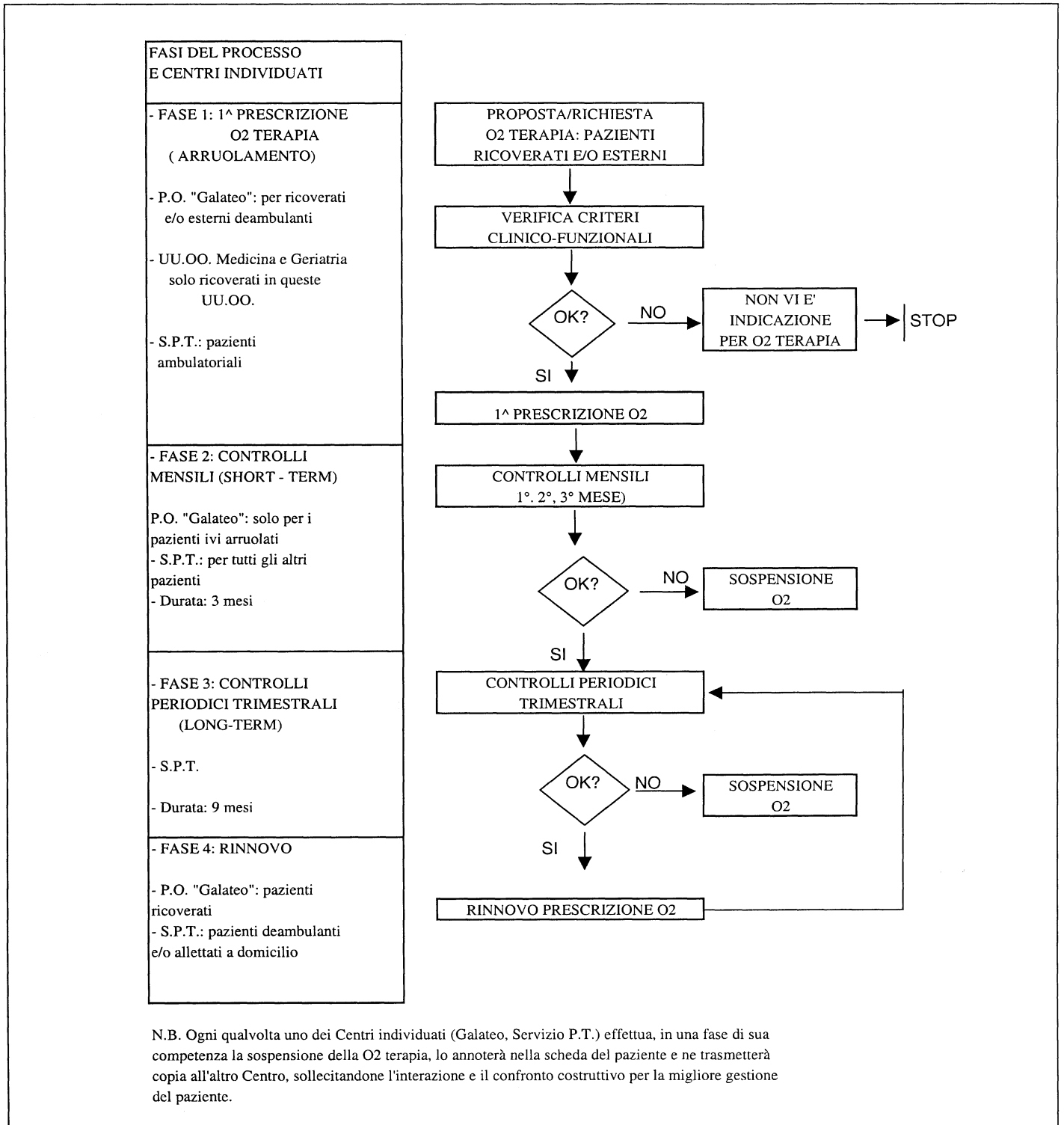
BIBLIOGRAFIA GENERALE

- ARROW K.J. (1963), «Uncertainty and the Welfare Medical Care», *American Economic Review*, 53: 941-973.
- GRUPPO DI LAVORO REGIONE EMILIA-ROMAGNA (2001), *Malattie respiratorie CDS*, Agenzia sanitaria Regione Emilia-Romagna.
- MORRISON D.A., STOVALL J.R. (1992), «Increased exercise capacity in hypoxemic patients after long-term oxygen therapy», *Chest*, 102: 542-550.
- MUIR J.F., CUVELIER A. (1998), «Prise en charge instrumentale respiratoire chronique: apport des thérapeutiques de suppléance au long cours à domicile», *Bull*

Figura 12 - O2 liquido + gassoso: andamento costi (lire/mese) Ausl Le/1. Anni 2000-2001. Mesi di giugno, ottobre, novembre, dicembre



ALLEGATO 1



Fonte: Linee guida per la prescrizione e i controlli della OLT, Ausl Le/1 (2001).

LA VALUTAZIONE DELLA DIRIGENZA NELLE AZIENDE SANITARIE. IL MODELLO DEL SAN FILIPPO NERI DI ROMA

Stefano Simonetti¹, Roberta Taurino²

A.C.O. San Filippo Neri di Roma
1 Direzione Amministrativa
2 Sistemi di Valutazione

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il quadro di riferimento delle aziende sanitarie - 3. Le problematiche legate al sistema valutativo - 4. Le differenti tipologie di verifica e gli organismi preposti alla valutazione - 5. Le composizioni del Collegio tecnico - 6. La scheda di valutazione unica ed il moltiplicatore differenziato - 7. La valutazione del Direttore di dipartimento - 8. Gli effetti della valutazione - 9. L'istanza di riesame e la valutazione finale della Direzione generale - 10. Conclusioni.

1. Introduzione

Le Aziende sanitarie stanno oggi attraversando la fase più delicata nell'arduo cammino verso la nuova organizzazione definita «aziendale». «L'essenza» dell'attuale processo di aziendalizzazione consiste nell'accostamento delle aziende sanitarie al modello imprenditoriale privato, nella diffusione, al loro interno, di elevate autonomia e responsabilità, nell'implementazione della trasparenza del sistema e conseguente possibilità di verifica dei risultati.

Coerentemente con l'ampio disegno riformatore che ha investito l'intera Pubblica amministrazione — caratterizzato dai principi sanciti in una lunga serie di disposizioni legislative non sempre agevoli da coordinare tra di loro (1) — nel settore sanitario è stata avviata una vera e propria sfida, quella che riguarda la ristrutturazione delle competenze dirigenziali.

Con la recente cosiddetta riforma sanitaria *ter* — introdotta dal D.L.vo 229/99 — la Dirigenza medica e delle professionalità sanitarie è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali ed in un unico livello, arti-

colato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali.

Tale scelta appare pienamente rispondente agli obiettivi di flessibilità organizzativa, responsabilizzazione e valorizzazione della dirigenza che la riforma persegue, anche in attuazione del principio della separazione fra le funzioni di governo e le funzioni di gestione. In forza di tale principio rientrano nelle attribuzioni proprie ed esclusive del personale dirigente tutte le funzioni di gestione e l'adozione dei connessi atti che, per il normale espletamento delle attività istituzionali od in attuazione di programmi ed obiettivi definiti dalla Direzione generale ovvero in attuazione di disposizioni legislative e/o regolamentari, realizzano esercizio di ordinaria attività gestionale come definita, con specifico riferimento alle funzioni dirigenziali ed alle connesse responsabilità del citato D.L.vo n. 165/2000.

L'attuazione del principio della separazione tra i poteri di indirizzo e controllo ed i poteri di gestione è, ai sensi dell'art. 27, comma 12, del Ccnl, un presupposto ineludibile per l'affidamento degli incarichi.

Agli organi di vertice resta infatti riservata, tra le altre, la titolarità del

potere di attribuzione degli incarichi dirigenziali, da cui si ricava anche una enfaticizzazione dell'*intuitu personae*, dell'elemento fiduciario che deve sussistere nel rapporto tra gli organi di governo e gli organi di gestione. In tale contesto, si innesta anche il criterio di rotazione degli incarichi e quello della «temporaneità» degli stessi.

Gli elementi forti della «vecchia dirigenza» come la carriera per anzianità, e l'inamovibilità sono definitivamente tramontati: scompare, tra l'altro, la figura del «primario a vita».

All'aumento di autonomia gestionale ed organizzativa per i dirigenti corrisponde, conseguentemente, anche un aumento di responsabilità da cui scaturisce la necessità di un adeguato sistema di controlli sulla gestione e sui risultati già avviati con l'art. 20 del D.L.vo n. 29/93 ed oggi profondamente modificati dai principi sanciti nel D.L.vo n. 286/99.

Un ringraziamento particolare al dott. Tommaso Russo ed al dott. Matteo Sammartino per il prezioso contributo offerto.

2. Il quadro di riferimento delle aziende sanitarie

La normativa sopracitata fornisce solo i principi generali e le linee guida per la definizione del sistema valutativo e domanda alle singole aziende, in virtù della «capacità organizzativa e di autogoverno» ad esse riconosciuta, la responsabilità di individuare una metodologia per il monitoraggio delle funzioni di responsabilità attribuite ai dirigenti, in relazione a parametri effettivamente in grado di rappresentare l'apporto, il contributo del singolo all'organizzazione nel suo complesso.

Si sottolinea, infatti, che la valutazione delle attività professionali non è legata soltanto alle modalità di raggiungimento di un determinato obiettivo ma si estende all'esame di tutti i comportamenti dirigenziali, a partire dalle capacità propriamente professionali (es. capacità cliniche) per arrivare alle capacità di interazione con l'utenza, all'attitudine a valutare l'appropriatezza delle prestazioni nonché alla capacità di integrazione con le altre strutture e servizi anche nell'ottica dell'organizzazione dipartimentale.

Nel definire le procedure di valutazione non esiste, quindi, un «modello» universale né una metodologia valida *sic et simpliciter*; è necessario, al contrario, che la metodologia per la valutazione dei dirigenti venga strutturata da ciascuna azienda, proprio in relazione agli obiettivi strategici che l'azienda medesima, con essa, intende perseguire (2); ciò nella piena consapevolezza che i sistemi di valutazione, quando definiti con riguardo alla realtà locale di riferimento, rappresentano una grande opportunità per ancorare i sistemi operativi di gestione del personale alla pianificazione strategica, intesa quale progettazione ed esplicitazione degli obiettivi di medio e lungo termine, ed alla gestione aziendale nel suo complesso.

Si rammenti infatti che l'attuale processo di riforma in atto nel Ssn, introducendo i concetti di efficacia operativa ed efficienza produttiva, se da una parte ha enfatizzato i meccanismi cosiddetti «di mercato» (servizi migliori al minor costo), dall'altra parte ha promosso una nuova «attenzione alla qualità dei servizi, alla soddisfazione dei bisogni degli utenti ed alla misurazione del prodotto fornito».

La sanità è il settore strategico dello stato volto a garantire «la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse dell'intera collettività»; è normale, pertanto, che su di esso si concentri l'attenzione dei cittadini e dei mezzi di comunicazione.

Nella produzione di servizi alla persona, quali sono i servizi offerti dalle aziende sanitarie, il rapporto operatore-utente si caratterizza per le pregnanti esigenze di personalizzazione, di appropriatezza e di umanizzazione delle prestazioni; il fattore umano è, quindi, un elemento di importanza fondamentale che influisce direttamente sulla quantità e qualità dell'assistenza oltre che sul grado di soddisfazione delle persone utenti.

Alla luce di quanto sopra, atteso che le organizzazioni si modificano, anche in considerazione dei mutamenti istituzionali, per rispondere in modo sempre più appropriato al cambiamento dei bisogni e della domanda sociale, così l'operato dei professionisti deve cambiare in relazione alle sollecitazioni organizzative e agli stessi obiettivi aziendali.

In sanità, occorre, quindi, guardare alla creazione di un sistema di valutazione quale strumento per poter utilizzare al meglio le potenzialità presenti, per migliorare le prestazioni valorizzando al tempo stesso il più importante dei «fattori produttivi aziendali»: la dirigenza sanitaria.

Il sistema valutativo dovrebbe «attagliarsi» perfettamente alla realtà aziendale complessivamente intesa e, per essere coerente con gli obiettivi dell'organizzazione, dovrebbe combinare diverse esigenze:

— valorizzare le risorse professionali più attive e qualificate, potenziando le capacità decisionali e, conseguentemente, il livello di autonomia;

— individuare le potenzialità di ciascun dirigente (caratteristiche presenti ma non ancora espresse);

— cogliere le doti e le attitudini individuali specifiche che, difficilmente emergenti in una determinata posizione potrebbero, invece, essere espresse proficuamente in altre (possibile revisione delle posizioni attribuite per una collocazione ottimale del personale);

— evidenziare i livelli di responsabilità anche per cercare di rendere coerente il ruolo ricoperto con le competenze ed attitudini personali, migliorando conseguentemente l'efficienza dell'organizzazione;

— implementare la spinta motivazionale;

— orientare il comportamento dei dirigenti nell'affrontare gli aspetti critici e sintonizzare gli sforzi individuali con le finalità aziendali;

— monitorare costantemente le capacità e professionalità di maggiore rilievo che rappresentano «l'alto potenziale» nel futuro dell'Azienda.

Dall'applicazione delle procedure valutative emergono informazioni di ordine dinamico — utili per la crescita individuale dei singoli professionisti nonché dell'intera organizzazione — che determinano inevitabili ricadute non solo di natura economica: il sistema valutativo è, infatti, uno strumento manageriale concreto in mano alla stessa dirigenza e con il quale si incide direttamente anche sulla possibilità di carriera dei propri collaboratori.

È evidente l'intenzione del legislatore di favorire, anche nel settore della

sanità, la valorizzazione dei meriti individuali, il diffondersi e l'implementarsi di una cultura volta a recuperare spazio a favore della meritocrazia.

Per troppo tempo, infatti, il cosiddetto «modello tradizionale della P.a.» si è basato su logiche consolidate quale l'omogeneità dei sistemi retributivi e di carriera, largamente dominati dall'anzianità, forme particolare di tutela dei dipendenti e scarsa mobilità tra settore pubblico e privato.

Fino ad oggi, non esistevano meccanismi aziendali che potessero orientare e guidare il comportamento dei dipendenti, ovvero sistemi di apprezzamento e di ricompensa sia nel breve e nel lungo periodo delle *performance* individuali.

Ciò premesso, passare dal modello tradizionale ad un nuovo approccio organizzativo di tipo aziendale, nel quale il *management* si assume la responsabilità di condurre l'azienda verso il raggiungimento delle sue finalità, pur nel rispetto di un quadro di limitazioni e di vincoli, risulta essere estremamente difficile.

In questa fase iniziale, lo «start-up» delle verifiche dirigenziali passa necessariamente attraverso la definizione di un paradigma burocratico-giuridico (un approccio, forse, eccessivamente tecnico e formale) che, in attesa di una crescita culturale ed un pieno adeguamento ai ruoli ed alle responsabilità cui, inevitabilmente, il sistema delle valutazioni è collegato, possa consentire all'Azienda di uscire dal «medioevo» in cui si trova e di prepararsi, quindi, ad un nuovo *modus vivendi*.

3. Le problematiche legate al sistema valutativo

Le procedure di verifica e valutazione del personale dirigenziale sono uno degli elementi fortemente innova-

tivi del citato processo di riordino e di aziendalizzazione del Ssn.

In particolare, il D.L.vo n. 286/99, il novellato D.L.vo n. 502/92 e i Ccnl 1998-2001 individuano un articolato e complesso sistema valutativo del personale con incarico dirigenziale, prevedendo le varie scadenze, gli oggetti e le finalità delle verifiche oltre che le diverse tipologie di incarichi dirigenziali nonché i criteri ed i requisiti per il conferimento dei medesimi.

In data 26 gennaio 2001, la Direzione amministrativa dell'Azienda-Complesso ospedaliero San Filippo Neri di Roma inaugurava la prima Giornata di studio sul tema «Il sistema delle verifiche e la valutazione della dirigenza» che, considerata l'importanza e la complessità della materia trattata, ha richiamato l'attenzione di direttori amministrativi e sanitari, operatori del settore, esperti e giornalisti da varie regioni d'Italia.

Durante i lavori sono emersi molteplici problemi inerenti alle procedure di valutazione (quali ad es.: l'individuazione delle composizioni del Collegio tecnico, la carenza di valutatori in possesso di professionalità adeguata, le modalità di verifica dei Direttori di dipartimento, il ruolo e le funzioni del Direttore amministrativo e sanitario, i compensi spettanti ad eventuali valutatori esterni) nonché tutte le difficoltà legate alla predisposizione di un'apposita scheda di valutazione con una griglia di indicatori e di criteri precisi, trasparenti e frutto del concerto di tutte le parti coinvolte.

A seguito di tale esperienza di confronto, l'A.c.o. San Filippo Neri ha avviato una lunga fase di trattative sindacali — che, stante la vastità e la laboriosità della materia, si è protratta per circa un semestre ed ha visto l'impegno costante, la partecipazione attiva e la collaborazione delle Oo.ss. coinvolte — al termine della quale si è pervenuti alla stesura di due atti rego-

lamentari (l'uno per la dirigenza medica e delle professionalità sanitarie e, l'altra per la dirigenza professionale, tecnica, ed amministrativa) concernente la natura degli incarichi, la durata, i criteri e le modalità di conferimento e di revoca degli stessi nonché i tempi, le procedure, le competenze e le funzioni dei soggetti istituzionali e delle strutture aziendali preposte alla gestione ed al coordinamento dell'intero sistema di valutazione e di verifica del personale dirigenziale.

Vengono di seguito esplicitati gli aspetti più salienti del documento concernente la Dirigenza medica e delle professionalità sanitarie i cui contenuti sono, peraltro, sostanzialmente analoghi a quello relativo alla Dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa.

4. Le differenti tipologie di verifica e gli organismi preposti alla valutazione

La cosiddetta riforma *ter* (3) ha, di fatto, individuato due differenti tipologie di incarichi dirigenziali: quella a prevalente responsabilità gestionale su risultati complessivi riferibili all'Azienda — Direttori di dipartimento, Direttori di struttura complessa, Responsabili di struttura semplice (4), ai quali viene attribuita piena autonomia nella gestione delle risorse economiche, finanziarie, tecniche ed umane — e quella, invece, dei cosiddetti «Professionals» aventi responsabilità sui risultati riferiti, prioritariamente, ad ambiti specialistici e caratterizzati da autonomia professionale nell'ambito delle direttive impartite.

Ai sensi dell'art. 27, comma 1, del Ccnl 8 giugno 2000, gli incarichi dirigenziali possono essere di direzione di struttura, complessa o semplice, ovvero di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, in attività ispettive o

di verifica e di controllo, nonché incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

Con riguardo ai sistemi di valutazione, le differenti tipologie degli incarichi dirigenziali sopra citate, fanno sì che le verifiche dirigenziali siano espletate da organismi diversi: al Collegio tecnico spetta la valutazione tecnico-professionale mentre al Nucleo di valutazione quella «gestionale».

In effetti, ai sensi dell'art. 31 e ss. dei citati Contratti nazionali di lavoro: *al Collegio tecnico*, compete (figura 1):

— l'ordinaria verifica triennale di tutti i dirigenti, indipendentemente dall'incarico conferito, (sia sulle attività professionali che sui risultati raggiunti), ai fini della conferma, revoca o l'attribuzione di nuovo incarico di maggior rilievo;

— la verifica di fine incarico sui responsabili di strutture semplici o complesse, ai fini dell'eventuale conferma, revoca o conferimento di nuovo incarico;

— la verifica sui dirigenti neoassunti al termine del quinquennio, per la possibile assegnazione ad incarichi di maggiore rilievo (gestionali o professionali);

al Nucleo di valutazione, compete (figura 2):

— la verifica sui risultati gestionali dei dirigenti responsabili della gestione delle risorse (strutture complesse e talvolta semplici);

— l'ordinaria verifica annuale sul raggiungimento degli obiettivi da parte di tutti i dirigenti, ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

La Direzione aziendale dell'A.c.o. San Filippo Neri attribuisce alla valutazione delle risorse umane e dei risultati raggiunti una importante valenza strategica: il sistema valutativo, infatti, rappresenta un valido strumento per

«misurare» non solo le prestazioni, le posizioni ed il potenziale del personale dirigenziale — nonché di quello assegnatario di posizioni organizzative — ma anche l'efficienza organizzativa dell'Azienda, anche ai fini della differenziazione delle scelte, soprattutto in presenza di risorse limitate.

Sul piano organizzativo, stante la rilevanza e la complessità dei sistemi di valutazione, l'Azienda ha istituito, in *staff* alla Direzione amministrativa, un'articolazione organizzativa denominata «Sistemi di valutazione» deputata alla progettazione, attuazione, integrazione e sviluppo delle nuove fun-

Figura 1 - Verifiche professionali

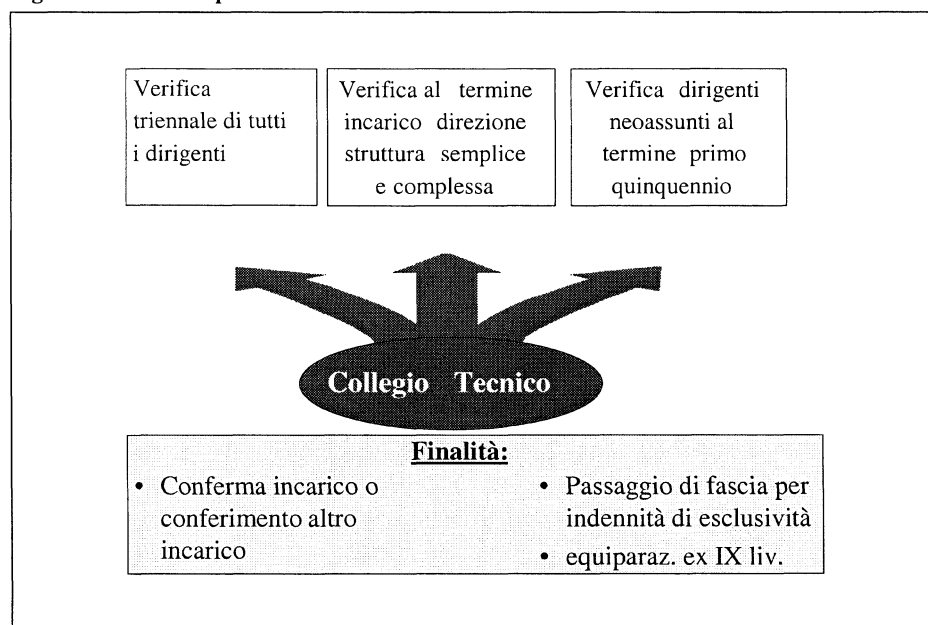
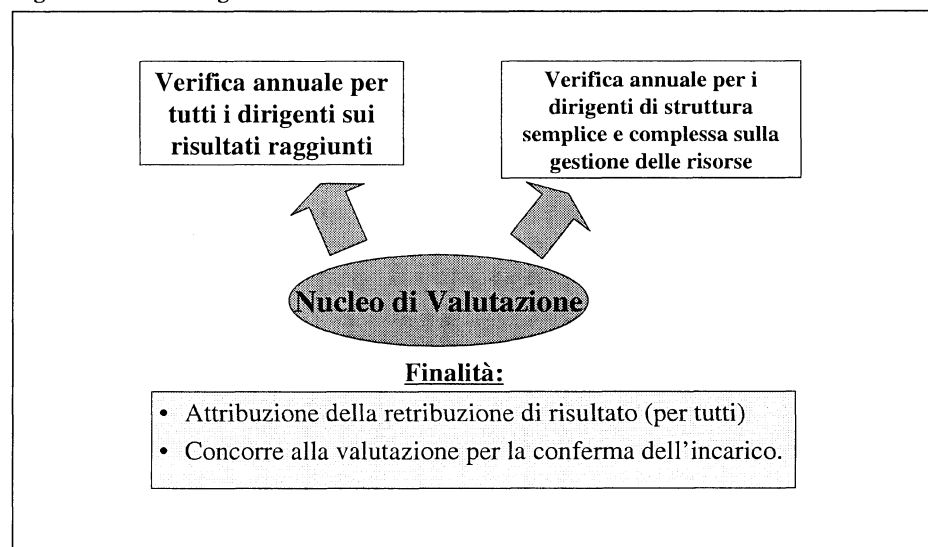


Figura 2 - Verifiche gestionali



zioni di verifica nonché di supporto tecnico/organizzativo agli organismi preposti alla valutazione della dirigenza (Collegio tecnico e Nucleo di valutazione) e di coordinamento e raccordo organico con le altre unità operative coinvolte nel processo di verifica (Controllo di gestione, Sistema informativo, Area personale, ecc.); tra i primi adempimenti, la progettazione di un *data-base* che consenta di tenere aggiornato in tempo reale uno scadenziario delle verifiche, ordinato secondo variabili di interesse, nonché un archivio informatico della relativa documentazione.

5. Le composizioni del Collegio tecnico

Il Collegio tecnico non è unico; è un organismo a composizione variabile che dev'essere strutturato di volta in volta in relazione all'U.o. di appartenenza del soggetto da valutare. Ai sensi dell'art. 15, comma 5 del D.L.vo 229/99, il Collegio è nominato dal Direttore generale e presieduto dal Direttore del dipartimento, cui afferisce il dirigente valutato.

In assenza di rigide indicazioni normative in merito alla composizione del Collegio tecnico, l'A.c.o. San Filippo Neri di Roma ha individuato i Responsabili di struttura complessa quali componenti stabili (5) del predetto organismo, assemblando, in un unico momento di verifica, la valutazione di prima e di seconda istanza, anche alla luce del principio dell'economicità del procedimento.

Si garantisce, in tal modo, la piena attuazione dei principi informativi di cui all'art. 32, comma 4, del Ccnl, nonché l'assoluto rispetto della *ratio* che sottende all'intero *corpus* normativo e contrattuale, la quale richiede ai responsabili di struttura complessa l'assunzione di una grande responsabilità nel valutare i propri collaborato-

ri, nell'esprimere un giudizio esplicito sulle loro *performance*, con possibili risvolti sulle loro progressioni professionali e retributive.

Al fine di garantire la più ampia oggettività e trasparenza delle valutazioni, per l'individuazione del terzo componente del Collegio tecnico e del relativo supplente (con incarico e professionalità adeguate al ruolo da ricoprire), entrambi esperti nella stessa disciplina oggetto dell'incarico da valutare, è prevista un'elezione (con la più ampia libertà di forme e di procedure) da parte di tutti i dirigenti medici afferenti al Dipartimento di appartenenza del dirigente interessato (6).

Nella stessa seduta si dovrà, altresì, procedere all'elezione di un ulteriore esperto che, in caso di valutazione negativa, potrà essere chiamato ad espletare un'attività istruttoria finalizzata a fornire al Direttore generale tutti gli elementi necessari ai fini della valutazione finale.

Il regolamento aziendale concernente il sistema delle valutazioni, contempla, per ciascuna tipologia dirigenziale da valutare, le varie composizioni del Collegio tecnico; nei casi dubbi e nelle ipotesi non disciplinate, tale composizione viene stabilita dal Direttore generale su proposta del Direttore sanitario aziendale.

Di norma, sarà chiamato ad operare, in seno al Collegio tecnico, il personale dirigenziale aziendale; il ricorso ad esperti esterni è subordinato alla verifica dell'effettiva assenza di analoghe figure professionali interne e/o nei casi di incompatibilità.

Non è previsto che l'attività dei Collegi sia remunerata; tuttavia, al fine di garantire l'operatività di tali organismi, è prevista, limitatamente ai componenti esterni e per ciascuna verifica, la corresponsione, alla luce dell'art. 60 del Ccnl 8 giugno 2000, di un gettone di presenza dell'importo forfetario, omnicomprensivo, di L.

500.000 più il rimborso delle spese, applicando, per analogia, la normativa concorsuale in materia (D.P.C.M. del 23 marzo 1995).

6. La scheda di valutazione unica ed il moltiplicatore differenziato

La valutazione dei dirigenti, diretta alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa, è caratteristica essenziale ed ordinaria del rapporto di lavoro dei dirigenti medesimi e dev'essere ispirata ai seguenti principi previsti dall'art. 32, comma 4 del Ccnl 8 giugno 2000:

1) di trasparenza, sia dei criteri generali che informano i sistemi di valutazione delle attività professionali, delle prestazioni e delle competenze organizzative dei dirigenti, sia per quanto concerne i relativi risultati;

2) di conoscenza diretta dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza effettua la proposta di valutazione sulla quale l'organismo collegiale di verifica è chiamato a pronunciarsi;

3) di approvazione o verifica della valutazione da parte dell'organo competente o valutatore di seconda istanza;

4) di partecipazione al procedimento ed informazione adeguata del valutato, atteso che prima di formulare un qualsiasi giudizio negativo è necessario procedere ad un contraddittorio nel quale devono essere acquisite le contro-deduzioni del dirigente interessato, anche assistito da una persona di fiducia;

Il meccanismo delle verifiche e valutazioni si configura come un sistema attraverso il quale tutti i dirigenti sono valutati dall'organo collegiale di cui all'art. 31 del Ccnl dell'8 giugno 2000 sulla base della proposta formulata dal dirigente sovraordinato che ha diretta conoscenza dell'attività del valutato.

Lo strumento operativo attraverso il quale si articolano le procedure di verifica è costituito dall'apposita scheda di valutazione che viene compilata con cadenza triennale ed alla fine dell'incarico nonché annuale, per quanto concerne la parte gestionale.

Tale scheda (v. allegato 1), salva la valutazione annuale del Nucleo, viene redatta a cura del diretto responsabile del «valutando» il quale, a sua volta, la presenta come «proposta» al Collegio tecnico che deciderà anche tenendo conto delle eventuali osservazioni espresse dal valutato al momento della sottoscrizione per presa visione della scheda medesima, nel pieno rispetto dei principi sopra richiamati.

In particolare:

— per i dirigenti con incarico professionale, anche neoassunti, nonché per i dirigenti professionali di alta specializzazione e per i responsabili di struttura semplice la proposta di valutazione è formulata dal Responsabile della struttura complessa di cui fanno parte;

— per i Responsabili di struttura semplice interdipartimentale la pro-

posta di valutazione è formulata dal Direttore del dipartimento da cui dipendono strutturalmente;

— per i Responsabili di struttura complessa la proposta di valutazione è formulata dal Direttore del dipartimento di appartenenza.

— Per i Direttori di dipartimento e per il Direttore sanitario di presidio la proposta di valutazione è formulata dal Direttore sanitario aziendale.

La scheda di valutazione, unica sia per i responsabili di struttura sia per i «professionals», prevede un moltiplicatore differenziato (da 0,5 a 2) a seconda del tipo di incarico del dirigente interessato affinché i contenuti della scheda medesima siano ponderati per le due diverse tipologie.

Ad ogni elemento di valutazione può essere attribuito un punteggio da 1 a 5 corrispondente ai seguenti giudizi sintetici (1 = scarso; 2 = mediocre; 3 = sufficiente; 4 = buono; 5 = ottimo).

Effettuato il calcolo della media di ciascuna delle «Aree di valutazione» della scheda, si procederà ad apportare le correzioni applicando i seguenti coefficienti differenziati in ragione

del tipo di incarico del dirigente da valutare.

Applicando i coefficienti di cui sopra, la valutazione è positiva quando il dirigente consegue un punteggio di almeno 48 punti (figura 3).

Ad una più approfondita valutazione si è peraltro successivamente ritenuto che l'applicazione del coefficiente di correzione — benché fondata su basi razionali — si sarebbe rivelata un elemento dirompente del processo valutativo e avrebbe potuto portare a risultati paradossali. Infatti, se in astratto appare coerente valutare la «capacità di coordinamento» poco per un professional — al quale in fondo non viene richiesta come caratteristica fondamentale — e ipervalutarla invece per un primario (vedi la tabella 1) in relazione al ruolo ricoperto, in sede di applicazione concreta è agevole rilevare che il coefficiente in realtà serve soltanto a premiare i mediocri: un direttore di struttura complessa con scarse attitudini organizzative cui fossero attribuiti 2 punti (cioè: mediocre), in virtù del coefficiente otterrebbe comunque ampiamente la suffi-

Tabella 1

| | Aree di valutazione | Professional | Responsabile di struttura semplice | Direttore di struttura complessa |
|----|---|--------------|------------------------------------|----------------------------------|
| 1 | Collaborazione e partecipazione multidisciplinare | 0,5 | 1 | 2 |
| 2 | Capacità organizzativa e di coordinamento | 0,5 | 2 | 2 |
| 3 | Capacità di decisione e senso di responsabilità | 0,5 | 2 | 2 |
| 4 | Quantità e qualità delle funzioni svolte | 1 | 0,5 | 0,5 |
| 5 | Esito delle procedure di controllo | 0,5 | 1,5 | 1,5 |
| 6 | Innovatività tecnologica | 1 | 1 | 1 |
| 7 | Competenze e attitudini professionali | 2 | 1 | 0,5 |
| 8 | Comportamento ed impegno nel lavoro | 2 | 1 | 1 |
| 9 | Stile relazionale | 2 | 2 | 2 |
| 10 | Livello quali-quantitativo delle prestazioni | 2 | 0,5 | 0,5 |
| 11 | Attitudine alla leadership | 1 | 1,5 | 1 |
| 12 | Attività di formazione | 2 | 1 | 1 |
| 13 | Rispetto del codice di comportamento | 1 | 1 | 1 |

cienza ($2 \times 2 = 4$). Un modo per ovviare all'inconveniente rappresentato potrebbe essere quello di invertire le colonne dei coefficienti, prevedendo in pratica un coefficiente basso (0,5) per la valutazione dei soggetti dai quali ci si aspetta molto in relazione allo specifico criterio e, al contrario, uno alto (2) per chi il medesimo criterio lo deve assumere come valutazione di potenziale futuro. Anche questa metodologia non è però esente da distorsioni. Ulteriore rimedio potrebbe essere quello di alzare la soglia numerica cui corrisponde una valutazione positiva, svincolandola dalla sufficienza aritmetica (metà + uno).

Poiché la impellente necessità (7) di dotarsi in modo stabile di un sistema di verifiche affidabile e serio ma allo stesso tempo «praticabile» non consentiva ulteriori sperimentazioni e approfondimenti, si è ritenuto che — almeno in una prima fase di implementazione del sistema delle verifiche — fosse preferibile rinunciare ad uno strumento sofisticato e complesso a favore della semplicità e linearità del sistema.

7. La valutazione del Direttore di dipartimento

Il Direttore di dipartimento — cui competono in via provvisoria (8), nelle more dell'emanazione delle direttive regionali di cui all'art. 17 *bis* del D.L.vo n. 502/92 per l'adozione dell'Atto aziendale, responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione nonché responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti — è nominato dal Direttore generale, su proposta del Direttore sanitario aziendale nella fase transitoria e provvisoriamente, mentre a re-

gime su indicazione del Comitato di dipartimento.

La verifica del Direttore di dipartimento — il cui incarico ha cadenza biennale — compete, in funzione della natura prettamente gestionale ed organizzativa delle attività svolte, direttamente al Direttore generale su proposta motivata del Direttore sanitario aziendale sulla base dei seguenti criteri:

1) risultati conseguiti in materia clinico-organizzativa dal Dipartimento;

2) risultati gestionali in ordine alla razionale e corretta gestione delle risorse assegnate al Dipartimento;

3) raggiungimento degli obiettivi di *budget* assegnati al Dipartimento, con particolare riferimento al grado di coinvolgimento e di partecipazione del personale al *budget*;

4) grado di partecipazione quali - quantitativa al Collegio di direzione (n. di presenze registrate; livello di coinvolgimento attivo anche attraverso la formulazione e/o discussione di proposte, programmi e soluzioni organizzative rilevanti ai fini delle scelte aziendali).

8. Gli effetti della valutazione

Le schede di valutazione, recanti gli esiti finali delle verifiche, sono inserite nel fascicolo personale nonché trasmesse al Direttore generale cui spetta il giudizio definitivo.

La valutazione periodica effettuata dal Collegio tecnico, ove positiva, costituisce presupposto per la conferma o conferimento di incarichi di maggior rilievo professionali o gestionali; la stessa condiziona, inoltre, il passaggio alla fascia superiore dell'indennità di esclusività, una volta maturata l'esperienza professionale richiesta dai Contratti nazionali di lavoro.

Per i neo assunti la verifica positiva del Collegio tecnico è anche condizione per il raggiungimento della retribuzione di posizione minima contrattuale al compimento dei 5 anni di attività (art. 4, 2° biennio economico, Ccnl 8 giugno 2000).

Ai sensi dell'art. 5, comma 4 del D.L.vo n. 286/99, oltre che con le scadenze temporali già indicate, in via straordinaria, l'attività dei dirigenti può essere sottoposta a verifica, nel corso dell'incarico, fatti salvi tutti i

Figura 3 - La formula di valutazione

$$V_{areal} = \frac{C1(P1+P2+\dots Pn)}{n}$$

$$V_{Totale} = V_{areal} + V_{area2} + \dots V_{arean}$$

dove:
V = valutazione
C = coefficiente differenziato
P = punteggio

provvedimenti cautelari o definitivi previsti dalle vigenti norme legislative e contrattuali, qualora vi sia il rischio grave di un risultato negativo, ovvero vengano riscontrate a carico dei dirigenti violazioni gravi in tema di osservanza di doveri che impediscano la prosecuzione dell'incarico stesso, anche alla luce della sua natura fiduciaria (9).

Le eventuali valutazioni positive del Collegio tecnico e del Nucleo di valutazione costituiscono un presupposto necessario ma non sufficiente per la concessione di incarichi diversi o superiori, in quanto il conferimento degli incarichi dirigenziali — che resta riservato, in ogni caso, alla sfera decisionale della Direzione aziendale — è condizionato da fattori oggettivi quali la vacanza dell'incarico e la accertata disponibilità del fondo.

L'accertamento della responsabilità dirigenziale che rilevi scostamenti rispetto agli obiettivi professionali propri dei dirigenti, come definiti a livello aziendale, comporta l'assunzione di provvedimenti commisurati alle gravità delle responsabilità accertate.

9. L'istanza di riesame e la valutazione finale della Direzione generale

Il dirigente valutato, qualora all'atto della sottoscrizione per presa visione della scheda di valutazione non condivida il giudizio in essa formulato, può esprimere le proprie osservazioni in calce alla scheda medesima. Entro il termine perentorio di quindici giorni dalla sottoscrizione della scheda, il dirigente interessato può proporre innanzi al Direttore generale un'istanza di riesame delle valutazioni effettuate, corredata di tutta la documentazione necessaria a sostegno delle proprie ragioni.

A seguito della presentazione di tale istanza ed al fine di fornire alla Di-

rezione generale ogni elemento utile ai fini della valutazione finale, avrà luogo una fase istruttoria che sarà espletata, con assoluta libertà di forme e di procedure, dal Direttore sanitario aziendale e dall'esperto eletto da tutti i dirigenti medici del Dipartimento di appartenenza del dirigente interessato.

Il Direttore generale, cui compete la valutazione finale, esprimerà il giudizio definitivo sulla base degli esiti della fase istruttoria, sentito l'organismo che l'ha espletata ed esaminata la documentazione prodotta.

Ai sensi dell'art. 34, comma 1 del Ccnl 8 giugno 2000, prima di formalizzare una valutazione negativa, il Direttore generale convoca il dirigente interessato, anche assistito da una persona di fiducia, in un contraddittorio nel quale devono essere acquisite le necessarie controdeduzioni (figura 4).

La Direzione aziendale, sulla base degli esiti delle verifiche di competenza del Nucleo di valutazione, valuta annualmente la *performance* di ciascun Centro di responsabilità anche al fine dell'attribuzione ai dirigenti della retribuzione di risultato. La parte di valutazione dei dirigenti relativa al

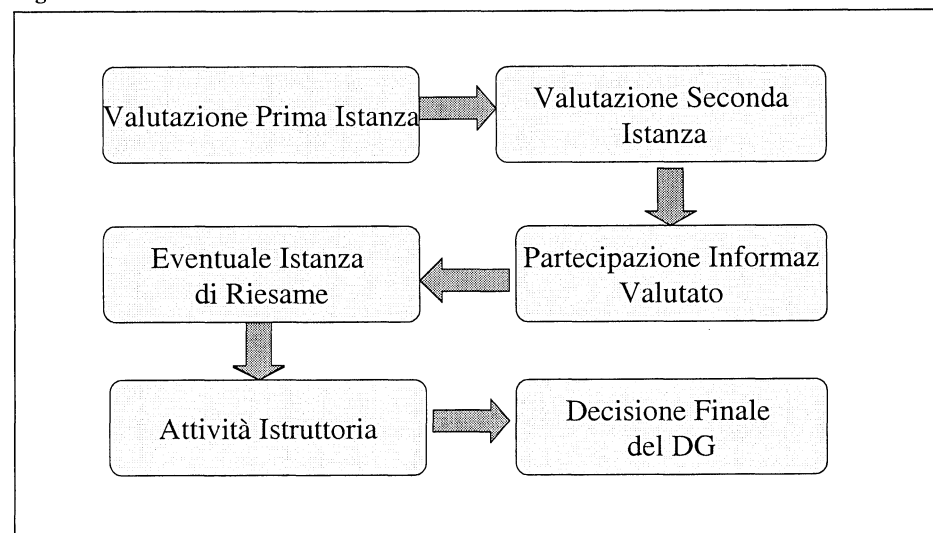
raggiungimento degli obiettivi della struttura cui sono preposti è utilizzata anche per l'attribuzione della produttività collettiva del personale del comparto.

10. Conclusioni

A quasi due anni dall'entrata in vigore del Ccnl dell'8 giugno 2000, non risultano essere molte le Aziende sanitarie che sono riuscite a dotarsi di un documento inerente al sistema valutativo fondato su regole certe, fattori oggettivi, criteri ed indicatori chiari, trasparenti ma, soprattutto, condivisi.

Questo è un presupposto fondamentale per rendere reale, efficace ed operativo il sistema delle verifiche che, altrimenti sarebbe solo un appesantimento burocratico totalmente sganciato da ogni logica meritocratica e da qualsiasi riconoscimento delle qualità e delle capacità professionali. Il processo valutativo, già in forte odore di autoreferenzialità, servirebbe soltanto per validare con un formale ed ineccepibile rispetto delle clausole contrattuali il rinnovo degli incarichi o l'attribuzione delle fasce dell'indennità di esclusività.

Figura 4 - Processo di valutazione



In quest'ottica, delle due l'una:

— o tutti gli operatori del processo riconoscono e credono nel reale potere del sistema valutativo inteso, per l'Azienda, come strumento di gestione e valorizzazione delle risorse umane e, per il personale dirigenziale, come una grande *chance*, un'opportunità per dimostrare le proprie capacità professionali, competenze organizzative ed abilità gestionali, con possibili risvolti sulle progressioni professionali e retributive,

— oppure dovremmo giungere alla conclusione che il tutto si riduce ad una gigantesca costruzione formale, complessa fino all'inverosimile e, perciò, destinata al fallimento.

Perderemmo, in questa seconda ipotesi, la grande scommessa del contratto.

(1) Leggi e decreti nn. 142/90, 241/90, 29/93, 59/97, 127/97, 191/98, 80/98 e, da ultimo, n. 165/00.

(2) Mario Del Vecchio (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

(3) Il termine frequentemente utilizzato dalla stampa e dagli addetti ai lavori non è del tutto corretto: infatti tecnicamente il decreto 229 è una «razionalizzazione», così come lo stesso decreto 502 era definito «riordino». L'accezione di «riforma» non si attaglia ai provvedimenti in questione perché con essa si intende normalmente una revisione totale e azzerante che nel servizio sanitario nazionale è avvenuta soltanto nell'aspetto gestionale, mentre i principi generali introdotti dalla legge 833 nel 1978 sono ancora validi. In realtà l'ultima, vera riforma è stata proprio la «riforma sanitaria» del 1978 che ha istituito il Servizio sanitario nazionale.

(4) Le definizioni di Direttore e Responsabile sono state introdotte dall'art. 1 del D.L.vo 254/2000 (cosiddetto decreto Veronesi) che ha aggiunto al D.L.vo 502/92 l'art. 15-terdecies. Pur non compromettendo l'unicità della qualifica e del ruolo medico, voluti dalla novella all'art. 15 del decreto citato, nell'intento del legislatore era opportuno distinguere le responsabilità, soprattutto ai fini della visibilità esterna nei confronti dell'utenza. È, tuttavia, è abbastanza agevole verificare nel prospetto che se-

gue come, in realtà, l'assetto del decreto Bindi sia sorprendentemente simile alla tradizionalissima articolazione che fin dalla legge Petragliani ha contraddistinto i medici ospedalieri:

| Denominazioni attuali | Posizioni funzionali ex D.P.R. 761/79 |
|------------------------------------|---|
| Direttore di struttura complessa | Primario - Direttore sanitario |
| Responsabile di struttura semplice | Aiuto corresponsabile osp. - Coadiutore sanitario |
| Dirigente medico | Assistente |
| Dirigente medico > 5 anni | Assistente in formazione |

(5) La presenza per Direttore di struttura complessa è stata fortemente avversata dalle Organizzazioni sindacali aziendali che, provocatoriamente, avrebbero voluto che l'attività dei Collegi fosse improntata al controllo dal «basso»: direttori di struttura valutati dai propri collaboratori. In realtà non è pensabile di escludere il Direttore di struttura complessa dal processo valutativo, altrimenti si rischia di espellere del tutto questa figura dall'assetto organizzativo-produttivo. Anche se nel passato era forse troppo potente, non c'è dubbio che il «primario» abbia già pagato abbastanza pedaggi in termini giuridici e di visibilità. Se da un lato, infatti, il ruolo del Direttore di dipartimento ha fortemente temperato gli interventi gestionali dei «primari», l'esclusione dei medesimi dal processo valutativo professionale dei propri diretti collaboratori rischia di vanificare l'unitarietà degli interventi clinici, la produttività dell'Unità operativa e la stessa metodologia di *budget*. Sulla problematica può essere utile leggere il chiaro intervento di Marco Pradella sul Sole 24 ore - Sanità, n. 12, 2001.

(6) Poiché la proposta delle Organizzazioni sindacali di designazione diretta del terzo componente è stata respinta in quanto contraria ai principi introdotti dal decreto 29, si è congiuntamente ritenuto che la soluzione elettiva potesse rispondere alle esigenze di bilanciamento del giudizio del primario, sicuramente preponderante all'interno del Collegio. Il requisito dell'«incarico e professionalità adeguate al ruolo da ricoprire» è il frutto di un compromesso scaturito dall'abolizione delle pregresse qualifiche e dall'esigenza di far sì che il peer control sia effettivamente tale: si vuole dire che la credibilità dei giudizi del Collegio e la sostenibilità, in sede di contenzioso, di un'eventuale valutazione negativa sono affidate all'autorevolezza — anche in ordine all'esperienza lavorativa — delle figure che compongono il Collegio.

(7) Il labirinto delle varie fattispecie di verifica e le loro cadenze temporali fanno sì che

non passi in pratica mese che non si debba procedere ad una verifica

(8) In realtà in data 12 febbraio 2002 la Regione Lazio ha fornito elementi circa la nomina e la valutazione del Direttore di dipartimento (cfr. deliberazione di G.R. n. 2034 del 21 dicembre 2001). Rispetto alle scelte dell'Azienda, illustrate nel paragrafo, si rilevano pochi scostamenti e, in particolare, che «è nominato dal Direttore generale fra i dirigenti di struttura complessa, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di dipartimento. La durata dell'incarico di Direttore di dipartimento è di cinque anni, con valutazione annuale». Dal canto suo l'Aran, con nota n. 1743 del 20 febbraio 2002, quesito n. 6, ha chiarito che «l'incarico di direttore di dipartimento, quanto alla durata ed al sistema delle verifiche, ricade nella disciplina contrattuale». Quest'ultimo pedissequo rinvio non ci trova affatto d'accordo per i seguenti motivi: innanzitutto perché rinviare il Direttore di dipartimento al Ccnl per il sistema delle verifiche è del tutto privo di contenuti concreti, visto che sia la norma legislativa (art. 15, comma 5 del D.L.vo 502/92) sia quella contrattuale (art. 31) nulla dicono circa la composizione del collegio tecnico e le modalità di valutazione (chi presiede il collegio, è una verifica professionale o gestionale, è di competenza del solo Nucleo di valutazione, ecc.?), con la conseguenza che è il regolamento aziendale e non il contratto nazionale a definire sul campo i contenuti della verifica. In secondo luogo perché la durata quinquennale — come peraltro prevista dalla stessa Regione Lazio — è da ritenere troppo lunga, viste le caratteristiche e la natura fortemente personalizzata dell'incarico.

(9) L'articolato e complesso sistema di verifiche delineato dal contratto collettivo è platealmente costruito ad uso e consumo della dirigenza sanitaria. Ritenerne che le Aziende possano fruire agevolmente di esso o possano ottenere sostanziali benefici in termini di produttività e di organizzazione è fuori dalla realtà. La conferma di questa sostanziale unilateralità di garanzie è la constatazione che nel Ccnl non si fa la minima menzione di strumenti di verifica infratriennali o eccezionali, come se le Aziende in presenza di plateali, ricorrenti segnali di incapacità da parte di un dirigente si possano permettere di attendere la prima verifica istituzionale utile in ordine cronologico per intervenire. Per fortuna la norma citata del decreto 286/99 consente di fruire di questo strumento che, nell'ambito dell'intero scenario legislativo-contrattuale, appare come l'unica clausola a garanzia dell'Azienda.

Allegato 1

SCHEMA DI VALUTAZIONE

DIRIGENTE CON INCARICO _____

NOME E COGNOME
 PROFILO PROFESSIONALE
 DISCIPLINA
 STRUTTURA DI APPARTENENZA
 DIPARTIMENTO
 DECORRENZA ESPERIENZA PROFESSIONALE
 PERIODO VALUTATO DAL AL

| COLLABORAZIONE E PARTECIPAZIONE MULTIDISCIPLINARE | | Punti | |
|--|---|--------------|-------|
| 1. | Capacità di perseguire obiettivi comuni in collaborazione con colleghi ed altro personale sanitario e non | | |
| 2. | Grado di partecipazione all'attività dipartimentale e di integrazione multidisciplinare | | Media |
| 3. | Rilevanza e natura delle relazioni interne, esterne ed istituzionali | | |

| CAPACITA' ORGANIZZATIVA E DI COORDINAMENTO | | Punti | |
|---|--|--------------|-------|
| 1. | Capacità di motivare, guidare e valutare le risorse assegnate | | |
| 2. | Capacità di assegnare equilibrati carichi di lavoro al fine di raggiungere la massima produttività incentivabile | | |
| 3. | Pianificazione delle attività in linea con le strategie aziendali anche ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti dal sistema di budget | | |
| 4. | Svolgimento di attività di verifica dei risultati raggiunti nonché di controllo sulle attività della struttura e del personale assegnato, rispetto alle funzioni affidate. | | Media |

| CAPACITA' DI DECISIONE E SENSO DI RESPONSABILITA' | | Punti | |
|--|---|--------------|-------|
| 1. | Capacità di decidere secondo le priorità aziendali, anche in situazione di crisi, emergenze e cambiamenti operativi, con relativa assunzione di responsabilità | | |
| 2. | Spirito di iniziativa ed impulso propositivo nei confronti della Direzione Aziendale | | |
| 3. | Capacità di analizzare i problemi presenti nella struttura ed elaborare piani specifici per la risoluzione degli stessi con autonomia e senso di responsabilità | | |
| 4. | Capacità di programmare le attività valutando le implicazioni economiche delle proprie scelte nonché la qualità delle stesse | | Media |

| QUANTITA' DELLE FUNZIONI SVOLTE E QUALITA' DELL'APPORTO SPECIFICO | | Punti | |
|--|---|--------------|-------|
| 1. | Carichi di lavoro assolti nella programmazione | | |
| 2. | Capacità di elevare il livello qualitativo delle prestazioni proprie nonché della propria Struttura | | |
| 3. | Grado di coinvolgimento nei processi produttivi e capacità di contribuire alla resa produttiva | | Media |

| ESITO DELLE PROCEDURE DI CONTROLLO (APPROPRIATEZZA, QUALITA' DELLE PRESTAZIONI, ORIENTAMENTO ALL'UTENZA) | | Punti | |
|---|---|--------------|-------|
| 1. | Grado di appropriatezza degli interventi e delle prestazioni | | |
| 2. | Effettuazione di un monitoraggio dei livelli di soddisfazione dell'utenza al fine di migliorare la qualità del servizio offerto. Apporto al miglioramento dell'accoglienza. | | Media |

| GRADO DI INNOVATIVITA' TECNOLOGICA | | Punti | |
|------------------------------------|---|-------|-------|
| 1. | Capacità di revisione dei processi e delle procedure | | |
| 2. | Capacità di gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedurali anche conseguenti a processi formativi | | |
| 3. | Impegno nella formazione dei collaboratori | | Media |

| COMPETENZE E ATTITUDINI PROFESSIONALI | | Punti | |
|---------------------------------------|---|-------|-------|
| 1. | Grado di conoscenza professionale e di esperienza nell'espletamento dell'incarico | | |
| 2. | Complessità delle competenze attribuite anche in relazione all'effettuazione di Guardie | | |
| 3. | Propensione allo sviluppo professionale e all'aggiornamento | | |
| 4. | Attitudine ad individuare ed applicare soluzioni tecnico-professionali di tipo innovativo | | Media |

| COMPORAMENTO ED IMPEGNO GLOBALE NEL LAVORO | | Punti | |
|--|--|-------|-------|
| 1. | Capacità di osservare e di far rispettare le disposizioni di servizio, comprese l'osservanza dell'orario di lavoro nel rispetto delle esigenze dell'utenza e degli altri dirigenti | | |
| 2. | Propensione alla collaborazione all'interno della struttura di appartenenza | | |
| 3. | Capacità di adattamento ai cambiamenti procedurali ed organizzativi | | Media |

| STILE RELAZIONALE | | Punti | |
|-------------------|--|-------|-------|
| 1. | Capacità di relazionarsi con utenti e colleghi in modo educato e disponibile | | |
| 2. | Capacità di promuovere il proprio decoro personale e l'immagine sia della struttura di appartenenza che dell'Azienda | | |
| 3. | Capacità di operare in situazioni critiche o conflittuali mantenendo equilibrio emotivo e lucidità di pensiero | | Media |

| LIVELLO QUALI-QUANTITATIVO DELLE PRESTAZIONI | | Punti | |
|--|--|-------|-------|
| 1. | Precisione, accuratezza e rapidità nello svolgimento della prestazione richiesta | | |
| 2. | Grado di specializzazione richiesta dai compiti affidati | | |
| 3. | Contributo offerto per migliorare la qualità dei servizi | | Media |

| ATTITUDINE ALLA LEADERSHIP E CAPACITA' ORGANIZZATIVE | | Punti | |
|--|---|-------|-------|
| 1. | Capacità di prendere decisioni chiare e precise su questioni rientranti nella propria sfera di competenza assumendone la piena responsabilità | | |
| 2. | Capacità di elaborare proposte operative idonee alla soluzione di problemi specifici anche mirate al raggiungimento obiettivi aziendali | | |
| 3. | Capacità di rispettare e di far osservare i vincoli dell'organizzazione senza eccessivi formalismi | | Media |

| ATTIVITA' DI FORMAZIONE | | Punti | |
|-------------------------|--|-------|-------|
| 1. | Livello di interesse per la formazione permanente | | |
| 2. | Grado di partecipazione alla formazione obbligatoria | | Media |
| 3. | Grado di partecipazione alla formazione facoltativa | | |

| RISPETTO DEL CODICE DI COMPORTAMENTO | | Punti | |
|--------------------------------------|--|-------|-------|
| 1. | Grado di rispetto del codice | | Media |
| 2. | Rilievi individuali (note di richiamo, esposti di utenti, reclami, contestazioni, etc.) | | |

PUNTEGGIO TOTALE _____

GIUDIZIO SINTETICO COMPLESSIVO: _____

| | |
|----------|----------|
| POSITIVO | NEGATIVO |
|----------|----------|

Il valutatore di prima istanza

Il dirigente (per presa visione)

Il Collegio Tecnico

EVENTUALI OSSERVAZIONI E/O COMMENTI DEL DIRIGENTE: _____

VERIFICA DELLE ATTIVITA' GESTIONALI

| CADENZA | ESITO | IL NUCLEO DI V. | IL DIRIGENTE (per presa visione) |
|---------------|-------|-----------------|-------------------------------------|
| 1° anno _____ | | | |
| 2° anno _____ | | | |
| 3° anno _____ | | | |
| 4° anno _____ | | | |
| 5° anno _____ | | | |

EVENTUALI OSSERVAZIONI E/O COMMENTI DEL DIRIGENTE : _____

IL PROCESSO DI GRADUAZIONE DELLE FUNZIONI NELL'A.O. «SANTA MARIA DEGLI ANGELI» DI PORDENONE

Carlucci M., Marchesini F., Trua N., Pietrobon F.

Direzione Sanitaria - Azienda Ospedaliera «S. Maria degli Angeli» di Pordenone

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Materiali e metodi - 3. Discussione - 4. Conclusioni.

1. Premessa

Gli ultimi due Ccnl della dirigenza medica (come, anche, quelli della dirigenza SPTA), sulla scia del D.L.vo 29/93 e successive modificazioni ed integrazioni, hanno profondamente innovato l'organizzazione interna di un'Azienda sanitaria. Nel prendere atto del conferimento a tutti i medici dello *status* di dirigenti, essi hanno sancito che ad ognuno di essi venga conferito un ben preciso incarico, tale da consentire da una parte agli interessati un'autonomia professionale e dall'altra all'Azienda una valutazione dell'attività svolta.

Gli incarichi, come noto, possono avere carattere gestionale (di struttura) o professionale: è rilevante anche come ad entrambi sia attribuita pari dignità. Ad ogni incarico è correlata una quota del trattamento economico, la parte variabile della retribuzione di posizione. Da ciò deriva la necessità di graduare le funzioni della dirigenza al fine di quantificare tale retribuzione ed associarla alla posizione rivestita.

Questi concetti trovano peraltro, per la loro attuazione, solo delle indicazioni di massima, introdotte dal Ccnl del 20 dicembre 1996 (2) e poi riprese ed integrate dal successivo Ccnl del 22 luglio 2000 (1). Di fatto vengono individuati dei criteri generali da

seguire, in numero di 13, che fungono da guida per la costruzione di uno strumento atto alla graduazione delle funzioni dirigenziali, lasciando comunque spazio a possibili ed auspicabili specificazioni ed integrazioni, allorché i concetti devono applicarsi alla realtà delle singole aziende sanitarie.

La traduzione operativa di quanto sopra esposto non è peraltro semplice, salvo che non ci si voglia limitare ad un'applicazione di punteggi astratti per le varie voci previste: ciò espone, peraltro, a facili cadute nell'eccessiva discrezionalità e ad accuse di arbitrio da parte dei dirigenti oggetto di valutazione. Non è facilmente risolvibile neppure il problema della comparabilità dei vari incarichi, aventi caratteristiche molto diverse.

Il presente articolo vuole esporre il percorso seguito dalla Direzione sanitaria dell'Azienda ospedaliera S. Maria degli Angeli di Pordenone, volto soprattutto a risolvere le problematiche sopra citate.

2. Materiali e metodi

Nel periodo ottobre-dicembre 2001, la Direzione sanitaria ha proceduto all'elaborazione di uno strumento di graduazione degli incarichi e del-

le strutture costituenti l'organigramma dell'azienda.

Lo sforzo prodotto dal gruppo di lavoro è stato finalizzato a creare uno strumento in grado di rispondere ad esigenze di oggettività e di trasparenza.

Per la graduazione sono stati adottati i criteri ed i parametri principali di riferimento, già individuati dal Ccnl, integrati da uno ulteriore non espressamente previsto dal contratto (tabella 1).

I concetti espressi dai criteri suddetti sono stati a loro volta sviluppati e suddivisi in sottocriteri che ne hanno consentito una migliore specificazione.

Si è convenuto che i vari criteri non fossero universalmente applicabili alle diverse tipologie di incarico, ma che la maggior parte di essi avesse attinenza specifica solo per alcune di esse (tabella 1).

Su questa base sono state elaborate 3 differenti tipi di schede, volte a graduare:

- i dipartimenti (scheda 1),
- le strutture complesse e semplici (scheda 2),
- gli incarichi professionali (scheda 3).

Si è proceduto, quindi, all'elaborazione di un sistema che consentisse la

Tabella 1 - Criteri principali di valutazione dei dipartimenti, delle strutture semplici e complesse e degli incarichi professionali. Con il segno X vengono identificati i criteri presi in esame per ciascuna valutazione

| | Criteri | Dipartimento | Strutture complesse | Strutture semplici | Incarichi professionali |
|----|---|--------------|---------------------|--------------------|-------------------------|
| 1 | Complessità della struttura in relazione alla sua articolazione interna | X | X | X | - |
| 2 | Autonomia in relazione anche ad una eventuale struttura sovraordinata | - | X | X | X |
| 3 | Affidamento e gestione di <i>budget</i> | X | X | X | - |
| 4 | Consistenza delle risorse umane, finanziarie e strumentali ricomprese nel <i>budget</i> affidato | X | X | X | - |
| 5 | Importanza e delicatezza della funzione esplicitata da espresse e specifiche norme di legge | - | - | - | X |
| 6 | Svolgimento di funzioni di coordinamento, indirizzo ispezione e vigilanza, verifica di attività direzionali | - | - | - | X |
| 7 | Grado di competenza specialistico-funzionale o professionale | - | - | - | X |
| 8 | Utilizzazione nell'ambito della struttura di metodologie e strumentazione significativamente innovative e con valenza strategica per l'azienda o ente | X | X | X | X |
| 9 | Affidamento di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione in rapporto alle esigenze didattiche dell'azienda o ente | X | X | X | X |
| 10 | Produzione di entrate proprie destinate al finanziamento generale dell'azienda o ente | X | X | X | X |
| 11 | Rilevanza degli incarichi di cui all'art. 52 interna all'unità operativa ovvero a livello aziendale | - | - | - | X |
| 12 | Ampiezza del bacino d'utenza per le unità operative caratterizzate da tale elemento e reale capacità di soddisfacimento della domanda di servizi espressa | - | X | X | - |
| 13 | Valenza strategica della struttura e degli incarichi rispetto agli obiettivi aziendali, purché collegata oggettivamente con uno o più precedenti criteri | - | X | X | X |
| 14 | Affidamento di competenze legate alla qualità dei processi assistenziali ed all'accreditamento | - | - | - | X |

quantificazione del peso da attribuire ad ogni singolo criterio con le seguenti modalità:

1) ad ogni criterio principale è stato assegnato un «peso», identificato da un valore numerico (punteggio massimo attribuibile al singolo criterio); la somma dei pesi attribuiti ai singoli criteri presi in esame per la valutazione corrisponde a 100 (punteggio massimo totale attribuibile);

2) ad ogni sottocriterio, identificato da una lettera dell'alfabeto, è associato un «valore» numerico, che

rappresenta quanto espresso dal valutatore; esso viene attribuito sulla base di atti ufficiali interni all'azienda (ad esempio la delibera di approvazione delle schede di *budget*, quindi su elementi oggettivi) o, quando non possibile, sulla base di una scala predefinita (vedi legenda inserita a piè di ogni criterio);

3) il parametro *valore* consente di stabilire la «classe» da assegnare al sottocriterio, sulla base della legenda sopraddetta;

4) dal prodotto tra la *classe* ed il fattore di ripartizione «k» si ottiene il punteggio ottenuto dal singolo criterio o sottocriterio;

5) la somma dei punteggi ottenuti per ciascun criterio fornisce, in centesimi, il risultato ottenuto dalla struttura e/o dall'incarico professionale esaminato;

6) identificando dei *cut off*, è così possibile inserire i diversi incarichi nelle fasce economiche che l'Azienda vuole costituire.

Tabella 2a - Esempio di calcolo del valore attribuito ad un criterio principale, con peso diverso assegnato a ciascun sottocriterio (scheda 1)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-------------|---|---|--|--------|-------|--------|------|------|------|
| N. criterio | Definizione criterio | | Definizione sotto-criteri | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
| 4 | Consistenza delle risorse umane, finanziarie, strumentali ricomprese nel <i>budget</i> affidato | a | N. personale (p) | 186 | – | 2 | 10 | 10/3 | 20/3 |
| | | b | % <i>budget</i> az. a gestione della struttura (bdg) | 18,7 | – | 4 | 20 | 20/5 | 80/5 |
| | | c | Patrimonio tecnologico (pt) | 11 | – | 2 | 10 | 10/5 | 20/5 |

N. personale

(p<=150) = classe 1
(150<p<200) = classe 2
(p>=200) = classe 3

Budget aziendale

(bdg<=5%) = classe 1
(5<bdg<=10%) = classe 2
(10<bdg<=15%) = classe 3
(15<bdg<=20%) = classe 4
(bdg>20%) = classe 5

Patrimonio tecnologico (pt)

(pt<=5%) = classe 1
(5<pt<=10%) = classe 2
(10<pt<=15%) = classe 3
(15<pt<=20%) = classe 4
(pt>20%) = classe 5

Tabella 2b - Esempio di calcolo del valore attribuito ad un criterio principale, con peso diverso assegnato a ciascun sottocriterio (scheda 2)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-------------|---|---|--|--------|-------|--------|------|------|------|
| N. criterio | Definizione criterio | | Definizione sotto-criteri | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
| 4 | Consistenza delle risorse umane, finanziarie, strumentali ricomprese nel <i>budget</i> affidato | a | N. personale (p) | 18 | – | 3 | 5 | 5/3 | 15/3 |
| | | b | % <i>budget</i> az. a gestione della struttura (bdg) | 1.87 | – | 2 | 15 | 15/3 | 30/3 |
| | | c | Patrimonio tecnologico (pt) * | – | – | – | – | – | – |

N. personale

(p<=5) = classe 1
(5<p<10) = classe 2
(p>=10) = classe 3

Budget aziendale

(bdg<=1%) = classe 1
(1<bdg<=2%) = classe 2
(bdg>=2%) = classe 3

* Patrimonio tecnologico non valutabile

Le modalità sopraesposte non spiegano però alcune situazioni particolari, che rendono necessarie ulteriori precisazioni:

— alcuni dei criteri principali di riferimento sono comuni a più schede, e non sempre è stato attribuito loro lo stesso peso;

— per le voci *somma*, *classe*, *peso* e «K» è stata riportata una casella comune e unica per tutti quei sottocriteri che hanno concorso in proporzione uguale (tabella 4) od anche diversa

(tabella 3) alla determinazione delle classi e del peso assegnato al criterio principale (o ad una sua parte).

Per quanto riguarda la graduazione degli incarichi professionali (scheda 3), va inoltre precisato che l'esigenza di rappresentare prima e valutare poi una realtà molto ampia ed eterogenea di funzioni svolte all'interno dell'Azienda, ha condotto il gruppo di lavoro a sviluppare una griglia di valutazione capace di rispecchiarne la complessità. Per tale motivo, risulta facilmente

comprensibile come il punteggio massimo attribuito possa essere considerato «teorico», in quanto difficilmente raggiungibile od anche solo avvicinabile.

3. Discussione

L'elaborazione delle 3 schede è andata incontro, durante il suo sviluppo, a differenti stadi conseguenti ad altrettante revisioni frutto di un confronto continuo tra i componenti del gruppo

Tabella 3 - Esempio di calcolo del peso ottenuto da un criterio principale, in un sistema di pesatura comune (ciascun sottocriterio concorre in proporzione diversa alla determinazione del risultato finale)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-------------|--|---|---------------------------|--------|-------|--------|------|------|------|
| N. criterio | Definizione criterio | | Definizione sotto-criteri | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
| 9 | Affidamento di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione in rapporto alle esigenze didattiche dell'azienda | a | Valenza dipartimentale | 1 | 3 | 3 | 10 | 10/6 | 30/6 |
| | | b | Valenza aziendale | 2 | | | | | |
| | | c | Valenza extra-aziendale | 0 | | | | | |

Valenza

Le classi assegnate corrispondono al valore «somma»

assente = 0
dipartimentale = 1
aziendale = 2
extra-aziendale = 3

Tabella 4 - Esempio di calcolo del peso ottenuto da un criterio principale, in un sistema di pesatura comune (ciascun sottocriterio concorre in proporzione uguale alla determinazione del risultato finale)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-------------|---|---|---|--------|-------|--------|------|------|------|
| N. criterio | Definizione criterio | | Definizione sotto-criteri | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
| 9 | Importanza e delicatezza della funzione esplicitata da espresse e specifiche norme di legge | a | Attività finalizzata alla prevenzione con particolare riguardo al D.L.vo 626/94 | 1 | 2 | 2 | 20 | 20/2 | 20 |
| | | b | Attività previste da specifiche norme (D.L.vo 230/95, L. 194/78, ecc.) | 1 | | | | | |

a) prevenzione ... e b) specifiche norme

Le classi assegnate corrispondono al valore «somma»

sì = 1
no = 0

di lavoro della Direzione sanitaria. Un'attenzione particolare è stata rivolta all'elaborazione dei sottocriteri, alla legenda corrispondente da applicare quale chiave di lettura per ognuno di essi ed alla scelta dei sistemi di pesatura. Va detto, inoltre, che il punteggio risultante dalla valutazione, pur se espresso in centesimi per ognuna delle tre schede, non può portare a confronti e parallelismi tra esse in quanto è riferito a fattispecie molto diverse tra di loro per complessità, essendo il frutto dell'esame di criteri spesso differenti tra di loro.

Al fine di chiarire il susseguirsi, nelle differenti fasi del lavoro, dei passi che hanno condotto alla costruzione dello strumento, vengono esplicitati due esempi, uno relativo agli incarichi di struttura e l'altro agli incarichi professionali.

Il primo riguarda la valutazione dei Dipartimenti (scheda 1) (tabella 2a) e delle Strutture complesse e semplici (scheda 2) (tabella 2b), ed è costituito dal criterio principale n. 4, «Consistenza delle risorse umane, finanziarie, strumentali ricomprese nel *budget* affidato», comune ad entrambe le schede.

Sono stati individuati tre sottocriteri volti a valutare rispettivamente il personale (*), la quota di *budget* (bdg) (**) assegnata alla struttura ed il patrimonio tecnologico (pt) (***).

Pur essendo il criterio in esame condiviso, dall'analisi dei sottocriteri si evidenzia una differenza tra le due schede, allorché ci si appresta a valutare il *patrimonio tecnologico*: ciò risulta possibile per i Dipartimenti ma non per le Strutture semplici e complesse, in quanto nell'assetto organizzativo dell'azienda il patrimonio tecnologico è assegnato al dipartimento.

È stata quindi definita la guida a piè del criterio, per stabilire le *classi* da attribuire una volta definiti i *valori*. Ul-

teriori differenze emergono riguardo al «personale» ed al «*budget* aziendale», dove i parametri di riferimento in base ai quali assegnare i punteggi sono diversi in quanto correlati alle differenti estensioni e complessità delle due strutture prese in esame:

— per il «personale» vengono identificati due livelli (per entrambe le schede) che permettono di ottenere tre *classi* che differiscono però tra loro (150/200 per la scheda 1 e 30/60 per la scheda 2);

— per il «*budget* aziendale» i livelli identificati sono quattro per la scheda 1 (5, 10, 15 e 20%) e due per la scheda 2 (1 e 2%), e portano alla creazione rispettivamente di 5 e 3 *classi* (tabella 2a e tabella 2b).

La pesatura dei sottocriteri, in questo caso, è avvenuta in maniera separata, essendo stato assegnato ad ognuno di essi un peso diverso e quindi conseguentemente *valori*, *classi*, «*k*» diversi.

In tema di incarichi professionali, per la «Rilevanza degli incarichi, di cui all'art. 52 del CCNL, interna all'unità operativa ovvero a livello aziendale» (criterio 11 - scheda 3), è stata adottata una suddivisione in quattro sottocriteri, al fine di esplicitare 2 parametri: la «valenza» (espressa in termini di condivisione o meno della funzione con altri dirigenti), e «l'ambito di sviluppo» (inteso come area interessata e coinvolta dallo svolgimento della funzione, U.o. oppure Dipartimento).

Il criterio suddetto si è rivelato come uno tra quelli potenzialmente più esposti alla discrezionalità ed alla soggettività del valutatore.

Il sistema di pesatura adottato è stato quello comune per tutti i sottocriteri ai quali è stato attribuito un *valore* crescente da 0,5 a 2 (con intervalli di 0,5 punti).

Il parametro *classe* corrispondeva alla somma dei valori attribuiti ai

quattro sottocriteri, per permettere di rispettare la loro diversa valenza. Il criterio così strutturato consente anche di comprendere e sommare più funzioni rivestite dal soggetto valutato.

Questo metodo di lavoro è stato seguito anche per gli altri parametri e, una volta completata la prima bozza dello strumento, si è proceduto alla verifica sul campo effettuando una serie di simulazioni al fine di verificarne l'attendibilità.

Le simulazioni hanno interessato i Dipartimenti e le Strutture semplici e complesse poiché i dati inerenti all'ambito della valutazione (risorse strumentali, tecniche, strutturali ed economiche in generale) erano facilmente reperibili: sono emersi quindi alcuni punti critici che hanno reso necessaria la conseguente adozione di meccanismi correttivi.

Successivamente le schede sono state proposte alle Organizzazioni sindacali al tavolo negoziale e, dopo un'ampia discussione, sono state approvate senza modifiche sostanziali.

4. Conclusioni

Il risultato conseguito dal gruppo di lavoro della Direzione sanitaria concretizza lo sforzo prodotto alla ricerca di uno strumento di graduazione delle funzioni che risponda ad esigenze di oggettività e trasparenza, molto sentite nell'Azienda ospedaliera.

È confortante, in proposito, che i commenti ed i giudizi espressi in sede negoziale dalle Organizzazioni sindacali, a seguito della presentazione delle schede di valutazione, siano stati improntati all'apprezzamento del lavoro svolto: l'approccio seguito ha portato, addirittura, a contributi dei loro rappresentanti volti a perfezionare lo strumento in uno spirito di collaborazione e non di contrapposizione.

Lo strumento, all'apparenza rigido e schematico, è stato reso con questo lavoro flessibile dal punto di vista concettuale e strutturale poiché si adatta facilmente — a nostro avviso — a diverse realtà, semplicemente personalizzando alcuni parametri di riferimento e le scale.

In particolare rivestono un ruolo fondamentale:

1) l'assegnazione dei pesi attribuiti a ciascun criterio (decisione che deve rispecchiare una volontà dettata da politiche aziendali);

2) la costruzione dei parametri di riferimento delle legende (soprattutto in relazione a quei criteri che indagano aspetti di tipo oggettivo e/o strutturale che costituiscono variabili dipendenti dalla singola struttura; es. il personale, il *budget*, la strumentazione);

3) la volontà o meno di valutare per mezzo di schede separate le strutture semplici e quelle complesse;

4) la determinazione di un punteggio massimo attribuito differente per ogni scheda;

5) la determinazione di livelli di *cut-off* conseguenti all'analisi della realtà alla quale lo strumento di valutazione intende essere applicato.

Se da un lato evidenzia flessibilità, dall'altra lo strumento ha dimostrato anche rigore applicativo: una prima proiezione della pesatura risultante dall'applicazione dei criteri sopra esposti ha infatti messo in luce come gli incarichi professionali precedentemente assegnati dai responsabili fossero in molti casi non rispondenti alla realtà dell'unità operativa: questo porterà ad una loro rivisitazione, in modo tale che l'organigramma aziendale

sarà sicuramente più rappresentativo della realtà esistente.

L'applicazione di questo istituto contrattuale, in conclusione, introdurrà inevitabilmente in ogni Azienda sanitaria elementi di instabilità, in quanto comporterà un giudizio sugli incarichi ricoperti dai vari professionisti e, soprattutto, una diversa retribuzione economica. Creare, come si è cercato di fare, uno strumento condiviso ed improntato a criteri di equilibrio, trasparenza ed oggettività (per quanto evidentemente non assoluti), costituisce quindi un importante presupposto per favorire un clima sereno, che consenta di sviluppare fattivamente aspetti quali l'armonia ed il miglioramento del clima di lavoro.

(*) In termini quantitativi.

(**) Espresso in termini di % rispetto al *budget* complessivo aziendale.

(***) Espresso in termini di % rispetto al pt totale dell'azienda.

BIBLIOGRAFIA

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DEL LAVORO del quadriennio 1998-2001 dell'area relativa alla Dirigenza medica e veterinaria del Ssn. Supplemento ord. G.U. n. 170 del 22 luglio 2000.

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DEL LAVORO per l'area della Dirigenza medica e veterinaria. Supplemento ord. G.U. n. 304 del 20 dicembre 1996.

SANGIULIANO R., SABATINO R., *Diritto sanitario ed ordinamento del Ssn*, Cap 5 113-130, Ed. Giuridiche Simone, Napoli.

FONTI NORMATIVE

D.P.R. 28 novembre 1990, n. 384, «Regolamento per il recepimento delle norme risul-

tanti dalla disciplina prevista dall'accordo del 6 aprile 1990 concernente il personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, di cui all'art. 6, D.P.R. 5 marzo 1986, n. 68».

D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n.421», G.U. 30 dicembre 1992, n. 305, s.o. n. 137.

D.L.vo 3 febbraio 1993, n. 29, «Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche», G. U. n. 30 del 6 febbraio 1993, s.o.

D.L.vo 7 dicembre 1993, n. 517, «Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», G.U. 15 dicembre 1993, n. 293, s.o.

L. 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», G.U. n. 286 del 7 dicembre 1998.

D.L.vo 19 giugno 1999, n. 229, «Norme per la realizzazione del Ssn», G.U. 16 luglio 1999, n. 165, s.o. n. 132/L.

D.L.vo 30 luglio 1999, n. 286, «Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59», G.U. n. 193 del 18 agosto 1999.

D.L.vo 7 giugno 2000, n. 168, «Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, in materia di principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende sanitarie locali e di limiti dell'esercizio del potere sostitutivo statale, nonché di formazione delle graduatorie per la disciplina dei rapporti di medicina generale», G.U. n. 144 del 22 giugno 2000.

D.L.vo 28 luglio 2000, n. 254, «Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari», G.U. n. 213 del 12 settembre 2000.

Scheda 1 - Graduatoria dipartimenti

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|---|---|---|-------|--------|------|------|------|
| 1 | Complessità della struttura in relazione alla sua articolazione interna, con particolare riguardo ai dipartimenti | a | N. strutture semplici (SS) x 0,5 | | | 5 | 5/3 | |
| | | b | N. strutture complesse (SC) x 1 | | | | | |
| | | c | Interconnessione tra U.O. <i>Organizzazione di attività comuni (con condivisione di personale e risorse strumentali e/o logistiche)</i> | | | 30 | 30/5 | |

a/b) Valutazione per punteggio somma strutture semplici e complesse
(SS e SC<3) = 1
(3<SS e SC<5) = 2
(SS e SC>5) = 3

c) Interconnessione tra U.O.
basso/nullo = 1
basso = 2
medio = 3
medio/alto = 4
alto = 5

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|---|---|---|-------|--------|------|---|------|
| 3 | Affidamento e gestione di <i>budget</i> | a | Affidamento e gestione di <i>budget</i> | | | 5 | 5 | |

a) Affidamento e gestione di *budget*

Classe = valore

si = 1
no = 0

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|---|---|--|-------|--------|------|------|------|
| 4 | Consistenza delle risorse umane, finanziarie, strumentali ricomprese nel <i>budget</i> affidato | a | N. personale (p) | | | 10 | 10/3 | |
| | | b | % <i>budget</i> aziendale a gestione della struttura (bdg) | | | 20 | 20/5 | |
| | | c | Patrimonio tecnologico (pt) | | | 10 | 10/5 | |

a) N. personale (p)
(p<150) = 1
(150<p<200) = 2
(p>200) = 3

b) % *budget* aziendale (bdg)
(bdg<5%) = 1
(5<bdg<10%) = 2
(10<bdg<15%) = 3
(15<bdg<20%) = 4
(bdg>20%) = 5

c) Patrimonio tecnologico (pt)
(pt<5%) = 1
(5<pt<10%) = 2
(10<pt<15%) = 3
(15<pt<20%) = 4
(pt>20%) = 5

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|---|---|--|-------|--------|------|------|------|
| 8 | Utilizzazione nell'ambito della struttura di metodologie e strumentazioni innovative con valenza strategica per l'Azienda | a | Utilizzo di metodologie cliniche e/o organizzative | | | 10 | 10/6 | |
| | | b | Utilizzo di strumentazione innovativa | | | | | |
| | | c | Consistenza delle attività innovative connesse (punto a e b) | | | | | |

a/b) Metodologie cl. e/o org. e strumentazione innovativa
si = 1,5 (vedi legenda a fine scheda)
no = 0

c) Consistenza att. connesse (c.a.c.)/tot. attività U.O.
(c.a.c.<5%) = 1
(5<=c.a.c.<=10%) = 2
(c.a.c.>10%) = 3

Classi corrispondenti = somma valori

Segue Scheda 1 - Graduatoria dipartimenti

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|--|---|------------------------|-------|--------|------|-----|------|
| 9 | Affidamento di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda | a | Valenza dipartimentale | | | | | |
| | | b | Valenza aziendale | | | 5 | 5/6 | |
| | | c | Valenza extraaziendale | | | | | |

a/b/c) Valenza ...

Classi corrispondenti = valori somma

assente = 0
dipartimentale = 1
aziendale = 2
extraaziendale = 3

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|----|---|---|---|-------|--------|------|---|------|
| 10 | Produzione di entrate proprie destinate al finanziamento generale dell'azienda o ente | a | Produzione di entrate proprie destinate al finanziamento generale dell'azienda o ente | | | 5 | 5 | |

a) Entrate

Classe = valore

si = 1
no = 0

Legenda

(8a e 8b) Si = impatto documentato sui percorsi diagnostici e/o terapeutici (riduzione dei tempi di attesa per intervento o cura, riduzione dei tempi di degenza, maggiore efficacia del trattamento, maggiore affidabilità diagnostica, maggiore standardizzazione).

Scheda 2 - Graduatoria strutture semplici e complesse

| | | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|---|---|---|--------|-------|--------|------|------|------|
| 1 | Complessità della struttura in relazione alla sua articolazione interna | a | Interconnessione tra U.O. <i>Organizzazione di attività comuni (con condivisione di personale e risorse strumentali e/o logistiche)</i> | | | | 20 | 20/5 | |

a) *Interconnessione tra U.O.*

Classe = valore

basso/nullo = 1

basso = 2

medio = 3

medio/alto = 4

alto = 5

| | | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|---|---|---|--------|-------|--------|------|-----|------|
| 2 | Autonomia in relazione anche ad una eventuale struttura sovraordinata | a | Autonomia professionale ed organizzativa per il raggiungimento di obiettivi assegnati dal capo dipartimento | | | | 5 | 5/2 | |
| | | b | Ambito correlabile a prestazioni e/o output oggettivamente misurabili | | | | | | |

a) *Autonomia*

presente = 1

assente = 0

b) *Ambito*

correlabile = 1

non correlabile = 0

Classi corrispondenti = somma valori

| | | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|---|---|---|--------|-------|--------|------|---|------|
| 3 | Affidamento e gestione di <i>budget</i> | a | Affidamento e gestione di <i>budget</i> | | | | 5 | 5 | |

a) *Affidamento e gestione di budget*

Classe = valore

si = 1

no = 0

| | | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|---|---|--|--------|-------|--------|------|------|------|
| 4 | Consistenza delle risorse umane, finanziarie, strumentali ricomprese nel <i>budget</i> affidato | a | N. personale (p) | | | | 5 | 5/3 | |
| | | b | % <i>budget</i> aziendale a gestione della struttura (bdg) | | | | 15 | 15/3 | |
| | | c | Patrimonio tecnologico (pt) * | | | | | | |

a) *N. personale (p)*

(p<30) = classe 1

(31<=p<=60) = classe 2

(p>60) = classe 3

b) % *budget* aziendale (bdg)

(bdg<1%) = classe 1

(1<bdg<2%) = classe 2

(bdg>2%) = classe 3

c) *Patrimonio tecnologico (pt)*

* Non valutabile

Segue Scheda 2 - Graduatorie strutture semplici e complesse

| | | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|---|---|--|--------|-------|--------|------|------|------|
| 8 | Utilizzazione nell'ambito della struttura di metodologie e strumentazioni innovative con valenza strategica per l'Azienda | a | Utilizzo di metodologie cliniche e/o organizzative | | | | 15 | 15/6 | |
| | | b | Utilizzo di strumentazione innovativa | | | | | | |
| | | c | Consistenza delle attività innovative connesse (punto a e b) | | | | | | |

a/b) Metodologie cl. e/o org. e strumentaz. innovativa

si = 1,5 (vedi legenda a fine scheda)

no = 0

c) Consistenza att. connesse (c.a.c.)/tot. attività U.O.

(c.a.c.<5%) = 1

(5<=c.a.c.<=10%) = 2

(c.a.c.>10%) = 3

Classi corrispondenti = somma valori

| | | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|--|---|------------------------|--------|-------|--------|------|------|------|
| 9 | Affidamento di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda | a | Valenza dipartimentale | | | | 10 | 10/6 | |
| | | b | Valenza aziendale | | | | | | |
| | | c | Valenza extraaziendale | | | | | | |

a/b/c) Valenza

assente = 0

dipartimentale = 1

aziendale = 2

extraaziendale = 3

Classi corrispondenti = valori somma

| | | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|----|---|---|---|--------|-------|--------|------|---|------|
| 10 | Produzione di entrate proprie destinate al finanziamento generale dell'azienda o ente | a | Produzione di entrate proprie destinate al finanziamento generale dell'azienda o ente | | | | 5 | 5 | |

a) Entrate

si = 1

no = 0

Classe = valore

| | | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|----|---|---|---------------------------|--------|-------|--------|------|-----|------|
| 12 | Ampiezza del bacino d'utenza per le unità operative caratterizzate da tale elemento e reale capacità di soddisfacimento della domanda di servizi espressa | a | Attrazione extraregionale | | | | 6 | 6/3 | |
| | | b | Attrazione regionale | | | | 4 | 4/3 | |

a) Attrazione extraregionale (ae)

(ae<5%) = 0

(5<ae<10%) = classe 1

(10<ae<15%) = classe 2

(ae>15%) = classe 3

b) Attrazione regionale (ar)

(ar<5%) = 0

(5<ar<10%) = classe 1

(10<ar<15%) = classe 2

(ar>15%) = classe 3

Segue Scheda 2 - Graduatorie strutture semplici e complesse

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|----|--|---|--|-------|--------|------|----|------|
| 13 | Valenza strategica della struttura rispetto agli obiettivi aziendali, purché collegata oggettivamente con uno o più precedenti criteri | a | Correlazione con il piano aziendale | | | | 10 | 10/6 |
| | | b | Correlazione con il piano regionale | | | | | |
| | | c | Correlazione con la conferenza di area vasta | | | | | |

a/b/c) Correlaz. piano az., piano region. e conf. area vasta

Classi corrispondenti = valori somma

assente = 0

piano az. = 1

area vasta = 2

piano reg. = 3

Legenda

(8a e 8b) Sì = impatto documentato sui percorsi diagnostici e/o terapeutici (riduzione dei tempi di attesa per intervento o cura, riduzione dei tempi di degenza, maggiore efficacia del trattamento, maggiore affidabilità diagnostica, maggiore standardizzazione).

Scheda 3 - Graduazione incarichi

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|---|---|--|-------|--------|------|-----|------|
| 2 | Autonomia in relazione anche ad una eventuale struttura sovraordinata | a | Autonomia professionale ed organizzativa per il raggiungimento di obiettivi assegnati dal responsabile di struttura d'appartenenza | | | 2,5 | 5/8 | |
| | | b | Ambito correlabile a prestazioni e output oggettivamente misurabili | | | 2,5 | 5/2 | |

a) Autonomia ...

attività condivise nell'U.O. = 1
 attività non condivise nell'U.O. = 2
 attività correlata ad obiettivi dipartimentali = 3
 attività correlata ad obiettivi aziendali = 4

b) Ambito

si = 1
 no = 0

Classi corrispondenti = valori

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|---|---|---|-------|--------|------|------|------|
| 5 | Importanza e delicatezza della funzione esplicitata da espresse e specifiche norme di legge | a | Attività finalizzata alla prevenzione con particolare riguardo al D.L.vo 626/94 e ... | | | 20 | 20/2 | |
| | | b | Attività previste da specifiche norme (D.L.vo 230/95, L. 194/78, ... ecc.) | | | | | |

a) Prevenzione

si = 1
 no = 0

b) Specifiche norme

Classi corrispondenti = somma valori

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|---|---|---|-------|--------|------|----|------|
| 6 | Svolgimento di funzioni di coordinamento, indirizzo ispezione e vigilanza, verifica di attività direzionali | a | Svolgimento di funzioni di coordinamento, indirizzo ispezione e vigilanza, verifica di attività direzionali | | | 10 | 10 | |

a) Funzioni di coordinamento

si = 1
 no = 0

Classi corrispondenti = valori

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|--|---|---|-------|--------|------|-----|------|
| 7 | Grado di competenza specialistico funzionale e professionale | a | Competenze, oltre a quelle professionali di base, condivise con altri dirigenti all'interno dell'U.O. | | | 5 | 5/3 | |
| | | b | Funzioni correlate anche ad attività di coordinamento, di indirizzo e/o controllo, di studio e ricerca, non condivise con altri dirigenti all'interno dell'U.O. | | | | | |

a) Competenza specialistico professionale

assente = 0
 presente = 1

b) Funzioni

assente = 0
 presente = 2

Classi corrispondenti = somma valori

Segue Scheda 3 - Graduatoria incarichi

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|---|---|---|-------|--------|------|------|------|
| 8 | Utilizzazione di metodologie e strumentazioni innovative con valenza strategica per l'Azienda | a | Utilizzo di metodologie cliniche e/o organizzative innovative | | | | | |
| | | b | Utilizzo di strumentazione innovativa | | | 10 | 10/6 | |
| | | c | Consistenza delle attività innovative connesse (punto a e b) | | | | | |

a/b) Metodologie cl. e/o org. e strumentaz. innovativa

si = 1,5 (vedi legenda a fine scheda)

no = 0

c) Consistenza att. connesse (c.a.c.)/tot. attività U.O.

(c.a.c.<5%) = 1

(5<=c.a.c.<=10%) = 2

(5<=c.a.c.<=10%) = 3

Classi corrispondenti = somma valori

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|---|--|---|------------------------|-------|--------|------|------|------|
| 9 | Affidamento di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda | a | Valenza dipartimentale | | | | | |
| | | b | Valenza aziendale | | | 10 | 10/6 | |
| | | c | Valenza extraaziendale | | | | | |

a/b/c) Valenza (documentata da atti aziendali)

assente = 0

dipartimentale = 1

aziendale = 2

extraaziendale = 3

Classi corrispondenti = valori somma

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|----|---|---|---|-------|--------|------|---|------|
| 10 | Produzione di entrate proprie destinate al finanziamento generale dell'azienda o ente | a | Produzione di entrate proprie destinate al finanziamento generale dell'azienda o ente | | | 5 | 5 | |

a) Entrate

si = 1

no = 0

Classi corrispondenti

0 = classe 0

1 = classe 1

Segue Scheda 3 - Graduatorie incarichi

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|----|---|---|--|-------|--------|------|-----|------|
| 11 | Rilevanza degli incarichi di cui all'articolo 52 interna all'unità operativa ovvero a livello aziendale | a | Funz. relativa alla U.O. (individuata dal responsabile dell'U.O. e condivisa con altri dirigenti della stessa U.O.) | | | 5 | 5/5 | |
| | | b | Funz. relativa alla U.O. (individuata dal responsabile dell'U.O. e non condivisa con altri dirigenti della stessa U.O.) | | | | | |
| | | c | Funz. relativa al dipartimento (individuata dal responsabile del dipartimento e condivisa con altri dirigenti della stessa U.O.) | | | | | |
| | | d | Funz. relativa al dipartimento (individuata dal responsabile del dipartimento e non condivisa con altri dirigenti della stessa U.O.) | | | | | |

a/b/c/d) Rilevanza incarichi

Classi corrispondenti = somma valori

assenza = 0
funz. relativa alla U.O. (condivisa) = 0,5
funz. relativa alla U.O. (non condivisa) = 1
funz. relativa al dipartimento (condivisa) = 1,5
funz. relativa al dipartimento (non condivisa) = 2

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|----|--|---|--|-------|--------|------|------|------|
| 13 | Valenza strategica degli incarichi rispetto agli obiettivi aziendali, purché collegata oggettivamente con uno o più precedenti criteri | a | Correlazione con il piano aziendale | | | 15 | 15/6 | |
| | | b | Correlazione con la conferenza di area vasta | | | | | |
| | | c | Correlazione con il piano regionale | | | | | |

a) Correlaz. piano az. (vedi legenda a fine scheda)

b/c) Correlaz. piano region. e la conferenza di area vasta

Classi corrispondenti = valori somma

assente = 0
media = 0,5
alta = 1

assente = 0
area vasta = 2
piano reg. = 3

| | | | Valore | Somma | Classe | Peso | K | Tot. |
|----|--|---|---|-------|--------|------|----|------|
| 14 | Affidamento di competenze legate alla qualità dei processi assistenziali ed all'accreditamento | a | Impegno documentato per l'espletamento di tali competenze | | | 15 | 15 | |

a) Impegno documentato

Classi corrispondenti

si = 1
no = 0

0 = classe 0
1 = classe 1

Legenda

(8a e 8b) Sì = impatto documentato sui percorsi diagnostici e/o terapeutici (riduzione dei tempi di attesa per intervento o cura, riduzione dei tempi di degenza, maggiore efficacia del trattamento, maggiore affidabilità diagnostica, maggiore standardizzazione).

(13a) Media = funzione correlata al raggiungimento di obiettivi condivisi e specificati nel piano aziendale;
alta = funzione con responsabilità correlata al raggiungimento di obiettivi specificati nel piano aziendale e di interesse limitato all'azienda.

IL BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE PUGLIESI: L'INTRODUZIONE DEL NUOVO SCHEMA ED ALTRI ASPETTI CRITICI

Paolo Perrone

Università degli Studi di Lecce

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Bilancio d'esercizio - 3. Conclusioni.

1. Premessa

Il riordino del Sistema sanitario nazionale (Ssn) avviato con la legge delega n. 421/92 e i decreti attuativi n. 502/92 e n. 517/93 si è sostanzialmente fondato sui postulati della regionalizzazione e dell'aziendalizzazione del servizio sanitario, ed ha avviato un intenso processo di trasformazioni istituzionali con la costituzione di nuovi soggetti: le aziende sanitarie e ospedaliere, con personalità giuridica pubblica, dotati di piena autonomia organizzativa, gestionale, tecnico-amministrativa e pertanto patrimoniale-contabile (1).

In questo contesto di trasformazione, la Regione Puglia ha interpretato le esigenze del legislatore, con l'istituzione delle Aziende, locali ed ospedaliere, lasciando una forte autonomia alle stesse riguardo all'adozione di strumenti gestionali idonei al controllo dell'efficienza, efficacia ed economicità dei servizi erogati.

In questo periodo, la Regione si è adoperata per fare in modo che l'accorpamento delle sopresse Usl nell'ambito delle nuove Aziende, ed il successivo scorporo degli ospedali «di rilevanza nazionale» in Aziende, avesse il tempo di assestarsi rispetto a nuove forze e dimensioni di equilibrio, così da creare una base da cui

partire per la realizzazione concreta del processo di aziendalizzazione.

Se da un lato, quindi, si è avuta una profonda trasformazione organizzativa e gestionale, dall'altro si è dovuto, contemporaneamente, introdurre il nuovo sistema contabile di rilevazione degli accadimenti basato su criteri e principi coerenti alle nuove Aziende.

Queste innovazioni hanno comportato l'esigenza di una significativa modifica dei sistemi informativi delle Aziende, i quali, per essere adeguati alle nuove necessità conoscitive, devono essere radicalmente reimpostati. La scelta legislativa, in tal senso, è netta ed univoca prevedendo per le aziende sanitarie ed ospedaliere il sostituirsi della contabilità economico-patrimoniale (secondo il dettato del Codice civile) alla contabilità finanziaria. La necessità di controllare l'andamento economico dell'azienda sanitaria e l'introduzione obbligatoria della contabilità economica impongono alle strutture sanitarie del nostro paese di operare secondo criteri di massima efficienza ed efficacia (Sconza e Pacchiarotti, 1998), quindi, di approfondire la conoscenza dell'andamento delle variabili economiche aziendali (2). Invero, la contabilità finanziaria ha consentito alle aziende sanitarie di rispondere all'esigenza di

guidare il processo di programmazione e di allocazione delle risorse finalizzato alla produzione ed erogazione di servizi. Attraverso il sistema di contabilità finanziaria l'azienda è in grado di rilevare, pianificare e gestire i flussi finanziari considerati sotto il profilo della provenienza per ciò che attiene l'acquisizione di risorse, e sotto il profilo della destinazione per ciò che attiene l'utilizzo di queste risorse. Ma se la contabilità ha prevalenti finalità di conoscenza e di «ricerca del massimo grado di espressività delle caratteristiche della gestione» (Borgonovi E., 1984, pag. 51) allora il sistema di contabilità finanziaria risulta assolutamente inadeguato a descrivere, attraverso le sue rilevazioni, gli aspetti essenziali dei fatti dell'attività dell'azienda sanitaria ed a conoscere i movimenti e le cause di quei fatti (Cassandro P.E., 1963, pag. 62). Inoltre, la funzione autorizzativa della contabilità finanziaria fa di questa uno strumento di controllo che induce comportamenti distorti come tutti i meccanismi di controllo a preventivo (Borgonovi E., 1996, pagg. 371-72).

La contabilità economica consente per l'appunto di monitorare, a livello complessivo di Azienda, l'andamento economico, finanziario e patrimoniale dell'azienda contribuendo ad esplici-

tare l'informazione della gestione economica dell'azienda, quantificando il risultato economico. E consente, inoltre: di rapportare il risultato alle risorse ottenute ed impiegate in collegamento alle variazioni registrate nel periodo dal patrimonio e di acquisire una generale conoscenza dei valori economici collegati alla gestione dell'ente identificando i costi dei fattori produttivi impiegati ed i proventi del periodo. La contabilità economica, al contrario di quella finanziaria, è in grado di individuare i costi dei servizi, e come sono articolate le componenti di questi, e di definire i risultati di prodotto e di processo mettendo a confronto i costi con i proventi correlati e permettendo, perciò, di rappresentare i fatti della gestione in modo che siano valutati in termini di efficacia ed economicità.

La contabilità economica rileva, durante l'anno, i processi di interscambio che l'azienda intrattiene con l'ambiente esterno e dunque: gli acquisti di materie, immobilizzazioni e servizi; le erogazioni di servizi; altri acquisti e vendite; il pagamento dei debiti; l'incasso dei crediti.

Al termine di ciascun esercizio, così come accade per le imprese, i dati raccolti vengono elaborati e riepilogati nel bilancio al fine di verificare:

- gli incrementi o decrementi del patrimonio netto aziendale;
- l'origine qualitativa del risultato economico;
- la composizione del patrimonio netto aziendale.

Queste informazioni, tutto sommato indifferenti per il sistema pre-riforma in cui il finanziamento di un ospedale avveniva sulla base dei costi sostenuti, diventano oggi, invece, di un'importanza fondamentale per i responsabili aziendali.

Le norme sopra citate demandano alle singole regioni, ai fini di uniformità, il coordinamento e consolida-

mento dei conti a livello regionale, la definizione di schemi obbligatori e l'emanazione di indirizzi a cui dovranno attenersi le aziende sanitarie regionali.

Non si può non considerare, inoltre, l'importanza che il servizio sanitario riveste nell'ambito sociale. Il nostro ordinamento, infatti, considera la tutela della salute psicofisica fondamentale diritto dell'individuo ed interesse per la collettività (Anselmi L. e Volpato O., 1990, pag. 2 e segg.); questo è un dato di per sé sufficiente a sollecitare gli amministratori regionali ed aziendali ad assumere decisioni che consentano il continuo miglioramento della qualità, il contenimento dei costi e una migliore organizzazione produttiva e tecnologica.

Obiettivo di questo studio è quello di passare in rassegna la disciplina del bilancio ordinario d'esercizio delle aziende sanitarie ed ospedaliere pugliesi, focalizzando l'attenzione sugli elementi più critici e ponendo l'accento sulla capacità informativa dei documenti contabili, alla luce delle esperienze e delle evidenze maturate in quasi un decennio di riforma.

2. Bilancio d'esercizio

Con il decreto interministeriale del 20 ottobre 1994 è stato emanato lo schema di bilancio per le aziende sanitarie ed ospedaliere. Come accennato, il decreto in oggetto era finalizzato alla predisposizione di uno schema di bilancio che conferisse uniformità alla struttura delle voci di bilancio, che conferisse omogeneità ai valori inseriti in tali voci ed infine consentisse la comparazione tra costi, rendimenti e risultati conseguiti.

In verità l'esplicito rinvio al Codice civile, così come rinnovato dal D.L. vo 127/91, non sempre agevola il ruolo del soggetto preposto alla redazione del bilancio ordinario d'esercizio. In-

nanzitutto il codice si rivolge essenzialmente alle aziende con finalità di lucro e non ad aziende con finalità erogativa ed in secondo luogo ad un espresso rinvio al Codice civile non corrisponde un altrettanto puntuale riferimento agli articoli dello stesso, infine, i principi espressi dal codice sono soggetti all'interpretazione delle varie istituzioni regionali deputate all'emanazione delle linee guida per la compilazione del bilancio. Pertanto, la tanto auspicata «omogeneizzazione» dei comportamenti contabili nelle aziende sanitarie ed ospedaliere potrebbe, all'atto pratico, rivelarsi inattuata.

L'articolo 5, comma 5 del decreto legislativo n. 229/1999 ha sostituito l'art. 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, già precedentemente modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993 n. 517, prevedendo l'adozione del bilancio pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo. La necessità di conferire uniforme struttura alle voci del bilancio e la necessità di provvedere ad un aggiornamento dello schema di esso, secondo i dettami del decreto interministeriale del 20 ottobre 1994, e considerato che il bilancio deve essere di tipo economico ed uniformato ai principi di cui al Codice civile, ha spinto la Conferenza Stato-regioni a predisporre i nuovi schemi di bilancio per le aziende sanitarie.

Con il decreto interministeriale del 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. L'esigenza del consolidamento dei conti pubblici, la necessità dell'informatizzazione dei sistemi gestionali, ma soprattutto

la volontà di mettere l'Agenzia per i servizi sanitari regionali nelle migliori condizioni possibili per effettuare rilevazioni comparative dei costi, risultati e rendimenti ha portato all'adozione di uno schema di bilancio a valenza nazionale per tutte le aziende sanitarie ed ospedaliere.

2.1. Stato patrimoniale

Lo schema di stato patrimoniale fino ad oggi utilizzato dalle aziende sanitarie pugliesi è quello riportato nella tabella 1 del decreto interministeriale del 20 ottobre 1994, previsto in sezioni distinte e contrapposte. Tra le maggiori particolarità dello schema si sottolinea che mentre nella sezione dedicata all'attivo patrimoniale si suole distinguere la parte «consolidata» rispetto a quella «circolante» nella sezione dedicata alle passività queste ultime sono confuse. Nello schema dello stato patrimoniale sono, inoltre, previsti i conti d'ordine, questo sembra più un retaggio della contabilità finanziaria, laddove si pensi alle partite di giro, che non un rinvio al Codice civile. La presenza dei conti d'ordine, se nel complesso non altera il risultato, in quanto, i valori riportati sono, ovviamente, di pari importo «gonfia» inutilmente i totali a pareggio per fonti ed impieghi (3).

Iniziando ad esaminare l'attivo dello stato patrimoniale, risalta l'assenza, tra le immobilizzazioni immateriali, di una posta residuale dove indicare i valori diversi da quelli per i quali è prevista una specifica indicazione (Rea M.A., 1998, pag. 258).

Per quanto concerne le *immobilizzazioni materiali*, l'articolazione delle poste appare senz'altro estensibile su livelli inferiori in base alle esigenze informativo-rilevative della singola azienda. È opportuno, in tale contesto, distinguere gli impianti e macchinari in sanitari, tecnici ed economici.

Il principio di valutazione generale prevede che le immobilizzazioni materiali sono da iscrivere in bilancio al loro costo di acquisizione, comprensivo degli oneri accessori che l'azienda deve sostenere affinché l'immobilizzazione possa essere utilizzata, quali ad esempio le spese notarili, di progettazione, di trasporto, di installazione, di collaudo, di montaggio e di posa in opera. Il costo di acquisto è generalmente inclusivo dell'IVA indetraibile, se trattasi di attività istituzionale e non commerciale. Il valore di tali cespiti deve essere rettificato dagli ammortamenti che devono essere calcolati in base alla loro stimata vita utile (economico-tecnica) e, pertanto, in base alla loro residua possibilità di utilizzazione. Il valore originario delle immobilizzazioni può essere incrementato dalle spese di manutenzione o per migliorie solo se dette spese aumentano la capacità produttiva, o la sicurezza, o la loro vita utile.

Il principale aspetto critico circa la valorizzazione delle immobilizzazioni riguarda la determinazione del patrimonio iniziale. A questo proposito: «nel rispetto della normativa regionale vigente, il patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è costituito da tutti i beni mobili e immobili a esse appartenenti, ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti loro dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità» (4).

La determinazione del patrimonio iniziale richiede:

- l'inventario dei cespiti;
- la determinazione del costo;
- la valorizzazione iniziale, in base alla vita utile residua.

Mentre per la determinazione dei beni mobili si fa riferimento al valore residuo stimato nel corso dell'inventa-

rio (perizia), per l'iscrizione dei beni immobili le leggi regionali fissano dei criteri precisi.

Per la Puglia, i criteri utilizzati per l'iscrizione in bilancio dei beni immobili, in osservanza degli artt. 56 e 57 della legge della Regione Puglia n. 38 del 30 dicembre 1994, sono i seguenti:

— ai beni immobili strumentali è attribuito il valore determinato applicando i criteri stabiliti dalle vigenti disposizioni in materia di imposta comunale sugli immobili; tale valore è rettificato dai relativi ammortamenti riferiti al periodo intercorso tra la data originaria di acquisizione e quella di adozione della contabilità economico patrimoniale;

— i beni del patrimonio privi di funzioni strumentali sono valutati al presumibile valore di realizzo determinato sulla base di apposite perizie.

I beni di proprietà della Ausl normalmente sono acquistati con contributi in conto capitale che ne coprono l'intero costo. Come vedremo nel paragrafo relativo al patrimonio netto, i contributi ricevuti per l'acquisto dei cespiti vengono accantonati in un apposito fondo ed utilizzati per neutralizzare l'onere degli ammortamenti.

Per quanto concerne le *scorte* la classificazione adottata nello schema di bilancio, previsto dal decreto interministeriale del 11 febbraio 2002, per le Aziende sanitarie è la seguente:

- sanitarie;
- non sanitarie;
- acconti.

Anche la valorizzazione delle scorte iniziali incide, al pari della valorizzazione delle immobilizzazioni materiali, sulla determinazione del patrimonio netto iniziale. Al fine di procedere ad una corretta determinazione dei valori iniziali di bilancio si rende necessario procedere ad una rilevazione fisica dei beni in magazzino. Infatti una corretta rappresentazione in bilancio delle rimanenze richiede un perio-

dico riscontro tra le giacenze fisiche e quelle contabili. Detto riscontro può avvenire nel corso dell'esercizio a rotazione sul alcuni codici di magazzino, pianificando una copertura totale in un periodo prestabilito, oppure a fine esercizio sulla totalità dei codici in giacenza. Nella fase di rilevazione fisica delle scorte gli aspetti critici normalmente rilevabili sono costituiti dalla presenza di scorte anche nei reparti e nella presenza di alcune tipologie di prodotti quali, ad esempio, i materiali diagnostici e radiologici, gli strumenti chirurgici, non gestiti a magazzino. Bisogna, pertanto, provvedere all'inserimento di tali prodotti nelle procedure di magazzino per la loro quantificazione di fine periodo. Relativamente alla valutazione delle scorte valgono i criteri stabiliti dalla legge e dai corretti principi contabili. In particolare, si può evidenziare l'introduzione di una nuova voce rispetto al precedente schema, quella relativa agli *acconti*, da utilizzare principalmente per iscrivere gli acconti dati ai fornitori.

Nel nuovo schema di bilancio, emanato dal Ministero dell'economia e delle finanze, la voce crediti è stata suddivisa nelle seguenti poste:

- 1) Regione (e provincia autonoma);
- 2) Comune;
- 3) Aziende sanitarie pubbliche;
- 4) ARPA;
- 5) Erario;
- 6) altri.

Per quanto riguarda i *crediti* è importante sottolineare la necessità di distinguerli secondo il grado di esigibilità a seconda che si preveda di riscuoterli entro oppure oltre un anno. La posta è suddivisa in cinque classi: crediti da regione e province autonome, da comune, da altre aziende sanitarie, dall'erario, da altri.

In particolare la voce crediti verso Regione è rappresentata principal-

mente dai «crediti per contributi in conto esercizio», per la trattazione dei quali si rimanda alla parte relativa al conto economico. Altri crediti verso la Regione sono costituiti, ad esempio, dai fondi assegnati dalla Regione per le erogazioni da effettuare in favore delle aziende ospedaliere e degli enti ecclesiastici eventualmente presenti nel territorio di competenza.

I crediti verso le altre Aziende sanitarie, nella generalità dei casi, non includono la mobilità attiva, intendendo per mobilità la possibilità offerta ai cittadini di rivolgersi, per ottenere prestazioni sanitarie, in una qualunque struttura del Paese, sia pubblica che privata. Sia la mobilità attiva che la mobilità passiva devono essere chiaramente evidenziate in bilancio dall'Azienda sanitaria. Non sarebbe pertanto corretto, secondo questa impostazione, procedere ad una compensazione tra mobilità attiva e passiva esponendo nello stato patrimoniale la semplice differenza.

Tuttavia, la questione assume un aspetto particolare in Puglia, infatti l'attivazione da parte della Regione Puglia, correlatamente al primo anno di esercizio in regime civilistico in materia di bilancio, delle procedure di gestione dei rapporti debitori e creditori mediante camera di compensazione (*Clearing House*) impone una differente contabilizzazione dei fenomeni economico-finanziari relativi alla mobilità.

Per ammettere l'iscrizione in bilancio di un debito ed un credito, occorre da una parte (debito) che la relativa controprestazione sia «riconosciuta» ed «accettata» e dall'altra (credito) che lo stesso sia «certo» ed «esigibile».

Rispetto all'esigenza prevista dal legislatore (cfr. art. 2423 c.c. «... rappresentazione veritiera e corretta» ...) non in antitesi a quella della Regione Puglia, di monitorare in modo effi-

ciente ed efficace i flussi di mobilità sanitaria al fine dell'adozione di adeguate azioni di riequilibrio e di programmazione, si rende necessaria l'applicazione di procedure che favoriscano la veridicità e la correttezza delle situazioni economiche e patrimoniali dipendenti da tali eventi. Pertanto sarà esposto in bilancio il risultato della compensazione tra crediti e debiti a livello regionale, tenuto conto del saldo della mobilità.

La voce crediti verso aziende sanitarie pubbliche sarà movimentata, in conseguenza di quanto precedentemente esposto, dai crediti sorti per prestazioni sanitarie e non, che non sono assimilabili alla mobilità attiva (consulenze, cessione di sacche di sangue, ...); viceversa, la voce crediti verso Regione, consentirà alle Aziende di iscrivere in bilancio la posta (contrapposta ai ricavi per mobilità sanitaria attiva regionale ed extra-regionale) relativa alla mobilità attiva maturata nel corso dell'esercizio che sarà oggetto di compensazione, a livello regionale, nella *Clearing House* al netto della mobilità passiva.

La sezione del passivo è suddivisa in sei macro aree, ossia: Patrimonio netto, fondi rischi ed oneri, premio operosità medici SUMAI (trattamento di fine rapporto nel nuovo schema), debiti, ratei e risconti, conti d'ordine.

La classe *Patrimonio netto* assume una valenza particolare. Essa, infatti evidenzia l'insieme delle risorse a disposizione dell'azienda sanitaria a titolo di capitale. Tenuto conto che le aziende sanitarie ed ospedaliere nascono come «continuazione» delle Usl potrebbe risultare difficoltoso definirne il contenuto. Semplicisticamente si potrebbe definire come l'insieme dei conferimenti che provengono o dal soggetto finanziatore per eccellenza, la Regione di appartenenza, oppure dalla svolgimento della gestione.

Questa voce risulta scomposta, nello schema di bilancio fino ad oggi utilizzato, nelle seguenti classi:

I contributi in c/capitale da Regione (e da Provincia autonoma) indistinti;

II contributi in c/capitale da Regione (e da Provincia autonoma) vincolati;

III fondo di dotazione;

IV contributi per ripiano perdite distinti per anno;

V utile o perdita portati a nuovo;

VI utile o perdita dell'esercizio.

Il nuovo schema di bilancio prevede, invece, le seguenti classi per il patrimonio netto:

I finanziamenti per investimenti;

II donazioni e lasciti vincolati ad investimenti;

III fondo di dotazione;

IV contributi per ripiano perdite distinti per anno;

V utile o perdita portati a nuovo;

VI utile o perdita dell'esercizio.

Le classi *sub* I e II meritano un'analisi particolare che rimandiamo al prossimo paragrafo. La classe *sub* III, invece, accoglie il fondo di dotazione dell'azienda sanitaria (5). Esso si determina in sede di primo impianto attraverso la differenza tra attività e passività aziendali. L'operazione in questione, teoricamente ineccepibile, ha determinato non poche difficoltà di natura applicativa all'interno di quelle aziende sanitarie pugliesi che, deliberata l'adozione della contabilità economica, hanno dovuto determinare i saldi iniziali per potere effettuare le scritture di apertura. Successivamente al primo anno di applicazione della contabilità economico-patrimoniale il fondo di dotazione accoglierà i conferimenti in conto capitale ottenuti dall'azienda e gli utili che, per esplicita scelta aziendale al momento del loro riparto, vengono attribuiti a riserva. Peraltro, secondo le indicazioni regionali dovranno essere individuate le

modalità di destinazione dell'utile e di copertura della perdita. La restante parte dell'accantonamento a riserva può essere destinata ad investimenti o ad iniziative straordinarie per il funzionamento dell'azienda.

Il nuovo schema di bilancio prevede i seguenti fondi:

1) fondi per imposte;

2) fondi per rischi;

3) altri.

Per quanto concerne i *fondi per rischi* è utile sottolineare che la denominazione di questi risulta assai vaga, necessitando di ulteriore specificazione (Rea M.A., 1998). Le linee guida del ministero ne danno, infatti, una descrizione alquanto generica: «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».

I valori dei fondi rischi ed oneri vanno iscritti tra le passività dello stato patrimoniale alla classe B). Le linee guida del ministero suggeriscono di utilizzare, per il loro funzionamento, il procedimento che prevede che «... al momento del verificarsi del costo relativo al rischio o alla spesa, rileva le perdite nei conti specifici accesi alle variazioni di esercizio e storna il fondo al conto economico, consentendo, in questo modo, di far risultare il fenomeno nel conto economico (cosiddetto metodo indiretto)».

Scorrendo i bilanci delle aziende sanitarie pugliesi ci si rende conto del rilievo che assumono tra i fondi rischi i fondi stanziati per il pagamento delle spese legali su decreti ingiuntivi e per la copertura dei rischi per interessi di mora.

La classe *Premio di operosità medici Sumai* (6) (sostituita dalla classe *trattamento di fine rapporto* nello schema del decreto 11 febbraio 2002) coincide, per funzioni e per natura,

con il trattamento di fine rapporto del lavoro subordinato. Essa, infatti, accoglie annualmente un accantonamento pari al debito maturato verso il personale medico specialistico interno in modo da imputare all'esercizio il costo di competenza e quindi precostituire la disponibilità necessaria per la corresponsione di questo particolare trattamento di fine rapporto agli aventi diritto. Per quanto riguarda le quote per gli esercizi precedenti all'entrata in vigore della contabilità economica, bisognerà computare nel fondo un ammontare pari ai compensi attualmente già maturati negli esercizi precedenti.

La macroclasse D) (*debiti*) accoglie tutte le passività di ammontare e data di manifestazione certi e determinati. I debiti originano, tipicamente, da operazioni di acquisto dei fattori produttivi necessari alla produzione. Un debito è iscrivibile in bilancio dal momento in cui è avvenuta l'operazione di acquisto che lo ha generato: acquisto di beni di consumo, acquisto di immobilizzazioni, acquisto di servizi, prestazione di attività lavorativa da parte dei dipendenti.

Il nuovo schema di bilancio prevede, per la voce debiti, la seguente classificazione:

1) mutui;

2) Regione (e Provincia 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.

La classificazione ed il contenuto delle principali voci è la seguente.

Debiti verso Regione in questa voce vanno inseriti i debiti che per varia natura vengono a crearsi tra la Ausl e la

Regione Puglia dato il rapporto funzionale che esiste tra gli enti.

Debiti verso comune.

Debiti verso altre Ausl (mobilità passiva): questi debiti sorgono a seguito di prestazioni sanitarie rese ai residenti nell'ambito territoriale di competenza dell'Azienda da strutture operanti in ambiti territoriali di competenza di altre aziende sanitarie. Si comprende come grossi flussi di assistiti verso altre aziende sanitarie possano determinare la rilevazione di costi, con la conseguente iscrizione di debiti nello stato patrimoniale, di entità rilevante tale da avere un effetto significativo sul bilancio di esercizio.

Per la Regione Puglia, vale quanto detto in precedenza, in modo antitetico, per i crediti verso le aziende sanitarie pubbliche.

Debiti verso fornitori: si tratta dei debiti v/fornitori per forniture e prestazioni, sia di natura sanitaria che generale, non ancora pagate. Nell'ambito di questa voce particolare rilevanza hanno i debiti v/fornitori per servizi resi in convenzione.

Altri debiti: comprenderà tutte le altre tipologie di debiti, tra i quali i debiti verso il personale per ferie maturate e non godute.

Per l'iscrizione dei debiti occorre dare distinta indicazione delle quote pagabili entro l'esercizio successivo da quelle pagabili oltre l'esercizio successivo e valgono i principi generali di redazione del bilancio (7).

2.2. La differente composizione del patrimonio netto

I contributi in conto capitale meritano un'analisi specifica e dettagliata, in quanto rappresentano uno dei cambiamenti, tra il precedente schema di bilancio ed il nuovo previsto dal decreto interministeriale del 15 febbraio 2002,

di maggiore interesse e di sicura discussione per la criticità che questa posta ha rappresentato nei bilanci delle Aziende sanitarie. Nello schema di bilancio fino ad oggi in uso, le classi *sub I et II* accolgono i contributi in conto capitale provenienti dalla Regione distinguendo in base alla destinazione, vincolata oppure indistinta. Peraltro, in particolare, si segnala la mancata previsione di una voce relativa ai contributi in c/capitale erogati da soggetti diversi da quelli di cui sopra (ad es. U.e.), omissione questa alla quale si è ovviato in sede di predisposizione del nuovo schema di bilancio. La denominazione dei contributi, e la conseguente distinzione, riflette più la collocazione contabile delle somme nel bilancio dell'ente erogante più che l'effettivo «animus» con il quale i contributi vengono concessi (8).

Vengono annoverati tra le parti ideali del patrimonio netto solo i contributi che hanno lo scopo di incrementarlo, di qui la dizione in conto capitale; oppure i contributi finalizzati al ripristino del capitale iniziale, comprendendo anche i trasferimenti per il ripiano di perdite in quanto destinati alla ricostituzione del patrimonio perso a seguito della gestione, che in realtà sono afferenti più alla sfera delle attività correnti e non a quelle in conto capitale.

I contributi in conto capitale presentano, inoltre, alcune criticità di trattamento contabile. Dal punto di vista civilistico non esiste una specifica norma per il loro trattamento e non vi è, peraltro, un principio contabile appositamente statuito per essi. I contributi in conto capitale sono trattati indirettamente nel principio contabile n. 16 relativo alle immobilizzazioni materiali alla lettera F «contributi in conto capitale commisurati al costo delle immobilizzazioni materiali» e desunto per analogia. Il documento n. 16 stabilisce che per contributi in conto

capitale si intendono le somme erogate dallo Stato e da altri enti ed imprese per la realizzazione di iniziative dirette alla costruzione, alla riattivazione ed all'ampliamento di immobilizzazioni materiali, commisurati al costo delle medesime. Una volta interpretato il termine ai fini del documento è possibile passare al trattamento contabile avendo prima indicato gli stessi contributi in conto capitale come contributi a fondo perduto. Tale equiparazione evoca una vera e propria tripartizione delle fonti utilizzate per gli impieghi (9) rispetto alla classica bipartizione tra «capitale proprio» e «capitale di credito» (10).

Il principio contabile n.16 consente due trattamenti contabili per la corretta valutazione dei contributi in conto capitale:

1) accredito a conto economico del contributo in relazione alla durata di utilizzazione dei cespiti;

2) accredito del contributo in una posta del Patrimonio netto;

Il primo trattamento contabile può essere applicato con due metodi di contabilizzazione:

1a) il primo metodo di contabilizzazione prevede, che i contributi siano imputati al conto economico tra gli «altri ricavi e proventi» per la quota di competenza, ovvero in relazione agli ammortamenti calcolati sul cespite a cui si riferiscono, mentre la parte non di competenza viene rinviata tramite l'iscrizione dei risconti passivi. La competenza viene data dalla vita utile dei cespiti per la quale l'impresa ha ottenuto il contributo. Con tale metodo sono imputati al conto economico ammortamenti calcolati sul costo lordo dei cespiti ed altri ricavi e proventi per la quota di contributo di competenza dell'esercizio;

1b) con il secondo metodo i contributi vengono portati a riduzione del costo dei cespiti a cui essi si riferiscono. In tal caso, sono imputati al conto

economico ammortamenti determinati sul costo netto del cespite calcolati.

Il primo metodo di contabilizzazione (art. 1a) è sicuramente riconosciuto come il più ortodosso da un punto di vista tecnico ed è peraltro, l'unico metodo riconosciuto dallo IAS 20 perché consente una più chiara rappresentazione della situazione patrimoniale e del risultato economico.

Il secondo trattamento contabile previsto dal principio contabile n. 16 prevede l'iscrizione del contributo in una apposita *Riserva* ben distinta tra le voci del patrimonio netto. Quest'ultima impostazione, adottata peraltro dalle aziende pugliesi su indicazione della Regione Puglia, consentiva di usufruire dei benefici offerti dalla vecchia legislazione fiscale la quale dava la possibilità di sospendere dalla tassazione il cinquanta per cento dei contributi a fondo perduto erogati a fronte del costo delle immobilizzazioni materiali beneficiando al contempo della deducibilità fiscale dell'ammortamento calcolato sul costo pieno dei cespiti cui i contributi si riferivano. Più precisamente, tale disciplina richiedeva, come condizione necessaria per sospendere la tassazione, l'iscrizione del cinquanta per cento dei contributi in un'apposita riserva del patrimonio netto da non utilizzarsi per scopi diversi dalla copertura di perdite. Peraltro, come ultimo beneficio, la vecchia versione dell'art. 55 comma 3 del TUIR stabiliva che i contributi in conto capitale, almeno per il cinquanta per cento non accantonato, concorressero a formare il reddito in quote costanti nell'esercizio in cui sono stati incassati e nei successivi ma non oltre il nono (con la nuova versione «non oltre il quarto»).

I benefici sopra descritti sono completamente cessati con l'introduzione delle disposizioni contenute nell'art. 21 comma 4 della L. n. 449 del 27 dicembre 1997 le quali hanno introdotto

una nuova disciplina fiscale per i contributi in conto capitale. Le suddette disposizioni, che hanno avuto effetto a partire dal periodo d'imposta che ha avuto inizio con il 1° gennaio 1998, introducono due novità fondamentali che sono:

1) l'eliminazione della possibilità di accantonare in un fondo in sospensione d'imposta i contributi in conto capitale ricevuti;

2) la previsione di un nuovo regime fiscale per i contributi in conto capitale destinati all'acquisizione di beni ammortizzabili.

Con questa modifica alla disciplina fiscale, si sono venute a delineare due distinte modalità di trattamento fiscale per le due seguenti tipologie di contributi in conto capitale:

I. contributi destinati all'acquisizione di beni ammortizzabili, oggi definiti come «Contributi in conto impianti»;

II. contributi diversi da quelli destinati all'acquisizione di beni ammortizzabili, oggi definiti come «Contributi in conto capitale» in senso stretto.

Una prima conseguenza di quanto sopra evidenziato è che la nuova disciplina dei contributi in conto capitale non si applica più a quelli destinati all'acquisizione di beni ammortizzabili, i quali sono stati esclusi dal novero delle sopravvenienze attive così come specificato dalla nuova versione dell'art. 55 del TUIR. Per effetto di tale modifica il concorso alla formazione del reddito imponibile dei contributi in conto impianti non avviene più con il criterio della cassa ma in base a criteri civilistico-contabili che stabiliscono la competenza, ai sensi dell'art. 75 del TUIR, dei contributi medesimi in relazione al processo di ammortamento dei beni per la cui acquisizione gli stessi sono stati concessi. È importante peraltro sottolineare che dal 1° gennaio 1998 i contributi in conto im-

pianti costituiscono dei ricavi anticipati che vanno riscontati in relazione alla durata degli investimenti cui i contributi si riferiscono.

Nel trattare degli effetti che la nuova disciplina fiscale ha avuto sui «contributi in conto capitale» in senso stretto è necessario richiamare la nuova versione dell'art. 55 del TUIR, la quale non riporta più il riferimento al regime della sospensione dall'imposizione dei contributi in conto capitale ma cede il passo alla integrale imposizione dei medesimi contributi nell'esercizio di incasso o in quote costanti a partire da quest'ultimo e nei successivi ma non oltre il quarto. L'eliminazione del regime di sospensione si è reso applicabile ai contributi incassati a partire dall'esercizio che ha avuto inizio il 1° gennaio 1998, anche se concessi in esercizi anteriori, ferma restando la sua applicabilità per i contributi incassati negli esercizi precedenti.

Per meglio chiarire il criterio di rilevazione dei contributi è necessario distinguere l'aspetto civilistico dall'aspetto fiscale. Innanzitutto è utile ricordare che il principio contabile n. 16, definendo i contributi in conto capitale come le somme erogate dallo Stato e da altri enti ad imprese per la realizzazione di iniziative dirette alla costruzione, alla riattivazione ed all'ampliamento di immobilizzazioni materiali, non effettua la distinzione tra «contributi in conto impianti» e «contributi in conto capitale in senso stretto», che invece viene adottata dal legislatore fiscale per distinguere i contributi destinati all'acquisizione dei beni ammortizzabili dai contributi destinati ad altre tipologie di acquisti. Questa premessa è importante perché civilisticamente i suddetti contributi devono essere contabilizzati secondo il criterio della competenza economica, ed iscritti in bilancio nell'esercizio in cui viene emessa la deliberazione di

assegnazione.

Fiscalmente invece, la rilevazione dei contributi deve avvenire secondo il criterio di cassa per quelli in «conto capitale» e secondo il criterio della competenza per quelli in «conto impianti», i quali non sono più considerati sopravvenienze attive.

Nelle «Linee guida» emanate nel 1995 il Ministero della sanità ha affermato che, per quanto attiene alle aziende sanitarie, i contributi in conto capitale devono essere iscritti in un'apposita riserva del patrimonio netto e, successivamente, portati al conto economico imputando tra i ricavi una quota parte dei contributi stessi, in linea con il processo di ammortamento dei beni finanziati, al fine di «sterilizzare» l'effetto di quest'ultimo.

Questa sterilizzazione si rende necessaria per evitare che la gestione dell'azienda sanitaria sia gravata da oneri in realtà sostenuti finanziariamente da altri soggetti. Pertanto, allo scadere del periodo di ammortamento, si giungerà all'azzeramento dell'intero contributo in c/capitale utilizzato.

Nell'ambito del nuovo schema di bilancio per le Asl e le Aziende ospedaliere è stata mantenuta tra le componenti del patrimonio netto la voce «finanziamenti per investimenti» e, in sostituzione della precedente distinzione tra contributi conto capitale indistinti e vincolati, è stata aggiunta la voce «Donazioni e lasciti vincolati ad investimenti».

Le scritture contabili relative alla contabilizzazione dei contributi in conto capitale in un'Azienda sanitaria

secondo quest'ultima impostazione sono riportate in tabella 1.

Il criterio descritto nella tabella è in linea con quanto indicato nel «Percorso metodologico per l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale» del Ministero della sanità (11), ma è in contrasto con i criteri raccomandati dai Consigli nazionali dei dottori commercialisti e dei ragionieri in merito alla valutazione e relativa contabilizzazione dei contributi in conto capitale. Oltretutto, l'introduzione del nuovo schema di bilancio ha deluso notevolmente le aspettative di tutti gli operatori del settore che si attendevano il recepimento delle proposte di modifiche e di avvicinamento ai principi del Codice civile e ai principi contabili.

Dal punto di vista degli effetti, il trattamento suggerito dal Ministero

Tabella 1

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| ISTITUTO TESORIERE | a | FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI |
| per accredito del contributo di cui alla deliberazione n. ... del ... presso la contabilità speciale nella tesoreria prov. competente. | | |
| ATTREZZATURE E STRUMENTI SANITARI | a | FORNITORI |
| per acquistata apparecchiatura XYZ in relazione al contributo di cui alla deliberazione n. ... del ... | | |
| FORNITORI | a | ISTITUTO TESORIERE |
| per pagamento fattura n. ... relativa all'acquisto di cui alla deliberazione n. ... del ... | | |
| AMMORTAMENTI | a | FONDO AMMORTAMENTI ATTREZZATURE |
| per quota ammortamento apparecchiatura di cui alla fattura n. ... del ... | | |
| FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI | a | COSTI CAPITALIZZATI |
| per la sterilizzazione del risultato economico della quota | | |

del tesoro risulta essere un ibrido in quanto, se da un lato produce gli stessi effetti sul conto economico del trattamento contabile suggerito dai principi contabili dei dottori commercialisti e dei ragionieri, che, come abbiamo visto, prevede l'iscrizione dei contributi in conto capitale tra i risconti passivi e l'accredito graduale al conto economico sulla base del previsto periodo di ammortamento dei beni acquistati, dall'altro determina un indebito incremento del patrimonio netto attraverso l'inserimento di una posta che ha natura di risconto passivo.

2.3. Conto economico

Il conto economico è redatto in forma scalare per consentire l'evidenza di risultati intermedi. La possibilità di ottenere risultati distinti (della gestione caratteristica, della gestione finanziarie e patrimoniale e della gestione straordinaria) assume rilevanza significativa ai fini della conoscenza effettiva dei fatti aziendali. L'analisi del conto economico, infatti, riflette l'esigenza di conoscere le cause dei flussi economici che ne determinano il risultato finale. In altre parole, secondo quanto affermato dai dottori commercialisti (12), tale conto «deve fornire un'espressiva rappresentazione e dimostrazione delle operazioni di gestione, mediante una sintesi dei componenti positivi e negativi di reddito che hanno contribuito a determinare il risultato economico conseguito, raggruppati in modo da fornire significativi risultati intermedi».

Nell'ambito dell'insieme dei costi e ricavi manifestatisi all'interno dell'azienda sanitaria durante l'esercizio, sorge, dunque, in via preliminare la necessità di individuare le relative aree di appartenenza. Si cerca, cioè, di distinguere i componenti di reddito a seconda della provenienza gestionale. A tal fine si individuano una gestione

ordinaria e una gestione straordinaria. La gestione ordinaria a sua volta, come abbiamo già visto, si articola in: caratteristica, extracaratteristica, finanziaria;

Si parla di costi e ricavi caratteristici con riferimento all'attività svolta istituzionalmente, appunto quella socio-sanitaria. In questa ottica, sono ricavi caratteristici tutti quei componenti positivi di reddito che maturano a fronte di servizi resi. Ci riferiamo, in particolare, ai contributi in c/esercizio da parte degli enti pubblici di riferimento (Regione, Provincia, comuni) che assumono la natura di finanziamento dell'attività di erogazione dei servizi e prendono il posto dei finanziamenti correnti propri dei sistemi di contabilità pubblica. Inoltre, vengono in questa sede considerati altresì i proventi direttamente imputabili alla prestazione dei servizi (*ticket*) e, in genere, tutti quei ricavi che promanano dall'attività tipica dell'azienda.

La gestione extra-caratteristica comprende quelle attività che, pur svolte con continuità, a ben vedere non sono riferibili alla missione istituzionale dell'azienda sanitaria. A tal proposito, i conti sono influenzati da una vasta casistica di attività non sanitarie, dall'affitto di fondi e locali commerciali, alla gestione di mense, all'alloggio a personale religioso ecc., il cui impatto va separatamente evidenziato.

Le poste del conto economico sono classificate per natura.

Il *valore della produzione* è composto da:

1) *contributi in conto esercizio*. Sono i contributi assegnati alle Ausl dalla Regione per finanziare attività di esercizio (attività istituzionale). Essi consistono, essenzialmente, in assegnazioni derivanti dal Fondo sanitario, con o senza vincolo di destinazione, e in trasferimenti correnti della Regione di appartenenza per funzioni

subdelegate statali o per funzioni delegate regionali. Le Ausl, infatti, ricevono finanziamenti dallo Stato, attraverso le regioni, parametrizzati al bacino di utenza (metodo della «Quota capitaria») e devono provvedere a finanziare i presidi ospedalieri di competenza in base ai servizi prestati. Si è così stabilito un rapporto economico fra l'Ausl, responsabile del finanziamento, e l'ospedale che ottiene la remunerazione dei servizi che offre (Chimenti M.G., 1998). Il Piano sanitario regionale della Puglia (13) pone comunque un limite alla spesa per assistenza ospedaliera. Infatti i presidi ospedalieri sono finanziati dalle Ausl di competenza in base ai servizi prestati, ma con un tetto al finanziamento imposto dai LEA (livelli essenziali di assistenza) che per il 2002 prevedono un finanziamento medio pari al 49% (46%, obiettivo 2003) della quota capitarla. Pertanto, in Puglia non sempre è riscontrabile un rapporto obiettivo tra la spesa per l'assistenza ospedaliera ed i servizi prestati dai presidi.

Tra i contributi in conto esercizio ci sono anche quelli vincolati, ottenuti per il finanziamento di progetti specifici (ricerca, assistenza straordinaria, formazione del personale dipendente, prevenzione, ed altro). Essi sono rilevati tra i ricavi di esercizio in funzione dell'avanzamento dei progetti a cui si riferiscono. A fine esercizio la quota dei contributi non correlabile ai costi addebitati al conto economico è rilevata tra i risconti passivi;

2) *proventi e ricavi diversi*. Comprendono tutte le voci relative agli altri ricavi dell'azienda a carattere sia principale sia accessorio; si dovrà pertanto registrare fra questi componenti positivi di reddito, ad esempio, l'importo totale delle prestazioni effettuate in favore dei cittadini di altre aziende sanitarie (separando quelle della Regione Puglia da quelle di altre regioni) e fra quelli negativi l'importo

totale delle prestazioni ricevute, in strutture esterne, da cittadini del proprio territorio. Le registrazioni dovrebbero avvenire sulla base delle risultanze trasmesse dalle Regioni, le quali però non sono sempre nelle condizioni di comunicare alle aziende, entro tempi utili, gli importi consuntivati per l'esercizio precedente; si rende pertanto necessario effettuare delle stime sulla base degli ultimi dati disponibili o, in mancanza, sulla base dei dati dell'esercizio precedente;

3) *concorsi recuperi rimborsi per attività tipiche*. Questa voce comprende tutti i rimborsi relativi all'attività tipica (per esempio spese del personale, personale comandato, ecc.); secondo quanto previsto dalle linee del ministero, comprende anche il concorso da parte del personale nelle spese di vitto, alloggio e vestiario, i recuperi per azioni di rivalsa e concorsi, recuperi e rimborsi da soggetti diversi;

4) *compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie*. Si tratta dei ticket versati all'azienda sanitaria dai cittadini richiedenti le prestazioni;

5) *costi capitalizzati*. Questi sono quei costi che, rilevati nell'esercizio, appartengono economicamente ad esercizi futuri.

Tra i costi capitalizzati dovranno essere inserite le quote dei contributi in conto capitale finalizzate alla sterilizzazione degli ammortamenti. In relazione a ciò è utile segnalare un orientamento abbastanza diffuso che propone l'inserimento di tali valori tra i proventi di natura finanziaria. Non ci sentiamo di condividere quest'ultima impostazione in quanto la contabilizzazione della «sterilizzazione» nei proventi finanziari non produrrebbe alcun effetto ai fini della determinazione della differenza tra valore della produzione e costi della produzione.

I costi della produzione rappresentano l'onere sostenuto dall'azienda per lo svolgimento dell'attività.

Nella classe 1) «acquisti di beni» sono comprese, senza alcuna distinzione, tutte le acquisizioni di beni necessari allo svolgimento dell'attività dell'azienda sanitaria. Ci sembrerebbe necessario almeno distinguere tra costi sostenuti per spese sanitarie e quelli per spese non sanitarie.

Nella voce 2) relativa agli «acquisti di servizi», nelle classi a) e b) «costi per prestazioni sanitarie» è rilevata anche la mobilità passiva per competenza oltre ai costi sostenuti per le prestazioni sanitarie rese da strutture private e pubbliche (per assistenza farmaceutica, medicina di base e specialistica ambulatoriale) o da altre aziende sanitarie locali a cittadini residenti nel territorio della Ausl di riferimento. Qualora entro la data di redazione del bilancio tale informazione non dovesse essere del tutto o in parte definita, l'importo in oggetto viene determinato in base alla migliore stima disponibile, tenuto conto del principio della competenza e della prudenza. Tra i costi per prestazioni di servizi vengono però incluse anche le spese per servizi appaltati di natura non sanitaria (lavanderia, pulizia, mensa, ecc.) che necessitano certamente di essere riportate separatamente.

Nello schema di bilancio fino ad oggi utilizzato, l'aggregato C) accoglie tutte le poste relative alla gestione finanziaria, con ciò intendendo in sintesi *proventi finanziari* (interessi attivi) *oneri finanziari* (interessi passivi, oneri bancari). Induce certamente perplessità la distinzione tra le categorie 1) «oneri finanziari» e 2) «interessi»; a tale proposito le linee guida ministeriali specificano che per «interessi» vanno intesi esclusivamente gli interessi attivi maturati sul conto bancario presso l'istituto tesoriere dell'ente ed altri interessi attivi. Più intelligibile sarebbe stata certamente la distinzione tra «interessi passivi ed altri oneri fi-

nanziari» e «interessi attivi ed altri proventi finanziari».

Di difficile comprensione è anche il contenuto della categoria 3) «entrate varie», e la ratio della sua appartenenza all'aggregato «proventi e oneri finanziari». Infatti le linee guida, tra le poste da inserire in questa categoria, indicano: «le ulteriori entrate non tipiche delle Ausl, quali, ad esempio, gli introiti derivanti dai distributori di caffè e di acqua minerale, compensi per servizi telefonici, e gli eventuali fitti attivi». Si tratta quindi di valori che hanno ben poco a che fare con la gestione finanziaria, ma che attengono più propriamente alla gestione accessoria (Rea M.A., 1998).

Infatti, il nuovo schema di bilancio ha previsto le seguenti classi:

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

Per quanto concerne la voce D), *rettifiche di valore di attività finanziarie*, si ritiene che, almeno allo stato attuale, si presenti come scarsamente movimentabile, data l'assenza fisiologica delle attività finanziarie nel patrimonio dell'azienda sanitaria.

Infine, l'aggregato E), *proventi ed oneri straordinari*, raccoglie i componenti di reddito di natura straordinaria, quelli, cioè, che derivano da operazioni estranee all'attività ordinaria dell'azienda (dove tale estraneità varia a seconda degli orientamenti normativi dottrinali seguiti). La *ratio* di tale separata indicazione sta nel volere evidenziare distintamente il risultato della gestione ordinaria, come tale caratterizzato da una certa ripetibilità negli anni, da quello derivante dall'area straordinaria, necessariamente occasionale ed imprevedibile. A tale riguardo si indica la necessità di evidenziare in tale sezione le plusvalenze e le minusvalenze relative alla cessione

obbligata di tutti i beni da reddito delle aziende sanitarie.

Le aziende sanitarie locali secondo l'art. 87, comma 1, lettera c) del D.P.R. n. 917 del 22 dicembre 1986 sono inquadrabili, nell'ambito dei soggetti passivi d'imposta, tra gli «Enti non commerciali» in quanto le stesse non hanno per oggetto esclusivo o principale l'esercizio di attività commerciali. Il prevalente svolgimento di attività assistenziali e sanitarie (quindi non commerciali), non impedisce all'azienda di svolgere altre attività (commerciali) soggette a tassazione.

Tralasciando la distinzione di carattere fiscale, di quali tra le attività sono da considerarsi commerciali e quali no, importanti sono le implicazioni che tale distinzione ha dal punto di vista contabile.

L'art. 109 del T.U.I.R. D.P.R. 22 dicembre 1986 n. 917 al n. 2, impone agli enti non commerciali che esercitano anche attività commerciali, l'obbligo di tenere la contabilità separata al fine di determinare il reddito imponibile e quello non imponibile (fino al 31 dicembre 1997 era data facoltà agli enti con attività promiscue di optare per la contabilità separata ovvero utilizzare un metodo di deduzione del costo pro-quota: Ricavi e proventi commerciali/Totale ricavi e proventi).

Lo stesso art. 109 al n. 4-bis però deroga alle disposizioni precedenti dettando un'eccezione per chi è soggetto alle disposizioni in materia di contabilità pubblica (contabilità finanziaria) esonerando tali soggetti dalla tenuta della contabilità separata.

Con l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale sembra essere caduto il presupposto che esonerava le Asl dagli obblighi imposti dal n. 2 dell'art. 109; quindi, una volta accertate quali attività sono da considerarsi commerciali e quali no, l'unica via

percorribile sembra essere appunto quella della contabilità separata.

3. Conclusioni

A dieci anni dall'avvio del riordino del Ssn, col consolidarsi delle esperienze e con l'evidenziarsi delle esigenze, continuiamo a riflettere sulla disciplina contabile e soprattutto sulla capacità informativa dei bilanci redatti nel suo pieno rispetto.

In particolare ci chiediamo se il fine stabilito dalla «Legge di riforma», D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, di puntare ad un più chiaro, evidente e veritiero sistema di rilevazione e rappresentazione delle realtà delle aziende sanitarie, trovi riscontro nelle attività delle singole regioni, nel rispetto delle indicazioni circa i principi di redazione del bilancio ed i criteri di classificazione e valutazione delle poste in esso iscritte.

Il bilancio redatto secondo le finalità del legislatore e, quindi, secondo il dettato del Codice civile deve essere in grado di dare una «rappresentazione veritiera e corretta della situazione patrimoniale e finanziaria, ...». È evidente che il raggiungimento di questo risultato dipenderà, più che dall'*animus* del legislatore, dal *modus* con il quale il bilancio viene redatto e, quindi, dall'insieme delle regole dettate per la sua formazione.

In particolare, tenuto conto del «passato» delle aziende sanitarie, specialmente di quelle pugliesi, possiamo dire che i nuovi strumenti contabili non sempre sono in grado di dare una «rappresentazione veritiera e corretta». La non piena intelligibilità degli appositi schemi di bilancio e la non sempre logica aggregazione delle poste in essi contenute mettono continuamente in discussione la veridicità e la correttezza della rappresentazione della situazione economica e patrimoniale. Questo è ancora più evidente in

relazione alla situazione finanziaria alla quale, al contrario di quella patrimoniale e del risultato economico che trovano puntuale disciplina in appositi schemi, non è stata destinata altrettanta normazione. Pertanto se i limiti della contabilità pubblica erano rappresentati dalla incapacità di misurare «il consumo» delle risorse spese, appare chiaro che il bilancio d'esercizio, redatto in osservanza del Codice civile, rischia di non essere in grado di fornire adeguate informazioni sulla realtà finanziaria dell'azienda.

Sono tutte questioni che non hanno però, almeno in Puglia, sollecitato alcun tipo di riflessione da parte della Regione. Com'è noto, l'art. 2423 c.c. prevede, sulla base della norma ispiratrice (la IV Direttiva CEE) che se, in casi eccezionali, l'applicazione dei principi contrasta con la «rappresentazione veritiera e corretta ...» la stessa non deve essere applicata. Orbene non si comprende perché, a quanto ci risulta, le norme attuative regionali pugliesi non hanno tenuto conto di questo limite del legislatore civilista.

L'introduzione del nuovo schema di bilancio, in base a quanto disposto dal decreto interministeriale del 15 febbraio 2002, pone, inoltre, un altro problema nel perseguimento del principio relativo alla «rappresentazione veritiera e corretta ...»; le aziende sanitarie dovranno redigere il proprio bilancio di esercizio in base ai dettami legislativi della Regione i quali non risultano essere sempre in linea con quanto previsto nello schema predisposto dal decreto interministeriale. Si ritiene peraltro del tutto impraticabile la strada della doppia redazione del bilancio di esercizio per soddisfare la duplice esigenza, come difficile e non sempre fattibile la riclassificazione da uno schema all'altro. Quest'ultima criticità va ad inserirsi, quindi, in uno scenario in cui possiamo dire che il rinvio alle norme del Codice civile, af-

fiancato dal mutamento dello stato giuridico e dalla autonomia, sono elementi necessari per il mutamento formale delle strutture sanitarie, ma non sempre sufficienti per un effettivo cambiamento che è soprattutto culturale.

(1) Sui caratteri di aziendalità delle Ausl si veda, tra gli altri, Rea M.A. (1998), capitolo II.

(2) Sui sistemi di controllo economico dei servizi sanitari pubblici si veda Borghoni E., *Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale*, in Borghoni E. (a cura di) (1990).

(3) Su questo aspetto si veda Grandis F.G. (1996), p. 53.

(4) Modificazioni all'art. 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come previsto da D.L.vo 19 giugno n. 229, riforma *ter* del Ssn.

(5) Non si comprende il motivo per il quale il fondo di dotazione, assimilabile al «capitale sociale» del bilancio delle imprese, sia stato posto dopo i finanziamenti e donazioni per investimenti.

(6) Acronimo di Sindacato unitario medici ambulatoriali italiani.

(7) Per cui:

— i debiti vanno iscritti al loro valore nominale;

— nella valutazione dei debiti, in base al principio della prudenza, non si deve tener conto dei possibili futuri sconti ed abbuoni;

— gli eventuali debiti in valuta devono essere convertiti in lire (ora euro).

(8) Per una trattazione più completa si veda Grandis F.G. (1996).

(9) Tripartizione in: capitale proprio, capitale di credito, contributi in conto capitale.

(10) Sul tema si veda Sica M. (1988).

(11) Emanato con circolare del Ministero della sanità, dipartimento della programmazione nel luglio 1997.

(12) Si veda il documento n. 12 emesso dalla Commissione per la statuizione dei principi contabili del Consiglio nazionale dei dottori commercialisti e del Consiglio nazionale dei ragionieri, Giuffrè, gennaio 1994.

(13) Piano sanitario regionale 2002-2004, approvato con deliberazione Giunta regionale n. 2087 del 27 dicembre 2001.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. (1983), *L'impresa pubblica*, Giuffrè, Milano.

AA.VV. (1993), *Manuale di diritto amministrativo*, Utet, Torino.

ANSELMI L. (A CURA DI) (1996), *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 ore, Milano.

ANSELMI L., VOLPATO O. (A CURA DI) (1990), *L'azienda salute*, Giuffrè, Milano.

ARTONI R., SARACENO P. (1996), «Finanziamento delle sanità e trasferimenti interregionali», in Petretto A., *Economia della sanità*, Bologna.

BORGONOV E. (1984), «Il sistema contabile degli istituti pubblici: caratteristiche, valutazioni e prospettive», in Aa.Vv., *Studi e ricerche della facoltà di Economia e commercio dell'Università di Parma*, Patron, Bologna.

BORGONOV E. (A CURA DI) (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, EGEA, Milano.

BORGONOV E. (1996), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, EGEA, Milano.

BRUNETTI G., CODA V., BERGAMIN, BARBATO M. (1991), *Indici di bilancio e flussi finanziari. Strumenti per l'analisi della gestione*, Etas Libri, Milano.

CAPALDO P. (1998) *Reddito, capitale e bilancio di esercizio*, Giuffrè, Milano.

CASATI G. (A CURA DI) (1996) *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, Egèa, Milano.

CASSANDRO P.E. (1963), *Le gestioni erogatrici pubbliche*, UTET, Torino.

COMMISSIONE PER LA STATUZIONE DEI PRINCIPI CONTABILI DEL CONSIGLIO NAZIONALE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEL CONSIGLIO NAZIONALE DEI RAGIONIERI (1994), *Documento n. 12*, Giuffrè Editore, gennaio.

CHIMENTI M.G. (1998), «Le aziende hanno pagato di più», *il Sole 24 ore*, Milano, 22 dicembre.

DEL BENE L. (1996), *Il controllo delle gestioni sanitarie*, in Anselmi L. (1996).

DI CAGNO N. (1979), *Il bilancio di esercizio delle società di capitali secondo la IV direttiva C.E.E.*, Cacucci, Bari.

DI CAGNO N. (2001), *Informazione contabile e bilancio di esercizio*, Cacucci, Bari.

FIorentini G. (1990), *Amministrazione pubblica e cittadino*, Egea, Milano.

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

KLARMAN H.E. (1976), *L'economia sanitaria*, Franco Angeli, Milano.

MINISTERO DELLA SANITÀ - DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE (1997), *Percorso metodologico per l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale*, luglio.

RANALLI F. (1994), *Sulla capacità informativa delle strutture di bilancio*, Cedam, Padova.

REA M.A. (1998), *Le aziende sanitarie pubbliche*, Giappichelli, Torino.

SCHNELLER E. (1997), «Accountability for health care», *HCM*, n. 1, vol. 22.

SCONZA, PACCHIAROTTI (1998), «Un bilancio e tre rivoluzioni», *il Sole 24 ore*, Milano, 26 gennaio.

SICA M. (1988), *I contributi a fondo perduto nell'economia e nei bilanci delle aziende*, Cacucci, Bari.

TERZANI S. (1993), *Introduzione al bilancio di esercizio*, Cedam, Padova.

VALOTTI G. (1994), *Economicità ed innovazione nelle imprese di servizi locali*, Egea, Milano.

Biblioteca

Sezione 6^a

NOVITÀ
RA BIT SAN¹⁵
Rassegna in bit della sanità
un CD-rom con 15 anni
di sanità (1987-2001)

Rassegna Giuridica della Sanità

RAGIUSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

WHO Collaborating Centre for Health legislation

diretta da **Luigi D'Elia**

Gentile lettore,

al passo con i tempi, la SIPIS soc. ed. a r.l., Le mette a disposizione un CD-rom con l'archivio completo in data base per la ricerca (analitico-sistematica o per materia — 98 argomenti, in 1° voce, centinaia di argomenti in 2° e 3° voce —, per singola parola o frase, per magistratura giudicante o per istituzione emanante, per autore o per singola data) degli indirizzi dottrinali, giurisprudenziali ed istituzionali di ben 15 anni di sanità, così come pubblicati in **Ragiusan** dal 1987 a oggi.

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

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

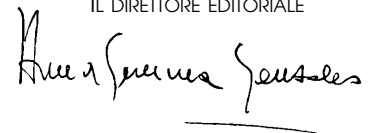
L'offerta di RA BIT SAN¹⁵, la banca dati completa (1987-2001) sulla sua scrivania, Le consente, alle condizioni indicate nell'allegata cedola, di venire in possesso del CD-rom contenente gli indici di **Ragiusan** con l'aggiornamento fino all'ultimo fascicolo pubblicato per il 2001.

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

Se ha acquistato a suo tempo RA BIT SAN¹⁵, il nuovo CD-rom con 15 anni di sanità (fino al 2001) Le viene offerto con lo sconto del 50%, solo € 50,00.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE EDITORIALE



Roma, dicembre 2001

COSTO DEL CD-ROM: € 100,00

Programma abbonamento 2002

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

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

RA BIT SAN¹⁵

Rassegna in bit della sanità
15 anni di sanità (1987-2001)

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

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... li

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

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

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

A. DI STEFANO, F. FERRAUTI,
G. MOINI, C. PACCHI,
D. ANTONELLIS, F. BERTI

Reengineering organizzativo
Teorie, metodi, strumenti
per un'applicazione concreta
in sanità

Centro Scientifico Editore
Torino, 2001
pagg. 275, € 29,00

Il reengineering è un approccio di ricerca-intervento che esamina i singoli processi di un'organizzazione o di una sua parte, per cercare di ridisegnare i sistemi a vantaggio delle performance aziendali. In tal senso questo metodo introduce processi nuovi che migliorano le performance eliminando le strutture tradizionali e combinando le altre in modo da arrivare a soluzioni operative migliori. Gli autori, a seguito degli interventi di reengineering organizzativo effettuati in un'Azienda sanitaria del Lazio, offrono in questa monografia una fitta sequenza di riferimenti teorici, metodi e strumenti applicativi, restituiti in forma semplice e lineare.

INDICE: INTRODUZIONE. 1. ORIENTAMENTI E POLITICHE. 2. REENGINEERING IN UN'APPLICAZIONE CONCRETA.

L'aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale e la riforma del sistema di controllo interno della pubblica amministrazione hanno aperto interessanti prospettive per l'implementazione e lo sviluppo dei controlli gestionali nella realtà delle aziende sanitarie ed ospedaliere. Interessante appare l'evoluzione che assume il controllo di regolarità amministrativa e contabile sia per l'esplicita introduzione normativa delle tecniche e dei principi di revisione aziendale, sia per la criticità che assume la verifica delle procedure amministrative dopo l'abolizione di gran parte dei controlli esterni sull'attività pubblica. All'analisi teorica e normativa viene affiancata una metodologia operativa applicata all'azienda ospedaliera che da un lato vuole mantenere elasticità dei controlli tipicamente aziendali e dall'altro contribuire a raggiungere adeguati livelli di efficienza, efficacia ed economicità.

INDICE: 1. IL CONTROLLO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA E CONTABILE E L'AUDITING NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE. 2. IL CONTROLLO PROCEDURALE NELLE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE. 3. L'ANALYTICAL AUDITING PER IL CONTROLLO PROCEDURALE NELLE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE. 4. METODOLOGIA DI ANALISI DEL SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO ALL'AZIENDA OSPEDALIERA «ANNA MEYER». 5. L'ANALISI DELLE PROCEDURE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA «ANNA MEYER».

MASSIMO BRAGANTI
NICCOLÒ PERSIANI
(a cura di)

**Il controllo di regolarità
amministrativo-contabile
sulle procedure
delle aziende sanitarie
ed ospedaliere**

Franco Angeli
Milano, 2002
pagg. 180, € 17,00

GIORGIO DONNA
SALVATORE NIEDDU
MAURIZIO BIANCO

Management sanitario
Modelli e strumenti
per gli operatori
delle Aziende sanitarie

Centro Scientifico Editore
Torino, 2001
pagg. 331, € 38,50

Le aziende sanitarie stanno attraversando un intenso processo di riforma che richiede l'introduzione di strumenti, tecniche e logiche di gestione manageriale. Il volume tratta diversi aspetti del management sanitario: il sistema contabile, dalla contabilità economico patrimoniale alla contabilità analitica, la programmazione ed il controllo di gestione, dal budget al sistema di reporting, ecc. I temi sono affrontati secondo un approccio che privilegia la chiarezza e la semplicità, facendo ricorso a numerosi esempi e casi concreti.

INDICE: 1. L'AZIENDA SANITARIA. 2. MANAGEMENT E SANITÀ: IL MANAGEMENT SANITARIO. 3. L'ORGANIZZAZIONE E IL FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. 4. IL SISTEMA CONTABILE DELL'AZIENDA SANITARIA. 5. LA CONTABILITÀ ANALITICA. 6. GLI STRUMENTI PER LE DECISIONI MANAGERIALI. 7. LA PROGRAMMAZIONE E IL CONTROLLO DELLA GESTIONE. 8. LA PROGRAMMAZIONE DELLA GESTIONE: I PROGRAMMI E IL BUDGET. 9. IL CONTROLLO DELLA GESTIONE: IL REPORTING E IL CONSUNTIVO. 10. IL SISTEMA DI GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE. 11. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE POSIZIONI E DEL PROFILO. 12. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI. 13. IL SISTEMA INFORMATICO E INFORMATIVO.

Efficienza ed efficacia delle aziende ospedaliere sono temi di grande attualità. In questo contesto il controllo direzionale ha assunto in tali aziende un ruolo di primaria importanza così come, di conseguenza, ha acquisito una valenza strategica lo sviluppo delle conoscenze, ai vari livelli di responsabilità, coerenti con l'esigenza di un corretto impiego delle potenzialità informative di strumenti quali la contabilità direzionale. In relazione a ciò, nel testo sono analizzate le relazioni tra il processo di controllo e la natura delle informazioni ad esso funzionali. In particolare, anche attraverso l'evoluzione in ambito internazionale, si prendono in esame gli aspetti connessi al controllo dei costi ed all'orientamento delle aree di responsabilità.

INDICE: IL CONTROLLO DIREZIONALE NELLE AZIENDE OSPEDALIERE. 2. L'ARTICOLAZIONE E LA DETERMINAZIONE DELLE INFORMAZIONI SUI COSTI. DALLA LOGICA PER «CENTRI DI COSTO» ALLA LOGICA «ACTIVITY BASED». 3. L'ARTICOLAZIONE E LA DETERMINAZIONE DELLE INFORMAZIONI PER AREE DI RESPONSABILITÀ. DALLA PROSPETTIVA DI BREVE TERMINE ALLA PROSPETTIVA STRATEGICA.

ALESSANDRO MUSAIO

**Il controllo dei costi
e delle aree di responsabilità
nelle aziende ospedaliere**

Franco Angeli
Milano, 2001
pagg. 242, € 20,00

I PROCESSI DI ACQUISTO VENDITA DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: LE SCELTE PER L'INNOVAZIONE

Elisa Pintus

OSPA, Osservatorio sui processi di acquisto vendita delle AAPP, Cergas, Università Bocconi

1. Il processo di innovazione delle Aziende sanitarie pubbliche e il riorientamento ai processi d'acquisto-vendita

Le innovazioni che si sono verificate nelle Aziende sanitarie consentono di portare alcuni contributi di riflessione sui processi di acquisto-vendita delle aziende sanitarie. Ad ampliare lo spazio definitorio dei processi di acquisto vendita, fino a ieri denominati comunemente «appalti» (1), si può fin d'ora sottolineare che possono essere intesi come tali «l'insieme delle attività connesse alle azioni che ogni istituzione (pubblica o privata) pone in essere per creare una condizione di scambio economico avente per oggetto dello scambio la costruzione di un'opera, la fornitura di un bene, l'erogazione di un servizio (o un *mix* dell'insieme delle cose) e la determinazione di un prezzo come oggetto di controprestazione dello scambio» (2). Nelle ipotesi in cui il soggetto acquirente, o venditore, sia l'azienda sanitaria, la regolazione del comportamento assume caratteristiche specifiche, tipiche, dell'azione pubblica (3). L'approccio, sotteso al processo di cambiamento, che può essere specificato come introduzione di sistemi di tipo economico-aziendale, può essere inteso, ad una prima lettura, come l'adozione di tecniche manageriali e l'introduzione di meccanismi di mercato nel contesto delle istituzioni pubbliche. Tale l'approccio è, nella consolidata concettualizzazione di *management* europea, ispiratore della necessità di sviluppare specifiche tecniche gestionali non mutuabili dal settore dell'impresa per il peculiare settore pubblico. Questa ridefinizione concettuale, permette di postulare alcuni elementi fondamentali nel processo di modernizzazione delle aziende sanitarie e nell'innovazione dei processi di acquisto vendita:

1) pensare al concetto di amministrazione come attività strumentale ai fini d'istituto, permette di superare la classica concezione di amministrazione avente criteri di correttezza formale, ciò ha valenza specifica per l'attività di acquisto vendita delle aziende sanitarie, poiché accentua, e velocizza, il processo di riorientamento dell'azione pubblica da azione avente principalmente rilevanza giuridica ad azione avente specificità economico-finanziaria;

2) «leggere» la competitività dell'azienda sanitaria come variabile legata non solo ai processi di combinazione dei fattori produttivi, ma come capacità di gestire relazioni tra diverse istituzioni in cui si articola il sistema economico che coinvolge le aziende sanitarie pubbliche. Nei processi di acquisto vendita le decisioni hanno un impatto socio economico specifico (4), per i volumi di risorse destinate all'attività di *contracting* e per la specificità dell'attività di *contracting*;

3) sviluppare, nelle modalità consone alla missione istituzionale delle aziende sanitarie, l'*e-procurement*. L'utilizzo delle tecnologie ICT e le modificazioni economiche organizzative e gestionali ad esso sono sottese, assumono una specifica valenza in termini di

scelta politica in direzione della modernizzazione poiché «spingono» le aziende sanitarie, gli *stakeholder*, i fornitori, i finanziatori dello Ssn a pensare in modo diverso e a rivedere i processi. *Internet e e-procurement* cambiano i rapporti tra aziende sanitarie, o meglio sistema della domanda d'acquisto (Governo centrale e sue emanazioni, Regioni, Agenzie della sanità, società controllate), e imprese (5). I processi d'acquisto possono essere modificati creando condizioni per favorire la diffusione e la trasparenza delle informazioni sulle transazioni economiche tra Amministrazioni pubbliche e privati.

Specifici elementi assumono, quindi, con il processo di modernizzazione delle aziende sanitarie, un ruolo rilevante: l'azione di *contracting out*, esternalizzazione di attività, *outsourcing*, e la più generale distinzione del ruolo di *provider* (fornitore) e di *producer* (produttore) dell'istituzione pubblica, hanno comportato la necessità di ridefinire le formule gestionali, organizzative e di rilevazione economica dei processi di acquisto-vendita delle aziende sanitarie per dare spazio a modelli di *contracting* più in linea con le modificazioni delle istituzioni, dei bisogni pubblici, del ruolo degli attori coinvolti. Azione di *contracting out* e distinzione *provider producer*, sono variabili importanti di un approccio gestionale nel quale diventa qualificante l'attenzione posta all'interazione fra diverse aziende, sia pubbliche sia private (6).

Tale interazione è premonitrice di quanto sta oggi accadendo nelle aziende sanitarie: si rafforza il sistema delle relazioni *Business government*, cioè delle relazioni fra imprese e aziende sanitarie, dove il ruolo delle Aass è di governo complessivo dell'azione pubblica, di validazione, di monitoraggio, di verifica, spostando quindi, molto spesso all'esterno dell'istituzione pubblica, la produzione di tutte le attività a supporto dell'erogazione del servizio pubblico finale.

2. Il processo di modernizzazione delle aziende sanitarie: prime ipotesi di riorientamento del comportamento

Gli obiettivi determinabili per la scelta dell'*outsourcing* nell'ambito pubblico sono rilevanti:

- 1) volontà di concentrare le risorse sugli obiettivi prioritari, cioè sul «core business»;
- 2) determinazione di sviluppare meccanismi di valorizzazione del contratto in termini di *value for money*, in virtù della selezione delle attività da esternalizzare;
- 3) abbattimento dei costi e miglioramento dei livelli di qualità delle attività «secondarie»;
- 4) capacità di fornire agli utenti dell'attività esternalizzata il soddisfacimento dei bisogni;
- 5) ridefinizione dei processi produttivi verso uno sviluppo di approccio specialistico e professionalizzato, grazie alla diminuzione di attività di tipo amministrativo e all'aumento di attività di tipo strategico (governo del contratto);
- 6) sviluppo di attività manageriale della funzione acquisti che passa da una logica dell'intervento d'emergenza a quella dell'intervento programmato.

L'Azienda sanitaria, con il suo *management*, può governare gli obiettivi sottolineati precedentemente in virtù di attenzione specifica ad alcune criticità connesse alle scelte gestionali sugli acquisti:

- innovazione dei criteri di *contracting* (la tendenza a scegliere formule giuridiche e gestionali che privilegino i contratti di servizio) (7);
- rideterminazione degli assetti istituzionali e organizzativi (aziende sanitarie che sono l'unificazione di precedenti aziende, definizione di nuovi disegni organizzativi che tendono a modificare i precedenti, utilizzazione di formule istituzionali quali le unioni d'acquisto, i consorzi, le società miste, le centrali regionali);

— evoluzione nella relazione nella catena fornitore-erogatore-fruttore del servizio pubblico finale.

Tali criticità impongono un riorientamento complessivo rispetto alla funzione acquisti da parte delle aziende sanitarie che integri alcune specifiche variabili:

— legittimazione di una funzione acquisti che sia integrante le varie aree di attività e che eviti duplicazioni inutili (oggi ufficio gare, affari legislativi, appalti, ecc.);

— sviluppo di conoscenze di management degli acquisti;

— responsabilità di processo-procedimento d'acquisto, per chi acquista, per chi utilizza il bene acquistato;

— implementazione di modelli di politiche del personale con coerente responsabilizzazione sui processi;

— sviluppo di sistemi di comunicazione che permettano di esplicitare i bisogni alle imprese fornitrici;

— definizione di strumenti di rilevazione omogenei (*ex ante* dei bisogni per l'acquisto, *in itinere* di fornitura del bene erogazione del servizio, *ex post* della necessità dell'acquisto).

Per quanto riguarda il terzo attore istituzionale, l'impresa fornitrice, questo non è più considerato alla stregua che semplice fornitore di un bene ma diventa sempre di più il fornitore di un «servizio complessivo», ciò rende fondamentale che si comprendano e si analizzino i bisogni delle aziende sanitarie che acquistano.

Una soluzione concreta alla complessità di tali fenomeni può venire da un ripensamento del rapporto fra chi compra e chi vende dove il punto di incontro può essere dato da specifici criteri che permettano all'azienda sanitaria pubblica di valutare l'offerta e all'impresa fornitrice di costruirla sulla base di criteri di scelta capaci di creare una mediazione fra processo di modernizzazione delle aziende sanitarie stesse e approccio «legal thinking» (8).

Vi sono quindi alcuni elementi che diventano elemento di confronto fra offerta e domanda:

— qualità,

— velocità di erogazione,

— affidabilità di erogazione,

— flessibilità,

— innovazione,

— prezzo,

— servizi a supporto del bene acquistato/venduto.

Tale relazione domanda offerta dovrebbe poi avere alcuni punti di cautela:

— un collegamento forte alla visione strategica, per l'azienda sanitaria e per l'impresa;

— la capacità di comunicare i bisogni d'acquisto per l'azienda sanitaria di produzione per l'impresa;

— la tenacia nel seguire i bisogni congiuntamente (l'azienda sanitaria che acquista senza quest'attenzione paga un prezzo ormai altissimo, l'impresa che vende senza seguire i bisogni dell'As rischia di uscire dal mercato).

Quindi diventa elemento fondamentale ad una relazione che, fatto salvo il conflitto d'interesse astratto fra l'azienda sanitaria che acquista e privato che vende, sviluppi una effettiva *partnership* attraverso la scelta della formula contrattuale (9).

Essa deve essere il frutto di una capacità da parte dell'azienda sanitaria di interpretare in chiave economico-aziendale alcune variabili fondamentali:

— le formule giuridiche praticabili (i.e. contratto di fornitura, contratto di servizio, contratto quadro, accordo di programma);

— le formule di governo della relazione istituzionale di *contracting* (i.e. esternalizzazione con società mista, unioni d'acquisto);

— le formule gestionali (i.e. *outsourcing*, *global service*, *general contractor*).

Queste prime riflessioni partono dalla consapevolezza che comunque il miglioramento dei processi d'acquisto deve essere riorientato al fine di consentire soddisfacenti risposte al bisogno istituzionale delle aziende sanitarie di cogliere gli interessi generali e di creare, nell'azione di *contracting*, pubblica utilità.

In virtù delle riflessioni appena esposte, una rassegna bibliografica può consentire una prima modalità di sistematica conoscenza delle concrete problematiche relative agli acquisti pubblici attraverso l'analisi delle pubblicazioni sul tema del *public procurement* e del *management* degli acquisti. Considerata la vastità dell'argomento e l'ampiezza della letteratura esistente, è parso opportuno sistematizzare una selezione bibliografica attenta ad abbracciare le grandi aree tematiche che contribuiscono allo sviluppo i conoscenze, alla determinazione di modelli di riferimento, alla crescita del filone di studi. Infatti, è indubbio che il *Public Procurement* e il *management* degli acquisti sono area di studi multidisciplinare in cui si coniugano aspetti e temi di *management*, aspetti e temi economici, aspetti e temi tipicamente giuridici. Infine, lo scritto è volto a selezionare esclusivamente, nell'ampia bibliografia, i contributi di più recente pubblicazione al fine di attuare una cerniera fra sviluppo ultimo di accadimenti reali e riflessioni, modellizzazioni, riletture critiche delle innovazioni in atto nel campo dei processi di acquisto vendita delle aziende sanitarie pubbliche e del sistema sanitario nel suo complesso.

(1) Infatti, i processi di acquisto-vendita delle aziende sanitarie sono attività economiche, organizzative e gestionali che fanno capo a una delle funzioni che, nel passato, ha avuto più forte connotazione di tipo giuridico-amministrativo.

(2) Il *management* dei processi d'acquisto: le scelte di innovazione sui servizi integrati, di Elisa Pintus, (2001).

(3) In particolare vi è una architettura giuridica peculiare che secondo i casi determina, vincola, specifica, delimita, l'azione pubblica stessa.

(4) Si pensi ai programmi dei *decision makers* politici improntati alla determinazione di attività di «annuncio» di realizzazioni importanti nel campo delle infrastrutture, o alla creazione del consenso fra *decision makers* politici e *management* strategico delle aziende sanitarie sulla destinazione delle risorse economiche su talune attività d'acquisto piuttosto che su altre, o, ancora, all'attenzione alla codecisione con gli *stakeholder* per talune attività d'acquisto.

(5) In particolare sul tema dell'*e-procurement* si veda anche in Pintus E., in E. Anessi Pessina, E Cantù, (2001), pp. 262-370.

(6) Wise (1990) scrive: «The effective functioning of the public administrations is heavily influenced by its ability to impact private organisations with which it shares responsibility for achieving public objectives».

(7) Cfr. § 1.1 Il Processo di modernizzazione delle aziende sanitarie e il riorientamento ai processi d'acquisto-vendita, nella parte in cui si sottolinea l'evoluzione delle aziende sanitarie verso una analisi della distinzione *provider-producer*.

(8) Il *Legal thinking* può essere inteso come l'attenzione specifica alla regolamentazione giuridica dell'azione d'acquisto delle Aapp che non riesce ad analizzare gli spazi d'analisi economica delle scelte d'acquisto.

(9) Cfr. Elisa Pintus (2001), § 1.2 Le relazioni di scambio economico impresa-pa e l'approccio *legal thinking*, nella parte in cui si configurano tipologie di contratti tipo «sequential spot contracting» (fattispecie dello scambio attraverso sequenze di contratti con possibilità di determinazione di nuovi accordi di ri-negoziazione dei termini pattizi) e di contratti tipo «relational contract» dove le parti identificano alcune aree di attività oggetto dello scambio che si dispiegherà nel futuro.

- AMATUCCI F.
Project Finance nel settore ospedaliero: esperienza in Gran Bretagna e possibilità applicative in Italia
Mecosan, 1997, 22
- AZZOLINI I., DE SIMONI M., GUIDI M.
La trasformazione delle aziende per la gestione dei servizi pubblici locali
Maggioli, Rimini, 1996
- BENNET C., FERLIE E.
Contracting in theory and in practice: some evidence from the NHS
Public Administration, 1996, 74 (1)
- BENTON J.E., DALY J.L.
County impact fee adoptions as policy innovations: a search for theory
International Journal of Public Administration, 1996, 7
- BOGNETTI G., FAZIOLI R.
Lo sviluppo di una regolazione europea nei grandi servizi pubblici a rete
Economia Pubblica, 1996, 3
- BORGONOV E.
Il controllo della spesa pubblica
Egea, Milano, 1996
- BOSSERT J.L.
Supplier Management Handbook
ASCQ Quality Press, Milwaukee, 1994
- BRIGHT C.
Public Procurement Handbook
Wiley Chancery Law, London, 1994
- BRUDNEY J.L.
Il coinvolgimento del volontariato nella fornitura di servizi pubblici: vantaggi e svantaggi
Problemi di Amministrazione Pubblica, 1994, 2
- BUCCOLIERO L., MENEGUZZO M.
Allearsi per comprare
Egea, Milano, 1999
- BURT D., PINKERTON R.L.
A Purchasing Manager's Guide to Strategic Proactive Procurement
Amacom, New York, 1996
- CAMP LL. J.
Trust and risk in internet commerce
Mit Press, Cambridge Mass, London, 2000
- CARLISLE J., PARKER R.
Il sistema cliente fornitore. L'importanza del partnership: come raggiungerla e mantenerla
Etas, Milano, 1991
- CARTER J.R., NARASIMHAN R.
Purchasing & Supply Management: Future Directions & Trends
Center for Advanced Purchasing Studies, Tempe (USA), 1996
- CIPS, E BUSINESS
Report 2001
Press Boston, Earlsgate, UK, 2001
- COASE R.H.
The Firm, the Market and the Law
Mercato e Diritto, 1995
- COSTAGUTA M.
Maggiore flessibilità con l'outsourcing
L'Impresa, 1996, 10
- COX A.
Confusion & Uncertainty in Procurement Management: The Impact of Privatisation on Buyer & Supplier Relationships
Kogan Page, Birmingham, 1996
- COX A.
Innovations in Procurement Management
Earlsgate Press, S. Humberside, UK, 1995
- D'ALESSIO G.
Il rapporto tra pubblico e privato: La convenzione nella gestione dei servizi
Angeli, Milano, 1994
- DAHLGAARD D.D.
Public procurement; a harmonization of the national judicial review of the application of European Community law
Kluwer Law International, The Hague, 1999
- DE BOER L., HARINK J., HEJBOER G.
A conceptual model for assessing the impact of electronic procurement
European Journal of Purchasing and Supply Management, 2002, Vol. 8, No. 1, pp. 25-33
- DEL CASTILLO I., GALTIERI C., REALFONZO U.
Appalti pubblici di servizi
Pirola Editore, Milano, 1996
- DALFONSO M.A.
ISO 9000: achieving compliance and certification
Wiley, New York, 1995

- DI IULIO J.J.
Deregulating The Public service: can the government be improved
The Brooking Institution, Washington DC United States, 1994
- DUMOND, J.C.
Moving toward value based purchasing
International Journal of Purchasing and Materials Management (Spring): pp. 3-8
- ELLRAM L.M.
Purchasing for Bottom Line Impact: Improving the Organization Through Strategic Procurement
Irwin Professional Publishing, Chicago, 1995
- FERRARI G.
Approvvigionare e gestire beni e servizi
Franco Angeli, Milano, 1995
- FLYNN R., WILLIAMS G.
Contracting for Health Quasi market and The National Health Service
Oxford University Press, 1997
- FORTIN Y., VAN HASSEL H.
Contracting in the new public management
the Netherlands, Ios Press Ohmsha, 2000
- FURLANETTO L.
Outsourcing e global service: nuova frontiera della manutenzione
Franco Angeli, Milano, 2000
- GLOBERMAN S., VINING A.R.
A Framework for Evaluating the Government Contracting-Out Decision with an Application to Information Technology
Public Administration Review, 1996, vol. 56, 6
- GRIECO JR. P.L., COOPER C.R.
Power Purchasing: Supply Management in 21st Century
P T Publications, West Palm Beach (USA), 1995
- GRIFFIN A., KLINGER D.
Supplier Quality Management: Selection & Qualification
Mari-Lynn Hankinson T&T Customer Information Center, 1994
- HALL C., RIMMER S.J.
Il controllo del rendimento e gli appalti di servizi pubblici
Problemi di Amministrazione Pubblica, 1996, 1
- HARLAND C.M.
Supply Network Strategies: The case of Health Supplies
European Journal of Purchasing and Supply management, 1996, Vol. 4
- HOUGH H.E., ASHLEY J.M.
Handbook of Buying & Purchasing Management
Prentice Hall, Hemel Hempstead, 1992
- HUTCHINS G.B.
Purchasing Strategies for Total Quality: A Guide to Achieving Continuous Improvement
Irwin Professional Publishing, Chicago, 1991
- KETTL D.F.
Sharing Power: public governance and private markets
The Brookings Institution, Washington, 1993
- IANNACONE W.
Progetto contract. Le regole fondamentali per gestire con successo risorse umane, tecniche, economiche
Franco Angeli, Milano, 2000
- JEROME FORGET J., WHITE AND WIENER J.M.
Health care Reform trough internal market, Institute for research on Public policy
Montreal, Canada, 1995
- LAMMING R., COX A.
Strategic procurement, management in the 1990s
London, Earlsgate Press, 1995
- LAMONIA S.
L'outsourcing, un abito su misura
L'Impresa, 1996, 7
- LOFTUS J.
Project management of multiple projects and contracts
Thomas Telford, London, 1999
- MORI P.A.
Quando l'offerta economicamente più vantaggiosa è davvero vantaggiosa?
Economia Pubblica, 1997, 2
- MULLEN P.M.
The Provision of Specialist Services under Contracting
Public Money & Management, 1995
- MULLER N.J.
Network Planning, Procurement, & Management
Mc Graw-Hill, Europe, 1996
- OWENS J.
Strategic Procurement for the NHS: Working with Suppliers
National Association of Health authorities & Trusts, London, 1996

PINTUS E., AMATUCCI F.

Public Procurement Bibliografia Ragionata e Commentata
Egea, Milano, 1997

PINTUS E.

I modelli innovativi nei processi di acquisto delle Amministrazioni Pubbliche
Egea, Milano, 2000

PINTUS E.

Il management dei processi d'acquisto, Le scelte di innovazione sui servizi integrati
Istituto Poligrafico dello Stato, Roma, 2001

PINTUS E.

I processi di acquisto vendita delle aziende sanitarie pubbliche, in L'aziendalizzazione della sanità.
In Anessi E., Cantù E. (a cura di) (2002), Rapporto OASI 2001, Egea, Milano, pp. 256-370

PERROTIN R.

Nuove strategie d'acquisto; outsourcing, comakership, partnership
Franco Angeli, Milano, 2000

PRZIREMBEL J.L.

How to Conduct Supplier Surveys & Audits
P T Publications, West Palm Beach, USA, 1997

RAEDEL A.R.

Value-Focused supply Management: Getting the Most out of the Supply Function
Irwin Professional Publishing, Chicago, 1994

ROBERTS J.S.

Great Expectations: E procurement and work processes
Purchasing today, 2001, Vol. 12, No. 12, 28-37

SAUNDERS M.J.

Strategic Purchasing & Supply Chain Management
Pitman Medical, London, 1997

WALSH K.

Public services and Market Mechanisms. Competition, contracting and new public management
MacMillan, Basingstoke, London, 1995

La rivista trimestrale di saggi e ricerche,
documenti e commenti,
per il governo manageriale della sanità

00197 Roma - Viale Parioli, 77 - Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817

Il bilancio in estratto

Campagna
promozionale
per la trasparenza
delle aziende sanitarie

Gentile abbonato,

la SIPIS, società editoriale della rivista Mecosan, offre ai propri abbonati la possibilità di pubblicizzare le risultanze della gestione contabile dell'Azienda sanitaria (valore della produzione, reddito operativo, in altri termini rendiconto d'esercizio) mediante un'inserzione in bianco e nero su pagina intera con un'eccezionale sconto sulla tariffa ordinaria.

È un'offerta che se da un lato consente di presentare l'immagine dell'Azienda facendone apprezzare le politiche di trasparenza grazie alla divulgazione che viene fatta dei costi di gestione, dall'altro consente di assolvere senza notevoli oneri all'obbligo di legge (articolo 6, legge n. 67 del 1987) imposto a tutte le Aziende della pubblica amministrazione e quindi anche alle Aziende sanitarie.

Attivarsi entro il 31 dicembre 2002 conviene senz'altro in quanto l'Azienda verrà ad usufruire di uno sconto del 50% sulla tariffa intera; infatti una pagina intera di Mecosan o una pagina intera di Ragiusan del formato di cm. 21 x 28 in bianco e nero costerà soltanto € 750,00 + I.V.A. anziché € 1500,00 + I.V.A.

Non perda questa favorevole occasione che permette alla Sua Azienda:

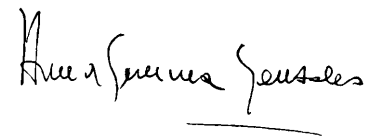
- di ottemperare agli obblighi di legge;
- di ottenere a minor costo una pagina pubblicitaria su una rivista tra le più accreditate del settore;
- di godere di quella immagine di trasparenza che l'intera collettività richiede.

Distinti saluti.

Ulteriore sconto del 15% per la pubblicazione su ambedue le riviste, Mecosan e Ragiusan.

Roma, gennaio 2002

IL DIRETTORE EDITORIALE



CEDOLA D'ORDINE

Il bilancio in estratto

Spett.le SIPIS

00197 Roma - Viale Parioli, 77 - Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817
E-mail: sipised@tin.it

Con riferimento alla Vs/offerta «promozionale», Vi invitiamo a pubblicare, ai sensi della legge 25 febbraio 1987, n. 67, l'allegato estratto del bilancio di questa Azienda sanitaria sul primo numero raggiungibile della rivista Mecosan (e/o della rivista Ragiusan) (*) alle seguenti condizioni riservate agli abbonati dell'annata in corso, non morosi anche per gli anni pregressi:

- pagina intera (cm. 21 x 28) in bianco e nero;
- entro il 31/12/2002: prezzo speciale di € 750,00 + I.V.A. anziché € 1500,00 + I.V.A.

Provvederemo al pagamento entro 30 giorni data fattura. Alleghiamo inserto da pubblicare.

FIRMA E TIMBRO

(Apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

Intestare fattura a: C.a.p. Località

Codice fiscale Via Tel.
Partita I.V.A.

(*) Cancellare il nome della rivista che non interessa.

N.B.: la campagna promozionale è riservata agli abbonati dell'annata in corso, non morosi per gli anni pregressi. I prezzi della presente campagna promozionale non si applicano agli ordini che pervengono tramite agenzie.

La rivista trimestrale di saggi e ricerche,
documenti e commenti,
per il governo manageriale della sanità

00197 Roma - Viale Parioli, 77 - Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817

SI ABBONI SUBITO AVRÀ DUE ANNATE AL PREZZO DI UNA

CAMPAGNA PROMOZIONALE VALIDA FINO AL 31 DICEMBRE 2002

**CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE DI ABBONAMENTO 2002 + ANNATA ARRETRATA IN REGALO
DUE ANNATE AL PREZZO DI UNA: € 194,00**

Programma abbonamento 2002

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

- Vi prego voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano, n. abbonament..... a

MECOSAN

Management ed economia sanitaria

diretta da Luigi D'Elia ed Elio Borgonovi

con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco).

- Pertanto:
 - Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**
 - Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**, come da ricevuta allegata
Barrare la casella che interessa
- Avendo provveduto al pagamento dell'abbonamento entro il 31 dicembre 2002, ho diritto ad una annata arretrata in regalo (con esclusione del 2000 e 2001).

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... li Annata arretrata prescelta: 19.....

Codice Fiscale

FIRMA E TIMBRO

Partita IVA

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

L'ordine è valido se accompagnato dal pagamento dell'abbonamento entro il 31 dicembre 2002.

L'offerta della presente campagna promozionale non è cumulabile con altre e non si applica agli ordini che pervengano tramite libreria.

La scelta dell'annata non costituisce vincolo per la **SIPIS**, che in caso di esaurimento delle scorte in magazzino, può sostituire l'annata prescelta con altra annata.

Costo dell'abbonamento per l'anno 2002: € 194,00

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere, inoltre, gli interessi di mora, nella misura mensile del tasso legale maggiorato di un punto sul prezzo di abbonamento. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuare il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento dell'abbonamento, potrà essere effettuato con versamento sul:

c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** - Viale Parioli, 77 - 00197 Roma

o mediante assegno bancario non trasferibile intestato alla società editoriale.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2002 è fissato in:

€ 194,00 per l'abbonamento ordinario

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari di norma al prezzo del fascicolo dell'annata in corso, fatte salve eventuali campagne promozionali.

Il prezzo dell'abbonamento 2002 per l'estero è fissato come segue: € 194,00 per l'Europa unita; € 294,00 per il resto del mondo (spese postali incluse).

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.

CAMPAGNA PROMOZIONALE VALIDA FINO AL 30 LUGLIO 2002

ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556) € 164,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) € 164,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) € 164,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) € 164,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640) € 164,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648) € 164,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700) € 164,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 164,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716) € 194,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712) € 194,00

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 1.445,00, anziché € 1.700,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.